



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Aniuska Vázquez Ramos

**Atuação da equipe de saúde na prevenção de fatores de risco
em pacientes com Hipertensão Arterial atendidos na URS Serra
Dourada II, município Serra, ES.**

Rio de Janeiro

2015

Aniuska Vazquez Ramos

Atuação da equipe de saúde na prevenção de fatores de risco em pacientes com Hipertensão Arterial atendidos na URS Serra Dourada II, município Serra, ES.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientadora: patricia campos elias

Rio de Janeiro
2015

RESUMO

Nas estatísticas de saúde percebe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), além da alta prevalência, tem baixas taxas de controle, e se configura como um importante problema de saúde no Brasil, devido à influência sobre a morbidade e mortalidade, gerando altos custos financeiros ao sistema de saúde. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa um problema de saúde na população, não só pela elevada prevalência, também pela acentuada quantidade de fatores de risco, como: hipercolesterolemia, obesidade, tabagismo, sedentarismo, stress, hábitos alimentares, ingestão excessiva de sal, histórico familiar, idade, entre outros. O diagnóstico precoce e o controle adequado dos pacientes com hipertensão deve ser uma da prioridade da Atenção Básica, sabendo-se que estes são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. Na realidade da URS Serra Dourada II são constantes os atendimentos de pacientes com HAS com mau controle e descompensações. Isso, em decorrência da falta de adesão dos usuários às mudanças do estilo de vida e ao tratamento adequado. As atividades de educação em saúde estimulam a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a participação dos indivíduos em assuntos relacionados à saúde e qualidade de vida, e, acredita-se que um trabalho de intervenção em educação, melhore as condições de saúde da população adstrita, reduza a morbidade e mortalidade relacionadas com essa doença e os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle. “Neste sentido, este projeto se propõe a realizar uma intervenção através de ações educativas utilizando estratégias diversas, como: abordagem direta, palestras, conversas e apresentação de vídeos.”

Palavras chaves: Hipertensão Arterial, Fatores de risco, Intervenção.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
1.1 Situação Problema.....	3
1.2 Justificativa.....	3
1.3 Objetivos.....	5
Objetivo Geral.....	5
Objetivo Específico.....	5
2. REVISÃO DE LITERATURA	6
3. METODOLOGIA	12
3.1 Desenho da Operação.....	12
3.2 Público-alvo.....	11
3.3 Parcerias Estabelecidas.....	11
3.4 Recursos Necessários.....	14
3.5 Orçamento.....	14
3.6 Cronograma de Execução.....	15
3.7 Resultados Esperados.....	15
3.8 Avaliação.....	16
4. CONCLUSÃO	17
5. REFERÊNCIAS	18

1. INTRODUÇÃO

Durante o período inicial da atuação da unidade de saúde e após várias reuniões com toda a equipe levantamos uma lista de problemas da área de abrangência. Diante de tantos problemas, decidiu-se pela priorização de alguns, entre eles grande número de pessoas com doenças crônicas, sendo a Hipertensão arterial a doença de mais alta prevalência e mais baixa taxa de controle, considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Consideramos que: a prevenção dos fatores de risco, atualmente, é a melhor opção para evitar doenças crônicas, e que o Equipe de Saúde tem papel primordial dentro dessa conduta.

1.1 Situação-problema

Quais são as ações da unidade de saúde na prevenção dos fatores de risco em pacientes com Hipertensão Arterial da população da URS Serra Doura II.

1.2 Justificativa

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a Hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de riscos (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública, como citado nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (NOBRE et al,2010) 1

A hipertensão arterial não ocorre de forma isolada, sendo que a maioria dos hipertensos apresenta outros fatores de risco cardiovasculares. Muitos desses fatores de risco são modificáveis, assim as recomendações para a mudança do estilo de vida são de extrema importância tanto para a prevenção como para o controle da hipertensão arterial (Costa et al,2009)2.

Desde muitos anos, e, tendo como ponto de origem o estudo sobre doenças cardiovasculares que se iniciou em 1949 em Framingham, Estados Unidos, se

vem assinalando a estreita associação entre a existência de determinados fatores com doença cardíaca, e, nos anos subsequentes, a presença de um deles, e mais ainda, a associação de vários deles, incrementam notavelmente o risco do aparecimento da doença.

Durante a infância e a adolescência vão se fomentando muitos deles em estreita relação como inadequados hábitos e estilos de vida (dieta inadequada, obesidade, sedentarismo) e já para então se associam com mudanças ateroscleróticas nas paredes dos vasos sanguíneos. Na idade adulta, muitos destes fatores mantêm-se e em consequência aparecem outros (tabagismo, HAS, Dislipidemia, Diabetes Mellitus) o qual estabelece um problema para a saúde pública em diferentes nações.

A comunidade de Serra Dourada II não é a exceção, em 14 meses de trabalho foi constatada a frequente assistência à consulta de pacientes aos quais se tem identificado ao menos um fator de risco para o desenvolvimento da doença cardiovascular, o que promove a presente investigação em função de estabelecer estratégias encaminhadas não só à prevenção e tratamento destes fatores senão à prevenção das consequências orgânicas que ocasionam sua repercussão. A equipe de saúde promoveu uma análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para realizar um projeto de Intervenção, com uma proposta viável.

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial na comunidade (277 pacientes registrados, deles ⁽¹⁷⁸⁾ com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências, onde o grande desafio consiste em adesão do paciente ao tratamento proposto, especialmente quanto a necessidade de modificação dos hábitos de vida, com a implantação de um programa educativo para diminuir os fatores de riscos em os pacientes hipertensos na comunidade, proporcionando ao paciente uma melhor orientação para seu cuidado e auto cuidado para manejo da hipertensão, fazendo-o repensar sua forma de agir frente a doença e, conseqüentemente, promovendo uma modificação dos hábitos de vida e melhorando sua qualidade de vida.

1.3 Objetivos

- Objetivo geral

1. Executar um projeto de intervenção, atuando na prevenção da hipertensão arterial, com o intuito de diminuir os fatores de riscos em pacientes hipertensos, atendidos na URS Serra Dourada II, município Serra, ES.

- Objetivos específicos

1. Identificar os principais fatores de risco para hipertensão arterial que afetam a população local.

2. Realizar palestras frequentes na comunidade, que falem sobre hábitos saudáveis de vida como alimentação, prática de atividade física, eliminar o tabagismo e o alcoolismo.

3. Identificar os hábitos e estilos de vida da comunidade que possam influenciar tais fatores.

4. Criar um modelo de educação permanente para permitir uma estratégia de intervenção.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Hipertensão e seus fatores de risco

A relevância da hipertensão arterial (HA) como importante fator de risco cardiovascular (FRCV), sua alta prevalência mundial e o aumento da probabilidade de desfechos circulatórios fatais ou não fatais quando a ela estão associados outros fatores de risco tornam muito importante o conhecimento de sua ocorrência nacional e regional, assim como a correlação com outros possíveis fatores potencialmente desencadeantes de eventos cardiocirculatórios. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010)³.

Segundo Pierin, et al.(2010)³, a Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é identificada quando encontramos valores para a pressão arterial sistólica acima de 140 mmHg e diastólica acima de 90 mmHg. A pressão arterial limítrofe é aquela com valores sistólicos entre 130 - 139 mmhg e diastólicos entre 85 - 89 mmhg, enquanto consideramos a pressão arterial normal sistólica < 130 mmhg e diastólica < 85 mmhg. A pressão arterial é ótima se a pressão arterial sistólica é < 120 mmhg e diastólica < 80 mmhg.

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada ao mesmo tempo uma doença e um fator de risco, apresentando-se como um grande problema para a saúde pública, pois as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte em Brasil (PIERIN, et al. 2010)⁴.

Por essa razão a OPAS/OMS procura intensificar e desenvolver estratégias e instrumentos para facilitar o desenvolvimento de atividades de detecção precoce, controle permanente e ampliação do nível de conhecimento da população enquanto patologia, fatores de risco e os impactos causados por HAS, bem como, as implicações que seu controle e prevenção representam para a saúde pública. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010)³.

Segundo Malachias (2010)⁵ a cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo devido à hipertensão, sendo que, 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como Brasil, mais da metade das vítimas tem entre 45 e 69 anos. Por conseguinte, a identificação de grupos em maior risco de serem acometidos pela

HAS constitui importante contribuição na prevenção das morbidades e na efetividade do tratamento. (GYARFAS, 1996)6.

A hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevados e sustentados níveis de pressão arterial, frequentemente, a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e as alterações metabólicas, com conseqüente aumento de risco para problemas cardiovasculares fatais e não fatais. Está presente em todo o mundo, exceto num pequeno número de indivíduos que vivem em sociedades primitivas, culturalmente isoladas. Nas sociedades industrializadas, a pressão arterial aumentou constantemente durante as últimas duas décadas em meninos e adolescentes, a hipertensão está associada ao crescimento e à maturação (Fauci, Anthony S, et al 2008)7.

Tanto os fatores ambientais como os genéticos podem contribuir às variações regionais e raciais da pressão arterial, bem como ao predomínio da hipertensão. Estudos indicam que sociedades que passam por mudanças de um lugar menos industrializado a um mais industrializado, refletem numa profunda contribuição ambiental para a pressão arterial e, refletindo isso, outro aspecto que merece atenção é a mudança de perfil da população brasileira em relação ao estilo de vida, como hábitos alimentares, aumento progressivo do predomínio de sobrepeso ou obesidade, somado à baixa adesão à realização de atividade física, o que contribui a este desenho (JARDIM, 2007) 8 .

Sabe-se que a obesidade e o aumento de peso importante são fortes e independentes fatores de risco para a hipertensão; estima-se que o 60% dos hipertensos apresentam mais de 20% de sobrepeso. Entre as populações, observa-se o predomínio da pressão arterial aumentada com relação à ingestão do cloreto de sódio (NaCl) e ingestão dietética baixa de cálcio e potássio, o que pode contribuir para o risco da hipertensão. Enquanto outros fatores como o consumo de álcool, estresse psicoemocional e níveis baixos de atividade física também podem contribuir para o problema (Fauci, Anthony S, et al 2008)7.

Com relação às complicações, a hipertensão pode ter relação com problemas como infarto agudo de miocárdio, doenças cerebrovasculares, doença renal crônica e vasculopatias periféricas. Ela também é chamada assassina silenciosa, como muitos

pacientes não apresentam nenhum sintoma da doença, se torna difícil estabelecer um diagnóstico, sendo que, muitas vezes, o mesmo ocorre pelas complicações ocasionadas depois do quadro estabelecido (TOLEDO, 2007)⁹.

Cipullo, et al, (2010)¹⁰, observaram que as diferenças socioeconômicas têm um papel importante na vida das pessoas, podendo determinar suas condições de saúde, pois aquelas com melhores condições têm maior acesso à informações, melhor entendimento da condição clínica e maior aderência ao tratamento. Há taxas mais altas de doenças cardiovasculares em grupos com nível socioeconômico mais baixo. Foi constatado um menor predomínio de HAS nas regiões Norte (18,9%) e Médio Oeste (19,4%) e uma prevalência maior nas regiões Sudeste (22,8%) e Sul (20,9%). O mesmo estudo assinalou também que a frequência da hipertensão aumenta com a idade, diminui com a escolaridade, é maior entre negros e viúvos e menor entre os solteiros, aumentando entre os indivíduos com sobrepeso, diabetes, dislipidemias e com problemas cardiovasculares. Ao mesmo tempo, Ávila et al, (2010)¹¹, relatam a existência de uma relação direta da pressão arterial com a idade, sendo a prevalência de HAS superior ao 60% em indivíduos com mais de 65 anos.

Na busca de controle para toda essa problemática, o Ministério de Saúde de Brasil criou em 2002, o programa HIPERDIA que é um Sistema de Registro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos de toda a população afetada por estas doenças atendidas na Rede de Atenção Básica. O Sistema permite o acompanhamento destas pessoas através da saúde pública com definição do perfil epidemiológico e planejamento de ações dirigidas para a melhora de sua qualidade de vida e redução do custo social.

As atividades educativas dirigidas à população devem ter por objetivo prevenir a hipertensão arterial; para aqueles que já padecem a hipertensão arterial as atividades devem ser focadas à redução dos níveis de pressão arterial, controle de outros fatores de risco cardiovasculares e a redução do uso de medicamentos anti-hipertensivos. As estratégias recomendadas devem orientar-se à redução do tabagismo e do uso abusivo de álcool, redução do peso entre aqueles com sobrepeso, implementação de atividades físicas, redução do consumo de sal, aumento do consumo de hortaliças e frutas, além da diminuição de alimentos

gordurosos, estímulo ao auto cuidado e a promoção de uma vida saudável (KUSCHNIR & MENDONÇA, 2007)12.



2. 2 Descrição do território

O município de Serra situado a 27 km da capital do Estado do Espírito Santo, na região Sudeste do Brasil, teve o seu processo de colonização iniciado com a fundação da Aldeia de Nossa Senhora da Conceição onde, em 1556, foram alojados os índios de Maracajaguaçu, que vieram da Ilha de Paranaçu. A Serra teve o seu território explorado pelos primeiros colonos do Espírito Santo já em 1535. Antes de 1535 a Serra era habitada pelos Índios Tupiniquins que vivem no litoral. Posteriormente em 1556, vieram do Rio de Janeiro os Índios Temiminós, ocasião em que o padre jesuíta, Braz Lourenço e o Chefe Indígena, Maracajaguaçu (Gato Grande), fundam nas proximidades do Mestre Álvaro, a Aldeia de Nossa Senhora da Conceição, estabelecendo as bases de colonização de uma região que posteriormente seria a cidade da Serra. Braz Lourenço, padre da Companhia de Jesus e Maracajaguaçu, (Gato Grande), chefe dos Temiminós, são os fundadores da Serra. Inicialmente a Aldeia dos Índios Temiminós de Maracajaguaçu denominava-se Aldeia de Nossa Senhora da Conceição, em seguida passou a ser Conceição da Serra e, finalmente, Serra. A região passou a ser denominada Serra em razão do imponente maciço, o Mestre Álvaro, que se assemelha a uma cadeia de Montanhas, uma Serra. Maior município da grande vitória, com área de 551 Km² (Conforme IBGE - Malha Municipal Digital 1997 e "Cadastro de Cidades e Vilas do Brasil", 1999. Antes a área da Serra divulgada era 547 Km²), a Serra apresenta em seu relevo uma série de lagoas, rios e ondulações em forma de chapadas.

O primeiro impulso econômico foi a cana-de-açúcar. Depois ocorreu a plantação em larga escala de abacaxi. Hoje o setor industrial destaca-se com várias indústrias instaladas no município. O litoral é caracterizado pela vegetação de dunas, praias e manguezais. As praias são extensas e admiradas pelos visitantes, dispendo a região de excelente infraestrutura hoteleira. Em contraste com a industrialização existe o rico folclore e as belezas naturais, com os 23 km de praias, destacando-se Jacaraípe, Manguinhos, Carapebus e Nova Almeida.

A Serra é também ponto de atração para os turistas e moradores do Espírito Santo em razão da beleza do Mestre Álvaro e das várias igrejas de arquitetura jesuítica, como São João em Carapina, Nossa Senhora da Conceição, da Serra sede e Reis Magos em Nova Almeida e os trabalhos dos artesãos locais, com os seus balaies, esteiras de vime, entalhes de madeira e produtos em argila, sem faltar a importantíssima e maravilhosa culinária, com a Muqueca Capixaba na Panela de Barro e os quindins e bolinho de arroz.

Em relação à estrutura de saúde, o município Serra tem 32 Unidades Básicas Saúde (UBS), 7 Unidades Regionais de Saúde (URS), 2 Prontos-Atendimentos, 1 Maternidade, 1 Ambulatório de Especialidades da Serra – AMES, 1 Centro de Atenção Psicossocial para Dependentes de Álcool e Drogas (CAPS ad), 1 Centro de Atenção Psicossocial para Transtornos Mentais, 1 Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids e Hepatites Virais, 1 Central de Ambulâncias, 1 unidade de saúde itinerante, que atende à zona rural do município, 1 Farmácia Central, em Carapina, que funciona todos os dias, 1 Laboratório Central, 1 centro de Vigilância Ambiental em Saúde (controle de pragas e endemias), 1 Centro Cirúrgico para Controle de Natalidade Anima.

Possui algumas especialidades médicas como: ginecologista, obstetra, cardiologista, dermatologista, clínico geral, pediatra e outras. A Unidade Básica de Saúde Serra Dourada II, foi inaugurada no ano 2002 e remodelada no ano 2014, localiza-se no bairro Serra Dourada II correspondente a uma comunidade rural do município Serra, atende uma população de mais de 90.000 habitantes, distribuídos em diferentes bairros (Serra dourada I, Serra dourada II, Serra dourada III, Novo porto canoa, Porto dourado, Cidade pomar, Bairro branco) à qual se chega a través de uma rua asfaltada em boas condições, com aceso a toda a comunidade a través

de ruas asfaltadas. Os seus moradores predominam as mulheres, os homens, quase na totalidade trabalham no ramo do comercio, CST (Companhia Siderúrgica Tubarão) e as mulheres em atividades domesticas. Do total da população desta unidade, 15% são idosos, o que acompanha os dados municipais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A URS Serra Dourada II de acordo com o cadastro feito no ano 2010, só no bairro Serra dourada II, há cadastradas 2070 famílias, tendo uma população residente total de 7039 habitantes, sendo todos da zona urbana predominando o sexo feminino com um 3654 para um 51,91% enquanto que o sexo masculino tem 3385 habitantes que representa um 48,09%. Toda a população tendo sua abrangência na zona urbana. Os idosos ocupam 4.8 %, com 338 indivíduos maiores de 65 anos, e os menores de 15 anos, 24.9 %, com 1753 indivíduos. Entre 15 a 64 anos existem 4941 indivíduos, tendo um nível de envelhecimento de 19,4 % do total.

A unidade é formada por uma equipe multidisciplinar formada por sete médicos, duas enfermeiras, vinte técnicas de enfermagem (trabalham 10 pela manhã e 10 pela tarde) , departamento odontológico que tem cinco cirurgiões dentistas e auxiliares de saúde bucal, duas assistente social, dois psicólogo e uma ginecologia. É parte da equipe e não menos importante para o funcionamento e bom desenvolvimento de nossas atividades as recepcionistas, responsáveis pelo acolhimento dos usuários do serviço de saúde, bem como a auxiliar de serviços gerais que proporciona um ambiente limpo e saudável, não temos agente comunitários, só nos apoiamos nos lideres comunitários para obter bom resultados no trabalho.

3. METODOLOGIA

Baseado em nosso diagnóstico situacional da área de abrangência da URS Serra Dourada II, elaboraremos um projeto de intervenção onde a equipe de saúde determinará um grupo de ações para um melhor controle dos fatores de risco que influencia desfavoravelmente em pacientes com Hipertensão Arterial.

O projeto envolverá aos pacientes hipertensos do bairro Serra Dourada II, que tem uma população 7019 habitantes, com 2070 famílias cadastradas, a unidade tem 277 hipertensos registrados e deles 178 que não fazem tratamento.

Procedimento da intervenção consta de três etapas:

1. Etapa de diagnóstico:

Aplicação do questionário onde os pacientes estarão de acordo para fazer as atividades de forma voluntária e uma vez aceita a participação, explicaram os objetivos da atividade.

Será feito um questionário para identificar os principais fatores de risco para a saúde que afetam a população com HAS atendida na URS Serra Dourada II, município Serra.

2. Etapa de intervenção:

O grupo de pacientes portadores de HAS será dividido em subgrupos para uma melhor compreensão no cenário a sala de recepção do posto de saúde para definir os temas de interesse para as atividades de educação em saúde, utilizando estratégias diversas, como: abordagem direta, palestras, apresentação de vídeos e atividades grupais, as quais seriam realizadas no período de quatro meses em horário da tarde com uma duração de duas horas e com uma frequência de uma vez por semana, as atividades serão feitas pela equipe da unidade (Três médicos, duas enfermeiras e três técnicas de enfermagem).

Esta etapa consta de quatro seções:

Primeira seção:

- a) Orientar aos pacientes sobre a organização das atividades.

- b) Apresentação dos condutores das atividades e os pacientes participantes com técnicas participativas.
- c) Explicar para os participantes os objetivos, frequência e duração das atividades.
- d) Aplicar um questionário para conhecer os hábitos e estilos de vida dos cientes.

Segunda seção:

- a) Fazer uma palestra onde damos a conhecer o conceito, fatores de risco, sintomas e conduta da HAS.
- b) Fazer uma dinâmica de grupo dando a conhecer os principais alimentos para prevenção da doença e modificação do estilo de vida.
- c) Explicar a importância da atividade física na modificação do estilo de vida e ênfase em atividade física para o hipertenso.

Terceira seção:

- a) Fazer uma palestra para dar a conhecer a importância da eliminação do tabagismo e alcoolismo como fatores de riscos para HAS.
- b) Apresentação de vídeos sobre estes fatores de riscos.

Quarta seção :

- a) Fazer uma conversa para conhecer o nível de aprendizagem adquirido nas atividades .
- b) Encerramento das atividades.

3.Etapa de avaliação:

Nesta etapa será feito um questionário para avaliar os conhecimentos adquiridos sobre a doença e poder fazer uma comparação e avaliar as técnicas utilizadas. Analisar os dados obtidos, a fim de identificar quais são as dificuldades existentes e assim poder auxiliar na mudança do estilo e qualidade de vida dos pacientes portadores de HAS.

Recursos Necessários

Resma de papel, canetas, caixas de lápis, Bloco para anotações, cartilhas educativas, cartolinas, panfletos informativos, material audiovisual, cartuchos para impressoras.

Orçamento

Itens de custeio	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Resma de papel	02	16,00	32,00
Canetas	01	8,00	8,00
Caixas de lápis	01	8,00	8,00
Marcador de texto	10	2,00	20,00
Bloco para anotações	10	2,00	20,00
Cartilhas educativas	100	1,00	100,00
Cartolinas	05	1,00	5,00
Panfletos informativos	100	1,00	1,00
Material audiovisual	1	30,00	30,00
Cartuchos para impressora	2	50,00	100,0
TOTAL GERAL			324,00

As despesas referentes ao material de consumo serão financiadas pela Secretaria de Saúde do Município. Não foi apresentado custos com recursos humanos, pois o trabalho envolveria somente a equipe de saúde da unidade.

VIABILIDADE:

O projeto propõe uma iniciativa construída sobre a base de recursos disponíveis e de baixo custo, e que tem por fim, uma intervenção educativa àqueles que precisam. Pretende-se a sensibilização dos responsáveis e, mediante ações de saúde planejadas pela equipe de trabalho, mudar a situação existente na comunidade, em relação aos fatores de risco de pacientes com hipertensão arterial, levar as informações necessárias sobre a prevenção, mediante atividades educativas planejadas no posto de saúde e comunidade. Através do contato presencial, com palestras, conversas, jogos, apresentação de vídeos, e outras estratégias, com o apoio da equipe, são possíveis melhorar as condições de saúde e de vida da população envolvida, reduzir a morbidade e mortalidade relacionadas com essa doença.

O projeto é possível e viável, pois não precisa de grandes recursos econômicos para se desenvolver e sim de muito envolvimento com o trabalho e dedicação da equipe de saúde, qualidade humana que a equipe já possui na busca de reduzir este indicador de saúde.

Cronograma de execução

ATIVIDADES	Junho /Julho 2015	Julho/a gosto /2015	Sep / 2015	Oct/ 2015	Nov/ 2015	Dic/ 2015
Elaboração do projeto de intervenção	X					
Passo 1:Preparação dos recursos materiais e humanos.		X				
Passo 2:Realização da consulta médica		X	x			
Procedimento De Intervenção						
Passo 3: Aplicação das atividades educativas s,(abordagem direta, palestras, conversas E apresentação de vídeos)		X	X	X		
Passo 4:Análise e interpretação dos dados					X	x
Passo 5:Avaliação final da intervenção						X

Resultados esperados

Com a implantação das ações propostas nesse projeto, espera-se diminuir os fatores de riscos em pacientes hipertensos atendidos na URS Serra Dourada II, atuando sobre a prevenção da patologia e para isso, primeiro, é necessário ter conhecimento dos dados demográficos da comunidade objeto de estudo, identificando os principais fatores de risco para a saúde que afetam a população, conhecer os hábitos e estilos de vida dos pacientes e ter domínio do comportamento da morbidade e mortalidade na comunidade.

Assim, pretende-se com este projeto de intervenção implantar um protocolo de educação permanente para orientação dos pacientes hipertensos e reduzir os riscos da morbidade e mortalidade.

Por tanto se propõe ter os seguintes resultados:

- Identificar 100% dos pacientes com fatores de risco modificável e não modificável, para diminuir a descompensação e complicações da doença.
- Aumentar a adesão do tratamento anti-hipertensivo, hipercolesterolêmico e tratamento da obesidade a 95%.
- Cumprir com a programação de 100% das consultas dos sujeitos de intervenção.
- Envolver pelo menos 80% das famílias de pacientes na intervenção.
- Reduzir os fatores de risco e complicações dos pacientes com Hipertensão arterial.
- Implantar um protocolo de educação permanente promovendo uma melhora na qualidade de vida dos pacientes e redução do custo social.

Avaliação

Os pacientes serão estimulados durante as atividades educativas a cumprir com as indicações médicas e posteriormente serão avaliados os resultados das intervenções por ocasião das reuniões.

Durante as reuniões que ocorrerão a cada 15 dias, as quais serão realizadas com a toda a equipe de saúde da unidade, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis novas intervenções que se fizerem necessárias.

CONCLUSÃO

Pode-se identificar um maior conhecimento por parte da população sobre a prevenção dos fatores de risco para evitar hipertensão arterial e outras doenças crônicas. Além disso, o conhecimento sobre o papel da atividade física no tratamento dessas enfermidades é bem maior. Tal constatação merece uma maior atenção dos programas de promoção da saúde, pois o foco do conhecimento da atividade física deve centrar-se não apenas no tratamento de doenças, mas na conscientização dos seus benefícios no que se refere às atitudes relacionadas à prevenção destes agravos. O conhecimento não é apropriado da mesma maneira por indivíduos de classes distintas, e este aspecto deve ser priorizado, principalmente considerando a situação das classes empobrecidas.

REFERÊNCIAS

- 1- NOBRE, F. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão. Rio de Janeiro, vol. 17, n.1, jan/mar.2010, 57p.
- 2- Costa, Maria F. F. de L, et al. Comportamento em saúde entre idosos hipertensos. Revista de Saúde Pública vol.43 supl.2 São Paulo, nº 2009.
- 3- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Disponível em: Acessado em: 15 de out. 2014.
- 4- PIERIN, A. M.G. et al. Revista Brasileira de Hipertensão: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Diagnóstico e classificação. Rio de Janeiro: v.17, n.1, p.11-17, 2010.
- 5- MALACHIAS, M. V. B. Revista Brasileira de Hipertensão: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Palavra do Presidente. v.17, n.1, p.2-3, Rio de Janeiro, 2010.
- 6- GYARFAS I. Lessons from worldwide experience with 1hypertension control. J Hum Hypertens.; 10 (Suppl I): S21-S25. 1996.
- 7- Fauci, Anthony S, et al. Harrison Medicina Interna. Rio de Janeiro: 17ª edição, volume 2., McGraw-Hill, 2008. pg. 1549-1562.
- 8- JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia. v. 88 n. 4, p.452-457. 2007.
- 9- TOLEDO, M. M. Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial: Uma nova Ótica Para um velho Problema. Revista Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial. v.16 n.2, p.233-228, Abr- jun. 2007.
- 10- CIPULLO, J. P. et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo, abr.2010 vol.94. n.4.
- 11- ÁVILA, A. et al. Revista Brasileira de Hipertensão, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária, Rio de Janeiro, 2010. v.17, n.1, p.7-10.

12- KUSCHNIR, M. C. C.; MENDONÇA, G. A. S. Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes. *Jornal de Pediatria*, v.83, n.4, Porto Alegre, Jul-ago.2007.

