

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

LEONARDO SOARES MARQUES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO
SEDENTARISMO DA POPULAÇÃO ADSCRITA NA ESF SANTA
MARTA DO MUNICÍPIO DE BOM DESPACHO/MG**

BOM DESPACHO/ MINAS GERAIS
2015

LEONARDO SOARES MARQUES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO
SEDENTARISMO DA POPULAÇÃO ADSCRITA NA ESF SANTA
MARTA DO MUNICÍPIO DE BOM DESPACHO/MG**

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

Orientador: Ms. Christian Emmanuel Torres
Cabido

BOM DESPACHO/ MINAS GERAIS

2015

LEONARDO SOARES MARQUES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO
SEDENTARISMO DA POPULAÇÃO ADSCRITA NA ESF SANTA
MARTA DO MUNICÍPIO DE BOM DESPACHO/MG**

BANCA EXAMINADORA

Ms. Christian Emmanuel Torres Cabido = Orientador
_____ - Examinador

BOM DESPACHO/ MINAS GERAIS

2015

RESUMO

O presente estudo trata da abordagem à redução do sedentarismo, a partir da implementação de medidas que estejam ao alcance da atuação de uma Unidade Básica de Saúde. O objetivo deste estudo é apresentar um Projeto Intervenção contemplando a conscientização, adesão e manutenção da prática de exercícios físicos na população local. Para tanto foram realizadas revisões bibliográficas através das bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Electronic library online, documentos do Ministério da Saúde e Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. São inúmeras as referencias na literatura que embasam a tese de que há, para a saúde, significativos benefícios na pratica de exercícios físicos. Tendo isso em vista, foram propostas as seguintes ações de intervenção: *Mexa-se, Grupo Operativo de Caminhada, Educação permanente dos profissionais e Rua de Lazer*. Apesar de elaboradas, colocar as ações em pratica demanda tempo, coordenação, e constante analise dos resultados. Por isso, o acompanhamento é fundamental para o sucesso deste projeto. Os resultados esperados englobam o aumento da prevalência de pessoas que praticam atividade física regular, com consequente diminuição das complicações de comorbidades.

Palavras Chave: atividade física, sedentarismo, estratégia saúde da família

ABSTRACT

This work discuss approaches to reduce sedentarism, through implementing measures that can be reached by a Basic Health Unit. The target of this work is to present a Plan including awareness, adhesion and maintenance of physical exercise in the local population. To this end, bibliographic review was made on those databases: "Biblioteca Virtual em Saúde", Scientific Eletronic library online, Ministry of Health documents and "Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva"; national, municipal and local data was gathered. There are countless references that base the thesis which there are significative health benefits with physical exercise practice. Therewith, interventions were proposed: *Mexa-se*, *Grupo Operativo de Caminhada*, *Educação permanente dos profissionais e Rua de Lazer*. However, translating this into realtiy demands time, coordination, and constant anaylis. Therefore, to follow-up is to the success of this Project. The expected results involve a raise on the prevalency of a regular practice of exercise, with consequent decrease in complications of comorbities.

Keywords: physical activity, sedentarism, family health strategy

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AB	Atenção Básica
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto interno bruto
SCIELO	Scientific Eletronic library online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefonico.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
1.1 Histórico de criação do município.....	07
1.2 Identificação do município.....	07
1.3 Descrição do município.....	08
1.4 Sistema Local de Saúde.....	10
1.5 A UBS Santa Marta.....	11
2. JUSTIFICATIVA.....	13
3. OBJETIVOS	14
4. METODOLOGIA.....	15
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
6. PLANO DE AÇÃO.....	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Histórico de criação do município

O início da ocupação da região que viria a se tornar o município de Bom Despacho se deu por volta de 1730. A partir dali, outros imigrantes, principalmente portugueses assentaram-se no local e iniciaram a criação de gado e agricultura de subsistência. No fim do século XVIII, os descendentes desses ergueram uma capela de devoção a Nossa Senhora do Bom Despacho. A ocupação em torno da capela deu início ao arraial que viria a se tornar o município de Bom Despacho.

A emancipação do município apenas se deu em 1911, quando em 30 de agosto foi desmembrado de Santo Antônio do Monte. Marcando, assim, a data de fundação do município (IBGE, 2013).

1.2 Identificação do Município

O município possui como prefeito o advogado Fernando José Castro Cabral, do Partido Popular Socialista. Cujo vice prefeito é seu irmão Sérgio Cabral, médico graduado em Cuba. Com isso, o atual governo teve mais facilidade em trazer médicos daquele país, apesar de todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) já possuírem médicos de atenção básica (AB).

A secretária de saúde chama-se Neide Aparecida Braga Lopes, técnica de enfermagem, com experiência em atenção básica. A Coordenadora da Atenção Básica é Lílian Arruda da Silva, enfermeira que trabalhou na UBS que trabalho hoje. A Coordenadora da Atenção à Saúde Bucal chama-se Daniele, seu objetivo é instalar a atenção bucal em todos UBS da cidade.

Por fim, a população da cidade é estimada em 48.350 de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2013.

1.3 Descrição do Município

O município de Bom Despacho localiza-se no centro-oeste do estado de Minas Gerais a 160 km da capital, Belo Horizonte. Insere-se na mesorregião do central mineira e na microrregião de Bom Despacho. Assim, a cidade é um polo para cidades vizinhas como Moema, Martinho Campos, Araújos, Leandro Ferreira, Dores do Indaiá, Santo Antônio do Monte.

Com uma área de 1.223,865 km² e população de 48.350 habitantes, Bom Despacho possui densidade demográfica de 37,28 habitantes/km². O que é uma concentração habitacional típica de cidade média. Estão cadastrados no censo 14.546 domicílios e um número pouco menor de famílias, 13.149, o que demonstra que não há déficit habitacional. Cerca de 94% das pessoas residem na zona urbana da cidade, o que mostra que o caráter rural da cidade é realidade de minoria das pessoas. Assim os principais serviços estão disponíveis a ampla maioria da população (DATASUS, 2013).

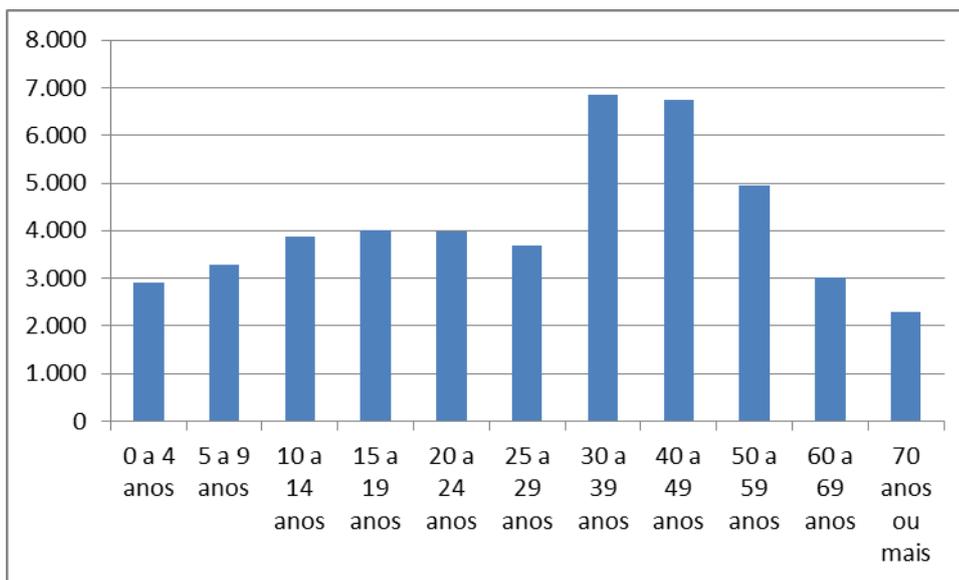
A população da cidade goza de um índice de desenvolvimento humano de 0,750 (CENSO 2010). Esse decréscimo pode ser devido a diferenças no cálculo do índice, uma vez que a visão da população em geral é que a qualidade de vida melhorou. Apesar de ser alardeado pela prefeitura a cobertura de 100% de esgoto em um jornal local, segundo o CENSO (2010) não há essa cobertura, sendo definido como: Adequado 90,7%; Semi-Adequado 4,0%; inadequado 5,3% da população. A renda familiar média varia de acordo com os cálculos entre 2 e 5 salários mínimos. Isto na prática é relevante, visto que há grande desigualdade econômica entre bairros e regiões do município.

O Produto Interno Bruto do município divide-se em: Agropecuária 13%, onde destacam-se soja, arroz, avicultura e gado leiteiro. Indústria 20% com destaque para têxtil e calçados. Serviços 67%, dos quais 20% são impostos.

A partir da análise da figura 1, percebe-se que há um menor número de crianças, adolescente e adultos jovens se comparado a adultos e idosos. Isso pode acontecer devido ao envelhecimento da população, além do fato de que geralmente os adolescentes e jovens procuram educação em outros municípios, deixando assim, Bom Despacho.

Mesmo com essa perda de pessoas, a taxa de crescimento do município ainda é alta. Cerca de 4% ao ano nos últimos cinco anos. Atribui-se isso a atratividade de serviços, comércio, e conforto da cidade, aliada ao declínio da cidade mais próxima, Nova Serrana. A taxa de alfabetização atinge 92% da população, ou seja, 8% das pessoas de Bom Despacho não saber desenhar seus nomes.

Gráfico 1: Distribuição da população de Bom Despacho/MG por faixa etária.



Fonte: DATASUS (2013)

1.4 Sistema local de saúde

O conselho municipal de saúde, não realizou nenhuma reunião até o mês de julho de 2014. Depois disso, cumpriu sua periodicidade mensal. Porém sem refletir mudanças efetivas na prática da AB.

O orçamento destinado a saúde no ano base 2013 foi de 14.136.854,11 reais. Representando 27,18% do que o município arrecada. Esse valor aproxima do ideal a ser investido na saúde. Logo, podemos dizer que há verbas no setor. Desse valor, 3.291.200,51 reais foram dedicados a atenção básica. Para efeito de comparação o único hospital da cidade consumiu o dobro (6.131.406,22 reais) dessa verba.

O modelo de AB no município está bem estruturado. A grande maioria da população está coberta 73,6% (2011), com algumas falhas, como a região central da cidade. Cobertura maior do que aquela apresentada em Minas Gerais, que é de 61,5% da população (2011). Atualmente são 12 UBS, todas contam com médicos. Na maioria delas, há presença da equipe de saúde bucal e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Na UBS em que trabalho há disponibilidade da saúde bucal, psicologia, fisioterapia e nutrição.

Quanto a atenção secundária, o município possui serviços Ortopedia, reumatologia, pneumologia, gastrologia, dermatologia, neurologia, cirurgia, pediatria, urologia, ginecologia, obstetrícia, otorrinolaringologia, mastologia. Contudo, a demanda desses serviços é muito maior do que a oferta, com isso, há demora de meses em conseguir atendimento. Outro problema é a inexistência de contra-referência, assim, as condutas do especialista não chegam ao saber do médico de AB.

As redes de atenção à saúde não estão devidamente implantadas em Bom Despacho. Há sim o atendimento de especialistas e um hospital (filantrópico Santa Casa), porém este não possui estrutura para atendimentos complexos. Várias vezes os pacientes devem ser transferidos aos municípios de Divinópolis e Belo Horizonte. Em termos de recursos humanos, há no município 71 médicos, 57 dentistas, 25

enfermeiros segundo dados mais recentes de 2009. A maioria destes profissionais possui regime contratual. Visto que os concursos públicos da área não acontecem há 7 anos. O regime de trabalho é de 40 horas semanais. Alguns médicos são concursados para 20h e contratados para mais 20.

1.5 A UBS Santa Marta

Estão adscritas a UBS Santa Marta cerca de 2800 pessoas. Cinco agentes comunitários de saúde atuam no local o que gera cerca de 560 pessoas para cada. Estima-se que cada um possui em torno de 130 famílias em sua microarea. Toda a população do UBS é moradora da zona urbana da cidade. Não existe população indígena, ribeirinha ou quilombola. Porém há moradores de rua e pessoas privadas de liberdade.

Assim como na participação do PIB municipal, a principal atividade econômica são os serviços. Apesar de que, a participação da indústria é grande no bairro, uma vez que concentra as principais do município. São exemplos fabricas de calçados, alimentícia (ração, aves), de plásticos. Além disso, uma grande parcela da população é beneficiária de auxílios do governo federal.

Não há dados a respeito da mortalidade em Bom Despacho. O mais próximo disso que esta disponível é a morbidade hospitalar. Assim, segundo o DATASUS, 2013; levando em conta todas as internações no período de 2006 a 2012, houve 652 internações na cidade. Destas, a maior parte foram por causas do aparelho respiratório, 184 (28,2%); seguida de perto por complicações respiratórias 173 internações (26,53%). As outras causas mais comuns são complicações do aparelho digestivo 75 casos (11,50%) e doenças nutricionais e metabólicas 68 (10,43%).

No bairro há disponibilidade do posto de saúde, além de creche, escola primária, e igreja. Não há laboratórios, bancos, hospitais ou clinicas. Isso pode ser devido a região ser considerada de alta periculosidade, o que inibe investimentos no local. Há cobertura de 100% de luz elétrica e telefone no bairro.

A UBS Santa Marta fica um pouco distante do bairro, sendo essa uma das queixas constantes para o não atendimento. O horário de funcionamento é de 7h as 17h, não há intervalo para almoço.

A equipe é formada por um médico. Uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, e cinco agentes comunitários de saúde. Todos trabalham de 7h as 11h e de 13h as 17h. Ainda há Dentista e técnico de saúde bucal e secretario de saúde bucal. Que trabalham no mesmo horário. Os profissionais do NASF trabalham em menos dias porem há disponibilidade de Nutrição, psicologia, fisioterapia, 4 vezes na semana.

A área física do PSF Santa Marta é dividida com outra equipe, a UBS JK, Porém, até novembro de 2014 o espaço físico que fora projetada para apenas as duas equipes era destinado a quatro. Assim, havia uma aglomeração de funcionários e pacientes, o que desorganizava o serviço. A atual mudança de duas equipes deste espaço físico fora promessa para o mês de maio, só realizada em novembro, e por isso, alvo de constantes cobranças junto a secretaria municipal de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Esse trabalho tem grande importância devida à alta prevalência do sedentarismo na população adscrita a Unidade Básica de Saúde. Este, por sua vez, gera um aumento do risco cardiovascular, níveis glicêmicos e diminuição da expectativa de vida nesta população.

Este problema foi eleito para ser alvo de intervenção, pois há meios e materiais físicos e humanos, na unidade básica de saúde que são suficientes para uma educação visando a mudança de hábitos de vida com redução do sedentarismo.

3 OBJETIVO

Elaborar um Projeto Intervenção contemplando a conscientização, adesão e manutenção da prática de atividade física pelos usuários da equipe do Programa de Saúde da Família Santa Marta do Município de Bom Despacho - MG.

4 METODOLOGIA

Para este trabalho será utilizado o diagnóstico situacional, realizado pela ESF Santa Marta, incluindo reuniões quinzenais com a equipe da ESF e levantamento de dados secundários no SIAB. Também será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES. Para embasamento teórico deste trabalho foram utilizadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, (BVS); Scientific Electronic library online, (SCIELO), documentos do Ministério da Saúde e Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foram utilizados os seguintes descritores: atividade física, sedentarismo, estratégia saúde da família. O recorte temporal privilegiou artigos dos últimos dez anos.

5. REVISÃO DE LITERATURA

Sedentarismo e problemas de saúde.

No ano de 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatizou a importância da promoção de saúde. Foi divulgada a estratégia global para promoção de saúde e prevenção de doenças que ficou conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”. (BRASIL, 2002). Foi o passo inicial para afastar a estratégia de saúde pública da teoria Médico-curativa e aproximá-la das ações de prevenção e promoção.

A “Carta de Ottawa”, foi apresentada na Primeira Conferência Mundial sobre Promoção de Saúde, na cidade de Ottawa, Canadá, em 1986. Esta carta norteava a promoção de saúde e o descrevia como fundamental a capacitação de pessoal para aumentar o controle sobre a qualidade de vida e saúde, apoiado em divulgação de informação, educação para saúde e intensificação das habilidades (BRASIL, 2002). São campos de atuação propostos pela Carta: a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; o reforço da ação comunitária; o desenvolvimento de habilidades pessoais; e a re-orientação do sistema de saúde (OPAS, 1986).

Mais recentemente, a OMS (2002) definiu que o estilo de vida sedentário é um problema de saúde mundial. E, nesse mesmo ano, propôs a implementação da Estratégia Global para Dieta, Atividade Física e Saúde, de maneira a desenvolver de forma integrada, ações de legislação, informação e capacitação de recursos humanos.

A definição de sedentarismo, segundo Nahas (2001) é a falta ou ausência de atividade física. Além disso, ele relaciona essa inatividade com o crescimento das tecnologias e confortos da vida moderna. Pode-se dizer que o sedentarismo já era considerado um problema de saúde, mesmo na década de 70, quando os confortos da vida moderna eram menores. Isto só agrava ainda mais o problema nos dias de hoje.

Atualmente, sabe-se que o sedentarismo é fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial, o diabetes, obesidade, hipercolesterolemia, osteoporose e algumas formas de câncer (MCARDLE, KATCH e KATCH, 2011; BOOTH *et al.*, 2000; POZENA e CUNHA, 2009). Segundo a OMS (2002), em seu relatório, cerca de 80% dos casos de doença coronariana poderiam ser evitados e 90% dos casos de diabetes tipo 2 poderiam ser controlados caso haja mudança nos hábitos alimentares, no aumento da prática de exercícios físicos e na cessação do tabagismo.

No Brasil, a grande parte da população não pratica exercícios físicos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) 80% dos adultos são sedentários. Contudo, a disponibilidade de tempo não é um fato limitante já que o mesmo estudo mostra que mais de 70% dos brasileiros reservam duas horas ou mais do tempo de lazer assistindo televisão ao invés de praticar exercícios físicos. Por outro lado, se levarmos em conta os dados da VIGITEL, (2011), 39,6% dos homens e 22,4% das mulheres se exercitam regularmente. E apenas cerca de 14% da população é inativa, ou seja, não realiza nem mesmo os deslocamentos do dia a dia.

Deve-se levar em conta que o Ministério da Saúde diferencia a atividade física de exercício físico. O primeiro é definido como “qualquer movimento corporal produzido em consequência da contração muscular, resultando em gasto calórico maior do que os níveis de repouso”. O segundo é uma “subcategoria da atividade física que é planejada, estruturada e repetitiva resultando na melhora ou manutenção de uma ou mais variáveis da aptidão física”. Assim, os exercícios físicos devem ser alvo de intervenção.

As evidências dos benefícios da prática de exercícios físicos orientados e uma dieta adequada são muitas. Esses hábitos foram responsáveis por uma perda de peso de pelo menos 5%, em 4 meses, e como consequência, melhora no perfil hemodinâmico, metabólico e neuroendócrino em grupos de obesos (BARBATO *et al.*, 2006).

Deve-se adotar, além da dieta, medidas de exercício físico, cujos objetivos são, principalmente, o controle de peso, a redução de gordura corporal e o aumento de massa muscular. As atividades físicas do tipo aeróbicas devem ser encorajadas, o ideal é que a intensidade seja moderada e se estenda por pelo menos 150 minutos na semana. Idealmente, para melhora tanto dos níveis glicêmicos e tensionais, orienta-se dividir esse tempo em pelo menos 5 vezes por semana. Além dos citados, os exercícios promovem melhora também nos níveis de lipídeos séricos e ação sobre a obesidade. (DE ANGELIS *et al.*, 2006; FURTADO e POLANCZYK, 2007; VANCEA *et al.*, 2009). Mesmo que não ocorra perda de peso, a prática de exercícios aeróbicos isoladamente está associada com a redução da gordura visceral, o que diminui a resistência a insulina e também melhora o colesterol total, HDL-colesterol e triglicérides. Aliadas à boa dieta, rica em fibras e pobre em gorduras, especialmente as saturadas ocorre uma melhora ainda melhor do perfil lipídico (GUEDES e GONÇALVES, 2007; PENALVA, 2008).

Outros fatores de risco cardiovasculares também foram reduzidos com exercícios físicos. A prática regular, provocou melhora de fluxo coronariano e em artérias periféricas, com sessões de 20 minutos por dia por 6 meses (SAZAKI e SANTOS, 2006) Além disso, a atividade física é considerada a primeira linha de tratamento nos pacientes com pré hipertensão (ORTEGA *et al.*, 2009).

Alguns fatores são importantes na adesão dos pacientes a orientação e a atividade física. Pode-se destacar em primeiro lugar o local, apropriado, próximo a residência e com acesso fácil são importantes para manter a regularidade (PEREIRA, BARRETO e PASSOS, 2008). Oliveira *et al.* (2008) mostrou que a recomendação médica é importante fator para a prática de exercícios físicos ao observar o reforço motivacional em indivíduos ativos em 39% deles, insuficientemente ativos 34%, e inativos 25%. O grau de obesidade, por sua vez é inversamente proporcional a adesão a pratica de atividade física, evidenciando a necessidade de maior zelo sobre esses pacientes (MENDES, CASTRO e ARAUJO, 2010).

Entretanto, deve-se ter em mente que, seguindo as estratégias clássicas, o grau de adesão aos exercícios físicos é baixo. Coutinho (2005) demonstrou que a inserção de exercícios físicos no dia a dia das ações de promoção das UBS ocorre de forma tímida e vagarosa. Estratégias assim poderiam ter benefícios como mostraram Pozena e Cunha (2009), que sugerem promover a saúde através da prática de exercícios físicos como modo de diminuir a incidência de doenças e agravos não transmissíveis, e diminuir gastos com a saúde curativa. Promover atividades educativas na comunidade através de eventos de saúde. Incentivar a população na interação social, desenvolver uma rede de informações para implementação e monitorização.

O Ministério da saúde coloca como forma de enfrentamento ao sedentarismo programas e ações que busquem a promoção da saúde da população. Que objetivem: ampliar o acesso da população a políticas públicas de saúde; Fortalecer a promoção de saúde como estratégia; potencializar ações no âmbito da atenção primária; Ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis; aumentar o nível de atividade física da população; Contribuir para a ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população.

Como exemplos de aplicações bem sucedidas desses modelos de incentivo a prática da atividade física, pode-se listar o Programa Agita São Paulo, que foi criado em 1995 e desde então vem promovendo a prática de atividade física (Agita São Paulo, 2006). O sucesso desse projeto inspirou sua ampliação para o nível nacional, o chamado Agita Brasil (BRASIL, 2002). Outro exemplo foi o Projeto Vida Saudável - A Cidade como Espaço de Promoção da Saúde – desenvolvida pela Prefeitura de Curitiba a partir de 2000. Os espaços públicos, como parques e espaços comunitários, são transformados em áreas de democratização da educação em saúde e de estímulo à atividade física, adoção de hábitos alimentares saudáveis, com boa adesão da população.

Por fim, segundo Guedes & Guedes (1995), a saúde não é algo estático, e sim algo extremamente mutável e construído no decorrer da vida e por isso a saúde não deve ser tratada apenas com base em fisiologia e naturezas biológicas, mas acima de tudo, em um contexto didático pedagógico. Logo, é função do profissional de saúde a sua própria educação e a missão de mostrar ao usuário que ele é co-responsável por sua própria saúde.

6. PLANO DE AÇÃO

Primeiro passo: definição dos problemas

A partir de uma reflexão pessoal, tendo como base minha vivência na UBS, levantei alguns problemas relevantes que influenciam a saúde da população. Após isso, levei essa lista para discutir com minha equipe durante a reunião quinzenal, então foram surgindo algumas novas idéias e por fim, elaboramos a seguinte lista em ordem decrescente de prioridade:

Problemas relevantes na UBS Santa Marta:

- Falta de atividade física / sedentarismo;
- Gravidez na adolescência;
- Falta de orientação nutricional;
- Abuso de medicamentos controlados;
- Analfabetismo;
- Diabetes;
- Dislipidemia;
- Hipertensão Arterial.

Segundo passo: priorização de problemas

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) deve-se priorizar os problemas após sua identificação (QUADRO 1). E, nessa priorização devem-se eleger os que serão enfrentados, já que é praticamente impossível resolver todos ao mesmo tempo principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais, etc.).

Como critérios para seleção dos problemas, o grupo pode considerar: a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-los.

Contudo, pode definir outros critérios que julgar relevantes (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Santa Marta do município de Bom Despacho/MG, 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Sedentarismo	Alta	10	Parcial	1
Gravidez na Adolescência	Alta	7	Parcial	2
Diabetes	Alta	6	Parcial	3
Hipertensão Arterial	Alta	6	Parcial	4
Dislipidemia	Alta	5	Parcial	5
Abuso de Medicamentos Controlados	Alta	4	Parcial	6
Analfabetismo	Alta	4	Fora	7

Foi dada a escala de 1 a 10 para o quesito. Sendo 1 - sem importância e 10 - de extrema importância.

Fonte: Planejamento Estratégico Situacional da UBS Santa Marta.

Assim, devido à importância e a capacidade de atuação, foi priorizado o sedentarismo como foco deste plano de ação

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Durante o dia-a-dia na UBS Santa Marta, nota-se que não é cultura da população a prática de atividades físicas frequentes. Esta observação foi realizada pelo médico, com base em sua vivência no consultório, e foi levada à reunião quinzenal onde toda a equipe de saúde discutiu a importância desse problema. Além disso, foi feito um levantamento de dados na própria unidade e chegou-se a conclusão de que “80% da população do bairro Santa Marta não pratica atividade física”. Isso é prejudicial para a comunidade como um todo, já que a prática de atividades físicas faz parte do tratamento de algumas afecções crônicas como hipertensão arterial, diabetes melitus e dislipidemia. Dessa forma, uma intervenção com diminuição do sedentarismo, provocará menor morbidade dessas doenças crônicas.

Quarto passo: explicação do problema

A prática de atividade física regular é um poderoso adjuvante no tratamento de uma série de enfermidades. Seus efeitos positivos incluem diminuição dos níveis tensionais, ajuste do controle glicêmico e lipídico, age nos casos de transtornos mentais como depressão e ansiedade, entre outros. Sabe-se também da dificuldade, nos dias de hoje de introduzir hábitos de atividade física na rotina dos pacientes de uma UBS. Caso fosse possível melhorar a adesão e manutenção da população a prática de atividade física, o controle de algumas doenças prevalentes seria mais fácil.

Alguns problemas essenciais, porém, acarretam na pouca prática de atividade física por parte dessa população. Primeiramente, a população não é consciente da importância desse hábito para a saúde. Em segundo lugar, a falta de um local adequado a isso. Em terceiro lugar, a ausência de projetos incentivadores como aulas de futebol, dança, ginástica ou caminhadas programadas. E por fim, a segurança do bairro, principalmente à noite, que dificulta a prática nesses horários.

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Após a reunião, a Equipe de Saúde da Família levantou os seguintes nós críticos.

- Informação deficitária da comunidade;
- Falta de grupos operacionais direcionados;
- Estrutura inadequada do bairro para a prática de atividade física.

Dessa forma, há possibilidade de se intervir nestes três problemas, uma vez que há meios humanos, materiais e estruturais de educar a população quanto a prática de atividade física. Há a condição de se criar grupos de caminhada, de alongamentos e de orientação da importância da atividade física. Por fim, pode-se levar ao governo municipal as propostas de criação de lugares demarcados para a prática de atividade nas ruas.

Sexto passo: desenho das operações

Neste passo, é exposto o desenho das operações (QUADRO 2). Este passo tem por objetivos:

- Descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”;
- Identificar os produtos e resultados para cada operação definida;
- Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Quadro 2: Operações para resolução de nós críticos do problema sedentarismo.

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Informação deficitária da comunidade.	Mexa-se! Aumentar a informação da população sobre atividade física.	Aumento da orientação, adesão e manutenção da população quanto à atividade física.	Cartilha de orientação	Cognitivos: redação do material; Organizacional: distribuição da cartilha; Financeiro: recursos audiovisuais;
Falta de grupos operativos direcionados ao tema;	Grupo operativo de caminhada Incentivar, ativamente, a caminhada.	Aumento da adesão da população que necessita de supervisão a atividade física.	Programa de caminhada com frequência semanal	Organizacional: coordenador do grupo; Local para o grupo. Cognitivo: instrução sobre o tema.
Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.	Educação permanente da equipe.	Preparo da equipe para orientar a população sobre os benefícios da atividade física.	Recursos humanos capacitados	Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidados. Organizacional – definir papéis aos recursos humanos.
Estrutura do bairro inadequada para a prática de atividade física.	Rua de Lazer Fechamento e demarcação de ruas/espços para pratica de atividade física.	Aumento dos locais destinados a atividade física.	Sinalização de ruas/espços dedicados à atividade física e demarcação de pista de caminhada.	Político: aprovação do projeto em câmara municipal. Financeiro: custeio da sinalização. Organizacional: definir papéis dos atores para levar o projeto até as autoridades políticas. Cognitivo: orientar a população á atividade física.

Fonte: Elaboração própria.

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos para a realização deste projeto de intervenção são totalmente viáveis (QUADRO 3).

Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema sedentarismo.

<i>Mexa-se!</i>	Financeiro – aquisição de recursos audiovisuais, impressão. Organizacional – Distribuição da cartilha.
<i>Grupo operativo de caminhada</i>	Organizacional – eleger um responsável pelo grupo. Conseguir local adequado para o grupo.
<i>Educação permanente</i>	Cognitivo – definir estratégias para educação permanente. Organizacional – Incentivar toda equipe a refletir sobre sua capacidade de trabalho.
<i>Rua de Lazer</i>	Político – Aprovação do projeto pelas entidades políticas. Organizacional – Elaborar o projeto a ser enviado. Financeiro – Custeio da sinalização.

Fonte: Elaboração própria.

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Foi realizada a análise da viabilidade (QUADRO 4), uma vez que a aplicabilidade deste projeto de intervenção possui alguns fatores que fogem ao controle do autor. Desta forma, foram identificados alguns atores com seus posicionamentos quanto ao problema e a definição de estratégias para a viabilidade do (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Quadro 4 – Proposta de ações para motivações dos autores.

Operações / projetos	Recursos Críticos	Controle dos Recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<i>Mexa-se!</i>	Financeiro – aquisição de recursos audiovisuais, e impressão da cartilha. Organizacional – Distribuição da cartilha.	Secretario de saúde Equipe de saúde	Indiferente Favorável	Apresentar o projeto e seus benefícios; Definir os locais onde será distribuído.
<i>Grupo operativo de caminhada</i>	Organizacional – eleger um responsável pelo grupo. Conseguir local adequado para o grupo.	Equipe de saúde	Favorável	Definir os responsáveis e os temas abordados pela equipe.
<i>Educação permanente</i>	Cognitivo – definir estratégias para educação permanente; Organizacional – Incentivar toda equipe a refletir sobre sua capacidade de trabalho.	Equipe de saúde	Favorável	Aplicar e discutir as idéias/propostas em reuniões de equipe e uniformizar o discurso de incentivo a atividade física.
<i>Rua de Lazer</i>	Político – Aprovação do projeto pelas entidades políticas. Organizacional – Elaborar o projeto a ser enviado. Financeiro. – Custeio da sinalização.	Vereadores e Prefeito. Equipe de saúde. Vereadores e Prefeito.	Indiferente Favorável Indiferente	Apresentar o projeto e seus benefícios. Elaborar o projeto viável para ser aprovado pelas autoridades políticas.

Fonte: Elaboração própria.

Nono passo: elaboração do plano operativo

A elaboração do plano operativo (QUADRO 5) possui como objetivos a designação dos responsáveis por cada operação (gerente de operação) e a definição de prazos para a execução das operações (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Quadro 5: Plano Operativo da ESF Santa Marta.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
<i>Mexa-se!</i>	Aumento da orientação, adesão, manutenção da população quanto a atividade física.	Cartilha de orientação	Apresentar o projeto e seus benefícios; Definir os locais onde será distribuído.	Médico: Leonardo Marques Fisioterapeuta: Juliana Barão	3 meses para elaboração e 2 para distribuição
<i>Grupo operativo de caminhada</i>	Aumento da adesão da população que necessita de supervisão a atividade física.	Programa de caminhada com frequência semanal	Definir os responsáveis e os temas abordados pela equipe.	Médico: Leonardo Marques Enfermeira: Mariana Tiradentes	Início em 2 meses. Duração permanente
<i>Educação permanente</i>	Preparo da equipe para orientar a população.	Recursos humanos capacitados	Aplicar e discutir as ideias em reuniões de equipe e uniformizar o discurso de incentivo a atividade física.	Médico Leonardo Marques Psicólogo: Carlos Alberto	12 meses subsequentes.
<i>Rua de Lazer</i>	Aumento dos locais destinados a atividade física.	Sinalização de ruas dedicadas a atividade física e demarcação de pista de caminhada.	Apresentar o projeto e seus benefícios Elaborar o projeto viável para ser aprovado pela classe política	Médico: Leonardo Marques	Apresentar o projeto em 4 meses. Colocar em prática após essa data.

Fonte: Elaboração própria.

Décimo passo: Gestão do plano

Nesse último passo, é preconizado elaborar um plano de gestão das operações e quais serão os instrumentos para acompanhamento do projeto (QUADRO 6).

Quadro 6: Acompanhamento do plano de ação.

Operações	Produtos	Responsáveis	Prazo inicial	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
<i>Mexa-se!</i>	Cartilha de orientação	Médico: Leonardo Marques Fisioterapeuta: Juliana Barão.	3 meses para elaboração e 2 para distribuição	Em elaboração	Dificuldade em conseguir referência bibliográfica	2 meses para elaboração e 2 para distribuição
<i>Grupo operativo de caminhada</i>	Programa de caminhada com frequência semanal	Médico: Leonardo Marques Enfermeira: Mariana Tiradentes	Início em 2 meses. Duração permanente	Em elaboração	Aguardando reunião de matriciamento com o NASF para uniformizar as condutas	Início em 1 mês
<i>Educação permanente</i>	Recursos humanos capacitados	Médico Leonardo Marques Psicólogo: Carlos Alberto	12 meses subsequentes.	Em andamento		12 meses subsequentes
<i>Rua de Lazer</i>	Sinalização de ruas dedicadas a atividade física e demarcação de pista de caminhada.	Médico: Leonardo Marques	Apresentar o projeto em 4 meses. Colocar em prática após essa data.	Em elaboração	Dificuldade em justificar a viabilidade das ações	Apresentar o projeto em 4 meses. Colocar em prática após essa data.

Fonte: Elaboração própria.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O termo “saúde” há algumas décadas não se limita a “ausência de doenças”. A pessoa saudável deve gozar do pleno bem estar biopsicosocioambiental. Essa percepção mais ampla de saúde, torna-se evidente quando, ao trabalhar com a atenção básica, lida-se com todos tipos de problemas. Boa parte destes problemas afetam a saúde da pessoa, porém alguns não possuem um embasamento fisiológico.

Desta forma, a prática de exercícios físicos é uma forma de abordagem extremamente útil. Pois, além do sedentarismo ser um fator agravante de uma série de problemas fisiológicos, como diabetes, hipertensão e dislipidemia; o seu combate, através da atividade física, também pode ser encarado como forma de contato social, diminuindo assim, o estresse, a solidão e promovendo o encontro e a interação entre as pessoas da mesma UBS. Atuando assim, tanto nas causas fisiológicas, quanto nas não-fisiológicas de agravo à saúde.

Portanto, é necessário a toda ESF que abordem a atividade física em seu dia a dia e incentivem os usuários a essa prática. Isso pode ser feito a partir da oferta de grupos operativos, da insistente orientação à atividade física, da cobrança aos órgãos públicos para melhora dos locais destinados a prática de exercício físico. Importante frisar que essa estratégia, para ser efetiva, deve ser realizada por todos os membros da ESF.

REFERÊNCIAS

BARBATO K.G.B. *et al.* Efeitos da redução de peso superior a 5% nos perfis hemodinâmico, metabólico, e neurendócrino de obesos grau I. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 87, n. 1, p12-21, Jul 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto promoção da saúde. As cartas da promoção da saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde **Agita Brasil: programa nacional de promoção da atividade física**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 2002 p.28.

BOOTH, F.W. *et al.* Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. **Journal of Applied Physiology**, 2000.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. **NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família** 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. p110, 2010.

CELAFISCS, **Programa Agita São Paulo**. São Paulo,1998. Disponível em <<http://www.agitasp.com.br/>> Acesso em 17/11/2014.

COUTINHO S. S. **Atividade física no Programa de Saúde da Família, em municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná–Brasil**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

DATASUS. **Informações de Saúde**. População Residente, Brasília, 2011. Disponível em : <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nimg.def>>. Acesso em 7/8/2014.

DE ANGELIS, K. *et al.* Efeitos fisiológicos do treinamento físico em pacientes portadores de diabetes tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**. São Paulo, v.50, n.6, p 1005-1013, dez 2006.

FURTADO, M.V., POLANCZYK C.A. Prevenção cardiovascular em pacientes com diabetes: revisão baseada em evidencias. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**. São Paulo, v.51, n.2, p312-318, mar 2007.

GUEDES D.P.; GONCALVES L.A.V. Impacto da prática habitual de atividade física no perfil lipídico de adultos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia**. São Paulo, v. 51, n.1, p 72-78, fev 2007.

GUEDES D.P.; GUEDES, J. E. R. P. **Exercício físico na promoção da saúde**. Londrina: Midiograf. 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Pesquisa nacional de saúde do escolar**. Brasília 2009. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao>>. Acesso em 28/11/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Biblioteca. **Doc. territorial do Brasil**. Brasília, 2013. Disponível em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualização/dtbs/minasgerais/bomdespacho.pdf>> Acesso em 21/08/2014.

MCARDLE, W.D.; KATCH, F.I.; KATCH, V.L. **Fisiologia do exercício – Energia Nutrição e Desempenho Humano**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011.

MENDES, F.S.N.S., CASTRO, C.L.B., ARAUJO, C.G.S. Obesos apresentam menor aderência a programa de exercício supervisionado. **Revista Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v23, N.4, p. 230-237, jul-ago. 2010.

MOYSÉS S.J., MOYSÉS S.T., KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Curitiba, v. 9(3), p.627-641, 2004.

NAHAS, M.V. **Atividade Física, saúde, qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2001.

OLIVEIRA, G.F. *et al.* Risco Cardiovascular de usuários ativos, insuficientemente ativos e inativos de parques públicos **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. v 10, n.2, p 170-175, abr-jun 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Physical inactivity a leading cause of disease and disability**. Genebra, 2002. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre>>. Acesso em 15/12/2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Carta de Ottawa: primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**. Washington, EUA. 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em 15/12/2014.

ORTEGA K.C. *et al.* Pré Hipertensão: conceito, epidemiologia e o que falam as diretrizes, **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, v.16, n.2, p 83-86, abr-jun 2009.

PENALVA, D.Q.F. Síndrome Metabólica: diagnostico e tratamento. **Revista Médica**. São Paulo, v. 87, n. 4, p 245-250, out-dez 2008.

PEREIRA, J.C.; BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.91, n.1, p1-10 jul 2008.

POZENA, R.; CUNHA, N.F.C; Projeto construindo um futuro saudável através da pratica da atividade física diária. **Revista saúde e sociedade**, São Paulo, v.18 n 1, Jan/Mar, 2009.

SAZAKI J.E. SANTOS M.G. O papel do exercício aeróbico sobre a função endotelial e sobre os fatores de risco cardiovasculares. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.87, n 5, p226-231, nov 2006.

VANCEA, D.M.M *et al.* Efeito da frequência do exercício físico no controle glicêmico e composição corporal de diabéticos tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo V.92, n1, p 23-30 Jan 2009.

VIGITEL- VIGILANCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUERITO TELEFÔNICO. Brasil, 2011.