

**INSTITUTO AVANÇADO DE ENSINO SUPERIOR– IAESB
FACULDADE SÃO FRANCISCO DE BARREIRAS – FASB
CURSO DE ENFERMAGEM**

RELATÓRIO DE ESTAGIO DO PSF MARTINA CLARA

BARREIRAS-BA

2015

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste na elaboração do Diagnóstico Situacional da Unidade de Saúde da Família XX Martina Clara Batista Máximo do município de Barreiras Bahia fundada em 21 de setembro de 2011, revogada pela LEI Nº. 963/201 na câmara municipal de vereadores de Barreiras-Ba. O nome do PSF foi uma forma de homenagear sugerida pela professora Beza na gestão de Jusmari a professora de matemática concursada pelo estado Martina Clara Batista Máximo a qual era formada em magistério e vice-diretora no turno matutino na Escola Eurides Santana, atuou também como professora no Folk Rocha, Polivalente, CEB (Centro Educacional de Barreiras) e por 15 anos como diretora da CPA. Residiu em Barreirinhas, na rua Eupidio Nunes da Mata, teve três filhas, faleceu com 58 anos em 21 de abril 2008 com diagnóstico de Insuficiência Respiratória.

A pesquisada foi realizada na área 0002 e micro área 27 com abrangência de partes dos bairros São Pedro, Vila dos Sais, Bela vista, em Maio de 2015. Como proposta de coletar, analisar os dados colhidos para diagnosticar a situações ambientais dos bairros, as patologias mais pertinentes e elaborar estratégias de ações educativas de promoção à saúde para intervir junto à comunidade mediante a problemática apresentada.

2.1 Objetivo Geral

Realizar o Diagnóstico Situacional da Unidade de Saúde da Família XX Martina Clara Batista Máximo mediante a abrangência da micro área 27.

2.2 Objetivos Específicos

- _ Conhecer o perfil da área e micro área assistida;
- _ Identificar a situações ambientais dos bairros em estudo;
- _ Conhecer as patologias mais pertinentes.

3 JUSTIFICATIVA

O planejamento e direcionamento das ações de saúde faz se necessário conhecer a realidade, a dinâmica e os riscos que a população/comunidade está inserida e também a forma como estão assistidas pelos ACS e os serviços de saúdes oferecidos na Unidade Básica de Saúde.

Deste modo o diagnóstico situacional é de fundamental importância para o levantamento de problemas, que por sua vez norteie o planejamento estratégico situacional que permite desenvolver ações de saúde mais focais efetivas em relação aos problemas encontrados.

Faz se necessário conhecer a realidade de trabalho e a comunidade à qual o trabalho é destinado, a fim de poder diagnosticar a situações ambientais dos bairros, as patologias mais pertinentes e elaborar estratégias de ações educativas de promoção à saúde para intervir junto à comunidade mediante a problemática apresentada e contribuir para melhoria das condições de atendimento.

4 METODOLOGIA

Trata se de uma pesquisa de campo que segundo Gil (2007) é um tipo de estudo que possui um grupo alvo definido para realização de uma análise e consiste no levantamento de dados que permita um amplo e detalhado conhecimento para um objeto.

A pesquisada será realizada na Unidade de Saúde da Família XX Martina Clara Batista Máximo do município de Barreiras Bahia na área 0002 e mico área 27 com abrangência de partes dos bairros São Pedro, Vila dos Sais, Bela vista, em Maço de 2015. Sendo que o público alvo é as famílias que fazem parte dessa micro área. As ações educativas de promoção à saúde para intervir junto à comunidade mediante a problemática apresentada será realizada dia 8 de março de 2015, às 8 horas da manhã.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

O Programa de Saúde da Família (PSF) é a atual estratégia de reorientação da assistência à saúde no Brasil. No que tange às características do processo de trabalho, o diagnóstico de saúde é um instrumento que define estratégias e possibilita a construção de linhas de cuidado (BRASIL, 2006). O diagnóstico é “a caracterização de uma situação, orientada pelos propósitos que dão origem ao mesmo”, visa analisar dada realidade com vistas a desenhar um quadro de necessidades e soluções, é a etapa fundamental no planejamento das ações de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) (SANTOS, 2004).

Integralidade e hierarquização: a USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, de modo que sejam asseguradas a referência e contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir. Territorialização e cadastramento da clientela: a USF trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a esta área. É prevista a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica.

São itens necessários à organização da implantação dessa estratégia:

I - a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no Cadastro Geral de estabelecimentos de saúde do Ministério da Saúde, de referência para os ACS e o enfermeiro supervisor;

II - a existência de um enfermeiro para até 30 ACS, o que constitui uma equipe de ACS;

III - o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais dedicadas à equipe de ACS pelo enfermeiro supervisor e pelos ACS;

IV - definição das microareias sob responsabilidade de cada ACS, cuja população não deve ser superior a 750 pessoas; e

V - o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde regulamentado pela Lei nº 10.507/2002.

5.1 PERFIL DA COMUNIDADE INVESTIGADA

A área 0002 e micro área 27 com abrangência de partes dos bairros São Pedro, Vila dos Sais, Bela vista, são 25 famílias cadastradas, segundo a ACS que cobre esta área tem 30 famílias com cadastro em andamento, com pendente no recadastramento do novo cartão do SUS e ainda falta uma parte da área para cadastrar por conta do novo mapeamento a mesma teve que mudar uma parte da área e fazer novo cadastro.

FAMILIA	Feminino	Homem	Adolescentes	Criança	Idoso	RUA	BAIRRO
01	2		1			Rua :Boa Fé	Vila s dos Sais
02	5	2		1		Rua das Turbinas	Bela Vista
03	2	2				Rua das Turbinas	Bela Vista
04	1	1	1	1		Rua das Turbinas	Bela vista
05	2	1			1	Rua das Turbinas	Bela Vista
06	1	1	1	1		Rua das Turbinas	Bela Vista
07	1				1	Rua das Turbinas	Bela Vista
08	1	1				Rua das Turbinas	Bela Vista
09	2	1				Rua das Turbinas	Bela Vista
10	1	1				Rua das Turbinas	Bela Vista
13	2	1	2	2	1	Rua das Turbinas	Bela Vista
14	2	1	2	1		Rua das Turbinas	Bela Vista
16	1	1		2		Rua das Turbinas	Bela Vista
17	1				1	Rua das Turbinas	Bela Vista
18	3	3				Rua das Turbinas	Bela Vista
23	1	2	1	1		Rua das Turbinas	Bela Vista
24	1	1			2	Rua das Turbinas	Bela Vista
28	2	1			1	Rua das Turbinas	Bela Vista
29	1	1				Rua das Turbinas	Bela Vista
30	1				1	Rua das Turbinas	Bela Vista
64	1	1				Rua das Turbinas	Bela Vista
70	1					Rua das Turbinas	Bela Vista
71	4					Rua das Turbinas	Bela Vista
80	1	1				Rua Pedro Alves	São Pedro

90	1				Rua Paraíso	São Pedro
----	---	--	--	--	-------------	-----------

As patologias identificadas entre as famílias foram:

1 Pessoa com Tuberculose e hepatite C

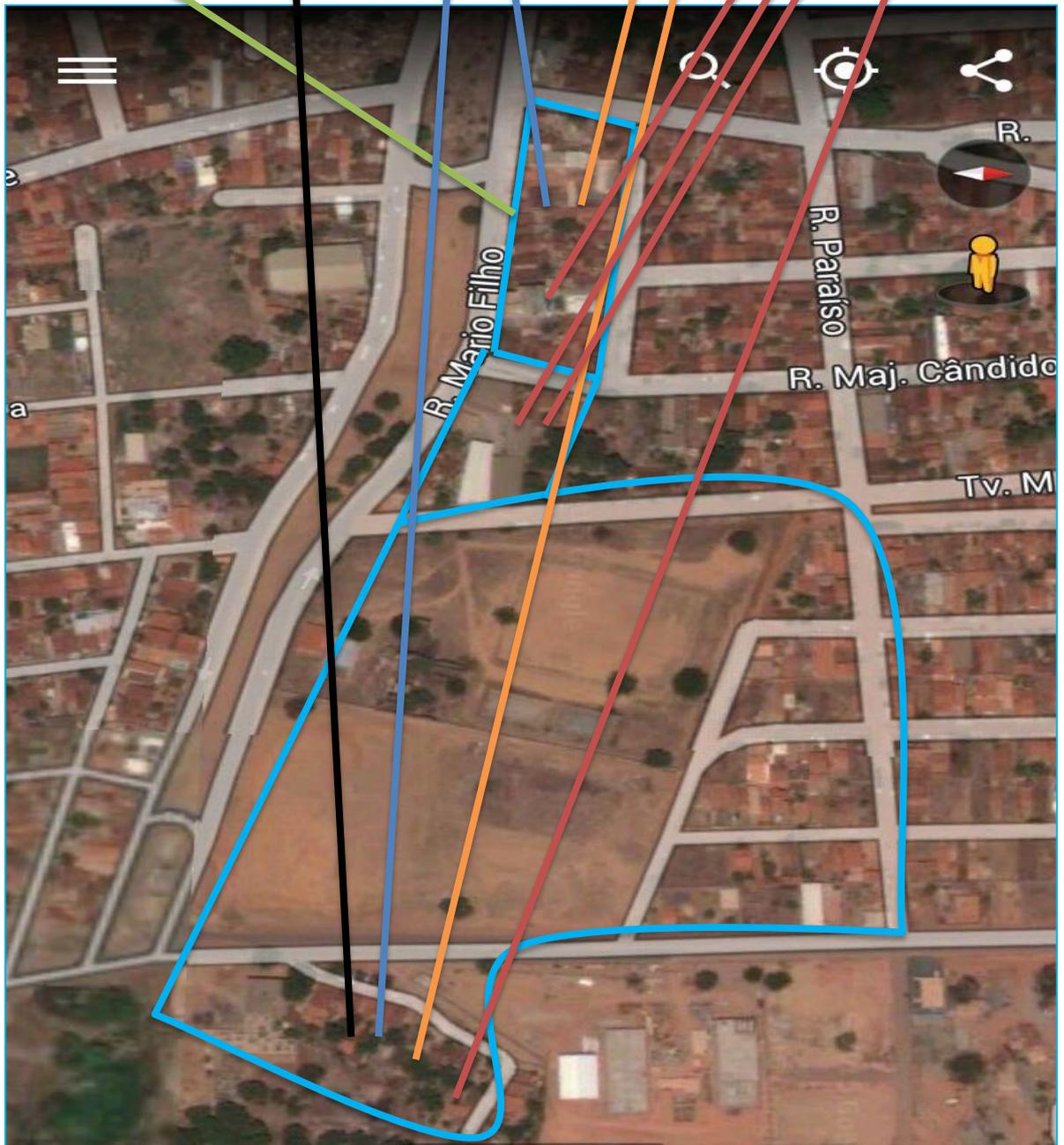
1 Pessoa Acamando

2 Pessoas Doente Mental

3 Pessoas Diabéticas

12 Pessoas hipertenso

Micro área delimitada:



5.2 ASPECTOS AMBIENTAIS DE INTERESSE PARA A SAÚDE

Através da observação ativa foram observados os principais pontos: famílias que vivem em áreas com risco com bueiros abertos; esgoto a céu aberto; lixo acumulado em lotes vagos; animais soltos; falta de urbanização das ruas do bairro.

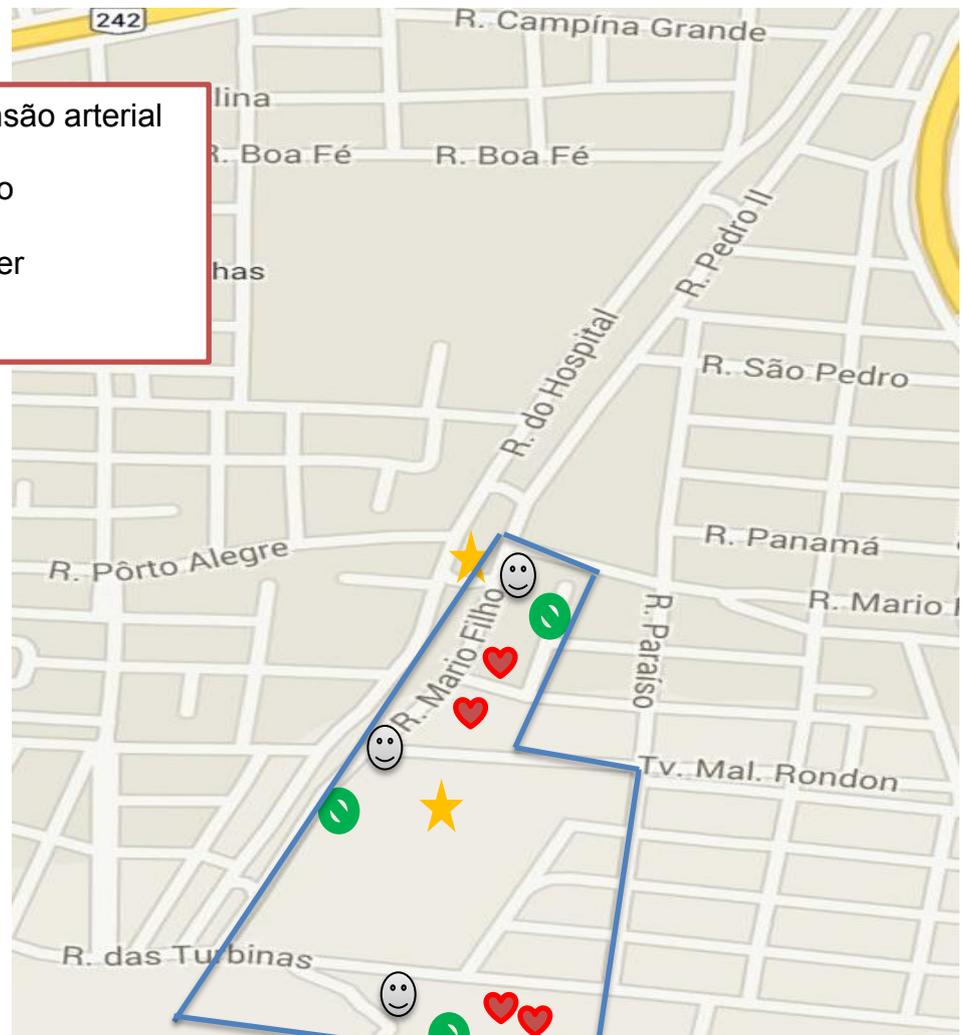




5.3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA COMUNIDADE

Principais problemas identificados a partir dos dados levantados pelo diagnóstico situacional foram:

- ❤️ Prevalência de hipertensão arterial
- ☹️ Falta de rede de esgoto
- ★ Falta de opções de lazer
- 🚫 Alcoolismo



Hipertensão arterial



A hipertensão arterial foi diagnosticada como a patologia que mais acomete as famílias pertencentes a esta área cerca de 12 pessoas, salvo que ainda faltam cadastrar varias família devido o novo mapeamento não foram cadastrada e ainda não diagnosticada.

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas.

É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais a tabela 1 mostra as classificações.

Em atendimento primário, o paciente hipertenso deverá ser submetido aos seguintes exames subsidiários: Exame de urina rotina (tipo 1); Dosagem de potássio; Dosagem de creatinina; Glicemia de jejum. Hematócrito, Colesterol total, LDL, HDL e triglicérides. Eletrocardiograma convencional. Se após avaliação inicial, o exame de urina mostrar proteinúria, deve ser solicitado proteinúria de 24horas. Se o exame for negativo, a avaliação deve prosseguir com dosagem de microalbuminúria de 24 horas ou em amostra isolada (neste caso corrigir pela creatinina urinária).

Tabela 1.

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
---------------	------------	------------

Normal	< 120	< 80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
	Hipertensão	
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	>160	>100

Segundo o Ministério da Saúde, 2006

História clínica dirigida ao paciente hipertenso Identificação: sexo, idade, raça e condição socioeconômica; História atual: duração conhecida de hipertensão arterial e níveis de pressão; adesão e reações adversas aos tratamentos prévios; sintomas de doença arterial coronária: sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca; doença vascular encefálica; doença arterial periférica; doença renal; diabetes melito; indícios de hipertensão secundária; gota.

Investigação sobre diversos fatores de risco: dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda de peso características do sono, função sexual, doença pulmonar obstrutiva Crônica; História pregressa: gota, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca; História familiar de acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana prematura (**homens <55 anos, mulheres < 65 anos**); prematura e súbita de familiares próximos.

Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade. Avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada e cafeína; Consumo de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento corticoesteróides, anti-inflamatórios, anorexígenos, anti-depressivos, hormônios); Atividade física.

Dados relevantes do exame físico dirigido ao paciente hipertenso

Obtenção de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal e aferição do perímetro da cintura; Inspeção: fácies e aspectos sugestivos de hipertensão secundária; Sinais vitais: medida da PA e frequência cardíaca; Pescoço: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação de turgência jugular e palpação de tireóide; Exame do precórdio: ictus sugestivo de hipertrofia ou dilatação do ventrículo esquerdo: arritmias; 3ª bulha, que sinaliza disfunção sistólica do

ventrículo esquerdo; ou 4ª bulha, que sinaliza presença de disfunção diastólica do ventrículo esquerdo, hiperfonese de 2ª bulha em foco aórtico, além de sopros nos focos mitral e aórtico; Exame do pulmão: ausculta de estertores, roncos e sibilos; Exame do abdome: massas abdominais indicativas de rins policísticos, hidronefrose, tumores e aneurismas; Identificação de sopros abdominais na aorta e nas artérias renais; Extremidades: palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. A diminuição da amplitude ou retardo do pulso das artérias femorais sugerem coarctação da aorta ou doença arterial periférica.; Avaliação de edema; Exame neurológico sumário; Exame de fundo do olho: identificar estreitamento arteriolar, cruzamentos arteriovenosos patológicos, hemorragias, exsudatos papiledema.

Achados clínicos sugestivos de hipertensão secundária

Potássio sérico inferior a 3,5 meq./-1, na ausência de tratamento com diuréticos; Proteinúria; Hematúria; Elevação da creatinina; Sopro abdominal; Má resposta ao tratamento; Ausência de história familiar; Início abrupto e grave de hipertensão, com retinopatia severa, hematúria e perda de função renal (HAS acelerada ou maligna); Pressão arterial mais baixa nos membros inferiores; Acentuada oscilação de pressão arterial, acompanhada de rubor facial, sudorese e taquicardia paroxística; Início súbito de hipertensão após os 55 anos de idade ou antes dos 30 anos.

Tratamento	Risco BAIXO	Risco MODERADO	Risco ALTO
Pré hipertensão (120-139/80-89)	MEV	MEV	MEV
Estágio 1 (140-159/90-99)	MEV (até 12 meses)	MEV** (até 6 meses)	TM
Estágios 2 (>160 />100)	TM	TM	TM

O enfermeiro deve fornecer informações sobre sua doença, incluindo todas suas possíveis complicações, alternativas de tratamento, seus riscos e benefícios, assegurando educação para o autocuidado, a fim de que o cliente torne-se

responsável por sua própria vida. Deve-se compreender a cultura das pessoas e não julgá-la, afinal o conhecimento de hábitos, padrões e comportamentos auxiliam na forma como se desenvolverá o processo educativo. A educação em saúde é a melhor maneira de mudar hábitos nocivos à saúde, e no caso da prevenção, atividades educativas são essenciais.

A melhor forma de atuar visando amenizar e, se possível, eliminar os fatores de risco modificáveis. No caso da hipertensão, a enfermagem deve intervir em assuntos como tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada, rica em lipídios saturados, conservantes, sódio, estresse e falta de atividade física.

Hábitos dietéticos como a ingestão de alimentos industrializados, excesso de sal e gorduras, a ingestão elevada de álcool, também contribuem para o aumento da pressão arterial. A equipe deve orientar uma dieta rica em frutas e vegetais, alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas. A ingestão de sódio deve ser reduzida para não mais de 6 gramas por dia. O consumo de álcool deve ser moderado reduzindo-o para 30 gramas por dia para homens e 15 gramas por dia para mulheres. O indivíduo deve habituar-se à prática regular [3 a 5 vezes por semana com duração de no mínimo 30 minutos] de atividade física aeróbica tanto para a manutenção de uma vida saudável, como para a redução de peso e da pressão arterial.

O indivíduo deve ser informado sobre todos os malefícios do tabagismo para que ele se conscientize da importância do abandono deste vício, já que este contribui, além do aumento da pressão arterial para problemas pulmonares, câncer, doenças coronarianas, trombose, impotência sexual nos homens, entre muitos outros. O controle do estresse psicoemocional é algo muito importante a ser realizado, pois este causa elevações significativas na pressão arterial.

O Hiperdia esse sistema é uma importante ferramenta que possibilita o conhecimento quantitativo dos hipertensos e da magnitude da hipertensão em uma localidade, colaborando para direcionar as atividades educativas.

Diante do exposto será ministrada uma palestra educativa com a comunidade abrangente, acerca dos assuntos abordados acima sobre a hipertensão e o programa de Hiperdia.

Falta de rede esgoto

O acesso ao saneamento básico é reconhecido como direito do ser humano pela Organização das Nações Unidas. A resolução declara que “o direito a uma água potável, limpa e de qualidade e a instalações sanitárias é um direito humano, indispensável para gozar plenamente do direito à vida”(SALLES, 2009).

Diante do exposto fica claro que é um problema de saúde pública, porém o nosso papel fica limitado e o correto é entrar em contato com as autoridades cabíveis para relatar a problemática e mostra como a comunidade desta aera está exposta a agravo á saúde devido a falta de saneamento básico.

Falta de opções de lazer

O lazer é um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se, ou ainda, para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais (COSTA, 2007).

É um descaso das politicas publicas para com essa comunidade, já que existe uma grande área publica abandonada. Neste local poderia ser uma praça com pavimentada, um parque para as crianças um espaço para praticar atividades físicas e brincadeiras. Contudo uma maneira de resolver seria junto com a comunidade fazer um abaixo assinado descrevendo o descaso com o local e a necessidade e importância do lazer para o individuo. Além de incentivar as brincadeiras de rua como queimada, pega-pega entre outras.





Alcoolismo

É a dependência do indivíduo ao álcool, considerada doença pela Organização Mundial da Saúde. O uso constante, descontrolado e progressivo de bebidas alcoólicas pode comprometer seriamente o bom funcionamento do organismo, levando a consequências irreversíveis (Ministério da Saúde, 2015).

Dessa forma a intervenção seria identificar os viciados junto com seus familiares e tentar convencer a largar o vício mostrando os males do álcool e fazer parceria com os centros de reabilitação para encaminhá-lo. Além de intervir junto a comunidade com educação em saúde sobre a problemática para a prevenção de novos casos.

9 RESULTADOS ESPERADOS

Acreditamos que com o projeto diagnóstico situacional possamos obter informações relevantes acerca da realidade dessa micro área, os problemas de infraestrutura do bairro e patologias mais acometidas. Proporcionando um atendimento mais eficiente e intervindo de forma adequada.

Espera-se que a comunidade participe da palestra oferecida de educação em saúde e consiga absorver o conteúdo ministrado. Assim amenizar e, se possível, eliminar os fatores de risco modificáveis de acordo com mudança nos hábitos de vida.

CONCLUSÃO FINAL

A realização deste estudo oportunizou o melhor entendimento acerca da importância do diagnóstico situacional para o planejamento das intervenções a partir da análise e discussão dos dados obtidos. Assim, a equipe podem intervir na vida da comunidade em direção à melhoria das condições de vida, tendo consciência de que nenhuma ferramenta será capaz de abranger toda a problemática evidenciada, marco fundamental para dar início a todo um processo de mudança.

Promover um estilo de vida saudável deve ser prioridade da equipe de saúde para os indivíduos hipertensos, pois desta forma serão evitadas complicações e futuras internações. Com isso, malefícios serão menores e o paciente terá uma vida mais saudável, uma vez que o risco de se desenvolver de mais co-morbidades será diminuído.

A identificação das condições de vida e saúde desta comunidade possibilitará uma organização das linhas de cuidado adequadas à realidade desta, de modo a potencializar os recursos disponíveis para oferecer a resposta mais apropriada, completa e resolutiva à necessidade do usuário, melhorando sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde e Confederação Nacional dos Transportes. Folders: Alcoolismo. Disponível em grupofocal@saude.gov.br acessado dia 18 de março de 2015.

BRASIL, **Ministério da Saúde** Portaria nº648 de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o PSF e o PACS. http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf

COSTA JMBS. **Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial.** Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2007. Disponível em: pdf <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007costajmbs>. Acessado 18 de março de 2015.

SALLES, S. **Brasileiros ainda enfrentam doenças por falta de água e rede de esgoto deficitária,** 2009. Disponível em <http://noticias.uol.com.br/ultnot/cienciaesaude/ultnot/2009/09/18/ult4477u2049.jhtm>. Acessado 18 de março de 2015.

SANTOS, M. H. A. V.; FIGUEIREDO, M. I. T.; BORGES, O.; SANTANA, Z. H.; MONEGO, E. T. - **Diagnóstico em saúde coletiva** - ferramenta para o planejamento da equipe de saúde da família do setor Vila Nova. Gurupi (TO). *Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial, dez 2004*