

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

AMERICA MIRANDA GAVILAN

**ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA
PROMOÇÃO E NO CONTROLE DA HIPERTENÇÃO ARTERIAL
DA POPULAÇÃO IDOSA DO BRASILIA MUNICIPIO
PIAÇABUÇU**

MACEIÓ - ALAGOAS

2015

AMERICA MIRANDA GAVILAN

**ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA
PROMOÇÃO E NO CONTROLE DA HIPERTENÇÃO ARTERIAL
DA POPULAÇÃO IDOSA DO BRASILIA MUNICIPIO
PIAÇABUÇU**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luís de Sousa Riscado.

MACEIÓ - ALAGOAS

2015

AMERICA MIRANDA GAVILAN

**ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA
PROMOÇÃO E NO CONTROLE DA HIPERTENÇÃO ARTERIAL
DA POPULAÇÃO IDOSA DO BRASILIA MUNICÍPIO
PIAÇABUÇU**

Banca examinadora

Prof. Dr. Jorge Luís de Sousa Riscado orientador

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 15 de janeiro de 2016

Dedico este trabalho.

A minha filha por ser minha fonte de inspiração e a força no difícil caminho da vida.

A minha equipe de saúde da família Brasília, pelo apoio em todo momento.

A toda minha família, amigos e professores por acreditarem em mim.

A Deus por ter me iluminado durante todo o período de desenvolvimento deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que de uma ou outra forma apoiaram este trabalho.

“A verdadeira medicina não é aquela que cura

Senão aquela que previne.

Em prever está toda a arte de salvar “

José Martí.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica apresenta maior prevalência em populações de pardos e pretos e, estes com más condições socioeconômicas. O acesso destas populações a materiais de informação, educação e comunicação é passo primordial para tentar mudar essa situação tão desfavorável. Objetivamos propor um plano de intervenção para diminuir a prevalência desde agravo em algumas das comunidades rurais de baixa renda e dependentes do baixo rio São Francisco, do município de Piaçabuçu, em Alagoas. A construção do plano baseou-se no Planejamento Estratégico em Saúde Situacional e na sistematização da análise situacional, com a identificação dos principais problemas da comunidade com eleição do mais prioritário: a elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica. O percurso metodológico constitui em etapas que vão desde o cenário estabelecido, os atores envolvidos como gestores, trabalhadores de saúde, usuários, as estratégias/metodologias a serem adotadas, a criação de instrumentos para validação, monitoramento e avaliação de impacto da proposta. As metas a serem alcançadas constituem a participação de 90% da população envolvida na proposta e a redução em 80% das doenças crônicas de hipertensão arterial.

Palavras chave: Hipertensão Arterial, Plano de Intervenção, Planejamento Estratégico em Saúde Situacional

SUMMARY

The Hypertension is more prevalent in black and mixed populations and those with poor socioeconomic conditions. The access of these populations to information, education and communication is paramount step to try to change this situation as unfavorable. We aim to propose an action plan to reduce the prevalence from injury in some of the rural communities of low-income and low river dependents San Francisco, the city of Piaçabuçu in Alagoas. The plan of the building was based on the Strategic Planning in Situational Health and systematization of situational analysis, identification of key community problems with the highest priority election: the high prevalence of hypertension. The methodological approach is in stages ranging from the established scenario, the actors involved as managers, health workers, users, strategies / methodologies to be adopted, the creation of tools for validation, monitoring and impact assessment of the proposal. The goals to be achieved are attended by 90% of the population involved in the proposal and the reduction in 80% of chronic diseases of hypertension.

Keywords: Hypertension, Intervention Plan, Strategic Health Planning Situation

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVO	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO DA LITERATURA	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

O município de Piaçabuçu está situado ao sul do estado de Alagoas, na divisa com o estado de Sergipe e caracteriza-se por suas águas calmas e areia fina e escura. Destacam-se as extensas formações de dunas encontradas por toda a praia, especialmente na desembocadura do rio São Francisco.

Piaçabuçu é conhecida por ser um dos lugares mais importantes de desova das tartarugas marinhas que habitam nas costas brasileiras e que estão protegidas pelas leis do país. Ocupa uma área de aproximadamente 293 km². Distancia-se , de Maceió (Capital) em 111.39 km. Tem uma população de 17203 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Piaçabuçu se limita ao norte com o Município de Feliz Deserto, ao sul com Rio San Francisco (Estado de Sergipe), ao leste com o Oceano Atlântico e a oeste com o Município de Penedo, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Mapa com apresentação do município Piaçabuçu.



Fonte: Cidades. IBGE (2014)

1.2 Histórico de criação do município

O início da formação do povoado data dos primeiros tempos da exploração do baixo São Francisco. Era o local, o ponto preferido pelos que atravessavam o Rio São Francisco, quando viajavam por terra para Pernambuco e Bahia. Consta que o português André Dantas, tendo um grupo de homens sob as suas ordens, entre 1660 e 1670, penetrou no Município, em 10 de outubro, dia em que se comemora a conservação de São Francisco de Borja. Com palha de palmeira construiu-se pequena barraca, dando-lhe a forma de igreja, em honra daquele santo. Assim, surgiu o povoado. O nome é antiquíssimo e vem desde o início do povoamento (IBGE, 2010).

Em maio de 1882 Piaçabuçu foi elevado à categoria de Vila, sendo desmembrado do Município de Penedo. Foi visitada em 1859 pelo imperador brasileiro Dom Pedro II, que, inclusive, participou de festas na cidade antes de seguir viagem para outras cidades (IBGE, 2010).

1.3 Descrição do município.

No que diz respeito aos aspectos geográficos, Piaçabuçu tem uma concentração habitacional de 71,67hab./km² e conta com uma população de 17.203; estimou-se que em 2014 seria de 17.977. O território tem uma área total de 240,014 km² e 71,67 habitantes por km² (IBGE, 2010).

Os dados do Quadro 1 mostram essas informações.

Quadro 1. Indicadores geográficos do município Piaçabuçu, 2010.

População estimada. 2014	17.977
População 2010	17.203
Área da unidade territorial (km ²)	240,014
Densidade geográfica (hab./km ²)	71,67

Fonte: IBGE (2010)

Existem 4540 famílias e 4661 domicílios. Destes, 99,7% são particulares (4648) e só o 0,3% são coletivos. Do total de particulares 4540 estão ocupados e 108 (2,3%) não ocupados (IBGE, 2010).

A média de moradores em domicílios ocupados é de 3,78 o seja, o município não tem alto índice de aglomeração.

Em relação aos aspectos socioeconômicos, a principal fonte de renda provem da atividade primária, como o coco, o arroz, a pesca e a cana-de-açúcar. Piaçabuçu também tem o maior banco de camarão da Região Nordeste do Brasil e é um importante polo pesqueiro.

Já em 1834, principiou o cultivo de arroz em Alagoas, no vale do rio São Francisco, e, após a Independência do Brasil (1822), o cultivo de arroz ganhou força nas terras da região do baixo São Francisco, entre outras, enriquecendo rapidamente cidades como Piaçabuçu, Penedo, Igreja Nova. Até hoje, Piaçabuçu é a segunda maior produtora de arroz de Alagoas.

Piaçabuçu é um dos maiores bancos de camarão do Nordeste do Brasil

Grande parte da economia da cidade gira em torno do turismo, em especial do passeio ofertado por diversos barcos particulares à foz do Rio São Francisco, que banha a cidade. Um dos mais famosos barqueiros locais é conhecido como o Delta do São Francisco.

Um dos maiores atrativos turístico de Alagoas fica em Piaçabuçu, na foz do rio São Francisco, cenário de indescritível beleza quando suas águas se encontram com o mar. Com dunas de areias claríssimas e várias lagoas de águas mornas.

No que diz respeito aos aspectos demográficos o município tem uma população total de 17.203 habitantes. Destes, 8.615 são homens (50,1%) e 8.588 são mulheres (49,9%). O maior contingente populacional encontra-se no grupo de 25 a 39 anos (22,5%), seguido do grupo de 40 a 59 anos (17,7%) (IBGE, 2010).

Os demais variam acordo com os dados da Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da população segundo sexo e idades, Piacabucu,2010.

Município: Piaçabuçu.						
Total da população: 17.203						
Faixas etárias	Sexo				Total	
	M	%	F	%	No	%
< Ano	154	0,9	163	0,9	317	1,8
1-4 anos	515	3,0	433	2,5	948	5,5
5-9 anos	894	5,2	808	4,7	1702	9,9
10-14 anos	1051	6,1	1042	6,1	2093	12,2
15-19 anos	898	5,2	883	5,1	1781	10,3
20-24 anos	917	5,3	897	5,2	1814	10,5
25-39 anos	1985	11,5	1886	11,0	3871	22,5
40-59 anos	1456	8,5	1581	9,2	3037	17,7
60 e + anos	745	4,4	895	5,2	1640	9,6
Total	8615	50,1	8588	49,9	17203	100

Fonte: IBGE (2010)

Os dados da tabela mostram que o maior contingente populacional se encontra nas faixas etárias compreendidas entre 25 a 59 anos de idade, fase considerada produtiva.

Em relação à taxa de Escolarização, sabe-se que a escolaridade da população adulta é importante indicador de acesso ao conhecimento e também compõe o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) Educação. A população de 15 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 81.87% o ensino médio; idades entre 7-14 anos na escola correspondem a 93.96% (IBGE, 2010).

Falando da saúde da população de Piaçabuçu mais de 95% da população são usuários do Sistema Único de saúde (SUS), com 1.12% pessoas cobertas com plano de saúde

1.4 -Sistema local de saúde.

Atualmente Piaçabuçu conta com o 100% das Equipes de Saúde cobertas com profissionais médicos, dos quais contam com médicos estrangeiros. Está estabelecido que cada profissional cumpra com um horário de segunda a sexta feira de 8.00 horas até 17.00, com uma carga de 40 horas semanais. Piaçabuçu tem seis equipes entre a zona urbana e a zona rural.

O município possui uma casa maternal com atendimento de urgências, um laboratório privado, um laboratório de endemias, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) uma clínica de fisioterapia e um laboratório municipal.

A forma de organização do sistema de saúde do município é em rede, prestando uma assistência integral e contínua a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis.

A população sob minha responsabilidade vive em um território sanitário singular, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações. Os pontos de atenção à saúde que ofertam serviços de atenção secundária ficam nos municípios: Maceió, Penedo, Arapiraca e Coruripe.

O sistema local de saúde de Piaçabuçu, em atendimento ao que a lei determina, tem um Conselho Municipal de Saúde que foi criado em 15-03-1996 por meio do decreto Nº 147 e deve exercer o controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS).

Isso significa dizer que cabe ao Conselho fiscalizar, planejar, propor e controlar os recursos destinados à área de saúde e, do mesmo modo, exercer o controle, o planejamento e a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, que é para onde são destinados os recursos a serem gastos com a saúde no município.

O conselho está composto por 12 membros titulares e 12 suplentes, divididos entre os trabalhadores de saúde (25%); os usuários dos serviços de saúde (50%) e representantes do governo e prestadores de serviços (25).

Os Recursos recebidos do Fundo Nacional de Saúde, em 2014, foram destinados à assistência farmacêutica, Atenção Básica, investimento, assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e vigilância em saúde.

A comunidade de Piaçabuçu conta com os seguintes recursos: duas agências bancárias, um correio postal, uma Igreja Católica e uma Assembleia de Deus, duas escolas estadual, 15 escolas municipais, duas escolas privadas e uma creches, uma farmácia da comunidade e várias outras no comércio, uma loteria, uma escola de música, três restaurantes, uma associação de informantes de turismo, possui muitos sítios e casas de campo na área do Peba e Sudene, tendo o maior movimento durante o final de semana.

Parte da comunidade vive de salário mínimo, mais a Bolsa Família em moradias simples e pouco confortáveis. Pelo fato da comunidade ficar muito próxima ao Rio Sam Francisco, a população toma muito banho no mesmo, contribuindo à aparição frequente de casos de esquistossomose. Os principais postos de trabalho identificados são comércio do peixe, camarão e venda do coco. As principais causas de morte são doenças do aparelho circulatório, acidentes e neoplasias.

1.5 Unidade Básica de Saúde.

O posto de saúde Brasília esta inserido no município Piaçabuçu. Presta serviço de segunda até sexta feira, desde 7.30 horas na manhã até 5 horas na tarde com uma hora de almoço. O território/área de abrangência tem 4540 famílias

Seu atendimento é feito por equipe multiprofissional, composta por: um medico, uma dentista, oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS) , uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de dentista e pessoal de serviço.

A UBS possui uma recepção , uma copa, uma sala de espera e dois banheiro, duas salas de odontologia, duas salas para consultas médicas, duas para enfermagem, uma sala de vacina, uma de curativo, uma de pre consulta e uma de observação

Em nosso município temos laboratório clínico, porém não presta serviços de urgência e quando os pacientes fazem os exames tem que esperar mais de um mês para receber os resultados. Essa é uma das dificuldades que afeta a qualidade do nosso trabalho. Não tem serviço do Rx e eletrocardiograma.

O diagnóstico situacional feito na área de abrangência mostrou similaridade com a situação do Brasil e do mundo, isto é, as doenças crônicas são a principal causa de mortalidade, tendo a hipertensão arterial como um dos principais fatores de risco. Neste estudo, daremos prioridade ao problema de saúde das doenças crônicas na população idosa.

2 JUSTIFICATIVA

O objetivo do cuidado da pessoa idosa é evitar as complicações, por meio da melhoria do seu estilo de vida. Portanto, é imprescindível que o idoso e seus familiares sejam preparados para compreender o processo de envelhecimento e hábitos de vida saudável.

Nossa equipe de saúde percebeu que há falta de informações sistematizadas em relação ao cadastro de pessoas idosas que não tem doenças crônicas e não estão cadastradas pela equipe, para assim conhecer os estilos e modo de vida que vivem esses idosos.

A intenção de fazer esse cadastro é para promover ações educativas que podem ser mais bem trabalhadas pelos profissionais de saúde tanto na modalidade de grupo como na atenção individualizada, na expectativa de que haja uma melhor compreensão e sensibilização para a importância da prevenção de riscos e agravos das doenças crônicas.

Lavando em conta as morbidades, pretende-se elaborar uma proposta de implantação de ações educativas relativas à prevenção da hipertensão arterial como uma intervenção que ajudará na diminuição desse risco e por sua vez a diminuição de incidência de casos novos, agravamento das patologias já existentes, complicações e possíveis sequelas.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Construir coletivamente um plano de intervenção visando ao aumento na adesão de pessoas idosas à promoção da saúde, para o controle da hipertensão arterial na área de abrangência da equipe USB Brasília no município de Piaçabuçu.

3.2. Objetivos Específicos

- Determinar as pessoas partícipes para a elaboração coletiva do plano.
- Apresentar o plano às comunidades.
- Promover a análise e estudo do problema.
- Identificar as variáveis que interferem no processo.
- Detectar as ferramentas para a elaboração do plano.
- Apresentar a proposta final à equipe, e às comunidades.
- Avaliar a validação do plano elaborado.

4 METODOLOGIA

A elaboração do plano de intervenção para o controle da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes hipertensos, da área de abrangência da equipe, USB Brasília, Piaçabuçu baseou-se no método do Planejamento Estratégico Situacional em Saúde, onde foi realizada a sistematização da análise situacional, identificando assim os principais problemas (CAMPOS;FARIA;SANTOS, 2010).

Fez-se, ainda, revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), procurando por artigos que se enquadravam ao tema abordado, sem data de publicação pré-definidas, utilizando os seguintes descritores: hipertensão , fatores de risco e idoso.

As etapas que constituem este plano de intervenção foram construídas de acordo com os nós críticos identificados a partir do encontro com usuários e profissionais de saúde e gestores.

1ª etapa: Nesta etapa, foi possível realizar o diagnóstico situacional da área através do método da Estimativa Rápida, com o estabelecimento dos principais problemas que afetam a comunidade e a eleição de um problema prioritário para realizar a intervenção.

2ª etapa: Incluir os usuários no processo de construção da Proposta.

3ª etapa: Avaliação do grupo de intervenção fazendo um levantamento acerca da situação dos adultos da área de abrangência da equipe, USB “Brasília”. Piaçabuçu.

4ª etapa: Realizar rodas de conversa para detectar os “nós críticos” e outros entraves que esquivam a promoção da saúde.

5ª etapa: Definição de orçamento e recursos humanos necessários.

6ª etapa: Capacitação dos profissionais da equipe que se voluntariaram para participação no projeto.

7ª etapa: Validação com grupos específicos da proposta/instrumento construído.

8ª etapa: Início da implantação do projeto na da área de abrangência da equipe, USB “Brasília”.

9ª etapa: Reavaliação periódica da situação diagnóstica da hipertensão arterial dos indivíduos adultos na área de abrangência da equipe, USB “Brasília”.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Aspectos gerais sobre o envelhecimento

O envelhecimento da população já é um fato comprovado que está acontecendo não só no Brasil, mas no mundo como um todo.

O atual envelhecimento das populações foi conseguido em muitos países, pelas medidas de melhoria das condições da saúde, de controle de doenças infecciosas e crônicas que têm acompanhado, para a realização da diminuição da taxa de natalidade e mortalidade infantil, pilares básicos assim que a idade de populações. Esta situação é, sem dúvida, um desafio para a sociedade moderna, porque todos os dias há mais pessoas idosas com impacto em todos os níveis da estrutura social (ABRASS, 2008).

Outro aspecto importante a ser levado em consideração é a distribuição da população em áreas urbanas e rurais. Enquanto atualmente nos países em desenvolvimento a maioria dos idosos vive nas zonas rurais e há a possibilidade de uma mudança progressiva na proporção das zonas urbanas. A grande preocupação é a situação de saúde dessas pessoas, porque mesmo em países desenvolvidos são os idosos que mais usam os serviços de saúde em qualquer instância e também são os maiores consumidores de medicamentos (ABRASS, 2008).

De acordo com Alfonso (2012). em abordagem biopsicossocial o envelhecimento é mais relacionado com a inter-relação entre situação física, intelectual, emocional e social do estado que pela própria idade cronológica. Por este motivo, não há um padrão único da experiência de envelhecimento, pois depende de fatores externos e da personalidade do sujeito. Fatores como a saúde, situação financeira e situação conjugal influenciam a forma do envelhecimento e a personalidade de cada indivíduo determina como esses fatores afetam o envelhecimento de cada um

Podemos distinguir entre a idade como critério médico para estabelecer um prognóstico e idade como uma abordagem centrada na pessoa. O critério médico considera a idade cronológica equivalente a outras características físicas do

paciente (peso, idade, tamanho, etc.). Se nos concentrarmos na pessoa que temos que valorizar a sua história e sua biografia, que é como uma pessoa e não como uma mera coleção de órgãos. Temos de rejeitar a idade como um padrão de médico, mas podemos usar idade como um padrão biográfico. A percepção do paciente como uma pessoa total ou um grupo de organismos que têm de receber tratamento, é o que determina o médico usar tratamentos intensivos e agressivos em pacientes idosos ou terminais semelhantes aos tratamentos utilizados para os jovens (LOUGHLIN, 2012).

Inúmeras pesquisas têm apontado que os idosos não necessariamente tem que ser um período da vida em que predomine o desgaste de capacidades físicas e intelectuais que sejam inevitáveis, se os sujeitos mostram a motivação necessária e a intenção de manter um estilo de vida ativo e produtivo. Destaque, também é feito em relação às condições para se envolver em um ambiente rico e estimulante que é propício para experiências de aprendizagem propícias para eles tanto quanto a participação em atividades de vários tipos. O envelhecimento pode ser evitado ou adiado (ALFONSO 2014).

Os conceitos dos modos e estilos de vida começam a ser objeto da ciência médica na segunda metade do século XX, desde a redução do conceito de saúde e os determinantes da saúde têm contribuído para melhor compreensão e operacionalização dos elementos não biológicos que intervêm no processo saúde-doença e são parte integrante da medicina social, característica do nosso século.

5.2 Estilo de vida e seu contexto geral

A Epidemiologia do estilo de vida, hábito de vida e modo de vida são um conjunto de comportamentos ou atitudes que se desenvolvem as pessoas que às vezes são saudáveis e outros são prejudiciais à saúde. Na desenvolvidos estilos de vida pouco saudáveis são aqueles que causam a maioria das doenças

Estilos de vida mais importantes que afetam a saúde incluem: consumo de substâncias tóxicas: tabaco, álcool e outras drogas; exercício físico, sono noturno, condução, stress, dieta, higiene pessoal, manipulação de alimentos, atividades de lazer ou hobbies, relações interpessoais e comportamento sexual (ALDER, 2008).

O estilo de vida é uma forma de vida individual, é o modo de vida das pessoas. Ele está intimamente relacionado ao campo do comportamental e motivacional humano e acena à forma pessoal, em que o homem é como um ser social em condições concretas e específicas. É a expressão do social através da atividade individual da personalidade (ALDER, 2008).

Os dados demográficos têm demonstrado que o Brasil não é mais um país jovem de acordo com o Censo 2010 as pessoas com 60 anos ou mais representam 10.8 % da população, esta população crescerá cinco vezes entre 1950 e 2025, sendo que a população idosa nesse mesmo período aumentara 15 vezes (IBGE, 2010). Assim, a necessidade de caracterizar o estilo de vida dos idosos no Brasil é evidente.

O envelhecimento da população é definido como o progressivo aumento na proporção de idosos em uma determinada população. Embora as causas do envelhecimento da população em geral sejam os mesmos em todos os países, ao longo do tempo eles têm tido um papel diferente em cada estágio. Desconhece-se ainda a ordem de importância das causas da população está a envelhecer. Apesar da queda na taxa de natalidade e fertilidade é de longe a causa mais importante enquanto a diminuição da mortalidade aparece como um fator de envelhecimento ou não dependendo de qual é a idade onde este declínio ocorre (DE LA SERNA, 2010).

Ainda De La Serna (2010) diz que o envelhecimento é um fenômeno multifatorial que afeta todos os níveis da organização biológica de moléculas para o sistemas fisiológicos. A consideração psicossocial da pessoa idosa considera que as mudanças de processo do próprio envelhecimento ocorrem de três perspectivas: mudanças biológicas: todas as alterações orgânicas que afetam a idade e capacidades físicas, mudanças psíquicas: mudanças no comportamento, auto percepção, conflitos, valores e crenças, mudanças sociais: explora o papel dos idosos na comunidade (DE LA SERNA, 2010).

A população de 60 anos e mais vai crescer em conformidade com maiores taxas do que a população geral e a partir do ano 2020 cada vez com maior intensidade. Então, hoje é possível observar um crescimento de 2,4% neste grupo da população comparado com 1,7% da população total. Entre 1990 e 2010, a taxa de

crescimento da população idosa permanecerá constante; mas desde 2010 crescimento aumentará para 3,1%; Taxas desta magnitude darão origem os idosos na população espera-se dobrar a cada 23 anos (FIGUEREDO et al., 2013).

No caso do Brasil, o país é composto por cinco regiões geográficas que variam significativamente em suas dimensões territoriais, sociais, econômicas e culturais. De este modo o envelhecimento também se manifesta segundo as diversidades e desequilíbrios regionais, sociais e econômicos. A maior parte da população brasileira com 60 anos ou mais esta concentrada nas regiões sudeste com 46,25 % e nordeste com 26,50 %, estas regiões juntas concentram mais de 70 % da população com 60 anos ou mais (IBGE, 2010).

Avaliando a pirâmide etária da população do Estado do Ceará em 2010 percebe-se o estreitamento da base da pirâmide, fruto da queda da fecundidade no derradeiro decênio, contribuindo desta forma para a diminuição da proporção de crianças e jovens. Já a redução da mortalidade tem como consequência à elevação da expectativa de vida, provocando o alargamento do topo da pirâmide em decorrência de um significativo aumento da participação da população de 65 anos ou mais (CALDAS, 2010).

O comportamento e o estilo de vida podem ser fatores protetores ou promotores de saúde ou como variáveis de riscos de mortalidade prematura, morbidade e incapacidade funcional. É impossível falar sobre estilo de vida sem enquadrá-la dentro do conceito de modo de vida, uma vez que ambos determinam como é o homem dentro da sociedade e sua relação com o processo saúde-doença. Ambos os conceitos de forma e estilo de vida começam a ser objeto da ciência médica na segunda metade do século XX, desde o tempo quando o conceito de saúde é redimensionado, os conceitos dos determinantes da saúde também são redimensionados (JACOBY; BULL, 2003).

Entre os estilos de vida temos o comportamentos de auto atualização, a responsabilidade pela saúde, exercício, nutrição, gestão de suporte e stress interpessoal. O autocontrole do comportamento constitui a ferramenta mais importante que pode fornecer um indivíduo fazer modificações em seu estilo de vida (JACOBY; BULL, 2003).

Nas décadas dos anos 70 e 80 do século passado, estudos sobre o modo de vida eram recorrentes publicações sobre psicologia da saúde. Impulsionado pela intenção de identificar o psicossocial associado com o processo saúde-doença, estudos nesse sentido são compatíveis com as conclusões de epidemiologia e esta abordagem de esta ciência usada na investigação do estilo de vida (JACOBY; BULL, 2003).

O processo de envelhecimento e o acúmulo de perdas psicossociais que ocorrem durante a velhice parecem determinar em algumas pessoas idosas incapacidade de perceber suas competências e habilidades e os aspectos positivos do ambiente que o rodeia-los e a vida em geral. Neste sentido, existem resultados empíricos, mostrando que a autoestima diminui com a idade. Esta autoestima ou auto satisfação pode ser considerada como Schwartz, como o eixo da qualidade de vida dos idosos (LEON, 2003).

A expectativa de vida de uma pessoa que chega a 60 e 80 será 19,9 e 7.9 respectivamente. Esse crescimento coloca novos desafios na realização de cuidados tendo em vista que nesta idade números alarmantes de prevalência de doenças diferentes estão adicionando a esta e este grupo requer um sistema diferenciado de saúde (HUENCHUAN, 2003).

No Brasil, a Lei No 10.741 de 1º. de outubro de 2003 em seu artigo 8º diz que o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito sociais nos termos desta lei e da legislação vigente. O artigo 9º desta lei informa que é obrigação do estado garantir a pessoa idosa a proteção a vida e a saúde mediante efetivação de políticas sociais publicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (BRASIL,2003).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Brasil (PNSPI) Portaria GM No 2528 de 19 de outubro de 2006 define que a Atenção de Saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da família tendo como referência a rede de serviços especializados de media e alta complexidade (BRASIL, 2007).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Campo, Faria e Santos (2010) descrevem o plano de ação como um instrumento que permite estabelecer uma articulação entre a questão situacional imediatista e aquela voltada para o futuro, contempla uma gestão participativa.

Conforme dito anteriormente, este plano foi feito com base no PES e seguiu quatro momentos, que são divididos em passos.

O primeiro momento explicativo se constituiu dos seguintes passos.

➤ **Primeiro passo. Definição dos problemas:**

Neste momento identificaram-se os principais problemas através da estimativa rápida, obtendo-se informação que permitiram conhecer as causas e consequências deles. Os principais problemas foram:

- ✓ Sedentarismo
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Hipertensão arterial
- ✓ Alcoolismo
- ✓ Diabetes Mellitus

Após discussão com a equipe concluiu-se que todos esses problemas reúnem-se em um grupo só, representando o número elevado de fatores de risco de HAS, o qual é predominante e deve-se trabalhar para diminuí-los.

➤ **Segundo passo. Priorização do problema:**

Após a identificação dos problemas, foi necessária a priorização deles, tendo em conta critérios como a importância, urgência e a capacidade para enfrentá-los. Daí os problemas foram selecionados quanto á prioridades, segundo os seguintes critérios:

- Numerando os problemas por ordem de prioridades a partir do resultado da aplicação dos critérios.
- Distribuindo pontos de 0-10 conforme sua urgência.

- Definindo-se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.
- Atribuindo valor alto, médio ou baixo para a importância do problema.

Quadro 2: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe de Brasília, Piaçabuçu, 2013.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Sedentarismo	Alta	9	Parcial	1
Tabaquismo	Alta	9	Parcial	2
Hipertensão Arterial	Alta	9	Parcial	3
Alcoolismo	Alta	9	Parcial	4
Diabetes mellitus	Alta	9	Parcial	5

A equipe considerou reunir os problemas identificados em um problema único, tendo em conta sua inter-relação: número elevado de fatores de risco de HAS, existindo só uma prioridade.

➤ **Terceiro passo. Descrição do problema selecionado**

Uma vez selecionado o problema priorizado, passamos a descrevê-lo, para ter uma ideia da sua dimensão e de como ele se apresenta na realidade.

Este problema define-se com mais de 50% da população maior 60 anos tantos homens quantos mulheres, apresentaria fatores de HAS, por tanto pesquisar mais sobre a temática da HAS, suas fatores de risco, mudanças de hábitos e estilos de vida, auxiliaria o profissional a direcionar um trabalho específico visando à prevenção destas patologias.

➤ **Quarto passo. Explicação do problema**

Neste passo explicamos o problema com o objetivo de entender a gênese dele.

O modelo de desenvolvimento econômico e social estabelecido determina tanto o político, cultural, ambiental e socioeconômico assim como as políticas públicas que por sua vez influenciam: hábitos e estilos de vida inadequados como sedentarismo, hábitos alimentares impróprios, tabaquismo e alcoolismo; baixo nível socioeconômico; baixo nível de informação da população sobre os riscos, agravos e direitos sociais. As políticas públicas, por sua vez, influenciam o modelo assistencial da Estratégia de Saúde de Família que não é desenvolvida adequadamente o qual interfere no processo de trabalho dificultando o uso de protocolos, apoio diagnóstico, referências e contra referências, assim como a capacitação de pessoal e resposta do sistema de saúde. Sem se obter um funcionamento adequado destas últimas, pode melhorar o acompanhamento de risco e agravos, melhorar a autonomia do paciente com risco de HAS aumentando através de uma atenção integral.

Ao não existir um funcionamento adequado, não se consegue modificar adequadamente o desenvolvimento de risco ou agravos, pelos quais hábitos e estilos de vida inadequados unidos a fatores hereditários estão associados com a ocorrência de HAS.

➤ **Quinto passo. Seleção dos “nós críticos”**

A identificação das causas é fundamental, sendo importante selecionar os “nós críticos”, que são as causas de um problema que, quando atascados, são capazes de impactar o problema principal e transformá-lo.

Identificamos como “nós críticos” do problema escolhido os seguintes:

- 1-Hábitos e estilos de vida inadequados
- 2-Baixo nível de conhecimento sobre os fatores de risco para a HAS.
- 3-Organização do processo de trabalho da equipe de saúde.

O momento normativo se formou a partir dos passos:

➤ **Sexto passo. Desenho da operação:**

As operações são um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano e neste passo deve-se descrever as, identificar os produtos e

resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

No desenvolvimento do plano serão utilizadas as ações educativas: palestras, rodas de discussão e formação dos grupos como também orientações individuais para alcançar os objetivos dos “nós críticos” apresentados pela população.

Acreditamos que poderá melhorar o índice de adesão da equipe quanto da comunidade, elevando a participação e conscientização com relação às mudanças proposta e a importância da realização delas refletindo no fortalecimento dos laços e a confiança entre todos participantes desse processo.

Nossa equipe propôs, a partir nós críticos identificados, as operações necessárias para sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução. QUADRO 2.

Quadro 3. Desenho das operações para os “nós críticos” do problema.

No críticos	Operação/ Projeto.	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários.
Hábitos e estilos de vida inadequados	Saber mais/ Conscientizar a população para mudança nos hábitos e estilos de vida	População consciente e responsável. Adesão da população as mudanças proposta.	Programa educativo na população.	<u>Organizacional:</u> organizar as atividades físicas. <u>Cognitivo:</u> informação sobre o tema. <u>Político:</u> conseguir o local, mobilização social. Inter setorial com a rede de ensino. <u>Financeiro:</u> para aquisição de recursos visuais, folhetos educativos, etc.

<p>Baixo nível de conhecimento sobre os Fatores de risco para a HAS.</p>	<p>Viver melhor/ implantar um programa educativo para população. Agendar atividades com população.</p>	<p>População mais informada sobre risco da HAS. População mais comprometida.</p>	<p>Programa educativo para população implantado. População informada.</p>	<p><u>Cognitivo:</u> conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. <u>Organizacional:</u> organização da agenda. <u>Político:</u> articulação Inter setorial e mobilização social.</p>
<p>Organização do processo de trabalho da equipe de saúde.</p>	<p>Mais saúde/ Discutir com a equipe e organizar o processo de trabalho. Estabelecer o sistema de cuidado para risco de HAS aumentado.</p>	<p>Cobertura de 90% da população com risco de HAS aumentado. Equipe consciente e comprometida com a comunidade. Cooperação de todo equipe.</p>	<p>Sistema de cuidado para risco de HAS implantado. Protocolos implantados. Recursos humanos capacitados.</p>	<p><u>Cognitivo:</u> elaboração de projeto do sistema de cuidados e protocolos. <u>Político:</u> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. <u>Organizacional:</u> adequação de fluxos.</p>

➤ **Sétimo passo: identificação dos recursos críticos:**

Identificamos os recursos críticos a serem consumidos para a execução das operações, ou seja, aqueles recursos indispensáveis e que não estão disponíveis.

No Quadro 4 encontram-se descritos os recursos críticos identificados pela equipe.

Quadro 4. Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento das “Nós críticos” do problema risco da HAS aumentado.

Operação/Projeto.	Recursos críticos
<p>Saber mais/ Conscientizar a população para mudança nos hábitos e estilos de vida</p>	<p><u>Político:</u> conseguir o local, mobilização social. Inter setorial com a rede de ensino. <u>Financeiro:</u> para aquisição de recursos médio visuais, folhetos educativos, etc.</p>
<p>Viver melhor/ Implantar um programa educativo para população. Agendar atividades com população.</p>	<p><u>Político:</u> articulação Inter setorial e mobilização social.</p>
<p>Mais saúde/ Discutir com a equipe e organizar o processo de trabalho. Estabelecer o sistema de cuidado para risco de HAS aumentado</p>	<p><u>Político:</u> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>

No momento estratégico, buscou-se analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo desenhado desenvolvendo os seguintes passos:

➤ **Oitavo passo. Análise de viabilidade do plano.**

Neste momento foi preciso identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para motivar o ator que controla os recursos críticos, como sintetizado no Quadro 5.

Quadro 5. Proposta de ações para a motivação dos atores.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle do recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<p>Saber mais/ Conscientizar a população para mudança nos hábitos e estilos de vida</p>	<p><u>Político:</u> conseguir o local, mobilização social. Inter setorial com a rede de ensino. <u>Financeiro:</u> para aquisição de recursos médio visuais, folhetos educativos, etc.</p>	<p>Setor de educação</p> <p>Secretaria de saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Não necessária é</p>
<p>Viver melhor/ Implantar um programa educativo para população. Agendar atividades com população.</p>	<p><u>Político:</u> articulação Inter setorial e mobilização social.</p>	<p>Secretaria de saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto educativo.</p>
<p>Mais saúde/ Discutir com a equipe e organizar o processo de trabalho. Estabelecer o sistema de cuidado para risco de HAS aumentado</p>	<p><u>Político:</u> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>	<p>Secretaria de saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Não necessária é</p>

➤ **Nono passo. Elaboração do plano operativo.**

Aqui foram designados os responsáveis por cada operação e definidos os prazos para a execução das operações, conforme apresentado no QUADRO 5.

Quadro 6. Plano operativo.

Operação/ Projeto	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saber mais/ Conscientizar a população para mudança nos hábitos e estilos de vida	População consciente e responsável. Adesão da população as mudanças proposta.	Programa educativo na população	Não é necessária	Enfermeira e técnico de enfermagem	Três meses para o início das atividades.
Viver melhor/ Implantar um programa educativo para população. Agendar atividades com população.	População mais informada sobre risco da HAS. População mais comprometida.	Programa educativo para população implantado. População informada.	Apresentar o projeto educativo.	Enfermeira e ACS	Início em seis meses e termino em doze meses. Avaliação aos dozes meses.
Mais saúde/ Discutir com a equipe e organizar o processo de trabalho. Estabelecer o sistema de cuidado para risco de HAS aumentado	Cobertura de 90% da população com risco de HAS aumentado. Equipe consciente e comprometida com a comunidade. Cooperação de todo equipe.	Sistema de cuidado para risco de HAS implantado. Protocolos implantados. Recursos humanos capacitados.	Não é necessária	Medica e coordenador de ABS	Início em três meses e termino em dozes meses.

➤ **Decimo passo. Gestão do plano**

A gestão de plano é muito importante. É o momento quando a equipe discute e define o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos, devendo garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre o planejadores e executores. Serão realizadas reuniões mensais e depois quinzenais para fazer o monitoramento e as adequações necessárias.

No Quadro 7 encontra-se o cronograma das diferentes ações que serão desenvolvidas com idosos, famílias, comunidades e com o Equipe de Saúde na UAPS.

Quadro 7: Cronograma de atividades propostas pelo plano de intervenção.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Atividades							
Criar grupos de Idosos	X	x					
Coleta de dados com o questionário			x	x			
Palestras com grupos de Idosos					x		
Palestras nas comunidades e famílias					x		
Entrega de materiais educativos a idosos					x		
Rodas com Grupos de Idosos					x		
Curso de Superação aos Profissionais da UAPS						x	
Apresentação e discussão desta investigação com Equipe de Saúde e comunidade.							X

Os recursos humanos para viabilização das ações são:

1. Médica da Equipe de Saúde
2. Gerente da UAPS
3. Agentes Comunitários de Saúde
4. Enfermeira da equipe
5. Auxiliar de Enfermagem
6. Secretária da UAPS
7. Líderes das micro áreas de atenção

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste projeto de intervenção com uma ação para melhoria do estilo de vida de idosos pertencentes a comunidade Brasília, em Piaçabuçu, o conhecimento de seus principais modo e estilo de vida, permitirá abordar esta temática como um todo após do desenvolvimento das atividades educativas como grupos e rodas de conversas para idosos e seus familiares, lograremos a motivação para as práticas de um estilo de vida saudável. O mais importante deve ser a continuidade do trabalho educativo de Atenção Primária em saúde para aumentar a aquisição de conhecimentos sobre a importância do papel da prevenção das doenças agudas e crônicas e a importância da divulgação de estilos de vida saudáveis na população. Nossa equipe de saúde visa os seguintes objetivos alcançar:

- Ter inserido 90% dos agentes representativos das comunidades eleitas.
- Ter inserido 90% dos gestores e trabalhadores de saúde, na construção da proposta.
- Ter minimizado em 90% o desconhecimento sobre a hipertensão arterial e sus complicações.
- Ter diminuído em um 20 % fatores de risco como o sedentarismo, as más praticas de alimentação, o tabaquismo e alcoolismo.
- Ter cobertura médica 80% da população com hábitos tóxicos e estilos de vida inadequados.
- Ter garantido exames previstos para 80% da população com hipertensão arterial.
- Ter garantido medicamentos a 90 % da população com hipertensão arterial.
- Ter reduzido em 80% a incidência da hipertensão arterial não controlada na população adulta.
- Ter contribuído com os órgãos e as políticas públicas de saúde e educação, do mu

REFERÊNCIAS

ABRASS I. **The Biology and Physiology of Aging**. West 2008; 153: 641-645.

ADLER, A. **El sentido de la vida**. 6. ed. Barcelona. España. La Miracle Editor; 2008.

ALFONSO C. R. **Gerontovida: Marcha, postura y equilibrio del anciano**. (Acesso em 11 de junio de 2014). Disponível em: <http://www.saludparalavida.sld.cu/modules>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

CALDAS, T.O **Envelhecimento nas diferentes regiões do brasil: Uma Discussão a Partir do Censo Demográfico de 2010**.Pag. 2-8. Brasil 2013.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/ UFMG, Coopmed, 2010.

DE LA SERNA, I. **Exploración en psicogeriatría**. Manual de Psicogeriatría Clínica. Barcelona. Masson S.A. España. 2010.

FIGUEREDO Ferrer, et al. Caracterización del adulto mayor en la comunidad. **Rev. Cubana Enfermería**. v.19, n. 3, 2013 Cuba (Acesso em 4 de junho de 2014); disponible em: <http://scielo.sld.cu>

HUENCHUÁN, S. **Diferencias social en la vejez**. Aproximaciones conceptuales y teóricas. Perspectivas. Notas sobre intervención y trabajo social; 12: 13-22.Mexico 2003

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE [Cidades@.brasilia\[online2014](http://www.cidades.ibge.gov.br).Disponível em: [HTTP://www.cidades.ibge.gov.br](http://www.cidades.ibge.gov.br)

JACOBY, E. ; BULL,F. Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. **Rev. Panamericana de Salud Pública**. v.14, n.4, p. 223-225, 2003

LOUGHLIN, L. N. C. **La vejez, un aporte fenomenológico-existencial**. (Acesso em 8 de Junio 2014). Disponível em: <http://www.psicomundo.com>

