

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

CHARLES OLIVEIRA DE BARROS

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUZIR O SEDENTARISMO NO GRUPO
DE QUALIDADE DE VIDA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DOM
JOAQUIM: UMA AÇÃO CONJUNTA ENTRE OS PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E OS USUÁRIOS DO SISTEMA**

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2013

CHARLES OLIVEIRA DE BARROS

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUZIR O SEDENTARISMO NO GRUPO
DE QUALIDADE DE VIDA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DOM
JOAQUIM: UMA AÇÃO CONJUNTA ENTRE OS PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E OS USUÁRIOS DO SISTEMA**

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: Professor Bruno Pena

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2013

CHARLES OLIVEIRA DE BARROS

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUZIR O SEDENTARISMO NO GRUPO
DE QUALIDADE DE VIDA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DOM
JOAQUIM: UMA AÇÃO CONJUNTA ENTRE OS PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E OS USUÁRIOS DO SISTEMA**

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: Professor Bruno Pena

Banca Examinadora:

Banca Examinadora:

Prof. Bruno Pena Couto (Orientador)

Prof. Ana Mônica Serakides Ivo (Examinador)

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

Agradecimentos

A Deus pela força e perseverança;

À minha família pelo apoio incondicional ;

Aos meus tutores, pela compreensão e orientação;

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento e conclusão deste curso.

Muito obrigado!

Resumo

Este trabalho versa sobre o percurso acadêmico do graduando no curso de Especialização em Saúde da Família e sua atuação profissional na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, desenvolvendo as atividades no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na Unidade Básica de Saúde Dom Joaquim (UBSDJ) por meio do Programa Academias da Cidade. Sabe-se que na contemporaneidade as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) devido a transição epidemiológica dos últimos anos firmou-se como uma das principais causas de doenças que atinge a população mineira. Dentre os fatores de risco para as DCNT o sedentarismo figura-se como o ponto chave desse estudo ao tentar-se investigar as causas de sua presença em um grupo de usuárias que freqüentam a UBSDJ situada na regional Nordeste de Belo Horizonte. Este trabalho busca construir um Plano de ação que atenuie as condições desfavoráveis das usuárias sedentárias que fazem parte do Grupo de Qualidade de Vida Dom Joaquim (GQVDJ) e amenize os principais nós críticos encontrados pelos profissionais da saúde e usuários da UBSDJ. Entre os problemas encontrados os que foram mais relevantes para a construção do plano de ação são os seguintes: estilo de vida inadequado das usuárias do GQVDJ; poucos espaços para a prática de atividade física na UBSDJ, a falta de trabalho interdisciplinar e intersetorial na realização das ações pelos profissionais da saúde. O plano de ação proposto neste estudo tem como sugestão ações educativas para a população, reestruturação da forma de trabalho do Nasf, com proposta de alteração na carga horária de seus profissionais, assim como um trabalho intersetorial, na busca da criação de parcerias com outras entidades da sociedade civil em busca de ampliação de espaços para a promoção de saúde e principalmente para a conscientização das usuárias do GQVDJ da importância do auto-cuidado e co-responsabilização pela saúde. Mostrando que adoção de um estilo de vida saudável (prática de atividade física, dieta equilibrada, combate ao fumo e ao álcool), não depende apenas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) mas também dos usuários do sistema.

Palavras – Chave: Doenças crônicas não transmissíveis, sedentarismo, atenção primária à saúde, promoção de saúde, profissional de educação física, co-responsabilidade.

Abstract

This work deals with the academic path of the student in the course of Specialization in Family Health and its professional performance at the Municipal Health of Belo Horizonte, developing activities in the Support Center for Family Health (NASF) in the Basic Health Unit Sun Joaquim (UBSDJ) through the City Academies Programme. It is known that in contemporary non-communicable chronic diseases (NCDs) due to epidemiological transition in recent years has established itself as a major cause of disease affecting the mining population. Among the risk factors for NCDs sedentary figure as the key point of this study to try to investigate the causes of their presence in a group of women who attend UBSDJ located in the Northeast Regional Belo Horizonte. This paper seeks to build an action plan to mitigate the unfavorable conditions of sedentary users that are part of the Group Quality of Life Dom Joaquim (GQVDJ) and soften the main critical nodes found by health professionals and users UBSDJ. Among the problems encountered were those most relevant to the construction of the action plan are: inappropriate lifestyle of users of GQVDJ; few spaces for physical activity in UBSDJ, lack of intersectoral and interdisciplinary work on the realization of actions by health professionals. The action plan proposed in this study has suggested educational activities for the population, restructuring the way of working NASF, with proposed changes in the workload of its staff, as well as sectors work together in the pursuit of partnerships with other entities civil society in pursuit of expanding spaces for the promotion of health and especially for users of GQVDJ awareness of the importance of self-care and co-responsibility for health. Showing that adopting a healthy lifestyle (physical activity, balanced diet, avoiding smoking and alcohol), depends not only on professionals of Primary Health Care (PHC) but also the users of the system.

Keywords: Non-communicable diseases, sedentary lifestyle, primary health care, health promotion, physical education teachers, co-responsibility.

Lista de ilustrações e tabelas

Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead	19
Tabela 01- Estratégias para o enfrentamento do trabalho intersetorial e interdisciplinar no NASF	32
Tabela 2- Estratégias para o enfrentamento das dificuldades de trabalho do educador físico nas UBS.	36
Tabela 3- Estratégias para o enfrentamento dos hábitos inadequados de vida das usuárias do GQVDJ.	37
Tabela 4- Estratégias para o enfrentamento das ações de trabalho individualizadas na UBSDJ.	39
Tabela 5 - Estratégias para o enfrentamento da falta de espaços para a promoção de saúde na área de abrangência da UBSDJ	40
Tabela 06- Identificação dos Recursos Críticos	45
Tabela 07- Viabilidade do Plano Estratégico Situacional	47
Tabela 08- Plano Operativo ou Estratégico	52
Tabela 09- Acompanhamento de Operação	54
Tabela 10 - Monitoramento das ações desenvolvidas	57

Lista de abreviaturas e siglas

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBSDJ – Unidade Básica de Saúde Dom Joaquim

DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis

GQVDJ – Grupo de Qualidade de Vida Dom Joaquim

APS – Atenção Primária à Saúde

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

OMS - Organização Mundial de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

SF - Saúde da Família

PCAF – Práticas corporais/atividade física

CONFED - Conselho Federal de Educação Física

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

Sumário

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	13
3. OBJETIVO	14
4. METODOLOGIA	14
4.1 – Procedimentos	14
4.2 – Amostra	15
5. REVISÃO DE LITERATURA	15
5.1 – O Brasil e suas transições	15
5.2 – As doenças crônicas não transmissíveis e algumas de suas implicações	16
5.3 – Determinantes Sociais da Saúde	17
5.4 – O Sedentarismo e as DCNT	21
5.5 – Promoção de Saúde na Atenção Primária	22
5.6 – O profissional da Educação Física enquanto profissional da saúde	25
6. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	26
6.1 – Contextualização	26
6.2 – Conhecendo o problema	28
6.2.1 – Fatores internos	28
6.2.2 – Fatores externos	29
7. CONSTRUINDO UMA NOVA PROPOSTA DE TRABALHO – PLANO DE AÇÃO	31
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	61

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família versa sobre uma temática bastante atual: o sedentarismo. Tal tema é apontado como um dos problemas de saúde pública a ser enfrentado pela sociedade brasileira. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde referentes aos resultados da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL 2011) revelaram que 14% da população adulta no Brasil, cerca de 18 milhões de pessoas, não praticam qualquer tipo de atividade física, seja no trabalho, no deslocamento, nas atividades domésticas ou em seu tempo livre. Além disso, pode-se constatar que o Brasil vive o que chamamos de transição epidemiológica, caracterizada por uma substituição das doenças infectocontagiosas pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo as doenças cardiovasculares e as neoplasias as principais causas de óbito no país. Ao mesmo tempo, nas últimas três décadas o país passou por uma transição nutricional com o declínio da desnutrição e o aumento do sobrepeso e obesidade na população. Este novo quadro da saúde no Brasil faz com que o desafio atual seja atuar sobre os fatores associados ao desenvolvimento das DCNT.

Segundo a OMS (1972), as DCNT compreendem majoritariamente as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Muitas doenças deste grupo têm fatores de risco comuns, e demandam por assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população. Há mais de trinta anos, este conjunto de doenças é reconhecido como importante não somente em países industrializados. As DCNT se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco e longos períodos de latência, curso prolongado e origem não infecciosa e, também por associarem-se a deficiências e incapacidades funcionais. Seu aparecimento é muito influenciado pelas condições de vida, não sendo resultado apenas de escolhas individuais, existe a possibilidade de prevenção devido a longa duração dessas doenças. Tais doenças requerem ainda uma abordagem sistemática para o tratamento, exigindo novas estratégias dos serviços de saúde. É possível identificar diversos fatores de risco que podem ser classificados em não modificáveis (sexo, idade e herança genética) e comportamentais (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e

outras drogas). Os modificáveis por sua vez, são potencializados pelos fatores socioeconômico, culturais e ambientais.

Para Azevedo Júnior (2009), o comportamento sedentário tem se mostrado fortemente associado ao desenvolvimento de inúmeras doenças. Assim sendo, o combate ao sedentarismo tem alcançado espaço de destaque na agenda de saúde pública mundial.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (s.d), 70% da população mundial está sedentária e pode desenvolver obesidade, doenças cardíacas e diabetes. Atribuem-se como fatores causadores a globalização, a urbanização e o acesso facilitado da tecnologia (COUTO e SOUSA, 2011).

Ainda de acordo com Couto e Sousa (2011):

“O sedentarismo é ainda mais preocupante em regiões com crescente processo de urbanização, especulação imobiliária, redução de espaços públicos, excesso de veículos motorizados e crescimento da violência, o que tem determinado intensas restrições às atividades físicas. As atividades passaram a ser em ambientes limitados”. (COUTO e SOUSA, 2011, p.24)

Atualmente, uma das estratégias utilizada com frequência nas campanhas de saúde pública para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis (DCNT) tais como: obesidade, diabetes tipo 2, dislipidemia entre outras, passa pelo estímulo à adoção de hábitos e/ou comportamentos de vida saudáveis (alimentação saudável, prática de atividade física regular, combate ao tabagismo entre outros).

A atividade física freqüente é uma boa estratégia e apresenta resultados positivos para atingir a promoção e prevenção em saúde dos indivíduos que se tornam adeptos dessa forma de cuidar da saúde. A sua aquisição periodicamente reduz a morte por doenças do coração, cardiovasculares e por todas as causas, ainda que na presença de outros agravos. (NOBRE et al, 2010)

Neste contexto nota-se a urgente necessidade de dar mais atenção aos fatores relacionados à DCNT, de forma a combatê-los e promover saúde de todos como um compromisso social previsto na nossa Carta Magna¹.

¹ Art.196 da Constituição Federal -“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Atenção primária de saúde² como porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) e como eixo estruturante do atual modelo assistencial, possibilita uma ação mais próxima de seus usuários referenciados, por estar inserida próxima à comunidade, tem maior poder de compreensão de sua dinâmica social, tornando-se local privilegiado de atuação na promoção de saúde levando à um contato mais direto e contínuo. Caracteriza-se principalmente pela continuidade e integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro SUS.

Segundo Starfield (2002), a atenção primária caracteriza-se por uma maior familiaridade dos profissionais de atenção primária tanto com o paciente como com seus problemas.

Percebe-se no geral, a preocupação dos gestores de saúde em melhorar o atendimento da população. O modo de trabalho da Atenção Primária proposto em suas diretrizes tenta oferecer um atendimento integral ao indivíduo e para isso utiliza também das diversas áreas de conhecimento em saúde tais como: fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, educação física entre outras.

Frente ao exposto, verifica-se a possibilidade da Atenção Primária tratar de um dos principais fatores relacionados às DCNT: o sedentarismo. Fator esse que pode ser combatido com a adoção de um estilo de vida ativo. Os profissionais de saúde podem através de ações interdisciplinares contribuir para promoção do bem-estar físico, mental e social de seus usuários.

Ciente dos problemas relacionados ao sedentarismo, o presente estudo surgiu da necessidade de se investigar as possíveis causas do estilo de vida sedentário de algumas usuárias da Unidade Básica de Saúde Dom Joaquim (UBSDJ) na qual atuou como profissional de Educação Física. Para essa investigação optou-se em aplicar um questionário contendo perguntas referentes as condições de saúde de cada participante e dos determinantes sociais locais do GQVDJ e também foi feita uma avaliação clínica de cada integrante do grupo. Durante a aplicação do questionário dados referentes ao diagnóstico situacional em saúde foram levantados e as possíveis causas desses agravos estão presentes nos estudos desse trabalho de conclusão de curso.

Por meio dos dados obtidos com a aplicação do questionário e com a anamnese das alunas do GQVDJ constatou-se que a UBSDJ, situada na região

nordeste de Belo Horizonte, referencia uma população de classe média, na sua maioria, adultos e idosos. A UBSDJ apresenta em seu entorno muitos prédios e construções muradas, as ruas são ermas, há poucos espaços destinados ao lazer e a prática de atividade física. O único parque da região possui uma infra-estrutura que incentiva o estilo de vida ativo da população em geral), mas apenas uma minoria das alunas do GQVDJ utilizam esse espaço para a prática de atividade física. O espaço não tem ciclovias, mas apresenta pistas para a caminhada, uma quadra de futebol de areia e uma quadra de futsal, ambas descobertas. Apesar da região não apresentar um relevo que facilite o deslocamento das usuárias do GQVDJ, a área mencionada tem potencial para atender o GQVDJ e possibilitar a realização de atividade física e uma melhor qualidade de vida da população local. Por se tratar de uma população de classe média, muitos não procuram a UBSDJ, mas sim utilizam o serviço de saúde particular. Quanto à iniciativa privada, a região em destaque oferta poucos espaços para a prática de atividade física.

Com a minha inserção na UBSDJ, pude vivenciar algumas tentativas de trabalho da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), na busca de uma atenção integral aos seus usuários. Em especial, a criação de um Grupo de Qualidade de Vida composto por algumas senhoras que já utilizavam o espaço da Unidade para encontros de socialização do Coral e para as atividades de bordado. Tal grupo, foi proposto para utilizar o momento de socialização como uma ferramenta para a promoção de saúde, por meio de ações educativas elaboradas e executadas pelos diversos profissionais do NASF ali atuantes. Porém o que era para ser um trabalho interdisciplinar, com olhar holístico para o indivíduo, passou a ser um trabalho multidisciplinar, com cada profissional atuando sozinho, sem uma presença de ações de atendimento em equipe.

2. JUSTIFICATIVA

Diante do exposto, este estudo justifica-se pela importância de se criar estratégias de trabalho em equipe - interdisciplinar e intersetorial - para amenizar o quadro de sedentarismo da população investigada. O trabalho em equipe, de forma interdisciplinar como é proposto pelas Diretrizes do NASF, mostra-se necessário para

um melhor atendimento da população, especialmente os usuários assistidos pelo GQVDJ da UBSDJ, corrigindo o atual distanciamento das ações em saúde.

Por outro lado, esse estudo abre caminhos para a inserção do profissional de educação física como parte integrante e relevante para a promoção, prevenção e recuperação de saúde dos usuários envolvidos no atendimento.

Para as usuárias do GQVDJ, tal estudo, torna-se relevante, a partir do momento em que mostrará a importância de uma co-responsabilização para os cuidados com a saúde, demonstrando a necessidade do auto-cuidado, substituindo o tratamento pautado na busca do atendimento em saúde apenas quando a doença já se encontra instalada por uma maneira proativa e contínua de monitorar a saúde de forma regular.

Para o governo representa uma possibilidade de redução dos gastos públicos do orçamento do SUS com medicamentos, mão de obra especializada e exames complementares do atual sistema público de saúde. A adoção de hábitos de vida saudáveis e de um comportamento de vida mais ativo, são a chave para promoção da saúde com um menor gasto público.

3. OBJETIVO

Elaborar um Plano de Ação que atenuie as condições de saúde desfavoráveis das usuárias sedentárias que fazem parte do GQVDJ, contribuindo para minorar a questão do sedentarismo que acomete esse grupo.

4. METODOLOGIA

4.1 – Procedimentos

Para construir o Plano de Ação, o presente trabalho contou com três fases. Na primeira buscou-se realizar um diagnóstico situacional em saúde do território atendido pela UBSDJ com a aplicação de um questionário voltado para as condições

de saúde das dezessete alunas integrantes do GQVDJ, assim como uma avaliação clínica do grupo em estudo pela equipe de profissionais de saúde que atuam na UBSDJ. Na segunda etapa da pesquisa realizamos uma revisão bibliográfica procurando identificar estudos acerca de Doenças crônicas não transmissíveis, Sedentarismo, Atividade Física, Atenção Primária à saúde, Profissional de Educação Física e Determinantes Sociais da Saúde. Na terceira e última etapa realizou-se a construção da proposta de Plano de Ação para suprir a necessidade encontrada durante o diagnóstico situacional em saúde da UBSDJ.

4.2 – Amostra

Para o presente estudo optou-se por acompanhar o Grupo de Qualidade de Vida Dom Joaquim criado pelo NASF da UBSDJ. Esse grupo era composto de dezessete mulheres na faixa etária de 50 a 70 anos. A escolha dessa amostra justificou-se pelo meu envolvimento, enquanto profissional de saúde, com o grupo.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1 - O Brasil e suas transições

O Brasil, nos últimos anos vem passando por diversas transformações que geraram mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos da população. Há décadas, antes dos avanços tecnológicos e descobertas da Medicina, a principal causa de morte da população eram as doenças infecto-contagiosas, mas hoje, as DCNT ganharam grande destaque como causa de mortalidade e de morbimortalidade na população brasileira.

Segundo a OMS (1972), o grupo das DCNT compreende majoritariamente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Muitas

doenças deste grupo têm fatores de risco comuns, e demandam por assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população. Há mais de trinta anos, este conjunto de doenças é reconhecido como importante não somente em países industrializados. Os avanços ocorridos após a revolução industrial como o progresso das estratégias de produção e distribuição de alimentos, a melhoria das condições sanitárias e de habitação e os programas de saúde pública e de erradicação de doenças foram relevantes para a transição demográfica e epidemiológica ocorrida nas últimas décadas no Brasil.

Segundo Chamowicz (2009), junto com a transição das doenças, o país iniciou também uma transição demográfica: apresentando uma esperança de vida maior para a população. Nesse contexto há uma redução do número de óbitos na população mais jovem o que caracteriza futuramente também um aumento da população senil que tem nas DANT os principais agravos a longo prazo para a saúde.

Segundo a OMS (2008), há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. A queda na morte por doenças infecciosas atinge mais o público mais jovem, mas em contrapartida, esses serão acometidos mais tarde pelas DANT.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a esperança de vida ao nascer no Brasil alcançou os 73,17 anos (73 anos, 2 meses e 1 dia). Em relação a 2008 houve um acréscimo de 0,31 anos (3 meses e 22 dias). Ainda segundo dados do IBGE (2010), no período de 1980-2050 haverá um aumento do número de mulheres com idade igual ou superior a oitenta anos em maior proporção quando comparados com o público masculino.

5.2 - As Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações

De acordo com Ministério da Saúde (2011) as DCNT são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda. Aproximadamente um terço dessas mortes ocorre em pessoas com idade inferior a 60 anos. A maioria das mortes por DCNT são atribuíveis às doenças cardiovasculares, à diabetes, ao câncer e às

doenças respiratórias crônicas. As DCNT geram elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além dos impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada. Dessa forma, através de intervenções amplas e positivas de promoção de saúde pode-se reverter diversos desses fatores melhorando a saúde da população. Para o Ministério da saúde as DCNT, principalmente do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas, diabetes e musculoesqueléticas, são doenças multifatoriais relacionadas a fatores de riscos não modificáveis como idade, sexo e raça, e os modificáveis destacando-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), o consumo excessivo de sal, a ingestão insuficiente de frutas e verduras e a inatividade física. Pesquisas recentes demonstram que as DCNT constituem o maior problema de saúde no Brasil. Atingem principalmente as camadas pobres da população e grupos vulneráveis, correspondendo a 72% das causas de mortes e de 75% dos gastos com atenção à saúde no Sistema único de Saúde (SUS).

Com a transição epidemiológica brasileira as DCNTs sobrecarregaram os serviços de saúde e contribuíram para elevar os gastos com a saúde no país. Dessa forma, para diminuir os gastos com esses agravos em saúde faz-se necessário buscar estratégias de intervenção com políticas públicas que sejam inovadoras e consistentes e levem em consideração no seu plano de ação os determinantes sociais nos quais a população está inserida (BRASIL, 2006 e CHAMOWICZ, 2009 apud KALACHE, 1987).

5.3 - Determinantes Sociais da Saúde (DSS)

Tendo em vista a relevância das DCNT no quadro atual de saúde no país, faz-se necessário pontuar a importância dos determinantes sociais da saúde na vida da população. Segundo Brasil (2011) a apud OMS (2008):

“Existe forte evidência que correlaciona os determinantes sociais como educação, ocupação, renda, gênero e etnia com a prevalência de DCNT e fatores de risco. No Brasil, os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para o maior risco da população ao desenvolvimento de doenças crônicas”. (BRASIL (2011 a) apud OMS (2008), p.20)

De acordo com Brasil (2012) as disparidades sociais, as desigualdades ao acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, a renda e a dificuldade de acesso à informação devem ser considerados como determinantes sociais para as DCNT. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), considera os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos comportamentais como determinantes e que afetam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Para Buss e Pellegrini Filho (2007):

“Há várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os DSS provocam as iniquidades de saúde. A primeira delas privilegia os **“aspectos físico-materiais”** na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infra-estrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. Outro enfoque privilegia os **“fatores psicosociais”**, **explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde**, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde. Os enfoques **“ecossociais”** e os chamados **“enfoques multiníveis”** buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica (...) **Diversos são os modelos** que procuram esquematizar a trama de relações entre os diversos fatores estudados através desses diversos enfoques.”. (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007, p.82-83, grifo nosso)

O modelo de Dahlgren e Whitehead apresentado em Buss e Pellegrini Filho (2007) apud Gunning-Schepers, (1999) inclui os Determinantes Sociais da Saúde dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos

determinantes individuais (do próprio indivíduo) até uma camada distal, onde se situam os macro-determinantes sociais e sendo a camada de estilo de vida o limiar entre o as opções pessoais do indivíduo e seus determinantes sociais.



Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead

Percebe-se a possibilidade de uma intervenção positiva – por parte do Estado ou pela iniciativa dos próprios indivíduos - em busca da melhoria da saúde e redução das iniquidades na saúde.

Segundo Valonne (2011), a busca pelos cuidados com a saúde é um processo que possibilita aos indivíduos e grupos comunitários aumentarem o domínio sobre os determinantes da saúde, decisões e ações que prejudiquem sua saúde. Aqueles não devem ser entendidos como processos mecanizados de cuidar do corpo, e sim como uma proposta de reflexão crítica e constante no cotidiano dos indivíduos.

De acordo com Valonne, (2011) os determinantes sociais são importantes peças para alcançar a promoção de saúde e efetivar a igualdade de direitos no atendimento da população nas UBS. O seu funcionamento depende de um trabalho intersetorial que tem em sua estrutura três componentes indispensáveis para o seu progresso; a intersetorialidade, o empoderamento e a participação social.

O estilo de vida dos indivíduos pode ser alterado ou influenciado de maneira positiva, por meio de campanhas educativas, mas há a necessidade de uma mudança no comportamento das pessoas para que busquem por atitudes saudáveis que poderão contribuir para o bem-estar físico e mental, tais como: uma dieta equilibrada, atividade física regular, combate ao tabagismo e as outras drogas etc. Porém, algumas dessas atitudes não dependem somente do indivíduo porque estão atreladas a renda, ao acesso e ao poder de compra de alimentos saudáveis, do deslocamento aos locais para a prática de atividade física. Dessa forma, conclui-se que há uma nítida integração entre os fatores individuais (estilo de vida e comportamentos) e os fatores externos (condições de vida, de trabalho, socioeconômicas, culturais e ambientais).

O Crescimento da renda, a industrialização e mecanização da produção, urbanização, maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, e globalização de hábitos não saudáveis, expõe a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas.

“A urbanização é, geralmente, associada ao aumento nos padrões de saúde da população brasileira. Entretanto, se por um lado os cidadãos urbanos são mais propensos a serem alcançados por novas políticas de higiene, por outro, estes também estão mais expostos a novos riscos ligados a fontes industriais, violência e fatores psicossociais. Isso significa que um cenário contraditório tende a ocorrer nas cidades e especialmente em países em desenvolvimento. O grau de escolaridade de um indivíduo e da comunidade em que esta inserido associa-se à melhor percepção dos problemas de saúde, à busca mais intensa por serviços de saúde, à apreensão de práticas e atitudes saudáveis”. (PAES - SOUSA et al., 2009 p.27)

Segundo a OMS, (2008) a urbanização, o processo de globalização e a transição demográfica pela qual o país passa contribuem para sedimentar as DCNT como os principais agravos em saúde a serem enfrentados na atualidade e nas próximas décadas pelo governo brasileiro superando até as mortes relacionadas com o uso do tabaco e HIV/AIDS. De acordo com Bus e Pellegrini Filho (2007), investir em políticas públicas que priorizem os cuidados com a saúde como essenciais para a melhoria da qualidade de vida e expectativa de vida da população são prioritários para a melhora da saúde da população. Vários caminhos para

alcançar essa vertente podem ser adotados como por exemplo: uma alimentação mais saudável, a prática regular de atividade física e o combate aos principais vilões da saúde na mídia, como por exemplo o tabaco e o álcool.

5.4 - O Sedentarismo e as DCNT

Segundo Junior (2009) junto a modernidade e a tecnologia chegaram também as facilidades e comodidades na realização das tarefas de casa, do trabalho, do transporte entre outros. Essas comodidades, que alteraram o estilo de vida da população, tiveram um impacto profundo na saúde da população. Com o avanço tecnológico os gastos com as tarefas manuais diminuíram significativamente no compêndio energético diário e esse acúmulo de energia tem contribuído para aumentar o número de pessoas sedentárias e com sobrepeso na população brasileira. Acrescenta-se ainda a essas mudanças a falta de políticas públicas que incentivem a população a fazer atividade física de forma regular em espaços apropriados para a prática com segurança e orientação adequada.

Segundo Zazá e Chagas (2012) apud ACSM (2009) o sedentarismo é definido como:

“[...] a maneira de viver ou estilo de vida que requer uma atividade física mínima e que incentiva a inatividade por meio de decisões específicas e barreiras estruturais e/ou financeiras [...] O sedentarismo no Brasil apresenta alta prevalência, causando custos elevados, tanto diretos quanto indiretos, para o sistema de saúde. (ZAZÁ e CHAGAS 2012, ACSM, 2009 p.12 e 38).

Para Couto e Sousa (2011) o sedentarismo é um fenômeno da sociedade moderna. E segundo Brasil (2012), o tempo gasto em comportamentos sedentários como assistir televisão é diretamente proporcional ao surgimento de agravos como por exemplo: a dislipidemia, complicações cardíacas e distúrbios metabólicos. Já a prática de atividade física regular traz inúmeros benefícios à saúde, tais como: redução dos níveis de colesterol e triglicérides, controle da glicemia, melhora da força, flexibilidade, redução de peso dentre outros. Dessa forma, atividade física

regular reduz o risco de muitas doenças crônicas, incluindo as doenças cardiovasculares, coronarianas, o diabetes, o câncer e a obesidade. Para Couto e Sousa (2011): os maiores benefícios à saúde já emergem quando alguém altera um estilo de vida sedentário e se torna apenas moderadamente mais ativo.

Segundo Zazá e Chagas (2012), a redução do sedentarismo se dá com a prática regular de atividade física, seguida das orientações de diversos profissionais de saúde. Essa nova maneira de atendimento em saúde visando a prevenção tem reduzido os gastos com a gestão dos serviços ofertados para a população. Sem contar também que um estilo de vida proativo possibilita uma maior expectativa de vida paralelamente com uma boa qualidade de vida a longo prazo. Sendo assim, a prática regular de atividade física é muito importante para a promoção de saúde na atualidade e faz parte da maioria dos programas de atendimento em saúde que é ofertado para a população.

Nessa perspectiva, combater o sedentarismo e promover um estilo de vida saudável é de suma importância para a melhoria da saúde da população, pois os principais fatores de risco da DCNT são: a inatividade física, a dieta não saudável, o uso do tabaco e do álcool, todos esses reversíveis através de uma mudança de comportamento.

5.5 - Promoção de Saúde na Atenção Primária

Sabe-se que as DCNT se manifestam a longo prazo durante a vida dos pacientes, o custo do tratamento se torna muito oneroso, tanto para o Estado quanto para os indivíduos, causando, além dos sintomas da doença, transtornos financeiros para o doente e sua família. O número de internações hospitalares devido às DCNT representa um elevado custo para o SUS. Assim, torna-se imprescindível a elaboração de ações de prevenção e promoção para reverter o quadro da saúde no país considerando que para Brasil (2012), mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto, em função dos gastos complementares, o que possibilita o empobrecimento das famílias. Somando a esses gastos inclui-se ainda os débitos diretos das DCNT para o SUS o que

representa impacto crescente no Brasil, uma vez que elas estão entre as principais causas de internações hospitalares.

Segundo a OMS (1986), promover a saúde significa capacitar as pessoas para que elas tenham o controle sobre sua saúde podendo melhorá-la. Dessa forma, é importante destacar que a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, é também responsabilidade de cada usuário que está inserido na rede.

Para Zazá e Chagas (2012), as ações de promoção da saúde têm como finalidade diminuir as diferenças no estado de saúde da população e garantir o acesso com equidade aos recursos para capacitar todas as pessoas a realizarem completamente seus cuidados com a saúde. Isso é possibilitado com acesso à informação, a experiências e habilidades na vida e escolha por um estilo de vida mais saudável. A promoção de saúde acontece por meio de ações intersetoriais entre órgãos governamentais e população garantindo dessa forma uma qualidade de vida tanto individual quanto coletiva. Dessa maneira ocorre uma multiplicação das ações em saúde das Unidades Básicas de Saúde para outros ambientes comunitários que incluem escolas, academias entre outros. Entretanto, a APS tem uma grande importância na promoção de saúde da população assistida pelo SUS.

Segundo Brasil (2006), a Atenção Primária de Saúde ao trabalhar com populações definidas por determinadas áreas, viabiliza a sedimentação de relações profundas, pelo estabelecimento do vínculo e da responsabilização como elementos necessários para alcançar a integralidade da atenção. Essa aproximação com a comunidade permite aos profissionais da saúde entenderem melhor as iniquidades em saúde das pessoas e também construir de forma coletiva as novas ações a serem trabalhadas com a população adscrita incentivando sempre os auto-cuidados em saúde.

Para Couto e Sousa (2011) a atenção primária à saúde pretende não só a recuperação da saúde do indivíduo, mas também a busca da promoção da saúde, da prevenção dos agravos que são mais frequentes na comunidade e da reabilitação funcional e psicossocial das pessoas, perto de seus familiares e amigos. Diversas foram as mudanças para aprimorar o atendimento da atenção primária à saúde no SUS, tais como a criação da Estratégia de Saúde da Família.

De acordo com Brasil (2010), a Atenção Primária à Saúde é o primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde (SUS). Caracteriza-se pela

continuidade das ações desenvolvidas de forma integral e centrada nas ações da ESF e da própria comunidade. Esta por sua vez é acompanhada de perto pelos profissionais que compõem a nova estrutura de atendimento do Sistema de Saúde visando uma melhor qualidade de vida da população. A ESF tem como característica principal ofertar um atendimento mais centrado na família e o seu monitoramento é organizado e agendado por profissionais que fazem parte da equipe que acompanham mais de perto as condições de saúde dos usuários atendidos pela rede.

Para reforçar a ESF, o Ministério da Saúde criou em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de aumentar a resolutividade da Atenção Básica, apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde, enfatizando os processos de territorialização e regionalização em saúde e possibilitando a agregação de outros profissionais de saúde na APS.

Segundo Brasil (2010), O NASF além de ter uma equipe interdisciplinar de atendimento, deve se responsabilizar por um determinado número de ESF em sua área de abrangência e também garantir a promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos usuários. Diversos são os princípios e diretrizes que devem orientar as ações no NASF refletido no processo de trabalho das equipes de SF: integralidade, território, educação popular em saúde, interdisciplinaridade, participação social, educação permanente em saúde, humanização e promoção da saúde.

Para o enfrentamento das DCNT o MS (2006), estabeleceu uma Política de Promoção da Saúde que enfatiza ações para uma alimentação saudável, prática de atividade física prevenção do uso do tabaco e álcool, inclusive com repasse de recursos a estados e municípios para a implantação dessas ações, de forma intersetorial e integrada. No que se refere á prática de atividade física especificamente o Ministério da Saúde lançou em 2011 o programa Academias da Saúde que tem como meta multiplicar a prática de atividade física em 4 mil municípios até 2015. Por outro lado, no que se refere a hábitos de vida mais saudáveis foi criado o Saúde na Escola que busca incentivar hábitos saudáveis de vida e a promoção de saúde no ambiente escolar buscando realizar um trabalho inter-setorial e integral com estados e municípios.

5.6 – O Profissional de Educação Física enquanto profissional da saúde

Com possibilidade de atuação no NASF, o profissional de educação física tem a oportunidade de atuar diretamente na APS, utilizando-se da ferramenta atividade física para a promoção de saúde. Tal atuação é prevista pelo Conselho Federal de Educação Física (CONFED, 2002):

“O profissional de Educação Física pode intervir no Programa Saúde da Família (PSF) tanto para orientar sobre a importância de hábitos de vida ativa, quanto para promover e estimular a adoção de um estilo de vida ativo, contribuindo para minimizar os riscos de doenças crônicas não transmissíveis e os agravos delas decorrentes”. (CONFED 2010, p.23).

De acordo com o CONFED (2010), o profissional de Educação Física apresenta diversas atribuições na promoção, prevenção e reabilitação em saúde que vão desde a orientação por um estilo de vida saudável, a supervisão durante à prática de atividades e participação em grupos operativos por meio de ações da ESF ou do NASF com a sua presença na discussão dos estudos de caso que surgirem nas unidades de atendimento em saúde. Como acontece nas outras categorias profissionais, o profissional de educação física deverá conhecer a legislação de sua profissão, para que não assuma competências e fazeres de outras áreas profissionais. O educador físico enquanto profissional da APS - deve estar ciente da importância do seu trabalho como peça de uma engrenagem maior: as ações do NASF. Seu trabalho deve pautar-se na ética e no cuidado integral dos usuários, buscando trabalhar em equipe com os demais profissionais da UBD, de forma interdisciplinar e até mesmo inter-setorial quando necessário, através de ações que visem principalmente a promoção da saúde. Dessa forma, o sucesso do trabalho de promoção da saúde será facilitado na medida em que houver a criação de confiança, credibilidade e vínculo com a população atendida. Assim, além da prescrição e acompanhamento da prática de atividade física, o profissional de educação física, junto com os outros profissionais da sua equipe deverá incentivar a adoção de um estilo de vida saudável (prática de atividade física, dieta saudável, combate ao tabaco e ao álcool entre outros) por meio da educação em saúde e de parcerias com outros setores contribuindo para minimizar os riscos de DANF.

6. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

6.1 - Contextualização

De acordo com Minas Gerais, (2011) a cidade de Belo Horizonte desde a sua fundação foi preparada para ser a sede do poder do Estado de Minas Gerais, entretanto, não se levou em conta a relevância de políticas públicas que garantissem um crescimento da cidade de forma organizada. Na capital mineira a expansão ocorreu de maneira desordenada o que contribui para a centralização das ações inicialmente na região central. Essa forma de expansão no espaço urbano mineiro determinou a existência de grupos sociais com diferenças importantes no acesso aos serviços de saúde, configurando modelos epidemiológicos e disparidades em saúde. Para a construção desse trabalho as ações foram voltadas para a região nordeste de Belo Horizonte, na qual foram levantados dados em torno da UBSDJ que se localiza no bairro Dom Joaquim na capital mineira. A região Nordeste está entre as três maiores da cidade, tanto em área geográfica quanto em número de habitantes. De acordo com o IBGE (2010) a região possui uma área de 291.110 km² e apresenta 39,2067.425,2 habitantes distribuídos em seus 68 bairros e vilas. A Regional Nordeste conta hoje com 2 Centros de Apoio Comunitário, 2 Núcleos de Apoio à Família, 1 Centro de Convivência de Saúde Mental, 1 Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), 29 Escolas Municipais, 9 Unidades Municipais de Educação Infantil, 1 Farmácia Distrital, 68 bairros, 9 Parques ecológicos, 1 Unidade de Pronto Atendimento, 21 Centros de Saúde e 66 Praças.

Embora caracterizada por grandes diferenças de poder aquisitivo, a região Nordeste vem se desenvolvendo, buscando alternativas para atender as demandas e necessidades de sua população. Apresenta situações socioeconômicas e de crescimento urbano bastante diferenciadas. A parte Sul, por exemplo, muito próxima ao centro, é uma zona de intensa atividade econômica. Já nas áreas de ocupação mais recente, os centros locais de comércio e prestação de serviços encontram-se em fase de consolidação. A área de abrangência da UBSDJ apresenta-se como de grande especulação imobiliária devido ao grande desenvolvimento da construção civil que se expande na região. Apesar do aumento

da área construída na região, nessa se encontram espaços destinados à prática de atividade física como: pistas para caminhada e parques que ofereçam uma infraestrutura adequada para a população local. A geografia local dificulta um pouco a adesão da população local à prática de atividade física, mas mesmo assim elas acontecem. Para este trabalho de conclusão de curso serão mais evidenciados os dados referentes à UBSDJ. A identificação dos nós críticos nessa área se deu pelo fato da minha inserção enquanto profissional de educação física nesta unidade de saúde e como multiplicador de ações de saúde da equipe do NASF. Na UBSDJ, por iniciativa de uma voluntária local, foi criado um grupo de canto e bordado que apenas utilizava as instalações da Unidade, sem a intervenção de qualquer profissional local. Posteriormente esse grupo deu origem ao GQVDJ. Tal grupo será o objeto de estudo desse trabalho culminando na criação de um plano de ação que vise diminuir as condições de saúde desfavoráveis das usuárias do grupo, como por exemplo, o sedentarismo. Com a minha inserção na UBSDJ e posteriormente com a chegada de outros profissionais de saúde na equipe do NASF foi solicitado pela gerencia da Unidade um mapeamento local da área de abrangência onde as participantes do GQVDJ residiam.

Esses dados foram completados com as informações obtidas com um questionário aplicado quando as usuárias ingressaram no GQVDJ. Com os dados levantados identificou-se que a maioria das usuárias tem entre 50 e 70 anos de idade e que a sua grande maioria apresentavam os seguintes condicionantes negativos de saúde: sedentarismo/inatividade física, hipertensão, dislipidemia, diabetes, excesso de peso, depressão e outros. Em razão, dos benefícios que a prática regular de atividade física proporciona, percebe-se a necessidade de um estímulo para a mudança de comportamento dessas usuárias, buscando no exercício físico a melhoria das suas condições de saúde.

O GQVDJ tem como objetivo ofertar a prática regular de atividade física, a educação em saúde de forma sustentável, com apoio de uma equipe interdisciplinar buscando minorar os agravos encontrados durante a análise do diagnóstico situacional e confirmados durante a consolidação da anamnese local aplicada pela equipe do NASF.

6.2 - Conhecendo o problema

A identificação dos nós críticos é de extrema importância para a construção de um Plano de Ação eficaz e resolutivo que contribua para diminuir as condições desfavoráveis de saúde. O nó crítico mais relevante identificado durante o presente estudo, por meio do diagnóstico situacional é o sedentarismo das usuárias do GQVDJ eleito devido a sua importância em relação ao quadro de saúde das participantes do referido grupo. Quanto aos problemas levantados durante o diagnóstico situacional (inatividade física, excesso de peso, hipertensão, diabetes, dislipidemia, depressão, dieta inadequada, dificuldade de acesso a espaços para a prática de atividade física e lazer, sustentabilidade das ações propostas pelos profissionais envolvidos no plano de ação, alguns são de ordem interna e são passíveis de intervenção direta dos profissionais de saúde, outros requerem uma ação inter-setorial e a maioria deles depende principalmente da mudança de pensamento e de comportamento dos indivíduos.

6.2.1 – Fatores internos (são aqueles que estão relacionados diretamente ao atendimento prestado pela UBSDJ e profissionais da equipe do NASF):

a) Metodologia de trabalho do NASF

A metodologia de trabalho da equipe do NASF da UBSDJ é incompatível com a proposta definida de trabalho interdisciplinar que consiste em elaborar um plano de ação com foco comum a todas as áreas de atuação profissional que compõem a equipe. Na prática as ações não funcionam e o atendimento torna-se individual e com características específicas de cada profissional e de forma isolada. Ainda para agravar o atendimento alguns profissionais são lotados para um trabalho semanal de dez horas, outros com vinte ou quarenta horas. Essa diferença de jornada de trabalho impede que o trabalho realizado proporcione uma relação de trabalho de forma efetiva, de forma integral e resolutiva entre os profissionais do NASF e entre o usuário e os profissionais da UBSDJ. Na unidade, as ações de atendimento entre a

Equipe Saúde da Família (ESF), Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a equipe do NASF não acontecem de maneira interligada.

b) Vínculo entre educador físico e usuário do NASF inadequado para o atendimento

Atualmente os educadores físicos que atuam no NASF cumprem nas Unidades básicas de saúde uma carga horária máxima de 10 horas semanais. Essa baixa jornada de trabalho não possibilita a adesão dos usuários do GQVDJ de forma efetiva nas ações que este profissional realiza na UBSDJ. Outro fator que contribui para distanciar o vínculo entre os usuários e os educadores físicos é a relação de atendimento que cada educador físico tem com as diversas Unidades Básicas de Saúde. Em média há de três a quatro UBS para cada educador físico atender mensalmente o que dificulta ainda mais a efetividade das ações e diminui a relação de vínculo com a comunidade.

C) UBS com poucos espaços para a prática da atividade física

Uma realidade encontrada nas unidades de atendimento em saúde são os poucos espaços destinados para as ações da equipe do NASF e ESF que disputam juntamente com o atendimento dos especialistas e clínicos salas para atender os usuários que buscam a resolutividade dos agravos na UBSDJ.

6.2.2 - Fatores externos (são aqueles que estão relacionados com cotidiano das usuárias do GQVDJ e que não podem ser resolvidos apenas com o trabalho dos profissionais da UBS:

a) Estilo de vida dos usuários inadequados

Uma das dificuldades para vencer o sedentarismo são os hábitos e estilos de vida inadequados dos usuários do GQVDJ. Para os profissionais do NASF essa é

uma das maiores dificuldades encontradas para tentar reverter as condições desfavoráveis em saúde. As mudanças propostas durante as orientações de cuidados com a saúde não ocorrem na prática como na teoria. Elas demandam um tempo prolongado para que os hábitos comportamentais relacionadas com os cuidados com a saúde aconteçam. Reverter um atendimento pautado na procura da assistência apenas quando a doença se encontra instalada pela sua prevenção e promoção antecipando e impedindo a sua manifestação são ainda transformações que não fazem parte da vida diária da maioria da população. Essas alterações requerem tempo, uma vez que o tratamento clínico está internalizado em cada usuário. Resolver um agravo procurando um médico, fazendo exames e utilizando medicamentos é muito mais conveniente e oportuno para os usuários do que cuidar diariamente da saúde fazendo a prevenção e promoção constante. Os usuários reclamam da morosidade dos exames, a falta de médicos, mas não buscam um tratamento pautado na sua co-responsabilização e na prática regular de atividade física e escolha por hábitos e escolha de vida saudável.

c) Falta de ações intersetoriais em prol da Promoção de saúde

Segundo Brasil (2007), a Política Nacional de Saúde colocou a atividade física como uma estratégia de destaque para a saúde brasileira. Esse documento também salienta a importância da intersetorialidade no direcionamento das ações em promoção da saúde.

De acordo com Brasil (2009), participação social envolve o fortalecimento dos espaços sociais, comunitários e locais em geral, com olhar minucioso na gestão participativa. Busca fortalecer os processos de produção das necessidades do cotidiano dos indivíduos envolvidos, dividindo as tarefas e construindo um processo político pedagógico de conquista de direitos e também do fortalecimento da classe. Assim, o acompanhamento da prática de atividade física não responde por um dado isolado. Entretanto, o trabalho na UBSDJ, não apresenta parcerias com outros setores da sociedade civil, nem mesmo com outras secretarias municipais. Isto tem dificultado a resolutividade de algumas ações de promoção de saúde. Na maioria das vezes o sucesso de uma ação em saúde depende de outros fatores que fogem ao alcance das UBS. No caso do GQVDJ, fatores internos relacionadas a equipe do

NASF e fatores externos como ausência de busca de parcerias e um trabalho inter-setorial dificultam a adesão do GQVDJ a adoção de forma regular da promoção de saúde de forma contínua.

7. PLANO DE AÇÃO

Enunciado do Problema: reduzir o sedentarismo no GQVDJ: uma ação conjunta entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde e os usuários do sistema.

A minha experiência na atuação pela Academia da Cidade e na UBS Vila Maria deve ser considerada para o fortalecimento de um trabalho inter-setorial e interdisciplinar no enfrentamento dos problemas relacionados ao sedentarismo e seus atores na UBSDJ.

1. Dificuldade de trabalho interdisciplinar no NASF

Segundo Brasil (2009), o trabalho inter-setorial é fundamental entre os diversos sujeitos a fim de buscar alternativas para garantir a promoção de saúde como o direito humano e de cidadania dos atores envolvidos. Ele implica possibilidades de diálogo estabelecendo vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria das condições de vida dos sujeitos envolvidos.

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. Para haver um cuidado integral ao usuário o trabalho dos profissionais de saúde da APS, e em especial da UBSDJ deve ser um trabalho em equipe, de maneira integrada e interdisciplinar. Ou seja, as ações devem ser discutidas, planejadas e executadas por toda a equipe do NASF. Entretanto, as ações na UBSDJ distanciam da proposta relatada por Furtado posto que o trabalho é fragmentado e ocorre da seguinte maneira:

- Fragmentação do trabalho dos profissionais das diferentes categorias;

- Ausência de espaços de discussão intersetorial;
- Pouca comunicação entre os profissionais;
- Processos de trabalho pouco avaliados.
- Oficinas de capacitação fragmentadas

Uma melhor organização do cronograma, com calendários e agendas pré-definidas, a realização de reuniões periódicas, o oferecimento de cursos de capacitação para todos os profissionais da saúde seriam boas estratégias internas para melhorar o atendimento da população atendida pela UBSDJ.

Tabela 01- Estratégias para o enfrentamento do trabalho intersetorial e interdisciplinar no NASF

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Dificuldade de comunicação entre os profissionais	“Comunicação NASF” Objetivo: Tornar o trabalho dos profissionais do NASF interdisciplinar favorecendo o coletivismo na tomada de decisões durante o atendimento na UBSDJ.	Compartilhamento e otimização das ações da equipe do NASF	Reuniões sistematicas de planejamento. Atas e registros de reuniões implementados. Agenda elaborada.	Organizacionais: Definição de um cronograma para a realização das ações. Econômicos: Compra de equipamentos que facilitem a troca de informação e melhore a velocidade de comunicação entre os profissionais da rede. Político:

				<p>Autorização para pagamento dos professores e tutores.</p> <p>- Autorização para compra e melhorias dos sistemas de informação.</p> <p>-Cognitivos: Profissionais com conhecimento sobre as novas possibilidades de trabalho interdisciplinar e estratégias de comunicação em rede.</p>
<p>Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde fragmentadas</p>	<p>Objetivo: Possibilitar a formação continuada dos profissionais da equipe do Nasf com enfoque interdisciplinar e com ferramentas de comunicação atualizadas.</p>	<p>Trabalhar com um enfoque globalizado nas ações em saúde</p> <p>Otimização das ações durante o atendimento na UBSDJ.</p>	<p>Capacitação dos profissionais consolidada e com uma linha de trabalho padronizada e atualizada seguindo os novos protocolos de atendimento</p>	<p>Organizacional: Cronograma de formação continuada com datas e horários definidos com antecedência.</p> <p>Econômico: Compra e produção de material didático e informativo (protocolos)</p> <p>Pagamento de professores e tutores.</p>

				<p>Político: Autorização de pagamento de professores e compra de materiais.</p> <p>Cognitivo: Profissionais preparados e que dominem as novas formas de trabalho na rede.</p>
<p>Avaliação do processo de trabalho ineficaz</p>	<p>Objetivo: Acompanhar as ações de trabalho da equipe do NASF e demais funcionários da UBSDJ.</p>	<p>Reduzir as ações isoladas na rede, o desgaste dos profissionais e usuários com a manutenção de uma estratégia ineficaz.</p>	<p>Rever as ações ineficazes do produto de trabalho construído até o momento na UBS e reorientar as novas práticas.</p>	<p>Organizacionais: Organização de um calendário pré-definido de reuniões entre os profissionais e gestores para avaliação do processo de trabalho.</p> <p>Econômicos: Liberação para investimentos em projetos e cursos que ampliem as novas maneiras de trabalho intersetorial e com maior otimização das</p>

				<p>ações.</p> <p>Político: Autorização para a realização das oficinas de qualificação profissional.</p> <p>Cognitivos:</p>
<p>Processo gestão inexistente ou pouco presente.</p>	<p>Objetivo: Construir um trabalho com a participação de todos os profissionais envolvidos nas ações de trabalho da unidade.</p>	<p>Consolidar o trabalho interdisciplinar internamente e externamente a unidade</p>	<p>Melhorar o atendimento para a população e as relações de trabalho dos profissionais envolvidos no atendimento da UBS, possibilitando a esses construir novas ações compartilhadas com a gerencia da UBS.</p>	<p>Organizacionais:</p> <p>Econômicos:</p> <p>Políticos:</p> <p>Cognitivos:</p>

2. Vínculo entre educador físico e usuário do NASF inadequado para o atendimento

Tabela 2- Estratégias para o enfrentamento das dificuldades de trabalho do educador físico nas UBS

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Carga horária insuficiente	“+ 30”	<p>Maior proximidade do educador físico com as ações que envolvem a comunidade local e sua valorização como profissional respeitado na promoção de saúde da população.</p>	<p>Inserção do educador físico como profissional importante para a construção da promoção de saúde da comunidade.</p> <p>Aprofundamento das ações dos educadores físicos junto a comunidade, assim como melhor conhecimento da área de abrangência e suas principais</p>	<p>Organizacionais: Definição da área de atuação do educador físico. -UBS(NASF) -Academia da Cidade</p> <p>Econômicos: Liberação de recursos para a realização de concursos e efetivação dos profissionais.</p> <p>Político: Autorização para aumento da carga horária do educador físico. Autorização para a realização de concursos</p>

			necessidade para se alcançar uma melhor qualidade de vida para a comunidade.	públicos; Cognitivos: Capacitação dos educadores físicos para o enfrentamento das dificuldades em saúde que surgem na atualidade contratando profissionais capacitados para a sua formação continuada.
--	--	--	--	---

3. Estilo de vida dos usuários inadequados

Tabela 3- Estratégias para o enfrentamento dos hábitos inadequados de vida das usuárias do GQVDJ

Nós críticos	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos de vida Inadequados	Saúde Nota 10! Objetivo: Proporções em saúde que incentivem à prática regular de atividade física.	Mobilizar os usuários a praticarem atividade física regularmente, terem uma	Empoderamento do usuário nos cuidados com a saúde . Redução dos gastos do governo com	Organizacionais: Definição de espaços e profissionais envolvidos nas ações de promoção de

	<p>Essas propostas vão desde campanhas contra a divulgação de uso do tabaco e álcool na mídia , quanto a motivação por parte de educadores em saúde para a escolha de hábitos de vida saudáveis.</p>	<p>alimentação orientada.</p> <p>Diminuir o número de pessoas sedentárias que fazem parte do GQVDJ.</p> <p>Diminuir a demanda espontânea na UBSDJ por pessoas com diagnóstico das DANT.</p>	<p>as internações e exames clínicos.</p>	<p>saúde.</p> <p>Estabelecimento de prazos para início e término dos projetos voltados para os cuidados com a saúde.</p> <p>Econômicos:</p> <p>Aprovação e liberação das verbas e recursos destinados a implantação do projeto pelos órgãos e secretarias competentes.</p> <p>Político:</p> <p>Autorização para a aprovação de projetos voltados para a prática de atividade física e pagamento de profissionais com o conhecimento necessário para consolidação dos projetos.</p>
--	--	---	--	--

				Cognitivos:
--	--	--	--	--------------------

4. Falta de ações inter-setoriais em prol da Promoção de saúde

Tabela 4- Estratégias para o enfrentamento das ações de trabalho individualizadas na UBSDJ

Nós críticos	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de ações inter-setoriais para a promoção de saúde.	<p>INTERAGE SUS!</p> <p>Objetivo: Aproximação da UBSDJ de outros setores da sociedade civil como por exemplo: Secretarias de Educação, Saúde e Esportes, clubes, Igrejas, ONGs entre outros voltados par a promoção de saúde.</p> <p>Melhor comunicação dos setores primário, secundário e terciário do SUS</p>	Aproximação dos órgãos do governo federal, estadual, municipal, e secretarias na elaboração e construção de projetos voltados para a promoção de saúde.	Potencialização do atendimento nos projetos ofertados pelas secretarias e órgãos governamentais.	<p>Organizacionais: Participação das esferas governamentais da administração direta e indireta na elaboração de projetos, assim como definição de características comuns a cada secretaria envolvida. Ex: Secretarias de Esportes, Saúde e Educação na elaboração do Programa Saúde na Escola.</p> <p>Econômicos:</p>

	no repasse de informações do prontuário eletrônico dos usuários da Rede			<p>Liberação de recursos por parte do governo para a compra de materiais destinados a facilitar a comunicação em rede.</p> <p>Político: Autorização para investimentos em comuns como por exemplo : o Saúde na Escola.</p> <p>Cognitivos:</p>
--	---	--	--	---

- 5. Reestruturação da UBS e aproveitamento em potencial dos programas governamentais já existentes e dos espaços físicos nas áreas próximas do entorno da UBSDJ como: parques, escolas e outros espaços utilizados para a realização de atividade física.**

Tabela 5 - Estratégias para o enfrentamento da falta de espaços para a promoção de saúde na área de abrangência da UBSDJ

Nós críticos	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de	Sem	Melhorar as	Potencializar o	Organizacionai

<p>espaço na UBSDJ para as ações do NASF</p>	<p>Fronteiras</p> <p>Objetivo: Desenvolver ações de promoção de saúde que vão além dos espaços físicos da UBSDJ.</p>	<p>condições de atendimento da população que utiliza o espaço físico da UBSDJ.</p>	<p>uso da UBSDJ para a prática de outras ações como por exemplo os grupos operativos do NASF e a prática regular de atividade física.</p> <p>Melhor atendimento da população nos atendimentos clínicos e exames realizados pelo setor primário de saúde.</p>	<p>s: Trabalho intersetorial consolidado entre os principais atores interessados em ofertar um melhor atendimento para os usuários.</p> <p>Econômicos: Liberação dos recursos necessários por parte do setor privado para a reestruturação das UBS.</p> <p>Político: Autorização para o firmamento de novas parcerias como por exemplo: setor público/privado.</p> <p>Autorização para a ampliação do espaço da UBS</p>
--	--	--	--	--

				Cognitivos:
Ausência de materiais	Objetivo: Compartilhamento de materiais e espaço físico.	Compartilhamento de materiais de outros projetos já existentes.	Redução dos gastos com materiais; Investimento em novos equipamentos; Aproximação de projetos com características semelhantes;	<p>Organizacionais: Gestão compartilhada entre as esferas de governo Federal, Estadual e Municipal e seus principais órgãos da administração direta e indireta de prestação de serviço.</p> <p>Econômicos: Melhor aproveitamento dos recursos oriundos da União para a compra de materiais.</p> <p>Político: Autorização para a compra de materiais pelas secretarias estaduais e demais órgãos competentes.</p>

				<p>Cognitivos:</p> <p>Capacitação dos profissionais para a utilização dos recursos físicos e matérias para que ocorra uma maior durabilidade desses recursos.</p>
<p>Baixa utilização de parques e pistas locais de caminhada pela população</p>	<p>Objetivo: sensibilizar e ampliar acesso e as possibilidades de prática de atividade física.</p> <p>Objetivo: Subsidiar políticas voltadas para a regulamentação e favorecimento das práticas de atividade física em espaços coletivos como escolas, creches, fábricas entre outras.</p>	<p>Aumento do número de usuários nos projetos, programas e ações destinadas a promoção de saúde.</p> <p>Sensibilização e conscientização da população sobre importância e possibilidades de atividade física em diferentes espaços sociais.</p>	<p>Potencialização da utilização de espaços públicos da região.</p>	<p>Organizacionais: Consolidação do trabalho intersectorial para maior aproveitamento dos recursos já existentes como parques e áreas destinadas a promoção em saúde.</p> <p>Econômicos:</p> <p>Político: Autorização para reestruturação desses espaços. Autorização para campanhas</p>

		<p>Construção de políticas públicas que favoreçam a prática de atividades física, assim como a construção de espaços disponíveis para práticas esportivas e de exercício físico como quadras, clubes, ginásios poliesportivos, academias da cidade e equipamentos a céu aberto.</p> <p>Sensibilização e conscientização da população sobre alimentação mais saudável.</p> <p>Construção de políticas públicas que favoreçam a alimentação saudável.</p>		<p>educadoras em saúde que divulguem os espaços públicos como locais de promoção de saúde.</p> <p>Cognitivos: Investimento em cursos para os profissionais que atuam como multiplicadores em saúde para melhor utilização das estruturas disponíveis.</p>
--	--	---	--	--

IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

Como parte dos recursos necessários ao desenvolvimento das operações a identificação dos recursos críticos se faz necessária. Através da tabela abaixo podemos potencializar e centrar esforços com estratégias a convercer lideranças á execução de projetos que não estão sobre nossa governabilidade.

Tabela 06- Identificação dos Recursos Críticos

Operação/Projeto	Recursos críticos
“Comunica Nasf”	<p>Organizacionais: Definição de um cronograma para a realização das ações.</p> <p>Econômicos: Compra de equipamentos que facilitem a troca de informação e melhore a velocidade de comunicação entre os profissionais da rede.</p> <p>Político: Autorização para pagamento dos professores e tutores.</p>
“+ 30”	<p>Organizacionais:</p> <p>Definição da área de atuação do educador físico.</p> <p>-UBS(NASF)</p> <p>-Academia da Cidade</p> <p>Econômicos: Liberação de recursos para a realização de concursos e efetivação dos profissionais.</p> <p>Político: Autorização para aumento da carga horária do educador físico.</p>
“Saúde Nota 10!”	<p>Organizacionais: Definição de espaços e profissionais envolvidos nas ações de promoção de saúde. Estabelecimento de prazos para início e término dos projetos voltados para os cuidados com a saúde.</p> <p>Econômicos: Aprovação e liberação das verbas e recursos</p>

	<p>destinados a implantação dos projeto pelos órgãos e secretarias competentes.</p> <p>Político: Autorização para a aprovação de projetos voltados para a prática de atividade física e pagamento de profissionais com o conhecimento necessário para consolidação dos projetos.</p>
“Interage Sus”	<p>Organizacionais: Participação das esferas governamentais da administração direta e indireta na elaboração de projetos. Ex: Secretarias de Esportes, Saúde e Educação na elaboração do Programa Saúde na Escola.</p> <p>Econômicos: Liberação de recursos por parte do governo para a compra de materiais destinados a facilitar a comunicação em rede.</p> <p>Político: Autorização para investimentos em Projetos comuns a todas as secretarias como por exemplo : o Saúde na Escola.</p>
“Sem Fronteiras”	<p>Organizacionais: Trabalho intersetorial consolidado entre os principais atores interessados em ofertar um melhor atendimento para os usuários.</p> <p>Econômicos: Liberação dos recursos necessários por parte do setor privado para a reestruturação das UBS.</p> <p>Político: Autorização para o firmamento de novas parcerias como por exemplo: setor público/privado.</p>

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 é imprescindível para posterior avaliação das estratégias necessárias para criar parcerias para viabilizar o plano.

Tabela 07- Viabilidade do Plano Estratégico Situacional

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator	Motivação	
"Comunica Nasf"	Organizacionais: Definição de um cronograma para a realização das ações.	Gerência Administrativa.	Indiferente	Elaborar, apresentar e discutir com os atores que controlam os recursos críticos exemplos de experiências bem sucedidas e
	Econômicos: Compra de equipamentos que facilitem a troca de informação e melhore a velocidade de comunicação entre os profissionais da rede.	Referência Técnica distrital.	Favorável	
	Político: Autorização para pagamento dos professores e tutores.	Gerente Administrativa	Indiferente	
"+ 30"	Organizacionais: Definição da área de atuação do educador físico. -UBS (NASF) e (Práticas	Gerência Administrativa	Indiferente	

	Corporais) -Academia da Cidade			de seus benefícios, para a população e para o serviço.
	Econômicos: Liberação de recursos para a realização de concursos e efetivação dos profissionais.	Referência Técnica distrital.	Favorável	Discutir, elaborar e apresentar a proposta de intervenção do grupo.
	Político: Autorização para aumento da carga horária do educador físico.			Apresentar, caso necessário, os apoios conseguidos de outros atores sociais à proposta do grupo.
“Saúde Nota 10!”	Organizacionais: Definição de espaços e profissionais envolvidos nas ações de promoção de saúde. Estabelecimento de prazos para início e término dos projetos voltados para os cuidados com a	Gerente Administrativa	Indiferente	

	saúde.			
	<p>Econômicos: Aprovação e liberação das verbas e recursos destinados a implantação dos projeto pelos órgãos e secretarias competentes.</p>	Referência Técnica distrital.	Favorável	
	<p>Político: Autorização para a aprovação de projetos voltados para a prática de atividade física e pagamento de profissionais com o conhecimento necessário para consolidação dos projetos.</p>	Gerente Administrativa	Indiferente	
“Interage Sus”	<p>Organizacionais: Participação das esferas governamentais da administração direta e indireta na</p>	Gerente Administrativa	Indiferente	

	<p>elaboração de projetos. Ex: Secretarias de Esportes, Saúde e Educação na elaboração do Programa Saúde na Escola.</p>			
	<p>Econômicos: Liberação de recursos por parte do governo para a compra de materiais destinados a facilitar a comunicação em rede.</p>	<p>Referência Técnica distrital.</p>	<p>Favorável</p>	
	<p>Político: Autorização para investimentos em Projetos comuns a todas as secretarias como por exemplo: o Saúde na Escola.</p>	<p>Gerente Administrativa</p>	<p>Indiferente</p>	
<p>“Sem Fronteira”</p>	<p>Organizacionais: Trabalho intersectorial</p>	<p>Gerente Administrativa</p>	<p>Indiferente</p>	

	<p>consolidado entre os principais atores interessados em ofertar um melhor atendimento para os usuários.</p>			
	<p>Econômicos: Liberação dos recursos necessários por parte do setor público/privado para a reestruturação das UBS.</p>	<p>Referência Técnico/Distrital</p>	<p>Favorável</p>	
	<p>Político: Autorização para o firmamento de novas parcerias como por exemplo: setor público/privado.</p>	<p>Gerente Administrativa</p>	<p>Indiferente</p>	

PLANO OPERATIVO OU ESTRATÉGICO

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

Tabela 08- Plano Operativo ou Estratégico

Operações	Resultados	Produtos	Respon- sável	Prazo
“Comunica Nasf”	Otimização do fluxo de informação entre os profissionais. Compartilhamento e otimização das ações da equipe do NASF.	Reuniões sistematicas de planejamento. Atas e registros de reuniões implementados. Agenda elaborada.		
“+ 30”	Maior proximidade do educador físico com as ações que envolvem a comunidade local e sua valorização como profissional respeitado na promoção de saúde da população.	Inserção do educador físico como profissional importante para a construção da promoção de saúde da comunidade. Aprofundamento das ações dos educadores físicos junto a comunidade, assim como melhor conhecimento da área de abrangência e suas principais necessidades para se alcançar uma melhor qualidade de vida para a comunidade.		
“Saúde Nota 10!”	Mobilizar os	Empoderamento do usuário		

	usuários a praticarem atividade física regularmente, terem uma alimentação orientada. Diminuir o número de pessoas sedentárias que fazem parte do GQVDJ.	nos cuidados com a saúde . Redução dos gastos do governo com as internações e exames clínicos.		
“Interage Sus”	Converção das estratégias com utilização de ferramentas em comum	Aproximação dos órgãos do governo federal, estadual, municipal, e secretarias na elaboração e construção de projetos voltados para a promoção de saúde.		
“Sem Fronteiras”	Melhorar as condições de atendimento da população que utiliza o espaço físico da UBSDJ.	Potencializar o uso da UBSDJ para a prática de outras ações como por exemplo os grupos operativos do NASF e a prática regular de atividade física. Melhor atendimento da população nos atendimentos clínicos e exames realizados pelo setor primário de saúde.		

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 09- Acompanhamento de Operação

Operação: Comunica NasF					
Coordenação:					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Reuniões sistematicas de planejamento.					
Atas e registros de reuniões implementados.					
Agenda elaborada.					
Capacitação dos profissionais consolidada e com uma linha de trabalho padronizada e atualizada seguindo os novos protocolos de atendimento					
Melhorar o atendimento para a população e as relações de trabalho dos profissionais envolvidos no atendimento da UBS, possibilitando a esses construir novas ações compartilhadas com a gerencia da UBS.					

Operação: “+ 30”					
Coordenação:					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
<p>Inserção do educador físico como profissional importante para a construção da promoção de saúde da comunidade.</p> <p>Aprofundamento das ações dos educadores físicos junto a comunidade, assim como melhor conhecimento da área de abrangência e suas principais necessidades para se alcançar uma melhor qualidade de vida para a comunidade.</p>					
Operação: “Saúde Nota 10!”					
Coordenação:					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
<p>Empoderamento do usuário nos cuidados com a saúde .</p> <p>Redução dos gastos do governo com as internações e exames clínicos.</p>					

Operação: "Interage Sus"					
Coordenação:					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
<p>Aproximação dos órgãos do governo federal, estadual, municipal, e secretarias na elaboração e construção de projetos voltados para a promoção de saúde.</p> <p>Potencialização do atendimento nos projetos ofertados pelas secretarias e órgãos governamentais.</p>					
Operação: "Sem Fronteiras"					
Coordenação:					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
<p>Potencializar o uso da UBSDJ para a prática de outras ações como por exemplo os grupos operativos do NASF e a prática regular de atividade física.</p> <p>Melhor atendimento da população nos atendimentos clínicos e exames realizados</p>					

<p>pelo setor primário de saúde.</p> <p>Redução dos gastos com materiais;</p> <p>Investimento em novos equipamentos;</p> <p>Aproximação de projetos com características semelhantes;</p> <p>Potencialização da utilização de espaços públicos da região.</p>					
--	--	--	--	--	--

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DO PLANO

Os indicadores permitem informar os locais que estão desenvolvendo as ações estratégicas com sucesso. Nos locais que não acontecem devem 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 10- Monitoramento das ações desenvolvidas

Indicadores	Momento atual		Em 6 meses		Em 1 ano	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Trabalho intersetorial e interdisciplinar no NASF						

Reuniões sistematicas de planejamento.						
Atas e registros de reuniões implementados						
Agenda elaborada.						
Vínculo entre educador físico e usuário do NASF	Momento atual		Em 6 meses		Em 1 ano	
	Sim		Não		Sim	
Inserção do educador físico como profissional importante para a construção da promoção de saúde da comunidade.						
Aprofundamento das ações dos educadores físicos junto a comunidade.						
Melhor conhecimento da área de abrangência e suas principais necessidades para se alcançar uma melhor qualidade de vida para a comunidade						
Enfrentamento dos hábitos inadequados de vida das usuárias do GQVDJ.	Momento atual		Em 6 meses		Em 1 ano	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Empoderamento dos usuários nos cuidados com a saúde .						
Redução dos gastos do governo com as internações e exames clínicos.						
Ações intersetoriais para a promoção de saúde.	Momento atual		Em 6 meses		Em 1 ano	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Potencialização do atendimento nos projetos ofertados pelas secretarias e órgãos governamentais.						

Enfrentamento da falta de espaços para a promoção de saúde na área de abrangência da UBSDJ.	Momento atual		Em 6 meses		Em 1 ano	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Potencializar o uso da UBSDJ para a prática de outras ações como por exemplo os grupos operativos do NASF e a prática regular de atividade física.						
Melhor atendimento da população nos atendimentos clínicos e exames realizados pelo setor primário de saúde.						
Redução dos gastos com materiais;						
Investimento em novos equipamentos;						
Aproximação de projetos com características semelhantes;						
Potencialização da utilização de espaços públicos da região.						

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Promover saúde, significa proporcionar aos indivíduos as ferramentas necessárias para a melhoria e controle da sua saúde. Dessa forma, a responsabilidade dos cuidados de saúde vão além do setor de saúde e seus profissionais, cabe aqui também a co-responsabilidade dos usuários. Assim, além das estratégias do setor para a promoção de um estilo de vida mais saudável é preciso que cada usuário saiba que sem o seu empenho não há como reverter os condicionantes de saúde modificáveis.

Segundo Minas Gerais (2011), a participação social, os autocuidados com a saúde e a intersetorialidade são cruciais para a política de Promoção da Saúde estabelecida pela SMSA na busca pela igualdade de direitos. A vertente apresentada na frase “saúde é atitude” orienta para a gestão compartilhada, a integralidade e trabalho proativo nas ações que visam a promoção de saúde coletiva e individual com vistas na construção de uma Cidade Saudável.

Diante disso, os problemas encontrados junto ao GQVDJ – principalmente o sedentarismo como um fator de risco para as DCNT - devem ser enfrentados de maneira eficiente e resolutiva, com uma mudança na estruturação do trabalho do NASF na UBSDJ (passando de multidisciplinar para interdisciplinar), com a iniciativa de parcerias com a população local e com outros setores da sociedade civil e conscientização e empoderamento das usuárias do GQVDJ.

REFERÊNCIAS

ACSM - American College of Sports Medicine. 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.

AZEVEDO JUNIOR, Mário R. **Nível de atividade física na adolescência e início da vida adulta e fatores associados: um estudo longitudinal**. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pelotas; Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, 2009. 209p.

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Caderno de Atenção Básica, n.27,2009.

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. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2. Ed.2007.p.52

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2011**: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde,

Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília/DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012.132p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do Nasf**. Cadernos de Atenção Básica - n. 27, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília/DF: Editora do Ministério da saúde, 2010.152p.

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, 2006.110p.

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, 2011a. 160p .

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

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. 114p.

CHAIMOWICZ, F. et al. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.172p.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Resolução nº 046**, Rio de Janeiro, 2002

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S.L. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. 1. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG - Coopmed, 2009. 96p.

COUTO, A.C.P.; SOUSA, G. S.. **Educação Física: atenção à saúde da criança e do adolescente**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG , 2011.64p.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG - Coopmed, 2009. 68p

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas**, 2010. 56p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. Caderno n. 1, Análise da Atenção Primária à Saúde**, Belo Horizonte, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. Caderno n. 8, Promoção da Saúde**, Belo Horizonte, 2011.

NOBRE, Moacir. R. C. et al. Epidemiologia do risco cardiovascular e atividade física. In: Negrão, C. E.; Barreto, A. C. P. (Org) **Cardiologia do Exercício: Do atleta ao cardiopata**. 3ª ed. Barueri, SP. Manole. 2010. p. 01-37.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986). **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. Novembro, 1986.

PAES-SOUSA et al. A dinâmica dos macrodeterminantes da saúde nos 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil p.17-36. In: **Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de situação em Saúde. Brasília. Ministério da Saúde. 2009. p.416.

SILVA, F.M. (org.). **Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de educação física na atenção básica à saúde**. CONFEF, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.listasconfef.org.br/arquivos/Livro_Recomendacoes.pdf. Acesso em: 3 Ago. 2012

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

VALLONE, M. L. D. C. ***Os determinantes sociais de saúde como pilares da promoção de saúde***. Belo Horizonte, 2011.

ZAZÁ, D. C.; CHAGAS, M. H. **Educação Física: atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG , 2012. 76p.