

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

ESTRELLA LEYVA IRALDA

**PLANO DE AÇÃO PARA A DIMINUIÇÃO DE PESSOAS COM RISCO  
CARDIOVASCULAR AUMENTADO**

MONTES CLAROS - MG

2015

ESTRELLA LEYVA IRALDA

**PLANO DE AÇÃO PARA A DIMINUIÇÃO DE PESSOAS COM RISCO  
CARDIOVASCULAR AUMENTADO**

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

Orientadora: Daniela Coelho Zazá

MONTES CLAROS - MG

2015

ESTRELLA LEYVA IRALDA

**PLANO DE AÇÃO PARA A DIMINUIÇÃO DE PESSOAS COM RISCO  
CARDIOVASCULAR AUMENTADO**

Banca Examinadora

Prof. Daniela Coelho Zazá (orientadora)

Prof. Selme Silqueira de Matos (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

À Jesus Cristo, amigo sempre presente, sem o qual nada teria feito.

A minha família pelo amor e a confiança.

Aos colegas do PSF, que sempre incentivaram meus sonhos e estiveram sempre ao meu lado.

Aos tutores do curso pela dedicação e ajuda nos diferentes módulos.

A minha professora orientadora Daniela Coelho Zazá que me acompanhou, transmitindo-me tranquilidade.

## RESUMO

No diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Divineia observou-se elevado número de pessoas com risco cardiovascular aumentado. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção, em que os usuários da Estratégia Saúde da Família Divineia realizem mudanças no estilo de vida a fim de reduzir os fatores de risco para as doenças cardiovasculares. A metodologia foi executada em três etapas: realização do diagnóstico situacional; revisão de literatura e desenvolvimento de um plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: sedentarismo; hábitos alimentares inadequados; falta de conhecimento da população e estrutura dos serviços de saúde ineficiente. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “Atividade física” para estimular a prática de atividade física; “Alimentação equilibrada” para estimular a modificação de hábitos alimentares; “Mais conhecimento” para aumentar o nível de conhecimento da população sobre o risco cardiovascular e; “Cuidar melhor” para melhorar a estrutura do serviço para o atendimento das pessoas com risco cardiovascular aumentado.

**Palavras chave:** risco cardiovascular, hábitos de vida, atenção primária.

## **ABSTRACT**

In the situational diagnosis of the coverage area of the Family Health Strategy Divineia was observed high number of people with increased cardiovascular risk. Therefore, the purpose of this study was to develop an action plan, in which users of the Family Health Strategy Divineia perform changes in lifestyle to reduce risk factors for cardiovascular disease. The methodology is carried out in three stages: realization of situational diagnosis; literature review and the development of action plan. In this study we selected the following critical node: sedentary lifestyle; inappropriate eating habits; lack of knowledge of the population, and inefficient structure of health services. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: creation of projects "physical activity" in order to encourage physical activity; "balanced diet" in order to stimulate change in eating habits; "more knowledge" in order to increase the level of knowledge of the population on cardiovascular risk and; "Best Care" in order to improve the structure of the service for the care of persons with increased cardiovascular risk.

**Keywords:** cardiovascular risk, lifestyle, primary care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Localização de Unaí em MG .....	08
Quadro 1	Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Divineia .....	17
Quadro 2	Descritores do problema “elevado número de pessoas com risco cardiovascular aumentado” .....	18
Quadro 3	Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “elevado número de pessoas com risco cardiovascular aumentado” .	19
Quadro 4	Recursos críticos para o problema “elevado número de pessoas com risco cardiovascular aumentado” .....	20
Quadro 5	Propostas de ações para a motivação dos atores .....	20
Quadro 6	Elaboração do plano operativo .....	21
Quadro 7	Planilha de acompanhamento do projeto: “ <b>Atividade física</b> ” .....	22
Quadro 8	Planilha de acompanhamento do projeto: “ <b>Alimentação equilibrada</b> ” .....	22
Quadro 9	Planilha de acompanhamento do projeto: “ <b>Mais conhecimento</b> ” ....	23
Quadro 10	Planilha de acompanhamento do projeto: “ <b>Cuidar melhor</b> ” .....	23

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	08
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	10
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	11
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	12
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	13
5.1	Doenças cardiovasculares no Brasil .....	13
5.2	Fatores de risco para as doenças cardiovasculares .....	14
5.3	Formas de prevenção para as doenças cardiovasculares .....	15
<b>6</b>	<b>PLANO DE AÇÃO</b> .....	17
6.1	Definição dos problemas .....	17
6.2	Priorização dos problemas .....	17
6.3	Descrição do problema selecionado .....	17
6.4	Explicação do problema .....	18
6.5	Seleção dos “Nós Críticos” .....	18
6.6	Desenho das operações .....	18
6.7	Identificação dos recursos críticos .....	19
6.8	Análise da viabilidade do plano .....	20
6.9	Elaboração do plano operativo .....	21
6.10	Gestão do plano .....	22
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	24
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	25

## 1 INTRODUÇÃO

O início da minha trajetória profissional na área da saúde ocorreu no ano 2013 na Estratégia Saúde da Família (ESF) Divineia em Unaí, Minas Gerais.

O município de Unaí está situado na mesorregião do Nordeste de Minas Gerais (Figura 1) e tem uma área de 8.447 km<sup>2</sup>. Sua população estimada em 2013 era de 81.693 habitantes. No Plano econômico, é um município de características essencialmente agropecuárias, com destaque para a produção agrícola que é de aproximadamente 522.280 mil toneladas de grãos, com ênfase para o milho, a soja e o feijão (PREFEITURA MUNICIPAL DE UNAÍ, 2014).

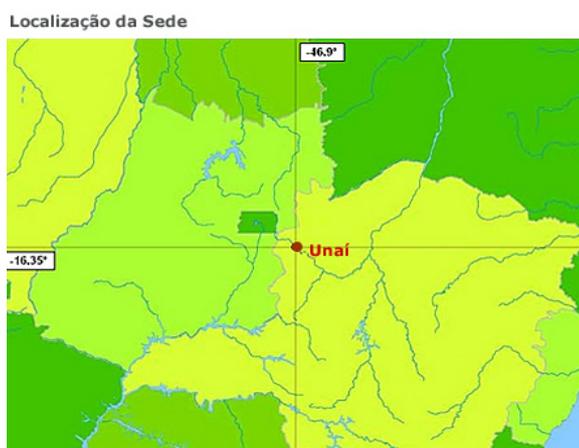


Figura 1 - Localização de Unaí em MG  
Fonte: Prefeitura Municipal de Unaí (2014)

A ESF Divineia localiza-se no bairro Divineia e sua equipe é constituída por: dois médicos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS) e uma auxiliar de serviços gerais. A estrutura física da unidade é composta por dois consultórios médicos, uma sala de vacina, uma sala de procedimentos, uma farmácia, três banheiros, uma cozinha, uma sala de espera, recepção e área externa.

Nossa equipe atende os casos de demanda programada e faz também o controle das doenças crônicas, entretanto, esse controle muitas vezes se torna difícil em função da cultura mantida por muitos anos pelos moradores desta região. Além disso, realizamos atividades de promoção e prevenção com objetivo de mudar valores e comportamentos tanto individuais quanto coletivos.

As condições e modo de vida da população atendida na ESF Divineia são próprios da área urbana. Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Divineia foi possível identificar diferentes problemas, como por exemplo: problemas com a coleta do lixo e com a água tratada, elevado número de hipertensos, elevado número de diabéticos e elevado número de pessoas com risco cardiovascular aumentado.

A doença cardiovascular representa no Brasil a maior causa de mortes. E essa taxa tende a crescer, não só pelo crescimento e envelhecimento da população, mas também pelos hábitos inadequados de alimentação e atividade física (BRASIL, 2006).

Sendo assim, como o número de usuários com risco cardiovascular aumentado na ESF Divineia é elevado viu-se a necessidade de elaborar um plano de ação como forma de reduzir os fatores que contribuem para o risco cardiovascular aumentado.

## **2 JUSTIFICATIVA**

A literatura nos mostra que as doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte em mulheres e homens no Brasil (MANSUR; FAVARATO, 2012). Sendo assim, a principal motivação para desenvolver este plano de ação para a população da minha área de abrangência foi o elevado número de usuários com risco cardiovascular aumentado. Desta forma, pretende-se criar oportunidades para que os usuários da ESF Divineia realizem mudanças no estilo de vida a fim de reduzir os fatores de risco para as DCV.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de ação para que os usuários da ESF Divineia realizem mudanças no estilo de vida a fim de reduzir os fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

## **4 METODOLOGIA**

Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional na área de abrangência da ESF Divineia. O diagnóstico situacional foi baseado no método de estimativa rápida que constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Posteriormente foi realizada uma revisão de literatura em bases de dados eletrônicas como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foram utilizados os seguintes descritores: hipertensão, diabetes mellitus, cardiopatia, dislipidemia, obesidade e sedentarismo.

Por fim, com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação realizado através do método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para que os usuários da ESF Divineia realizem mudanças no estilo de vida a fim de reduzir os fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Doenças cardiovasculares no Brasil

Doenças cardiovasculares (DCV) são as doenças que afetam o sistema circulatório, ou seja, o coração ou os vasos sanguíneos (MEN, 2009). Elas representam no Brasil a maior causa de mortes (BRASIL, 2006) e são responsáveis por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos (MANSUR; FAVARATO, 2012). Além disso, apresentam custos médicos e socioeconômicos elevados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A alta prevalência de DCV e suas múltiplas causas desafiam o desenvolvimento de estratégias preventivas (GAMA; MUSSI; GUIMARÃES, 2010).

As principais DCV que atingem a população são o infarto do miocárdio e o acidente vascular cerebral (AVC) (MEN, 2009).

O infarto do miocárdio ocorre quando as células de uma determinada região do coração deixam de receber sangue e morrem. A causa habitual da morte celular é uma isquemia no músculo cardíaco devido a uma oclusão de uma artéria coronária (MEN, 2009). O infarto agudo do miocárdio é um evento agudo que requer internação hospitalar, tendo um diagnóstico clínico bem estabelecido, geralmente baseado no tripé história clínica, evolução eletrocardiográfica e curva enzimática (ACC/AHA, 1999 apud ESCOSTEGUY *et al.*, 2003). No período de 1995 a 2003 houve aumento de 45,7% no número de internações por infarto do miocárdio (AZEVEDO *et al.*, 2005).

No caso do AVC, parte do cérebro deixa de receber oxigênio, ou por um coágulo que obstrui a passagem de sangue por uma artéria ou pelo rompimento dessa artéria (MEN, 2009). No Brasil, são registradas aproximadamente 68 mil mortes por AVC anualmente (BRASIL, 2012).

Pensando na alta incidência de DCV, torna-se importante trabalhar com a prevenção. Desta forma, a Sociedade Brasileira de Cardiologia vem trabalhando para arrecadar recursos financeiros suficientes para subsidiar projetos voltados para a comunidade de nosso país. O Programa Nacional de Prevenção e Epidemiologia é um programa que tem por finalidade implantar no território brasileiro uma extensa e permanente divulgação das cardiopatias, de suas causas e dos elementos que

aceleram o aparecimento dos eventos cardiológicos, para toda a população brasileira (SBC, 2014).

É importante que os profissionais da saúde se conscientizem da importância da medicina preventiva para as doenças crônico-degenerativas, pois com os conhecimentos atuais, ela pode ser realizada com efetividade e eficácia, principalmente, se os Órgãos Públicos e as Entidades Médicas aplicarem seus esforços na preservação da saúde, ou seja, investirem na saúde, melhorando a qualidade de vida e encurtando o período de doença (SBC, 2014).

## **5.2 Fatores de risco para as doenças cardiovasculares**

Os fatores de risco cardiovasculares são condições que predisõem uma pessoa ao maior risco de desenvolver doenças do coração e dos vasos (PAIVA, 2014). Quanto maior o número de fatores de risco presentes, maior a chance de apresentar um evento cardiovascular (ALVES; MARQUES, 2009).

Existem diversos fatores de risco para doenças cardiovasculares, os quais podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis (SIMÃO *et al.*, 2002).

### **Fatores não modificáveis**

Os fatores não modificáveis são aqueles que não podemos mudar e por isso não podemos tratá-los, como por exemplo, a hereditariedade, a idade e o sexo (PAIVA, 2014).

A herança genética de um indivíduo não pode ser alterada, a incidência de morbimortalidade é maior e mais precoce no sexo masculino e a idade, devido a mudanças hemodinâmicas e anatômicas do sistema cardiovascular, leva a uma disfunção arterial progressiva mesmo em pessoas normais (ALVES; MARQUES, 2009).

### **Fatores modificáveis**

Os fatores modificáveis são aqueles sobre os quais podemos influir, mudando, prevenindo ou tratando (PAIVA, 2014). Dentre os fatores modificáveis

temos a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o tabagismo, o diabetes mellitus (DM), a obesidade, o sedentarismo, etc.

A HAS é considerada como o mais importante fator de risco para o desenvolvimento não somente da DAC como para todas as doenças isquêmicas incluindo o acidente vascular encefálico (COELHO; NOBRE, 2006). De acordo com Carvalho *et al.* (2010) o regime pressórico persistente elevado ao longo do tempo, mesmo nos indivíduos assintomáticos, resulta em importante morbidade e mortalidade decorrentes de doenças cardiovasculares.

O tabagismo é o principal fator modificável elevador da probabilidade de morbidade e mortalidade na DAC e em doenças neurocardiovasculares. Além disso, é também a principal causa de morte relativa a outras patologias que se pode prevenir (WHO, 2004 apud ALVES; MARQUES, 2009).

Em portadores de DM as doenças cardiovasculares são responsáveis por aproximadamente 80% dos óbitos (CARAMELLI; BALLAS; RAMIRES, 1998). O DM tipo 2 (DM2) é o principal fator de risco de doença macro e microvascular, atingindo principalmente as artérias e arteríolas coronárias, cerebrais, renais e periféricas dos membros inferiores (GAMA; MUSSI; GUIMARÃES, 2010).

O sedentarismo assume um papel extremamente importante como fator de risco para DAC (ALVES; MARQUES, 2009). Exercícios físicos regulares, moderados a vigorosos tem um importante papel em evitar doenças cardiovasculares. Além disso, a atividade física também previne a obesidade, a hipertensão, o DM e abaixa os níveis de colesterol sanguíneo (GAMA; MUSSI; GUIMARÃES, 2010).

O sobrepeso é outro fator de risco importante para o desenvolvimento de DAC (ALVES; MARQUES, 2009). O excesso de peso tem uma maior probabilidade de provocar um acidente vascular cerebral ou doença cardíaca, mesmo na ausência de outros fatores de risco.

### **5.3 Formas de prevenção para as doenças cardiovasculares**

A Organização Mundial da Saúde sugere a formulação e implementação de linhas de ação efetivas para reduzir substancialmente as doenças em todo o mundo por meio de medidas preventivas (BRASIL, 2006).

No caso específico das DCV, ainda que a genética e a idade sejam importantes fatores de risco, outros fatores podem ser positivamente influenciados

por modificações no estilo de vida (O'KEEFE; NELSON; HARRIS, 1996 apud RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002).

A mudança de hábitos alimentares e a prática de atividade física são modificações do estilo de vida que podem melhorar de forma significativa os fatores de risco das DCV (RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002).

Entre as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e pelo Guia Alimentar para a população brasileira consta que a energia total deve ser distribuída nos macronutrientes de gorduras, carboidratos e proteínas, sendo o consumo de colesterol total inferior a 300mg/dia e de sódio < 2,0gr de 2 a 4gr (equivalente a 5 gramas de cloreto de sódio) (BRASIL, 2006). Rique, Soares e Meirelles (2002) afirmam ainda que em relação à nutrição, deve-se ressaltar a importância de uma dieta saudável e não de nutrientes específicos isolados, visto que diversos alimentos possuem mais de um fator benéfico à saúde cardiovascular.

De acordo com Santos (1998 apud CASTRO *et al.*, 2004) em países com alto índice de doença coronariana, predomina a alimentação com alto teor de gordura saturada. Por outro lado, em países com baixa incidência de doença coronariana, os hábitos alimentares incluem principalmente óleos vegetais e baixo consumo de produtos lácteos.

O exercício físico regular atua na prevenção e controle das DCV, influenciando quase todos os seus fatores de risco, e, associada a modificações na alimentação, deveria ser meta prioritária nos programas de prevenção das DCV (RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002).

Os mesmos autores acima afirmam que um programa completo de exercício físico deve incluir atividades aeróbicas, contra resistência e de flexibilidade. A atividade aeróbia de intensidade moderada (como caminhada), por no mínimo 30 minutos, três a cinco vezes por semana, já traz benefícios à saúde cardiovascular.

## 6 PLANO DE AÇÃO

### 6.1 Definição dos problemas

De acordo com o diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da ESF Divineia foram identificados diferentes problemas, como por exemplo, problemas com a coleta do lixo e com a água tratada, elevado número de hipertensos, elevado número de diabéticos e elevado número de pessoas com risco cardiovascular aumentado.

### 6.2 Priorização dos problemas

O quadro 1 apresenta a priorização dos problemas identificados na ESF Divineia.

Quadro 1: Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Divineia.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado número de pessoas com risco cardiovascular aumentado	Alta	7	Parcial	1
Elevado número de hipertensos	Alta	6	Parcial	2
Elevado número de diabéticos	Alta	6	Parcial	2
Problemas com a coleta do lixo e com a água tratada	Média	5	Parcial	3

Fonte: Autoria Própria (2015)

### 6.3 Descrição do problema selecionado

Quanto maior o número de fatores de risco presentes, maior a chance de apresentar um evento cardiovascular (ALVES; MARQUES, 2009). Dentre os fatores de risco modificáveis pode-se citar a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM). O quadro 2 apresenta os descritores do problema priorizado.

Quadro 2: Descritores do problema “elevado número de pessoas com risco cardiovascular aumentado”.

<b>Descritores</b>	<b>Valores</b>	<b>Fonte</b>
Hipertensos cadastrados	490	SIAB
Hipertensos acompanhados	385	Ficha individual
Diabéticos cadastrados	136	SIAB
Diabéticos acompanhados	118	Ficha individual

#### **6.4 Explicação do problema**

Nesta etapa, o objetivo é entender a gênese do problema a ser enfrentado a partir da identificação de suas causas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Dentre as causas que podem estar relacionadas ao elevado número de pessoas com risco cardiovascular aumentado na ESF Divineia destacam-se algumas características da população, como por exemplo, hábitos alimentares inadequados e sedentarismo.

#### **6.5 Seleção dos “Nós Críticos”**

O nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Foram selecionados os seguintes nós críticos relacionados ao elevado número de pessoas com risco cardiovascular aumentado na ESF Divineia:

- Sedentarismo;
- Hábitos alimentares inadequados;
- Falta de conhecimento da população;
- Estrutura dos serviços de saúde ineficiente.

#### **6.6 Desenho das operações**

O quadro 3 apresenta o desenho das operações para enfrentar os “nós críticos” do problema priorizado.

Quadro 3: Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “elevado número de pessoas com risco cardiovascular aumentado”.

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação / projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Sedentarismo	<b>“Atividade física”</b> Estimular a prática de atividade física	Aumentar o número de pessoas fisicamente ativas	- Grupos de caminhada - Grupos de ginástica - Grupos de dança	<b>Organizacional:</b> para organizar os grupos de atividade física; <b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema; <b>Político:</b> conseguir local, mobilização social, articulação inter setorial
Hábitos alimentares inadequados	<b>“Alimentação equilibrada”</b> Estimular a modificação de hábitos alimentares.	Aumentar o número de pessoas com alimentação mais equilibrada.	Campanhas educativas através de grupos operativos.	<b>Organizacional:</b> organização de grupos operativos <b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema <b>Político:</b> conseguir local, mobilização social, articulação inter setorial
Falta de conhecimento da população	<b>“Mais conhecimento”</b> Aumentar o nível de conhecimento da população sobre o risco cardiovascular.	População mais informada sobre os fatores de risco cardiovascular	Campanhas educativas através de grupos operativos; capacitação dos ACS.	<b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre o tema <b>Organizacional:</b> organização da agenda; <b>Político:</b> articulação inter setorial
Estrutura dos serviços de saúde ineficiente	<b>“Cuidar melhor”</b> Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento das pessoas com risco cardiovascular aumentado	Garantia de medicamentos e exames	Capacitação de pessoal; contratação de compra de exames e consultas especializadas	<b>Organizacional:</b> envolvimento da equipe <b>Políticos:</b> decisão de recursos para estruturar o serviço; <b>Financeiros:</b> aumento de oferta de exames.

Fonte: Autoria Própria (2015)

## 6.7 Identificação dos recursos críticos

O quadro 4 apresenta os recursos críticos para o problema priorizado. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 4: Recursos críticos para o problema “elevado número de pessoas com risco cardiovascular aumentado”.

<b>Operação / projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<p><b>“Atividade física”</b> Estimular a prática de atividade física</p>	<p><b>Organizacional:</b> para organizar os grupos de atividade física <b>Político:</b> conseguir local, mobilização social, articulação inter setorial</p>
<p><b>“Alimentação equilibrada”</b> Estimular a modificação de hábitos alimentares.</p>	<p><b>Organizacional:</b> organização de grupos operativos <b>Político:</b> conseguir local, mobilização social, articulação inter setorial</p>
<p><b>“Mais conhecimento”</b> Aumentar o nível de conhecimento da população sobre o risco cardiovascular.</p>	<p><b>Político:</b> articulação inter setorial</p>
<p><b>“Cuidar melhor”</b> Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento das pessoas com risco cardiovascular aumentado</p>	<p><b>Políticos:</b> decisão de recursos para estruturar o serviço <b>Financeiros:</b> aumento de oferta de exames</p>

Fonte: Autoria Própria (2015)

## 6.8 Análise da viabilidade do plano

Os objetivos desse passo são: identificar os atores que controlam os recursos críticos necessários para implementação de cada operação; fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano e; desenhar ações estratégicas para motivar os atores a construir a viabilidade da operação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O quadro 5 apresenta as propostas de ações para a motivação dos atores.

Quadro 5: Propostas de ações para a motivação dos atores.

<b>Operação/ projetos</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Controle dos recursos críticos</b>		<b>Ação estratégica</b>
		<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	
<p><b>“Atividade física”</b> Estimular a prática de atividade física</p>	<p><b>Organizacional:</b> para organizar os grupos de atividade física <b>Político:</b> conseguir local, mobilização social, articulação inter setorial</p>	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária
		Secretário de Saúde	Favorável	

<b>“Alimentação equilibrada”</b> Estimular a modificação de hábitos alimentares.	<b>Organizacional:</b> organização de grupos operativos <b>Político:</b> conseguir local, mobilização social, articulação inter setorial	Equipe de saúde  Secretário de Saúde	Favorável  Favorável	Não é necessária
<b>“Mais conhecimento”</b> Aumentar o nível de conhecimento da população sobre o risco cardiovascular.	<b>Político:</b> articulação inter setorial	Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessária
<b>“Cuidar melhor”</b> Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento das pessoas com risco cardiovascular aumentado	<b>Políticos:</b> decisão de recursos para estruturar o serviço <b>Financeiros:</b> aumento de oferta de exames	Prefeito Municipal  Secretário de Saúde	Favorável  Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede

Fonte: Autoria Própria (2015)

## 6.9 Elaboração do plano operativo

O objetivo desse passo é: designar os responsáveis por cada operação e; definir os prazos para a execução das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O gerente de uma operação é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que o responsável deva executá-las. Ele pode (e deve) contar com o apoio de outras pessoas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 6 apresenta a elaboração do plano operativo.

Quadro 6: Elaboração do plano operativo.

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>“Atividade física”</b> Estimular a prática de atividade física	Aumentar o número de pessoas fisicamente ativas	- Grupos de caminhada - Grupos de ginástica - Grupos de dança	Dra. Estrella	3 meses
<b>“Alimentação equilibrada”</b> Estimular a modificação de	Aumentar o número de pessoas com alimentação	Campanhas educativas através de grupos	Dra. Estrella	3 meses

hábitos alimentares.	mais equilibrada.	operativos.		
<b>“Mais conhecimento”</b> Aumentar o nível de conhecimento da população sobre o risco cardiovascular.	População mais informada sobre os fatores de risco cardiovascular	Campanhas educativas através de grupos operativos; capacitação dos ACS.	Dra. Estrella Dr Alcibelo, Enfermeira Mayda, Técnica de enfermagem Rosa.	6 meses
<b>“Cuidar melhor”</b> Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento das pessoas com risco cardiovascular aumentado	Garantia de medicamentos e exames	Capacitação de pessoal; contratação de compra de exames e consultas especializadas	Secretaria de saúde.  Coordenadora da APS. Alana.	6 meses

Fonte: Aatoria Própria (2015)

## 6.10 Gestão do plano

Os quadros 7 a 10 apresentam a situação atual das operações e os campos a serem preenchidos durante o acompanhamento das mesmas.

Quadro 7 - Planilha de acompanhamento do projeto: “Atividade física”.

Operação: “Atividade física”					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
- Grupos de caminhada - Grupos de ginástica - Grupos de dança	Dra. Estrella	3 meses	Aguardando implantação		

Fonte: Aatoria Própria (2015)

Quadro 8 - Planilha de acompanhamento do projeto: “Alimentação equilibrada”.

Operação: “Alimentação equilibrada”					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Campanhas educativas através de grupos	Dra. Estrella	3 meses	Aguardando implantação		

operativos.					
-------------	--	--	--	--	--

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 9 - Planilha de acompanhamento do projeto: “Mais conhecimento”.

<b>Operação: “Mais conhecimento”</b>					
<b>Produtos esperados</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Campanhas educativas através de grupos operativos; capacitação dos ACS.	Dra. Estrella Dr Alcibelo, Enfermeira Mayda, Técnica de enfermagem Rosa.	6 meses	Aguardando implantação		

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 10 - Planilha de acompanhamento do projeto: “Cuidar melhor”.

<b>Operação: “Cuidar melhor”</b>					
<b>Produtos esperados</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Capacitação de pessoal; contratação de compra de exames e consultas especializadas	Secretaria de saúde.  Coordenadora da APS. Alana.	6 meses	Aguardando implantação		

Fonte: Autoria Própria (2015)

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após estudos sobre a questão das doenças cardiovasculares na população adscrita da ESF Divineia no município de Unaí, conclui-se que a redução dos riscos cardiovasculares dessa população depende, principalmente, de uma maior conscientização da população, pois as condições e modo de vida dos mesmos são caracterizados por hábitos inadequados de alimentação e sedentarismo.

A doença cardiovascular pode comprometer o indivíduo em vários aspectos de sua vida e restringir a sua participação na sociedade. Sendo assim, a finalidade do plano de ação foi de propor estratégias para que os usuários da ESF Divineia realizem mudanças no estilo de vida a fim de reduzir os fatores de risco para as doenças cardiovasculares e também melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

Acredita-se que o plano de ação poderá também melhorar a estrutura do serviço para o atendimento das pessoas com risco cardiovascular aumentado através da capacitação dos profissionais e mais envolvimento dos mesmos.

## REFERÊNCIAS

ACC/AHA. Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol. v.34, p.890-911, 1999 citado por ESCOSTEGUY, C.C. *et al.* Infarto Agudo do Miocárdio: Perfil Clínico Epidemiológico e Fatores Associados ao óbito Hospitalar no Município do Rio de Janeiro, 2003. **Arq Bras Cardiol**, v.80, n.6, p.593-9, 2003.

ALVES, A.; MARQUES, I.R. Fatores relacionados ao risco de Doença Arterial Coronariana entre estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de enfermagem**. v. 62, n.6, p. 883-888, 2009.

AZEVUM, A. *et al.* Aspectos epidemiológicos do infarto agudo do miocárdio no Brasil. **Rev Bras Clin Terap**. v.31, n.2, p. 93-96, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Acidente vascular cerebral (AVC), 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc>. Acesso em: 26/09/14.

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

CARAMELLI, B.; BALLAS, D.; RAMIRES, J.A.F. **Doença Coronária e Aterosclerose**: clínica, terapia intensiva e emergências. São Paulo: Atheneu; 1998.

CARVALHO, A.C.A. Desenvolvimento de placas de ateroma em pacientes diabéticos e hipertensos. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**. v.9, supl.1, p.73-77, 2010.

COELHO, E.B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.13, n.1, p. 51-54, 2006.

GAMA, G.G.G.; MUSSI, F.C.; GUIMARÃES, A.C. Revisando os fatores de risco cardiovascular. **Rev. enferm. UERJ**, v.18, n.4, p.650-655, 2010.

MANSUR, A.P.; FAVARATO, D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. **Arq Bras Cardiol.** v.99, n.2, p.755-761, 2012.

MEN, M.J. Doenças cardiovasculares: prevenir é fundamental! 2009. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2342-6.pdf>. Acesso em 25/09/14.

O'KEEFE, J.H.; NELSON, J.; HARRIS, W.B. Life-style change for coronary artery disease. *Postgrad Med.* v. 99, n.2, p.89-106, 1996 Apud: RIQUE, A.B.R; SOARES, E.A.; MEIRELLES, C.M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doença cardiovasculares. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte.** v. 8, n. 6, p.244-254, 2002.

PAIVA, M.G. Prevenção do risco cardiovascular. Disponível em: <http://www.hospital9dejulho.com.br/arquivos/download/upload/31.pdf>. Acesso em 06/10/14.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNAÍ, 2014 Disponível em: <http://www.prefeituraunai.mg.gov.br/pmu/> Acesso em:

RIQUE, A.B.R; SOARES, E.A.; MEIRELLES, C.M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doença cardiovasculares. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte.** v. 8, n. 6, p.244-254, 2002.

SANTOS, T.M. Lipídios. In: DUTRA-DE-OLIVEIRA, J.E.; MARCHINI, J.S. Ciências nutricionais. São Paulo: Sarvier; 1998. p. 87-97 Apud: CASTRO, L.C.V.; *et al.* Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. **Rev. Nutr.** v.17, n.3, p. 369-377, 2004.

SBC. Programa Nacional de Prevenção em Epidemiologia, 2014. Disponível em: <http://www.cardiol.br/funcor/epide/epidemio.htm> Acesso em: 26/09/14.

SIMÃO, M.; *et al.* Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** v.4, n.2, p. 27-35, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** v.95, n.1, suppl.1, p. 1-51, 2010.

WHO - World Health Organization. Building blocks for tobacco control. Geneva; 2004  
Apud: ALVES, A.; MARQUES, I.R. Fatores relacionados ao risco de Doença Arterial Coronariana entre estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de enfermagem**. v. 62, n.6, p. 883-888, 2009.