



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**PROJETO CAMINHADA: COMBATENDO O SEDENTARISMO COMO FORMA DE
PREVENÇÃO PRIMÁRIA**

MARIA ELIZABETH LEE AREVALOS

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo para ob-
tenção do Título de Especialista em Saúde da
Família.**

Orientador(a): LIA LIKIER STEINBERG

**São Paulo
2016**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	
2 OBJETIVOS	
2.1 Geral	
2.2 Específico(s)	
3 REFERENCIAL TEÓRICO	
4 MÉTODO	
4.1 Local	
4.2 Participantes	
4.3 Ações	
4.4 Avaliação e Monitoramento	
5 RESULTADOS ESPERADOS	
6. CRONOGRAMA	
7 REFERÊNCIAS	
ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 60% da população mundial é sedentária, e ocorrem aproximadamente 3,2 milhões de mortes por ano devido a falta de atividade física¹. Isso se deve, principalmente, à urbanização e ao desenvolvimento de tecnologias que afastam cada vez mais a população da prática de atividades físicas regulares². Como consequência, há o aumento da prevalência de doenças relacionadas como hipertensão arterial, diabetes, câncer e saúde mental^{3,4,5} gerando gastos elevados tanto diretos quanto indiretos para o sistema de saúde⁶.

Assim, a implementação da prática de atividade física através da atenção básica de saúde tornou-se relevante como forma de prevenção primária pois além de evitar e retardar a evolução de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a atividade física tem se mostrado eficaz em potencializar o contato entre os indivíduos e elevar a qualidade de vida de quem a pratica, promovendo o bem estar físico e mental^{7,8,9}.

Levando em consideração a relevância epidemiológica do sedentarismo, o incentivo à prática de atividades físicas foi priorizado como uma das áreas de atuação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A PNPS foi publicada em 2006, criada para garantir o cuidado com a integralidade do cuidado à saúde através da análise da situação em saúde para eleger e investir em desafios específicos da qualidade de vida e saúde da população^{10,11}. Outra estratégia que favorece a efetividade da promoção da saúde no Brasil, foi a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que reúne profissionais de diversas áreas da saúde, tais como: médicos, professores de educação física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais que atuam em parceria com as equipes da Saúde da Família em inúmeras atividades incluindo o desenvolvimento de atividade física-práticas corporais¹⁰.

Uma das formas de fácil aplicação e baixo custo para incentivar a prática da atividade física são os programas de caminhada orientada, nos quais os indivíduos são acompanhados por profissionais de saúde que incentivam e informam sobre a importância da atividade física; além disso, promovem a integração social e adoção de hábitos de vida saudáveis¹².

Considerando a alta prevalência da inatividade física na população adstrita à Unidade de Saúde de Santa Luzia do Município de José Bonifácio, achou-se necessário implementar o programa de caminhada orientada nessa área com a intenção de intervir nesse comportamento e melhorar os índices da saúde nesse local.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Conscientizar a população de Santa Luzia sobre a importância dos exercícios físicos na saúde e no bem estar geral através do Projeto Caminhada.

2.2 Específico(s)

- Realizar caminhadas orientadas semanais no bairro.
- Orientar os pacientes quanto a importância de realizar atividades físicas frequentes na prevenção de doenças.
- Realizar controles de peso ,IMC ,circunferência abdominal ,pressão arterial e glicemia capilar dos pacientes.
- Estimular os pacientes a realizar atividades físicas diárias e melhorar sua capacidade física.
- Promover hábitos de vida saudáveis (alimentação, cessação de tabagismo, redução de bebidas alcoólicas e outros assuntos) em debates após as caminhadas.
- Fazer consultas para acompanhamento dos pacientes e realizar ajustes das medicações necessárias.
- Promover o bem estar físico e psicológico.
- Potencializar a socialização na comunidade.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Com o processo da industrialização, existe um crescente número de pessoas que se tornam sedentárias com poucas oportunidades de praticar atividades físicas³. Caspersen et al. (1985) definiram atividade física como “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em gasto de energia”^{8,13}. A prática regular de atividade física apresenta uma relação inversa com risco de doenças crônicas degenerativas e tem um efeito positivo na qualidade de vida e em outras variáveis psicológicas segundo Oehlschlaeger (2004)⁹.

Segundo Siqueira FV et al (2008), o sedentarismo prevalente causa custos elevados para o sistema de saúde, tanto diretos quanto indiretos. Por isso, diminuí-lo e promover estilos de vida mais saudáveis com a participação da atenção básica à saúde e seus profissionais pode representar um grande impacto na melhoria dos índices de saúde populacional e nos custos relacionados à gestão dos serviços⁶. Além disso, são vários os benefícios físicos e psicológicos para os quais existe suficiente comprovação empírica para a prática de atividade física (WHO, 2006; Berger et al., 2006). Entre os físicos ressaltam-se: redução do risco de ocorrência de doenças coronárias; prevenção/redução da hipertensão; papel importante no controle do excesso de peso e prevenção da obesidade ;prevenção da diabetes do tipo II; papel importante em alguns tipos de câncer (nomeadamente do cólon e de mama); saúde muscular e esquelética e redução do risco de ocorrência de osteoporose. E entre os psicológicos: melhoria dos estados de humor (redução da tensão, depressão, raiva e confusão, acréscimo da vitalidade, vigor e clareza); técnica de redução de estresse, oportunidade de experimentar prazer; reforço das auto-percepções (auto-estima e auto-conceito) e benefícios psicoterapêuticos, nomeadamente no tratamento da depressão e ansiedade⁷.

No Plano Nacional da Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil, da atual gestão do Ministério da Saúde, foi definido que:

“O incremento das iniciativas intersetoriais de prevenção e controle das principais DCNT constitui uma prioridade. Um dos alicerces da atuação nesse contexto consistirá na vigilância integrada dos principais fatores de risco modificáveis e comuns à maioria das doenças crônicas, quais sejam, o tabagismo, a alimentação não saudável e a inatividade física”¹⁴.

Para efetivar esse incremento existe o PNPS, que tem como função garantir a integralidade do cuidado à saúde através do fortalecimento e implantação de ações transversais, integradas e intersetoriais (entre as diversas áreas do setor

Sanitário, outros setores do Governo, setor privado e não governamental e a sociedade geral) compondo redes de co-responsabilidade sobre a qualidade de vida, em que todos participem na proteção e cuidado com a vida. A PNPS trabalha também analisando a situação em saúde para eleger e investir em desafios específicos da qualidade de vida e saúde da população, previstos em sua agenda de prioridades^{10,11}.

A criação do NASF pela Secretaria de Atenção à Saúde favoreceu a ação da PNPS. Segundo a Portaria GM/MS no 154, de 25 de janeiro de 2008:

Os Nasf reunirão profissionais das mais variadas áreas da Saúde, como médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de educação física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Eles atuarão em parceria com as equipes da Saúde da Família em inúmeras atividades: desenvolvimento de atividade física-práticas corporais; educação permanente em nutrição; ampliação e valorização do uso dos espaços públicos de convivência; implementação de ações em homeopatia e acupuntura, para a melhoria da qualidade de vida; promoção de ações multiprofissionais de reabilitação, para reduzir a incapacidade e deficiências e permitir a inclusão social de pessoas nessas condições; atendimento a usuários e familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental; elaboração de estratégias de resposta a problemas relacionados à violência e ao abuso de álcool; e apoio às equipes da Saúde da Família na abordagem e atenção adequadas aos agravos severos ou persistentes na saúde de crianças e mulheres, entre outras ações.

A intervenção para a mudança do comportamento da população pode ocorrer também através de caminhadas orientadas, pois apresentam baixo custo e são de fácil aplicação. Em outros trabalhos estudados observa-se os inúmeros benefícios alcançados através desse método a curto e longo prazo: motivação para a prática da atividade física; diagnóstico precoce de pessoas com estilos de vida de risco para doenças crônicas na comunidade; disseminação do conhecimento científico sobre atividade física, saúde e qualidade de vida; aumento da incidência da prática atividade física na comunidade; redução do índice de obesidade e doenças crônicas; melhoria da saúde cardiovascular, do bem-estar e da qualidade de vida; melhoria da aptidão física da população; redução dos custos com tratamentos de média e alta complexidade para doenças crônicas; fortalecimento do capital social; redução da violência entre a população jovem; fortalecimento político da atividade física e alimentação saudável; aumento do engajamento social, orgulho cívico e responsabilidade e fortalecimento das ações intersetoriais¹².

Devido às vantagens apresentadas, esse método foi o escolhido para ser aplicada a população de Santa Luzia, pois esta apresenta alto índice de sedentarismo, sendo necessária uma intervenção eficaz para a diminuição das consequências desse comportamento e a mudança dos hábitos de vida na comunidade.

4. METODOLOGIA

4.1 Local

O projeto tem como público-alvo os moradores da área adstrita à Unidade de Saúde da Família de Santa Luzia do município de José Bonifácio.

4.2 Participantes (público-alvo)

Tendo então como participantes: gestor do sistema municipal de saúde, médico, enfermeira, agentes de saúde e pacientes da unidade que desejam envolver-se.

4.3 Ações

A proposta é realizar uma reunião de equipe inicial para discutir horários favoráveis para aplicar o projeto e assim poder iniciar a divulgação através de visitas domiciliares pelos agentes, painéis de avisos, carro de som da prefeitura e panfletos informando o horário e as principais vantagens da atividade física. Após essa etapa inicia-se o projeto com caminhadas orientadas semanais, onde o paciente passará por uma avaliação clínica inicial e depois será orientado por um profissional de Educação Física nos aquecimentos e exercícios, que serão desenvolvidos em um campo em frente à unidade onde será o ponto de partida das caminhadas que ocorrerá nos arredores da área. Depois da caminhada que durará em média 30 minutos, serão distribuídos sacos plásticos com água e frutas, e haverá debates com discussão de assuntos sobre cuidados da saúde.

4.4 Avaliação e Monitoramento

Coleta de dados antropométricos e avaliações clínicas serão realizadas mensalmente para acompanhar evolução dos pacientes.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que através desse projeto ocorra o aumento da prática da atividade física entre a população de Santa Luzia e com isso a diminuição da incidência de doenças crônicas degenerativas e conseqüente melhora na qualidade de vida dos indivíduos.

Além disso, pressupõe-se que através das orientações dadas ao final das atividades haja uma mudança de hábitos de vida (cessação do tabagismo, alimentação saudável, sono adequado, redução de bebidas alcoólicas).

A longo prazo há a expectativa de que ocorra a diminuição de custos com tratamentos, já que haverá a diminuição e o controle das doenças correlacionadas ao sedentarismo.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Agosto 2016	Setembro 2016	Outubro 2016	Novembro 2016	Dezembro 2016	Janeiro 2017	Fevereiro 2017
Revisão Bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x
Aprovação no Comitê de Ética	x	x					
Treinamento da equipe	x	x					
Implantação das Ações		x	x	x			
Monitoramento e ajustes				x			
Análise dos dados				x	x		
Apresentação dos resultados					x		
Acompanhamento do Projeto					x	x	x

7. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Inactividad física: un problema de salud pública mundial. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/>. Acesso em: 17 de dezembro de 2015.
2. MENDES, C. M. L; CUNHA, R. C. L. As novas tecnologias e suas influências na prática de atividade física e no sedentarismo. Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia. Faculdade Leão Sampaio Ano 1, v. 1, n.3, jun, 2013.
3. PITANGA, F. J. G.; LESSA I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):870-877, mai-jun, 2005.
4. FRIEDENREICH, C. M. Physical Activity and Cancer Prevention: From Observational to Intervention Research. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention. Calgary, Alberta, Canada Vol. 10, 287–301, April, 2001.
5. World Health Organization. New physical activity guidance can help reduce risk of breast, colon cancers . Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/world_cancer_day_20110204/en/>. Acesso em: 17 de dezembro 2015.
6. SIQUEIRA, F. V. et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):39-54, jan, 2008.
7. CARVALHO, T. et al. Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. Rev Bras Med Esport _ Vol. 2, Nº 4 – Out/Dez, 1996.
8. MARQUES, M. et al. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida. Disponível em: <<http://aspea.org/XIV%20J%20-%20atividade%20fisica%20qualidade%20vida.pdf>>. Acesso em 17 de dezembro de 2015.
9. OEHLSCHLAEGER, M. H. K et al. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. Rev. Saúde Pública, Pelotas, 38(2): 157-63, 2004.

10. MALTA, D. C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 18(1):79-86, jan-mar 2009
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Avaliação de efetividade de programas de educação física no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
13. REICHERT, F. F. Barreiras a prática de atividades físicas: prevalência e fatores associados. 2004. 119 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas, 2004
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde do SUS*. Volume 15 - No 3 - julho / setembro de 2006.