

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES IDOSOS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO SENHORA DE
OLIVEIRA**

POLO UBÁ / MG

2016

MARCIA LILIA GOZÁLEZ RODRÍGUEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES IDOSOS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO SENHORA DE
OLIVEIRA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao “Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista”.

Orientadora: Profª Edinalva Neves Nascimento

POLO UBÁ / MG

2016

DEDICATÓRIA

A minha mãe, pai, e irmãos que tanto estranho esposo Hector, netinha Darianne, e meus filhos Hector Hamed e Hector Manuel, que são a força para seguir pra frente, que me incentivam cada dia com muito otimismo e perseverança para continuar neste Programa Mais Médicos. Os amos.

A todos os integrantes da equipe de saúde que foram os que desenvolveram este trabalho em cada área de abrangência, especialmente, Agentes de Saúde.

A Emilene - Secretária Municipal de Saúde - e Maurício Alves, Coordenador da ESF, que tenho certeza este TCC vai ajudar muito como ferramenta para melhorar a saúde deste município.

A Dr. Renato Almeida, por sua ajuda incondicional durante este período de estudos.

As minhas Professoras Márcia Mizaél Camargo Rocha e Edinalva Neves, por suas preocupações, recomendações, ensinamentos e paciência em todo momento e ajuda.

A Margarida Nogueira, Antônio e filhos que são as pessoas que tenho maior afinidade e amizade neste povo. Obrigada amigos.

A dona Maria Do Carmo (Carminha) (in memoriam), que está me acompanhando sempre por bom caminho, e que lembro dia a dia. Sensível e súbita perda.

Finalmente, a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

. O ser humano passa a primeira metade da sua vida arruinando a saúde e a outra metade tentando restabelecê-la.

Joseph Leonard

RESUMO

Dados oferecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) indicam que há perto de 600 milhões de hipertensos no mundo. A doença atinge, em média, 25% da população brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade. Vários fatores de risco contribuem para o aumento da prevalência da hipertensão arterial em idosos; tais como: sedentarismo, ingestão excessiva de sal, alcoolismo, tabagismo e obesidade entre outros.

Realiza-se um estudo descritivo prospectivo com o objetivo de elaborar um projeto de intervenção educativa que permita modificação dos hábitos e estilos de vida e controle da Hipertensão Arterial em pacientes idosos. O trabalho foi desenvolvido na Estratégia de Saúde da família da UBS Edgar Alfenas, localizada Município Senhora de Oliveira, do Estado Minas Gerais – (MG). A população atendida pela nossa equipe é de 3176 pessoas, das quais 654 pacientes tem Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) e dessas 528 são idosos. A metodologia utilizada foi a revisão narrativa constituindo a seleção e análise de literaturas com a interpretação crítica pessoal de cada autor. As principais propostas apresentadas foram fomentar conhecimentos acerca da Hipertensão Arterial e fatores de risco, adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis pelos idosos hipertensos, e organizar agendas para o atendimento dos idosos hipertensos com fatores de risco, assim como aumentar as atividades de promoção e prevenção em saúde.

Palavras Chaves: Idosos; hipertensão arterial; intervenção educativa.

ABSTRACT

Data provided by the World Health Organization (WHO, 2014) indicate that there are nearly 600 million world wide hypertensive. The disease affects on average 25% of the population, reaching over 50% in the elderly. Several risk factors contribute to the increased prevalence of hypertension in the elderly; such as sedentary lifestyle, excessive intake of salt, alcohol, smoking and obesity among others.

Performs a prospective descriptive study in order to develop a educational intervention project to enable modification of habits and lifestyles and control of arterial hypertension in elderly patients. The work was developed in the Health Strategy of UBS Edgar Alfnas family, located Municipality Senhora de Oliveira, of the Minas Gerais - (MG). The population served by our staff is 3176 people, of which 654 patients have systemic arterial hypertension (SAH) and 528 of these are elderly. The methodology used was the narrative review constituting the selection and review of literature with personal criticism of each author interpretation. The main proposals were to foster knowledge of the Hypertension and risk factors, adoption of healthy habits and lifestyles for elderly hypertensive patients, and organize agendas for the care of elderly hypertensive patients with risk factors as well as increased promotion activities and preventive health.

Keywords : Elderly; arterial hypertension; educational intervention

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BR	Rodovia Federal Radial do Brasil
DER	Departamento de Estradas de Rodagem
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças cardiovasculares
Dra	Doutora
EBS	Equipe Básico de Saúde
ECG	Electrocardiograma
ESF	Equipe de Saúde da família
FR	Fator de Risco
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Artéria Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC	Índice de Massa Corporal
MG	Minas Gerais
mmHg	Milímetro de mercúrio
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAA	Pressão Arterial Alta
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
Prof^a	Professora
PSF	Programa de Saúde da Família

SAAE	Serviço Autônomo de Água e Esgoto
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgências
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de conclusão de curso
UBS	Unidade Básica de saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Identificação do município Senhora de Oliveira.....	12
1.2 Aspectos culturais e de Lazer.....	12
2. JUSTIFICATIVA.....	13
3. OBJETIVOS.....	15
4. METODOLOGIA.....	16
5. DESENVOLVIMENTO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
6. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SENHORA DE OLIVEIRA	23
7. PLANO DE AÇÃO.....	30
7.1 Identificação dos problemas na UBS no Senhora de Oliveira.....	30
7.2 Priorização dos problemas.....	31
7.3 Explicações dos problemas.....	31
7.4 Desenhos das operações.....	32
7.5 Identificação dos recursos críticos.....	33
7.6 Análise de viabilidade do plano.....	34
7.7 Elaboração do plano operativo.....	36
7.8 Gestão no Plano.....	37
8. CONCLUSÃO.....	39
9. REFERÊNCIAS.....	40

1. INTRODUÇÃO

O Brasil é praticamente um país com a quinta maior população e extensão territorial do mundo todo. Além disso, encontra-se entre os mais desenvolvidos com muitos projetos sociais entre os quais a saúde de seus habitantes é uma das primeiras prioridades de atendimento do governo. Todos os cidadãos brasileiros têm direito acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) gratuitamente. As várias Unidades Básicas distribuídas por divisões regionais em cada município estão compostas por equipes de saúde multidisciplinar, medicamentos para tratar doenças crônicas, serviços de transporte sanitário para casos de menor gravidade. Serviço de Atendimento Médico de Urgências (SAMU) para situações de emergências e urgências de maior prioridade. Ainda, pode-se contar com a atenção secundária através de atendimento em hospitais locais, facilidade de exames complementar para diagnósticos. (DF, 2013.2014) Embora, exista certa dificuldade e demora em os exames mais especializados.

A Organização Panamericana da saúde (OPAS) busca 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 quanto a patologia, fatores de risco e os impactos causados pela HAS, bem como as implicações que seu controle e prevenção representam para a saúde pública. (WESCHENFELDER, 2010)

A população brasileira, como também a população de países desenvolvidos ou em via de desenvolvimento conta com um aumento do número de pessoas idosas. É de se considerar que estas pessoas estão mais propensas as doenças crônicas relacionadas aos estilos de vida sedentários, máis hábitos alimentares, estresse, tabagismo, obesidade, colesterol ruim, e este município onde estou trabalhando como parte do Programa Mais Médico por suposto que constitui também motivos de consulta, de acamamentos por sequelas, de mortalidade e letalidade dentro das primeiras causas de afetação da saúde dos moradores oliveirenses.

Por fazer parte do Programa Mais Médico e por vivenciar os problemas da comunidade através dos atendimentos no Programa Saúde da Família de Senhora de Oliveira. Acredito que se pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida da comunidade. Existe grande motivação para junto da equipe de saúde, realizar uma intervenção e acompanhamento dos usuários idosos cadastrados com diagnóstico de hipertensão arterial. Pretende-se notificar as autoridades locais a respeito da situação em que se encontram estes usuários e desenvolver trabalhos para orientar e educá-los para tentar modificar no futuro mediato os indicadores de

saúde para maior satisfação da população e qualidade de vida dos idosos em Senhora de Oliveira.

1.1 Identificações do município Senhora de Oliveira

Senhora de Oliveira é uma cidade de uma população estimada de 5675 habitantes, inserida na mesorregião da Zona da Mata, fazendo parte da microrregião de Viçosa, segundo classificação do IBGE.

As principais vias de ligação rodoviária são as BR-040 e BR-482, tendo como distâncias da sede aos principais centros urbanos 75 km de Conselheiro Lafaiete, 180 km de Belo Horizonte (capital do estado), 425 km do Rio de Janeiro, 675 de São Paulo e 910 km de Brasília (fonte DER/MG).

A cidade vive basicamente da agricultura, prevalecendo o plantio de cana-de-açúcar, café e eucalipto.

Em relação à migração populacional, suas causas são:

Falta de trabalho contínuo com garantias: carteira de trabalho assinada;

Influências de outros que migram para os grandes centros;

Dificuldade de ingressar no mercado de trabalho após a conclusão do período estudantil;

Ausência de indústrias, agroindústrias e empresas instaladas no município;

Êxodo rural por falta de uma política direcionada ao campo.

1.2 Aspectos culturais e de Lazer

Em relação aos aspectos culturais e de lazer, a cidade tem uma Exposição Agropecuária, Festa de Aniversário da cidade, além do Carnaval, Encontro de Bandas de Congo, Festa do Rosário, Banda de música “Sociedade Musical Nossa Senhora da Conceição”, Festa da Padroeira Nossa Senhora da Oliveira e Biblioteca Pública Municipal “Amélia Coimbra”.

1. JUSTIFICATIVA

A HAS é um dos problemas de saúde pública mais importante no mundo, já que é um importante fator de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio. A prevalência da HAS aumenta com a idade (cerca de 60 a 70% da população acima de 70 anos é hipertensa. (PEDROSA, R. P.; DRAGER, L, 2010). A doença atinge, em média, 25% da população brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade e, surpreendentemente, a 5% dos 70 milhões de crianças e adolescentes no Brasil, segundo dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão. (BRASIL, 2011).

Um diagnóstico de situação de saúde de uma população é o conhecimento aproximado dos problemas diversos apresentados num determinado, a partir da identificação e interpretação, análise e avaliação dos fatores predisponentes e das perspectivas da comunidade. A importância de se fazer o diagnóstico está na oportunidade de identificar os diferentes problemas da população para planejar ações, atividades, objetivos, metas, tarefa e distribuição de recursos que são elementos indispensáveis sua elaboração e execução. (BRASIL, 2011)

Na Estratégia de Saúde da família da UBS Edgar Alfenas, localizada Município Senhora de Oliveira, do Estado Minas Gerais – (MG). Tem uma população atendida de 3176 pessoas, das quais 654 pacientes apresentam Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) e dessas 528 são idosas

De acordo com o diagnóstico situacional da área de abrangência desta equipe, identificou-se como problema prioritário para enfrentamento, o Alto índice de pacientes com DCNT com predomínio da Hipertensão arterial em pessoas idosas, agravada ou desencadeada por hábitos e estilos de vida inadequados, stress, consumo excessivo de álcool, o baixo nível socioeconômico da população, pouco nível de informação sobre a doença e seus riscos, e dificuldades com a estrutura de serviços de saúde o que dificulta o planejamento e programação das ações para acompanhamento.

Considerando que muitos hipertensos que aí moram não têm sua Pressão arterial (PA) controlada, motiva a realização de um projeto de intervenção para tentar resolver/minimizar o problema.

Pergunta Condutora

Como as ações de intervenção educativa na Atenção Básica podem oferecer informações sobre a Hipertensão Arterial para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa?

O objetivo deste trabalho é realizar ação educativa com hipertensos com a finalidade de diminuir as complicações, repensar a comunicação desenvolvida entre o profissional e o paciente, reorganizar com foco no modelo assistencial, pautado no fortalecimento da atenção à saúde, com ênfase na integralidade da assistência.

Este trabalho trata da efetividade da intervenção educativa em pacientes idosos hipertensos e à adoção de hábitos de vida saudáveis mediante a educação em saúde na área de abrangência da EFS "Edgard Alfena, Município Senhora de Oliveira- MG".

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Elaborar um projeto intervenção educativa para estimular modificações dos hábitos e estilos da vida, e a repercussão disto no controle da Hipertensão arterial em pacientes idosos da Estratégias de Saúde da Família no Senhora de Oliveira- MG

2.2 Objetivos Específicos

- Capacitar os profissionais de saúde da EFS sobre os riscos da HAS e discutir os casos da área de abrangência.
- Realizar reunião de grupo através dos círculos de cultura, trabalhando as causas, complicações e importância de mudança de hábitos e estilo de vida para o controle da hipertensão arterial em pacientes idosos.
- Distribuir panfletos, escritos, revistas com informações sobre bons hábitos saudáveis e quais são essas ações educativas;
- Organizar visitas domiciliares para acompanhamento das famílias dando ênfase ao pacientes;
- Estimular a criação de programas comunitários com a finalidade de promover a saúde e novos estilos de vida.

3. METODOLOGIA

As ações educativas são imprescindíveis para uma melhor sistematização do estudo realizado. Para isso será necessário seguir etapas cruciais para um bom êxito nos resultados. “Este projeto terá como principal objetivo a intervenção educativa nas famílias e nos pacientes idosos com hipertensão arterial que fazem parte da EFS ‘Senhora de Oliveira-MG’”, onde se analisarão quais medidas poderiam ser tomadas para minimizar a situação apresentada, mediante uma estratégia de intervenção no período compreendido entre junho / dezembro do atual ano, 2015. Em seguida pretende-se elaborar um Plano de Ação personalizado para esta população.

O universo de estudo foi constituído por 654 pessoas acometidas pela HAS, que representa 20,5 % da população local, sendo que dessa quantidade 528 (16,6%) são idosos. A mostra escolhida para o trabalho é de 258 pacientes que tenham disponibilidade de participar do estudo, excluindo 270 pacientes com determinadas características: acamados, com doenças psiquiátricas, impossibilitados de participar e residentes fora da área.

A equipe envolvida para as ações fundamentais inclui o médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e os 09 ACS. Para a elaboração da proposta do plano da ação para o acompanhamento nas ações de saúde que estimulem a modificação dos hábitos e estilos de vida, assim como o controle da hipertensão arterial dos pacientes idosos de nossa equipe de saúde, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literaturas e elaboração de plano e intervenção. Primeiramente foi executado o diagnóstico situacional com a colaboração da equipe de PSF.

Para a segunda etapa opto-se por uma revisão narrativa, que proporcionara um melhor embasamento para a proposta de intervenção. Este tipo de revisão é recomendado em trabalhos de conclusão de cursos devido a suas características de menor complexidade e pelo tempo disponível para conclusão da publicação. Também está indicado para a proposição de projetos de intervenção, baseados em revisão bibliográfica, sem produção de dados primários, o que libera a submissão a comitê de ética de pesquisa e estabelece relação direta com processo de trabalho do autor e sua equipe (CORREA,E.J.;VASCONCELOS,M.;SOUZA,M.S.L,2013).

O estudo se caracteriza por buscas em fontes primárias de bases de dados bibliográficas eletrônicas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de MEDLINE, LILACS, SCIELO, Pudmed através de descritores das ciências da saúde BIREMED – OPS em idioma

português, espanhol e inglês. Foram selecionados artigos científicos entre os anos 2006 e 2014, que consideramos aportar conceitos, características e comportamentos atuais sobre o diagnóstico e afetação das doenças e fatores de risco cardiovascular (BRASIL, 2014). Não foram consideradas da análise as publicações sem correlação com tema proposto ou que não eram passíveis de obtenção na íntegra (critérios de exclusão).

Para a busca na literatura foram utilizados os uni termos: Hipertensão arterial, Programa Saúde da família, Atenção a Idosos.

Com a aplicação da metodologia do Planejamento Estratégico em Saúde foi conformada uma proposta de intervenção (CAMPOS, F.C.C. FARIA H.P. SANTOS, MA.,2010.)

Os elementos fundamentais a considerar para elaboração da proposta de intervenção são:

- Definição do problema.
- Priorização do problema.
- Descrição do problema.
- Definição do no crítico.
- Desenho das operações.
- Identificação dos problemas críticos.
- Análise da viabilidade do plano.
- Elaboração do plano Operativo.
- Gestão do plano.

4. DESENVOLVIMENTO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Conceitualização das Doenças Crônicas Não transmissíveis

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas e são caracterizadas por início gradual de prognóstico usualmente incerto com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções prioritárias, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013).

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Considerada ao mesmo tempo, uma doença e um fator de risco, a HAS representa um dos maiores desafios em saúde pública, particularmente pela complexidade dos recursos necessários para seu controle como doença. Tem uma alta prevalência (15 – 20 %) e uma incidência que praticamente permanece estável que é variável nas diferentes regiões do mundo todo. A metade das pessoas que sofrem de HAS desconhece a situação.

Além dos avanços terapêuticos, o controle ótimo se alcança na metade desses pacientes. Portanto, é um problema de saúde de grande magnitude. Sua causa principal é desconhecida na maioria das vezes (HAS essencial ou primária). Na atualidade, a doença tem acometido pessoas com idades. As principais afetações acontecem no cérebro, coração, rins, trombozes periféricas e retinopatias, afetando todo o corpo, e em geral representa os principais fatores de risco de doenças cardiovasculares que constituem as primeiras causas de morte em países desenvolvidos e muitos em vias de desenvolvimento.

Por consenso, define-se HAS no adulto, a presença de pressão arterial sistólica (PAS) acima de 140 mm Hg, e/ou pressão arterial diastólica (PAD) acima de 90 mm Hg, mas para alguns autores as medidas consideradas para “Pressão Arterial Alta (PAA) é entre 130 e 140 de PAS e 85 a 90 de PAD (SBH, 2010).

A pessoa idosa precisa de ajuda em muitas ocasiões para seu desenvolvimento na sociedade, sendo por isto que a equipe de saúde da família tem que educar a família e identificar os problemas que estão enfrentando para, assim, atuar adequadamente com ações que assegurem o bem estar deles. É importante desenvolver ações educativas relativas à

doença do paciente, envolvendo a participação da família na obtenção das informações e na educação do paciente, ajudando-lhes a compreender o cuidado da pessoa idosa.

A hipertensão arterial é um dos maiores problemas de saúde na atualidade. Ela atinge aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, com consequente acidente cérebro vascular (80% dos casos causados pela HAS), sendo responsável por 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). É uma doença crônica que apresenta elevada prevalência e tem origem multifatorial, com sério risco para aparição de doenças cardiovasculares (DCV).

Com o aumento da população idosa, ocorre o favorecimento do maior número de doenças crônicas, entre elas, a hipertensão arterial, que tem alta prevalência nesta faixa etária, fazendo-se necessário um maior conhecimento e a realização de capacitação dos profissionais da saúde para diagnóstico e tratamento adequados, para sugerir mudanças do estilo de vida do paciente, para boa adesão ao uso de medicamentos; com pessoal capacitado também acontecerá adoção de medidas de prevenção das complicações próprias da doença para redução de morbimortalidade cardiovascular, ajudando a manter ou melhorar a qualidade de vida, além da independência funcional. Muitas alterações fisiológicas do envelhecimento acontecem no coração, levando a alguns distúrbios cardiovasculares, os quais são uma das principais doenças que acometem os pacientes idosos (BRASIL, 2013).

Com o aumento da expectativa de vida no mundo, há também um aumento de determinadas doenças, principalmente as DCV. O Brasil acompanha esta tendência mundial, onde as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a causa de 72% das mortes e 75% dos gastos com atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (2008), citado por REGO (2011), com a elevação na expectativa de vida, aumenta as demandas nos setores de serviços de saúde especializados, que ainda têm déficit para responder as necessidades da população. Dados mais recentes da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2013) relatam que a HAS é a doença que mata mais de 300 mil brasileiros por ano, com 820 mortes por dia, 30 por hora ou uma a cada 2 minutos. As DCV são responsáveis pela grande maioria de óbitos no Brasil, sendo a HA a principal causa entre elas. A hipertensão atinge 30% da população adulta e mais de 50% da população idosa, o que mostra uma redução de 2008 até os dias atuais. Ela é responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vascular cerebral e 25% dos casos de insuficiência renal terminal.

As DCNT são caracterizadas por uma etiologia múltipla, com causas claramente definidas, sendo possível determinar fatores de riscos como idade, raça, tabagismo e obesidade, e categorias fisiológicas. Segundo Ferreira Filho (2011), a expectativa de vida de uma pessoa com hipertensão é 40% menor que a de uma pessoa sadia, devido o coração precisar se esforçar mais para bombear o sangue, quando o coração do idoso hipertenso fica mais vulnerável a desenvolver insuficiência cardíaca, ocasionado pelo aumento dessa pressão, e os vasos desgastam-se podendo se romper e causar o acidente vascular encefálico.

As intervenções não farmacológicas têm sido importantes, sendo viabilizadas pelo baixo custo, pelo risco mínimo do doente e pela eficácia na diminuição da PA. Entre elas estão: a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física.

A população idosa é crescente, os problemas de saúde, como a hipertensão, são passíveis de medidas de controle e prevenção que estão relacionadas a ações desenvolvidas por outros setores, de modo a evitar, via políticas de prevenção e promoção, que não se direcionem, apenas, às medidas de assistência. São atividades de promoção e proteção, atividade física, alimentação saudável, redes de convívio social e de apoio que devem ser sistematizadas e amplamente oferecidas.

O controle da hipertensão é feito por meio de tratamento medicamentoso contínuo, assim como por mudanças no estilo de vida (como prática de atividade física, alimentação saudável, entre outros) exigindo de seus portadores controle durante toda a vida, o que dificulta a adesão ao tratamento, ocasionando um sério problema de saúde pública (TAVEIRA; PIERIN, 2007). Deste modo, a intervenção não farmacológica está voltada ao controle dos fatores de risco e às modificações no estilo de vida, visando prevenir ou diminuir a evolução da HA, devendo ser uma prioridade no trabalho diário (FERREIRA, 2011).

Entende-se por adesão ao tratamento da hipertensão arterial, como o grau de coincidência entre o comportamento do indivíduo e a prescrição do profissional de saúde, a qual abrange a terapia medicamentosa e os cuidados que envolvem o estilo de vida, sendo a adesão um processo comportamental complexo influenciado por vários fatores como: meio ambiente, pelo sistema de saúde e pelos cuidados de assistência à saúde (KUSUMOTO et al., 2008).

Além da importância do conhecimento sobre a hipertensão arterial pelos pacientes, é de suma urgência a capacitação de todos os profissionais da saúde, envolvendo-se nas

orientações voltadas para o controle da doença. O tratamento exige apoio de outros profissionais da área, além do médico, como os profissionais do NASF: Psicólogos, Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, etc. para traçarem as metas que exigem abordagens diferenciadas. Dessa forma, os idosos se ajustam melhor frente às limitações decorrentes da doença e dos tratamentos, principalmente no aspecto emocional, o que possibilita equilibrar a diferença entre adultos e idosos nesse aspecto (BRASIL, 2013).

Para controlar a PA é necessária a relação entre os hábitos de vida saudável do indivíduo, o tratamento medicamentoso e a conscientização a respeito da doença e das comorbidades relacionadas. Assim, a melhor qualidade de vida nos indivíduos controlados pode estar relacionada à postura deles diante da doença e seus cuidados tomados para o controle da Pressão Arterial.

O tratamento não farmacológico da hipertensão arterial no idoso é realizado por meio de mudanças no estilo de vida. Essas mudanças podem prevenir ou retardar a instalação de hipertensão em idosos pré-hipertensos e reduzir níveis pressóricos elevados em idosos hipertensos. Entre tanto, mudanças do comportamento habitual adquirido ao longo da vida não são facilmente realizadas, pois exigem disciplina e paciência para obter resultados.

Além disso, é necessário que o idoso receba orientação e conscientização da importância do controle desses fatores para que se motive a executar tais mudanças comportamentais. A prática de atividade física e a mudança de hábitos nutricionais são as principais modificações no estilo de vida do paciente. O paciente deve fazer atividade física de fácil realização, com exercícios de curta duração e baixa intensidade, a fim de desenvolver resistência, flexibilidade articular e força muscular, evitando lesões, e deve ser fracionada durante todo o dia, com aumento gradativo do tempo e da intensidade do exercício. Os hábitos nutricionais devem visar à redução de sódio e o controle do peso. Mesmo sendo poucos os estudos realizados com tempo longo de evolução ou em população específica de idosos, para que se possa aferir o verdadeiro impacto de tais medidas em grandes comunidades (GRAVINA, et al., 2007), há algumas evidências da importância dessas medidas, que serão discutidas a seguir.

Realizar atividade física regular tem o objetivo de promover resultados desejáveis e contribuir para prevenção dos efeitos negativos do envelhecimento sobre a capacidade funcional e a saúde do idoso, favorecendo o seu bem-estar (SOUZA, 2013).

Os fatores de risco, em sua maioria, estão relacionados ao estilo de vida, como o nível de atividade física e alimentação. As pessoas sedentárias apresentam o dobro de risco para o desenvolvimento de determinadas doenças, comparadas a pessoas ativas, com a alimentação saudável e o nível de atividade física adequado. Porém não são apenas esses fatores de risco, pois a manutenção dos níveis pressóricos também estão relacionadas a fatores genéticos (FERREIRA e t al., 2009).

As atividades educativas com estratégias de participação são relevantes para o idoso, levando ao conhecimento de determinados assuntos, e esclarecendo dúvidas, além de partilhar experiências. Dessa forma promove uma maior compreensão sobre a importância do Programa Hipertensão e suas propostas na prevenção de agravos relacionados à HAS.

Estima-se que somente 1/3 dos pacientes que são acompanhados nas Unidades de saúde tem a pressão arterial mantida em níveis desejáveis. A educação em saúde é uma estratégia importante no sucesso do tratamento tanto medicamentoso, como não medicamentoso dos hipertensos (SBH, 2010; OLIVEIRA et al, 2013; MOURA, NOGUEIRA, 2013).

Propiciar conhecimentos aos portadores de hipertensão arterial é uma estratégia que contribui de forma significativa para melhoria nas condições de saúde, pois deve facilitar a adaptação voluntária de comportamento e o envolvimento de forma ampla, onde deve ser considerado os aspectos individuais e coletivos (CHAVES et al, 2006; FAVA et al, 2010).

A educação em Saúde tem como objetivo orientar o hipertenso para o autocuidado, na perspectiva de diminuir as taxas; melhorar a comunicação entre o profissional e o paciente; reorganizar o modelo assistencial, com ênfase na integralidade da assistência, no tratamento do indivíduo como parte integrada à família, ao domicílio e comunidade. A integralidade da assistência ao idoso implica que a equipe de saúde da família conheça a sua população, para planejar e implementar ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de agravos e reabilitação (GIBAUT, 2013).

Fator de Risco (FR)

Quando falamos de risco, na verdade, estamos elegendo uma característica que tem a capacidade de elevar a probabilidade de algum evento de doença/morte venha acontecer. A ideia de probabilidade contida no conceito de risco facilita a identificação de outro termo muito utilizado na saúde pública que é o de “grupos de risco”. Estes são um conjunto de

indivíduos que possuem uma ou mais características em comum (fatores de risco) que os tornam mais propensos a desenvolver determinada morbidade.

6. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO MUNICÍPIO DE SENHORA DE OLIVEIRA MG

O Diagnóstico da Situação de Saúde é uma ferramenta que permite a visualização dos problemas de saúde da população e da utilização dos serviços de saúde. Podem ser elaborado a partir de indicadores demográficos, sociais, econômicos, epidemiológicos, e serviços assistências, a partir da análise das bases de dados. Em resumo, representa um instrumento científico- metodológico de grande utilidade para identificar, priorizar e solucionar problemas de saúde da comunidade.

A estratégia de saúde familiar faz acessível o serviço de atendimento ao nível primário, com prioridade pela educação sanitária, prevenção de doenças e promoção da saúde, garantindo a participação da população. Além disso, pode-se conhecer a situação concreta do processo saúde/doença e como fenômeno de grupo desta comunidade com relação a fatores e condições de risco, e os danos na saúde já estabelecidos (mobilidade e mortalidade).

Um diagnóstico de situação de saúde é o conhecimento aproximado dos problemas diversos objetivos de uma população, a partir da identificação e interpretação dos fatores e atores que determinam sua situação, análise de suas perspectivas e avaliação dos mesmos.

O propósito do Diagnóstico Situacional é identificar os problemas detectados em condições de prevalência, incidência, mortalidade, letalidade ou porcentagens de problemas de saúde, de acordo com as variáveis de população, espaço e tempo, sua transcendência de encontro com o impacto social ou econômico, vulnerabilidade (recursos disponíveis para prevenir, controlar ou erradicar os problemas de imunização, tratamentos, diagnostico, etc.) entre outros muitos objetivos.

A importância dos resultados serem obtidos por esta metodologia está baseada na oportunidade de identificar e gerenciar os diferentes problemas da população para planejar linhas de ação, atividades, objetivos, metas, tarefa e distribuição de recursos que são elementos indispensáveis para uma elaboração e execução mais efetiva (BRASIL, 2011).

A distribuição da população da Senhora de Oliveira, por faixa etária e sexo está representada na tabela 1 gráfico 1 de acordo com dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Para estes dados gerais, existe um pouco mais de pessoas femininas, predominando principalmente em las idades de 20 a 39 e maiores de 60 anos.o que fala de uma população adulta e com tendência ao envelhecimento

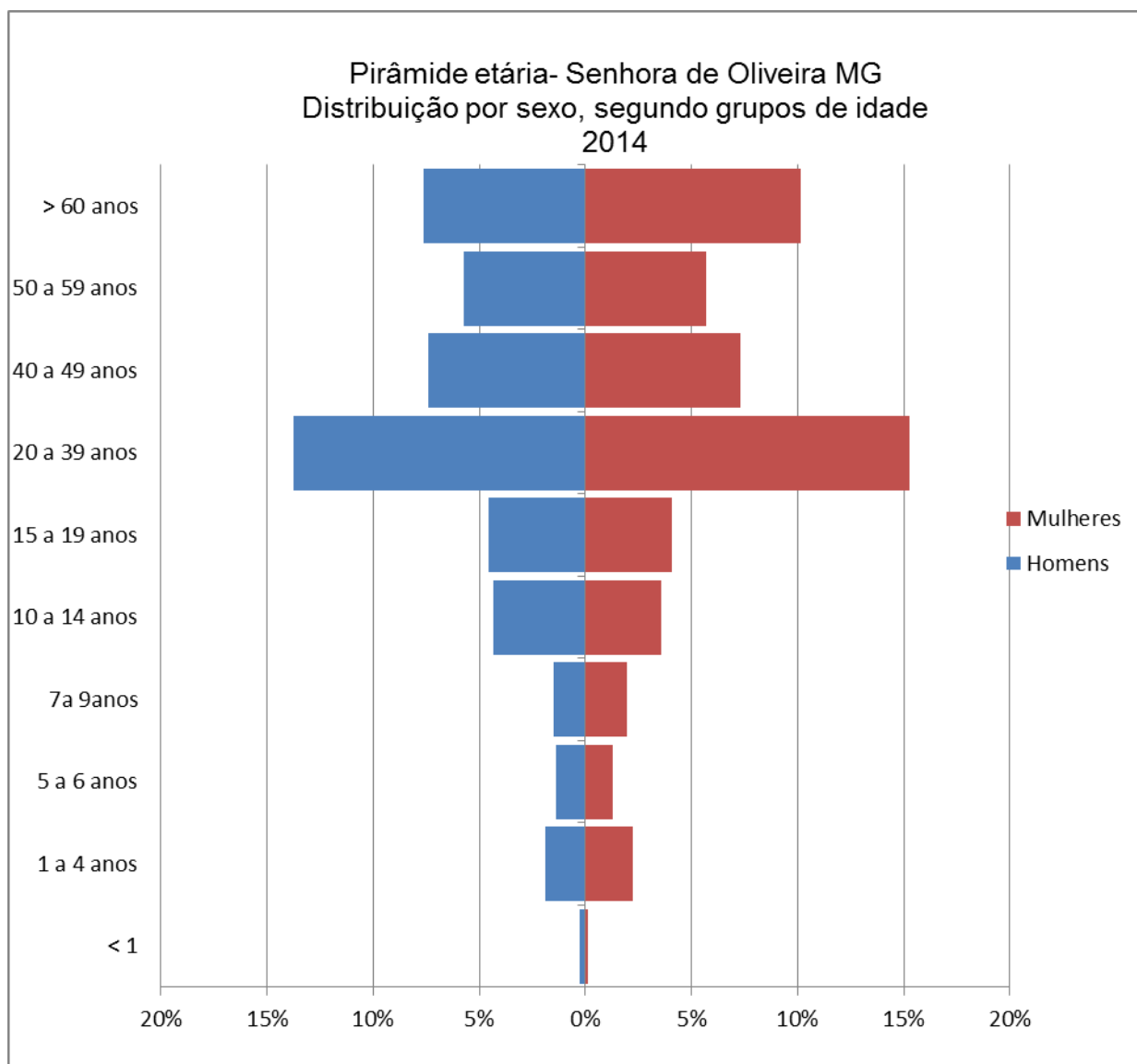
Tabela 1: Distribuição da população por faixa etária no município de Senhora de Oliveira

Tabela 1 – População segundo faixa etária e sexo na área de abrangência

Faixa Etaria	Homens	%	Mulheres	%	Total
< 1	9	0	3	0	12
1 a 4 anos	60	2	71	2	131
5 a 6 anos	44	1	40	1	84
7 a 9anos	47	1	62	2	109
10 a 14 anos	137	4	113	4	250
15 a 19 anos	145	5	129	4	274
20 a 39 anos	437	14	484	15	921
40 a 49 anos	235	7	231	7	466
50 a 59 anos	182	6	180	6	362
> 60 anos	242	8	322	10	564
Total	1578	50	1635	52	3173

Fonte SIAB 2014

Gráfico 1. Pirâmide etária – Senhora de Oliveira- MG. Distribuição por sexo, segundo grupos de idades – 2014.



Fonte: SIAB 2014, UBS.

Longevidade, mortalidade e fecundidade

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 33,7 por mil nascidos vivos, em 2000, para 18,5 por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 48,4. Já na UF, a taxa era de 15,1, em 2010, de 27,8, em 2000 e 35,4, em 1991. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 por mil nascidos vivos para 16,7 por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 por mil nascidos vivos. Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de

Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

Tabela 2

Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Senhora de Oliveira - MG

	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	62,1	68,4	73,0
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	48,4	33,7	18,5
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	63,1	36,9	21,6
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	3,0	2,8	1,7

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 4,6 anos na última década, passando de 68,4 anos, em 2000, para 73,0 anos, em 2010. Em 1991, era de 62,1 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991.

Aspectos Ambientais

A estrutura de Saneamento Básico no município é bastante satisfatória, contando com um centro de tratamento de água de abastecimento (SAAE), o qual cobre toda zona urbana e algumas comunidades da zona rural 1009 famílias (99,2%), além da Usina de Com postagem e Reciclagem de lixo.

O lixo é separado em lixo úmido, lixo seco e lixo de banheiro com datas e horários pré-determinados para coleta, favorecendo 1250 famílias (96,6%); assim como 98,7 % de famílias desfrutam de instalações de rede geral de esgoto. (SIAB. 2014)

Unidade de Saúde

Na área da saúde, o município apresenta uma UBS na sede e dois Postos de Saúde instalados na zona rural (Comunidade de Prudentes e Santana da Vargem). A referência para consultas e exames de média e alta complexidade são as cidades de Conselheiro Lafaiete, Barbacena e Belo Horizonte.

A Unidade Básica de Senhora de Oliveira, localizada na sede, foi reformada e adequada para funcionamento dos serviços de saúde de acordo com as condições exigidas pela vigilância sanitária, em meados de outubro de 2007, sendo reinaugurado como centro

municipal de saúde “Edgard Alfenas”. O mesmo é de propriedade da rede pública, mantido pela Prefeitura Municipal de Senhora de Oliveira.

Os serviços prestados à população funcionam 24 horas com atendimento exclusivamente ambulatorial, consultas de urgência e com observação, consultas médicas, odontológicas, de enfermagem, nutricionista, oftalmologista, psicólogo, terapia ocupacional, fisioterapia, exames laboratoriais, vacinação, farmácia básica, sistema de referência de acordo com a Programação Pactuada e Integrada, tratamento fora de domicílio, serviços de ambulância. Também conta com novo programa na atenção primária da saúde Mais Médicos, que presta seus serviços a na população urbana da cidade.

População Beneficiada:

- População Total: 5671 hab (IBGE, 2010)
- População Total cadastrada no SIAB: 5564 hab
- População Urbana cadastrada: 3173 hab
- População Rural cadastrada: 2388 hab
- Cobertura PSF médicos e enfermeiros: 100 %
- Cobertura PSF Saúde Bucal: 98,33%
- Famílias cadastradas: 1293

O modelo da ESF busca favorecer a aproximação da unidade de saúde com as famílias; promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da corresponsabilização da atenção, da capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local.

Tem como diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, a coordenação e longitudinalidade do cuidado das famílias e das pessoas sob sua responsabilidade.

Na tabela 3 mostramos morbidade segundo área de abrangência da ESF, predominando os usuários de hipertensão arterial e diabetes mellitus com 654 (20,61%) e 116 (3,66 %).

No trabalho realizado em janeiro 2013 do Perfil epidemiológico de hipertensos de fatores de risco em um município do Rio Grande do Sul, a prevalência foi de 20.9 %

(GOMES, 2013). Outra bibliografia revisada: 35 % da população hipertensa na região do Morro das Pedras, especificamente a área adstrita do Centro de Saúde Vila Leonina, oeste de Belo Horizontes (CESAR, 2014).

Estudos em anos anteriores (2008 -2009) mostravam que a HAS no Brasil encontrou uma prevalência entre 22.3 % e 43.9 % (media de 32.5 %) com maior afetação de doentes também em pessoas idosas. (Cesarino CB, 2008) (ROSÁRIO, 2009).

Tabela 3 - Morbidade segundo a área de abrangência da ESF

Condição	Quantidade	%
Alcoolismo	24	0,76
Doença de Chagas	01	0,03
Deficiência	58	1,83
Diabetes	116	3,66
Epilepsia	21	0,66
Hipertensão Arterial	654	20,61
Hanseníase	00	0,0
Tuberculose	01	0,03

Fonte: SIAB 2014

As tabelas 4 e 5 apresentam os atendimentos em consultas segundo faixa etária aos programas pela equipe de saúde, ao analisar as DCNT, na HAS tem uma maior quantidade de consultas feitas. E nas pessoas com idades entre 15 a 59 e acima dos 60 anos

Em estudo estatístico do Ministério de Saúde (2008), a prevalência de hipertensos no Brasil está em 30,8 %. Outros artigos internacionais considerando o ano de 2008, de população hipertensa, demonstraram percentuais maiores em comparação com os dados brasileiros, são: Chile: 33.9 %, e Cuba 33 %. Outros países com melhores indicadores de HA em 2008 estão os casos da China: 27.3 %, Argentina 25.1 %, e Estados Unidos com 18 % (OMS, 2014).

Os dados apontados nesta revisão indicam uma maior quantidade de hipertensos.

Tabela 4. Atendimento aos programas pela Equipe de Saúde da Família, Senhora de Oliveira, 2014

INDICADOR	ANO 2014
Puericultura	97
Pré-natal	324
Prevenção câncer cérvico uterino	500
Diabetes	168
Hipertensão	310
Hanseníase	00
Tuberculose	07

Fonte: SIAB 2014

Tabela 5. Consultas médicas segundo a faixa etária Equipe de Saúde da Família. Senhora de Oliveira, 2014

Faixa etária	Ano 2014
< 1 ano	111 consultas
1 a 4 anos	385 consultas
5ª 9 anos	366 consultas
10 a 14 anos	367 consultas
15 a 59 anos	3957 consultas
60 anos e +	1187 consultas
Total de consultas na área	6370 consultas

Fonte SIAB 2014

7. PLANO DE AÇÃO

7.1 Identificação dos problemas na UBS no Senhora de Oliveira

Os principais problemas de saúde identificados a partir das análises do comportamento histórico de atendimentos em toda a rede assistencial são nomeadamente:

1. Uso indiscriminado de medicamentos controlados, ansiolíticos e sedantes na comunidade atendida;
2. Alta incidência de pacientes alcoólicos e usuários de substâncias proibidas;
3. Alto número de transtornos nutricionais, obesidade e dislipidemias;
4. Aumento das enfermidades cardiovasculares;
5. Índice elevado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis;
6. Desconhecimento por parte da equipe de saúde da população que atende;
7. Baixa resolutividade na atenção em posto de saúde a urgências e emergências médicas.

7.2 Priorização dos problemas

Para elaborar uma ordem dos problemas se utilizou como método a matriz de priorização, alcançando consenso das prioridades dos problemas.

Na tabela 6 está descrito os problemas identificados e selecionados que seguem os critérios de:

- Valor Alto, médio ou baixo e importância prioritária de cada problema.
- Pontuação do 1-5 para sinalar níveis de urgência.
- Capacidade de solução de acordo com o alcance do sistema de saúde
- Número do problema por critério de seleção.

Tabela 6 Priorização dos problemas

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto índice de pacientes com DCNT com predomínio da Hipertensão arterial	Alta	5	Parcial	1
Baixa resolutividade na atenção em posto de saúde a urgências e emergências médicas	Alta	5	Parcial	2
Alta incidência de pacientes alcoólicos e usuários de substâncias	Alta	5	Parcial	3
Uso indiscriminado de medicamentos controlados, ansiolíticos e sedantes na comunidade atendida	Alta	4	Parcial	4
Desconhecimento por parte da equipe de saúde da população que atende	Média	3	Parcial	5

Quando na reunião de equipe foi discutido o principal problema identificado foi Alto índice de pacientes com DCNT com predomínio da Hipertensão arterial em pessoas idosas.

7.3 Explicações dos problemas

As principais causas determinantes diretas ou indiretas em pacientes diagnosticados com HAS são estilos de vida inadequados, maus hábitos alimentares, tabagismo, excesso de ingestão de café, ingestão de bebidas alcoólicas, falta de práticas sistemáticas de exercícios físicos.

Por tanto, torna-se muito importante o planejamento e organização das atividades nos serviços de saúde em toda sua rede de atendimento local, para garantir as consultas e assistência dos integrantes de cada equipe aos domicílios e o conhecimento das pessoas sobre

sua doença e os riscos associados, importância da assistência a consultas, fazer análises sistemáticas, consumo de medicamentos como indicado pelo médico, complicações referentes a sintomas e sinais de alerta e urgências, etc. (BRASIL, 2011B, 2012).

7.4 Desenhos das operações

Após avaliar, descrever, selecionar por indicador de prioridade, e explicar as causas das doenças crônicas, será descrito na tabela 8, o desenho das operações do plano de ação com propostas de estratégias e sistemáticas para a resolução nos próximos meses.

Tabela 7: Desenho das operações para nos críticos. Município Senhora de Oliveira. Ano 2014.

Nós críticos	Operação/projeto	Resultado esperado	Produtos	Recursos necessários
Estilo de vida inadequado	Mudanças de estilo de vida dirigidas a evitar inatividade física, tabagismo, estresse, álcool, redução ingestão de calorias, entre outros.	Lograr IMC menor de 30 %, ideal abaixo de 25 % e perímetro abdominal menor de 102 cm para homens e menor de 88 cm para mulheres, 5 a 10 mmHg PAS (objetivo 130/80) o Sedentarismo e Tabagismo com prazo estipulado para 2015.	Aumentar a prevalência de atividade física aeróbica, e caminhada, e atividades de lazer. Palestras Folhetos	Humanos Organizacional. Estrutural Informativo Econômicos Mobilização social Intersetorialidade
Maus hábitos alimentares	Preconizar uma dieta com frutas, verduras, derivados desnatados de leite, peixes, frutos secos, e quantidade reduzida de gorduras saturadas e quantidade menor de 5 gramas de sal	Controle PA e, síndrome metabólica; Menor consumo de medicações, redução de gastos. PA 130/80 ou menor.	Palestras, avaliação nutricional, orientação personalizada, programação radial.	Humanos Econômicos Emissora Rádio Local Laboratório de UBS ECG

	de cozinha, para controle simultâneo de HAS, dislipidemias, obesidade, entre outros benéficos.			
Nós críticos	Operação / projeto	Resultado esperado	Produtos	Recursos necessários
Hábitos tóxicos	Reduzir o consumo de cigarros, álcool e café.	Reduzir em 10 % por ano na população o uso do cigarro, álcool e café. Atividades	Atividades grupais e por famílias e usuários. Folhetos, Escolas	Humanos, Econômicos Emissora Rádio Local
Processo de atendimento por UBS	Planejamento sistemático e o seu cumprimento. Programas de atenção ao Idoso e Linhas de cuidado. Reunir ESF e NASF, avaliar casos pontuais, Visita coletiva com Assistente Social de casos justificados. Psicóloga e enfermagem	Garantir consultas médicas. Cobertura 100 % de HAS trimestralmente. Esclarecer missão de cada integrante. Definir responsável. Resolver problemas assistências de saúde e legais. Possibilidade de internação no centro longa estadia local.	Consultas, visitas domiciliares, exame. Atenção prioritária a idoso isolado e acamado. Caso social. Projeto Terapêutico singular (NASF). Outros programas de atendimento a idosa extrassaúde.	Organizacional. Estrutural. Informativo. Mobilização social. Intersetorialidade Interinstitucional. Financeiro. Legais
Conhecimento de sua doença	Saber Mais. Referem-se a níveis de informação de sua patologia, controle, complicações, tratamento, monitorado	Maior conscientização, participação, cooperação, controle, atuação se tem urgências, entre outras bondades	Atenção a adulto, Idoso, Visita domiciliar para avaliar risco, campanhas educativas, etc.	Organizacional. Estrutural. Informativo. Mobilização social. Intersetorialidade, Político

7.5 Identificações dos recursos críticos

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de

quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los. Portanto, a execução e resultados finais esperados para o próximo ano inevitavelmente dependerá da vontade, prioridade, e disponibilidade da equipe. Os recursos críticos estão apresentados na tabela 8.

Tabela 8: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações. Município Senhora de Oliveira.

Operação/ projeto	Recursos necessários
<ul style="list-style-type: none"> Mudar estilo de vida 	Humanos. Organizacional. Estrutural. Informativo. Econômicos. Mobilização social. Intersetorialidade
<ul style="list-style-type: none"> Alimentação saudável 	Humanos, Econômicos Emissora Rádio Local Laboratório de hospital, ECG
<ul style="list-style-type: none"> Reduzir o consumo de cigarro, álcool e café. 	Humanos, Econômicos Emissora Rádio Local
<ul style="list-style-type: none"> Planejamento sistemático e cumprimento. Programas de atenção ao Idoso e Linhas de cuidado. Reunir ESF e NASF para avaliar casos pontuais Visita coletiva com Assistência Social casos justificados, psicóloga e enfermagem. 	Organizacional. Estrutural. Informativo. Mobilização social. Intersetorialidade. Interinstitucional. Financeiro. Legais
<ul style="list-style-type: none"> Saiba Mais. Refere-se a níveis de informação de sua patologia, seu controle, complicações, tratamento, monitoramento 	Organizacional. Estrutural. Informativo. Mobilização social. Intersetorialidade, Político.

7.6 Análises de viabilidade do plano

Importante em toda execução do Plano de Ação é a identificação dos responsáveis pelo controle dos recursos críticos para os quais foram previstos e suas motivações individuais e coletivas para garantir o cumprimento do plano de medidas. A viabilidade do plano de ação está exposta na tabela 9.

Tabela 9: Viabilidade do plano. Município Senhora de Oliveira. Ano 2014.

Operação /projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Autor que controle	Motivação	
Mudar estilo de vida	Humanos Organizacional. Estrutural. Informativo. Econômicos Mobilização social. Intersetorialidade.	Enfermagem Coordenador de equipe	Favorável	Planejar próximo ano as atividades adequadas ao TCC
Alimentação saudável	Humanos, Econômicos Emissora Rádio Local Laboratório de hospital, ECG	Enfermagem Coordenador de Equipe Nutricionista NASF	Favorável	Não é necessário
Reduzir o consumo de cigarro, álcool e café.	Humanos, Econômicos Emissora Rádio Local	Enfermagem Coordenador de Equipe	Favorável	Contato mensal com Diretor Emissora radial
Planejamento sistemático e cumprimento. Programas de atenção ao Idoso e Linhas de Cuidado. Reunir ESF e NASF avaliar casos pontuais. Visita coletiva com Assistência Social casos justificados, psicóloga e enfermagem.	Organizacional. Estrutural. Informativo. Mobilização social. Intersetorialidade. Interinstitucional. Financeiro. Legais	Enfermagem Coordenador e Equipe NASF Dentista	Favorável	Apresentar a Secretaria de Saúde suas novas estratégias para organização de consultas e de controle a todos HA a cada três meses no mínimo.
Saber Mais. Refere-se a níveis de informação de sua patologia, seu controle, complicações, tratamento, monitoramento	Organizacional. Estrutural. Informativo. Mobilização social. Intersetorialidade, Político.	Enfermagem Coordenador de Equipe	Favorável	Não é imprescindível

7.7 Elaborações do plano operativo

Neste ponto pode se definir os responsáveis de cada ação estratégica e execução do plano de ação, definindo o tempo para controlar o cumprimento dos objetivos propostos, que segue apresentados na tabela 10.

Tabela 10: Plano operativo. Município Senhora de Oliveira. Ano 2014.

Operações	Resultados	Pró endemias e epidemias Adultos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Mudar estilo de vida	Reduzir 20 % obesidade, sedentarismo, tabagismo, estresse para próximo ano	Programa de controle de DCNT Programa Academia da Saúde Espaços urbanos saudáveis	Planejar para o próximo ano suas atividades de lazer adequando ao TCC	Enfermagem Coordenador de Equipe	Trimestral com avaliação global anual
Alimentação saudável	Controle de peso, laboratorial, menor consumo de remédios	Programa de Nutrição e Controle de DCNT Programa Saúde na Escola Plano Inter setorial de Obesidade	Não é necessário	Enfermagem Coordenador de Equipe Nutricionista NASF	Mensal com avaliação semestral
Reduzir consumo de cigarro, álcool e café.	Reduzir um 10 % por ano na população os vícios, evitar também o câncer. Economia familiar	Programa de controle de DCNT Atenção Adulto e Idoso	Contato mensal com Diretor Emissora radial	Enfermagem Coordenador de Equipe	Trimestral com avaliação global anual

Operações	Resultados	Pró endemias e epidemias Adultos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Planejamento sistemático e cumprimento. Programas de atenção a Idoso e Linhas de Cuidado. Reunir ESF e NASF avaliar casos pontuais. Visita coletiva com Assistência Social casos justificados, psicóloga e enfermagem.	Garantir consultas médicas. Cobertura 100 % de HTA pelo menos trimestral. Esclarecer missão de cada integrante. Definir responsável. Resolver problemas assistências de saúde e legais. Possibilidade de internação no centro longa estadia local.	Atenção Adulta e Idosa Linha de cuidado para idoso acamado	Apresentar a Secretaria de Saúde sua nova estratégia pela organização de consultas de controle a todos HTA cada três meses no mínimo	Enfermagem Coordenador de Equipe NASF Dentista	Trimestral com avaliação global anual
Saber Mais Refere-se a níveis de informação de sua patologia, controle, complicações, tratamento, monitorado	Maior conscientização, participação, cooperação, controle, atuação se tem urgências, entre outras.	Programa de controle de DCNT Atenção Adulta e Idoso	Não é necessário	Enfermagem Coordenador de Equipe	Mensal com avaliação global semestral

7.8 Gestões no Plano

Tabela 11: Gestão no Plano. Município Senhora de Oliveira. 2014

Operação: Mais Saúde					
Coordenação: Enfermagem EBS. Avaliação após três meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Controle da doença HTA	Enfermagem Coordenador de Equipe	Mensal com avaliação trimestral	Hipertensos com descontroles	Reduzir Mortalidade Vital para saúde do usuário e qualidade de vida. Reduzir custos econômicos	Permanente
IMC adequado	Enfermagem Coordenador de Equipe	Mensal com avaliação trimestral	Obesidade Sedentarismo	Tratamento dietético Não medicamentoso. Menores complicações e internações. Economia e gastos com medicamento	Permanente
Planejamento, consultas e visita domiciliar	Enfermagem Coordenador de Equipe	Mensal	Atendimentos por demanda espontânea. Urgências. Visitas domiciliar não agendadas	Cobertura 100 % DCNT. Aproveitar o Tempo. Efetividade de recursos. Programação do transporte	Permanente
Educação Popular	Enfermagem Coordenador de Equipe	Diária	Desconhecimento . Falta de cooperação e participação no tratamento	Controle, satisfação de pacientes, familiares e profissionais.	Permanente

8. CONCLUSÃO

Foi ratificado que na maior parte da população do município de Senhora de Oliveira tem mais de 15 anos de idades, e uma boa parte apresenta DCNT, como ocorre em todas as regiões do país, com taxas elevadas de Hipertensão arterial sistêmica, em pessoas idosas, que acreditamos pode estar condicionado por sub-registros estatísticos, dificuldade de acompanhamento.

O levantamento dos problemas identificados facilita à equipe de saúde programar e cumprir as tarefas de forma mais efetiva que garantir maior integralidade, melhor pesquisa, atendimento personalizado, avaliação de casos justificados conjuntamente com Núcleo de Apoio da Saúde na Família, de uma forma mais participativa e responsável de próprio usuário, sua família e comunidade geral.

Espera-se que através do plano de ação se consiga mudar o cenário da saúde no município de Senhora de Oliveira para os próximos meses e anos.

9. REFERÊNCIAS

Atlas de desenvolvimento Humano-PNUD Brasil: Disponível em :<
www.pnud.org.br/atlas/ 2013

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília[online],

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília[online],

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília – DF, 2013. 2014.Disponívelem:http://www.cidades.ibge.gov.br/extras/home.php.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica. n.37. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, pag.128 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2011

CAMPOS, F.C.C.;FARIA H.P.;Santos,MA.**Planejamento e avaliação das ações em saúde.**2 ed.Belo Horizonte: NESCON/UFMG,2010.Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento> e avaliação das ações de saúde 2/3.

CERARIO C. B. et al. Prevalência e Fatores Sociodemográficos em Hipertensos de São Jose do Rio Preto. Arq Brás Card, 91:31-5. 2008.

CHAVES, E.S. et al. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de Hipertensão Arterial.**Rev Bras Enferm**,v. 59, n. 4, p. 543-547, 2006.

CORREA,E.J.;VASCONCELOS,M.;SOUZA.M.S.L,**Iniciação á metodologia:**textos científicos.Belo Horizonte:Nescon/UFMG,2013.139p

FERREIRA FILHO, C. Hipertensão arterial sistêmica. **Revista Moreira Jr. São Paulo**, v. 68, n.7, 2011.

KUSUMOTO, L.; MARQUES, S.; Haas, V.J et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta Paul Enferm**, 2008.

MINISTERIO DA SAUDE. Relatório técnico da campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus. **Secretaria de Políticas da Saúde**, Brasília, 2001

MOURA, A.A; NOGUEIRA, M.S. Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. **J Manag Prim Health Care**, 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - ENT Perfíles de países, 2014.

PIMENTEL GOMES, MANUELE, et al. Perfil epidemiológico de hipertensos y factores de riesgo en un municipio del Noroeste de Río Grande do Sul. (2013).

Scala Rosario. et al. Prevalencia, controle e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, em Nobres. MT. **Arq Bras Card**; v. 93, p. 672-678. 2009.

SCHMIDT, M. I. et al. Health in Brasil. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, n. 377, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Hipertensão**, [s.l.] v. 13, ano 13, jan./fev./mar. 2010

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arq Bras Cardiol**; v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Hipertensão**, [s.l.] v. 13, ano 13, jan./fev./mar. 2010.

SOUZA, F.C. **Os benefícios da atividade física para a qualidade de vida dos idosos**. Universidade de Educação física, monografia, p. 9-14, 2013.

TAVEIRA, L.F.; PIERIN, A.M.G. Can the socioeconomic level influence the characteristics of a group of hypertensive patients? **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 15, n. 5, 2007.

TAVEIRA, L.F.; PIERIN, A.M.G. Can the socioeconomic level influence the characteristics of a group of hypertensive patients? **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 15 n. 5, 2007.

WESCHENFELDER Magrini, D.; Gue Martini, J. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. Disponível em: <<http://new.paho.org>>. Acesso em: 16 Oct. 2010.