



Pós-Graduação em
Atenção Básica
em Saúde da Família



Maria Andrea Wissner

**Doenças Crônicas Não Transmissíveis: adotando práticas
de educação em saúde em Diabetes e Hipertensão na
realidade de Salvador - BA**

CAMPO GRANDE / MS
2014

Maria Andrea Wissner

Doenças Crônicas Não Transmissíveis: adotando práticas de educação em saúde em Diabetes e Hipertensão na realidade de Salvador - BA

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) Luciana Contrera Moreno

CAMPO GRANDE / MS
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu esposo, Maximiliano, e aos meus filhos, Paloma e Tomas.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pela força e coragem na busca pelos meus ideais.

A meu esposo e filhos, pela compreensão e pela paciência durante todo o meu percurso acadêmico e profissional.

Aos meus familiares, amigos, colegas de trabalho, e a toda equipe da USF – Nova Esperança.

A minha orientadora Professora Luciana Contrera Moreno por sua sabedoria e instrução do conhecimento.

Ao Governo Brasileiro com o “Programa Mais Médicos” e à Prefeitura Municipal de Salvador pela contribuição que deram para a realização deste projeto.

EPIGRAFE

“Quem não quer aplicar novos remédios deve esperar novos males.”

Sir Francis Bacon (1561 – 1626)

RESUMO

Introdução e objetivo: O presente projeto de intervenção descreve e discute uma estratégia educativa desenvolvida em atendimento aos portadores das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), hipertensão e/ou diabetes, tendo como objetivo estimular mudanças no estilo de vida dos pacientes diabéticos e hipertensos a fim de que se tenha o controle e redução das complicações destas patologias.

Métodos: Este projeto foi desenvolvido em pacientes de ambos os sexos na Unidade Básica de Saúde da Família Nova Esperança, distrito de Itapuã, município de Salvador - BA, no qual foram criados grupos de atividades físicas e reeducação alimentar.

Resultados, discussão e conclusões: Foram implantados quatro programas, a saber: “Saúde na medida certa”; “Conhecimento Minimiza os Riscos”; “Importância da Medicação Responsável” e “Nós somos Responsáveis”. Estes foram planejados para incentivar o indivíduo a refletir sobre seu estilo de vida cotidiana, relacionado à patologia crônica, no caso específico hipertensão arterial, diabetes mellitus e sedentarismo caracterizando-se como um instrumento de educação em saúde sobre uma perspectiva de promoção, prevenção e principalmente o controle dos agravos. Com a participação de 40 pessoas, as atividades ocorrem diariamente, envolvendo reuniões com atividades físicas e mensalmente as reuniões com ações educativas. Foi possível instruir os pacientes não só em relação às proporções de nutrientes mais adequados, mas também a qualidade dos mesmos com o intuito de abolir o uso do álcool, fumo e controlar a gordura, açúcar e sal, contribuindo para uma dieta balanceada. Os programas já tiveram uma repercussão positiva, pois houve maior participação da população, despertando mais envolvimento, sendo percebido nos controles, com a queda dos níveis de glicemia, da pressão arterial e perda de peso dos pacientes.

Palavras-chaves: Hipertensão, Diabetes Mellitus, Educação e Saúde.

ABSTRACT

Introduction and objective: This project intervention and discusses an educational strategy implemented in response to the holders of non-communicable chronic diseases (NCD), hypertension and / or diabetes, aiming to to stimulate changes in lifestyle of the diabetic and hypertensive patients so that they have control and reducing complications of these diseases. **Methods:** This project was developed in patients of both sexes at the health post New Hope, Itapuã district, municipality of Salvador - BA, where groups of food and physical rehabilitation activities were created. **Results, discussion and conclusions:** four programs were implemented, namely: "Health in the right measure"; "Knowledge Minimizes Risks"; "Importance of Medication Responsible" and "We Are Responsible". Planned to stimulate to the individual to reflect on his style of everyday life related to chronic pathology, with specific arterial hypertension, diabetes mellitus and sedentary lifestyle is characterized as an instrument of education and health over the prospect of promotion, prevention and control mainly of injuries. Instruct patients not only compared the proportions of the proper nutrients, but also its quality in order to abolish the use of alcohol, tobacco and controlling the fat, sugar and salt, contributing to a balanced diet. With the participation of 40 people, the frequency with which are performed ranging from daily meetings as physical activities until such monthly educational seminars. Apart from inadequate responsibility of the participants to the program, we got positive data in controls with decreased levels of blood glucose, blood pressure and lost weight.

Keywords: Hypertension, Diabetes Mellitus, Education and Health

SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS -----	08
1.1 Revisão da Literatura-----	08
1.2 Problematização local-----	12
1.3 Justificativa-----	20
1.4 Objetivos: Geral e Específicos-----	21
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA -----	22
3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO -----	26
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	32
REFERÊNCIAS -----	33
ANEXOS -----	37
APÊNDICES -----	47

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 Revisão da Literatura

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco, que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A hipertensão arterial e o diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional.¹

Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. O diabetes atinge a mulher grávida e todas as faixas etárias, sem distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6%. Com frequência, essas doenças levam à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade.¹

As projeções referentes às doenças cardiovasculares (DCV) indicam sua permanência como primeira causa de morte no mundo ainda por décadas, estimando-se que, em 2025, entre 80 e 90% dos casos ocorrerão nos países de baixa e média renda. São comuns taxas de prevalência elevadas dos clássicos fatores de risco para as DCV, com variações em magnitude em diferentes espaços geográficos e sociais.^{2,3}

Atualmente, pode-se observar que houve transformações quanto à incidência e à prevalência das doenças, bem como quanto às principais causas de morte. No Brasil, os altos índices de óbitos causados por doenças crônicas decorrem do estágio atual da transição demográfico/epidemiológica pela qual passa a população brasileira, resultando no envelhecimento populacional.⁴

Tais mudanças permitem que aspirem a uma vida mais longa, sem preocupação com limitações, incapacidades e dependências, próprias do envelhecimento.⁵

Dentre as doenças crônicas, a hipertensão arterial e o Diabetes mellitus são as mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada

quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias.⁶

As doenças crônicas não transmissíveis se caracterizam por terem uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais.⁷

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. 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 de mortalidade indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 30 e de 90.⁸

A hipertensão é a mais frequente das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o principal fator de risco para complicações cardiovasculares como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.⁹

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais e de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo.¹⁰

A prevalência do diabetes vem crescendo mundialmente, configurando-se atualmente como uma epidemia resultante, em grande parte, do envelhecimento da população. Nos próximos 20 anos, a população de diabéticos no mundo vai dobrar, chegando a 300 milhões. Hipertensão afeta 20% da população mundial e é uma comorbidade comum de o 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 avançada.^{11,12}

Contudo, o sedentarismo, a alimentação inadequada e o aumento da obesidade também são responsáveis pela expansão global do diabetes. As hospitalizações atribuíveis ao diabetes mellitus representam 9% dos gastos hospitalares do Sistema Único da Saúde.¹³

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. No Brasil, políticas e estratégias para seu controle vêm possibilitando a integração de ações preventivas na atenção básica à saúde.^{14,15,16}

Diabetes e hipertensão são condições clínicas que podem ser assintomáticas, cuja totalidade dos casos podem estar subestimada em uma população. No Brasil, o Diabetes e a Hipertensão constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde. 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.¹⁷

Cerca de 10% da população mundial vive com diabetes. Se não for tratada, pode ocasionar doenças cardiovasculares, cegueira e insuficiência renal.¹⁸

A OMS estima que o número total de pessoas com diabetes no mundo elevar-se-á, de 171 milhões em 2000 para 366 milhões em 2030; apenas no Brasil, de 4,5 milhões para 11,3 milhões, no mesmo período, tornando-se o oitavo país no mundo com o maior número de pessoas com diabetes. Entre as complicações do diabetes, as doenças cardiovasculares e renais estão entre as mais custosas, em termos de sofrimento humano como de gastos para os sistemas de saúde.¹⁹

Estudos epidemiológicos indicam que diabetes e hipertensão são condições comumente associadas. A prevalência de hipertensão é de aproximadamente o dobro entre os diabéticos, em comparação com o não diabéticos. Ademais, a hipertensão afeta 40,0% ou mais dos indivíduos diabéticos.^{20,21}

Cerca de 75% dessas pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica. Para atender os portadores de hipertensão, o Ministério da Saúde possui o Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O programa compreende um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da hipertensão. O objetivo é reduzir o número de internações, a procura por pronto-

atendimento, os gastos com tratamentos de complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, com a conseqüente melhoria da qualidade de vida dos portadores.²²

O número de pessoas com pressão alta, diabetes e obesidade está drasticamente aumentando em todo o mundo. “Em alguns países africanos, quase a metade da população tem pressão alta.” No mundo, um em cada três adultos sofre desse problema.²³

Ao longo dos anos houve um acúmulo de investigações científicas relatando o potencial da atividade física em melhorar o estado de saúde dos indivíduos.²⁴

O estabelecimento científico das relações entre a atividade física e seu potencial na prevenção e tratamento de doenças crônicas deve estar difundido na academia, onde um estudo recente com acadêmicos de Educação Física mostrou conhecimento elevado do efeito da atividade física sobre o diabetes. Com uma intensidade adequada, a atividade física estimula o aumento do fluxo sanguíneo nas artérias. Assim, as substâncias vasodilatadoras e vasoconstritoras, produzidas pelas artérias, ficam estabilizadas. A prática de exercícios físicos proporciona um aumento significativo da capacidade funcional, que pode ser maior ou igual àquele induzido pela administração crônica de agentes farmacológicos. A atividade física promove a redução do índice de massa corpórea e diâmetro da circunferência de cintura, além de proporcionar aumento da musculatura e diminuição da massa gorda. Também implica a melhora da sensibilidade à insulina entre 12 e 48 horas após sessões de exercícios, sem contar que melhora o controle glicêmico e é importante na vasodilatação e capitalização (aumento de pequenos vasos sanguíneos). Quem não é sedentário possui valores de insulina menores, com melhor eficiência. As vantagens não param por aí. Quanto aos lipídeos (gorduras), a atividade física incrementa o funcionamento do metabolismo, aumenta o HDL e diminui o LDL. A atividade física previne o aumento da HA, pois promove a diminuição dos valores da pressão arterial, de forma aguda, por até 24 hs. após sessão de exercícios.²⁵

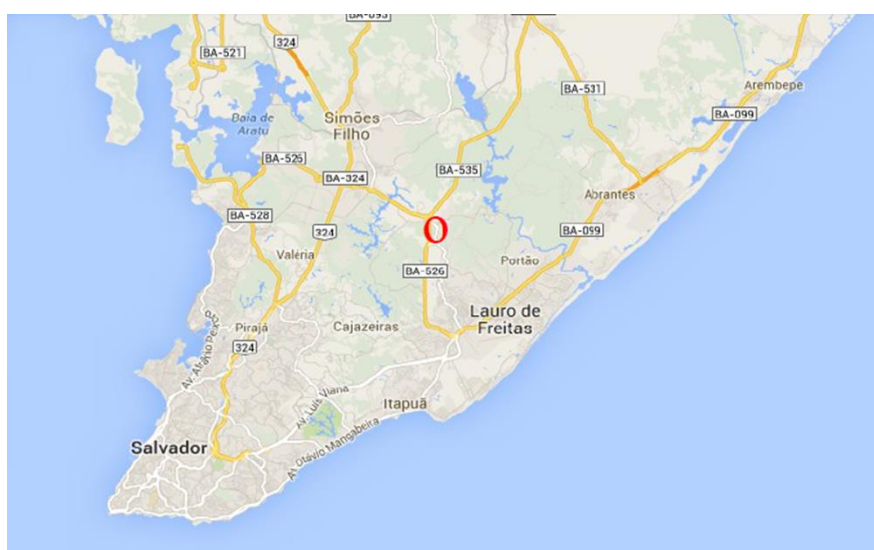
Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.²⁶

Essas relações devem estar difundidas também entre os diversos profissionais de saúde, mas particularmente deve alcançar a população geral. Estão bem estabelecidas às 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. Este consistirá, portanto, os objetivos deste projeto de intervenção.

1.2. Problematização local

A unidade de Saúde da Família Nova Esperança, pertence ao distrito de Itapuã, município de Salvador, limitado por Simões Filho e Lauro de Freitas, tem uma população aproximada de 7.000 cadastrados e 1.500 não cadastrados, que são tratados na nossa unidade. A USF Nova Esperança tem duas equipes de saúde, Beira Rio, e Bela Vista, que dão atenção a 7 microáreas cada equipe. Este trabalho esta feito com base na população atendida pela equipe de saúde Bela Vista. No topico anexo encontramos um trabalho mais detalhado da problemática local, que foi desenvolvido como base para realizar este projeto de intervencao.

Este mapa abaixo mostra a área de abrangência em que vamos trabalhar na intervenção do projecto.



Caracterização da População

Variáveis Demográficas

A tabela1 mostra o número de pessoas indicados por sexo e idade. Não contém dados da população não cadastrada e assentamento cigana.

Tabela 1. Numero de pessoas cadastradas.

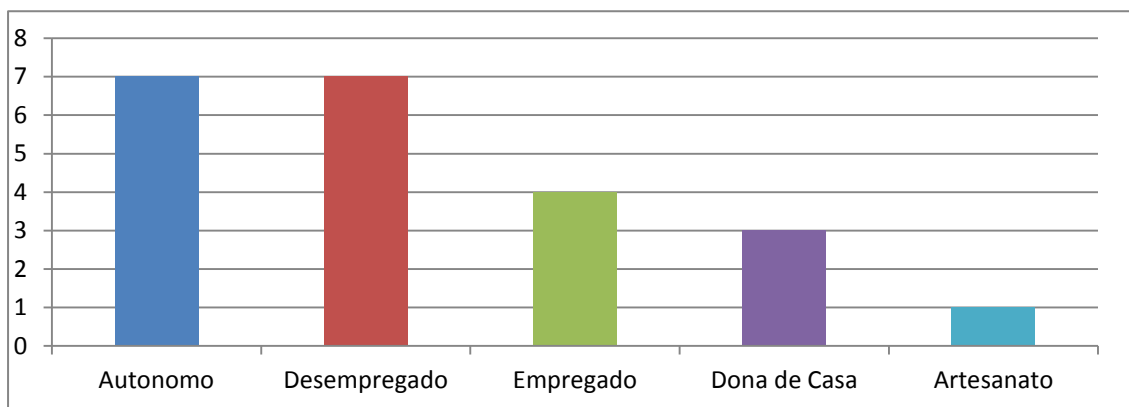
				Faixa	Etária	(Anos)					
Sexo	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10a14	15a19	20a39	40a49	50a59	> 60	Total
Masc.	17	86	61	77	176	167	508	144	121	111	1468
Fem.	14	73	42	106	173	174	552	133	132	77	1476

Fonte: SIAB, 2014

Ocupação

De acordo com pesquisas do mercado de trabalho, as pessoas têm muitos pontos de vista e reflexões diferentes. Estes comentários são muito grandes, alguns dizem que o mercado de trabalho é aberto a todos e há muitas possibilidades, outros dizem que há um grande mercado de trabalho para os moradores. O mais importante é que todos concordam que o mercado de trabalho atual é muito exigente em termos de preparação e dispoçion pessoas. O gráfico 1 mostra os tipos de trabalho e as taxas de ocupação da população pesquisada.

Gráfico 1. Taxas de ocupação da população pesquisada.

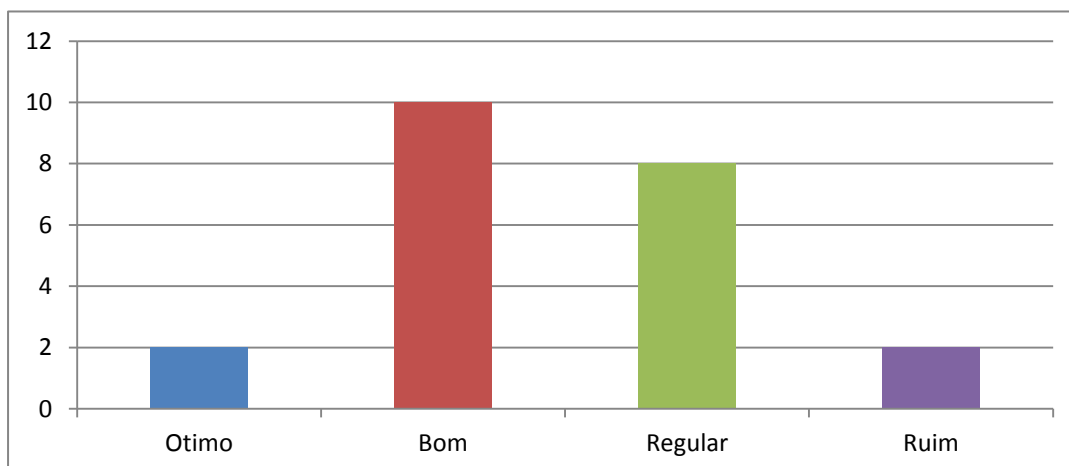


Fonte: Dados obtidos de questionários "Quero conhece-lo!" Conduzido aleatoriamente para 22 pessoas, com entre 17 e 48 anos de idade. Estes dados não são oficiais, são meramente ilustrativas coletadas pela equipe de saúde Bela Vista

Condições de vida

No gráfico 2, as condições de vida que as pessoas têm, de acordo com a sua própria opinião. A pesquisa perguntou sobre como eles vêem sua condição de vida; para a resposta foram dadas 4 opções, Ótimo, Bom, Regular e Ruim.

Gráfico 2. Condições de vida que as pessoas têm.

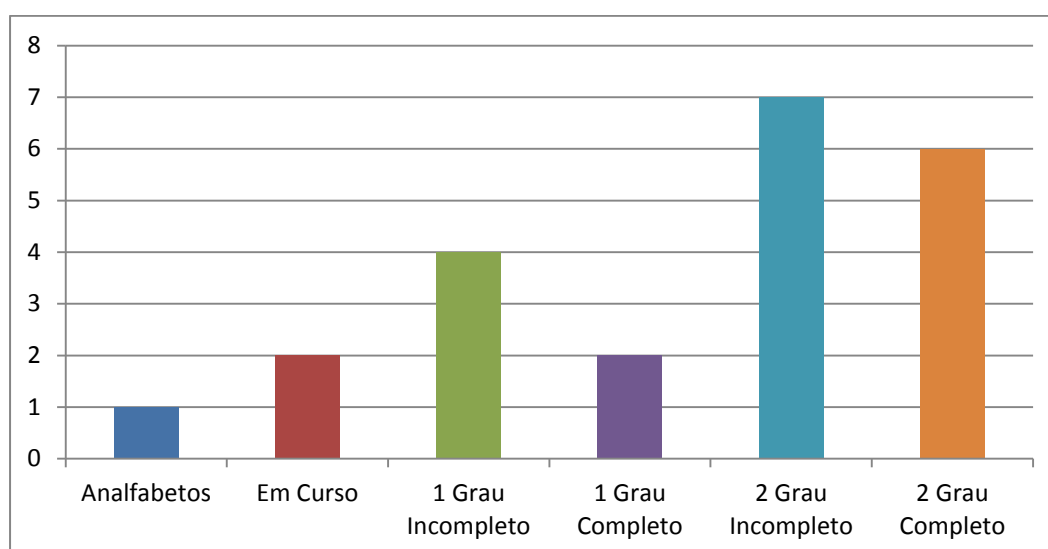


Fonte: Dados obtidos de questionários "Quero conhece-lo!" Conduzido aleatoriamente para 22 pessoas, com entre 17 e 48 anos de idade. Estes dados não são oficiais, são meramente ilustrativas coletadas pela equipe de saúde Bela Vista.

Culturais

Conforme observado no gráfico 3 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, isso leva a repercussões negativas na área de desenvolvimento pessoal. Os negativos mais importantes que geram esse comportamento são: não encontrar um emprego adequado no futuro, levando a condições de vida desfavoráveis, afetando seus arredores, saúde física e emocional, segurança pessoal, etc.

Gráfico 3. Níveis de ensino.



Fonte: Dados obtidos de questionários "**Quero conhece-lo!**" Conduzido aleatoriamente para 22 pessoas, com entre 17 e 48 anos de idade. Estes dados não são oficiais, são meramente ilustrativas coletadas pela equipe de saúde Bela Vista.

Caracterização das Condições de Vida

Abaixo são apresentadas tabelas 2,3,4,5,6 que refletem instalações de abastecimento de água, coleta de lixo, esgoto sanitário, tratamento de água no domicílio e os tipos de casas.

Tabela 2. Abastecimento de água.

Abastecimento de Água	Numero	%
Rede Publica	733	92,78
Poço o Nascente	48	6,08
Outros	9	1,14

Fonte: SIAB, 2014.

Tabela 3. Destino fezes / urina.

Destino Fezes / Urina	Numero	%
Sistema de Esgoto	27	3,42
Fossa	598	75,7
Céu Aberto	165	20,98

Fonte: SIAB, 2014

Tabela 4. Destino do lixo.

Destino do Lixo	Numero	%
Coleta Publica	624	78,99
Queimado / Enterrado	90	11,39
Céu Aberto	76	9,62

Fonte: SIAB, 2014

Tabela 5. Tratamento de água no domicílio.

Trat. Água no Domicílio	Numero	%
Filtração	261	33,04
Fervura	10	1,27
Cloração	11	1,39
Sem Tratamento	508	64,3

Fonte: SIAB, 2014

Tabela 6. Tipo de casa.

Tipo de Casa	Numero	%
Tijolo / Adobe	750	94,94
Taipa Revestida	6	0,76
Taipa não Revestida	13	1,65
Madeira	9	1,14
Material Aproveitado	11	1,39
Outros	1	0,13

Fonte: SIAB, 2014

Indicadores de Morbidade

Tabela 7. Indicadores de morbidade.

Doenças Referidas										
Faixa Etária	Alc.	Cha.	Def.	Dia.	Dme.	Epi.	Ha.	Han.	Mal.	Tb.
	N. - %	N. - %	N - %	N - %	N - %	N - %	N - %	N - %	N - %	N - %
0 a 14	-----	-----	2 – 0,24	-----	-----	-----	1 - 0,12	-----	-----	-----
15 >	12 – 0,57	6 – 0,28	20 – 0,94	49 – 2,31	-----	6 – 0,28	166 – 7,83	-----	-----	2 – 0,09

Fonte: SIAB, 2014.

Após a coleta de dados SIAB, como mostra a tabela 7, vemos duas doenças que afetam a população em maior proporção, que são a Hipertensão Arterial e Diabetes.

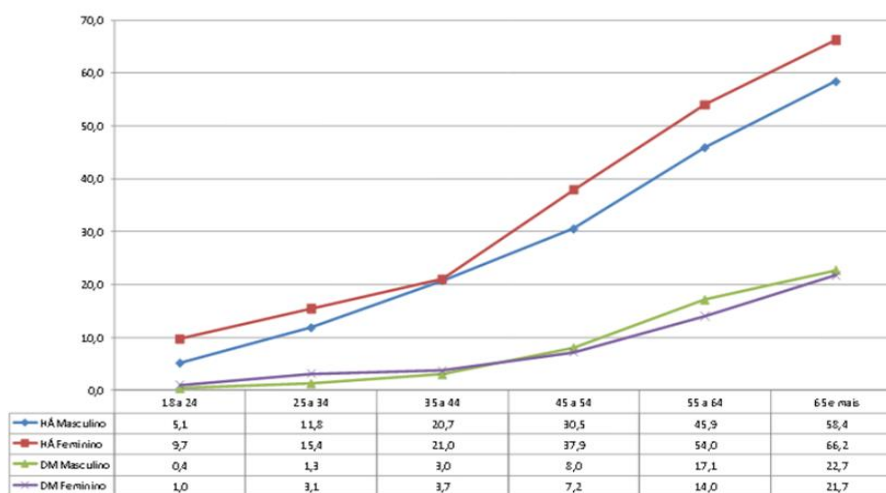
O Ministério da Saúde vem adotando várias estratégias e ações para reduzir o ônus das doenças crônicas na população brasileira como as medidas anti-tabágicas, as políticas de alimentação e nutrição e de promoção da saúde com ênfase na escola e ainda as ações de atenção à hipertensão e ao diabetes, notadamente 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 DCNT. Dentre essas ações destacamos o sistema informatizado de cadastro e acompanhamento de portadores na rede básica, o HIPERDIA.

O HIPERDIA é um sistema informatizado não obrigatório de gestão clínica que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e 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. Registros informatizados de determinados agravos à saúde são particularmente importantes. Esses registros constituem 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 apresentam uma série de objetivos, tais como: gerar relatórios de monitoramento de resultados clínicos (gestão clínica) para profissionais da equipe sobre parâmetros e desfechos do paciente; fornecer relatórios que identificam pacientes que não estão recebendo atendimento de acordo com diretrizes clínicas ou que permanecem fora da meta estipulada; criar lembretes para determinados pacientes que possibilitem uma busca ativa para melhor gestão do cuidado, e; desenvolver listas de pacientes de "alto risco" que requerem uma gestão mais intensiva (gestão do caso).

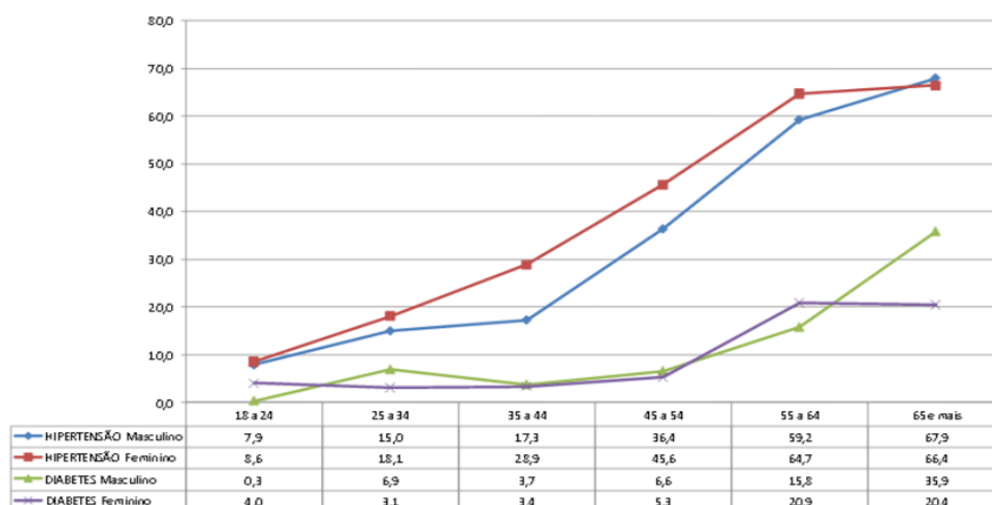
O HIPERDIA tem como objetivo possibilitar a Gestão do cuidado com a vinculação do portador à unidade básica ou equipe de saúde, monitorando de forma contínua a qualidade do controle desses agravos na população assistida. Além disso visa fornecer informações gerenciais que permitam subsidiar os gestores públicos para tomada de decisão, estimar acesso aos serviços de saúde e fornecer informações que subsidiem a gerência e gestão da assistência. Por fim, tem como meta possibilitar o controle social através de informações que permitam analisar acesso, cobertura e qualidade da atenção. A seguir encontram-se resultados de prevalências de morbidade referida de hipertensão arterial e de diabetes mellitus em todo o país, denotando a gravidade de tais condições em nosso meio.

Grafico 4. Percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes mellitus no Brasil.



Fonte: Vigitel, 2009, Brasil.

Gráfico 5. Percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes mellitus na Bahia.



Fonte: Vigitel, 2009, Bahia.

Pelo município de Salvador apresentar prevalência semelhante à presente no gráfico 5, o foco de nosso projeto de intervenção consistirá na temática das DCNT, abordando especialmente a hipertensão arterial e o diabetes mellitus.

1.3. Justificativa

Na realidade de saúde da Unidade Nova Esperança, presente no Distrito de Itapuã, Município de Salvador, 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 tenta realizar palestras instrutivas, demonstrando os benefícios de um estilo de vida saudável e as complicações provenientes das doenças não controladas, mas com pouca participação popular.

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 que a Hipertensão Arterial e o Diabetes em nosso meio apresenta, este projeto de pesquisa 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 Nova Esperança. Na tabela 8 se mostra as causas mas frequentes de controle inadequado da doença.

Tabela 8. Motivos que levaram usuários hipertensos e/ou diabéticos a faltarem à consulta agendada em unidade docente-assistencial, Salvador, BA, 2010.

Motivo	n	%
Acompanhar outra pessoa no médico	7	7,1
Esquecimento da data	12	12,2
Coincidiu com o horário do trabalho	11	11,2
Outros compromissos	17	17,3
Viajando	11	11,2
O exame não estava pronto	8	8,2
Não lembra o motivo da falta	8	8,2
Refere não ter faltado	11	11,2
Tempo longo de espera para ser atendido e/ou durante o atendimento	1	1
Outros	12	12,2

1.4 Objetivos:

Geral

- ✓ Estimular mudanças no estilo de vida dos pacientes diabéticos e hipertensos a fim de que se tenha o controle e redução das complicações destas patologias.

Específicos

- ✓ Reconhecer os pacientes com estas doenças e potenciais novos pacientes.
- ✓ Avaliar o conhecimento dos pacientes em relação à sua doença.
- ✓ Reconhecer os pacientes comprometidos com o tratamento.
- ✓ Destaque de fatores de risco compartilhados por toda a comunidade.

- ✓ Aumentar a conscientização em consulta diária sobre a importância da alimentação saudável, das atividades físicas práticas e a importância dos controles estabelecidos.
- ✓ Reduzir o abandono do tratamento.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

Na prática diária são dois problemas que mais preocupam, além das taxas dessas doenças, é que o 90% dos pacientes que chegam são descompensados, não conseguem mudar hábitos alimentares, não respeitam a medicação prescrita pela equipe de saúde e muitas vezes deixam acabar a medicação e retornam à unidade de saúde com glicemia descontrolada e crise hipertensiva. Como observamos na tabela 9 o número de consultas de hipertensos e diabéticos supera o número de doentes cadastrados simplesmente por abandono da medicação ou falta de uma alimentação adequada.

Tabela 9. Numero de hipertensos e Diabéticos cadastrados / Numero de consultas por Diabetes e Hipertensão.

Descritores	Quantidade	Fonte
Hipertensos Cadastrados	167	SIAB/ ACS
Diabéticos Cadastrados	49	SIAB/ ACS
N. de Consulta de Hipertenso	191	Registro da Equipe
N. de Consulta de Diabéticos	121	Registro de Equipe

Fonte: SIAB, ACS, Registro de Equipe de saúde Nova Esperança.

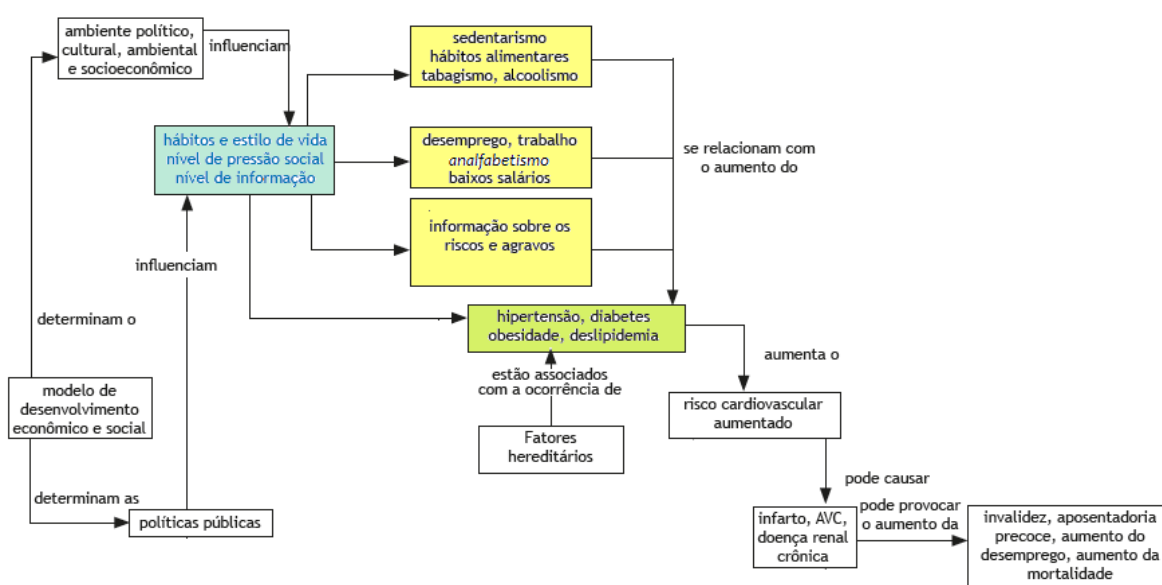
Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias.

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 duas doenças são fatores de risco independentes para o dano cardiovascular e renal, mas a coexistir juntas, duplicam as complicações cardio-vasculares e aumentam em cinco vezes o desenvolvimento de insuficiência renal avançada.

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.

Fluxograma 1. Interação dos fatores de risco da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus



Priorização do Problema

Para ilustrar este passo apresentamos na tabela 10 na qual vemos a importância que damos a estes problemas bem com o grau de urgência em resolvê-los e a capacidade que acreditamos que tenha nossa equipe no seu controle e a prioridade que damos na sua resolução.

Tabela 10 Priorização dos problemas segundo a Equipe Bela Vista, USF Nova Esperança

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Diabéticos Descontrolados	Alta	9	Parcial	1
Hipertensos Descontrolados	Alta	9	Parcial	1
Obesidade	Alta	9	Parcial	2
Analfabetos	Alta	7	Fora	3
Renda baixo/Desemprego	Alta	5	Fora	4
Saneamento Básico Deficiente	Alta	8	Fora	3
Transporte Público Deficiente	Alta	4	Fora	4
Doenças Parasitárias	Alta	7	Parcial	2

Causas de Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus Descompensadas

- ✓ Falta de Hábitos Higiênico-dietéticos adequados.
- ✓ Sedentarismo.
- ✓ Obesidade.
- ✓ Não adesão ao tratamento medicamentoso.
- ✓ Falta de informação sobre a doença.
- ✓ Desconhecimento das complicações.
- ✓ Falta aos controles agendados.
- ✓ Abandono dos tratamentos.

Para realizar este projeto de intervenção, fizemos a seguinte análise estratégica, levando em consideração os “nós críticos”, as operações a serem realizadas, os produtos esperados e os recursos utilizados. (Tabela 11) O que eu pretendo alcançar com meu Projeto de Intervenção é consciencializar a Comunidade e principalmente os grupos que estou formando da sua necessidade de integração com a Unidade de Saúde para contribuírem para a manutenção da

sua saúde. Com palestras, rodas de conversas, e ações de sensibilização mostrar que se não fizermos nada para alterar o “status” estabelecido, a qualidade de vida que terão os que hoje já sofrem destas patologias, será cada vez pior e imprevisíveis as suas consequências.

Tabela 11. Análise estratégica deste projeto de intervenção

Nós críticos	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados. Obesidades / Sedentarismo	“Viver com saúde” Modificar Hábitos e estilos de vida	Diminuir o numero de Obesos e o Sedentarismo	Programa de caminhada orientada. Campanhas educativas. Programa “Saúde na medida certa”	Organizacional Cognitivos - conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Financeiros - para aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos educativos, etc.
Falta de Informação sobre a Doença / Complicações	“Saber Mas” Aumentar o nível de informação sobre a doença	População mais informada sobre sua doença e os riscos	Palestras educativas. Capacitação dos ACS e de cuidadores. “Conhecimento Minimiza os Riscos”	Organizacional Materiais Didáticos Articulação Inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Não Adesão ao tratamento medicamentos o Abandono de os tratamentos indicados	“Nossa Responsabilidade” Conscientizar a utilização da medicação prescrita/ não abandonar os tratamentos	População responsável de sua Saúde	Palestra informativas de conscientizaçã o “Importância da Medicação Responsável”	Organizacional Cognitivo elaboração do projeto de adequação.
Falta aos controles agendados	“Cuidar Melhor” Ensinar os perigos de ter níveis elevados de PA/Glicemia	População consciente de sua Doença	Palestras Coletivas e individuais. “Somo-nos Responsável”	Organizacional Políticos para visita ao domicilio de pacientes que faltam a os controles

Baseado nas informações presentes na tabela 11, 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 tabela 11 presente.
- ✓ Passo 3: Selecionar os “nós críticos” e justificar as escolhas. → já realizado, conforme tabela 11 presente
- ✓ Passo 4: Realizar operações estratégicas da equipe → detalhado a seguir

2 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.

Para a Implantação do meu Projeto de Intervenção o primeiro foi a elaboração de uma planilha de trabalho (tabela 12) enfocada nessas duas Doenças. Sobre estas patologias versa minha atividade educativa.

Tabela 12. Planilha de Trabalho. Elaborado pela equipe Bela Vista, USF Nova Esperança

Operações	Produtos	Resultados	Operações Estratégicas	Responsável	Objetivos Atingidos
“Viver com saúde”	Programa “Saúde na medida certa”	Diminuir o numero de Obesos e o Sedentarismo	Programa de caminhada orientada. Campanhas educativas.	Equipe de Saúde USF Nova Esperança	Implantado de forma parcial
“Saber Mas”	“Conheciment o Minimiza os Riscos”	Diminuir as possíveis complicações.	Palestras educativas. Capacitação dos ACS e de cuidadores.	Médicos da USF Nova Esperança	Implantado de forma Parcial
“Nossa Responsabilidade”	“Importância da Medicação Responsável”	Diminuir o abandono de tratamento.	Palestras informativas de conscientização	Equipe de Saúde USF Nova Esperança	Implantado de forma Parcial

“Cuidar Melhor”	“Nos somos Responsável”	População Informada sobre os riscos de PA/Glicemia descontrolada	Palestras coletivas e individuais, responsabilizando a cada doente de sua evolução	Médicos da USF Nova Esperança ACS	Implantado de forma parcial
------------------------	-------------------------	--	--	--	-----------------------------

Os motivos que me levaram a adotar este tema foram aqueles que pude observar no meu dia-a-dia na consulta, pois havia um número muito alto de consultas mensais de Hipertensos e Diabéticos, observando-se o dobro dos que estão cadastrados, como consequência os pacientes tinham que vir com mais frequência por apresentar níveis descompensados de Glicemia e Pressão Arterial.

Como se observa na tabela 12 formou-se grupos, no qual temos diferentes temas a abordar com a finalidade de fortificar a relação dos pacientes com a unidade para assim procurar alterações dentro de suas possibilidades, alterar aquilo que estiver ao seu alcance, procurando lembrar que eles são grandes responsáveis pela evolução favorável de suas qualidades de vida, seja o não doente.

O Grupo Saúde na Medida Certa foi implementado, com boa aceitação pela população, com atividades físicas diárias orientadas por um prof. de educação física, nutricionista e fisioterapeuta do NASF com uma frequência semanal, realizando-se controle do peso, altura, IMC no início e depois de mês em mês para comprovar a evolução.(imagens 1,2,3,4)

Imagem 1



Imagem 2



Imagem 3**Imagem 4**

O Grupo Conhecimento Minimiza os Riscos, também implementado, foi iniciado fazendo-se a capacitação dos ACS porque são as pessoas que vão supervisionar a evolução dos pacientes no campo, e são responsáveis pela participação da população, doente ou não, nas palestras programadas na unidade e na comunidade. Dentre os temas abordados está a importância de uma alimentação saudável. (Imagens 5,6).

Imagem 5**Imagem 6**

O Grupo Importância da Medicação Responsáveis no qual planejamos dar palestras informativas e de conscientização sobre a importância de tomar a medicação como foi prescrita pelo profissional de saúde (Médico, Enfermeiro), e a importância de não abandonar o tratamento por iniciativa própria, temos feito na consulta cotidiana, e lembramos esses conceitos em cada visita domiciliar que fazemos, mas ainda estamos em fase de desenvolvimento desta atividade de forma coletiva. (Imagens 7,8).

Imagem 7



Imagem 8



O Grupo “Somo-nos Responsável” tem a finalidade de tornar o paciente responsável pela sua saúde e pela evolução de sua doença, informando-os sobre os riscos de Pa/Glicemia descontrolada, esta sendo realizada de forma individual, e rodas de conversas, está sendo planejada atividade na comunidade.(Imagens 9,10).

Imagem 9



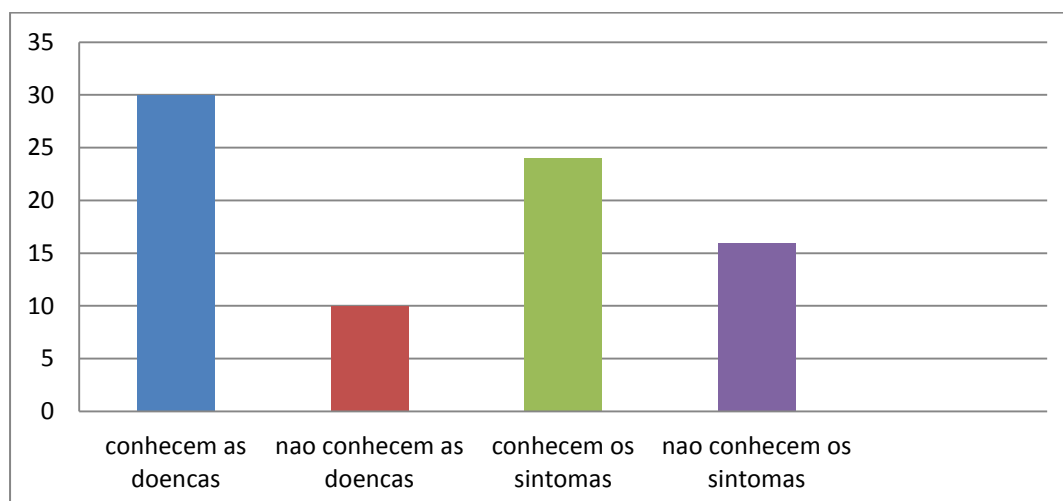
Imagem 10



avaliando nossa intervenção podemos dizer que a implantação está sendo bem aceita pela população, mas ainda temos muito trabalho pela frente, não foi possível implantar o Projeto completo porque a Unidade entrou em reforma, com deslocamento dos profissionais para Igreja onde continuamos brindando serviço à população em situação pouco confortável para não a deixar descoberta e minimamente cobrir suas necessidades, não obstante tenho percebido na consulta diária um melhor controle de sua doença, temos conseguido perda de peso, mudanças nos hábitos alimentares, rotina de caminhadas diárias, mas ainda não são os resultados que esperamos do programa, também sabemos que é cedo para ver os resultados reais porque ainda temos pouco tempo de implantação.

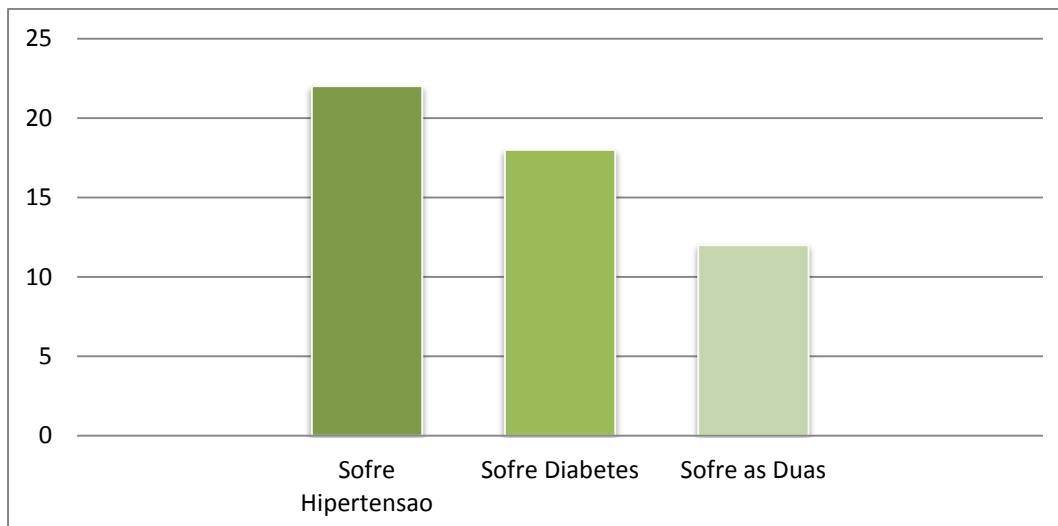
Neste ponto do Projeto implementamos um questionário “**Conhece a Hipertensão e a Diabetes?**”, para avaliar o grau de conhecimento sobre estas doenças, os sintomas, a prevenção, o tratamento e as complicações, foi realizado aleatoriamente com participação de 40 pessoas e baseado nos resultados elaboramos os gráficos que seguem:

Gráfico 6. Conhecimentos das doenças



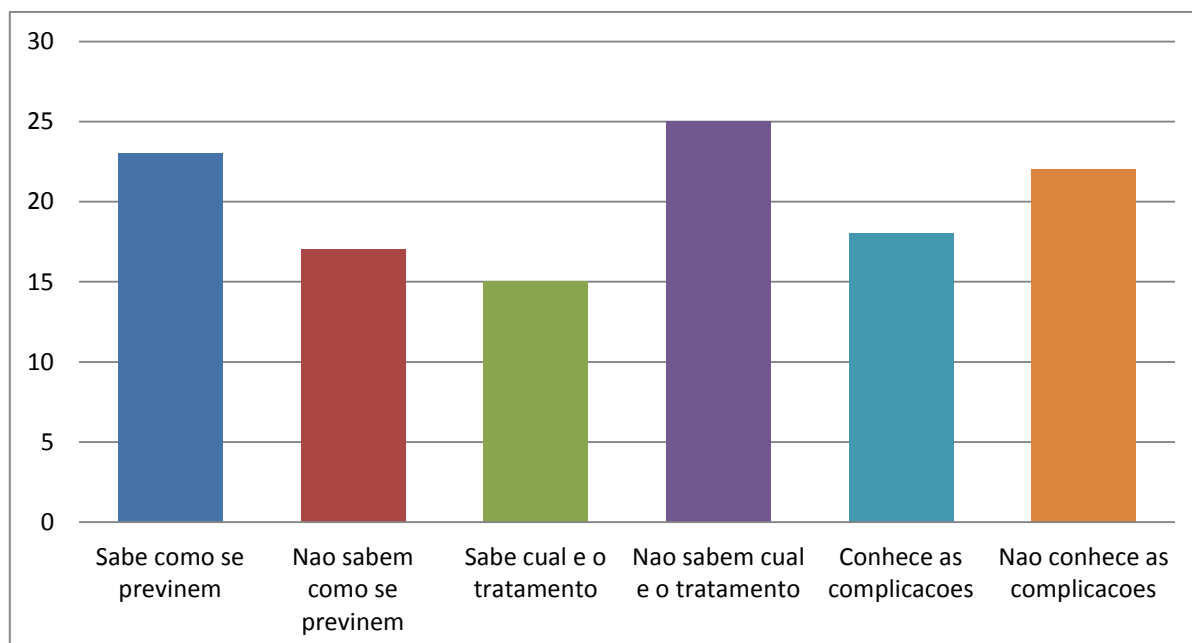
Fonte: dados obtidos de questionários “**Conhece a Hipertensão e Diabetes?**” feito na USF-Nova Esperança. Número de participantes entrevistados 40.

Gráfico 7. Pessoas que sofrem as doenças.



Fonte: dados obtidos de questionários “**Conhece a Hipertensão e Diabetes?**” feito na USF-Nova Esperança. Número de participantes entrevistados 40.

Gráfico 8. Sabe como se previnem, conhece as complicações, tratamento.



Fonte: dados obtidos de questionários “**Conhece a Hipertensão e Diabetes?**” feito na USF-Nova Esperança. Número de participantes entrevistados 40 .

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensados, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Contudo incentivar o indivíduo a refletir sobre seu estilo de vida cotidiana, relacionado à patologia crônica, no caso específico hipertensão arterial, diabetes mellitus e sedentarismo caracteriza-se como um instrumento de educação em saúde sobre uma perspectiva de promoção, prevenção e principalmente o controle dos agravos.

Foram implantados de forma parcial os quatro programas: “Saúde na medida certa”; “Conhecimento Minimiza os Riscos”; “Importância da Medicação Responsável” e “Nós somos Responsáveis”, com uma aceitação da população que consideramos ótima.

Com a participação de 40 pessoas, as atividades ocorrem diariamente, envolvendo reuniões com atividades físicas e mensalmente as reuniões com ações educativas. Foi possível instruir os pacientes não só em relação às proporções de nutrientes mais adequados, mas também a qualidade dos mesmos com o intuito de abolir o uso do álcool, fumo e controlar a gordura, açúcar e sal, contribuindo para uma dieta balanceada. Os programas já tiveram uma repercussão positiva, pois houve maior participação da população, despertando mais envolvimento, sendo percebido nos controles, com a queda dos níveis de glicemia, da pressão arterial e perda de peso dos pacientes.

A implantação foi parcial, pois no período compreendido do projeto houve falta de recursos, desta forma, não foi possível realizar todas as atividades na comunidade, sendo o mesmo suspenso temporariamente por falta de estrutura física (Unidade em reforma). Contudo, está planejado retomar as atividades no mês de novembro de 2014, no qual o projeto será implementado na sua totalidade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Plano de reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: Hipertensão arterial e Diabetes mellitus/Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas -Brasília; 2001.102 p.:il.- (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 59). P. 05
2. Bonow RO, Smaha LA, Smith Jr SC, Mensah GA, Lenfant C. The international burden of cardiovascular disease: responding to the emerging global epidemic. [Special Report, World Heart Day 2002]. *Circulation*. 2002;106(13):602–1606.
3. Yusuf S, Reddy S, Ôunpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases. Part II: Variations in cardiovascular disease by specific ethnic groups and geographic regions and prevention strategies. *Circulation*. 2001;104(23):2855–64.
4. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm*. 2007Abr-Jun; 16(2):254-62.
5. Fardo VM, Creutzberg M, Silva MCS. Qualidade de vida de idosos hospitalizados: um estudo preliminar. *Rev Nurs*. 2005; Jul; 86(8):314-9.
6. International Diabetes Federation. What is diabetes?. [homepage da internet]. Brussels (BE): IDF; 2006. [acesso em 20/03/2014]. Disponível em: <http://www.idf.org/home/index.cfm?node=2>.

7. World Health Organization - WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. [Internet] Switzerland, 2005.[Acesso em 22/03/2014]. Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en.
8. 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 vigtel, 2009, cadastro de portadores do sis-hiperdia, 2010.[acesso em 21/03/2014]; 1(1):[178 screens]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/prevalencia01_2011.pdf
9. Lessa I. O Adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não- transmissíveis. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Abrasco; 1998.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). P.07.
11. Stamler J., Vaccaro O., Neaton J.D. et al. Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Diabetes Care* 1993;16:434-44.
12. Asman G., Cullen P., Schulte H. Simple scoring scheme 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.
13. Rosa RS. Schmidt MI. Diabetes Mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999- 2001. *Epidemiol Serv Saude*. 2008;17(2):131-4.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de

Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
16. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: 2004.64 p.: il. color. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
17. 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 vigtel, 2009, cadastro de portadores do sis-hiperdia, 2010.[acesso em 21/03/2014]; 1(1):[178 screens]. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/geral/prevalencia01_2011.pdf
18. Heloisa Garcia. Hipertensão, diabetes e obesidade estão em drástica ascensão no mundo, diz relatório da OMS. [Internet]. Correio Do Estado. 19/05/2012. [Acesso em 24/03/2014]. Disponível em:
<http://www.correiodoestado.com.br/noticias/hipertensao-diabetes-e-obesidade-estao-em-drastica-ascensao-no-mundo/149672/>
19. Sowers JR, Epstein M, Frohlich ED. Diabetes, Hypertension, and cardiovascular disease: an update. Hypertension. 2001; 37(4):1053-1059.
20. Sowers JR, Epstein M, Frohlich ED. Diabetes, Hypertension, and cardiovascular disease: an update. Hypertension. 2001; 37(4):1053-1059

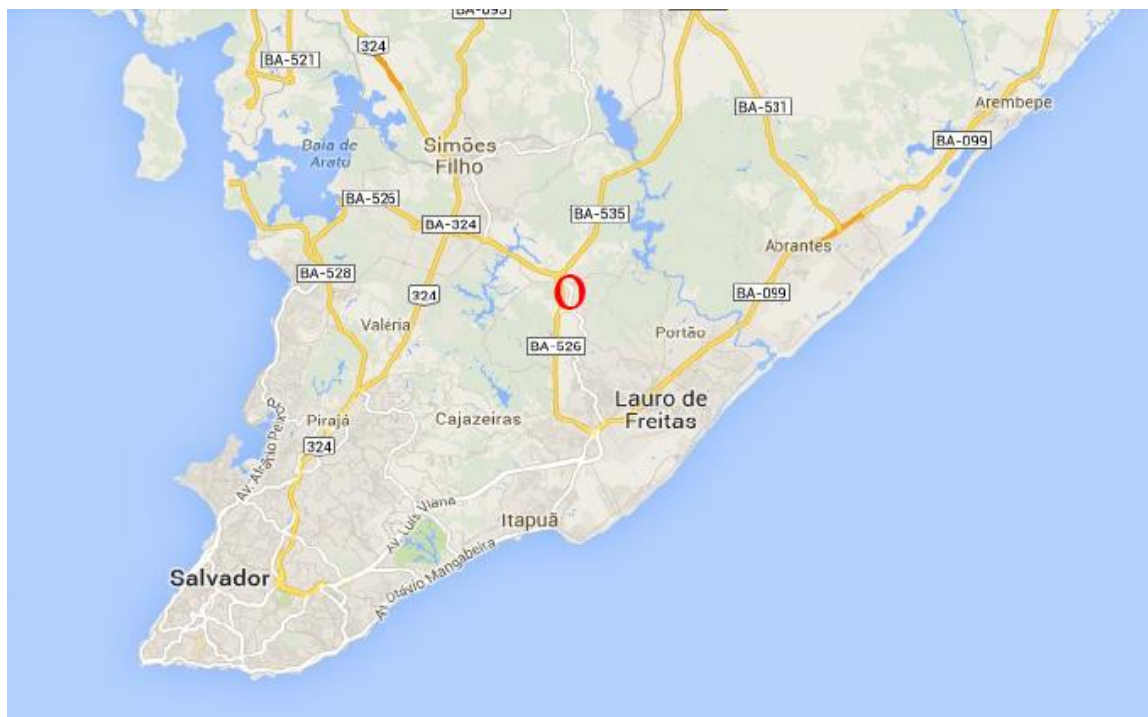
21. Epstein M, Sowers JR. Diabetes mellitus and hypertension. *Hypertension*. 1992; 19(5):403-418.
22. Carlos Rocha. Hipertensão Arterial Sistêmica. (HAS)[internet].Montes Claros: Carlos Rocha; 2012. [Acesso em 25/03/2014]. Disponível em:
<http://pensandoemsaude.blogspot.com.br/2012/05/hipertensao-arterial-sistematica-has.html>
23. Heloisa Garcia. Hipertensão, diabetes e obesidade estão em drástica ascensão no mundo, diz relatório da OMS. [Internet]. *Correio Do Estado*. 19/05/2012. [Acesso em 24/03/2014]. Disponível em:
<http://www.correiodoestado.com.br/noticias/hipertensao-diabetes-e-obesidade-estao-em-drastica-ascensao-no-mundo/149672/>
24. Domingues MR, Araújo CLP, Gigante DP. Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:204-15.
25. Prof. Erácliton Viana de Souza. Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Atividade Física. *ADJ Diabetes Brasil*. [internet]. Sem data [acesso em 22/03/2014]. Disponível em:
<http://www.adj.org.br/site/internas.asp?area=9911&id=621>.
26. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). P.07.

ANEXOS

Análise Situacional

USF e área de ação

A unidade de Saúde da Família Nova Esperança, pertence ao distrito de Itapuã, município de Salvador, limitado por Simões Filho e Lauro de Freitas, tem uma população aproximada de 7.000 cadastrados e 1.500 não cadastrados, mas são tratados em nossa unidade. A USF Nova Esperança, tem 2 equipes de saúde, Bera Rio, e Bela Vista, que dão atenção a 7microareas. Este trabalho será feito com base na população atendida pela equipe de saúde Bela Vista. Este mapa abaixo mostra a área de abrangência em que vamos trabalhar na intervenção do projecto.



Caracterização da População

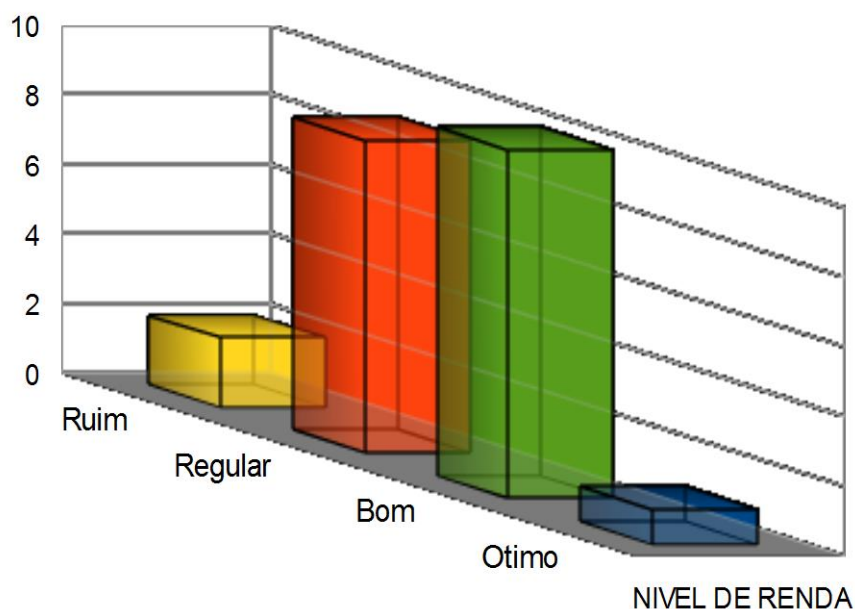
Variáveis Demográficas

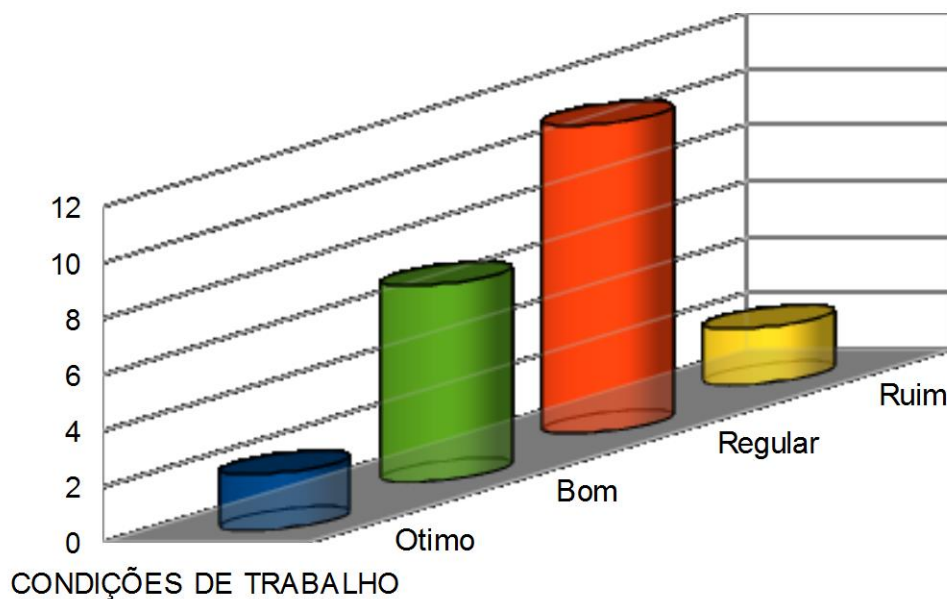
A tabela mostra o número de pessoas indicados por sexo e idade. Não contém dados da população não cadastrada e assentamento cigana.

				Faixa	Etária	(Anos)					
Sexo	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10a14	15a19	20a39	40a49	50a59	> 60	Total
Masc.	17	86	61	77	176	167	508	144	121	111	1468
Fem.	14	73	42	106	173	174	552	133	132	77	1476

Socio-Economicas

Os gráficos a seguir expressam o nível de Renda percebido pela população e as condições de Trabalho de acordo com a sua própria avaliação. Estes dados foram coletados no questionário "Quero conhecê-lo!" Conduzido aleatoriamente para 22 pessoas, com entre 17 e 48 anos de idade. Estes dados não são oficiais, são meramente ilustrativas coletadas pela equipe de saúde Bela Vista.





Inserção no mercado de trabalho

De acordo com pesquisas do mercado de trabalho, as pessoas têm muitos pontos de vista e reflexões diferentes. Estes comentários são muito grandes, alguns dizem que o mercado de trabalho é aberto a todos e há muitas possibilidades, outros dizem que há um grande mercado de trabalho para os moradores. O mais importante é que todos concordam que o mercado de trabalho atual é muito exigentes em termos de preparação e disposição pessoas.

Opinião pessoal:

Nome: Sirleide Santos Ribeiro

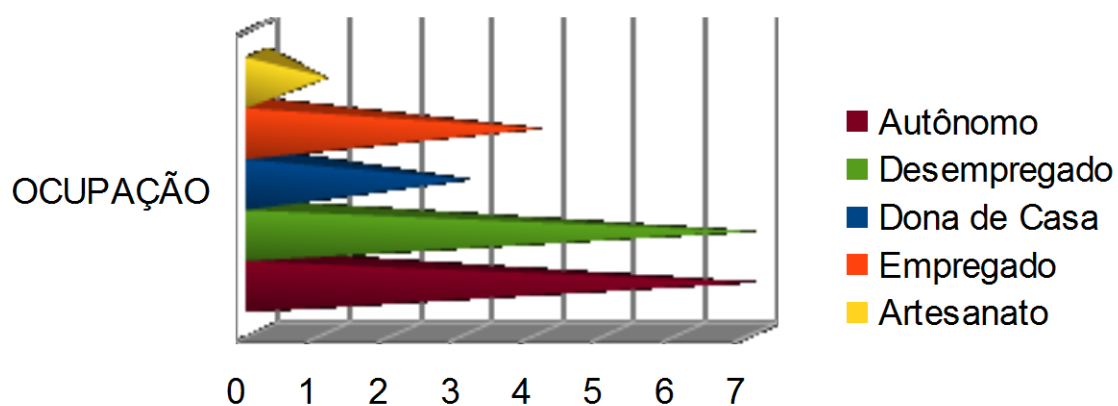
Idade: 30 anos

Ocupação: artesanato.

Eu acho que faltam muitas oportunidades, inclusive para os autônomos, devido à falta de formação.

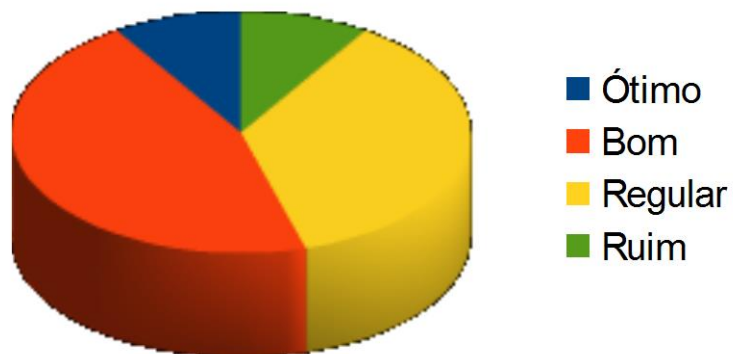
Ocupação

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



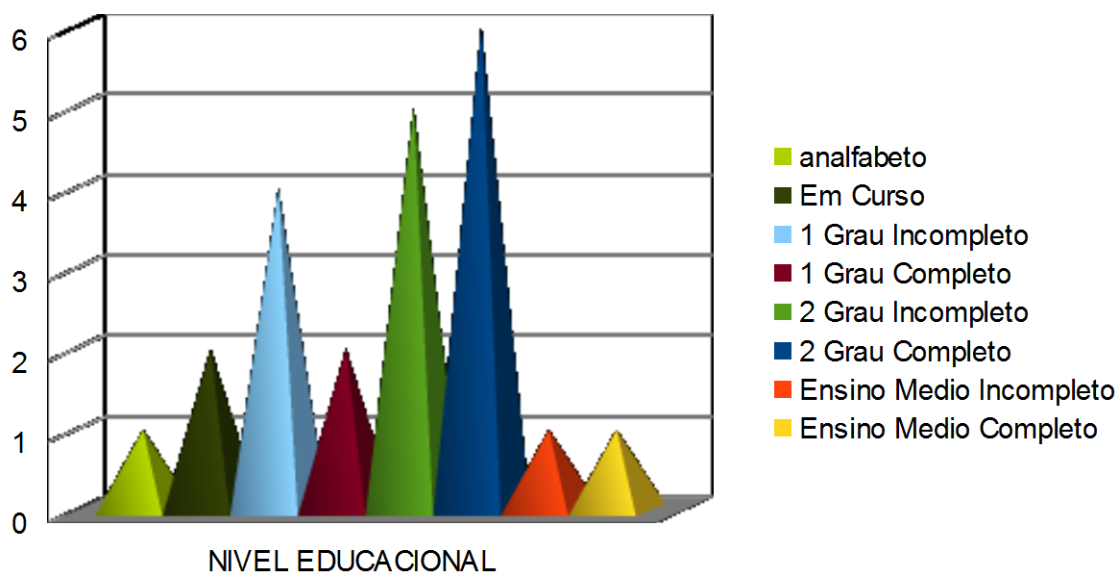
Condições de vida

No gráfico abaixo, as condições de vida que as pessoas têm, de acordo com a sua própria opinião. A pesquisa perguntou sobre como eles vêem sua condição de vida, para a resposta foram dadas 4 opções, Ótimo, Bom, Regular e Ruim.



Culturais

Conforme observado no gráfico tem muitas pessoas que não conseguem terminar os níveis de ensino, por várias razões. A razão mais comum o início precoce das atividades de trabalho, isso leva a repercussões negativas na área de desenvolvimento pessoal. Os negativos mais importantes que geram esse comportamento são. não encontrar um emprego adequado no futuro, levando a condições de vida desfavoráveis, afetando seus arredores, saúde física e emocional, segurança pessoal, etc.



Políticas

Na pesquisa, criamos uma seção onde a pessoa expressar brevemente suas necessidades, interesses e desejos. Recolheu diferentes necessidades, o mais comum: Melhoria na segurança. área da saúde, educação, transporte, saneamento básico, melhoria da coleta de lixo, mais limpas lcalles, áreas de lazer para todas as idades, o acesso cultural.

Opinião pessoal:

Nome: Juliana Santos de Jesus

Idade: 20 anos

Ocupação: Dona de casa

Gostaria que melhorasse a segurança no bairro, melhorasse também o lazer, pois não tem praça nem parque para minha filha brincar. A educação é horrível, as creches não acompanha o ritmo de trabalho.

Fiz um exame preventivo e vai fazer 2 meses e ainda não chegou!!

Caracterização das Condições de Vida

Abaixo são apresentados tabelas SIAB. que refletem instalações de abastecimento de água, coleta de lixo, esgotamento sanitario, tratamento de água no domicilio e os tipos de casas

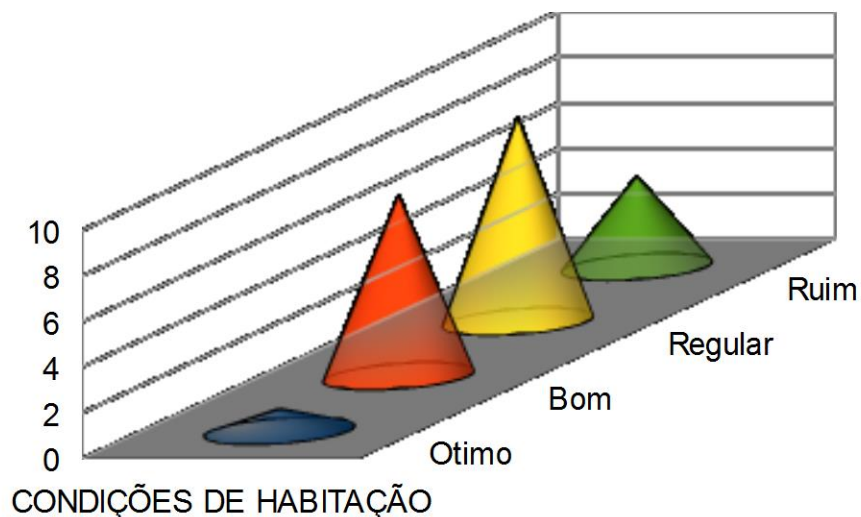
Abastecimento de Água	Numero	%
Rede Publica	733	92,78
Poço o Nascente	48	6,08
Outros	9	1,14

Destino Fezes / Urina	Numero	%
Sistema de Esgoto	27	3,42
Fossa	598	75,7
Céu Aberto	165	20,98

Destino do Lixo	Numero	%
Coleta Publica	624	78,99
Queimado / Enterrado	90	11,39
Céu Aberto	76	9,62

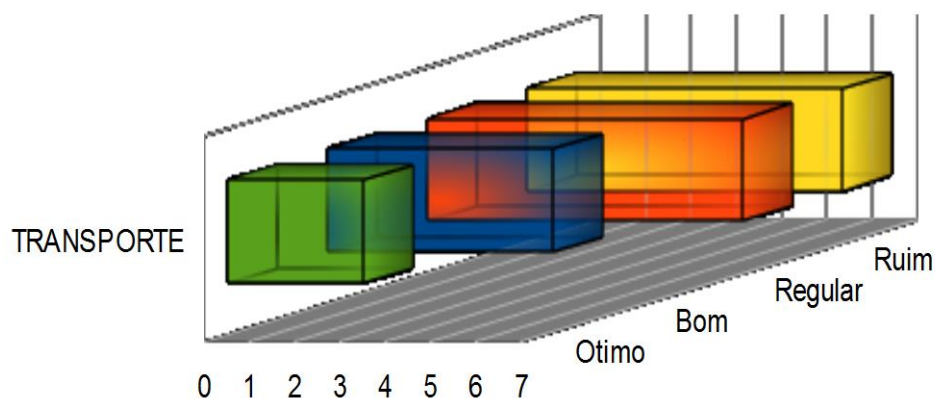
Trat. Água no Domicilio	Numero	%
Filtração	261	33,04
Fervura	10	1,27
Cloração	11	1,39
Sem Tratamento	508	64,3

Tipo de Casa	Numero	%
Tijolo / Adobe	750	94,94
Taipa Revestida	6	0,76
Taipa não Revestida	13	1,65
Madeira	9	1,14
Material Aproveitado	11	1,39
Outros	1	0,13



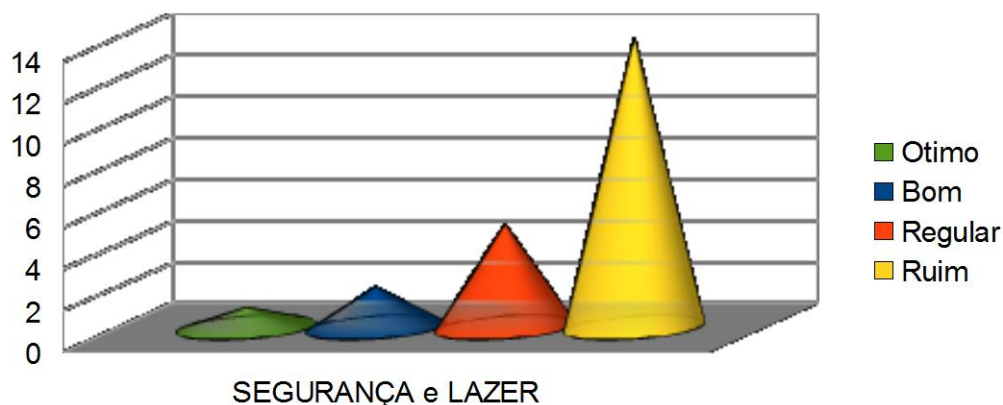
Acesso a Transporte

Em ecuesta perguntou sobre acesso ao transporte foram dadas quatro opções de resposta Optimo, bom, regular e Ruim.



Segurança e Lazer

A pesquisa também pergunta a opion nas áreas de segurança e do lazer da comunidade, as opções de resposta foram Optimo, Bom, Regular e Ruim. No gráfico se mostram os resultados da pesquisa.



Com as informações acima, podemos ter uma idéia da localização geográfica da USF ea população com a qual trabalhamos, suas variáveis demográficas, condições ambientais, sócio-econômicas, culturais, políticas e dos determinantes sociais de saúde.

Esses dados nos ajudam com a escolha do problema que vamos trabalhar.

Definindo um Problema

Indicadores de Morbidade, de acordo o SIAB

Doenças Referidas										
Faixa Etária	Alc.	Cha.	Def.	Dia.	Dme.	Epi.	Ha.	Han.	Mal.	Tb.
	N. - %	N. - %	N - %	N - %	N - %	N - %	N - %	N - %	N - %	N - %
0 a 14	-----	-----	2 – 0,24	-----	-----	-----	1 - 0,12	-----	-----	-----
15 >	12 – 0,57	6 – 0,28	20 – 0,94	49 – 2,31	-----	6 – 0,28	166 – 7,83	-----	-----	2 – 0,09

Após a coleta de dados SIAB, como mostra o gráfico acima, vemos duas doenças que afetam a população em maior proporção, que são a Hipertensão Arterial e Diabetes.

Na prática diária são dois problemas que mais preocupam, além das taxas dessas doenças são que 90% dos pacientes que chegam são descompensados, ou

porque não têm uma boa orientação sobre estas patologias, ou quão importante é ter uma dieta, ou praticar alguma atividade física, seguir as instruções do médico e cumprir com a medicação corretamente, tudo isso é adicionado temos um número elevado numero de obesidade associado com níveis elevados de colesterol, triglicérides, juntamente com a carga hereditária.

Em reconhecimento da nossa área de trabalho e de sua população, percebe que o seu nível de educação em saúde, socioeconômico, cultural e desenvolvimento em sua área de trabalho que são fatores que agravam a situação desses pacientes.

Eu decidi trabalhar essas doenças Hipertensão e Diabetes, porque geralmente vem associado e compartilham os mesmos fatores de risco, tenho certeza de que pode mudar a situação de uma grande parte desses pacientes, organizando grupo HIPERDIA e realizando palestras educativas, isto é, como ele evolui e complicações de suas doenças, orientando-os como venho fazendo diariamente e encorajar para realizar qualquer atividade física, mudar seus hábitos alimentares, a seguir os seus controles regularmente e tudo podemos fazer na comunidade, sem a necessidade de grandes estruturas.

APENDICE**Conhece a Hipertensão e Diabetes?**

USF - Nova Esperança
Equipe - 0127 Bela Vista

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 manifestam os Sintomas? Sim () Não ()

Quais são:

Sabe como se previnem?

Sim ()

Não ()

Exemplos: _____

Sabe qual é o tratamento?

Sim ()

Não ()

Exemplos: _____

Você conhece as complicações?

Sim ()

Não ()

Exemplos: _____

Quero conhecê-lo!

USF - Nova Esperança

Equipe 0127 Bela Vista

ACS

Nome: _____

Micro Área: _____

Relatório Pessoal

Nome: _____

Idade: _____

Endereço: _____

Características Socio-Econômicas

Nível Educacional: _____

Trabalha? Sim Não

Ocupação: _____

Nível de Renta: Ótimo Bom Regular Ruim

Condições de Trabalho: Ótimo Bom Regular Ruim

Descreva resumidamente a sua opinião sobre inserção no mercado de trabalho

Condições Ambientais

Condições de Vida: Ótimo Bom Regular Ruim

Condições de Habitação: Ótimo Bom Regular Ruim

Acesso a Transporte: Ótimo Bom Regular Ruim

Segurança e Lazer: Ótimo Bom Regular Ruim

Relato

Descreva resumidamente suas necessidades, interesses e desejos

Muito Obrigado!!!!