

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA
REGIÃO MATA ATLANTICA – TURMA II

INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MELHORAR O CONTROLE DOS FATORES DE RISCO E A QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA EM O POLO INDIGENA LIGEIRO DO MUNICIPIO CHARRUA

AUTOR: MIGUEL ANGEL CARRAZANA BENITEZ
ESPECIALISTA EM PRIMER GRAU EM MEDICINA GERAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado

Ao Curso de Especialização em Saúde Indígena,
Da Universidade Federal de São Paulo.

Orientador (a): Prof. Ana Paula Grotti Clemente

Apoiadora Prof. Thais Fernandez

SÃO PAULO

2017

DEDICATÓRIA

A meus pais que me deram a vida e que com seu amor e carinho me impulsionaram a dar o melhor de mim em todos estes anos, à minha esposa e meus filhos sem eles tudo seria impossível, a Deus por dar-me a oportunidade de ter uma vida, na qual passo a passo vou alcançando minhas metas.

AGRADECIMENTOS

À minha família por acreditar em mim, e meus projetos de vida.

A o coletivo de professores por seus ensinamentos, paciência e confiança.

A o Dr Dario Borges pelas insinanças e ajuda com a informática.

Aos meus companheiros de equipe de Saúde Indígena pelas insinanças do dia a dia.

Muito Obrigado!

RESUMO

O presente trabalho foi realizado a partir de ações educativas que visaram aumentar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos sobre a doença, fatores de risco assim como formas de controlá-la, com a prática de hábitos mais saudáveis, e conseqüentemente a isso promover a saúde e estimular mudanças no estilo de vida entre os pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde (UBS) Polo Indígena Ligeiro Charrua.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou pressão alta é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue é conhecida como a "doença que mata em silêncio". Na maior parte dos casos, não existe nenhum sintoma ou sinal, e este é o fator que faz com que grande parte dos hipertensos abandone o tratamento. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2016.) É importante ficar alerta para o fato de que, mesmo sem sinais, uma pessoa pode estar com a pressão alta e então correrem alguns riscos mais sérios para a sua saúde .Pelo aumento do número de pacientes hipertensos em nossa área e com vários fatores de risco modificável a equipe compreendeu a necessidade de traçar uma estratégia para melhorar a qualidade de vida destes pacientes diante ações de promoção da saúde através de saberes e práticas que visam sensibilizar a população sobre as responsabilidades com a saúde e motivar a adoção de hábitos saudáveis e comportamentos de prevenção. Propomos realizar pela equipe ações educativas como palestra, rodas de conversa sobre esta doença, seus fatores de risco e como modificá-lo, estimulação de alimentação saudável e prática de exercício físico, para concretização destas atividades buscamos espaços como a consulta, visita domiciliar, salão de reunião do posto de Saúde.

Palavras chaves:

Hipertensão Arterial Sistêmica, Fatores de risco, Qualidade de vida, Prevenção e Promoção de saúde.

Lista de Siglas

1. OMS..... Organização Mundial da Saúde.
2. HAS Hipertensão Arterial Sistêmica.
3. DCNTDoença Crônica não transmissível
4. DSEI..... Distrito Sanitário Especial Indígena
5. AIS.....Agente Indígena de Saúde.
6. UBSUnidade Básica de Saúde
7. PSIPosto de Saúde Indígena.
8. PASPressão Arterial Sistólica
9. PADPressão Arterial Diastólica
- 10.EBSEquipe Básico de Saúde
- 11.ACSAgentes Comunitários de Saúde

Lista de Quadros

- 1-Incidencia de HAS em Polo Ligeiro Indígena Charrua. (2016)
- 2-Prevalencia de HAS em Polo Ligeiro Indígena Charrua (2016)
- 3-Principales Factores de Risco de HAS em Polo Ligeiro Charrua (2016)

Lista de Figuras

- 1-Mapa dos estados que compõem o DSEI Interior Sul com destaque para os municípios com população indígena. (Fonte: SESAI/2013)
- 2-Posto de Saúde Indígena Charrua R.S
- 3-Aldeia Indígena Charrua R.S (Satélite)
- 4- 5 Atividade Educativa e controle de Pacientes com HAS.
- 6-7 Visita Domiciliaria a pacientes com HAS
- 8-9 Visita domiciliaria ao Cacique e Família
- 10 –Equipe de Saúde Indígena com o Cacique.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3. METODOLOGIA	16
4. RESULTADOS ESPERADOS.....	19
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
7. ANEXOS.....	26

INTRODUÇÃO

Rio Grande Do Sul é uma das 27 unidades federativas do Brasil localizado na região sul, limita com o Estado de Santa Catarina ao norte, o oceano atlântico ao leste, o Uruguai ao sul e a Argentina a oeste, O relevo é constituído por uma extensa baixada dominada ao norte por um planalto, o clima é subtropical e a economia se baseia na agricultura (soja, milho, arroz, trigo) na pecuária e na indústria básica (de couro, calçados, alimentício, têxtil, madeireiro, metalúrgico e químico)

Na época do descobrimento do Brasil a região que hoje forma o Rio Grande do Sul era habitada pelos índios Minuanos, Charruas e Caaguaras que Vivian há 12 mil anos a.c, eram bom ceramistas e na caça usavam as boleadeiras até hoje um dos instrumentos do peão gaúcho.

Essas tribos viveram muito tempo sem contato com os brancos colonizadores, as disputas entre Portugal e Espanha sobre os limites de suas possessões na América fizeram com que a região só fosse ocupada no século XVII. Os padres jesuítas Espanhóis foram os primeiros a se estabelecer no local. TELEMACO Borba e col(1904-1908).

Nosso Polo Indígena Ligeiro está localizado no município de Charrua Rio Grande do Sul desmembrado do município de Tapejara em 1992 ,abriga uma população de 1,405 indivíduos KAIGANG aprox. ,organizados em 340 famílias ,a terra está demarcada em área continua e a população está concentrada em um único espaço ,porem dividido em dois setores Sede e Agua Santa , contando-se com uma superfície de 4,565 ha(1987),que ocupa a penas cerca de 23 % do território Municipal ,a distância até Município é de aprox. 9 km e está a cerca de 70 km de Passo Fundo .

Com clima e vegetação similar à do Estado subtropical e com frequentes geadas em inverno e temperaturas altas em Verão assim como chuvas frequentes.

No passado ,antes da conquista ,as principais práticas de subsistência dos Kaingang baseavam-se na pesca ,pratica com armadilhas chamadas paris ,na

caça, na coleta (com destaque para o pinhão fruto de pinheiro) e na agricultura ,com roçados necessários para suprir suas necessidades ; em nossa aldeia Indígena Ligeira a principal atividade econômica é a agricultura (soja, milho, feijões),hortas ,mandioca, batata para consumo interno, a criação domestica de animais ,plantação de frutais ,Artesanato e coleta em menor proporção..

Seus principais utensílios domésticos eram fabricados a partir de cerâmica e da cestaria ,tendo o cipó e a taquara como principal matérias prima .Esta última atividade comumente denominada como Artesanato ,ainda hoje e desenvolvida na aldeia ; são exímios trançadores de taquara e cipó com os quais fazem balaios ,peneiras e diversos tipos de cestas que são vendidos na região , colares de sementes ,junto com isso tecem algumas peças de vestuário e cobertores com fibras de ortiga brava ,utilizadas nos períodos de inverno.(MOTA.2004,P14)

Estudos arqueológicos levaram a constatação de que os Kaingang não são originários da atual área de ocupação ,teriam migrado para o Sul de Brasil a partir de algum lugar próximo às nascentes dos rios São Francisco e Araguaia .Segundo Francisco Silva Noelli “o atual conjunto de dados etnológicos ,linguísticos ,biológicos e arqueológicos sustenta a hipótese de que a origem e começo da expansão dos Kaingang e xoclengue deu-se a partir de uma área fora do Sul, no Brasil central e áreas vizinhas acima do paralelo 16 ,onde está concentrada a maioria das populações do tronco Macro-jé. Este processo migratório segundo GREG Urban. (1992, p 88-90) teria iniciado há cerca de uns 3 mil anos, mas não se tem ideia exata de quando teriam chegado a ‘região que atualmente ocupam.

Os Kaingang formam um dos povos indígenas mais numerosos de atualidade estimados em aproximadamente 30 mil indivíduos distribuídos em mais de 30 terras indígenas descontínuas no longo dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e São Paulo. No Rio Grande do Soul totalizam cerca de 14.889 indivíduos dos quais cerca de 640 vivem em 8 acampamentos.

A comunidade conta com um sistema de abastecimento de agua de poços artesanatos e de fontes drenadas, em nos últimos anos foi implementado o sistema de distribuição de agua com ampliação de encanamento, nem todas as

famílias possuem a água encanada até dentro de casa, foram instaladas torneiras próximas às casas às quais servem mais de uma família.

Uma das necessidades prementes é o saneamento, são poucas as casas com banheiro cujas famílias acabam compartilhando o uso com parentes, a disposição de coleta de lixo é descontrolada, existem microvertederos em toda a comunidade, há animais domésticos, cachorros, gatos e suínos, vetores propícios para doenças diversas junto a uma deficiente cultura sanitária de os indivíduos. Prevalencem hábitos tóxicos alcoolismo e tabagismo assim como maus hábitos alimentares.

Principais problemas de Saúde da população

1-Doenças do aparelho respiratório (Infecções das vias aéreas superiores, resfriado comum, gripe, amigdalites).

2-Doenças infecciosas e parasitárias (Diarreia e gastroenterites), Helmintíases (Ascaris, oxiuroses, e outros), escabiose, acariase, pediculose e outras.

3-Doenças crônicas não transmissíveis (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus)

4-Alcoolismo

5-Obesidade

6-Problemas de Saneamento Ambiental (Resíduos líquidos e sólidos, acúmulo de lixo, dejetos humanos e animais)

A hipertensão arterial (HAS) ou pressão alta é um estado alterado da saúde no qual a pressão do sangue está acima das medidas consideradas normais por um período longo de tempo. Esta alteração decorre do aumento na contratilidade da camada muscular lisa que forma a parede da artéria. Algumas substâncias químicas do próprio organismo é que promovem a contração das artérias. Em situações de desequilíbrio dessas substâncias, ou da alteração dessa camada muscular, é que ocorre o aumento da pressão do sangue dentro dos vasos. Em termos gerais, pode-se definir a hipertensão arterial, como as medidas acima de 140 mmHg para a pressão sistólica (valor maior) e acima de 90 mmHg para a pressão diastólica (valor menor) Sociedade Brasileira de

Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2016.)

A HAS constitui-se em uma das afecções mais comuns do mundo moderno e atinge, em média, de 15 a 20% da população adulta. No Brasil, encontra-se a mesma estimativa na população com idade acima de 20 anos sendo portadora de hipertensão arterial, no total aproximado de 12 milhões de brasileiros (SIMONETTI, Batista & CARVALHO, 2002).

Os dados disponíveis sobre hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre os povos indígenas no Brasil são escassos, o que não permite conhecer de forma abrangente sua distribuição e ocorrência. Porém, alguns estudos têm encontrado aumento dos níveis tensionais no decorrer dos anos de contato de indígenas com não indígenas(TAVARES FG, COIMBRA Jr. CEA, Cardoso AM. Níveis tensionais de adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2013; 18:1399-409) Além disso, o que se tem percebido é que as DCNT entre populações indígenas estão aumentando de forma mais rápida do que o observado em nível nacional(NEEL JV, SALZANO FM, JUNQUEIRA PC,. Studies on the Xavante Indians of the Brazilian Mato Grosso. Am J Hum Genet 1964; 16:52-140)

De modo geral, indígenas apresentam condições de saúde desfavoráveis, quando comparados com não indígenas. A frequência e a severidade com que as doenças cardiovasculares, entre elas a HAS, ocorrem entre esses povos são maiores, assim como o maior impacto sobre a mortalidade(GRACEY M, KING M. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. Lancet 2009; 374:65-75)

Entre o povo indígena Kaingang, a despeito da existência de um corpo crescente de literatura sobre suas condições de saúde(DIEHL EE. Agravos na saúde Kaingang (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. Cad Saúde Pública 2001; 17:439-45), são escassas as pesquisas sobre HAS. Assim, diante do registro cada vez mais frequente de DCNT entre os povos indígenas no país, que originam novas demandas para os serviços de saúde, assume relevância a realização de

estudos sobre o perfil epidemiológico desses povos, de maneira que os dados produzidos possam orientar o planejamento de ações e serviços de saúde.

O presente estudo objetivou descrever os fatores de risco da HAS ,nível de conhecimento e qualidade de vida de pacientes com HAS, bem como das médias de pressão arterial sistólica (PAS), diastólica (PAD) e suas associações com variáveis sociodemográficas e antropométricas, em adultos indígenas Kaingang, na Terra Indígena de Município de Charrua em Rio Grande Do Sul.

A alta prevalência de fatores de risco modificável da Hipertensão Arterial na população, que incidem na qualidade de vida deles em minha UBS constituem um problema pelo que vamos a trabalhar neste projeto de intervenção, estes fatores de risco estão tendo comportamentos inadequados que facilitam a presença de condições propícias para a ocorrência das DCNT e suas complicações. Assim como a Hipertensão Arterial (HAS) é a mais comum das condições que afetam a saúde dos indivíduos e as populações em todas as partes do mundo a qual representa por se mesma uma enfermidade, como também um fator de risco importante para outras enfermidades, fundamentalmente para a Cardiopatia Isquêmica, Insuficiência Cardíaca, doença Cérebro Vascular, Insuficiência Renal e contribui significativamente a Retinopatia, diabetes mellitus, etc.

.A Hipertensão Arterial afeta a o 12,45 % da população com a qual trabalho com 175 casos cadastrados até agora e uma maior incidência nos homens ,além de isso foi a principal causa de morbimortalidade do ano anterior em nossa aldeia de um total de 9 óbitos 5 de eles associadas a Hipertensão Arterial e suas complicações, não existe controle adequado de riscos associados a esta doença e a maioria de os pacientes abandonam o tratamento por diferentes causas evitável assim como deficiente educação sanitária ,Hábitos e etilos de vida .

Os esforços globais para enfrentar o desafio colocado por doenças não transmissíveis ganharam impulso a partir da Declaração Política das Nações Unidas para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis, 2011.

A Organização Mundial de Saúde está a desenvolver um Plano de Ação Global 2013-2020 a fim de definir um roteiro para as ações lideradas pelos países na prevenção e controle de doenças não transmissíveis. A OMS sugere um quadro de monitoramento global para monitorar o progresso na prevenção e o controle destas enfermidades e seu principal fator de risco. (OMS, 2013) Um dos fatores-chave de doença cardiovascular de risco é a hipertensão (pressão arterial alta). A Hipertensão afeta um bilhão de pessoas em todo o mundo sendo considerada gatilho para ataques cardíacos. Os pesquisadores estimam que a HAS seja a causa de morte de nove milhões de pessoas anualmente no mundo. (OMS, 2013).

Segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, “estima-se que 15% a 20% da população brasileira pode ser rotuladas como hipertensa”. Na América Latina há mais de 30 milhões de hipertensos, com pequenas variações entre os países. Frequentemente, a HAS resulta em graves complicações como insuficiência cardíaca, renal e acidente vascular cerebral, podendo, portanto evoluir para danos severos, com hospitalização de pacientes. (SOCIEDAD BRASILEIRA DE HAS, 1999) Estas deficiências ocasionam um alto custo financeiro a pacientes, familiares e governos municipais e para que seja revertido este problema de saúde nas comunidades indígenas é preciso que estes pacientes recebam tratamento de qualidade, e educação em saúde que logrem mudanças em seus modos e estilos de vida

Embora não se tenha um estudo epidemiológico que abranja a prevalência da hipertensão arterial no Brasil, alguns investigadores, estudando determinadas regiões específicas do território nacional, estimam que essa taxa de prevalência oscile entre 22% e 44%. Esse quadro epidemiológico se torna ainda mais preocupante quando se verifica uma relação direta entre o envelhecimento e o desenvolvimento da hipertensão arterial. Estudos mundiais e nacionais demonstram que mais de 60% de indivíduos com idade acima de 65 anos são classificados como hipertensos. (GONZALEZ Pérez, U. El concepto de Calidad de Vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Instituto Superior de Ciências Médicas de La Habana. 2011.)

Segundo o Ministério da Saúde, "o aumento das prevalências se deve ao maior acesso da população ao diagnóstico na atenção primária de saúde. (VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2016).A doença hipertensiva tem um grande interesse médico os efeitos e a forma de compromisso com a longevidade do paciente. No entanto, muitas vezes a conduta adotada pelo paciente sobre sua doença hipertensiva está longe de ser a mais adequada. Se analisarmos isto, notamos que sua gênese não é conhecida em 95% dos casos, e elas afetam muitos fatores, que incluem o desenvolvimento de estilos de vida inadequados, com condicionamento mútuo e falta de planejamento de um tempo diário para engajar-se em um sentido positivo. (Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011) Conhecendo essas realidades do mundo, no Brasil, no município, e em minha população acredito que temos que dar uma resposta ao incremento da HAS desenvolvendo uma estratégia essencial na prevenção primária, única abordagem capaz de garantir que as gerações futuras não corram o risco de morrer de forma prematura por causa dessas doenças. A educação em saúde é composta por saberes e práticas que orientam a prevenção de doenças e promoção da saúde, visando motivar a adoção de hábitos e comportamentos saudáveis por uma pessoa, grupo ou comunidade para que possam gerir a sua própria saúde e os seus determinantes e aumento da qualidade de vida.

As transformações socioeconômicas e culturais pelas quais as comunidades indígenas brasileiras tem passado e impactado a sua situação de saúde sobretudo pelo contato com a população não-indígena (SANTOS; COIMBRA JR,2003) Enquanto sociedades culturalmente diferenciadas e em graus variáveis de aprofundamento das relações com a sociedade nacional brasileira, os povos indígenas apresentam-se em fases distintas do processo de transformação de suas tradições, costumes, economia, dinâmica demográfica, contexto ambiental e ainda acesso aos serviços de saúde.

Tais aspectos têm impactos significativos nos perfis de saúde destes povos (CONFALONIERI; GARNELO, 1998). O mesmo autor afirma que o quadro de saúde de sociedades isoladas difere quando comparadas com aquelas que apresentam contatos continuados com os não-índios.

Os povos indígenas do Brasil apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde, diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais econômicas e ambientais atreladas à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do país. Ao longo dos séculos, tais frentes exerceram importante influência sobre os determinantes dos perfis da saúde indígena, quer por meio da introdução de novos patógenos ocasionando graves epidemias, usurpação de territórios dificultando ou inviabilizando a subsistência e/ou a perseguição e morte de indivíduos ou mesmo de comunidades inteiras (SANTOS; COIMBRA JR., 2003).

Diminuição de atividades, como a caça e a pesca, a introdução da economia monetária e do trabalho assalariado resultaram, não raro, em menores níveis de atividade física e em um acesso cada vez maior a alimentos ocidentais, com destaque para os produtos industrializados (WIRSING RL. The health of traditional societies and the effects of acculturation. Curr Anthropol 1985; 26:303-22) Esses se associaram a uma alimentação monótona, rica em carboidratos e pobre em proteínas, vitaminas e minerais, que, aliados a outros fatores, têm produzido o desenvolvimento de DCNT em um processo também verificado entre populações nativas de outras partes do globo(Wirsing RL. The health of traditional societies and the effects of acculturation. Curr Anthropol 1985; 26:303-22) Assim, o contato com não indígenas tem tido papel significativo na emergência e crescimento das DCNT entre os povos indígenas

Dados da OMS apontam que somente o controle de Hipertensão Arterial Sistêmica reduziria em 35-40 % a incidência de Acidente Vascular Cerebral (agravo de saúde com elevados índices em minha comunidade) ,20-25 % de Infarto Agudo do Miocárdio e mais de 50 % de Insuficiência Cardíaca Congestiva

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Melhorar a qualidade de vida em pacientes hipertensos através da identificação dos fatores de risco de Hipertensão Arterial e a realização de um plano de ações educativas na UBS Indígena Ligeiro Charrua.

Específicos

1-Identificar os principais fatores de risco de Hipertensão Arterial em pacientesque frequentam o posto de saúde

2-Planejar as ações de saúde em pacientes hipertensos para modificar fatores de risco e controle da doença e assim aumentar a qualidade de vida

3-Planejar um plano de intervenção Educativa para conscientizar sobre os fatores de riscos da Hipertensão Arterial e suas consequências.

METODOLOGIA

Será realizado um plano de ação educativa a fim de melhorar a qualidade de vida de pacientes hipertensos identificando os fatores de risco de HAS do Polo Ligeiro Indígena do Município Charrua. Os dados serão coletados a partir do histórico de saúde da família de pacientes, com a revisão de documentos, como uma técnica fundamental. Usado a pesquisa como uma técnica de investigação para o estudo da qualidade de vida, aplicando-a amostra diretamente nas sessões de trabalho diferente, será realizada em que a análise estatística correspondente e são eles expressaram em tabelas e gráficos, usando a porcentagem como uma visão geral para a análise junto a o EBS de nosso Posto de Saúde.

Vamos considerar um conjunto de princípios éticos para pesquisa, incluindo:

- Consentimento informado de cada um dos participantes.
- Condições locais para a aplicação, ou a PSI ou em casa.
- Respeitar os critérios dos pacientes.
- Confidencialidade de nomes e identidade dos critérios obtidos para além do quadro na área da saúde e propuseram pelas recomendações do trabalho.

Classificação a pressão arterial.

- Pressão Arterial PAS PAD mmHg mmHg
- Normal : 120/80
- Pré-hipertensão 120-139/80-89
- HAS: Estadio I 140-159/90-99
- HAS: Estádio II superior a 160 e 100

Idade.

Para o estudo, foi tirado em intervalos de idade diferente de conta, Considerando que agrupados em setores com características semelhantes:

- 0 - 15.
- 16-65.
- Mais de 65.

Sexo.

- Masculino.
- Feminino.

Evaluaremos a qualidade de vida de os pacientes hipertensos

Qualidade de vida: é então definido como "Sentimento subjetivo de bem-estardo indivíduo" (Chartunedi, 1991). Em sua essência, o conceito tem avaliativa, contextuais e históricas, bem como sua fidelidade aos valores humanos . Para seu estudo, levaremos em indicadores de conta:

Indicadores de qualidade de vida:

- Cuidados de pessoais: capacidade de manter e realizar suas atividades de vaso sanitário e vestir-se ou aliciamento.
- Atividades diárias: o conjunto de tarefas dadas pelo papel que ocupamos na família e o sistema social em que o homem é inserido.
- Presença de dor ou desconforto.
- Presença de ansiedade ou depressão.
- Hábitos tóxicos: ingestão ou uso de álcool ou outras substâncias ou tabaco.
- Práticas de exercícios físicos.

- Dieta: alcançar um equilíbrio na ingestão de alimentos ricos em potássio e cálcio, com redução de sódio na dieta .
- Peso: tendo em conta a fórmula: $IMC = P \text{ (Kg)} / T \text{ (m}^2\text{)}$.
- Tendo em conta as categorias de acordo com o IMC:
- Peso: menos de 19,8
- Peso normal: de 19,8 e 26,0
- Excesso de peso: a partir de 26,0-29.0
- Obesos: mais de 29,0
- Adesão ao tratamento: fonte de estabilidade e de drogas.

O trabalho presente propõe-se fazer atividades educativas com a finalidade de melhorar o conhecimento da população e assim elevar a qualidade de vida dos pacientes afetos por essa doença

Então partindo da premissa que as estratégias comunitárias têm um impacto social maior que as propostas de carácter individual, decidimos participarem todos os membros da equipe para fazer o planeamento das atividades nas comunidades e explicar as atividades a desenvolver com estes pacientes, lugar e datas das reuniões e garantir pelos ACS a assistência dos 100% de pacientes da amostra escolhida um total de 90 pacientes com hipertensão arterial que representa mais do 50%(51,4%) Como parte do projeto de Intervenção, serão realizadas várias salas de espera, roda de conversa e palestras sobre Hipertensão Arterial e qualidade de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

Com as ações preventivas e de promoção que vamos fazer neste projeto de intervenção, esperamos lograr maior conhecimento e controle dos fatores de riscos para HAS e elevar o nível de informação e preparação na população sobre os riscos e complicações da HAS e como preveni-los no futuro, assim como modificar hábitos e estilos de vida elevar a cultura sanitária, melhor qualidade de vida já que eles são portadores de uma doença crônica mas podem ter uma vida ótima.

Cabe à atenção primaria realizar ações de promoção à saúde, realizar busca ativa dos casos, estratificar riscos acompanhar os casos diagnosticados, para prevenir e diagnosticar complicações, além do estímulo a adoção de hábitos de vida saudáveis. Dessa forma espera-se melhorar as qualidade de vida da população. À atualização, treinamento, o estímulo continua dos profissionais são essências para propostas de intervenção que melhore a qualidade de vida dos pacientes Além disso, agregar aos familiares assim como a comunidade as atividades de educação em saúde para facilitar as mudanças de estilo de vida.

O maior benefício para a comunidade seria elevar sou conhecimentos sobre a doença, sobre os riscos da mesma, logrando assim uma melhor qualidade de vida um câmbio em seus hábitos alimentai-os e práticas de exercícios físicos que contribuirém a uma qualidade de vida superior, uma maior redução das complicações da doença, maior participação em ações da saúde, elevando o total de participantes em elas, a adesão à o tratamento do 100% de hipertensos.

E necessário lembrar as conveniências de educar os grupos da população jovem, especialmente na escola, para melhorar a qualidade de vida da população atendida e a integração as atividades educativas feitas pela equipe de saúde

Outras ações que serão encaminhadas tais como, a capacitação dos ACS sobre Hipertensão Arterial e qualidade de vida, fatores de risco, hábitos alimentares prevenção e promoção em saúde. Ensinaram a medir PA e realizou-se pesquisa ativa na população, distribuição de informações

educativas face a face com os pacientes nas consultas e em visitas domiciliares como parte do projeto de Intervenção, além de isso proporemos vincular também o fisioterapeuta, professor de Educação Física, nutricionista e um psicólogo a o trabalho semanal com o grupe de Hipertensos.

Acredito que as fragilidades deste Projeto de Intervenção consistem na presença de hábitos e costumes alimentares e culturais da população transmitidas de geração em geração em relação a nutrição, hábitos e estilos de vida, e crenças, o que provoca o baixo nível de cultura sanitária impedindo que sejam receptivas as orientações da equipe, a baixa renda familiar dificulta a aquisição de alimentos saudáveis, vínculo a academias esportivas, atividades recreativas e culturais que são insuficientes nas comunidades, e a grande propaganda das empresas para elevar o consumo de álcool e tabaco, às vezes única forma de diversão na zona rural principalmente para os jovens.

Considero que as potencialidades deste Projeto consistiram na realização de ações de prevenção e promoção de fatores de risco em 100 % da comunidade de minha área de abrangência, com a prevenção a longo prazo de Hipertensão Arterial e elevação do conhecimento e percepção da qualidade de vida, a incorporação de um alto número de pacientes a fazer atividades físicas periódicas, elevação da consciência e cultura sanitária das pessoas, mudanças em hábitos e estilos de vida, aplicação da estratégia da atenção básica de saúde em promoção e prevenção de enfermidades, elevando a qualidade e expectativa de vida da população em geral que é a meta mais importante na situação que vive o Brasil atualmente

Como todo projeto tem fragilidades a superar, percebemos a necessidade de dar continuidade a esse projeto e ampliá-lo através do apoio dos profissionais da UBS capacitados, para realização de salas de espera com temas sobre ações de promoção de saúde, ampliar as atividades educativas na unidade de saúde, em escolas e em outros espaços sociais, desenvolvendo estratégias de motivação e solução das necessidades de saúde, buscando o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Charrua, para garantir a realização das capacitações e os recursos necessários para compra de materiais ampliando o

vínculo da equipe de saúde com os usuários e chegar ao aumento da quantidade da população nas diferentes atividades que nós continuaremos desenvolvendo.

A equipe de saúde deve trabalhar de forma integrada e realizar o seu trabalho com qualidade, participando de capacitações e realizando atividades contínuas de vigilância e monitoramento de fatores de risco, priorizando a prevenção e as ações de promoção, só assim a equipe pode potencializar e otimizar seus objetivos além de que o médico, técnicos, ACS e outros profissionais de saúde precisam ter uma visão ampla do processo de saúde-doença, conhecer a realidade social da área e participar do processo de identificação dos problemas da população. Com isso, será possível a construção de estratégias de atenção em saúde priorizando a execução de práticas preventivas, diminuindo a incidência e prevalência de fatores de riscos e ocorrência da Hipertensão Arterial e aumentar a qualidade de vida das pessoas. Acreditamos que, com isso, podemos brindar uma assistência integral ao indivíduo da comunidade e pacientes da UBS Polo Ligeiro Indígena de Charrua que este projeto é só o começo que deve ter continuidade para avaliar muito melhor seu impacto em nossa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública em todo mundo, e a mais frequente das doenças cardiovasculares. Apresenta-se na maioria das vezes assintomática, sendo também o principal fator de risco para as complicações potenciais de órgãos alvos, potencializando o risco de vida ao portador.

Também é importante considerar o impacto na qualidade de vida das pessoas visto que, para consegui-lo, é necessária a adoção de medidas individuais como as mudanças nos hábitos de vida; medidas coletivas como apoio da família e agregados para a manutenção do regime terapêutico e enfim, um conjunto de condições convergentes para a promoção de saúde do cliente hipertenso.

É necessário que se coloque em prática medidas de prevenção e promoção a fim de amenizá-los. Como aprendizado, todo plano deve ser avaliado e implementado anualmente de acordo as necessidades e ser alterado quantas vezes se fizer necessário. Este aprendizado é de muita importância para buscar soluções aos problemas enfrentados pelas equipes da estratégia de saúde da família, sendo que muitas de elas são de fácil resolução, mas fica difícil enxergar as alternativas para solucioná-los sem a elaboração do plano de ação que direcione as ações a serem executadas pela equipe do programa de saúde da família.

Almejamos que a partir da implantação do plano de intervenção seja atendido o nosso objetivo q é manter os níveis pressóricos dentro dos limites que são preconizados pelo Ministério de Saúde e melhorar a qualidade de vida e saúde dos pacientes.

A sistematização da assistência ao pacientes com fatores de risco com a implantação do protocolo e atuação da equipe multiprofissional gera bons resultados no controle do pacientes com risco cardiovasculares e possibilidade de desenvolver hipertensão arterial. Mas exige qualificação da equipe e mudança no processo de trabalho.

Também oferecemos as soluções para cada um destes fatores e doenças com o compromisso de acompanhá-los durante todo o processo, atuando sobre os

fatores de risco modificável identificados adaptando uma estratégia de ações educativas de promoção de saúde que levamos a todas as comunidades usando técnicas fáceis de interiorização com a população de níveis socioeconômico e culturais baixos, como palestras, conversas, salas de espera, e atividades face a face, também permitindo-os conhecerem a realidade social e participar do processo de identificação dos problemas da população, obtivemos mudanças em hábitos e estilos de vida das pessoas que a partir deste projeto começaram a levar uma dieta saudável, praticando exercícios físicos, preocupando-se mais com a saúde e grau de compensação, buscando mais os serviços de saúde.

A definição do problema e a alta incidência de pacientes portadores de hipertensão arterial na área de abrangência do Polo Ligeiro Charrua Para dar solução a este problema, estabelecemos as seguintes metas:

- Reduzir a prevalência da obesidade em adultos e idosos;
- Reduzir a prevalência de consumo de álcool em adultos e idosos;
- Reduzir a prevalência de consumo de tabaco em adultos e idosos;
- Aumentar a prevalência atividade física em adultos e idosos;
- Aumentar o consumo de frutas e hortaliças em adultos e idosos;
- Reduzir o consumo diário de sal em adultos e idosos;
- Monitorar a pressão arterial dos hipertensos mensalmente;
- Monitorar o índice de massa corporal dos hipertensos mensalmente
- Monitorar a adesão ao tratamento farmacológico

Concluiu-se que a partir da elaboração deste trabalho e a elaboração do Plano de Intervenção para assistência que é prestada aos pacientes portadores de hipertensão arterial na área de abrangência do Polo Indígena Ligeiro Charrua foi extremamente importante para traçar as ações que devem ser executadas pela equipe multiprofissional, juntamente com os parceiros, visando atingir o objetivo final dentro os prazos estabelecidos, pois a hipertensão se tornou um grande problema de saúde pública. Ademais, seus agravos são considerados a maior causa das doenças cardiovasculares no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROSO, W.K.S.; et al. Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não farmacológico. Revista da Associação Médica Brasileira. (v. 54, n. 4, p. 328-333, 200)

CONFALONIERI; GARNELO, (1998).

CAMPOS, F. C.e col. Planejamento e avaliação de Saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, (2010).

DIEHL EE. Agravos na saúde Kaingang (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. Cad Saúde Pública (2001; 17:439-45),

Declaração Política das Nações Unidas para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis, (2011)

DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão Arterial. (2016).

EPIDEMIOLOGIA da hipertensão arterial em indígenas Kaingang, Terra Indígena Chapecó, Santa Catarina, Brasil, 2013

FORTUNA RFP. Promoção de Saúde Bucal no SUS: Possibilidades e Limites do Programa de Saúde da Família [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; (2003)

FIGUEIREDO EM. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. In: Módulo Político Gestor. São Paulo: UNA-SUS/UNIFESP, (2011) [acesso em 08 out 2012].

GRACE M, King M. Indigenous health part. 1: determinants and. disease patterns. Lancet 2009; 374:65-75)

GONÇALVES, S. et al. Hipertensão arterial e a importância da atividade física. Estud. Biol. (v.29, n.67, p.205-213, abr/jun, (2007).

MACHADO MFAS, e col. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Ciência & Saúde Coletiva. (2007)

MOLINA, M.C.B. et al.Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. Revista de Saúde Pública. (v. 37, n.6, p.743-750, 2003.)

OLIVEIRA, K.P.C.; et al. Exercício aeróbio no tratamento da hipertensão arterial e qualidade de vida de pacientes hipertensos do Programa de Saúde da Família de Ipatinga. Revista Brasileira de Hipertensão. (v. 17, n. 2, p. 78-86, 2010).

PASSOS, V. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidem Serv. Saúde v. 15, n.1, p.35-45, (2006)

QUINTERO, G e col. La Calidad de Vida, contexto socioeconómico en personas de edad avanzada. En: Buendía, J. (Editor). Gerontología y Salud

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 1. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. (p. 1-48, 2006.)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (III). Hiperativo (1999; 6(1):67-10)

SILVA, Jorge Luís e col. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente, Revista Eletrônica de Enfermagem, (v. 06, n.03, p.330 – 335. 2004)

SIMONETTI, Batista & Carvalho, (2002)

SOCIEDAD BRASILEIRA DE HAS, (1999)

SANTOS; COIMBRA JR,2003)

TELEMACO Borba e col.(1904-1908),

VIANNA IOA. Metodologia do Trabalho Científico: um enfoque didático da produção científica. São Paulo: EPU, (2001)

VASAN RS,e col. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. JAMA. (2002)

.

ANEXOS

Doença	Masculino	Feminino.	Total
Hipertensão	4	7	11

Quadro 1-Incidencia de HAS em Polo Ligeiro Indígena Charrua. (2016)

Doença	Masculino	Feminino	Total	%
Hipertensão	99	76	175	12.45

Quadro2-Prevalência de HAS em Polo Ligeiro Indígena Charrua (2016)

Princ. Fatores de Risco	Total Casos	%
Sobrepeso	31	34,4
Obesos	58	64,4
Colesterol	41	45,5
Consumo de Álcool	69	76,6
D.Mellitus	25	27,7
Habito de Fumar	43	47,7
Tratamento Irregular	81	90,0

Quadro 3-Prevalencia dos Principales fatores de risco de HAS (Mostra 90 casos)

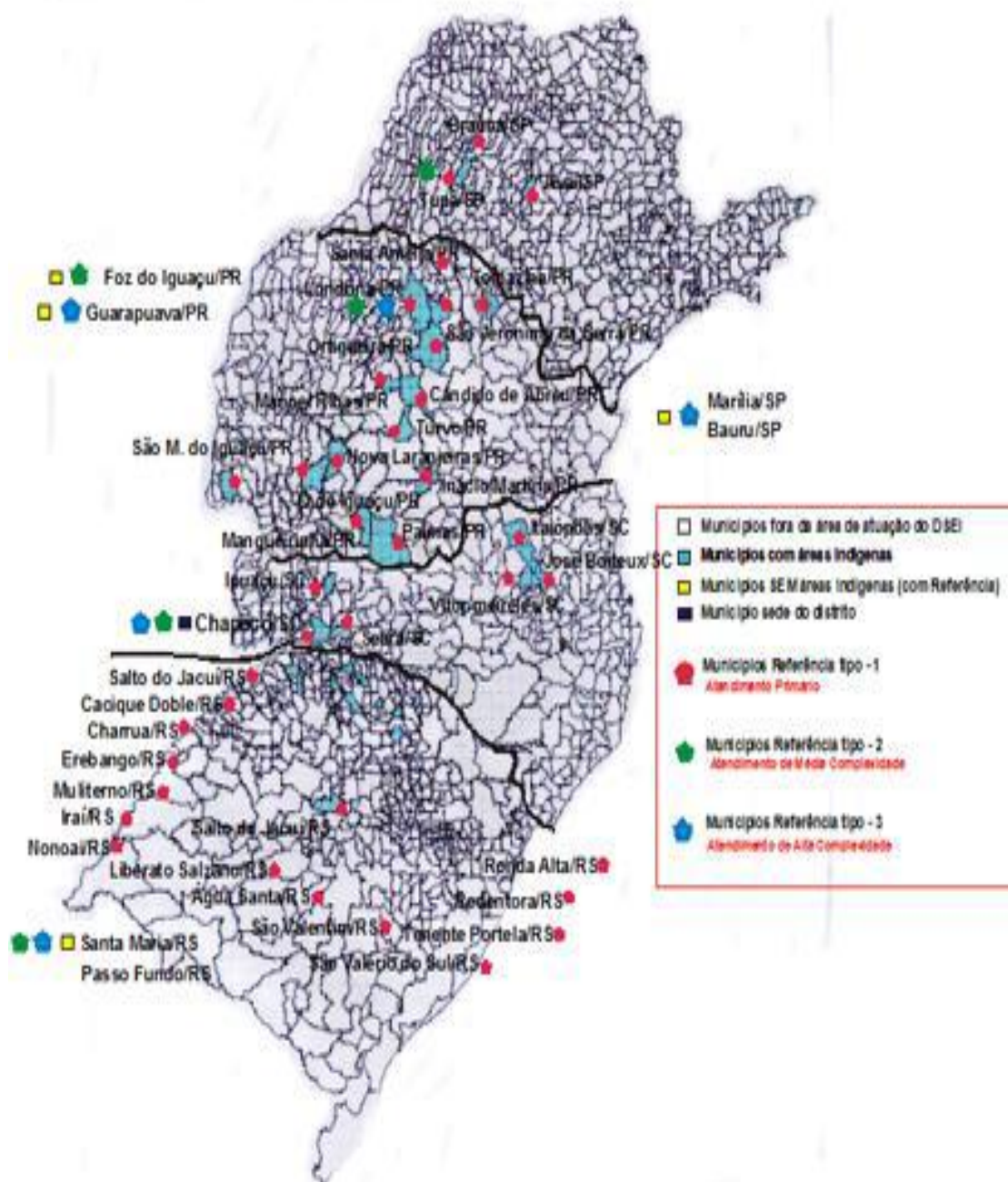


Figura 1. Mapa dos estados que compõem o DSEI Interior Sul com destaque para os municípios com população indígena. (Fonte: SESAI/2013)



Figura 2-Posto de Saúde Ligeiro Indígena Charrua



Figura 3-Aldeia Indígena Ligeiro Charrua



Figura -4



Figura- 4 e 5 Controle e seguimento de pacientes com HAS



Figura 6



Figura 6 e 7-Visita Domiciliaria a pacientes com HAS



Figura 8



Figura 8 e 9 –Visita domiciliaria ao Cacique e família



Figura 10 –Equipe de Saúde com o Cacique



“MUITO OBRIGADO “

FIN

