

Curso de especialização em Saúde da Família 2008/2010-UFMG

Reflexos das atividades complementares na saúde e vida dos pacientes hipertensos da equipe de saúde da família – do bairro São Joaquim–(ESF 33). Contagem – MG.

Mauro Teixeira Sobrinho.

Orientador: Dr. Geraldo Cunha Cury

Trabalho de Conclusão do Curso de especialização em Saúde da Família

Contagem

Março/2010

Mauro Teixeira Sobrinho

Reflexos das atividades complementares na saúde e vida dos pacientes Hipertensos da equipe de saúde da família – do bairro São Joaquim – (ESF33). Contagem, MG.

Trabalho de conclusão do curso de Especialização da Saúde da família 2008/2010, para obtenção de título de especialista em Saúde da Família sob orientação do Prof.Dr. Geraldo Cunha Cury

Contagem/ MG

Março/2010

Sumário

Resumo	4
1 - Introdução	5
2 - Desenvolvimento.....	8
2.1 - O Processo histórico do Sistema de Saúde do Brasil	8
2.2-Grupos operativos como instrumentos estratégicos para implementação de ações em educação para saúde.....	11
2.3 - Contextualização da Equipe de Saúde da Família (ESF) do município de Contagem, Minas Gerais.....	13
3 - A Equipe de Saúde da Família (ESF) do Bairro São Joaquim, Contagem/MG.....	13
3.1 - Caracterização da ESF relacionada ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).....	15
4- Objetivos e Metodologia	17
5 - Análise dos dados.....	19
5.1 - Análise e discussões	19
5.2 - Descrição do sujeito do estudo	19
5.3 - A importância dos grupos educativos para os hipertensos	19
5.4 - Influência para adoção de hábitos saudáveis dos hipertensos que frequentam os grupos educativos	20
5.4-Assimilação do conteúdo do trabalho nos grupos e mudanças de hábito.....	21
5.5 - Necessidade de continuidade dos grupos operativos.....	21
6 - Considerações Finais.....	23
7 - Referências bibliográficas	24
APÊNDICE I	26
APÊNDICE II.....	28
APÊNDICE III.....	28

Resumo

Controlar e tratar paciente com Hipertensão Arterial constitui-se um grande desafio, o que requer equipe multidisciplinar, preparo dos integrantes da equipe e participação na forma de adesão do próprio paciente, objetivando uma ação diferenciada principalmente através de orientações para mudança no estilo de vida, que podem ser realizadas de forma individual ou coletiva, através da participação do paciente em trabalhos de grupos operativos nas unidades de saúde. O presente estudo foi proposto para compreender se houve assimilações do conteúdo aplicado nas reuniões, controle dos níveis pressóricos e redução dos sintomas ligados a hipertensão.

Foi realizada uma pesquisa descritiva de caráter qualitativo no mês de março no ano de dois mil e dez, com os hipertensos que freqüentam os grupos educativos de maneira regular, ou seja, que freqüentaram os grupos de março de 2009 a março de 2010. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado uma entrevista semi estruturada com questões norteadoras. Os resultados destes estudos proporcionaram compreender a importância atribuída aos grupos educativos pelos hipertensos e constatou que os grupos educativos foram definidos como os momentos oportunos para o hipertenso compartilhar suas preocupações com outros pacientes e encontrar apoio para mudanças do estilo de vida para hábitos mais saudáveis em suas vidas. Constatou também que é um espaço vivo de discussões apto para transformações. Houve considerável melhora na qualidade de vida dos hipertensos, o que resulta na necessidade da Equipe de Saúde da Família de continuar com estas ações estratégicas.

1 - Introdução

Caracteriza-se por Atenção Básica o conjunto de ações de saúde (individual e coletivo) que visa promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, a reabilitação e manutenção da saúde. A Atenção Básica considera o usuário do SUS na sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-econômico e cultural buscando sempre a promoção de sua saúde, a prevenção, tratamento de doenças e a redução dos danos ou de sofrimentos que passam a comprometer a saúde do indivíduo ou da coletividade (MS/SAS/DAB, 2009).

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição do modelo tradicional de assistência, com a atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Isto possibilita às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. A estratégia do PSF foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários. Esta estratégia reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade. (FONTINELE, 2003).

A partir de 2003, com o desenvolvimento do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), o Ministério da Saúde reorienta quanto ao uso da terminologia, ao invés do termo PSF, Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MS/SAS/DAB, 2009).

A estrutura da ESF é formada a partir de uma Unidade Básica Saúde da Família (UBSF), com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população (recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4500 pessoas), onde se desenvolve ações de promoção de saúde, de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos. A UBSF atua

com base nos seguintes princípios: substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho; atenção integral garantida aos indivíduos e famílias, assegurando a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema; acompanhamento da população adscrita no território de abrangência e uma equipe composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), numa proporção média de uma agente para 550 pessoas acompanhadas. Outros profissionais poderão ser incorporados nas UBSF ou em equipes de supervisão, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Uma UBSF pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias do território de sua abrangência. Cada equipe de Saúde da Família é capacitada para: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco; elaborar com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral na UBSF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar e desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados. (FONTINELE, 2003).

O programa de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) está inserido no plano de atenção básica de assistência a Saúde do Adulto, desenvolvido pela ESF. A HAS atinge entre 15% a 20% da população adulta, chegando a 50% nos idosos e atingem mais pessoas do sexo masculino até 45-50 anos de idade e a partir desta faixa a prevalência é maior nas mulheres. A presença da HAS duplica o risco cardiovascular e, além disso, é o primeiro fator de risco para o acidente vascular cerebral. Cerca de 90% de pessoas em estágio final de doença renal tem história de HAS. Ressalta-se, ainda, o alto custo social em nosso meio, pois a HAS é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e absenteísmo ao trabalho (MS/SAS/DAB, 2006).

A realização de grupos operativos, como prática educativa em saúde visa realizar o diagnóstico precoce e o acompanhamento do portador, prestando assistência individualizada ou em grupo, promovendo o autoconhecimento do paciente e da doença que o acomete, facilitando o adequado controle da pressão arterial.

Como ser social, o homem busca vincular-se aos grupos desde a infância, através de interesses em comum. O grupo traz a possibilidade de crescimento e mobilização uma

vez que favorece aos integrantes a troca de papéis, facilitando o resgate dos sonhos, perdas e expectativas remotas.

O processo educativo é considerado importante para complementação do tratamento de pacientes hipertensos para aumentar sua adesão àquele, contribuindo no controle da pressão arterial, no esclarecimento de dúvidas e direcionamento do autocuidado. A educação é um componente essencial para a promoção, manutenção e restauração da saúde, devendo agir de maneira conscientizadora.

A hipertensão Arterial é uma doença muito comum em todo o mundo e atinge crianças, jovens, adultos e idosos, pessoas de ambos os sexos, de todas as raças e de qualquer padrão social. Algumas vezes ela é provocada por uma doença específica, mas na maioria dos casos a Hipertensão está ligada a herança familiar, a hábitos alimentares e estilo de vida. A equipe de saúde tem como objetivo avaliar os fatores de riscos relacionados à hipertensão arterial em usuários que freqüentam o grupo operativo podendo assim contribuir para o diagnóstico e o planejamento das ações da equipe de Saúde da Família. É um trabalho a ser desenvolvido na área de atuação do Programa de Saúde da Família e tem como população de referência os portadores de hipertensão arterial. A população alvo deverá ser constituída por portadores de hipertensão que freqüentam os grupos operativos desenvolvidos pela Equipe de Saúde da Família (MS/SAS/DAB, 2006).

2 - Desenvolvimento

2.1 - O Processo histórico do Sistema de Saúde do Brasil

No século passado, no Brasil, o sistema de saúde era realizado em caráter de emergência (em situações de epidemias com uma economia essencialmente agrícola). Um país que baseava sua economia na exportação e importação para conseguir divisas, portanto o que era de suma importância para o governo brasileiro eram as rotas de mercadorias (portos, estradas, por onde eram transportadas as mercadorias), Rio de Janeiro e Santos, principalmente. Houve também incentivo para imigração, incorporando a mão de obra imigrante nas culturas existentes. Em 1902 no governo do presidente Rodrigo Alves, lança o Programa de Saneamento do Rio de Janeiro e o combate à Febre Amarela Urbana em São Paulo.

Portanto, no que se refere à saúde nota-se por parte do governo interesses meramente mercantis. As regiões que não tinham interesse econômico para o governo ficavam totalmente abandonadas em termo de saúde. Não havia uma política voltada para a atenção á saúde de seus habitantes.

Em 1920 o médico Oswaldo Cruz organiza a Diretoria Geral de Saúde Pública, primeira medida concreta para a criação de um Sistema de Saúde Pública. O médico adotou campanhas sanitaristas (modelo americano importado de Cuba) para combater epidemias urbanas e as epidemias rurais (LUZ, 1991). Eram verdadeiras campanhas militares.

Em 1923 o governo federal criou o departamento nacional de saúde pública definindo assim a área de atuação do governo determinantemente coletivas ficando as assistências à saúde e odontológica individual financiado pelo próprio cidadão que tinha dinheiro.

Ainda em 1923 com a Lei Eloi Mendes cria-se o primeiro embrião da previdência social: CAPS (Caixa de Aposentadoria e Pensão) cuja organização era empresarial e mantida pelos patrões e empregados. Era autenticamente um Seguro Social no qual somente tinha acesso quem efetuava o pagamento correspondente (contribuição estipulada).

Após pressões de intelectuais e militares em 1931 cria-se o Ministério da Educação e Saúde (Lyda, 1994) com o crescimento das CAPS's houve espaço para a participação do Estado juntamente com as IAPS (Instituto de Aposentadoria e Pensão) que tinha uma política de privilegiar mais a Previdência Social mantendo a assistência médica em segundo plano.

Após os IAPS houve a centralização das ações de saúde no Governo Federal sendo seu único interesse criar um seguro social que garantisse a integralidade do trabalhador. A partir da unificação de todas as IAPS em uma única instituição estável, surge INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) consolidando o modelo de Seguro Social e assistência médica para quem tinha carteira de trabalho assinada.

O Estado consegue mais adiante abolir a participação popular (usuário) na gestão da previdência, aumentando ainda mais seu controle no sistema. Logo após, surge o complexo previdenciário: 1º Próprio – redes de hospitais e unidades de saúde; 2º Contrato Credenciado; 3º Contrato Conveniado. A partir de 1980 ocorreu esgotamento do sistema com a presença de filas, baixo salários, precárias condições e maus gerenciamentos dos recursos.

Entre 1973 – 1979 houve um grande esforço realizado pela Organizado Mundial de Saúde, pela Fiocruz e pelo INAMPS em torno da formação do médico de família (humanização da medicina) combatendo o culto do especialismo visando o interesse da categoria de muitos contratos individuais.

Em 1979 ocorre o marco pela reforma sanitária com o 1º Simpósio Nacional de Política e Saúde, onde se visava a unificação do sistema único de saúde com a universalização do direito a saúde.

Frente às defesas para a manutenção do sistema de saúde, que só privilegiavam as grandes organizações pelas associações médicas (Federação Brasileiras de Hospitais), poucas conquistas foram obtidas pela efervescência da produção intelectual do movimento sanitário brasileiro em relação à saúde do país.

Outro episódio marcante da história da saúde pública do Brasil foi a VIII Conferência Nacional de Saúde a qual foi um divisor de águas legitimada pela grande participação popular (trabalhadores de saúde, usuários, políticos e lideranças sindicais) tendo como objetivos o conceito ampliado de saúde que englobava condições de vida, alimentação,

lazer, acesso posse da terra, emprego, transporte, moradia. Tendo em vista este conceito de saúde pode-se afirmar que a saúde não algo é abstrato, ela é colocada como direito de todos e dever do Estado. Em 1988 na nova constituição brasileiras foi incluída pela primeira vez uma sessão sobre saúde, concretizando assim a reforma sanitária no plano jurídico institucional.

A estratégia do PSF iniciou-se no Brasil em 1991 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994 surgiram às primeiras equipes que eram compostas de quatro a seis agentes e para cada agente havia cerca de 580 pessoas acompanhadas. O principal objetivo do programa era reorganizar a prática da atenção a saúde de um novo modo e substituir o modelo tradicional. Além disso, era importante priorizar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas de forma contínua e integrada na unidade básica.

Princípios básicos do PSF:

- Caráter substitutivo;
- Integralidade e hierarquização;
- Territorialização e cadastramento da clientela;
- Equipe multiprofissional.

A implantação do PSF sempre dependeu de uma decisão política da administração municipal que deve submeter à proposta ao Conselho Municipal de Saúde e discutir com as comunidades a serem beneficiadas. Estes programas é uma estratégia do Ministério da Saúde para reestruturação da atenção básica sendo financiado pelo Piso de Atenção Básica (PAB) criado pela Norma Operacional Básica de 1986 (NOB96).

2.2-Grupos operativos como instrumentos estratégicos para implementação de ações em educação para saúde

O grupo operativo não é uma mera reunião de indivíduos estáticos. Mesmo com certo número de pessoas, ele pode se tornar um veículo promotor de saúde dentro da comunidade. Numa definição geral podemos dizer que é uma reunião de pessoas com um objetivo comum.

O psicanalista Pichon-Rivière na década de 40 definiu os grupos operativos como um instrumento de trabalho, ou seja, um método investigativo que cumpre além da sua função educativa, uma função terapêutica. Os questionamentos dentro do grupo devem ser constantes para promover o pensamento, sentimento e ação, o que justifica o termo operativo. O objetivo dos grupos operativos é a promoção do processo de aprendizagem para alcançar o objetivo proposto (ver PICHÓN-RIVIÈRE, 1994).

Muitas são as vantagens da utilização dos grupos operativos:

- Acesso do paciente à equipe;
- Acolhimento;
- Vínculo e responsabilização;
- Resolubilidade e efetividade.

Os grupos operativos tornam o saber incorporado pela didática horizontal, tornando o indivíduo um agente ativo e responsável pelas mudanças de hábito. Além de instrumento de acolhimento, vínculo, integralidade, co-responsabilidade, é um trabalho de equipe. (DIAS & CASTRO, 2006).

Um envolvimento social comunitário pode ser um fator primordial significativo na melhoria da confiança pessoal de satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. A participação social pode reforçar o sistema imunológico e diminuir a suscetibilidade para várias doenças (DIAS & CASTRO, 2006).

Nos grupos operativos a cura é possibilitada pelo aprendizado, comunicação eficaz, esclarecimento de resolução de tarefas que proporciona ao participante adaptação ativa da realidade (PICHÓN-RIVIÈRE, 1994).

O compartilhamento de experiências comuns potencializa o processo de adaptação de novas situações possibilitando ações preventivas e ou terapêutica

Os grupos operativos são instrumentos estratégicos para disseminação e implementação de ações em educação para saúde que visa promoção e prevenção, sendo que para prevenção exige-se um conhecimento da história Natural do agravo do paciente, para poder planejar ações antecipadas com a finalidade de tornar improvável o processo das doenças, ao passo que promoção da saúde não é dirigida a uma desordem ou doenças e sim ao bem estar geral, com os objetivos de transformar hábitos em prol da qualidade de vida.

Os grupos operativos enfrentam fatores que dificultam o seu processo de formação e continuidade como: falta de adesão dos usuários e profissionais, demanda aumentada de consulta individualizada, recurso humano e materiais deficientes, falta de espaço físico, pouca divulgação e falta de capacitação profissional. A busca do sucesso para quem trabalha com grupos operativos depende de objetivos claros, precisos e construídos junto com o grupo.

O objetivo deve ser atraente trazendo satisfação para os membros, fácil operacionalização, recursos e tempos viáveis. Os grupos operativos não devem servir como forma de controle clínico de pacientes (aferir PA, dados vitais, troca de receita etc.) sem passar por consulta médica, pois os grupos têm conotação de educar, como forma de prevenção dos agravos (DIAS & CASTRO, 2006).

Portanto, os grupos operativos servem como um espaço para a prática dialógica – Valorização do diálogo entre saberes científicos – técnicos e populares de forma participativa e transformadora.

2.3 - Contextualizações da Equipe de Saúde da Família (ESF) do município de Contagem, Minas Gerais

Atualmente o Brasil conta com 48,9% de cobertura de ESF, contando 28.865 equipes em 5.218 municípios brasileiros com ESF implantado de acordo com os dados do SIAB de agosto/2008, sendo que o número de agentes comunitários de saúde (ACS) chega a 59,6% de cobertura (MS/SAS/DAB, 2010).

De acordo com dados do IBGE de janeiro de 2009, o município de Contagem, região metropolitana de Belo Horizonte – MG possui uma população de 617.749 habitantes existindo 480 agentes comunitários (ACS) credenciados pelo Ministério da Saúde (MS), sendo 405 cadastrados no sistema, cobrindo assim uma população estimada de 220.800 pessoas, um percentual de 35,74% de cobertura da população estimada. (MS/SAS/DAB, 2010).

Em relação às ESF, há 86 equipes credenciadas pelo MS, Contagem conta com 87 cadastradas no sistema do Ministério, sendo 82 implantadas, cobrindo um a população de 282.900, um percentual de 45,80% da população estimada. A cobertura da Saúde Bucal é pouco expressiva há somente cinco equipes de saúde bucais cadastradas e implantadas em todo o Município (MS/SAS/DAB, 2010).

3 - A Equipe de Saúde da Família (ESF) do Bairro São Joaquim, Contagem/MG

A ESF 33 do bairro São Joaquim do Município de Contagem/MG é constituída pela equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde. Esta se organizou para atuar em outra linha de cuidado que não fosse somente atender consultas, diversificando o modo de assistir o paciente, surgindo assim o desejo de trabalhar com promoção da saúde através de grupos de pessoas, inseridas em atividade de lazer, recreação, esporte etc., não perdendo de vistas o objetivo primordial que é melhorar a qualidade de vida do usuário. As atividades complementares de recreação e lazer possuem o objetivo de promover a saúde dando a estes um modelo diferente do modelo curativo, incentivando o trabalhador da saúde a participar deste processo que é construtivo e participativo,

acompanhando o usuário e observando-o como um ser biopsicosocial com isso propiciando um levantamento de demandas extras exteriorizadas junto ao grupo.

O trabalho de recreação, lazer e movimento da ESF do bairro São Joaquim Contagem /MG tem o intuito de avaliar o potencial qualitativo da resposta dos usuários em relação à proposta da equipe, quando se quer alcançar a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A ESF do bairro São Joaquim reúne-se com frequência para poder pensar, planejar, programar, executar, avaliar e propor projetos que atendam as necessidades do usuário, levando em consideração, a saúde da criança, adolescente, mulher, adulto, idoso etc., onde discutimos a viabilização das propostas factíveis.

Por meio de um processo participativo a população empodera-se para tomar decisões e estabelecer prioridades, buscando parcerias na resolução de seus problemas, esperando que os avanços no setor de saúde ocorram articuladamente às possibilidades de transformação geral da sociedade rumo a um projeto de emancipação de todos os cidadãos (MS/SPP, 2001).

Para garantir o respeito aos usuários que por algum motivo não participarão dos eventos, grupos ou atividades de lazer, colocamos avisos através de cartazes enfrente a ESF, com antecedência, falando pelo motivo sobre qual não haverá outras atividades.

Ao final do evento estamos todos felizes pelo objetivo cumprido. Nos dias seguintes através de uma pesquisa qualitativa, buscamos obter relatos subjetivos dos usuários, sobre os eventos em relação à sua vida. Segundo MINAYO (2007) as pesquisas qualitativas respondem a questões muito particulares. Elas se ocupam, nas ciências sociais com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, ela trabalha com universo de significados.

Com o consentimento (livre e esclarecido) do usuário, a transcrição e análise da pesquisa é feita com o intuito de melhorar a qualidade do atendimento e com isto analisar os resultados alcançados: sorriso, satisfação dos usuários na chegada dos eventos.

As atitudes da ESF do bairro São Joaquim são inovadoras e desafiadoras, e ultrapassam a formação dos profissionais. Necessita de iniciativa, boa vontade e empenho em ações que não são específicas da área de saúde. O trabalho de Recreação, Lazer e Movimento

da ESF do bairro São Joaquim é um exemplo para outras equipes porque conduz a população para perspectivas de melhoria de qualidade de vida em processo que é dinâmico e participativo.

O único remédio infalível, contra todas as doenças é não ficar doente e o caminho seguro para atingir esse objetivo é assegurar um atendimento de qualidade no SUS, sendo as ESF a porta de entrada, exercitando assim a promoção da saúde e a prevenção da doença, onde cada pessoa da comunidade é assistida antes que os problemas se agravem no surgimento, ou antes, mesmo que apareçam (MS/SPP, 2001).

3.1 - Caracterizações da ESF relacionada ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

A Equipe de Saúde da família do bairro São Joaquim possui um total de 1305 famílias cadastradas, sendo divididas entre seis microrregiões, totalizando aproximadamente 5200 pessoas. No mês de janeiro de 2010 foram realizadas 1275 visitas domiciliares pela equipe de saúde, destas 1239 foram realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 15 pelos profissionais de nível médio, 15 visitas através da enfermeira e 6 foram feitas pelo médico. Em relação às consultas médicas é possível afirmar que se totalizaram em 270 e a procura maior foi de usuários da faixa etária de 20 a 39 e maiores de 60 anos.

Neste mês a equipe fez 41 consultas de puericultura, 36 pré-natais, 47 prevenções de câncer cérvico uterino, além disso, atenderam 60 diabéticos, 112 hipertensos e um usuário com doença sexualmente transmissível.

Referindo-se à solicitação de exames, foram realizados 61 de patologia clínica, 28 radiológicos 18 de ultrasonografia obstetra. Sobre o atendimento especializado referenciados, 80 usuários precisaram deste recurso durante este mês de janeiro. Dentre os procedimentos efetuados pela equipe pode-se destacar: 56 curativos, 13 injeções, 15 retirada de pontos, 3 atendimentos em grupo educação em saúde e 3 reuniões de equipe. São considerados marcadores importantes para a equipe visando um melhor planejamento interno na unidade a observação dos seguintes itens: recém nascido com peso menor que 2500 g, resultado da citologia oncótica determinando NIC III, gravidez

em mulheres menores que 20 anos, hospitalizações por qualquer causa e número de óbitos no período.

4- Objetivos e Metodologia

O presente trabalho tem o intuito de compreender a influencia das atividades complementares de recreação e lazer na saúde dos hipertensos. Para trabalhar esta questão será utilizada a opinião dos participantes de grupos educativos realizados pela equipe do programa de saúde da família do bairro São Joaquim.

Os objetivos específicos do presente trabalho são:

- Detectar através dos grupos se há controle de pressão arterial;
- Verificar grau de satisfação com os grupos;
- Saber se houve mudança de hábitos alimentares;
- Verificar uso de medicação regular;
- Saber se os grupos contribuem para mudança de hábitos alimentares;
- Saber se após a participação nos grupos operativos os usuários apresentaram alguma complicação crônica da hipertensão arterial.

Para atingir os objetivos propostos foi realizado um estudo qualitativo. De acordo com Minayo (2006) a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos, dos fenômenos que não podem ser reduzidos às operacionalizações de variáveis.

A presente pesquisa foi realizada no mês de março/2010 junto à equipe de saúde do bairro São Joaquim (PSF 33) – Contagem – MG. Os sujeitos da pesquisa foram usuários cadastrados na equipe de saúde que freqüentaram os grupos operativos no período de 2009 a março de 2010. Foram realizadas 10 entrevistas que definiram os sujeitos da pesquisa.

Para autorização da pesquisa na ESF33 foi feita uma solicitação formal ao secretário municipal de saúde de Contagem. (ver APENDICE I). As informações foram transcritas na íntegra, lidas, analisadas, selecionadas e agrupadas em categorias, que segundo Minayo (2006), significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista do tipo semi-estruturada com questões norteadoras (ver APENDICE II).

Todos os entrevistados foram informados sobre a pesquisa e seus objetivos, assinando um termo de consentimento (APENDICE III), contendo esclarecimentos sobre a preservação da identificação dos entrevistados e o seu consentimento em divulgar informação na pesquisa. Esse termo foi assinado pelo entrevistado antes do início da entrevista. As entrevistas foram gravadas e para a identificação dos entrevistados, utilizou-se a letra H acompanhada do número correspondente à ordem que ocorreram as entrevistas com finalidade de melhor compreensão.

5 - Análises dos dados

As informações coletadas foram lidas, analisadas, selecionadas, agrupadas em elementos comuns ou que se relacionam entre si e transcritas na íntegra:

Para identificação dos entrevistados, utilizou-se a letra H acompanhada do número correspondente á ordem que ocorreram as entrevistas para melhor compreensão.

5.1 - Análise e discussões

#

Foi possível compreender através das respostas obtidas que algumas questões são norteadoras, no impacto das orientações recebidas dos participantes dos grupos operativos em relação à adoção de hábitos saudáveis de vida.

5.2 - Descrições do sujeito do estudo

#

Participaram da pesquisa 04 homens e 08 mulheres com idades superiores à 50 anos. Algumas mulheres do lar, outros aposentados e um dos homens lavrador aposentado. Uma das mulheres não frequenta o grupo, mas é esposa de um dos participantes do grupo e oferece sua opinião

5.3 - A importância dos grupos educativos para os hipertensos

#

Essa importância apresentou respostas variadas que vão desde momentos oportunos para aprender sobre alimentação como também contato com os amigos, reforçando laços de amizade. Ao frequentar reuniões dos grupos educativos o hipertenso tem oportunidade de compartilhar suas preocupações com outros pacientes e encontrar apoio necessário para fazer alterações no estilo e tratamento.

As falas abaixo demonstram o que os hipertensos pensam sobre as práticas dos grupos educativos:

“Eu acho ótimo o grupo, fala de coisas muito importantes. A gente aprende mesmo, pensa que sabe e não sabe. Aprendi muito também sobre algumas doenças, principalmente as que vêm com a idade...” H5

“Fantástica, muito bacana, orienta, ensina, educa. É bom também que a gente pode conversar e ser orientada pelo médico, enfermeira sem precisar madrugar na fila de consulta do posto.” H10

“O grupo é bom demais da conta. Melhorou muito minha vida principalmente na alimentação.” H8

“Eu sou fiel não perco nenhuma. Eu e minha patroa seguimos tudo a risca.” H12

Em relação ao autocuidado e hipertensão arterial nota-se pela fala dos entrevistados uma redução de complicações da doença e uma preocupação com a prevenção melhorando os hábitos familiares:

“Reduzi meu açúcar e de toda a minha família. São ótimas as reuniões. Na última levei minhas amigas de Congonhas. Elas amaram. Nunca viram um posto fazer isso.” H6

Quando os pacientes aderem a hábitos saudáveis de vida e usam medicamentos prescritos nos horários certos estão realizando o autocuidado para controlar a pressão arterial.

5.4 - Influência para adoção de hábitos saudáveis dos hipertensos que freqüentam os grupos educativos

#

O processo educativo pode de certa forma mudar hábitos de vida e uma aceitação de uma terapia medicamentosa

Os relatos confirmam a influência dos grupos educativos para adoção de mudanças ocorridas no cotidiano dos hipertensos acompanhados:

“Hoje sou uma pessoa que cuida do corpo e da mente. Aprendi ser hipertenso e ser feliz. “Aprendi muito sobre alimentação... aprendi a me reeducar, a viver a vida.” H3

“São boas demais. Passei a cuidar do corpo e da cabeça. Perdi 20 Kg. Deus me livre da vida de antes” H1

“Tomo remédios corretamente, alimento melhor, consigo controlar minha pressão” H2

O esforço do paciente hipertenso deve ser ressaltado para que se possa atingir um objetivo ideal, dando ênfase na restrição de sal, atividades físicas regulares e ingestão regular de medicamentos receitados. As caminhadas, redução de sal e gordura são utilizadas como medida de controle da pressão arterial após orientações recebidas nos grupos:

“Estou comendo menos sal, nada de gordura.” H7

“Tem que ser religioso, seguir direitinho, a gente faz, mas não é 100%” H9

“Este convívio, esta troca de experiência é maravilhosa, parei de comer os absurdos gordurosos que comia” H11

Para o tratamento do hipertenso é necessário medicamentos anti-hipertensivos, restrição do sal e a gordura na alimentação, controle de peso mudanças no estilo de vida, programa de exercícios, exames de saúde de acompanhamento a intervalos regulares. Muitas dessas medidas foram adotadas pelos participantes dos grupos, conforme demonstra na fala abaixo:

“Aprendi a comer direito, os males da bebida...” H2

5.4-Assimilação do conteúdo do trabalho nos grupos e mudanças de hábito

#

Os grupos de hipertensos contribuem para fixar orientações básicas para controle da pressão arterial conforme observa as frases abaixo:

“Eu ainda não frequento o grupo, mas meu marido frequenta. Lá se fala muito sobre saúde. Ele diz que aprende muito.” H2

“Sou hipertensa e diabética, aprendi que mesmo doente posso ser feliz” H1

Os pacientes participam dos grupos tem a oportunidade de compartilhar suas experiências sentindo-se seguras como membros de um grupo que buscam um objetivo comum.

“o grupo não pode parar de jeito nenhum. Tem que ter pelo menos uma vez por mês. A gente aprende a viver” H2

A equipe de saúde da família deverá ser capacitada devidamente para poder orientar o paciente hipertenso, em relação à tomada de medicamentos corretamente, no cumprimento das orientações da dieta, atividades físicas, controle do peso e cessação de hábitos inadequados de vida.

5.5 - Necessidades de continuidade dos grupos operativos

#

As pessoas com doenças crônicas necessitam de grupos educativos, pois à medida que a população aumenta sua longevidade, aumenta o número de pessoas com essas doenças.

Este estudo demonstrou que as reuniões educativas contribuíram para melhorar a qualidade de vida dos hipertensos, o que resulta na necessidade da equipe de saúde de continuar com estas ações estratégicas:

“Eu acho ótimo o grupo, aprendi até mesmo como o colesterol pega a gente” H5

“O grupo não pode parar. Este convívio, esta troca de experiência é maravilhosa”
H11

Dando continuidade as ações dos grupos educativos é dar oportunidade dos participantes de ter orientações mais próximas do ideal de uma vida mais saudável, pois, a melhor maneira de ajudar um paciente e só através da educação para saúde, prevenindo complicações e incentivando-o a cooperar, seguindo a terapia prescrita aprender resolver os problemas confrontados com situações novas.

6 - Considerações Finais

Ao final deste estudo foi possível compreender os grupos operativos como momentos oportunos para os participantes compartilharem e encontrarem o apoio necessário para fazer alterações no estilo de vida e enfrentamentos necessários.

Percebe-se que os pontos importantes trabalhados nos grupos educativos contribuíram para melhorar a qualidade de vida dos hipertensos.

7 - Referências bibliográficas

MS/SPP (Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas Públicas). 2001. Guia Prático do Programa Saúde da Família, Brasília/DF.

DIAS, R. B. & CASTRO, F. M. Grupos Operativos. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em <<http://www.smmfc.org.br/gesf/goperativo.htm>> acesso em 15 de fevereiro de 2010.

FONTINELE, K. J. 2003. Programa de Saúde da Família (PSF) comentado. Goiânia/GO.

LUZ, M. T. 1991. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva, São Paulo/SP, v.1, n.1.

MINAYO, M. C. S. 2006. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde. 9ª edição. São Paulo: Hucitec; 406 pp.

MS/SAS/DAB (Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica). 2006. Cadernos de Atenção Básica; 16: Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Série A: Normas e Manuais Técnicos Ministérios da Saúde, Brasília/DF. 58 p.

MS/SAS/DAB (Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica). 2009. Manual Operacional da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família 2010 – 2013. Vol. 1.

MS/SAS/DAB (Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Atenção Básica). 2010. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php> acessado em fevereiro de 2010.

PICHÓN-RIVIÈRE, E. 1994. O processo grupal. (M. Stahel, Trad.). 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes.

SIAB: Indicadores 2009. Disponível em
<http://dtr2009.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/siab2009.pdf> .

SIAB: Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em
http://dtr2005.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1543_M.pdf.

APÊNDICE I

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Contagem, 20 de Março de 2010

Ilmo Sr

DD. Secretário Municipal de saúde de Contagem – MG

Prezado senhor,

Venho através desta, solicitar-lhe autorização para realização da pesquisa intitulada: OS REFLEXOS DAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES NA SAÚDE E VIDA DOS HIPERTENSOS DA ESF – 33 DO BAIRRO SÃO JOAQUIM, no período de janeiro de 2009 a março de 2010. O objetivo principal é saber se as atividades complementares influenciam a saúde dos hipertensos, a partir da participação dos mesmos nos grupos educativos de realizado pela ESF – 33 do bairro São Joaquim.

Gostaria de acrescentar que a referida pesquisa é tema para trabalho de conclusão do curso de especialização em saúde da família, ministrado pela UFMG, sendo um requisito para avaliação.

Coloco-me a disposição para as informações necessárias e desde já agradeço sua atenção.

Mauro Teixeira Sobrinho.

Médico – Curso de Especialização em Saúde da família 2008-2010

ESF – 33 Bairro São Joaquim

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convocado a participar voluntariamente de uma pesquisa de grupos educativos da ESF – 33 e o seu impacto em relação aos hábitos de vida dos usuários hipertensos assistidos, com o apoio da UFMG, curso de especialização em saúde da família 2008/2010.

A finalidade desta pesquisa é saber se houve mudanças nos hábitos de vida, a partir da participação nos grupos operativos realizados pela ESF – 33 DO BAIRRO São Joaquim.

Sua participação é voluntária, sem gasto pessoal ou para sua família. Você poderá fazer qualquer pergunta que achar necessária, esclarecendo dúvidas antes e depois da pesquisa.

Para participar basta responder algumas perguntas que serão gravadas (com gravador portátil), para facilitar a compreensão da fala do usuário. Serão garantidos o sigilo das informações e seu anonimato, sendo que sua participação servirá para fins exclusivamente científicos.

Caso esteja de acordo solicito assinar e datar.

Como pessoa a ser entrevistada, reconheço que fui devidamente orientada (o) sobre a finalidade e objetivo da pesquisa, bem como a utilização das informações para fins científicos e minhas dúvidas foram esclarecidas, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Autorizo a realização da entrevista, a gravação e sua utilização na pesquisa.

CONTAGEM, DE 2010

ASSINATURA DO ENTREVISTADO

APÊNDICE III

Roteiro de entrevista

A entrevista contou com as seguintes questões norteadoras:

1. O que você acha das reuniões?
2. Mudou algo em sua vida depois da participação dos grupos? Como? Por quê?
3. O que aprendeu nas reuniões?
4. O que passou a fazer depois de ter participado das reuniões? Por quê? Fale um pouco sobre isso.
5. Você acha que deve continuar as reuniões?