

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

LUÍSA LAGES DE ABREU

**INCENTIVO À PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA E
REDUÇÃO DO SEDENTARISMO NO DISTRITO DE SÃO JOSÉ DE
ALMEIDA, JABOTICATUBAS - MG**

CONFINS / MINAS GERAIS

2014

LUÍSA LAGES DE ABREU

**INCENTIVO À PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA E
REDUÇÃO DO SEDENTARISMO NO DISTRITO DE SÃO JOSÉ DE
ALMEIDA, JABOTICATUBAS - MG**

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

Orientadora: Prof^a. Ana Mônica Serakides Ivo

CONFINS / MINAS GERAIS

2014

LUÍSA LAGES DE ABREU

**INCENTIVO À PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA E
REDUÇÃO DO SEDENTARISMO NO DISTRITO DE SÃO JOSÉ DE
ALMEIDA, JABOTICATUBAS – MG**

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

Orientadora: Prof^a. Ana Mônica Serakides Ivo

Banca Examinadora

Prof.: Ana Mônica Serakides Ivo - Orientadora

Prof.: Flávia Casasanta Marini - Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte em 14/07/2014

"Por mais longa que seja a *caminhada* o mais importante é dar o *primeiro passo*."

Vinícius de Moraes

RESUMO

O sedentarismo é caracterizado como a ausência ou baixos níveis de atividade física. A prática regular de atividade física está associada de forma positiva ao funcionamento dos sistemas cardiovascular, respiratório e musculoesquelético, bem como contribui para a saúde psicológica, bem estar e redução dos riscos de desenvolvimento de diversas doenças crônicas não transmissíveis. O sedentarismo constitui-se, portanto, como principal fator de risco para a morte súbita, causa ou agravamento da grande maioria das doenças. O objetivo do estudo é propor um plano de intervenção para redução do sedentarismo na população adstrita à equipe Azul da UBS Cecília Rodrigues Miranda do Distrito de São José de Almeida, município de Jaboticatubas, Minas Gerais. A realização de um diagnóstico situacional identificou altos níveis de inatividade física nesta população associados a diversos problemas de saúde. O plano prevê ações que incentivem uma mudança comportamental, principalmente relacionada à prática regular de atividade física, capaz de atingir aspectos relacionados à busca pelo bem estar e que, de forma sustentável, possa reverter alguns hábitos locais nocivos à saúde.

Palavras chave: Sedentarismo, Atividade Física, Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

The sedentary lifestyle is characterized as the absence or low levels of physical activity. Regular physical activity is associated positively to the functioning of the cardiovascular, respiratory and musculoskeletal systems, as well as contributes to psychological health, well-being and reducing the risk of developing several chronic non communicable diseases. Therefore, a sedentary lifestyle constitutes as a major risk factor for sudden death, cause or aggravation of most diseases. The aim of this study is to propose an action plan for reducing sedentary enrolled in the Blue team UBS Cecilia Rodrigues Miranda District of São José de Almeida, Jaboticatubas, Minas Gerais population. Undertaking a situation analysis identified high levels of physical inactivity in this population associated with various health problems. The plan includes actions to encourage behavioral change, mainly related to regular physical activity, capable of reaching aspects related to the quest for well in a sustainable manner, can reverse some local habits harmful to health.

Keywords: Sedentary, Exercise, Health Planning

LISTA DE FIGURA

Figura 01 - Mapa com localização de Jaboticatubas.....	11
Figura 02 - Mapa de cobertura da ESF, Jaboticatubas/MG, 2009.....	13
Figura 03 - São José de Almeida.....	14
Figura 04 - UBS Cecília Miranda Rodrigues.....	15

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Principais causas de mortalidade.....	12
Gráfico 02 – Distribuição dos idosos cadastrados no SIAB por equipe de ESF.....	16

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Agentes de saúde e suas respectivas áreas de responsabilidade....	15
Quadro 02 – Problemas levantados e avaliação de prioridades.....	17
Quadro 03 – Efeitos da atividade física.....	27
Quadro 04 – Desenho das operações.....	28
Quadro 05 – Viabilidade do plano de ação.....	
Quadro 06 – Plano operativo.....	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente comunitário de saúde

AF - Atividade física

AVC - Acidente vascular cerebral

DANT - Doenças e agravos não transmissíveis

DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HAS - Hipertensão arterial sistêmica

OMS - Organização Mundial da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVOS	19
	3.1 Objetivo geral.....	19
	3.2 Objetivos específicos.....	19
4	METODOLOGIA	20
5	REVISÃO DE LITERATURA	21
	5.1 Sedentarismo: definição e consequências.....	21
	5.2 Benefícios da atividade física para a qualidade de vida	23
6	PLANO DE AÇÃO	28
	6.1 Desenho das operações.....	28
	6.2 Análise da viabilidade.....	30
	6.3 Plano operativo do projeto de intervenção.....	31
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
	REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

O trabalho em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) inclui diversos desafios. Entre eles, o de consolidar os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade, de forma efetiva e em distintas realidades.

A realidade do Distrito de São José de Almeida, Jaboticatubas – MG mostra uma população inserida no antigo modelo de atendimento em saúde; fragmentado e focado na doença, havendo poucas ações que visem o atendimento integral do sujeito, com equipes multiprofissionais que trabalhem com vistas à promoção da saúde.

O Município de Jaboticatubas está situado na Região Metropolitana de Belo Horizonte e localiza-se na região Sudeste, no Estado de Minas Gerais, a 63 Km da capital. O acesso à cidade pode ser realizado pelas rodovias MG 010 ou MG 020.

Figura 01 – Mapa com localização de Jaboticatubas



Fonte: IBGE, 2010

Segundo os dados do Censo do IBGE, realizado em 2010, a cidade apresenta 17.134 habitantes, com densidade demográfica de 15,38 hab/Km². Destes, 2.499 encontram-se acima dos 60 anos de idade, o que corresponde a 14,6%, percentual maior do que a média nacional de idosos (10,8%). A distribuição em relação ao

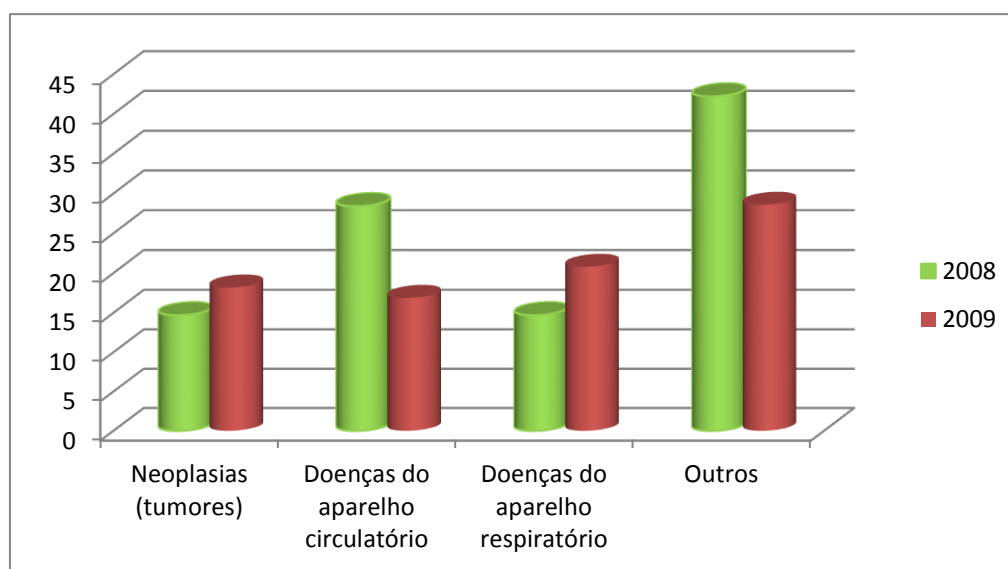
gênero é praticamente a mesma, com 50,8% de homens e 49,2% de mulheres (IBGE, 2010).

A taxa de urbanização é de 62,68%, significativamente menor que a brasileira (84,4%), o que indica a necessidade de ações que alcancem também o perfil rural, considerando suas peculiaridades como distância, dificuldade de locomoção e de espaço físico adequado à realização das ações do projeto.

As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 12,7% do total de internações realizadas pelo SUS entre 2000 a 2009. Representam a segunda causa de morbidade hospitalar no município nesse período. As internações por doenças do aparelho respiratório aparecem como a principal causa de morbidade hospitalar (16,2% das internações) (SIH, 2009).

Ao observar a freqüência de óbitos segundo a causa, em 2009, pode-se verificar que as mortes relacionadas a doenças do aparelho circulatório correspondem à terceira causa de morte no município naquele ano, com 16,88% dos óbitos. Inferior apenas às mortes por doenças do aparelho respiratório (20,78%) e neoplasias (18,18%) (SIM, 2009).

Gráfico 01 - Principais causas de mortalidade



Fonte: SIM, 2009.

As doenças do aparelho circulatório, também denominadas doenças cardiovasculares, são aquelas que afetam diretamente o coração e/ou os vasos sanguíneos e incluem, entre outras: a doença coronariana (manifestada pelo infarto do miocárdio, angina pectoris, insuficiência cardíaca e falência coronariana), a

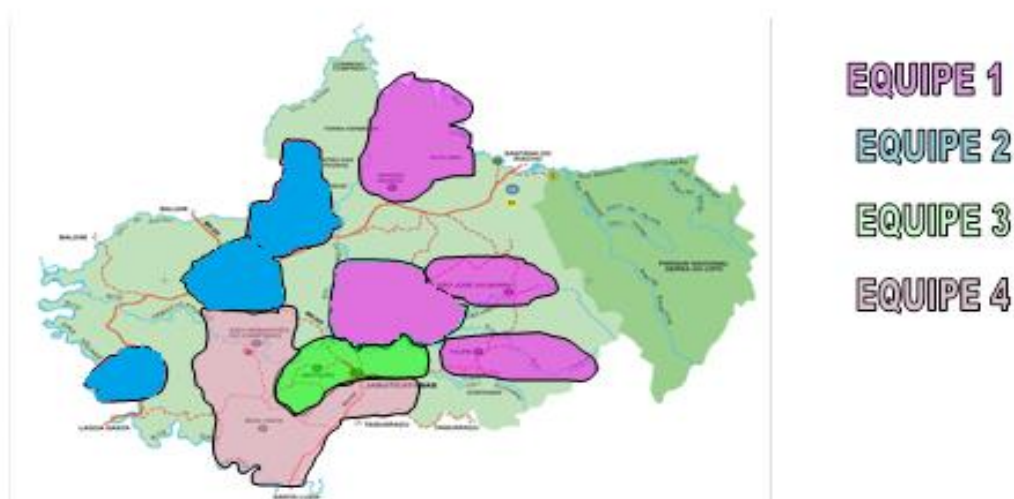
doença cerebrovascular (manifestada pelos acidentes vasculares cerebrais e ataque isquêmico transitório), a doença arterial periférica (manifestada pela claudicação intermitente), a aterosclerose aórtica e os aneurismas aórticos torácicos e abdominais (WILSON, 2013).

Segundo Katzmarzyk e Janssen (2004), a inatividade física aumenta substancialmente a incidência relativa de doença arterial coronariana (45%), infarto agudo do miocárdio (60%), hipertensão arterial (30%), além das incidências de câncer de cólon (41%), câncer de mama (31%), diabetes tipo 2 (50%) e osteoporose (59%).

O Pacto pela Saúde de 2006 prevê ações multidisciplinares como forma de prevenção e controle destas doenças em ações que devem ser priorizadas principalmente pela atenção primária, estando a prática regular de atividade física (AF) incluída nestas ações (BRASIL, 2006).

A Atenção Primária à Saúde em Jaboticatubas tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de intervenção, conforme preconizado pela portaria GM 648/2006. Estão implementadas atualmente quatro equipes na ESF, designadas por cores Azul, Lilás, Rosa e Verde, com uma cobertura de 84,93,% da população total, conforme demonstrado na figura 02.

Figura 02- Mapa de cobertura da ESF, Jaboticatubas/MG, 2009.



Fonte: SMS/Jaboticatubas/MG (modificado)

Em 2012, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais criou o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde com o intuito de estimular os municípios,

Figura 04 - UBS Cecília Miranda Rodrigues



Fonte: Google Maps: <https://maps.google.com/maps?hl=pt-PT&tab=w>

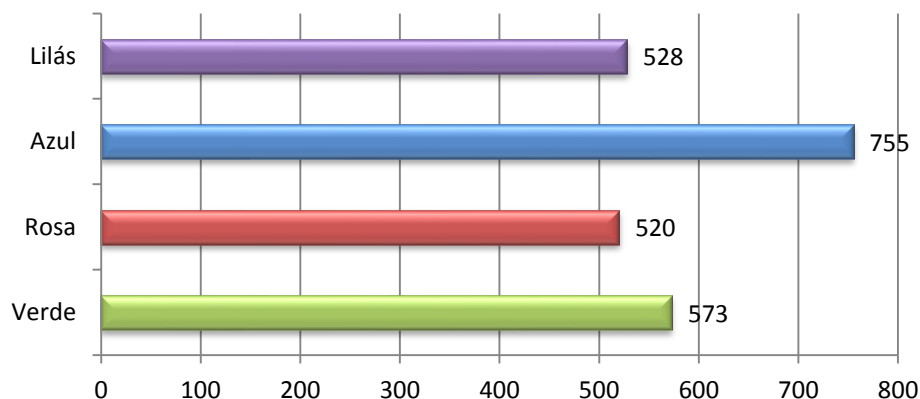
A equipe é composta por médica, enfermeira, técnica de enfermagem e nove agentes de saúde (ACS). Atende à população residente nos cinco bairros da área urbana de São José de Almeida (JK, Novo Belo Horizonte, Veraneio, Santo Amaro, Centro), e nas três áreas rurais próximas (Currálinho, Joana e Alto João da Costa).

Quadro 01 - Agentes de saúde e suas respectivas áreas de responsabilidade

ACS	ÁREA DE RESPONSABILIDADE
01	Joana e Currálinho – Rural
02	Alto João da Costa – Rural
02	Novo Belo Horizonte – Urbana
01	Veraneio – Urbana
01	Santo Amaro – Urbana
01	Centro – Urbana
01	JK – Urbana

Fonte: Gerência USB Cecília Rodrigues Miranda

Segundo dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB, 2013), a população atendida pela equipe Azul é composta por 4.722 pessoas, com a proporção de 1:1 entre os sexos. Estão cadastrados no município 2.376 idosos e destes, 755 (31,8%) são vinculados a esta equipe (DATASUS, 2013).

Gráfico 02- Distribuição dos idosos cadastrados no SIAB por equipe de ESF

Fonte: SIAB, 2013

A equipe de epidemiologia iniciou um trabalho de levantamento da situação ocupacional que irá quantificar etilistas, tabagistas e sedentários. Este trabalho, porém, ainda está em fase inicial. Um levantamento realizado pelas ACS mostrou que apenas 10,43% da população acima de 15 anos realiza atividade física regular, evidenciando uma alta a prevalência de inatividade física entre os adultos e idosos de São José de Almeida (dados do sistema de informação da UBS Cecília Rodrigues Miranda, 2013).

O etilismo e tabagismo também são muito freqüentes - mas difíceis de serem quantificados – e o uso de drogas é mais prevalente entre os 38% da camada da população que compõe os adultos jovens (15 a 39 anos).

Para a escolha do que seria o objeto deste projeto de intervenção, diversos problemas foram levantados e classificados conforme prioridade pela equipe de saúde da UBS Cecília Rodrigues Miranda (quadro 02). A ordem de prioridade considerou a importância do problema (amplitude, morbidade e mortalidade em longo prazo), sua urgência (morbimortalidade em curto prazo, entraves e surgimento de novos problemas a partir da insolubilidade do mesmo) e a capacidade de enfrentamento da equipe (recursos humanos, financeiros e políticos envolvidos), sendo 1 menor importância, urgência e baixa capacidade de enfrentamento pela equipe e 3 maior importância, urgência e alta capacidade de enfrentamento pela equipe.

Quadro 02 - Problemas levantados e avaliação de prioridades

Problema	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento da equipe	Pontuação
Ausência de ações contínuas devido à rotatividade dos médicos e da própria população adscrita	2	1	1	4
Fragmentação dos atendimentos por falta de prontuários eletrônicos e contra-referências	2	2	1	5
Ausência de ações específicas para resolução de problemas prevalentes como sedentarismo, tabagismo, etilismo, uso de drogas e doenças relacionadas ao trabalho.	3	2	3	8
Dificuldade de transporte (falta de viaturas) e de comunicação eficiente entre município e distrito	2	3	1	6
Escassez de materiais/ procedimentos (medicamentos, curativos, exames)	3	3	1	7

Legenda: 1 = baixa; 2 = média; 3 = alta

Fonte: Equipe Azul UBS Cecília Rodrigues Miranda

Após este levantamento, o problema priorizado foi a ausência de ações específicas para resolução de problemas prevalentes na população adscrita. Dentre os diversos problemas, foi escolhido o sedentarismo devido a sua alta prevalência, o contexto político atual favorável ao cumprimento das metas estabelecidas pelo Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde e, principalmente, devido ao fato de que o combate ao sedentarismo possibilita interferir de maneira positiva sobre outras condições como tabagismo e o uso de drogas, além de reduzir o risco de desenvolvimento de diversas doenças crônicas, bem como auxiliar no tratamento das mesmas (BRASIL, 2013).

2 JUSTIFICATIVA

Estudos indicam que a inatividade física está associada ao aumento da mortalidade, obesidade, maior incidência de queda e debilidade física, dislipidemia, depressão, demência, ansiedade e alterações do humor (MANINI, *et al.*, 2006).

De acordo com Guiselini (1999) apud Araújo *et al* (2000) a população já incorporou a ideia de que o “movimentar-se” faz parte de nossas vidas e que a sociedade moderna tende a ser privada veladamente do seu direito de ir e vir, de seu tempo ativo de lazer, seja por falta de segurança pública, de informação adequada, de educação, ou ainda por responsabilidade da família e/ou da escola, contribuindo para que se acabe com o hábito natural das pessoas: “exercitar-se”.

Modificações no estilo de vida, com a adoção de hábitos saudáveis, podem exercer um impacto considerável na redução da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) gerais, nesse sentido, a atividade física desempenha importante papel na manutenção do bem estar (POLLOCK, 1993 apud SANTOS *et al*, 2012).

A prática regular de AF possibilita prevenir estas doenças e promover a saúde da população. Além disso, ações na atenção básica de orientação de AF permitem um contato maior com o usuário constituindo em uma estratégia eficiente para o trabalho de educação em saúde relacionado a diversas situações de risco que envolvem a população (MOTA, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção com vistas à redução do sedentarismo na população adstrita à equipe Azul da UBS Cecília Rodrigues Miranda do Distrito de São José de Almeida, município de Jaboticatubas, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar uma revisão de literatura sobre os temas abordados no trabalho
- Identificar os recursos críticos e analisar a viabilidade do projeto

4 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica pelo portal BVS (biblioteca virtual da saúde), Scielo e Google Acadêmico com as palavras chaves: sedentarismo, exercício físico, qualidade de vida e doenças crônicas não transmissíveis para construção do plano de intervenção com base na literatura atual.

Os modelos dos grupos de caminhadas e do grupo de alongamento serão desenhados de forma a determinar os responsáveis pelos grupos, os locais, a frequência e horários de realizações, os recursos financeiros necessários, o público alvo e o método de divulgação.

A análise dos recursos críticos e viabilidade do projeto serão discutidas em reunião da equipe de saúde, com gestores do município e representantes da população.

A avaliação do projeto na comunidade será feita no início, quando da entrada do usuário no projeto e a cada três meses, por meio de medidas antropométricas e alguns parâmetros clínicos. Também serão realizadas pesquisas de opinião com os usuários adeptos ao projeto para determinar padrões subjetivos de melhoria da qualidade de vida.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Sedentarismo: definição e consequências

De acordo com Tadoro (2001) o termo sedentário, origina do latim *sedentarius*, com raiz na palavra *sedere* (estar sentado). Simboliza aquele que faz o mínimo de movimento.

Autores como Carvalho *et al.* (1996) definem o sedentarismo como redução da atividade física cotidiana. Esta redução está relacionada aos avanços tecnológicos e à mudança cultural que fizeram com que as pessoas gastassem menos calorias diariamente.

Nahas (2001) e Groenninga (2009) complementam afirmando que o sedentarismo é um estilo de vida que não envolve a atividade física, onde o trabalho é predominantemente sentado e as atividades no momento de lazer são passivas e que pode provocar sérios prejuízos à saúde.

Para caracterizar um indivíduo sedentário é preciso levar em conta as tarefas realizadas no trabalho, nas horas de lazer, atividades esportivas, movimentação (ir de um local a outro caminhando) e atividades domésticas (BRASIL, 2013).

Estudos epidemiológicos apontam que a inatividade física aumenta significativamente a incidência de doença coronariana, infarto agudo do miocárdio, hipertensão, câncer de cólon e de mama, diabetes do tipo II, osteoporose. Além de problemas endócrinos, renais, osteoarticulares e neuromusculares, obesidade, debilidade física, depressão, demência, dislipidemia e transtornos do humor (GUALANO; TINUCCI, 2011).

O estilo de vida sedentário é uma conduta de risco não só para doenças crônico-degenerativas, mas também para depressão além de potencializar a mortalidade (HALLAL *et al.*, 2005).

A falta de atividade física é um dos grandes problemas de saúde pública na sociedade atual, sobretudo quando se leva em conta que aproximadamente 70% da população adulta não alcança os níveis recomendados de atividade física (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde considera como nível recomendado de atividade física no tempo livre a prática de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou de, pelo menos, 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa. Caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol são classificados como práticas de intensidade leve ou moderada. Corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis são classificados como práticas de intensidade vigorosa (BRASIL, 2013).

Estudiosos mostram que grande parte da população tem um gasto energético diário muito baixo, pois, a atividade no trabalho e no dia-a-dia vem sendo diminuída. Soma-se a esta condição uma grande quantidade de alimentos de alto teor calórico disponíveis, fazendo com que o balanço energético seja ainda mais prejudicado pelo maior consumo de destes alimentos. Desta forma, o sedentarismo e os hábitos alimentares parecem traduzir o principal fator de risco para a obesidade no mundo (FRANCISCHI *et al.*, 2000).

O sedentarismo tem causa multifatorial que está relacionada a questões culturais, socioeconômicas e estruturais. Na dimensão cultural pode-se citar: falta de hábito ou disciplina, crença de que atividade física esporádica ou realizada durante o trabalho possui o mesmo efeito que a atividade física regular orientada. No âmbito socioeconômico: falta de tempo, jornadas de trabalho cansativas, necessidade de auxílio a outras pessoas da família (crianças, idosos, deficientes), falta de dinheiro para exercícios pagos (como a hidroterapia, musculação, entre outros). Na esfera estrutural: ausência de academias da cidade ou mesmo pagas, de profissionais de educação física, de espaços adequados como áreas planas, praças e salões (dados do sistema de informações da UBS Cecília Rodrigues Miranda, 2013).

5.2 Benefícios da atividade física para a qualidade de vida

Desde o início da humanidade, o homem pré-histórico precisava de sua força, agilidade e resistência para lutar por sua sobrevivência. A necessidade de migrar na procura de abrigo e conseguir alimento obrigava-o a caminhar longe. Além disso, corria, brigava e saltava, fazendo com que o homem tivesse um estilo de vida muito ativo (JARRETE, 2011).

Ao longo dos tempos, a atividade física foi difundida como a melhor maneira de treino para os gladiadores, até ser fundamentada em conceitos clínicos, possibilitando tornar a pessoa “saudável”, com boa aparência e postura. Nos anos de 1930, a atividade física era associada ao militarismo e ao aprimoramento da raça, até que atividade física passou a ter o objetivo de constituir equipes esportivas para competição (JARRETE, 2011).

A associação do conceito de atividade física ligada à saúde só ganhou reconhecimento no momento em que as doenças crônico-degenerativas alcançaram altos indicadores. Da mesma forma, fatores de risco como o sedentarismo, que antes não eram levados em conta, surgem como alternativas para prevenção e tratamento dos agravos à saúde. Este período representa a transição epidemiológica, onde as maiores causas de morte passaram de doenças infecciosas para crônico-degenerativas (JARRETE, 2011).

A atividade física surge então como via de promoção à saúde, pois altos níveis de atividade física e aptidão física decorrem na redução das taxas de morbimortalidade (ARAÚJO *et al.*, 2000).

A atividade física pode ser caracterizada como qualquer movimento corporal que abranja a musculatura esquelética promovendo um gasto energético acima dos níveis de repouso e compreende o exercício físico, que se caracteriza por uma atividade física, projetada, organizada, cíclica e que possui uma meta, seja no sentido da aptidão física ou reabilitação do organismo (ARAÚJO *et al.*, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera as atividades da vida cotidiana como trabalhar, os afazeres domésticos, deslocamento de local para outro, atividades recreativas e esportivas como atividade física. Porém, a frequência é indispensável quando se procura alcançar benefícios por meio de sua prática (OMS, 2005).

A prática de atividade física regular e moderada é uma das principais bases para a saúde, junto à correta alimentação e ao estado emocional equilibrado. Esta prática é um indicador de estilo de vida positivo. Pressupõe-se que a pessoa terá tanto mais saúde e bem-estar quanto mais ele mantém um estilo de vida saudável. Praticar atividade física regular, ter uma alimentação adequada, controlar o estresse, manter relacionamentos positivos e investir em comportamentos preventivos são hábitos de vida fundamentais para se ter qualidade em nossas vidas (JACOB FILHO, 2006).

O American College of Sports Medicine (ACSM) e a American Heart Association (AHA) (2009), recomendam, para a promoção de saúde, a prática de AF moderada por 30 minutos cinco dias na semana, ou intensa por 20 minutos três vezes na semana, além das atividades diárias consideradas leves. Além disso, para a manutenção da saúde e da independência física, recomendam exercícios de alongamentos musculares, no mínimo duas vezes na semana.

Ao analisar a ocorrência das doenças e agravos não transmissíveis (DANT), doenças musculoesqueléticas e distúrbios mentais, pode-se observar o resultado positivo da atividade física como fator de prevenção do surgimento, e ainda como responsável pela redução do avanço do quadro clínico das mesmas e de suas complicações (JARRETE, 2011).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010) exercícios aeróbios associados a exercícios resistidos proporcionam a diminuição dos níveis de pressão arterial e, por conseguinte, devem ser recomendados como forma de prevenir e tratar a hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Jousilahti (2007) apud Jarrete (2011) observou a diminuição das mortes por problemas cardiovasculares em pessoas hipertensas que praticam atividades físicas.

Estudo realizado por Wagmacker *et al.* (2007), mostrou a relação da atividade física como proteção para o surgimento de hipertensão arterial sistêmica.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), para as pessoas com diabetes mellitus, o efeito positivo do exercício físico é percebido com melhora do nível glicêmico, redução do risco de distúrbios cardiovasculares e melhora do peso corporal, além do aumento da autoestima.

O exercício físico promove mudanças hormonais que podem reduzir a glicemia por meio da ativação de receptores da membrana (independente da insulina, que estará bloqueada no decorrer do esforço físico pelas catecolaminas) (JARRETE, 2011). Ele também foi descrito como tática para prevenção e tratamento da síndrome metabólica, doença caracterizada por uma série de fatores de risco de padrão somático, fisiológico e bioquímico, que se associam a problemas como diabetes mellitus e doenças cardiovasculares (JARRETE, 2011).

De acordo com Abadi e Budel (2011), as enfermidades cardiovasculares estão entre as maiores causas de morte no mundo. Alguns dos aspectos que colaboram para o seu surgimento são as dislipidemias, caracterizadas pelo aumento dos níveis de lipídios no sangue, principalmente colesterol e triglicérides. Guedes e Gonçalves (2007) observaram que, quanto maior a atividade física, maior a interferência sobre o perfil lipídico de ambos os sexos e que, portanto, pode-se prevenir as dislipidemias através da atividade física.

Além dos benefícios sobre as doenças metabólicas, a prática regular de atividade física melhora ainda a aptidão física, que está associada ao desempenho – capacidade cardiorrespiratória, flexibilidade, arranjo corporal e resistência muscular – ou à saúde – prevenção e diminuição de morbidades, disponibilidade energética suficiente para executar as tarefas da vida cotidiana e sobrevivência em geral. Tais elementos mostram maior dependência do nível de atividade física do que do fator genético (GLANER, 2003).

De acordo com Nahas:

A aptidão cardiorrespiratória é a capacidade do organismo como um todo de resistir à fadiga em esforços de média e longa duração, cuja função depende fundamentalmente da captação e distribuição de oxigênio para os músculos em exercício, incluindo também os sistemas cardiovasculares (coração e vasos sanguíneos) e o respiratório (pulmões). A aptidão cardiorrespiratória de um indivíduo é determinada pela eficiência dos músculos na utilização do oxigênio transportado e a disponibilidade de combustível (glicose ou gordura) para a produção de energia (NAHAS, 2001, p.34).

Niemam (1999), por meio de várias análises, mostrou que em pessoas treinadas com exercícios aeróbios o risco de desenvolver doenças como depressão, câncer, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes, hipertensão, obesidade, ansiedade e doenças cardíacas era baixo.

No âmbito da capacidade física observa-se o ganho de resistência muscular, possibilitando o aumento da capacidade de trabalho, diminuindo o risco de lesões, e aumentando o desempenho na prática esportiva. As vantagens do treinamento da resistência muscular abrangem ainda a elevação da densidade óssea e da massa muscular, que é muito importante, pois com a idade e pela inatividade física, a massa muscular e a força vão reduzindo progressivamente (JARRETE, 2011; NIEMAN, 1999).

Outro elemento da capacidade física é a flexibilidade, que pode ser caracterizada como a amplitude de movimento de uma articulação ou grupo muscular. Condições adequadas de força e flexibilidade são significativas para a realização de movimentos em várias atividades do dia-a-dia (GONÇALVES *et al.*, 2007).

O treinamento da aptidão física relacionada à saúde resulta em um ganho na resistência às lesões e dores musculares, melhoria da postura e, portanto, diminuição dos problemas na coluna, melhora da imagem corporal, desempenho esportivo e reduz o risco para o desenvolvimento de doenças hipocinéticas ou crônico-degenerativas. Esta habilidade pode ser trabalhada por meio do alongamento, técnica que visa manter os níveis de restrições físicas mínimas (PETROSKI *et al.*, 2011).

Na esfera psicossocial, a atividade física atua de forma positiva, pois de acordo com Tomé e Valentini. (2006), pessoas que praticam atividades físicas sistematizadas demonstram baixos níveis de ansiedade, agressividade além de permitir ampliação do círculo social.

De acordo Oliveira Filho (2009), atividade física avança cada vez mais como fator para a qualidade de vida das pessoas, reduzindo ao mínimo os índices de doenças e possibilitando um aumento na produtividade e no bem-estar em razão dos benefícios que ela traz.

Matsudo (2009) sintetiza outros efeitos que podem ser observados com a prática regular de AF (quadro 03).

Quadro 03 – Efeitos da atividade física

Antropométricos:	Controle ou diminuição da gordura corporal; manutenção ou incremento da massa muscular, força muscular e da densidade óssea; fortalecimento do tecido conectivo; melhora da flexibilidade.
Metabólicos:	Aumento do volume de sangue circulante, da resistência física em 10-30% e da ventilação pulmonar; diminuição da frequência cardíaca em repouso e no trabalho, e da pressão arterial; melhora nos níveis de HDL (lipoproteínas de alta densidade) e diminuição dos níveis de triglicérides, colesterol total e LDL (lipoproteínas de baixa densidade), dos níveis de glicose; diminuição de marcadores anti-inflamatórios associados às doenças crônicas não transmissíveis; diminuição do risco de doença cardiovascular, acidente vascular cerebral tromboembólico, hipertensão, diabetes tipo 2, osteoporose, obesidade, câncer de cólon e câncer de útero.
Cognitivos e psicossociais:	Melhora do autoconceito, autoestima, imagem corporal, estado de humor, tensão muscular e insônia; prevenção ou retardo do declínio das funções cognitivas; diminuição do risco de depressão; diminuição do estresse, ansiedade, depressão e consumo de medicamentos e incremento na socialização.
Nas quedas:	Redução de risco de quedas e lesão pela queda; aumento da força muscular dos membros inferiores e coluna vertebral; melhora do tempo de reação, sinergia motora das reações posturais, velocidade de andar, mobilidade e flexibilidade.
Terapêuticos:	Efetivo no tratamento de doença coronariana, hipertensão, enfermidade vascular periférica, diabetes tipo 2, obesidade, colesterol elevado, osteoartrose, claudicação e doença pulmonar obstrutiva crônica; efetivo no manejo de distúrbios de ansiedade e depressão, demência, dor, insuficiência cardíaca congestiva, síncope, acidente vascular cerebral, profilaxia de tromboembolismo venoso, dor lombar e constipação.

Fonte: Adaptado de Matsudo (2009).

Neste sentido, promover ações na atenção básica que favoreçam a prática regular de atividade física pela população pode trazer diversos benefícios nos âmbitos psicossociais, físicos e metabólicos.

6 PLANO DE AÇÃO

As necessidades identificadas no diagnóstico situacional e a revisão da literatura permitiram a construção deste plano de ação.

6.1 Desenho das operações

Quadro 4 – Desenho das operações

Operação/Projeto	Recursos críticos	Avaliação e Monitoramento
<p>GRUPO DE CAMINHADAS</p> <p>Realizados em cada bairro ou área rural, por 60 minutos, três vezes por semana. No início serão liderados pelas ACS (previamente instruídas por um educador físico) e, após treinamento adequado, por membros da comunidade.</p> <p>Responsabilidades: A divulgação é de responsabilidade da equipe de saúde através de comunicação verbal, panfletos e cartazes e também com a ajuda das igrejas e bares da comunidade. O profissional de educação física e as ACS cuidarão para que a atividade seja feita de maneira adequada.</p> <p>Objetivos: Incentivar a prática de atividade física e mudança de hábitos de vida.</p>	<p>Organizacionais: são representados por áreas adequadas para a caminhada em cada bairro e disponibilidade – inclusive de horário – das ACS e do profissional de educação física.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento e empenho das ACS, ajuda de um profissional de educação física e comprometimento da população.</p> <p>Financeiro: Necessita recurso financeiro mínimo, para compra de camisas e confecção de panfletos.</p>	<p>A avaliação será feita observando a participação da comunidade. As atividades serão monitoradas pelas ACS e pelo profissional de educação física. A avaliação também contará com o relato da população sobre as melhorias que ocorreram com a prática de atividade física.</p> <p>O projeto será monitorado pela gerente da unidade básica de saúde.</p>
<p>GRUPO DE ALONGAMENTOS</p> <p>Ministrado pela fisioterapeuta, duas vezes por semana. Realizado no salão da Associação de Moradores (centro). Neste grupo estão incluídas palestras multidisciplinares de educação em saúde, preferencialmente práticas.</p> <p>Responsabilidades: A divulgação é de responsabilidade da equipe de saúde através de comunicação verbal, panfletos e cartazes e também com a ajuda das igrejas e bares da comunidade. A fisioterapeuta ficará encarregada de realizar as atividades.</p> <p>Objetivo: Ensinar os principais exercícios que, realizados</p>	<p>Organizacionais: Salão da Associação de Moradores, aparelho de som, disponibilidade da fisioterapeuta e de uma profissional de serviços gerais para limpeza do espaço após o grupo.</p> <p>Cognitivos: conhecimento da fisioterapeuta e comprometimento da comunidade.</p> <p>Financeiro: Necessita recurso financeiro mínimo, para compra de materiais utilizados como: colchonetes, bastões e</p>	<p>A avaliação será feita observando a participação da comunidade. As atividades serão monitoradas pela fisioterapeuta. A avaliação também contará com o relato da população sobre as melhorias que ocorreram com a prática de atividade física.</p> <p>O projeto será monitorado pela gerente da unidade básica de saúde.</p>

diariamente, podem reduzir a dor e melhorar a mobilidade dos pacientes que já sofrem com o sedentarismo, além de melhorar o equilíbrio, reduzindo o risco de quedas. Melhorar outros hábitos de vida da população.	elásticos e para o lanche.	
--	----------------------------	--

Fonte: Dados da autora

6.2 Análise da viabilidade

Quadro 05 – Viabilidade do plano de ação

Atores	Recursos críticos das operações que controlam	Motivação para cumprir os objetivos do plano
Profissionais de saúde	Organizacionais e cognitivos	Melhoria do salário e das condições de trabalho
População	Organizacionais	Melhoria da qualidade de vida e contato com os profissionais de saúde
Gestores	Políticos e financeiros	Atingir metas propostas pelo ministério (não perder recursos financeiros), reduzir gastos com a saúde, garantir votos da população

Fonte: Dados da autora

A forma com que foi construído o plano de ação, simplificado, garante sua viabilidade. O planejamento estratégico situacional (PES) foi traçado pela equipe de saúde (baixa governabilidade), aproveitando o momento político do município. As metas a serem atingidas propostas pelo ministério da saúde garantem os recursos financeiros e políticos. Além disso, são necessários poucos recursos, o que torna viável a implantação do plano pela equipe de saúde.

6.3 Plano operativo do projeto de intervenção

Quadro 06 – Plano operativo

Ação	Local	Público Alvo	Responsáveis pelas operações	Divulgação	Prazo para o cumprimento das ações
Grupos de caminhadas	Terrenos planos em cada bairro ou área rural	Pessoas acima de 12 anos sem contra indicações	Todas as ACS, cada uma em sua área, com ajuda do educador físico	Equipe de saúde, igrejas e bares	1 mês para início dos grupos e 3 meses para treinar um coordenador da comunidade
Grupo de alongamentos	Salão da Associação de Moradores – Centro	Idosos	Fisioterapeuta e uma técnica de enfermagem	Equipe de saúde, igrejas e bares	Já em funcionamento

Fonte: Dados da autora

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos dias atuais vários fatores como: tecnologia, crescimento da violência urbana, mudanças nos hábitos alimentares e limitação de espaços nas áreas urbanas para a prática de atividades físicas e de lazer contribuem para que as pessoas tenham um estilo de vida sedentário, restringindo as chances de uma vida ativa, dando lugar para atividades sedentárias como ver televisão, jogar vídeo games e passar horas na frente do computador.

O sedentarismo é um problema de saúde pública, pois é causa direta ou indireta de muitos óbitos por ano, em razão das enfermidades que ele acarreta ou agrava estando diretamente associado a diversas doenças. Estas condições, além de representar um alto custo financeiro para a família e para o governo em campanhas e tratamento desses agravos, ainda reduz a qualidade de vida das pessoas.

Sendo o sedentarismo um fator de risco alterável sem a necessidade do uso de medicações, deve ser combatido por meio da divulgação e informação para que a sociedade compreenda a importância e a necessidade de se praticar atividade física regular. O aumento dos níveis de AF da população pode ser conseguido por meio da criação de espaços adequados e de ações de promoção da saúde que incentivem a prática regular de AF, influenciando de forma positiva a vida das pessoas, trazendo benefícios para a saúde e melhoria da qualidade de suas vidas.

A intenção das ações propostas é de iniciar um movimento de mudança comportamental, capaz de atingir outros aspectos relacionados à busca pelo bem estar como alimentação saudável, combate ao tabagismo e etilismo, entre outros e que, de forma sustentável, possa reverter alguns paradigmas locais nocivos à saúde.

Durante a implantação das ações foi possível observar a importância desse tipo de trabalho e sua capacidade em ajudar as pessoas a mudarem seus hábitos de vida e se motivarem para a prática regular de AF, pois grande parte da população atendeu aos convites e participou das atividades.

Uma população bem orientada e com a possibilidade de participar de programas de AF orientados pode se afastar do risco de desenvolver doenças associadas ao sedentarismo.

REFERÊNCIAS

ABADI, L. B.; BUDEL, J. M. Aspectos clínicos laboratoriais das dislipidemias. **Cadernos de escola da Saúde**, v.1, n.5, p.158-169, 2011.

ARAUJO, D. S. M. S.; ARAUJO, C. G. S. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v.6, n.5, p.194-203, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde (Vigitel) **Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 22 fevereiro de 2006.

CARVALHO, T.; NÓBREGA, A. C. L.; LAZZOLI, J. K.; et al. Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. **Revista Brasileira Medicina Esporte**, v. 2, n. 4, p. 79-81, 1996.

DATASUS. **Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) 2013**. Disponível em <siab.datasus.gov.br>. Acesso em: 5 jun. 2013.

FRANCISCHI, R. I. P. P.; PEREIRA, L. O.; FREITAS, C. S.; et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, v.13, p.17-28, 2000.

GUISELINI, M. **Atividade física e qualidade de vida**. Informe Phorte, São Paulo, 1999.

GONÇALVES, R.; GURJÃO, A. L. D.; GOBBI, S. Efeitos de oito semanas de treinamento de força na flexibilidade de idosos. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 9, n. 2, p. 145-153, 2007.

GLANER, M. F. Importância da aptidão física relacionada à saúde. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 5, n. 2, p. 75-85, 2003.

GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 25, n. esp., p.37-43, 2011.

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

GROENNINGA, M. **O que é sedentarismo?** Publicado em: 9 jun. 2009. Disponível em: <<http://www.nutricaoempratica.com.br/alimentacao-correta/page/3>>. Acesso em: 5 jun. 2013.

HALLAL, P., MATSUDO, S.; MATSUDO, V. Nível de atividade física em adultos de duas áreas do Brasil: semelhanças e diferenças. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, p. 573-580, 2005.

IBGE. Censo Demográfico 2010.

Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 6 jun. 2013.

JACOB FILHO, W. Atividade física e envelhecimento saudável. **Revista Brasileira de Educação Física Especializada**, São Paulo, v. 20, p. 73-77, suplemento n. 5, set. 2006.

JARRETE, A. P. **Nível de atividade física e composição corporal dos funcionários administrativos da Universidade Estadual Paulista - UNESP - Rio Claro**, 45p, Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Educação Física), Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2011.

JOUSILAHTI, P.; HU, G.; ANTIKAINEN, R.; et al. Occupational, commuting, and leisure-time physical activity in relation to cardiovascular mortality among finnish subjects with hypertension. **American Journal of Hypertens**, v. 12, p. 1242-50, 2007.

KATZMARZYK, P.; JANSSEN, I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. **Canadian Journal of Applied Physiology**, v. 29, n. 1, p. 90-115, 2004.

MANINI, T.; EVERHART, J.; PATEL, K.; et al. Daily activity energy expenditure and mortality among older adults. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 296, n. 2, p. 171-9, 2006.

MATSUDO, S.M. Envelhecimento, atividade física e saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 76-79, 2009.

MOTA, J. Atividade Física, sedentarismo e promoção da saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 17, n. 3, p. 162-163, 2012.

NAHAS, M. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NIEMAN, D. **Exercício e saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento**. São Paulo: Manole, 1999.

OLIVEIRA FILHO, A. **Indicadores relacionados à qualidade de vida e fatores de risco de professores da Universidade Estadual de Maringá – PR**, Dissertação (Mestrado em Educação Física), Universidade Estadual de Maringá, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PETROSKI E. L.; SILVA, A. F.; RODRIGUES, A. B.; PELEGRINI A. Aptidão física relacionada à saúde em adolescentes brasileiros residentes em áreas de médio/baixo índice de desenvolvimento humano. **Revista de Salud Pública**, v. 13, n. 2, p. 219-228, 2011.

POLLOCK M.L.; WILMORE J. H. **Exercícios na saúde e na doença**. 2 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

SANTOS, K. M.; TSUTSUI M. L. S.; GALVÃO P. P. O. Grau de atividade física e síndrome metabólica: um estudo transversal com indígenas Khisêdjêdo Parque Indígena do Xingu, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 2327-2338, dez, 2012.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009**. 3.ed. São Paulo: AC Farmacêutica, 2009.

TADORO, M. A. **Dança: Uma interação entre o corpo e a alma dos idosos**. 2001. Dissertação (Mestrado em Educação Física), Universidade Estadual de Campinas. 2001. 92p.

TOMÉ, T. H.; VALENTINI, N. C. Benefícios da atividade física sistemática em parâmetros psicológicos do praticante: um estudo sobre ansiedade e agressividade. **Revista de Educação Física, Maringá**, v.17, n.2, p. 123-130, 2006.

WAGMAKER, D. S.; PITANGA, F. J. G. Atividade física no tempo livre como fator de proteção para hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 15, n. 1, p. 69-74, 2007.

WILSON, P. W.F. **Overview of the risk equivalents and established risk factors for cardiovascular disease**. UpToDate, 25 nov. 2013. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-risk-equivalents-and-established-risk-factors-for-cardiovascular-disease>>. Acesso em: 08 Jan. 2014.