

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

AILED MARIA FERRER FERNÁNDEZ

**PREVALÊNCIA DE DESCOMPENSAÇÕES DAS DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO MAIOR DE 60
ANOS NA COMUNIDADE ESTHER SOARES NO MUNICÍPIO SÃO
MIGUEL DOS CAMPOS.**

MACEIÓ - ALAGOAS

2014

AILED MARIA FERRER FERNÁNDEZ

**PREVALÊNCIA DE DESCOMPENSAÇÕES DAS DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO MAIOR DE 60
ANOS NA COMUNIDADE ESTHER SOARES NO MUNICÍPIO SÃO
MIGUEL DOS CAMPOS.**

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.

Orientador: Prof.^aAna Mônica Serakides Ivo

MACEIÓ - ALAGOAS

2014

AILED MARIA FERRER FERNÁNDEZ

**PREVALÊNCIA DE DESCOMPENSAÇÕES DAS DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO MAIOR DE 60
ANOS NA COMUNIDADE ESTHER SOARES NO MUNICÍPIO SÃO
MIGUEL DOS CAMPOS.**

Banca examinadora

Examinador - orientadora: Prof^a. Ana Mônica Serakides Ivo

Examinador : Prof.

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 201

DEDICATORIA

Dedico este trabalho:

À comunidade de Esther Soares, que me acolheu.

À equipe de saúde, que compartilho comigo a realização deste trabalho.

Aos meus pais Noemis e Alexis que, ainda na distancia, são fonte de permanente apoio, cada passo que subo no degrau da vida, devo a eles por terem sido um grande exemplo, devo a eles quem sou hoje.

AGRADECIMENTOS

Agradeço

À minha orientadora, pela dedicação e paciência.

À minha equipe, pela ajuda.

À Coordenação de Atenção Básica, pelo apoio.

Em fim agradeço a todos que direta e indiretamente contribuíram para que eu pudesse realizar este trabalho.

"As rugas deviam indicar apenas onde os sorrisos estiveram"

Mark Twain

RESUMO

Objetivou-se elaborar um projeto de intervenção para diminuir a prevalência das descompensações das Doenças Crônicas Não Transmissíveis em pacientes idosos do PSF Esther Soares no Município São Miguel dos Campos, identificando os fatores de risco e determinantes relacionados. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção utilizamos o Método do Planejamento Estratégico Situacional, e uma revisão da literatura sobre o tema, além de obtenção de informações por meio dos prontuários individuais dos pacientes cadastrados no PSF, utilizamos dados aportados pelos agentes comunitários de saúde e dados disponíveis no SIAB. As etapas desenvolvidas incluíram a priorização dos problemas e escolha dos mais urgentes para elaboração de um Plano de Ação. O principal problema priorizado foi a elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população maior de 60 anos. A proposta de intervenção apresentada é viável no contexto de nossa equipe de saúde da família, podendo influenciar de maneira positiva na qualidade de vida da população atendida.

PARAVRAS CHAVE: Doenças crônicas não transmissíveis, envelhecimento

ABSTRACT

The objective was to develop an intervention project to reduce the prevalence of decompensation of Chronic Noncommunicable Diseases in elderly patients PSF Esther Smith in the Municipality of São Miguel Campos, identifying risk factors and determinants of decompensation. To develop the Intervention Plan used the Strategic Planning Method Situational, and a literature review on the topic, and obtaining information through the individual records of patients registered in the PSF, the data contributed by community health workers and beyond addition, we use SIAB data. Developed steps included the prioritization of problems and select the most urgent to draw up an Action Plan. The main problem was prioritized high prevalence of decompensation of chronic diseases in the population over 60 years. The intervention proposal is feasible in the context of our health team family for influence in the population served quality of life.

KEY WORDS: Chronic noncommunicable diseases, aging

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS _Agentes Comunitários de saúde

DCNT _Doença crônica não transmissível

DCNTs _Doenças crônicas não transmissíveis

ESF _Equipe de Saúde da Família

IBGM _Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

OMS _Organização Mundial da Saúde

OPAS _Organização Pan-americana da Saúde

PES _Planejamento Estratégico Situacional

PNAD _Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio

PSF _Posto de Saúde da Família

SIAB _Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS _Sistema Único de Saúde

UBS _Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Abastecimento da água das famílias. São Miguel dos Campos. 2014. _____ p.10

Quadro 2:. Destino das fezes e urina das famílias. São Miguel dos Campos. 2014. _____ p. 11

Quadro 3- Distribuição dos pacientes hipertensos pelos ACS do PSF Esther Soares. São Miguel dos Campos. 2014. _____ p. 21

Quadro 4- Distribuição dos pacientes diabéticos pelos ACS do PSF Esther Soares. São Miguel dos Campos. 2014. _____ p. 22

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população maior de 60 anos. PSF Esther Soares.2014-2015”. _____ p. 25

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população maior de 60 anos. PSF Esther Soares.2014-2015. _____ p. 26

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população maior de 60 anos. PSF Esther Soares.2014-2015. _____ p. 27

Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população maior de 60 anos. PSF Esther Soares.2014-2015. _____ p. 29

Quadro 9 –Avaliação e monitoramento dos projetos. _____ p. 30

Gráfico 1- Tratamento de água consumida pelas famílias. São Miguel dos Campos. 2014. _____ p. 11

Gráfico 2-Árvore explicativa do problema “elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população maior de 60 anos. PSF Esther Soares. 2014-2015”._____ p. 24

SUMARIO

1 Introdução	13
2 Justificativa.....	16
3 Objetivos	17
4 Metodologia.....	18
5 Revisão de literatura	19
6 Proposta de intervenção.....	22
7 Considerações Finais.....	33
Referências	34

1 INTRODUÇÃO

O município São Miguel dos Campos abarca uma área de 360, 846 km² (2,37% do estado), localizado na região sudeste do Estado de Alagoas, limitando-se a norte com os municípios de Boca da Mata e Pilar, a sul com Coruripe, a leste com o Oceano Atlântico, Roteiro, Barra de São Miguel e Marechal Deodoro e a oeste com Campo Alegre e Teotônio Vilela. Conta com uma população de 42685 habitantes. Por ser um pólo regional, São Miguel dos Campos recebe diariamente, principalmente às segundas-feiras, dia da famosa "Feira de São Miguel" centenas de pessoas das outras cidades da região. Sua economia baseia-se no petróleo, gás natural, agricultura canavieira, pecuária e indústria açucareira e de cimento. O município conta com, aproximadamente, 11081 domicílios e famílias, com uma taxa de urbanização de 27.185 pessoas, e uma renda média familiar de 630,00 reais. Há um predomínio das famílias atendidas com abastecimento de água pela rede pública (10.321), seguido das famílias atendidas com abastecimento de água pelo poço-nascente (648). Em relação ao tratamento de água, 1681 famílias consomem água filtrada, 105 fervida, 6526 clorada e 2769 sem tratamento.

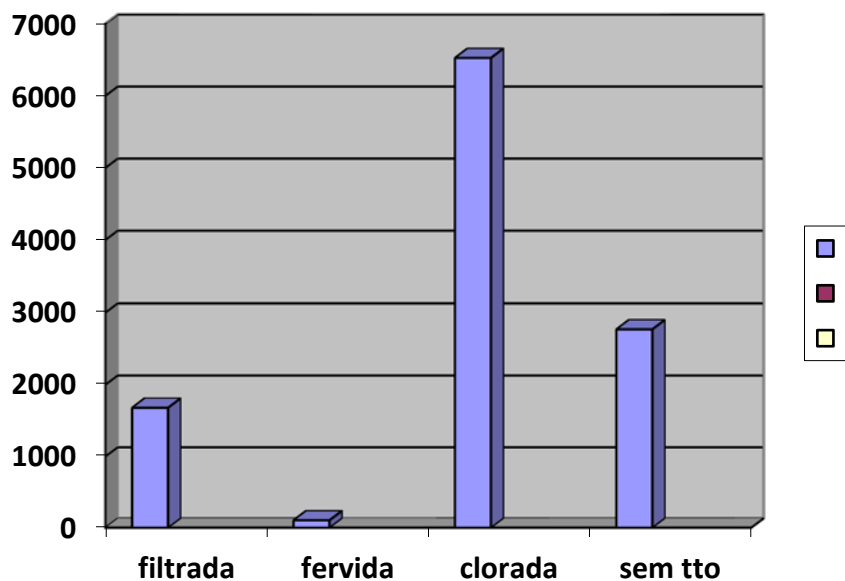
Abastecimento de Água Tratada e recolhimento de esgoto por rede pública:

Quadro 1- Abastecimento da água das famílias. São Miguel dos Campos. 2014.

Abastecimento de água	Rede pública	Poço nascente	ou	Outros	Total
Famílias	10321	648		112	11081
%	93,14	5,84		1,01	100

Fonte SIAB 2013

Gráfico 1- Tratamento de água consumida pelas famílias. São Miguel dos Campos. 2014.



Fonte SIAB 2013

A maioria das famílias (10439) conta com coleta pública de lixo.

Quadro 2:. Destino das fezes e urina das famílias. São Miguel dos Campos. 2014.

Destino	Total de famílias	%
Esgoto	6857	61.8
Fossa	2877	25.9
Céu Aberto	647	5.8
Outros	700	6.3
Total	11081	100

Fonte SIAB 2013

A esperança de vida no município é de 68,1 anos.

Há vários anos o município São Miguel dos Campos adotou a Estratégia de Saúde da Família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 15 equipes entre a

zona urbana e a zona rural cobrindo um percentual elevado da população. O município conta com um hospital, laboratórios, e 15 postos de saúde. O modelo de atenção predominante que se está desenvolvendo no município agora é o atendimento básico, concebido no SUS, como um Sistema Nacional e Público de Saúde, mas ainda convivem práticas que lembram o sanitarismo campanhista. Contamos em nosso município com NASF com profissionais que apóiam as ações da ESF..

A forma de organização do sistema de saúde de meu município é em rede, prestando uma assistência integral e continua a uma população definida, com comunicação entre os diferentes níveis, ainda que o sistema de referencia e contra referencia seja deficiente em todas as unidades do território, tanto do hospital de nosso município como das unidades de Maceió.

A população de responsabilidade do centro de saúde onde atuo 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 no mesmo município e na capital do estado.

As principais causas de morbidade e mortalidade são doenças do aparelho circulatório, neoplasia, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças respiratórias e causas externas.

O Município conta com infraestrutura bancária, correios e ginásio poliesportivo e oferece ainda incentivo para atração de atividades econômicas e possui programa de geração de emprego e renda. A infraestrutura urbana indica 80% das vias pavimentadas e 90% iluminadas.

Outros recursos da comunidade: Igrejas Católicas e Assembléias de Deus, escolas, creches.

O posto de saúde Esther Soares esta inserido na parte alta do município São Miguel dos Campos, prestando serviço a 3398 habitantes.

2 JUSTIFICATIVA

A probabilidade de associação da hipertensão arterial com a diabetes mellitus é da ordem de 50%, o que demanda, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente. A abordagem conjunta justifica-se pela apresentação dos fatores comuns às duas patologias, tais como: etiopatogenia, fatores de riscos, cronicidade, necessidade de controle permanente, dentre outras (BORGES, 2005)

Nas consultas realizadas no centro de saúde de Esther Soares, as principais causas de aparecimento das descompensações das DCNT e suas complicações em pacientes idosos, foram baseadas nos fatores de risco e nas ações necessárias ao correto controle.

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de descompensações dos pacientes idosos com doenças crônicas não transmissíveis na comunidade, pelo grande número de idosos com níveis de pressão arterial e de glicose não controlados, e pelos riscos de complicações aumentados e suas conseqüências.

A ESF participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um projeto de intervenção, viabilizando a proposta.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Elaborar um projeto de intervenção para redução da prevalência das descompensações das Doenças Crônicas Não Transmissíveis em pacientes idosos do PSF Esther Soares no Município São Miguel dos Campos.

3.1 Objetivos Específicos:

Identificar os fatores de risco e determinantes das descompensações das Doenças Crônicas Não Transmissíveis em pacientes idosos do PSF Esther Soares no Município São Miguel dos Campos.

Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção utilizamos o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010) e uma revisão de literatura sobre o tema nas bases PubMed, Google Acadêmico, Scielo, com a utilização dos descritores: doenças crônicas não transmissíveis e envelhecimento. Para realização do diagnóstico situacional foram utilizadas ainda informações dos prontuários individuais dos pacientes cadastrados no PSF, dados aportados pelos agentes comunitários de saúde e além dados do SIAB e IBGE.

As etapas desenvolvidas incluíram priorização dos problemas e escolha dos mais urgentes para elaborar um Plano de Ação. Os passos para construção do plano seguiram: identificação dos problemas, priorização dos problemas, seleção do problema prioritário, caracterização do problema, descrição do problema, explicação do problema, identificação dos nós críticos, desenho de operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano e elaboração do plano operativo.

5 REVISÃO DE LITERATURA

O Brasil tem enfrentado nas últimas décadas uma mudança no seu desenho demográfico. O país é constituído por aproximadamente 20 milhões de idosos e no ano 2025, segundo projeção do IBGE (2008), esta população será de 34 milhões de idosos, representando 15% da população. Estes dados demonstram o inexorável fato do aumento do número de idosos, transformando este segmento em uma nova problemática social e política para o país.

Obviamente, ao aumentar a população com mais de 60 anos, aumentam os problemas sociais, sendo necessário o conhecimento dos determinantes das condições de saúde dos idosos.

A duração da vida em geral, esta em correspondência com os avanços científicos e tecnológicos, e torna crescente a preocupação com a qualidade de vida, demandando uma visão preventiva e superando a visão curativa e o atendimento das incapacidades.

Segundo Costa (2003), citado por Chibante et al (2013) o processo de envelhecimento reduz as reservas funcionais que somada aos anos de exposição a inúmeros fatores de risco, torna os idosos mais vulneráveis às doenças, principalmente as crônicas.

A presença de comorbidades associadas às perdas relacionadas ao envelhecimento não deve ser entendida como envelhecimento malsucedido, visto que a qualidade de vida não enfoca apenas a perda de capacidade funcional, estando associada ao bem-estar físico, mental e social constituindo-se uma necessidade administrar essas perdas para evitar, adiar ou mesmo compensar suas limitações (VERAS, 2006)

Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, permanecendo por vários anos exigindo acompanhamento médico constante e medicação contínua (VERAS, 2003).

Segundo Costa; Porto e Soares (2003) os idosos são geralmente portadores de múltiplas enfermidades crônicas e incapacitantes, consumindo desta forma importantes parte dos recursos orçamentários destinados à saúde.

Assim, destaca-se a importância de se investir em estratégias de controle das DCNTs através da identificação dos fatores de risco para essas doenças e implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde em todas as fases da vida, de modo a proporcionar um envelhecimento ativo e saudável, conforme proposto na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (CHIBANTE, 2013).

O idoso, além de apresentar maior prevalência de DCNT, as apresenta freqüentemente em associação, somadas às já presentes fragilidades decorrentes de seu próprio processo de envelhecer. O envelhecimento pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo gradativo para uns e mais rápido para outros (CAETANO, 2006). Essas variações são dependentes de fatores como estilo de vida, condições socioeconômicas e doenças crônicas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), o Brasil possui um dos piores indicadores de perda de anos de vida saudáveis em comparação com outros países do mundo; perda esta atribuível à carga de cada doença, aos anos vividos com morbidade, à média do tempo de cura e a média do tempo vivido até a morte causada pela doença analisada. As doenças que mais contribuem no país para esta perda são os cânceres, as doenças cardiovasculares e as doenças cerebrovasculares. Assim, estima-se que para as crianças nascidas no país em 2003 haverá uma perda de 13,5 anos de vida para os homens e de 11,1 anos para as mulheres (MARTINS, 2008).

Pensar na saúde do idoso significa reconhecer que há especificidades no processo de envelhecer, sendo necessário evitar-se a morte prematura, a incapacidade, a deficiência, a dependência e a perda de autonomia, apesar da presença de morbidades. Dominiczak (2003) aponta que as doenças não transmissíveis como a hipertensão arterial e diabetes mellitus, agora compõem dois terços de todas as mortes no mundo, devido ao envelhecimento da população e à propagação de fatores de risco associados à globalização e à urbanização. No Brasil, estas doenças representam na população acima de 65 anos 60,4% e 22,1% respectivamente (BRASIL, 2013).

Christopoulo (2008) confirma que o controle dos fatores de risco como o tabagismo, sedentarismo, má alimentação e uso excessivo de álcool se torna mais crítico, tendo em conta que, por exemplo, de 45% a 50% das pessoas com diabetes não sabem

que têm a doença. Isso significa que faleceram principalmente por complicações da diabetes.

Segundo Passero e Moreira (2003) “Os indivíduos hipertensos, geralmente, têm aumento de peso corporal, associado a elevadas taxas de colesterol total e/ou triglicérides e glicemia”

Para usufruir a velhice é necessário dispor de políticas públicas adequadas, que possam garantir um mínimo de condição de qualidade de vida aos que atingem a terceira idade (CACHIONI, 1999).

Debert (2002) sustenta que a tendência contemporânea sugere a inversão da representação da velhice como um processo contínuo de perdas para a conquista de novos significados, guiados pela busca do prazer, da satisfação e da realização pessoal. E afirma (1996, p. 45), que

“[...] transformar os problemas da velhice em responsabilidade individual, em negligência pessoal, em falta de motivação, em adoção de estilos de vida e formas de consumo inadequadas é recusar a solidariedade pública entre gerações que é um dos fundamentos dos Estados modernos e de suas políticas.” (DEBERT, 2002, pag.45)

Neste sentido a inclusão de um estilo de vida ativo, que inclui a prática regular de atividade física associada à alimentação saudável pode favorecer significativamente a melhora da qualidade de vida destas pessoas (MATSUDO, 2009).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Identificação dos problemas.

Apesar do pouco tempo de atividade no PSF Esther Soares do município São Miguel dos Campos, percebe-se que existem pontos que devem ser melhorados tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Para obter as informações, utilizamos a Estimativa Rápida como um método que contribui para a operacionalização dos princípios da equidade, da participação e da intersetorialidade, envolvendo a população na identificação das suas necessidades, além dos atores sociais, as autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações sobre as condições de vida dos grupos populacionais. Dentre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- Elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população maior de 60 anos.
- Elevada incidência de parasitismo intestinal.
- Rede coletora de esgoto sanitário insuficiente no município.
- Inadequado abastecimento de água para o consumo da população do município.
- Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.

Seleção do Problema:

Elaborando uma primeira aproximação ao diagnóstico situacional de minha área de abrangência e tendo em conta a distribuição dos pontos conforme sua urgência; definindo a capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto e numerando os problemas por ordem de prioridade, a equipe escolheu a elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população maior de 60 anos como problema prioritário.

Caracterização do problema

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), as Doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) ou doenças crônico-degenerativas são caracterizadas como um grupo de doenças de longa evolução e etiologia não totalmente elucidada que são acompanhadas por alterações degenerativas em tecidos do corpo humano. Estas últimas causam lesões irreversíveis e complicações que determinam variáveis graus de incapacidade e até o óbito.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2005) destaca que as DCNT causam a morte de, aproximadamente, 17 milhões de pessoas a cada ano, o que torna necessária uma ação global para preveni-las.

No Brasil, segundo o Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD, 2013), 30% da população é portadora de alguma DCNT: diabetes, reumatismo, hipertensão, entre outros. Esta proporção aumenta conforme a idade, alcançando 77,6% na faixa de 65anos ou mais.

Descrição do Problema

Para descrição do problema prioritário, a equipe de saúde utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe, principalmente pelas informações fornecidas por agentes comunitários e prontuários.

Para facilitar o processo de descrição, a equipe considerou os dados de pacientes idosos hipertensos e diabéticos cadastrados, descompensados ou não.

Quadro 3- Distribuição dos pacientes hipertensos pelos ACS do PSF Esther Soares. São Miguel dos Campos. 2014.

ACS	PC	PI	P HPA	PI HPA	PI A	PI HPA c
1	236	18	20	10	7	10
2	440	50	40	17	10	0
3	598	42	56	30	12	10
4	459	35	40	25	14	6

5	662	71	67	35	28	15
6	493	58	56	30	18	17
7	510	88	73	39	31	21
Total	3398	362	345	186	120	79

Fonte: dados do estudo

Legenda:

ACS- Agentes Comunitários de saúde

PC- Pacientes cadastrados

PI- Pacientes idosos cadastrados

P HPA- Pacientes hipertensos cadastrados

PI HPA- Pacientes idosos hipertensos cadastrados

PI A- Pacientes idosos analfabetos cadastrados

PI HPAC- Pacientes idosos hipertensos cadastrados controlados

Quadro 4- Distribuição dos pacientes diabéticos pelos ACS do PSF Esther Soares. São Miguel dos Campos. 2014.

ACS	PC	PI	P DM	PI DM	PI A	PI DM c
1	236	18	1	1	7	1
2	440	50	12	9	10	5
3	598	42	23	12	12	4
4	459	35	26	10	14	2
5	662	71	31	19	28	7
6	499	58	20	7	18	5
7	504	88	31	17	31	7
Total	3398	362	144	75	120	31

Fonte: dados do estudo

Legenda:

ACS- Agentes Comunitários de saúde

PC- Pacientes cadastrados

PI- Pacientes idosos cadastrados

P DM- Pacientes diabéticos cadastrados

PI DM- Pacientes idosos diabéticos cadastrados

PI A- Pacientes idosos analfabetos cadastrados

PI DMc- Pacientes idosos diabéticos cadastrados controlados

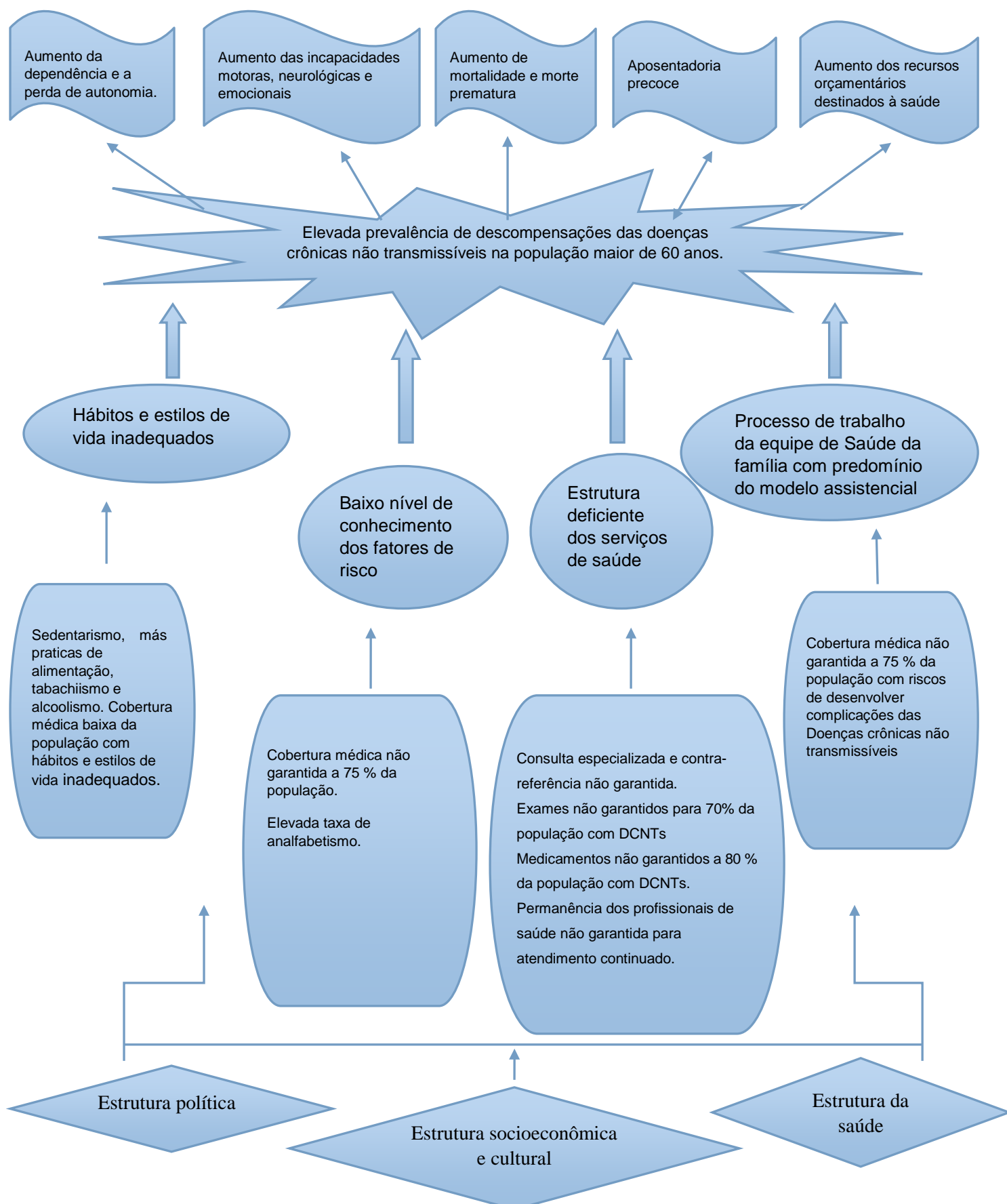
Explicação do problema

Foram selecionados os **nos críticos** do problema prioritário:

- Hábitos e estilos de vida inadequados nos pacientes idosos com doenças crônicas não transmissíveis.
- Baixo nível de conhecimento de fatores de risco nos pacientes idosos com doenças crônicas não transmissíveis.
- Estrutura deficiente dos serviços de saúde para garantir o acompanhamento dos pacientes idosos com doenças crônicas não transmissíveis.
- Processo de trabalho da equipe de Saúde da família com predomínio do modelo assistencial.

O seguinte diagrama de causa e efeito possibilita a análise adequada dos problemas existentes, proporcionando uma compreensão de suas inter-relações causais, partindo da influencia da estrutura política, sociocultural, ambiental.

Gráfico 2-Árvore explicativa do problema “elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população maior de 60 anos. PSF Esther Soares. 2014-2015”.



As ações relativas a cada nó crítico serão detalhadas nos Quadros 5 a 8.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população maior de 60 anos. PSF Esther Soares.2014-2015”.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados
Operação	Modificar estilos de vida inadequados
Projeto	Vida saudável
Resultados esperados	Diminuir em um 10 % o sedentarismo, as más praticas de alimentação, o tabachiismo e alcoolismo. Cobertura médica 75% da população com hábitos tóxicos e estilos de vida inadequados.
Produtos esperados	Programa de saúde na radio. Palestras aos grupos vulneráveis da população com doenças crônicas não transmissíveis
Atores sociais/ responsabilidades	Setor de comunicação social Secretário de Saúde
Recursos necessários	Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Cognitivo: Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional: Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio a Família) equipamento (recursos audiovisuais)
Recursos críticos	Econômico ou financeiro Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Político Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Gestor da secretaria de saúde motivado pelo projeto de intervenção
Ação estratégica de motivação	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.
Responsáveis:	Medico

	Enfermeira Núcleo de Apoio à Família.
Cronograma / Prazo	Início seis meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população maior de 60 anos. PSF Esther Soares.2014-2015”.

Nó crítico 2	Baixo nível de conhecimento dos fatores de risco
Operação	Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos das complicações das doenças crônicas não transmissíveis.
Projeto	Aumente seu conhecimento
Resultados esperados	População com mais conhecimento sobre os riscos das complicações relacionados às doenças crônicas não transmissíveis.
Produtos esperados	Campanha educativa na radio local do município. Campanhas educativas no jornal local. Trabalho sistemático com o grupo de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.
Atores sociais/ responsabilidades	Prefeito municipal Secretario Municipal de Saúde
Recursos necessários	Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Financiamento dos projetos. Cognitivo: Sobre as estratégias de comunicação. Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político: Articulação intersetorial e mobilização social. Organizacional: Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio a Família) equipamento (recursos audiovisuais)

Recursos críticos	<p>Econômico ou financeiro</p> <p>Recursos audiovisuais e folhetos educativos.</p> <p>Financiamento dos projetos.</p> <p>Político</p> <p>Articulação intersetorial e mobilização social.</p> <p>Organizacional</p> <p>Adequação de um espaço físico e equipamento (recursos audiovisuais).</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Controla o gestor da secretaria de saúde motivado pelo projeto de intervenção
Ação estratégica de motivação	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.
Responsáveis:	Médico Enfermeira Equipe de Saúde da Família.
Cronograma / Prazo	Início em seis meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente.

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população maior de 60 anos. PSF Esther Soares.2014-2015”.

Nó crítico 3	Estrutura deficiente dos serviços de saúde
Operação	Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis
Projeto	Melhor acompanhamento
Resultados esperados	<p>Assegurar a consulta especializada e garantir a contra- referência da mesma.</p> <p>Garantir exames previstos para 70% da população com doenças crônicas não transmissíveis</p> <p>Garantir dos medicamentos a 80 % da população com doenças crônicas não transmissíveis</p>

	Garantir a permanência dos profissionais de saúde para atendimento continuado destes pacientes.
Produtos esperados	Exigir a contra- referência escrita dos especialistas. Capacitação sistemática dos profissionais de saúde. Contratação no município de profissionais especializados e médicos de PSF suficientes para conseguir o acompanhamento a 75% da população em questão. Compra dos medicamentos para conseguir o 80% de cobertura dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.
Atores sociais/ responsabilidades	Prefeito municipal Secretário Municipal de Saúde.
Recursos necessários	Políticos: Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde. Financiamento: Para a contratação dos profissionais especializados e médicos de PSF suficientes, compra dos medicamentos para conseguir o 80% de cobertura. Cognitivo Elaboração da adequação
Recursos críticos	Políticos Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde. Financiamento Para a contratação dos profissionais especializados e médicos de PSF suficientes, compra dos medicamentos para conseguir o 80% de cobertura.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Gestor da secretaria de saúde motivado pelo projeto de intervenção
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto de intervenção educativa.
Responsáveis:	Diretora de Atenção Básica do Município Secretario de saúde
Cronograma / Prazo	Início em três meses

Gestão, acompanhamento e avaliação	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente.
---	--

Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população maior de 60 anos. PSF Esther Soares.2014-2015”.

Nó crítico 4	Processo de trabalho da equipe de Saúde da família com predomínio do modelo assistencial
Operação	Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado
Projeto	Linha de cuidado
Resultados esperados	Cobertura médica a 75% de população com riscos de desenvolver complicações das Doenças crônicas não transmissíveis.
Produtos esperados	Linha de cuidado para determinar pacientes com risco de desenvolver complicações das Doenças crônicas não transmissíveis. Protocolos implantados Recursos humanos capacitados Gestão de linha de cuidado
Atores sociais/ responsabilidades	Secretário Municipal de Saúde
Recursos necessários	Cognitivo: Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional: Adequação de fluxos de pesquisa e atendimento de pacientes com risco de complicações das Doenças crônicas não transmissíveis. (referencia e contra referências)
Recursos críticos	Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Gestor da secretaria de saúde motivado pelo projeto de intervenção
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto de intervenção educativa.
Responsáveis:	Equipe de Saúde da Família Diretora de atenção Básica do município Diretora de atenção Básica do município

Cronograma / Prazo	Início em três meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente.

Quadro 9 – Avaliação e monitoramento dos projetos.

Projetos	Operações	Responsáveis	Monitoramento	Avaliação
Vida saudável	Modificar estilos de vida inadequados	Médico Enfermeira Núcleo de Apoio à Família.	Trimestral	2 anos após implementação
Aumente seu conhecimento	Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos das complicações das doenças crônicas não transmissíveis.	Médico Enfermeira Equipe de Saúde da Família.	Mensal	1 ano após implementação
Melhor acompanhamento	Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis	Diretora de Atenção Básica do Município Secretário de saúde	Trimestral	1 ano após implementação
Linha de cuidado	Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Equipe de Saúde da Família Diretora de atenção Básica do município Diretora de atenção Básica do município	Mensal	1 ano após implementação

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de intervenção é viável no contexto de nossa equipe de saúde da família, podendo influenciar de maneira significativa na melhoria da qualidade de vida da população atendida. Este plano de ação tem operações abrangentes necessárias à resolução do problema prioritário da população atendida no PSF Esther Soares. O plano de intervenção vai garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. Desta forma os problemas serão enfrentados de maneira mais sistemática, sendo fundamental que a equipe acompanhe cada passo e os resultados das ações implementadas, para garantir a qualidade de seu trabalho.

Recomendamos realizar trabalhos nas comunidades, aplicando propostas de intervenção, tendo em conta a relevância dos mesmos.

REFERENCIAS

BORGES, M. C. M. O idoso e as políticas públicas e sociais no Brasil. In: VON SIMSON, O. R. M; NERI, A. L; CACHIONI, M. (org.) As múltiplas faces da velhice no Brasil. Campinas: Alínea, 2003. p. 79-104. Disponível em: <<http://www.saraiva.com.br/as-multiplas-faces-da-velhice-no-brasil-colecao-velhice-e-sociedade-147073.html>> Acesso em: 6 agosto. 2014.

BORGES, P. C..Pacientes hipertensos cadastrados no HIPERDIA em uma unidade de saúde do município de Florianópolis/SC: análise do perfil e controle da hipertensão arterial sistêmica. 2005. 132 f. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103076/221435.pdf?sequence=1>> Acesso em: 6 outubro. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário do Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf/>. Acessado em 12 de outubro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Único de Saúde do Brasil 2006; 15(1) : 47 - 65. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf> Acesso em: 10 dezembro. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/>>. Acessado em 12 de Julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf> Acesso em: 10 dezembro. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Vigitel Brasil 2013 Disponível em: <[vigitel-2013.pdf](#)> Acesso em: 6 abril 2015.

CACHIONI, M. Universidade da terceira idade: das origens a experiência brasileira. Velhice e Sociedade. Campina: Papyrus, 1999. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/citations?user=Su4p_eMAAAAJ/>. Acessado em 12 de junho de 2014.

CAETANO, L. M. O Idoso e a Atividade Física. Horizonte: Revista de Educação, v. 11, n. 124, p. 20-28, 2006. Disponível em: <WWW.interscienceplace.org> Acesso em: 9 out. 2014.

CAMPOS, F.C. ; FARIA, H. ; SANTOS, M.A.. Planejamento e avaliação das ações em saúde: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/planejamento_e_avaliacao_dasacoes_de_saude/1030> Acesso em: 6 junho. 2014.

CARVALHO, S. R., GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social e pós-estruturalista. Revista e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200800090000> Acesso em: 10 junho. 2014.

CERVATO, A.M. et al. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. Rev. Nutrição 2005; 18(1):41-52 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732005000100004>> Acesso em: 10 junho. 2014.

CHIBANTE, C. L.; SANTOS, T. D; ESPIRITO SANTO, F.H Os desafios do envelhecer com saúde: perfil de clientes com DCNTs [Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem] - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013. Disponível em<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/5759/pdf_6134> Acesso em 15 dezembro 2014.

CHIBANTE, C. L; SANTOS, T. D; ESPIRITO SANTO F.H. Envelhecer com saúde: perfil de clientes com DCNTs, Niterói, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em<http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1263co.pdf> Acesso em 18 abril 2015.

CHRISTOPOULOU, A. H; PAPAVERAMIDOU, N. Diabetes as described by byzantine writers from the fourth to the ninth century AD: the graecoroman influence. Diabetologia 2008, 51:892-6. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18365167>> Acesso em: 14 julho. 2014.

COSTA, E.F.A; PORTO, C.C; SOARES, A.T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. Revista da UFG, Vol. 5, No. 2, dez 2003. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/envelhecimento.html Acesso em 17 dezembro 2014.

DEBERT, G.G.. As representações (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL “ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO”, 1., 1996, Brasília. Anais... Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social. 1996, p. 35-45.

DEBERT, G. G. Políticas públicas e a constituição do idoso como ator político. In: Seminário Internacional sobre atividades físicas para a terceira idade, V. Anais. São Paulo: USP, 2002. p. 54-63. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/11446/11478> Acesso em: 22 Julho. 2014.

DOMINICZAK, M. H. Linking research and innovative clinical practice: the story of diabetes mellitus. Clin Chem Lab Med. 2003;41:1104-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14598858> Acesso em: 10 outubro. 2014.

HADDAD, E.G.M.. A ideologia da velhice. São Paulo: Cortez, 1986. Disponível em: <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Fichamento-Do-Livro-a-Ideologia/47353026>. Acesso em: 22 novembro. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/...da.../2008/projecao.pdf. Acesso em: 26 de maio de 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio. 2013. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

MAGALHÃES, D.. O crescimento do número de idosos nos países em desenvolvimento. Boletim de Intercâmbio, Rio de Janeiro, p. 5-14, out/dez 1986. Disponível em: <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Fichamento-Do-Livro-a-Ideologia/47353026>. Acesso em: 22 novembro. 2014.

MARTINS, C.; LEITE, F. Mudanças demográficas e saúde no Brasil - dados disponíveis em 2008. IESS. 2008; 17:1-9. Disponível em:<www.iess.org.br/html/TD0017fecundidadesaude.pdf> Acesso em: 8 Janeiro. 2015.

MATSUDO, S. M. M. Envelhecimento, atividade física e saúde BIS, Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo, n.47 abr. 2009. Disponível em:<[MATSUDO,2009AFidoso.pdf](http://www.instituto-de-saude.org.br/boletim/2009AFidoso.pdf)> Acesso em: 5 abril 2015.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/FUNDAMENTOS%20DA%20PLANIFICACAO%20SITUACIONAL/>> Acesso em: 11 Junho. 2014.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. A Vigilância, O Controle e a Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde, 2005. Disponível em:<<http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>> Acesso em: 12 Janeiro. 2015.

PASSERO, V; MOREIRA, E. A. M. Estado nutricional de idosos e sua relação com a qualidade de vida. Rev. Bras. Nut. Clín. 2003, 18(1):1-7. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 12 Junho. 2014.

PEREIRA, H. et al. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família 2ed. Minas Gerais: Nescon/UFMG, 2013. 110p. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/NESCON%252UFG%20-%20Curso%20de%20Especializa%C3%A7%C3%A3o%20em%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20B%C3%A1sica%20em%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia/1015>> Acesso em: 11 março. 2014.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad Saúde Pública 2003; 19:705-15. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15874>> Acesso em: 10 abril. 2014.

VERAS, R. Envelhecimento Humano: Ações de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças. In: Freitas EV, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.140-6 Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/Tratado%20de%20geriatria%20e%20gerontologia/1030>> Acesso em: 10 abril. 2014.

WIKIPEDIA Virtual de São Miguel dos Campos. Alagoas, 2013. Disponível em: <[http://wikialagoas.al.org.br/index.php/São Miguel dos Campos](http://wikialagoas.al.org.br/index.php/São_Miguel_dos_Campos)> Acesso em: 10 abril. 2014.