

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**PLANO DE AÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO  
INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL NO ENFRENTAMENTO DOS FATORES DE  
RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES DA POPULAÇÃO ASSISTIDA  
PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DOS BAIROS MONTE AZUL E VILA  
FÁTIMA DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE**

RONY CARLOS LAS CASAS RODRIGUES

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2012

RONY CARLOS LAS CASAS RODRIGUES

**PLANO DE AÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO  
INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL NO ENFRENTAMENTO DOS FATORES DE  
RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES DA POPULAÇÃO ASSISTIDA  
PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DOS BAIROS MONTE AZUL E VILA  
FÁTIMA DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE**

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. Horácio Pereira de  
Faria.

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2012

RONY CARLOS LAS CASAS RODRIGUES

**PLANO DE AÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO  
INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL NO ENFRENTAMENTO DOS FATORES DE  
RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES DA POPULAÇÃO ASSISTIDA  
PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DOS BAIROS MONTE AZUL E VILA  
FÁTIMA DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE**

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. Horácio Pereira de Faria.

Banca Examinadora

Prof. Horácio Pereira de Faria (orientador)

Prof<sup>a</sup>. Daniela Coelho Zazá

Aprovado em Belo Horizonte: 15/09/2012.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ser fiel e justo, me proporcionando saúde, paz, discernimento, sabedoria, paciência, força e felicidade;

Ao professor Horácio Faria pela excelente orientação, dedicação e humanidade;

A professora Daniela Zazá pelo carinho, auxílio e revisão do trabalho;

À minha família que sempre me apoiou e acreditou nos meus sonhos, em especial a minha mãe Conceição e ao meu pai Ari, que são exemplos de seres humanos, e minhas irmãs, Rejane e Clênia, pelos exemplos de amor, carinho e dedicação;

Às mulheres da minha vida, Kátia, Karen e Rúbia;

À Belalúcia, por toda a doação dedicada a minha família e ao Aguilar pelo exemplo de luta, força, vitória e pelo orgulho que tenho de ser considerado mais um de seus filhos;

Ao NESCON, na figura da Professora Kátia Borges e Gisele Saporetti e ao Conselho Regional de Educação Física pela oportunidade na figura do Professor Cláudio Boschi;

Ao Programa Academias da Cidade de Belo Horizonte, na figura da Professora Vera Regina Guimarães e Doutora Maria Angélica Salles pelas “portas abertas”, aos supervisores pedagógicos, às referências técnicas, aos professores, estagiários e usuários do serviço.

À Secretaria Municipal de Saúde na figura do Senhor Secretário Marcelo Teixeira, à Gerência de Assistência na figura da Senhora Maria Luisa Tostes e todas as coordenações a ela vinculada (em especial a coordenação do NASF, na figura da Senhora Janete Coimbra, a coordenação do DST/AIDS, na figura do Senhor Mateus Westin, a Coordenação do Adulto, na figura da Senhora Rubia Lima, a coordenação da saúde bucal, na figura do Senhor Carlos Tenório, a coordenação do Lian Gong, na figura da Senhora Luzia Hanashiro, a coordenação da criança e adolescente, na figura da Senhora Márcia Parizzi e a coordenação da saúde mental, na figura da Senhorita Mirian Abou-Yd e da Senhora Rosimeire Silva). Ao senhor Warley Simões pela experiência em saúde da família e conceitos relevantes ao trabalho.

Ao Centro Universitário de Belo Horizonte, na figura do Professor Amaylton Carvalho e do Professor Thiago Teixeira;

A Professora Waleska Caiaffa, do Observatório de Saúde Urbana da UFMG e a Professora Aline Lopes, da escola de nutrição da UFMG.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento e conclusão deste curso que, sem sombra de dúvidas, representou um grande crescimento profissional;

Obrigado!

## RESUMO

No cenário mundial e belorizontino, as Doenças e Agravos Não Transmissíveis crescem consideravelmente e as Doenças Cardiovasculares lideram as morbidades e mortalidades. Para prevenir e enfrentar essas doenças e agravos é necessário o aporte de múltiplos conhecimentos, competências e ações coordenadas de vários profissionais. No entanto, o que se observa na prática é o trabalho fragmentado dos profissionais nos diferentes níveis de atenção. Com o levantamento desse problema, o objetivo do trabalho é de elaborar um plano de ação para o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar e intersetorial para o enfrentamento dos fatores de risco cardiovasculares da população assistida pela Equipe de Saúde da Família que envolva de modo particular os profissionais da Educação Física. No método foram levantadas revisões de literatura sobre interdisciplinaridade, intersetorialidade e os fatores de risco cardiovascular que favoreceram a construção da árvore explicativa dos problemas com duas regionais, os Centros de Saúde Monte Azul e São Miguel Arcanjo e as Academias da cidade do Monte Azul e Vila Fátima. O plano de ação foi desenvolvido para o enfrentamento de nós críticos “Dificuldade de comunicação entre os profissionais”, “Processos de Capacitação Fragmentados”, “Processos de monitoramento e avaliação pouco efetivos ou inexistentes”, “Processo de Gestão pouco participativa”, “Tabagismo e outras drogas” e “Sedentarismo/Obesidade/Dislipidemia” que resultaram em operações que são denominadas como “Comunica SUS”, “Educando em rede”, “Monitora BH”, “Vamos construir juntos?”, “Droga pra quê?”, “Movimente com qualidade nas atividades da cidade” e “BH nutri em ação”. Foram construídas as planilhas de acompanhamento e monitoramento de indicadores para a implementação das ações para provocar o trabalho intersetorial e interdisciplinar no combate as doenças cardiovasculares. Para esta implementação é importante que a construção das mudanças seja de estratégias construídas pelo gestor para o serviço (descendente: decisão institucionalizada), ou do serviço para a rede (ascendente: com experiências bem sucedidas demonstra-se para o gestor que os planos de enfrentamento funcionam para o problema em questão).

Palavras chave: Saúde da família, fatores de risco, doenças cardiovasculares, interdisciplinariedade, interprofissionalidade e intersetorialidade.

## **ABSTRACT**

On the worldwide and belorizontino landscape, Diseases and Non Communicable Diseases grow considerably and lead to cardiovascular disease morbidity and mortality. To prevent and address these diseases and conditions is necessary for the incorporation of multiple knowledge, skills and coordinated actions of several professionals. However, what is observed in practice is fragmented work of professionals in different levels of care. With the lifting of the problem, the objective is to develop an action plan for the development of an interdisciplinary and intersectoral to face cardiovascular risk factors of the population assisted by the Family Health Team, involving in particular professionals Physical Education. In the method of literature review were raised about interdisciplinary, intersectoral and cardiovascular risk factors that favored the construction of the tree that explains the problems with two regional health centers Monte Azul and São Miguel Arcanjo and the Academies of the city of Monte Azul and Vila Fatima. The action plan was developed to cope with critical nodes "Difficulty of communication among professionals", "Fragmented Process Training", "Procedures for monitoring and evaluating ineffective or nonexistent," "Management Process little participation", "Smoking and other drugs "and" Physical inactivity / obesity / dyslipidemia "that resulted in operations that are called" Communicate SUS ", " Education Network ", " Monitors BH ", " Let's build together? ", " Drugs for what? " "Move with quality activities in the city" and "BH nutri in action." Were constructed spreadsheet monitoring and indicators for monitoring the implementation of actions to bring about intersectoral and interdisciplinary work in combating cardiovascular disease. For this implementation it is important that the construction of change strategies is built by the manager for the service (descending: institutionalized decision), or service to the network (upstream, with successful experiments to show the manager that plans for coping work for the problem at hand).

Keywords: Family health, risk factors, cardiovascular disease, interdisciplinary, and intersectoral inter professionalism.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

FIGURA 01 - Modelo de determinação social da saúde. ....	15
FIGURA 02 - O trabalho integrado .....	16
FIGURA 03 - Esquema de diversos saberes e interseções .....	19
FIGURA 04 - Árvore explicativa do risco cardiovascular.....	27
FIGURA 05 – Modelo teórico para estruturação das operações.....	47

## LISTA DE TABELAS

TABELA 01 – Principais problemas relacionados ao RCV e as DCV do CS. ....	23
TABELA 02 – Principais problemas relacionados ao RCV e as DCV do PAC. ....	24
TABELA 03 – Enfrentamento do trabalho intersetorial e interdisciplinar .....	28
TABELA 04 – Enfrentamento do risco cardiovascular.....	30
TABELA 05 - Identificação dos recursos críticos.....	32
TABELA 06 - Motivação dos atores que controlam os recursos críticos .....	33
TABELA 07 - Plano Operativo.....	36
TABELA 08 – Acompanhamento de operação.....	38
TABELA 09 – Monitoramento das ações interdisciplinares e intersetoriais.....	41
TABELA 10 – Monitoramento dos fatores de RCV - C.S. Monte Azul.....	43
TABELA 11 – Monitoramento dos fatores de RCV - C.S. São Miguel Arcanjo .....	44
TABELA 12 – Monitoramento dos fatores de RCV - PAC Monte Azul .....	45
TABELA 13 – Monitoramento dos fatores de RCV - PAC Vila Fátima .....	45



## SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO .....	10
1.1 - HISTÓRICO .....	10
1.2 - DEFINIÇÃO DO PROBLEMA .....	11
1.3 - OBJETIVOS.....	11
1.3.1 - OBJETIVO GERAL .....	11
1.3.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
1.4 - MÉTODO.....	12
2 - MAPA CONCEITUAL .....	13
2.1 - REVISÃO SOBRE TRABALHO INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL.....	13
2.2 - REVISÃO SOBRE RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO .....	20
3 - PLANO DE AÇÃO .....	22
3.1 - ENUNCIADO DO PROBLEMA.....	22
3.2 - DESCRITORES DO PROBLEMA.....	22
3.2.1 - “DIFICULDADE DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL” .....	22
3.2.2 - “RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO” .....	22
3.3 - EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA.....	25
3.3.1 - “DIFICULDADE DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL” .....	25
3.3.2 - “RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO” .....	27
3.4 - DESENHO DAS OPERAÇÕES .....	28
3.4.1 - PARA O PROBLEMA “DIFICULDADE DO TRABALHO INTERSETORIAL E INTERDISCIPLINAR” .....	28
3.4.2 - PARA O PROBLEMA “RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO” .....	30

3.5 - IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS .....	31
3.6 - VIABILIDADE DO PLANO: Plano Estratégico Situacional.....	33
3.7 - PLANO OPERATIVO OU ESTRATÉGICO.....	36
3.8 - ACOMPANHAMENTO DO PROJETO .....	38
3.9 - AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DO PLANO.....	41
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSIÇÕES .....	46
4.1 - IMPLICAÇÕES DO PLANO DE AÇÃO .....	46
4.2 - ESTRATÉGIAS E PRÉ-REQUISITOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO .....	46
5 – REFERENCIAS.....	48

## **1 - INTRODUÇÃO**

### **1.1 - HISTÓRICO**

Minha formação é de Técnico Mecânico Industrial e Professor de Educação Física. Os conhecimentos na área de mecânica e os trabalhos em grandes multinacionais me auxiliaram para a vida profissional na Educação Física.

Minha vivência profissional na área de Educação Física se inicia no lazer e com recreação. Após esse momento iniciei o trabalho com natação para bebê, fui monitor de natação, bioestatística, recursos computacionais, dança e biomecânica no Centro Universitário de Belo Horizonte e finalizei meu curso com a construção de um aparelho de rotação externa e um trabalho experimental na área de fisiologia do exercício: rinometria acústica e o dilatador nasal no rendimento do teste de Balke.

Depois iniciei um trabalho com musculação com treinamento personalizado para grupos especiais e para o alto rendimento esportivo com jogadores de Tênis e Squash. Nessa mesma época iniciei uma especialização de treinamento esportivo em musculação na EEFTO-UFMG e me aprofundei em flexibilidade, construindo um dispositivo baseado no TEJ-modificado. Depois iniciei um trabalho de vendas de equipamentos de musculação.

Fui ser coordenador do programa Segundo Tempo do Espaço BH Cidadania Havaí / Ventosa, tive a oportunidade de trabalhar com crianças em área de vulnerabilidade e a vivenciar um local que ocorre o trabalho intersetorial.

Devido ao desempenho que tive nesse programa fui convidado para trabalhar na Secretaria Municipal da Saúde e desenvolver junto com a Doutora Angélica Sales e a Profissional de Educação Física Vera Guimarães o Programa da Academia da Cidade (PAC) em Belo Horizonte trabalhando, desenvolvendo todas as ferramentas de avaliação e processo de trabalho da primeira academia.

Hoje trabalho na equipe que coordena as academias dentro do núcleo de promoção de saúde e ministro aula no Centro Universitário de Belo Horizonte com as disciplinas de Educação Física e Saúde, trabalho interdisciplinar de graduação (lazer e recreação) e estágio supervisionado III (prática para a saúde).

## **1.2 - DEFINIÇÃO DO PROBLEMA**

No cenário mundial e belorizontino, as Doenças e Agravos Não Transmissíveis crescem consideravelmente e as Doenças Cardiovasculares lideram as morbidades e mortalidades (BRASIL, 2011). Para prevenir e enfrentar essas doenças e agravos é necessário o aporte de múltiplos conhecimentos, competências e ações coordenadas de vários profissionais. No entanto, o que se observa na prática é o trabalho fragmentado dos profissionais nos diferentes níveis de atenção (QUEVEDO e SCHEER, 2007).

A fragmentação das ações dos profissionais constitui um grande obstáculo para a efetividade da qualidade do cuidado prestado pelos serviços de saúde à população com risco cardiovascular (RCV) aumentando consideravelmente o investimento pessoal e social dos atores envolvidos no processo (NOGUEIRA-MARTINS, 2003 e SANTOS, SUPERTI e MACEDO, 2002).

Assim a reconstrução dos processos de trabalho das diferentes equipes e profissionais de saúde em bases mais cooperativas ganham sentido prático e urgência.

## **1.3 - OBJETIVOS**

### **1.3.1 - OBJETIVO GERAL**

Elaborar um plano de ação para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e intersetorial no enfrentamento dos fatores de risco para doenças cardiovasculares da população assistidas pela equipe de saúde da família dos bairros Monte Azul e Vila Fátima do município de Belo Horizonte.

### **1.3.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Rever a literatura sobre o tema trabalho interdisciplinar e intersetorial.
- Rever a literatura sobre riscos cardiovasculares e a importância do trabalho interdisciplinar e intersetorial no seu enfrentamento.
- Levantar iniciativas de trabalho intersetorial na rede de saúde,
- Identificar as principais dificuldades do trabalho interdisciplinar e intersetorial na rede de saúde,

- Definir diretrizes gerais para a elaboração do plano de ação voltados para a reconstrução dos processos de trabalhos em bases mais cooperativas.

#### **1.4 - MÉTODO**

- Revisão bibliográfica sobre interprofissionalidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e sobre fatores de risco cardiovasculares de tipo narrativa, na língua portuguesa e inglesa, no período de 1970 à 2012, nas bases de dados da Bireme - BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), no SciELO (Scientific Electronic Library Online), no Pub Med (Medline), no google acadêmico, no site do Ministério da Saúde, no site da Prefeitura de Belo Horizonte (internet e intranet). As palavras chave mais adequadas para a pesquisa foram identificadas através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) tendo sido selecionadas: saúde da família, fatores de risco e doenças cardiovasculares. Foram também utilizadas, embora não fizessem parte dos DeCS as palavras interdisciplinariedade, interprofissionalidade e intersetorialidade.
- Relato da experiência de coordenação do PAC sobre o trabalho dos profissionais de Educação Física no que se refere ao enfrentamento do problema RCV aumentado contemplando as experiências positivas e negativas de trabalho interdisciplinar e intersetorial na rede de saúde.
- Identificação de diretrizes gerais para elaboração de um plano de ação voltado para o problema RCV aumentado na perspectiva do trabalho interdisciplinar e intersetorial;
- Elaboração de um plano de ação tendo como referência as diretrizes identificadas.

## **2 - MAPA CONCEITUAL**

### **2.1 - REVISÃO SOBRE TRABALHO INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL**

As reformas que ocorrem na saúde demonstram a evolução na quebra de um paradigma voltado para a assistência à saúde, na visão de centros hospitalares e na medicalização da doença, para um novo formato de pensar a saúde na visão do cuidado. Mendes (2011) relata que para resolver a demanda crescente dos problemas de saúde relacionado às DCNT a saúde deve ser construída saindo da visão hierárquica para o formato poliárquico, tendo o seu maior enfrentamento na Atenção Primária a Saúde (APS). A APS é a porta de entrada para o sistema, que necessita de uma força de trabalho capaz de resolver problemas com altas complexidades (STARFIELD, 2002), cuja resolução exige o trabalho integrado de vários atores na rede e de setores da sociedade que se tornam essenciais (MENDES, 2011).

Para a continuidade do trabalho é necessário distinguir os planos disciplinares e profissionais. Segundo Furtado (2009) o sufixo “disciplinar” será sempre relacionado aos campos dos saberes e o “profissional” ao campo das equipes e dos serviços. Na literatura o termo interdisciplinar é utilizado com maior frequência mesmo nos ambientes de serviço. Neste trabalho utilizaremos o termo interdisciplinar que terá utilização sinônima do termo interprofissional, por tratar do ambiente de serviço de saúde.

A intersetorialidade será o processo que os objetivos, as estratégias e os recursos de cada setor se consideram, segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégia, atividades e recursos dos demais setores (OPAS / OMS, 1992).

Campos e Domitti (2007) apresentam que nenhum especialista de modo isolado conseguirá uma abordagem integral, sendo contra o modelo de hierarquia no atendimento do usuário. Acrescentam que um trabalho multiprofissional desfragmentado geralmente duplica ações do cuidado e não trabalha na lógica da colaboração.

Furtado (2009) reforça que o trabalho interdisciplinar aumenta as trocas nas decisões clínicas e a integralidade do cuidado, permitindo autonomia para a equipe frente aos problemas.

Buss (2007) relata que diferentes setores precisam se encontrar para o enfrentamento dos problemas de saúde, baseado no conhecimento dos Determinantes Sociais da Saúde<sup>1</sup> e tendo como foco a transformação das iniquidades<sup>2</sup>.

Semelhante ao modelo Dahlgren e Whitehead (1991), o modelo apresentado na figura 01 ressalta a importância do trabalho interdisciplinar e intersetorial no enfrentamento dos fatores de risco das doenças cardiovasculares que deve pautar, em grande medida, em uma visão integral do problema e do cuidado, na coresponsabilidade e na construção do empoderamento dos usuários assistidos pelas equipes de saúde da família, visando mudanças de comportamentos e uma postura ativa frente aos problemas e fatores de risco cardiovascular.

---

<sup>1</sup> Determinantes Sociais de Saúde (DSS): são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou as características sociais dentro das quais a vida transcorre (TARLOV, 1996).

<sup>2</sup> Iniquidade: as desigualdades na saúde evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 1992).

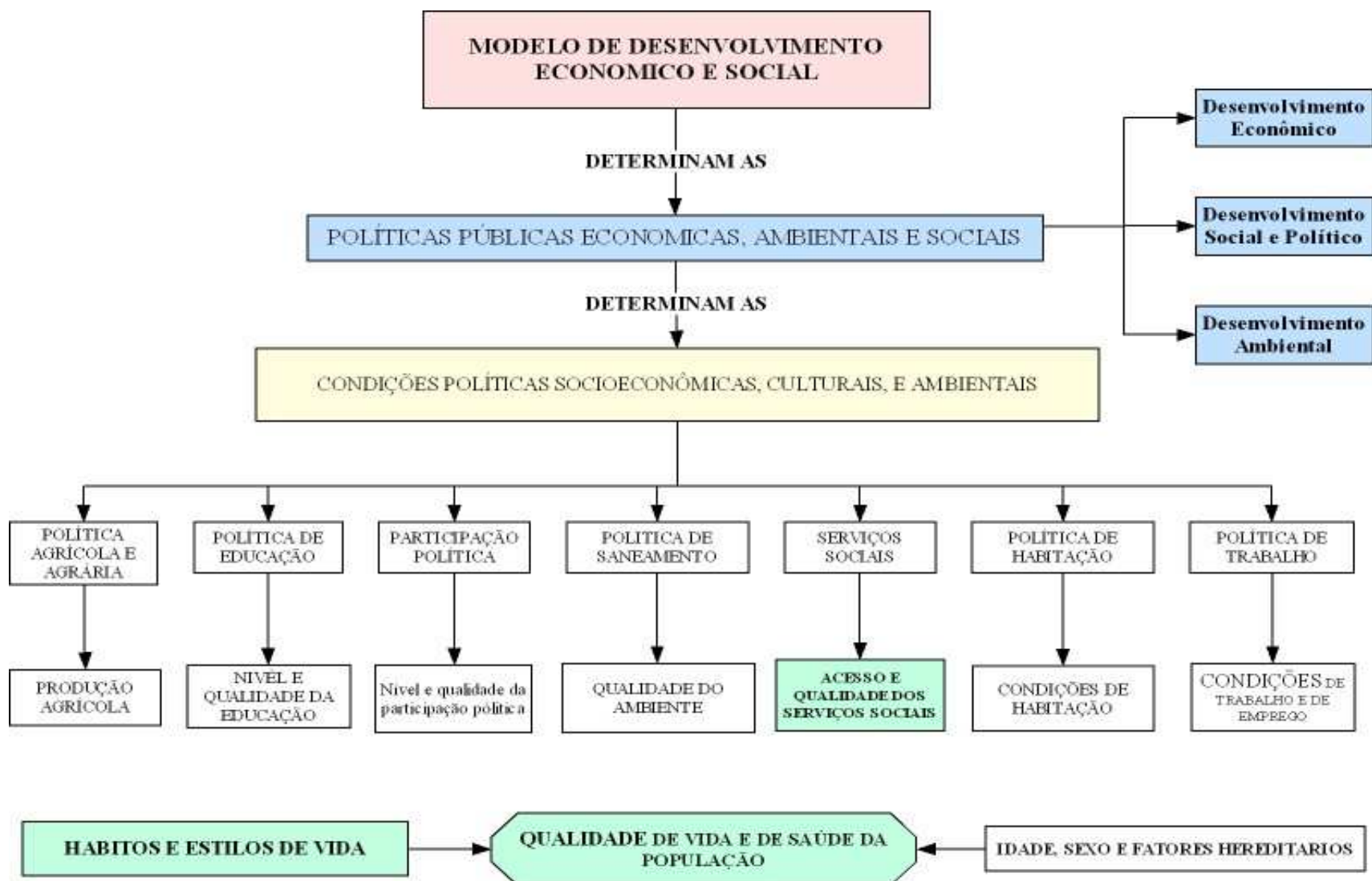


FIGURA 01 - Modelo de determinação social da saúde.



Carlos (2007) apresenta na figura 02 um esquema que ilustra a complexidade do trabalho integrado que pode potencializar, enriquecer e cercar os caminhos trilhados de forma consciente com as diversas possibilidades e experiências para o enfrentamento de problemas.

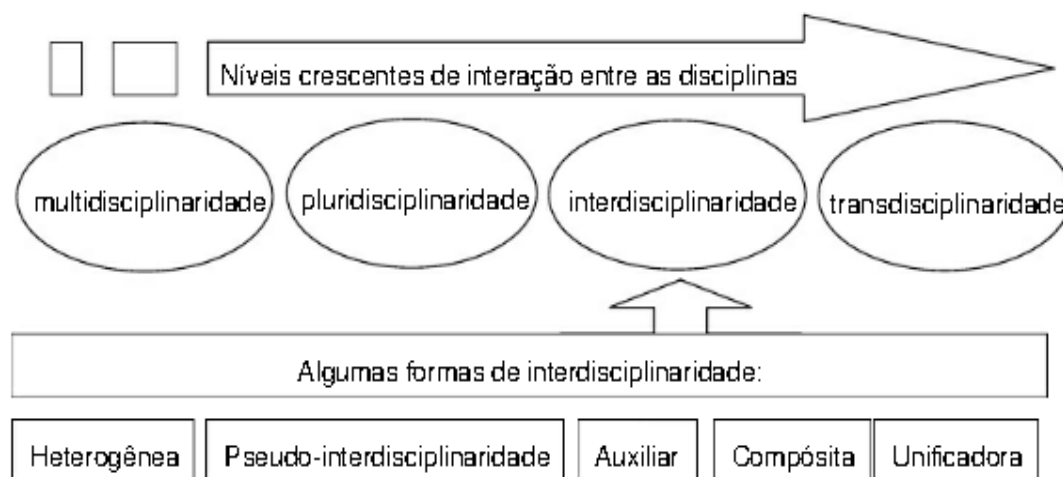


FIGURA 02 - O trabalho integrado (CARLOS, 2007).

O trabalho da saúde precisa mudar a lógica da saúde e doença, na tentativa de alterar a visão da unicausalidade para a multicausalidade, o que caminha para múltiplos olhares para vários aspectos da doença (visão holística). Para ir nesta direção da alteração do processo de trabalho Peduzzi (2002) sugere a ampliação dos objetos de intervenção, redefinição da finalidade do trabalho e introdução de novos instrumentos e tecnologias. Segundo Fazenda (1993) no trabalho multiprofissional é importante conversar em grupo, planejar com os diversos atores e agir em conjunto. Não ser meramente um agrupamento de profissionais.

“O interdisciplinar não é algo que se ensine ou que se aprenda. É algo que se vive. É fundamental uma atitude de espírito. Atitude feita de curiosidade, de abertura, de sentido de aventura, de busca, de intuição das relações existentes entre as coisas e que escapam à observação comum.” (FAZENDA, 1993).

Desta forma, é importante a postura do profissional e a vontade de fazer parte deste processo de forma diferente, inovadora, responsável e com conhecimento.

Campos e Domitti (2007) relatam que os profissionais devem se desvincular do modelo tradicional de encaminhamento, que servem apenas para repassar o

problema para outro profissional, e reforçam o matriciamento como a nova metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar que permite uma ação mais capilarizada, longitudinal, com a visão holística e com a participação ativa de diversos profissionais atuando juntos para resolver da melhor forma o problema do usuário (qualificado, abrangente e humanizado).

O desenvolvimento de trabalhos interdisciplinares têm se constituído em um desafio importante para a gestão de saúde no Brasil. Algumas categorias profissionais já possuem um trabalho conjunto mais antigo e outras estão sendo incorporadas de forma mais sistemática, mais recentemente.

A inserção do Profissional de Educação Física na área da saúde (BRASIL, 2006) reflete uma visão mais integral dos problemas de saúde e de seu enfrentamento.

A incorporação de mais um profissional na rede permite melhorar e qualificar as respostas aos problemas da população com RCV pelo conhecimento que este profissional acrescenta sobre a compreensão e intervenção sobre o mesmo. Permite ademais, o aumento da oferta de ações voltadas para o cuidado dessa população. O grande desafio colocado é fazer com que o trabalho deste profissional se integre de forma orgânica ao trabalho dos demais profissionais de saúde da rede, em particular, com as equipes de saúde da família.

Para que o Profissional de Educação Física seja incluído e reconhecido um grande caminho deve ser percorrido. Este caminho contempla, entre outras questões:

- Fortalecimento do modelo de atenção voltado para o cuidado integral,
- Fortalecimento dos mecanismos de planejamento mais participativos,
- Fortalecimento das estratégias de educação permanente com foco no trabalho interdisciplinar e intersetorial,
- Identificação e ocupação de novos espaços para a atuação do Profissional de Educação Física,
- Melhora dos mecanismos de comunicação interdisciplinar

Os espaços de Atividades Físicas (AF) coletivas devem ser enxergados como grandes oportunidades e ferramentas de intervenção interdisciplinar, pois se

torna um local com inúmeros usuários que buscam por prazer, sem a figura da dor e do sofrimento, um espaço de vínculo e de vigilância com infinitas possibilidades de intervenção.

No município de Belo Horizonte algumas estratégias estão sendo incentivadas para o olhar de várias profissões e atores para o enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs). Algumas delas estão destacadas a seguir:

- O Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte desde 2006 faz parte das ações das cidades saudáveis e das academias da saúde que são locais que possibilitam modos de vida saudáveis com a prática de atividade física ministradas por Profissionais habilitados em Educação Física estabelecendo um espaço de vigilância à saúde com a contribuição de outros profissionais para favorecer um processo educativo e cultural que possibilite a mudança de hábitos de vida, potencializando com a Equipe de Saúde da Família (ESF) o trabalho da APS oportunizando a saúde de forma integral no cuidado (BRASIL, 2011).
- O Programa BH Cidadania que estrategicamente age com ações interdisciplinar e intersetoriais com diversos profissionais em seu escopo (MOURÃO, PASSO e FARIA, 2011) e que em sua maioria compõem dentro de suas ações as academias da cidade.
- O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) veio fortalecer as ações interprofissionais e intersetoriais de saúde do município de Belo Horizonte em 2008 e conta com cinco profissionais que apoiam através do matriciamento os profissionais da ESF articulando possibilidades de trabalho e intervenção para o enfrentamento dos agravos nos diversos territórios de Belo Horizonte (BRASIL, 2009).
- O Lian Gong é uma prática tradicional chinesa que é composto por diferentes profissionais para a construção da prática corporais, integrativas e complementares a população (HANASHIRO e BOTELHO, 2011).
- Os parceiros que mantem a sustentabilidade dos programas e práticas de atividade física: Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Segurança Alimentar, Fundação de Parques e Jardins, Fundação de Cultura,

Secretaria Municipal de Esportes e Lazer, Secretaria de Políticas Sociais, Instituições Privadas e particulares (igrejas, instituições de ensino superior, comércio e ONGs) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) através do Observatório de Saúde Urbana, do Laboratório do Movimento e da escola de nutrição.

Todos esses programas possuem em suas equipes o Profissional de Educação Física que com sua experiência e conhecimento promove ações de atividade física de forma coletiva, permitindo neste ambiente um local ideal para ações de diversos saberes, aproveitando da atividade física como a primeira possibilidade de intervenção e motivação do usuário para o cuidado com a saúde. O manual para avaliação da atividade física do Centro para o Controle e a Prevenção de Doenças (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 2002) remete que a atividade física foi recentemente mencionada como um dos 10 principais indicadores de saúde. Permitindo o combate dos fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Franco, Bueno e Merhy (1999) apontam, através da figura 03, que para o enfrentamento dos problemas precisamos pedir emprestado o olhar, o método e os diferentes saberes do outro.

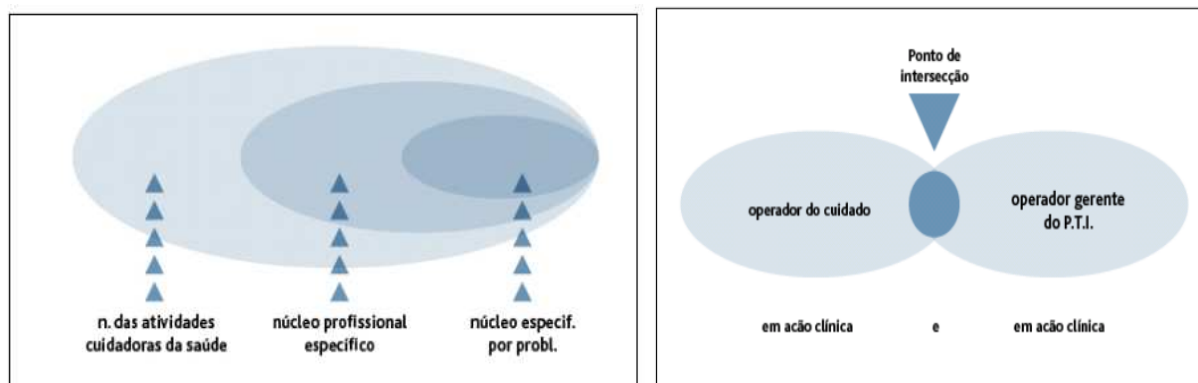


FIGURA 03 - Esquema de diversos saberes e interseções (FRANCO, BUENO E MERHY, 1999).

Ao falarmos de espaços de vozes e escutas que se intercedem, falamos de comunicação, onde sou agente e sou objeto. A comunicação é um valioso instrumento para participação e mudanças de estilo de vida que só pode ser atingida com a tecnologia da informação (MONTORO, 2008).

A comunicação, a informação e todo o serviço de saúde precisam ser avaliados do ponto de vista da gestão e do serviço prestado. Ferreira (1999) propõe o sistema de informação que para ser efetivo deve:

“Produzir informações que possam apoiar um contínuo (re)conhecer, decidir, agir, avaliar e novamente decidir... Portanto, o processo de produção de informações, além de contínuo, também precisa ser sensível o bastante para captar as transformações de uma situação de saúde.” (FERREIRA, 1999: 7)

## **2.2 - REVISÃO SOBRE RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO**

As transições demográficas, epidemiológicas, nutricionais e da atividade física alteraram o perfil da população, levando a uma dupla carga da doença (BARRETO, 2005), com maior incidência e prevalência para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo que dentre as DCNT a que mais gera causa de morte são as doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2011).

Reforçando a transição da doença, no cenário de Minas Gerais, as doenças que mais incidem e prevaescem são as doenças crônicas com 66% dos casos. Em Belo Horizonte no ano de 2009 foi demonstrado que não diferencia da tendência mundial com o maior número de internações ocasionadas por problemas cardíacos (BELO HORIZONTE, 2009).

Segundo Pereira (2008) as doenças cardiovasculares estão diretamente associadas a fatores de risco não modificáveis (sexo, idade e hereditariedade) e modificáveis (tabagismo, alimentação inadequada, álcool e inatividade física).

O Colégio Americano de Medicina Esportiva (ACSM, 2010) classifica os fatores de risco para doenças cardiovasculares em baixo risco, risco moderado e alto risco. Para estratificar esses riscos uma das formas é a utilização do questionário que considera como principais riscos a idade, hereditariedade, tabagismo, dislipidemia, a inatitidade física, a obesidade, a hipertensão e a pré diabetes.

Negão e Barreto (2010) relatam que o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares é a síndrome metabólica que se caracteriza quando o indivíduo possui dislipidemia, hipertensão, diabetes e obesidade abdominal.

Katzmarzyk *et al.* (2009) apresentam que as maiores causas de doenças cardíacas associam ao comportamento sedentário.

Rego *et al.* (1990) apresentam vários fatores de riscos para as DCNT e destacam o sedentarismo como o maior deles.

A contribuição para a redução de mortalidade está associada preferencialmente ao estilo de vida e não apenas a assistência médica (DEVERS, 1976). Para conseguir a mudança no estilo de vida o trabalho de vários profissionais terá mais efetividade do que apenas uma classe (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O Ministério da Saúde incentiva às ações intersetoriais para o combate as DCNTs (BRASIL, 2011). A Política nacional de promoção de saúde busca combater aos principais eixos que são os principais fatores de riscos para mortes: atividade física, alimentação inadequada, o tabagismo e outras drogas (BRASIL, 2006).

### **3 - PLANO DE AÇÃO**

#### **3.1 - ENUNCIADO DO PROBLEMA**

Dificuldade do trabalho interdisciplinar e intersetorial com participação do Profissional de Educação Física no enfrentamento dos fatores de risco para doenças cardiovasculares da população assistida pela ESF.

#### **3.2 - DESCRITORES DO PROBLEMA**

##### **3.2.1 - “DIFICULDADE DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL”**

A experiência de coordenação do programa PAC permitiu identificar algumas questões que devem ser consideradas no sentido do fortalecimento de um trabalho interdisciplinar e intersetorial no enfrentamento dos problemas de saúde em geral e, em particular, dos fatores de risco cardiovasculares pelas equipes de saúde.

- Fragmentação do trabalho dos profissionais das diferentes categorias;
- Ausência de espaços de discussão intersetorial;
- Pouca comunicação entre os profissionais;
- Processos de trabalho pouco avaliados.

##### **3.2.2 - “RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO”**

Com a caracterização apresentada nas tabelas 01 e 02 podemos identificar os principais problemas com relação ao RCV e as Doenças Cardiovasculares (DCV) da população adscrita ao território.

Os dois Centros de Saúde em destaque são os mais próximos das academias da cidade Monte Azul e Vila Fátima.

**TABELA 01 – Principais problemas relacionados ao RCV e as DCV do CS.**

<b>Características e Fatores de risco</b>	<b>CS Monte Azul</b>	<b>CS São Miguel Arcanjo</b>
Índice de Vulnerabilidade à saúde	Elevado	Muito elevado
População total cadastrada	7287	10642
Adultos hipertensos cadastrados ***	475	489
Idosos hipertensos cadastrados ##	326	295
Adultos diabéticos cadastrados #	157	125
Idosos diabéticos cadastrados ##	129	78
Dislipidemia	513	562
Obesidade	247	792
Tabagismo	154	396
AVC Hemorrágico ou Isquêmico	5	2
Infarto	2	1
Internações por DCV*	18	21
Óbitos por DCV**	4	2

Fonte: Sistema Saúde em Rede/GEEPI/SMSA-BH referente ao ano de 2011.

\* Relatório de egressos hospitalares do laudo – AIH referente ao ano de 2011.

\*\* Sistema de Informação de Mortalidade referente ao ano de 2011.

\*\*\* População de 25 a 59 anos do cadastro BHSocial.

# População de 30 a 59 anos do cadastro BHSocial.

## População maior que 59 anos do cadastro BHSocial.



**TABELA 02 – Principais problemas relacionados ao RCV e as DCV do PAC.**

<b>Características e Fatores de risco</b>	<b>PAC Monte Azul</b>	<b>PAC Vila Fátima</b>
Índice de Vulnerabilidade à saúde	Elevado	Muito elevado
Data de início das atividades	17/03/2010	26/10/2009
População cadastrada	345	377
Adultos hipertensos	112	110
Adultos diabéticos	34	40
Dislipidemia	19	82
Obesidade	119	131
Tabagismo	37	36
AVC Hemorrágico ou Isquêmico	8	12
Infarto	12	6

Fonte: Sistema de informação do programa academias referente ao ano de 2011.

Dados de usuários iguais e maiores de 18 anos.

Total de usuários frequentes três vezes na semana nas atividades físicas que duram 60 minutos.

### **3.3 - EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA**

#### **3.3.1 - “DIFICULDADE DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL”**

- Currículos não contemplam, em sua maioria, uma abordagem satisfatória da questão do trabalho interdisciplinar e intersetorial, tanto do ponto de vista teórico como prático. Assim os egressos têm dificuldades em desenvolver uma prática que favoreça uma ação mais articulada entre as diferentes profissões da área de saúde e, da mesma maneira com profissionais de outras áreas. O processo de trabalho em saúde tem sido pouco discutido e problematizado nos cursos de graduação da área de saúde.
- Pouco espaço nos currículos da área de saúde para as disciplinas do campo da saúde pública, tendo como consequência uma formação biologicista.
- Cuidado é fragmentado. É realizado por vários profissionais que às vezes estão situados em espaços físicos distintos com mecanismos de comunicação pouco satisfatórios;
- Dificuldades de adesão / valorização das ações de promoção de saúde por parte da comunidade e dos próprios profissionais de saúde;
- Profissionais sobrecarregados, estressados, pouco motivados e descrentes no trabalho intersetorial e interdisciplinar;
- Atitude passiva frente às dificuldades para a mudança no processo de trabalho;
- Pouco conhecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e diretrizes;
- Dificuldade com a comunicação entre os profissionais das equipes de saúde (essa questão afeta a todos profissionais de saúde);
- Dificuldade de acesso e compartilhamento das informações produzidas no dia-a-dia pelas unidades de saúde como, por exemplo, os prontuários dos usuários;
- Dificuldade para construir uma agenda de trabalho que contemple e permita um melhor planejamento das ações de forma participativa com o envolvimento dos profissionais de saúde;
- Pauta e dinâmica das reuniões não favorecem a construção coletiva de propostas de ação mais efetivas no sentido de um trabalho interdisciplinar e intersetorial;

- Monitoramento e avaliação ainda pouco sistematizadas e não retroalimentam, de forma satisfatória, o desenvolvimento do trabalho dos profissionais;
- Processos de educação permanente fragmentados reforçando o trabalho também fragmentado dos profissionais;
- Dificuldade de implementação do grupo de apoio à gestão estipulados pelas academias da saúde do Ministério da Saúde;
- Valorização diferenciada do trabalho dos profissionais de saúde produzindo conflitos e sentimento de sobre ou subvalorização do trabalho;
- Desconhecimento do trabalho (e do potencial) de cada profissional por parte do conjunto dos profissionais das equipes de saúde;
- Rotatividade dos profissionais de saúde dificultando o estabelecimento de vínculos e a definição e consolidação dos processos de trabalho;
- Disputa de espaço entre categorias profissionais.

### 3.3.2 - “RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO”

A figura 04 demonstra as causas e conseqüências do risco cardiovascular aumentado.

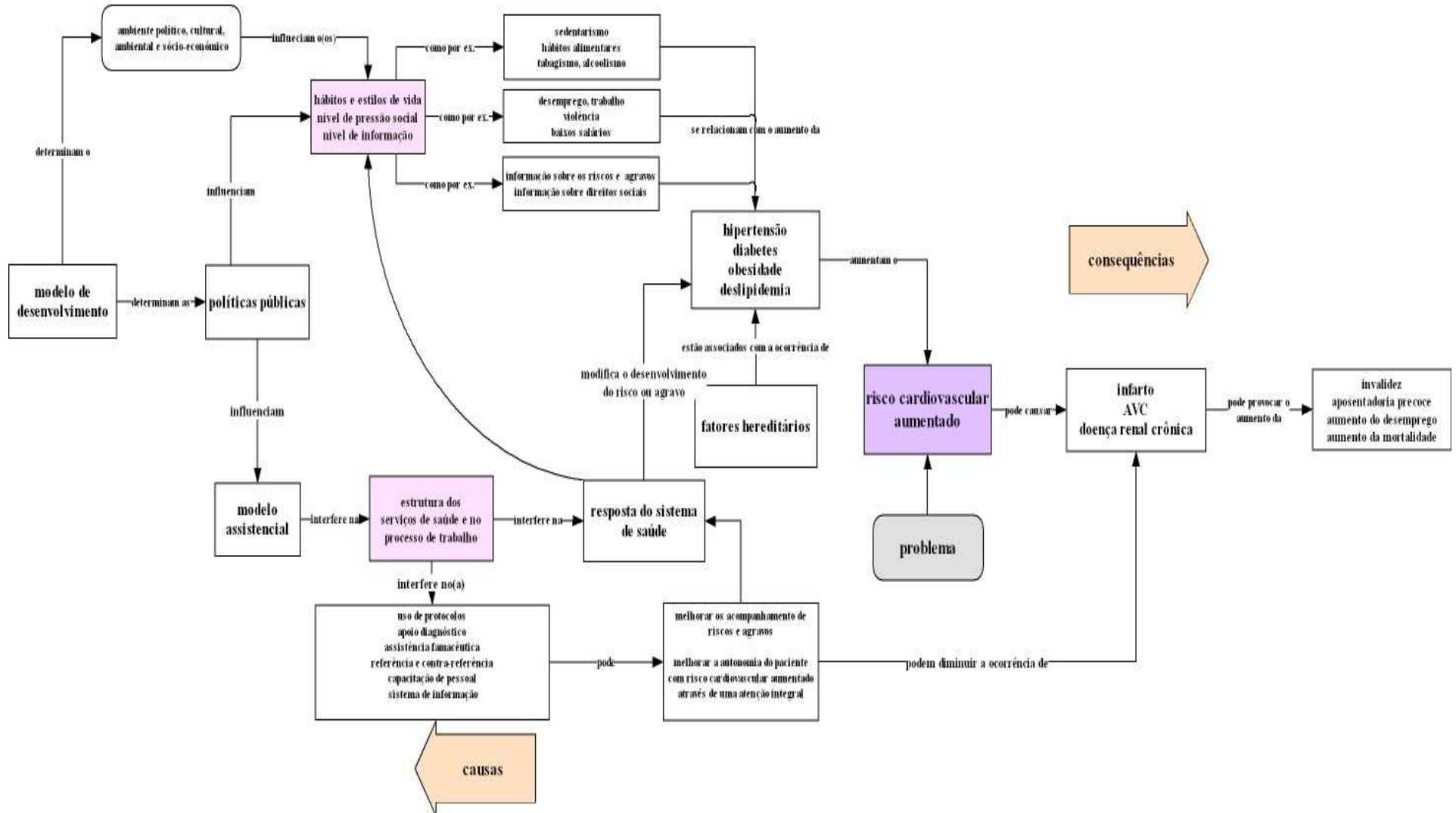


FIGURA 04 - Árvore explicativa do risco cardiovascular.

### 3.4 - DESENHO DAS OPERAÇÕES

#### 3.4.1 - PARA O PROBLEMA “DIFICULDADE DO TRABALHO INTERSETORIAL E INTERDISCIPLINAR”

A tabela 03 descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos para os problemas de intersectorialidade e interdisciplinaridade.

**TABELA 03 – Enfrentamento do trabalho intersectorial e interdisciplinar**

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Dificuldade de comunicação entre os profissionais.	<p><b>“Comunica SUS”</b></p> <p>Objetivo: Melhorar o acesso e o compartilhamento das informações entre os profissionais de saúde.</p>	Otimização do fluxo de informação entre os profissionais.	<p>Reuniões sistematicas de planejamento.</p> <p>Atas e registros de reuniões implementados.</p> <p>Fóruns e chats de discussão.</p> <p>Profissionais aptos para utilização das redes sociais (otimização da comunicação a distância).</p> <p>Agenda elaborada.</p>	<p><u>Econômicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compra para melhorias dos sistemas de informação.</li> <li>- Pagamento de professores que sensibilizem e conduzam a equipe ao acesso às redes sociais e as tecnologias da informação.</li> </ul> <p><u>Organizacionais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cronogramas de encontros.</li> <li>- Espaços para acesso às redes sociais.</li> </ul> <p><u>Cognitivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionais com conhecimento das tecnologias da informação, dos projetos, dos conteúdos associados aos projetos e de estratégias pedagógicas adequadas como ferramentas para comunicação em rede.</li> </ul> <p><u>Político:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Decisão de implementação das reuniões de planejamento.</li> <li>- Autorização para pagamento dos professores e tutores.</li> <li>- Autorização para compra e melhorias dos sistemas de informação.</li> <li>- Liberação de espaços para acesso as redes sociais.</li> </ul>

TABELA 03 – Enfrentamento do trabalho intersetorial e interdisciplinar (continuação)

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Processos de Capacitação Fragmentados.	<p><b>“Educando em rede”</b></p> <p>Objetivo: Implementar o processo de educação permanente com enfoque multiprofissional.</p>	<p>Educação permanente com participação multiprofissional.</p> <p>Convergência das estratégias com utilização de ferramentas em comum (alinhar conceitos, fazer conexões e entendimentos do serviço com a utilização dos dados e indicadores).</p>	<p>Implementação de projeto de educação permanente com enfoque multiprofissional construído coletivamente pela equipe.</p> <p>Rede com utilização de uma mesma linguagem.</p> <p>Oficinas de qualificação (nivelamento) com produção de ações conjuntas e utilização de ferramentas em comum para resolução dos problemas (sair da posição de ouvinte e aluno e ir para a figura do que constrói as ações para a melhoria do serviço).</p>	<p><u>Econômicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compra e produção de material didático e informativo (protocolos).</li> <li>- Pagamento de professores e tutores.</li> </ul> <p><u>Organizacionais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cronogramas de encontros (oficinas).</li> <li>- Espaços para capacitações.</li> <li>- Recursos audiovisuais.</li> </ul> <p><u>Cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionais com conhecimento de Educação em saúde, dos projetos, dos conteúdos associados aos projetos e de estratégias pedagógicas adequadas.</li> </ul> <p><u>Políticos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorização da implementação dos projetos.</li> <li>- Autorização para pagamento dos professores e tutores.</li> <li>- Autorização do material didático e informativo (protocolo) e da compra.</li> <li>- Decisão de implementação das oficinas de qualificação (encontros).</li> <li>- Liberação de espaços para capacitações.</li> </ul>
Processos de monitoramento e avaliação pouco efetivos ou inexistentes.	<p><b>“Monitora BH”</b></p> <p>Objetivo: implementar o processo de monitoramento e avaliação sistemático das ações de saúde.</p>	<p>Definição de indicadores de monitoramento e avaliar as fontes de informação</p> <p>Melhoria do sistema de coleta, registro, processamento e análise dos dados.</p> <p>Equipamento das redes e capacitação dos profissionais para a coleta, registro, processamento e análise de dados.</p>	<p>Modelo de acompanhamento e avaliação das ações implementadas.</p> <p>Planilha de monitoramento e avaliação das ações de saúde implementada.</p> <p>Relatórios periódicos.</p> <p>Redes equipadas e profissionais capacitados.</p> <p>Reuniões de planejamento com discussão dos resultados.</p>	<p><u>Econômicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compra para melhorias dos sistemas de informação.</li> <li>- Compra e produção de material didático.</li> <li>- Pagamento de professores, tutores e técnico para construção de software de integração entre sistemas.</li> </ul> <p><u>Organizacionais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilidade de link, ponto de rede e computadores que permitam acesso rápido.</li> </ul> <p><u>Cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionais com conhecimento de informática e epidemiologia, dos projetos, dos conteúdos associados aos projetos e de estratégias pedagógicas adequadas.</li> </ul> <p><u>Políticos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorização da compra para melhorias na rede.</li> <li>- Autorização da compra do material didático.</li> <li>- Autorização para pagamento dos professores e tutores.</li> <li>- Liberação de técnico para construção de software de integração entre sistemas.</li> </ul>

TABELA 03 – Enfrentamento do trabalho intersetorial e interdisciplinar (continuação)

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Processo de Gestão pouco participativo.	<p><b>“Vamos construir juntos?”</b></p> <p>Objetivo: criar o espaço de gestão colegiada com participação multiprofissional.</p>	<p>Implementação dos mecanismos de Gestão participativa dos projetos e ações da Atenção Primária a Saúde (APS).</p> <p>Sensibilização e capacitação dos profissionais para gestão participativa.</p>	<p>Espaço de gestão participativa no âmbito dos Centros de Saúde implementados.</p> <p>Profissionais capacitados para gestão participativa.</p> <p>Agenda de trabalho conjunta.</p>	<p><u>Econômicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compra e produção de material didático.</li> <li>- Pagamento de professores.</li> </ul> <p><u>Organizacionais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cronogramas de encontros.</li> <li>- Espaços para discussões.</li> <li>- Recursos audiovisuais.</li> </ul> <p><u>Cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionais com conhecimento de gestão, dos projetos, dos conteúdos associados aos projetos e de estratégias pedagógicas adequadas.</li> </ul> <p><u>Políticos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Institucionalização de gestão colegiada.</li> <li>- Implementação do grupo de apoio à gestão.</li> <li>- Liberação de espaços para capacitações.</li> <li>- Aprovação e destinação de verba para incremento das ações gestoras (custeio de profissionais).</li> </ul>

### 3.4.2 - PARA O PROBLEMA “RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO”

A tabela 04 descreve as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos para os problemas de risco cardiovascular.

TABELA 04 – Enfrentamento do risco cardiovascular

Nó crítico	Operação /Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Tabagismo e outras drogas.	<p><b>“Droga pra quê?”</b></p> <p>Objetivo: concientizar a população sobre os riscos do tabaco e outras drogas (psicotrópicas).</p> <p>Criar espaços para discussão sobre o tabaco e outras drogas.</p> <p>Auxiliar na implementação dos ambientes livres de tabaco (principalmente dentro dos serviços de saúde).</p>	<p>Redução do consumo de tabaco e outras drogas e de suas complicações.</p> <p>Sensibilização e capacitação dos profissionais para atuação sobre problema.</p> <p>Criação de ambientes livres de tabaco e outras drogas.</p>	<p><b>Crianças e adolescentes:</b></p> <p>Projetos de Educação em Saúde implementados.</p> <p>Projetos de promoção de saúde com foco no estilo de vida saudável implementados.</p> <p><b>População adulta:</b></p> <p>Projetos implementados de prevenção e controle dos hábitos de fumar e de outras drogas.</p> <p>Espaços coletivos livres do tabaco com o amparo legal implementados.</p>	<p><u>Econômicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Produção de material didático e informativo.</li> <li>- Compra de materiais para os Projetos (processo de compra - tempo).</li> <li>- Pagamento de professores e tutores para atividades de Educação em Saúde nas escolas.</li> </ul> <p><u>Organizacionais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espaços para discussões.</li> <li>- Recursos audiovisuais.</li> </ul> <p><u>Cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionais com conhecimento da comunidade, dos projetos, dos conteúdos associados aos projetos e de estratégias pedagógicas adequadas.</li> </ul> <p><u>Políticos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Decisão de implementação do Projeto dentro de escolas.</li> <li>- Decisão de implementação dos projetos de informação sobre o tabaco e outras drogas.</li> <li>- Liberação de Profissionais de Educação Física para ensino em saúde.</li> <li>- Autorização da compra do material didático e materiais para os Projetos.</li> <li>- Deliberação para construção conjunta de políticas e leis que reduzam o consumo de tabaco e outras drogas.</li> <li>- Liberação de espaços para capacitações.</li> </ul>

TABELA 04 – Enfrentamento do risco cardiovascular (continuação)

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Sedentarismo/ Obesidade/ Dislipidemia.	<p><b>“Movimente com qualidade nas atividades da cidade”</b></p> <p>Objetivo: sensibilizar e ampliar acesso e as possibilidades de prática de atividade física.</p> <p>Subsidiar políticas voltadas para a regulamentação e favorecimento das práticas de atividade física em espaços coletivos como escolas, creches, fábricas entre outras.</p> <p><b>“BH nutri em ação”</b></p> <p>Objetivo: sensibilizar para melhoria da qualidade da alimentação, oferecendo alternativas.</p> <p>Subsidiar políticas voltadas para a regulamentação da qualidade da alimentação em espaços coletivos como escolas, creches, fábricas entre outras.</p>	<p>Sensibilização e conscientização da população sobre importância e possibilidades de atividade física em diferentes espaços sociais.</p> <p>Construção de políticas públicas que favoreçam a prática de atividades físicas (desenhos urbanos que permitam acessibilidade e estímulo para as práticas de atividades físicas, espaços disponíveis para práticas esportivas e de exercício físico como quadras, clubes, ginásios poliesportivos, academias da cidade e a céu aberto, salões para dança, ginástica, jogos, lutas e expressões rítmicas e culturais).</p> <p>Sensibilização e conscientização da população sobre dietas mais adequadas as realidades de cada comunidade.</p> <p>Construção de políticas públicas que favoreçam a alimentação saudável.</p>	<p><b>Crianças e adolescentes:</b> Projetos de promoção de saúde com foco no estilo de vida saudável implementados.</p> <p>Projeto de Educação em saúde implementados.</p> <p><b>População adulta:</b> Projeto de prevenção e redução das complicações das doenças em consequência da inatividade física e da má alimentação implementados.</p> <p>Qualificação das Avaliações físicas, funcionais, hemodinâmicas e do nível de atividade física.</p>	<p><u>Econômicos:</u> - Realização de eventos que favoreçam a prática da atividade física. - Produção de material didático e informativo. - Compra de materiais para os Projetos (processo de compra - tempo). - Pagamento de professores e tutores para atividades de Educação em Saúde nas escolas. - Apoio logístico das atividades do programa.</p> <p><u>Organizacionais:</u> - Recursos audiovisuais. - Espaços públicos para práticas de atividade física e para realização de oficinas de culinária saudável.</p> <p><u>Cognitivo:</u> - Profissionais com conhecimento da comunidade, dos projetos, dos conteúdos associados aos projetos e de estratégias pedagógicas adequadas.</p> <p><u>Políticos:</u> - Decisão de implementação do Projeto dentro de escolas. - Decisão de implementação dos projetos de atividade física e alimentação saudável. - Liberação de Profissionais de Educação Física para ensino em saúde. - Autorização da compra do material didático e de materiais para os Projetos. - Autorização para eventos e utilização de espaços para execução dos Projetos. - Viabilização do acesso às ações (apoio logístico). - Deliberação para construção conjunta de políticas e leis que favoreçam a prática de atividade física e o acesso ao consumo de frutas e hortaliças.</p>

### 3.5 - IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

Como parte dos recursos necessários ao desenvolvimento das operações a identificação dos recursos críticos se faz necessária. Através da tabela 05 podemos



potencializar e centrar esforços com estratégias a convercer lideranças á execução de projetos que não estão sobre nossa governabilidade.

**TABELA 05 - Identificação dos recursos críticos**

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
"Comunica SUS"	<p><u>Econômicos:</u> - Compra para melhorias dos sistemas de informação.</p> <p><u>Cognitivos:</u> - Profissionais com conhecimento das tecnologias da informação, dos projetos, dos conteúdos associados aos projetos e de estratégias pedagógicas adequadas para comunicação em rede.</p> <p><u>Políticos:</u> - Decisão de implementação das reuniões de planejamento.</p>
"Educando em rede"	<p><u>Econômicos:</u> - Compra e produção de material didático e informativo (protocolos).</p> <p><u>Cognitivo:</u> - Profissionais com conhecimento de educação em saúde, dos projetos, dos conteúdos associados aos projetos e de estratégias pedagógicas adequadas.</p>
"Monitora BH"	<p><u>Econômicos:</u> - Compra para melhorias dos sistemas de informação. - Pagamento de técnico para construção de software de integração entre sistemas.</p> <p><u>Organizacionais:</u> - Disponibilidade de link, ponto de rede e computadores que permitam acesso rápido.</p> <p><u>Cognitivo:</u> - Profissionais com conhecimento de informática e epidemiologia, dos projetos, dos conteúdos associados aos projetos e de estratégias pedagógicas adequadas.</p>
"Vamos construir juntos?"	<p><u>Cognitivo:</u> - Profissionais com conhecimento de gestão, dos projetos, dos conteúdos associados aos projetos e de estratégias pedagógicas adequadas.</p> <p><u>Políticos:</u> - Institucionalização de gestão colegiada. - Implementação do grupo de apoio à gestão.</p>
"Droga pra quê?"	<p><u>Econômicos:</u> - Produção de material informativo.</p> <p><u>Cognitivo:</u> - Profissionais com conhecimento da comunidade, dos projetos, dos conteúdos associados aos projetos e de estratégias pedagógicas.</p> <p><u>Políticos:</u> - Decisão de implementação do Projeto dentro de escolas. - Liberação de Profissionais de Educação Física para ensino em saúde.</p>
"Movimente com qualidade nas atividades da cidade"	<p><u>Econômicos:</u> - Produção de material informativo. - Compra de materiais para os Projetos (processo de compra - tempo). - Apoio logístico das atividades do programa.</p> <p><u>Cognitivo:</u> - Profissionais com conhecimento da comunidade, dos projetos, dos conteúdos associados aos projetos e de estratégias pedagógicas.</p>
"BH nitri em ação"	<p><u>Políticos:</u> - Decisão de implementação do Projeto dentro de escolas. - Liberação de Profissionais de Educação Física para ensino em saúde. - Viabilização do acesso às ações (apoio logístico). - Deliberação para construção conjunta de políticas e leis que favoreçam a prática de atividade física e o acesso ao consumo de frutas e hortaliças.</p>

### 3.6 - VIABILIDADE DO PLANO: Plano Estratégico Situacional

Encontrar atores que controlam os recursos críticos e o nível de motivação desses atores com relação ao plano proposto (tabela 06) é imprescindível para posterior avaliação das estratégias necessárias para criar parcerias para viabilizar o plano.

**TABELA 06 - Motivação dos atores que controlam os recursos críticos**

Operação /Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator	Motivação	
"Comunica SUS"	<u>Econômicos:</u> - Compra para melhorias dos sistemas de informação.	Gerência Administrativa.	Indiferente	- Elaborar, apresentar e discutir com os atores que controlam os recursos críticos exemplos de experiências bem sucedidas e de seus benefícios, para a população e para o serviço.  - Discutir, elaborar e apresentar a proposta de intervenção do grupo.  - Apresentar, caso necessário, os apoios conseguidos de outros atores sociais à proposta do grupo.
	<u>Cognitivos:</u> - Profissionais com conhecimento das tecnologias da informação, dos projetos, dos conteúdos associados aos projetos e de estratégias pedagógicas adequadas para comunicação em rede.	Referência Técnica distrital.	Favorável	
	<u>Políticos:</u> - Decisão de implementação das reuniões de planejamento.	Gerente de centro de saúde.	Indiferente	
"Educando em rede"	<u>Econômicos:</u> - Compra de material didático e informativo (protocolos).	Gerência de comunicação	Indiferente	
	- Produção de material didático e informativo (protocolos).	Coordenação Pedagógica	Favorável	
	<u>Cognitivo:</u> - Profissionais com conhecimento de educação em saúde, dos projetos, dos conteúdos associados aos projetos e de estratégias pedagógicas adequadas.	Referência Técnica distrital.	Favorável	
"Monitora BH"	<u>Econômicos:</u> - Compra para melhorias dos sistemas de informação.	Gerência Administrativa.	Indiferente	
	- Pagamento de técnico para construção de software de integração entre sistemas.	Prodabel	Indiferente	
	<u>Organizacionais:</u> - Disponibilidade de link, ponto de rede e computadores que permitam acesso rápido.	Prodabel	Indiferente	
	<u>Cognitivo:</u> - Profissionais com conhecimento de informática e epidemiologia, dos projetos, dos conteúdos associados aos projetos e de estratégias pedagógicas adequadas.	Referência Técnica distrital.	Favorável	

**TABELA 06 - Motivação dos atores que controlam os recursos críticos  
(continuação)**

Operação /Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator	Motivação	
"Vamos construir juntos?"	<u>Cognitivo:</u> - Profissionais com conhecimento de gestão, dos projetos, dos conteúdos associados aos projetos e de estratégias pedagógicas adequadas.	Referência Técnica distrital.	Favorável	- Elaborar, apresentar e discutir com os atores que controlam os recursos críticos exemplos de experiências bem sucedidas e de seus benefícios, para a população e para o serviço.  - Discutir, elaborar e apresentar a proposta de intervenção do grupo.  - Apresentar, caso necessário, os apoios conseguidos de outros atores sociais à proposta do grupo.
	<u>Políticos:</u> - Institucionalização de gestão colegiada.	Secretário Municipal de saúde.	Favorável	
	- Implementação do grupo de apoio à gestão.	Gerente de centro de saúde.	Indiferente	
"Droga pra quê?"	<u>Econômicos:</u> - Produção de material informativo.	Gerência de comunicação	Favorável	- Elaborar projeto - Apresentar o projeto para possíveis parceiros (conselhos, outras secretarias, vereadores e população) com o objetivo de conseguir apoios ao projeto (empoderar o projeto).
	<u>Cognitivo:</u> - Profissionais com conhecimento da comunidade, dos projetos, dos conteúdos associados aos projetos e de estratégias pedagógicas.	Referência Técnica distrital.	Favorável	
	<u>Políticos:</u> - Decisão de implementação do Projeto dentro de escolas.	Secretário de Educação	Contrária	
	- Liberação de Profissionais de Educação Física para ensino em saúde.	Secretário de Educação	Contrária	

**TABELA 06 - Motivação dos atores que controlam os recursos críticos  
(continuação)**

Operação /Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator	Motivação	
<p>“Movimente com qualidade nas atividades da cidade”</p> <p>“BH nitri em ação”</p>	<p><u>Econômicos:</u></p> <p>- Produção de material informativo.</p>	Gerência de comunicação.	Favorável	<p>- Elaborar, apresentar e discutir com os atores que controlam os recursos críticos exemplos de experiências bem sucedidas e de seus benefícios, para a população e para o serviço.</p> <p>- Discutir, elaborar e apresentar a proposta de intervenção do grupo.</p> <p>- Apresentar, caso necessário, os apoios conseguidos de outros atores sociais à proposta do grupo.</p>
	- Compra de materiais para os Projetos (processo de compra - tempo).	Gerência Administrativa.	Indiferente	
	- Apoio logístico das atividades do programa.	Secretário de Saúde	Indiferente	
	<p><u>Cognitivo:</u></p> <p>- Profissionais com conhecimento da comunidade, dos projetos, dos conteúdos associados aos projetos e de estratégias pedagógicas.</p>	Referência Técnica distrital.	Favorável	
	<p><u>Políticos:</u></p> <p>- Deliberação para construção conjunta de políticas e leis que favoreçam a prática de atividade física e o acesso ao consumo de frutas e hortaliças.</p>	Vereadores e Secretário de Saúde	Favorável	
	- Viabilização do acesso às ações (apoio logístico).	Secretário de Educação.	Favorável	
- Decisão de implementação do Projeto dentro de escolas.	Secretário de Educação.	Contrária	- Elaborar projeto - Apresentar o projeto para possíveis parceiros (conselhos, outras secretarias, vereadores e população) com o objetivo de conseguir apoios ao projeto (empoderar o projeto).	
- Liberação de Profissionais de Educação Física para ensino em saúde.	Secretário de Educação.	Contrária		

### 3.7 - PLANO OPERATIVO OU ESTRATÉGICO

Traçar prazos para a realização das operações favorecem os cumprimentos dos objetivos. Dessa forma, um plano operativo (tabela 07) foi elaborado de forma a garantir o sucesso das atividades.

**TABELA 07 - Plano Operativo**

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Respon- Sável</b>	<b>Prazo</b>
<b>“Comunica SUS”</b>	Otimização do fluxo de informação entre os profissionais.	Reuniões sistematicas de planejamento. Atas e registros de reuniões implementados. Fóruns e chats de discussão. Profissionais aptos para utilização das redes sociais (otimização da comunicação a distância). Agenda elaborada.		
<b>“Educando em rede”</b>	Educação permanente com participação multiprofissional. Converção das estratégias com utilização de ferramentas em comum (alinhar conceitos, fazer conexões e entendimentos do serviço com a utilização dos dados e indicadores).	Implementação de projeto de educação permanente com enfoque multiprofissional construído coletivamente pela equipe. Rede com utilização de uma mesma linguagem. Oficinas de qualificação (nivelamento) com produção de ações conjuntas e utilização de ferramentas em comum para resolução dos problemas (sair da posição de ouvinte e aluno e ir para a figura do que constroi as ações para a melhoria do serviço).		
<b>“Monitora BH”</b>	Definição de indicadores de monitoramento e avaliar as fontes de informação Melhoria do sistema de coleta, registro, processamento e análise dos dados. Equipamento das redes e capacitação dos profissionais para a coleta, registro, processamento e análise de dados.	Modelo de acompanhamento e avaliação das ações implementadas. Planilha de monitoramento e avaliação das ações de saúde implementada. Relatórios periódicos. Redes equipadas e profissionais capacitados. Reuniões de planejamento com discussão dos resultados.		
<b>“Vamos construir juntos?”</b>	Implementação dos mecanismos de Gestão participativa dos projetos e ações da Atenção Primária a Saúde (APS). Sensibilização e capacitação dos profissionais para gestão participativa.	Espaço de gestão participativa no âmbito dos Centros de Saúde implementados. Profissionais capacitados para gestão participativa. Agenda de trabalho conjunta.		

TABELA 07 - Plano Operativo (continuação)

<p>“Droga pra quê?”</p>	<p>Redução do consumo de tabaco e outras drogas e de suas complicações.</p> <p>Sensibilização e capacitação dos profissionais para atuação sobre problema.</p> <p>Criação de ambientes livres de tabaco e outras drogas.</p>	<p><b>Crianças e adolescentes:</b> Projetos de Educação em Saúde implementados.</p> <p>Projetos de promoção de saúde com foco no estilo de vida saudável implementados.</p> <p><b>População adulta:</b> Projetos implementados de prevenção e controle dos hábitos de fumar e de outras drogas.</p> <p>Espaços coletivos livres do tabaco com o amparo legal implementados.</p>		
<p>“Movimente com qualidade nas atividades da cidade”</p> <p>“BH nutri em ação”</p>	<p>Sensibilização e conscientização da população sobre importância e possibilidades de atividade física em diferentes espaços sociais.</p> <p>Construção de políticas públicas que favoreçam a prática de atividades físicas (desenhos urbanos que permitam acessibilidade e estímulo para as práticas de atividades físicas, espaços disponíveis para práticas esportivas e de exercício físico como quadras, clubes, ginásios poliesportivos, academias da cidade e a céu aberto, salões para dança, ginástica, jogos, lutas e expressões rítmicas e culturais).</p> <p>Sensibilização e conscientização da população sobre dietas mais adequadas as realidades de cada comunidade.</p> <p>Construção de políticas públicas que favoreçam a alimentação saudável.</p>	<p><b>Crianças e adolescentes:</b> Projetos de promoção de saúde com foco no estilo de vida saudável implementados.</p> <p>Projeto de Educação em saúde implementados.</p> <p><b>População adulta:</b> Projeto de prevenção e redução das complicações das doenças em consequência da inatividade física e da má alimentação implementados.</p> <p>Qualificação das Avaliações físicas, funcionais, hemodinâmicas e do nível de atividade física.</p>		

### 3.8 - ACOMPANHAMENTO DO PROJETO

O acompanhamento do projeto permite adequar todo o processo a realidade das ações planejadas, se os prazos são concretos, se são exequíveis e se tiveram alterações de responsáveis. Caso exista alguma alteração, o registro da mudança com justificativa permite redimensionar o projeto e planejar novas decisões.

**TABELA 08 – Acompanhamento de operação**

**Operação: “Comunica SUS”**

**Coordenação:**

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Reuniões sistematicas de planejamento. Atas e registros de reuniões implementados. Fóruns e chats de discussão. Profissionais aptos para utilização das redes sociais (otimização da comunicação a distância). Agenda elaborada.					

**Operação: “Educando em rede”**

**Coordenação:**

Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Implementação de projeto de educação permanente com enfoque multiprofissional construído coletivamente pela equipe. Rede com utilização de uma mesma linguagem. Oficinas de qualificação (nivelamento) com produção de ações conjuntas e utilização de ferramentas em comum para resolução dos problemas (sair da posição de ouvinte e aluno e ir para a figura do que constroi as ações para a melhoria do serviço).					

**TABELA 08 – Acompanhamento de operação (continuação)****Operação:** "Monitora BH"**Coordenação:**

Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Modelo de acompanhamento e avaliação das ações implementadas.					
Planilha de monitoramento e avaliação das ações de saúde implementada.					
Relatórios periódicos.					
Redes equipadas e profissionais capacitados.					
Reuniões de planejamento com discussão dos resultados.					

**Operação:** "Vamos construir juntos?"**Coordenação:**

Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Espaço de gestão participativa no âmbito dos Centros de Saúde implementados.					
Profissionais capacitados para gestão participativa.					
Agenda de trabalho conjunta.					



**TABELA 08 – Acompanhamento de operação (continuação)**

**Operação:** “Droga pra quê?”

**Coordenação:**

Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
<p><b>Crianças e adolescentes:</b> Projetos de Educação em Saúde implementados.</p> <p>Projetos de promoção de saúde com foco no estilo de vida saudável implementados.</p> <p><b>População adulta:</b> Projetos implementados de prevenção e controle dos hábitos de fumar e de outras drogas.</p> <p>Espaços coletivos livres do tabaco com o amparo legal implementados.</p>					

**Operação:** “Movimento com qualidade nas atividades da cidade” e “BH nutri em ação”

**Coordenação:**

Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
<p><b>Crianças e adolescentes:</b> Projetos de promoção de saúde com foco no estilo de vida saudável implementados.</p> <p>Projeto de Educação em saúde implementados.</p> <p><b>População adulta:</b> Projeto de prevenção e redução das complicações das doenças em consequência da inatividade física e da má alimentação implementados.</p> <p>Qualificação das Avaliações físicas, funcionais, hemodinâmicas e do nível de atividade física.</p>					

### 3.9 - AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DO PLANO

Os indicadores permitem informar (check list) os locais que estão desenvolvendo as ações estratégicas com sucesso. Nos locais que não acontecem deve conter uma equipe de apoio que construa possibilidades de acordo com experiências bem sucedidas e caso necessário um novo plano de ação precisará ser construído para o enfrentamento do problema local.

**TABELA 09 – Monitoramento das ações interdisciplinares e intersetoriais**

Indicadores	Momento atual		Em 6 meses		Em 1 ano	
	Sim	Não	sim	Não	sim	não
Implementação de reuniões intersetoriais de planejamento.						
Implementação de atas das reuniões.						
Implementação de fóruns e chats de discussão.						
Profissionais aptos para utilização das redes sociais.						
Implementação de projeto de educação permanente com enfoque multiprofissional construído coletivamente pela equipe.						
Rede com utilização de uma mesma linguagem.						
Implementação de oficinas de qualificação com produção de ações conjuntas e utilização de ferramentas em comum para resolução dos problemas.						
Modelo de acompanhamento e avaliação das ações implementadas.						
Planilha de monitoramento e avaliação das ações de saúde implementada.						
Construção de relatórios periódicos.						
Redes equipadas.						
Profissionais capacitados.						

**TABELA 09 – Monitoramento das ações interdisciplinares e intersetoriais  
(continuação)**

Reuniões de planejamento com discussão dos resultados.						
Espaço de gestão participativa no âmbito dos Centros de Saúde.						
Construção de agenda de trabalho conjunta.						
Conhecimento dos tipos de gestores e de estratégias administrativas para cada cenário de ação.						
Execução dos projetos de Educação em Saúde.						
Projetos de promoção de saúde com foco no estilo de vida saudável implementados.						
Projetos implementados de prevenção e controle dos hábitos de fumar e de outras drogas.						
Espaços coletivos livres do tabaco com o amparo legal.						
Melhoria das avaliações físicas, funcionais, hemodinâmicas e do nível de atividade física.						
Famílias informadas da importância da atividade física e de uma boa alimentação.						

As tabelas 10 e 11 são importantes para acompanhar os indicadores para controle e identificação dos locais que estão funcionando de acordo com o planejado e dos locais que precisam de intervenções com o auxílio das experiências bem sucedidas.

**TABELA 10 – Monitoramento dos fatores de RCV - C.S. Monte Azul**

<b>Características e Fatores de risco</b>	<b>T0</b>	<b>T1 6 MESES</b>	<b>T2 12 MESES</b>	<b>T3 18 MESES</b>
População cadastrada	7287			
Adultos Hipertensos cadastrados***	475			
Adultos Hipertensos esperados (25,8%)***	768			
Idosos Hipertensos cadastrados##	326			
Idosos Hipertensos esperados (52,5%)##	224			
Adultos Diabéticos cadastrados#	157			
Adultos Diabéticos esperados (12,0%)#	356			
Idosos Diabéticos cadastrados###	129			
Idosos Diabéticos esperados (20,0%)###	85			
Dislipidemia	513			
Obesidade	247			
Tabagismo	154			
AVC Hemorrágico ou Isquêmico	5			
Infarto	2			
Internações por DCV*	18			
Óbitos por DCV**	4			

Fonte: Sistema Saúde em Rede/GEEPI/SMSA-BH referente ao ano de 2011.

\* Relatório de egressos hospitalares do laudo – AIH referente ao ano de 2011.

\*\* Sistema de Informação de Mortalidade referente ao ano de 2011.

\*\*\* População de 25 a 59 anos do cadastro BHSocial com 25,8% da população hipertensa esperada.

# População de 30 a 59 anos do cadastro BHSocial com 12,0% da população diabética esperada.

## População maior que 59 anos do cadastro BHSocial com 52,5% da população hipertensa esperada.

### População maior que 59 anos do cadastro BHSocial com 20,0% da população diabética esperada.

**TABELA 11 – Monitoramento dos fatores de RCV - C.S. São Miguel Arcanjo**

<b>Características e Fatores de risco</b>	<b>T0</b>	<b>T1 6 MESES</b>	<b>T2 12 MESES</b>	<b>T3 18 MESES</b>
População cadastrada	10652			
Adultos Hipertensos cadastrados***	489			
Adultos Hipertensos esperados (25,8%)***	942			
Idosos Hipertensos cadastrados##	295			
Idosos Hipertensos esperados (52,5%)##	284			
Adultos Diabéticos cadastrados#	125			
Adultos Diabéticos esperados (12,0%)#	437			
Idosos Diabéticos cadastrados##	78			
Idosos Diabéticos esperados (20,0%)##	108			
Dislipidemia	562			
Obesidade	792			
Tabagismo	396			
AVC Hemorrágico ou Isquêmico	2			
Infarto	1			
Internações por DCV*	21			
Óbitos por DCV**	2			

Fonte: Sistema Saúde em Rede/GEEPI/SMSA-BH referente ao ano de 2011.

\* Relatório de egressos hospitalares do laudo – AIH referente ao ano de 2011.

\*\* Sistema de Informação de Mortalidade referente ao ano de 2011.

\*\*\* População de 25 a 59 anos do cadastro BHSocial com 25,8% da população hipertensa esperada.

# População de 30 a 59 anos do cadastro BHSocial com 12,0% da população diabética esperada.

## População maior que 59 anos do cadastro BHSocial com 52,5% da população hipertensa esperada.

### População maior que 59 anos do cadastro BHSocial com 20,0% da população diabética esperada.

Nas tabelas 12 e 13 os indicadores permitem controle e intervenção onde os programas funcionam e onde precisam de apoio (baseado em cima das experiências bem sucedidas).

**TABELA 12 – Monitoramento dos fatores de RCV - PAC Monte Azul**

<b>Características e Fatores de risco</b>	<b>T0</b>	<b>T1 6 MESES</b>	<b>T2 12 MESES</b>	<b>T3 18 MESES</b>
População cadastrada	345			
Hipertensos cadastrados	112			
Diabéticos cadastrados	34			
Dislipidemia	19			
Obesidade	119			
Tabagismo	37			
AVC Hemorrágico ou Isquêmico	8			
Infarto	12			

Fonte: Sistema de informação do programa academias referente ao ano de 2011.

Dados de usuários iguais e maiores de 18 anos.

Total de usuários frequentes três vezes na semana nas atividades físicas que duram 60 minutos.

**TABELA 13 – Monitoramento dos fatores de RCV - PAC Vila Fátima**

<b>Características e Fatores de risco</b>	<b>T0</b>	<b>T1 6 MESES</b>	<b>T2 12 MESES</b>	<b>T3 18 MESES</b>
População cadastrada	377			
Hipertensos cadastrados	110			
Diabéticos cadastrados	40			
Dislipidemia	82			
Obesidade	131			
Tabagismo	36			
AVC Hemorrágico ou Isquêmico	12			
Infarto	6			

Fonte: Sistema de informação do programa academias referente ao ano de 2011.

Dados de usuários iguais e maiores de 18 anos.

Total de usuários frequentes três vezes na semana nas atividades físicas que duram 60 minutos.

## **4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSIÇÕES**

### **4.1 - IMPLICAÇÕES DO PLANO DE AÇÃO**

Este é o momento de replanejar, caso necessário, ou de manter integralmente as propostas para que saiam do formato de projeto e possam ser colocadas em prática.

Implementação das ações para provocar o trabalho intersetorial e interdisciplinar no combate às doenças cardiovasculares.

### **4.2 - ESTRATÉGIAS E PRÉ-REQUISITOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO**

Para implementação do plano de ação que contemple uma intervenção interdisciplinar e intersetorial faz-se necessário algumas mudanças de paradigmas que têm orientado a prática das instituições e dos profissionais. No caso específico da saúde, exige a compreensão do processo saúde e doença da sociedade e suas implicações no processo de trabalho em saúde (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010 e JAPIASSU, 1976).

É importante a identificação dos principais problemas de saúde, relacionados à biologia humana, ao ambiente, ao estilo de vida e à organização da saúde (LALONDE, 1974). Após o levantamento dos problemas, estratégias devem ser elaboradas para o enfrentamento no momento oportuno, agindo com eficácia (MATUS, 1991).

Nessa visão, o plano de ação deste estudo parte da comunicação (sabendo que a voz mais importante é a do usuário), garantindo a continuidade e sustentabilidade das ações planejadas (com a gestão ética que caminha de acordo com as necessidades do usuário) e refinando o processo de trabalho com a educação continuada e permanente com a equipe de saúde embasada para atuar frente ao problema (CECÍLIO, 2012).

Todo este plano de enfrentamento do problema está estruturado na figura 05.



FIGURA 05 – Modelo teórico para estruturação das operações.



## 5 – REFERENCIAS

ACSM - American College of Sports Medicine. **Diretrizes do ACSM para o Teste de Esforço e sua Prescrição**. 8. ed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan (Grupo GEN), 2010.

BARRETO, S. M.; PINHEIRO, A. R. O.; SICHIERI, R.; MONTEIRO, C.A.; BATISTA FILHO, M.; SCHIMIDT, M. I. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 14, n. 1, p. 41-68, 2005.

BELO HORIZONTE. Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de informação em saúde**. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Cadernos de Atenção Básica - n. 12, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília/DF: Editora do Ministério da saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. **Diretrizes do NASF** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

BUSS, Paulo M.; FILHO, Alberto P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG - Coopmed, 2010.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 23, n. 2, Rio de Janeiro, fev. 2007.

CARLOS, Jairo Gonçalves. **Interdisciplinaridade no Ensino Médio: desafios e potencialidade**. 2007. 171f. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

CECÍLIO, L. C. O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo"? **Saúde Soc**. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 280-289, Jun. 2012.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to promote social equity in health**. Stocolm: Institute for Future Studies, 1991.

DEVERS, G. E. A. An epidemiological model for health policy analysis. **Social Indicators Research, Dordrecht**, v. 2, p. 453-466, 1976.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SERVIÇOS HUMANOS (HHS). Centros para o Controle e a Prevenção de Doenças (CDC). **Manual de avaliação da atividade física**. [Rio de Janeiro: 2. ed., 2006]. (Tradução de Physical Activity Avaluation Handbook). Atlanta: HHS / CDC, 2002).

FAZENDA, Ivani Catarina Alves et al.(Org.). **Práticas interdisciplinares na escola**. 3. ed., São Paulo: Cortez, 1993.

FERREIRA, S. M. G. **Sistema de informação em Saúde**: conceitos fundamentais e organização, 1999. 19p.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde**: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 1999.

FURTADO, J. P. **Arranjos institucionais e gestão da clínica**: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 1, n.1, 2009.

HANASHIRO, L. T. e BOTELHO, M. Lian Gong em 18 terapias: ação relevante na promoção de saúde do SUS/BH. **Pensar BH/Política Social**, n.29, Jul., 2011.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KATZMARZYK, P. T.; CHURCH, T. S.; CRAIG, C. L. and BOUCHARD, C. Sitting Time and Mortality from All Causes, Cardiovascular Disease, and Cancer. **Medicine & science in sports & exercise**, Oct. 2008.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians**: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

MATUS, C. O plano como aposta. **São Paulo em perspectiva**. v. 5, n. 4, p. 28-42, 1991.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MONTORO, T. **Retratos da comunicação em saúde**: desafios e perspectivas. Interface. Botucatu. v. 12, n. 25, p. 445-448, 2008.

MOURÃO, Marcelo Alves; PASSO, Aléxia Dutra Balona; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **O Programa BH Cidadania**: teoria e prática da intersetorialidade. Belo Horizonte: Únika, 2011. 216 p.

NEGRÃO, C. E.; BARRETO, A. C. P. **Cardiologia do Exercício**: do Atleta ao Cardiopata. 3. ed., São Paulo: Editora Manole, 2010.

NOGUEIRA-MARTINS - NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fatini. **Humanização da assistência e formação do profissional de saúde**. Maio 2003.

OPAS / OMS. Declaração de Santa Fé de Bogotá. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, 1992. p. 41-47.

PEDUZZI, Marina. **Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde**, **Trabalho, Educação e Saúde**, 1(1), p. 75-91, 2002.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 583 p.

QUEVEDO, J. R. S.; SCHEER, S. Administração de conflitos na gestão de processo de projetos em ambientes colaborativos. Workshop brasileiro de gestão do processo de projetos na construção de edifícios, 2007, Curitiba. **Anais**. Curitiba: VIIWBGPPCE, 2007.

REGO, R.A.; BERARDO, F.A.; RODRIGUES, S.S.; OLIVEIRA, Z.M.; OLIVEIRA, M.B.; VASCONCELLOS, C. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Revista de Saúde Pública**, 1990.

SANTOS, SUPERTI e MACEDO, 2002 - SANTOS, D. L. C.; SUPERTI, L.; MACEDO, M. L. Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. **Boletim da Saúde**, v. 16, n. 2, 2002.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: UNESCO/MS, 2002. 726p.

TARLOV, A. **Social determinants in health**: the sociobiological translation. In: Blone, D; Brunner, E. Wilkinson (orgs). *Health and Social Organization*. Londres, Routhledge, 1996. p. 11-43.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.