

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

**THAYNÁ SAMILLA DOS SANTOS**

**PLANO DE INTERVENÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA  
ATIVIDADE FÍSICA PARA A DIMINUIÇÃO DO SEDENTARISMO NA  
ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL DIVONETE CAVALCANTE NO  
MUNICÍPIO DE TAQUARANA-ALAGOAS**

**MACEIÓ/ ALAGOAS  
2015**

**THAYNÁ SAMILLA DOS SANTOS**

**PLANO DE INTERVENÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA  
ATIVIDADE FÍSICA PARA A DIMINUIÇÃO DO SEDENTARISMO NA  
ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL DIVONETE CAVALCANTE  
NO MUNICÍPIO DE TAQUARANA-ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito de Certificado de Especialista.

Orientado: Valéria Bezerra Santos

**MACEIO- AL  
2015**

**THAYNÁ SAMILLA DOS SANTOS**

**PLANO DE INTERVENÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA  
ATIVIDADE FÍSICA PARA A DIMINUIÇÃO DO SEDENTARISMO NA  
ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL DIVONETE CAVALCANTE NO  
MUNICÍPIO DE TAQUARANA-ALAGOAS**

**Banca examinadora**

Prof. Valéria Bezerra Santos - UFMG

Prof. \_\_\_\_\_ - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

## RESUMO

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído no Brasil em 2007, busca fortalecer as experiências desenvolvidas no ambiente escolar e promover a articulação das ações vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) com a rede pública de ensino, através do incentivo as ações do PSE, percebeu-se a falta de incentivo as práticas de atividade física por parte dos escolares, assim como a falta de envolvimento nessas ações por parte do setor da saúde do município. O presente estudo justifica-se pela necessidade do incentivo da prática de atividade física dentro do ambiente escolar, assim como, buscar-se aumentar o vínculo da unidade básica de saúde com os escolares. Este estudo teve como objetivo elaborar um Plano de Intervenção no intuito de desenvolver Atividades Permanentes de Promoção da saúde e Prevenção do Sedentarismo, utilizando o Princípio da Educação Permanente em Saúde. A abordagem metodológica adotada privilegiou o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). Foi construído um Plano de Intervenção para se trabalhar ações voltadas para a diminuição do sedentarismo e promoção da saúde, assim como realizar uma maior aproximação dos profissionais da unidade básica com a escola. Pretendeu-se com esse estudo estimular a prática de atividade física nas escolas, bem como fazer uma ponte entre a Educação e Saúde, através do incentivo do trabalho conjunto.

**PALAVRAS- CHAVE:** Saúde na Escola, atividade física, sedentarismo.

## **ABSTRACT**

The School Health Program (PSE) established in Brazil in 2007, seeks to strengthen the experiences developed in the school environment and promote the coordination of actions linked to the Unified Health System (SUS) with the public school system, by encouraging actions PSE, one can see the lack of incentive practices of physical activity a part of the school as well as the lack of involvement in these actions by the city's health sector. This study is justified by the need of encouragement of physical activity within the school environment as well as seek to increase the bond of primary health care with school. This study aimed to develop an Intervention Plan in order to develop health promotion Permanent Activities and Prevention of Physical inactivity, using the Principle of Continuing Health Education. The methodological approach adopted favored the method of Situational Strategic Planning (PES). An Intervention Plan was built to work actions for the reduction of a sedentary lifestyle and health promotion, as well as achieve greater approximation of professionals in the basic unit with the school. It was intended that this study encourage physical activity in schools and make a bridge between education and health, by encouraging working together.

.

**KEY WORDS:** Health in School, physical activity, sedentary lifestyle.

## SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	7
2.JUSTIFICATIVA.....	13
3.OBJETIVO.....	14
3.1 OBJETIVO GERAL.....	14
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	14
4. METODOLOGIA.....	15
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	19
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS	

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Taquarana está localizado na região central do Estado de Alagoas, limitando-se a norte com os municípios de Belém, Igaci e Tanque D'Arca, a sul com Limoeiro de Anadia, a leste com Tanque D'Arca e a oeste com Coité do Nóia. A área municipal ocupa 166,5 km<sup>2</sup> (0,60% de AL) inserida na meso-região do Agreste Alagoano e na micro-região de Arapiraca, a 111 km da capital do estado Maceió (IBGE, 2012).

**Prefeito:** Sebastião Antônio da Silva

**Secretário Municipal de Saúde:** Maria José Da Silva

**Coordenador da Atenção Básica:** Edna da Silva Porto

**População (número de habitantes):** 19.020 habitantes

### 1.2 HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Taquarana teve seu território desmembrado de Limoeiro de Anadia no dia 24 de agosto de 1962, marcado por uma história que começou ainda em meados do século XVIII, partindo de uma fazenda de gado denominada de Cana Brava pertencente à família Correia Paes. Ao instalar a fazenda Canabrava - com a criação de gado e diversificadas lavouras - em 1750, atraídos pelas belezas naturais do lugar e pela abundância de água, a família Correias Pais, proveniente do Estado de Pernambuco, deu origem ao atual município de Taquarana, que até sua emancipação era conhecido por Canabrava dos Pais. Como na maioria dos municípios alagoanos, o povoado se expandiu a partir de 1821, com a construção da matriz de Santa Cruz, num local já afastado da fazenda. Considerados também como fundadores, Luiz Carlos de Souza Barbosa, Antonio Paulino da Silva, Antonio Faustino da Silva Madeira e José Miguel Soares - com suas famílias - foram os primeiros habitantes -Ponto de passagem obrigatório - pela estratégica posição de proximidade com a estrada que ligava o Sertão à capital - alcançou o progresso rapidamente. Em 1938 foi elevada à condição de vila, ainda pertencendo a Limoeiro de Anadia. FONTE: IBGE. A autonomia administrativa, porém, só veio em Agosto de

1962, através da Lei 2.465, que também alterou o nome da cidade de Cana Brava dos Paes para Taquarana, por sugestão do bispo Dom Rômulo de Farias, arcebispo de Maceió. Os expoentes da luta pela emancipação foram Manoel Rodrigues de Oliveira, José Tenório de Souza, Floriano de Souza Castro e Pedro Cícero da Silva (IBGE, 2012).

### **1.3. DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO**

#### **1.3.1 - ASPECTOS GEOGRÁFICOS**

Indicadores:

Área total do município

166,5 KM<sup>2</sup> (0,60% De Alagoas).

Concentração habitacional :

Zona urbana ---7.378 pessoas/ zona rural— 10.219 pessoas.

Nº. aproximado de domicílios e famílias:

Zona urbana -----2.280 zona rural---- 3.073, no total de 5.353

#### **1.3.2 - ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS**

Indicadores

- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,541 baixo
- Taxa de Urbanização 24.07%
- Renda Média Familiar: 724,00. Além, desta renda média, existem 2.296 famílias que vivem do incentivo financeiro dos programas do Governo Federal (bolsa família).
- % de Abastecimento de Água Tratada: 80%
- % de recolhimento de esgoto por rede pública: o município não possui saneamento básico.
- Principais Atividades Econômicas: agricultura, comércio e serviços públicos.

#### **1.3.3 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS**

## Indicadores

- Taxa de Crescimento Anual: 0,17%
- Densidade demográfica :113,65 hab/km<sup>2</sup>
- Taxa de Escolarização: 72,82%
- Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: 47,68%
- Índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil:
- IDEB: Este indicador integra os resultados da Prova Brasil com o Censo Escolar, o qual leva em conta o fluxo e o desempenho escolar, medido por meio da nota média na Prova Brasil.
- Recentemente, merece destaque, também, a Emenda Constitucional nº 59, de 11 de novembro de 2009, que amplia a obrigatoriedade da educação básica para a faixa de 4 a 17 anos de idade, a ser implementada até 2016.
- População (%) usuária da assistência à saúde no SUS: 96,28%

### 1.3.4 - SISTEMAS LOCAL DE SAÚDE

- Conselho Municipal de Saúde (composição, regularidade de reuniões etc): O conselho Municipal de Saúde é composto por: 06 representantes de entidades de usuários do SUS; 03 representantes dos trabalhadores da saúde; 03 representantes do Governo Municipal. As reuniões ordinárias acontecem 01 vez ao mês.
- Fundo Municipal de Saúde: Orçamento destinado à saúde (com especificidades que julgar interessante). Total em saúde= 4.876,862,33
- Programa Saúde da Família (sobre a implantação, cobertura, nº de equipes SF, SB, NASF, CEO etc): Existe 15 unidades de saúde, das quais 08 são da Saúde da Família, sendo duas na zona urbana e seis na zona rural. Estas últimas contam com quatro unidades de apoio. Existe ainda no município uma Unidade Mista com atendimento 24 horas, 01 NASF compostos por psiquiatras, fisioterapeutas, psicólogo, assistente social, ginecologista, neuropediatra e nutricionista. 01 CAPS modalidade 1, 01 centro de

especialidades. Não existe CEO. Existe um sistema de referência, mas no município não existem informações sobre dados de contra referência. Possui a rede de média e alta complexidade, onde os exames e especialistas não existentes são direcionados para outros municípios, como Arapiraca e a capital Maceió.

- Recursos Humanos em Saúde (número de profissionais, forma de vínculo, carga horária semanal, horário de trabalho, etc): São 171 profissionais que trabalham na saúde, selecionados por contrato temporário ou por regime estatutário (concurados). A carga horária semanal pode variar entre 20 e 40 horas, dependendo do local e regime de contrato. O Horário de trabalho acontece de 08h às 12h (manhã) e 13h às 17h (tarde).

#### **1.3.5. TERRITÓRIO / ÁREA DE ABRANGENCIA**

- Número de família e de habitantes: 3.075
- Nível de alfabetização: dados não conhecidos.
- Taxa de Emprego e principais postos de trabalho: dados não conhecidos.
- Rede pública local (Funcionário público), estabelecimentos comerciais, agricultura. Como vivem, de que vivem, como morrem: Como existem tanto unidades nas áreas urbanas como nas rurais, as pessoas podem se deslocar facilmente até elas. Em Taquarana existem banco do Brasil, comércio e feira local. A população apesar de pequena, são muito receptivos e calorosos. Caso na cidade não exista algum tipo de atendimento público, a população pode se deslocar para outros municípios maiores como Arapiraca, já que existem uma rede de transporte organizada para lá. Vivem da agricultura (a maioria), empregos públicos ou comerciais, ou com a ajuda do incentivo do Governo Federal (Bolsa Família). A maioria dos óbitos ocorre por doenças ligadas ao aparelho cardiovascular (IBGE, 2012).

#### **1.4. RECURSOS DA COMUNIDADE**

- Outros recursos da comunidade, incluindo área de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, creches, igrejas): Não existe hospital e clínica médica. Possui: 01 laboratório de análises clínicas, 01 clínica de odontologia, 01

clínica de fisioterapia, escolas, 01 creche, igreja católica, igreja protestante, 01 farmácia central.

- Serviços existentes (luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos): O município possui todos os serviços citados. Rede de abastecimento de energia (Eletrobrás); rede de abastecimento de água (CASAL), rede de telefonia e internet, 01 sede dos Correios, 01 Banco do Brasil, 01 Casa Lotérica.

## **1.5. UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

- Unidade Básica de Saúde Centro
- Funciona das 8:00 às 12horas e de 13 às 15 horas.

### **1.5.1 - RECURSOS HUMANOS**

- 01 médico, 01 enfermeira, 07 agentes comunitários de saúde, 01 auxiliar de enfermagem, 01 odontólogo, 01 auxiliar de saúde bucal, totalizando 12 profissionais.

### **1.5.2 - RECURSOS MATERIAIS**

Esta unidade funciona dentro de uma casa, não tendo uma estrutura própria para o seu funcionamento. Há uma recepção improvisada, no mesmo local funciona a pré-consulta, não havendo espaço suficiente, nem cadeiras para todos os usuário. 01 sala do médico, 01 sala da enfermeira, 01 sala para farmácia também improvisada, 01 sala de vacina também improvisada, não há ar condicionado nesses espaços, nem tão pouco estrutura para comportar a comunidade de Taquarana, já que está mesma unidade encontra-se no centro do município, havendo uma grande demanda. 01 copa, 01 banheiro para usuários. Os curativos são realizados na sala da enfermeira.

A comunidade em que atua ESF Centro se localiza próximo a muitos pontos de acesso da cidade, e facilmente os usuários de várias localidades podem fazer uso de seus serviços.

Apesar de cobrir uma vasta área da cidade, a demanda agendada é organizada e não existe longas filas por espera de atendimento. No entanto, ainda existem áreas onde há população que carece de recursos financeiros e de informações sobre o autocuidado. O que faz com que se pense em medidas voltadas para a situação dessas pessoas através do olhar do profissional de saúde e de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Após a realização do diagnóstico situacional foram percebidos diversos problemas, com relação a estrutura física, não há sala de espera, nem sala de acolhimento, não há sala de curativos e nem sala de vacinas. Falta de equipamentos.

Atraso na entrega dos exames, difícil acesso aos exames de rotina.

Nesta unidade não há atividades de educação em saúde, não são feitas palestras, nem formação de grupos, nem de educação permanente.

Esta unidade é referência para os 2.861 escolares do Programa Saúde na Escola, porém dentro das ações que são preconizadas pelo Ministério da Saúde, só são realizadas as medidas antropométricas anualmente, não havendo nenhuma outra atividade pactuada no termo de adesão desde sua implantação.

Desse modo, não há nenhum tipo de aproximação dos escolares com a unidade básica de saúde. Foi observado também, a partir da semana de saúde na escola, realizada pelas enfermeiras do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, que houve um grande envolvimento das crianças nas ações, porém os adolescentes em sua maioria não participaram, mostrando a dificuldade de desenvolvimento das atividades com esse grupo.

Desta forma, pretendeu-se implementar um plano de intervenção com a intenção de que se tenha uma diminuição do sedentarismo e para estimular a prática de atividade física e hábitos saudáveis entre os escolares.

## **2. JUSTIFICATIVA**

Observou-se, a partir das atividades desenvolvidas na Semana de Saúde na Escola, que apesar de existir profissionais de educação física na escola, muitos alunos não participavam das atividades desenvolvidas nessa semana e que alguns deles também nunca foram a Unidade Básica de Saúde Centro e que os profissionais dessa unidade só realizam atividades pontuais como pesagem e medição de altura, mostrando que não há uma aproximação dos escolares com as atividades da unidade e também não há um envolvimento da saúde com as atividades na escola.

### **3. OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Elaborar um Plano de Intervenção no intuito de desenvolver Atividades Permanentes de Promoção e Prevenção do Sedentarismo, utilizando o Princípio da Educação Permanente em Saúde.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Promover a saúde através da prática de atividade física.
- Reduzir a taxa de incidência de doenças e agravos não transmissíveis na escola a partir da realização de exercícios diários.
- Estimular a aproximação dos escolares com a Unidade Básica de Saúde.
- Estimular os escolares na realização de exercícios físicos orientados.
- Estimular a participação dos professores, diretores e coordenadores na prática da ginástica laboral.
- Diminuir gastos com saúde curativa, tendo-se um melhor custo-benefício com saúde preventiva.
- Promover atividades educativas na escola, através de eventos da saúde.

#### **4. METODOLOGIA**

A metodologia utilizada foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES). A Revisão Bibliográfica do tipo exploratório, sendo desenvolvida tendo referência o período de 2001 a 2014. O tema Sedentarismo e Saúde na Escola foram levantados em bases de dados e bibliotecas virtuais da área da saúde: Bireme (Biblioteca Virtual de Saúde), LILACS (Literatura Latino- Americana e Caribe e Ciências da Saúde) e SCIELO. O material selecionado para se realizar o estudo foi organizado de modo a identificar as categorias de atuação a fim de se criar um Plano de Intervenção na Escola Municipal Maria Iraci Teófilo de Castro. Os descritores são: saúde na escola, atividade física e sedentarismo.

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas pela sociedade ao longo do tempo, modificam o modo como os sujeitos e coletividades organizam suas vidas e elegem seu modo de vida (BRASIL, 2008). No Brasil, em seu processo de transição epidemiológica, ocorreu uma substituição do perfil de saúde caracterizado pelas altas taxas de mortalidade e morbidade relacionados a presença de agravos não transmissíveis. Somando-se a isso, nota-se uma mudança em relação aos hábitos alimentares e estilo de vida (GOMES e ZAZA, 2009).

Para Nieman (1999), a saúde passa a ser compreendida de um modo dinâmico, e não só a ausência de doença, sendo assim, a incorporação das práticas de atividade física visam não só diminuir o estado de doença, como também melhorar a qualidade de vida e ajudar na promoção e prevenção da saúde.

De acordo com Minayo e colaboradores (2000) a qualidade de vida relaciona-se ao bem-estar pessoal, satisfação pessoal, hábitos e estilo de vida e estado de saúde.

Segundo ACSM (2010) atividade física é considerada todo movimento do corpo produzida pela contração muscular esquelética que venha a resultar em gasto energético acima dos níveis em repouso. Já o exercício físico é uma atividade física planejada, programada e estruturada e acompanhada por profissional que tem o objetivo da melhora ou manutenção da aptidão física. Tem importante papel na manutenção e saúde global da pessoa. Evidências epidemiológicas evidenciam a atividade física protege contra o desenvolvimento e a progressão de muitas doenças crônico- degenerativas (FARANATTI et al, 2005).

Ferreira et al (2005) destacam algumas das razões pelas quais as pessoas procuram a atividade física: busca da saúde, estética, viagem, bem estar, alívio da tensão, fonte de educação, necessidade de prestígio, status, liderança, elevação da autoestima e aceitação pelo grupo. O sucesso de qualquer programa de atividades físicas está relacionado à motivação de seus participantes. (GOMES e ZAZA, 2009)

O nível de atividade física e o sedentarismo são estudados em várias faixas etárias como crianças, adolescentes, adultos, idosos e portadores de problemas crônico-degenerativos. As crianças e adolescentes tem obtido uma atenção

diferenciada, pois é nesta etapa que os hábitos tanto alimentares como os comportamentais são formados, e se refletem na fase adulta (SILVA et al, 2009).

Alguns estudos demonstram que existe alta prevalência de comportamentos de risco a saúde em crianças e adolescentes, dentre estes comportamentos, destacam-se os níveis insuficientes de atividade física, hábitos alimentares inadequados, consumo de drogas lícitas e ilícitas e comportamento sexual inseguro (SILVA et al., 2009).

Twisk (2001) destaca que a prática regular de atividade física pelas crianças, possivelmente, torna-os mais fisicamente ativos, e dos métodos para que se obtenha este estilo de vida em crianças e adolescentes é por meio de programas escolares de educação física. Estes programas têm o objetivo a adoção de uma vida mais saudável, tanto na escolar, quanto nas horas de lazer.

Estudos mostram que crianças e adolescentes tem um grande componente de tempo livre, e que muitos deles poderiam ser revertidos em atividades físicas. Contudo, a maioria das atividades que os jovens fazem são de característica sedentária, como assistir TV e jogos eletrônicos (ESCULCAS e MOTA, 2005)

Desse modo, a atenção básica junto a estratégia dos programas de promoção à saúde podem construir formas mais amplas para o enfrentamento dos vários problemas de saúde que afetam a população que estão relacionados aos determinantes sociais de saúde. Ainda que o indivíduo sedentário não se torne totalmente ativo, despertar nele sobre a relevância da atividade física, pode fazer com que este considere a possibilidade de mudança em algum momento da sua vida (IVO et al., 2012).

Quando se considera a promoção da saúde de um modo integral e ampliado, fazendo uma relação entre saúde e a qualidade de vida e aos seus determinantes políticos, econômicos e sociais, percebe-se a importância da articulação dos vários setores para se enfrentar os problemas sociais, a partir da ação interdisciplinar e intersetorial(GOMES, 2012). Desse modo, essa concepção prevê o desenvolvimento de estratégias e políticas ampliadas que priorizem a articulação intersetorial no conjunto de suas intervenções, como é visto no Programa Saúde na Escola (PSE), que prioriza o conceito atual de Promoção da Saúde e estimulam a relação entre a saúde, a educação e os diferentes setores, tendo como sua principal direção para alcançar seus resultados a intersetorialidade (GOMES, 2012).

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi criado em (2007) pelo Ministérios da Saúde em parceria com o da Educação. Tem como meta aumentar o acesso dos escolares aos serviços de saúde e desse modo, contribuir com a formação integral dos estudantes, através de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Vem afirmar o quão importante é esta articulação entre a saúde e a educação e, também da sociedade, com a finalidade de contribuir para a melhoria das condições de vida da comunidade escolar e fortalecer o acesso aos serviços de saúde de atenção básica (GOMES, 2012).

Através dos setores políticos, como programas federais, como o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), documentos oficiais e outras publicações, iniciativas e experiências de saúde na escola que vêm ocorrendo em todo o Brasil, vem contribuir com melhoria do entendimento da saúde no âmbito escolar. Desse modo, contribui com o fortalecimento da atenção básica, colaborando com o estímulo a execução das práticas das atividades dentro da escola, no campo da promoção da saúde, com a finalidade de articulação do Sistema Único de Saúde (SUS) com as da rede de ensino público.

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Nesta unidade, não há atividades de educação em saúde, não são feitas palestras, nem formação de grupos, nem de educação permanente. Com a presente proposta, buscou-se o incentivo a prática de atividades física, como também a aproximação da Unidade básica de saúde com os escolares.

**“Quadro 1 – Operações sobre o “ Pouco envolvimento dos escolares nas práticas de atividade física, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Centro em Taquarana, Alagoas.**

<b>Nó crítico 1</b>	Pouco envolvimento dos escolares nas práticas de atividade física.
<b>Operação</b>	<b>Construindo um futuro saudável através da prática de atividade física</b>
<b>Projeto</b>	<b>Mexa-se e dê um olé no sedentarismo!</b>
<b>Resultados esperados</b>	Aumentar do número de estudantes que participem das atividades e consequentemente diminuição do sedentarismo.
<b>Produtos esperados</b>	Participação tanto dos escolares nas atividades, como dos profissionais da saúde nas ações preconizadas
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Profissionais da unidade básica de saúde Centro, profissionais do Programa Saúde na Escola, NASF.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Espaço na escola para a realização das atividades. Cognitivo: elaboração das atividades a serem realizadas nas escolas. Financeiro: Aquisição dos materiais de apoio. Político: mobilização dos participantes e adesão dos profissionais
<b>Recursos críticos</b>	Participação dos profissionais da Unidade Básica de Saúde
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de saúde e educação Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Trabalhar em articulação com os profissionais da Secretaria de Educação.
<b>Responsáveis:</b>	Secretaria de saúde e educação
<b>Cronograma /</b>	Agosto de 2014 a Agosto de 2015

<b>Prazo</b>	
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Secretaria de saúde e educação

**“Quadro 2 - Operações sobre o “Não envolvimento das ações de saúde com o Programa Saúde na Escola” relacionado ao problema de sedentarismo na Escola, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Centro em Taquarana, Alagoas”.**

<b>Nó crítico</b>	Não envolvimento das ações de saúde com o Programa Saúde na Escola
<b>Projeto</b>	<b>Xô preguiça!</b>
<b>Resultados esperados</b>	Prosseguimento das atividades de inserção dos escolares nas práticas de atividades físicas, com avaliação periódica por parte dos profissionais do NASF. Incentivo conjuntamente com a secretaria de educação nas atividades para que haja uma continuidade das ações.
<b>Produtos esperados</b>	Participação tanto dos escolares nas atividades, como dos profissionais da saúde nas ações preconizadas
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Profissionais da unidade básica de saúde Centro, profissionais do Programa Saúde na Escola, NASF.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Espaço na escola para a realização das atividades. Cognitivo: elaboração das ações de saúde junto aos profissionais da educação para o desenvolvimento dos projetos junto a escola. Político: mobilização dos participantes e adesão dos profissionais
<b>Recursos críticos</b>	Participação dos profissionais da Unidade Básica de Saúde
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de saúde e educação Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Trabalhar em articulação com os profissionais da Secretaria de Educação.
<b>Responsáveis:</b>	Secretaria de saúde e educação
<b>Cronograma /</b>	Agosto de 2014 a Agosto de 2015

<b>Prazo</b>	
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Secretaria de saúde e educação

**“Quadro 3 – Operações sobre o “ Construindo um futuro saudável através da prática de atividade física, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Centro em Taquarana, Alagoas”**

<b>Nó crítico 1</b>	Pouco envolvimento dos escolares nas práticas de atividade física.
<b>Operação</b>	Construindo um futuro saudável através da prática de atividade física
<b>Projeto</b>	<b>Mexa-se e dê um olé no sedentarismo!</b>
<b>Resultados esperados</b>	Aumentar do número de estudantes que participem das atividades e consequentemente diminuição do sedentarismo.
<b>Produtos esperados</b>	Participação tanto dos escolares nas atividades, como dos profissionais da saúde nas ações preconizadas
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Profissionais da unidade básica de saúde Centro, profissionais do Programa Saúde na Escola, NASF.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Espaço na escola para a realização das atividades. Cognitivo: elaboração das atividades a serem realizadas nas escolas. Financeiro: Aquisição dos materiais de apoio. Político: mobilização dos participantes e adesão dos profissionais
<b>Recursos críticos</b>	Participação dos profissionais da Unidade Básica de Saúde
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de saúde e educação Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Trabalhar em articulação com os profissionais da Secretaria de Educação.
<b>Responsáveis:</b>	Secretaria de saúde e educação
<b>Cronograma / Prazo</b>	Agosto de 2014 a Agosto de 2015
<b>Gestão,</b>	Secretaria de saúde e educação

<b>acompanhamento e avaliação</b>	
-----------------------------------	--

**“Quadro 4– Operações sobre o “ Pratique exercício para que você não corra riscos: uma proposta do seu PSF na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Centro em Taquarana, Alagoas “.**

<b>Nó crítico 1</b>	Pouco envolvimento dos profissionais com os escolares
<b>Operação</b>	Construindo um futuro saudável através da prática de atividade física
<b>Projeto</b>	<b>Pratique exercício para que você não corra riscos: uma proposta do seu PSF</b>
<b>Resultados esperados</b>	Aumentar do número de estudantes que participem das atividades e conseqüentemente diminuição do sedentarismo.
<b>Produtos esperados</b>	Participação tanto dos escolares nas atividades, como dos profissionais da saúde nas ações preconizadas
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Profissionais da unidade básica de saúde Centro, profissionais do Programa Saúde na Escola, NASF.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Espaço na escola para a realização das atividades. Cognitivo: elaboração das atividades a serem realizadas nas escolas. Financeiro: Aquisição dos materiais de apoio. Político: mobilização dos participantes e adesão dos profissionais
<b>Recursos críticos</b>	Participação dos profissionais da Unidade Básica de Saúde
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de saúde e educação Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Trabalhar em articulação com os profissionais da Secretaria de Educação.
<b>Responsáveis:</b>	Secretaria de saúde e educação
<b>Cronograma / Prazo</b>	Agosto de 2014 a Agosto de 2015
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Secretaria de saúde e educação

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com este plano de intervenção, pretendeu-se incentivar a prática de atividade física dentro da Escola Divonete Cavalcante, através do envolvimento os diversos profissionais que atuam na unidade básica de saúde - Centro, junto com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e com os professores e direção da escola, com o intuito de além de diminuir o sedentarismo, partir para um conjunto integrado de ações de educação em saúde que se inicia na escola e estenda-se fora dela.

Os projetos desenvolvidos através dos problemas encontrados no Plano de intervenção, envolvem vários profissionais de saúde, que, em conjunto com a escola, tornando- os agentes multiplicadores de informações sobre diversos assuntos relacionados à saúde, não somente a alunos, mas também aos seus familiares, permitindo, assim, que comunidade possa adotar comportamentos e estilos de vida mais saudáveis.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE SPORTS MEDICINE. **Diretrizes do ACSM para o teste de esforço e sua prescrição**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan (Grupo GEN), 2010.p272

Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8)

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – **Saúde na Escola**. **Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Atenção Básica. 2009; Brasília.

ESCULCAS C, Mota J. Atividade física e práticas de lazer em adolescentes. **Rev Port Ciências Desp** 2005;5(1):69-76.

FARINATTI, P.T.V et al. Programa domiciliar de exercícios; efeitos de curto prazo sobre a aptidão física e pressão arterial em indivíduos hipertensos. **Arq Bras Cardio**, v84. N 6: p 473-79, 2005

GOMES, K.V; ZAZA, D.C. Motivos à adesão da prática de atividades físicas em idosos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v.14, n 2, 2009.

GOMES, L. C. **O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro**. / Livia Cardoso Gomes. -- 2012. ix, 173 f. : il. : tab. ; mapas. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

GONÇALVES, F. D. *et al.* **Health promotion in primary school**. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, São Paulo, v. 12, n. 24, p. 181-92, jan./mar. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Populacional 2010 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (29 de novembro de 2010). Visitado em 11 de Março de 2015. Disponível: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=270910&search=%7C%7Cinfogr%E1ficos:-dados-gerais-do-munic%EDpio>

IVO, A,M.S et al. Síndrome Metabólica: o desafio da adesão do exercício físico no contexto comunitário. **Rev. Mineira de Educação Física**. Edição Especial. n.1. p 1193-1201.2012.

MINAYO. M. C et al. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. **Ciência Saúde Coletiva**. v.5.n.1.p7-18,2000.

SILVA, C.C et al. A integração e a articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa Saúde da Família. PSF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 08. n 01. p 70-74.

SILVA et al. Nível de atividade física e comportamento sedentário em escolares. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum** 2009, 11(3):299-306

Twisk JWR. Diretrizes de atividade física para crianças e adolescentes: uma revisão crítica. **Sports Med**; 3 ( 8 ) : 617-627 . 2001