

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

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A READEQUAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
COMBATE AO SEDENTARISMO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DA LAPINHA, LAGOA SANTA, MG.**

LEONARDO BRETAS LOPES

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2013

LEONARDO BRETAS LOPES

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A READEQUAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
COMBATE AO SEDENTARISMO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DA LAPINHA, LAGOA SANTA, MG.**

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

Orientadora: Professora Ana Cláudia Porfírio Couto

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2013

LEONARDO BRETAS LOPES

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A READEQUAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
COMBATE AO SEDENTARISMO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DA LAPINHA, LAGOA SANTA, MG.**

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

Banca examinadora

Prof^a. Ana Cláudia Porfírio Couto

(Orientadora)

Prof. Ronaldo Castro d'Ávila

(Examinador)

Aprovado em Belo Horizonte, em ___/___/_____

RESUMO

O estilo de vida sedentário nem sempre foi comum. O homem primitivo precisava de suas capacidades físicas para sobreviver, depois aprimorou habilidades motoras, aprendeu a cultivar a terra e a confinar os animais, trocou a vida no campo pela metrópole, descobriu e controlou a eletricidade, a hidráulica e a mecânica, otimizou o tempo e diminuiu o esforço físico. Atualmente, a Pesquisa Nacional por Amostragem por Domicílio – PNAD (IBGE, 2008) identificou que apenas 15% dos entrevistados praticavam exercícios físicos ou esportes três ou mais vezes por semana e que 20% do total de entrevistados enquadravam-se como sedentários no Brasil. Considera-se sedentário, indivíduo cujo estilo de vida não atinge um gasto energético mínimo de 1.000 Kcal por semana (NAHAS, 2010) ou ainda é aquele que não se exercita por pelo menos duas horas e meia por semana (MONTEIRO *et al.*, 2003). A Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte alerta que o sedentarismo influencia nas seguintes condições clínicas: doença aterosclerótica coronariana, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica, obesidade, diabetes mellitus tipo II, osteoporose e osteoartrose, câncer de cólon, mama, próstata e pulmão, ansiedade e depressão. Nesse sentido esse trabalho teve como objetivo elaborar um plano de intervenção com ações que visem readequar um programa de combate ao sedentarismo na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família da Lapinha, em Lagoa Santa, Minas Gerais. Ressalta-se que a aplicabilidade deste plano depende, sobretudo, do interesse dos atores e da integração dos diversos setores envolvidos. As operações propostas e os recursos necessários enquadram-se dentro da realidade de uma gestão que, quando organizada, pode usufruir, inclusive, de recursos federais destinados à implantação e manutenção de programas voltados a prevenção de doenças e promoção da saúde como o Academia da Saúde e o próprio NASF.

Palavras-chave: sedentarismo, promoção da saúde, prevenção de doença e exercício físico.

ABSTRACT

The sedentary lifestyle has not always been common. The primitive man needed his physical abilities to survive. After that necessity, he improved his motor skills, learned to cultivate lands and animals, changed from the country life to the city life, discovered and controlled electricity, hydraulics and mechanics, optimized time and decreased physical exertion. Nowadays, the National Survey by Household Sampling - PNAD (IBGE, 2008) found that only 15% of interviewees practiced physical exercises or sports three or more times a week and 20% of respondents were considered sedentary. Sedentary individuals are those whose lifestyle does not reach a minimum energy expenditure of 1,000 kcal per week (NAHAS, 2010) or those who do not practice exercises for at least two and a half hours per week (Monteiro *et al*, 2003). The Brazilian Society of Sports Medicine alerts that a sedentary lifestyle influences in the following clinical conditions: coronary disease, hypertension, strokes, peripheral, obesity, diabetes mellitus type II, osteoporosis and osteoarthritis, colon cancer, vascular disease, prostate and lung, anxiety and depression. This sense aimed to study and develop an action plan to readapt a program to combat sedentary lifestyle the area covered by the Family Health Unit in Lapinha, in Lagoa Santa, Minas Gerais. It is emphasized that the applicability of this plan depends mainly on the interests of actors and integration of the various sectors involved. The proposed operations and resources fall within a reality of management that, when organized, can usufruct even with federal resources dedicated to implementation and maintenance of programs aimed at disease preventions and health promotion just as the Academy of Health and NASF.

Keywords: sedentary, health promotion, disease prevention and physical exercises.

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Histórico.....	7
1.2 Justificativa	9
1.3 Objetivo Geral.....	10
1.4 Metodologia	11
2 DESENVOLVIMENTO	12
2.1 Mapa Conceitual.....	12
1.1 Mapa Contextual.....	14
3 PLANO DE AÇÃO.....	16
3.1 Síntese do Diagnóstico Situacional.....	16
3.2 Descritores do Problema.....	17
3.3 Explicações do Problema.....	19
3.4 OPERAÇÕES	20
3.5 Recursos Críticos.....	22
3.6 Análise de Viabilidade de Plano.....	23
3.7 Plano Operativo	24
3.8 Plano de Avaliação e Monitoramento.....	25
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

1.1 Histórico

Desde os tempos da graduação, o sedentarismo é um tema de grande interesse para mim. Nos trabalhos realizados, livros e artigos científicos estudados, aulas, palestras e seminários assistidos quando o sedentarismo estava em pauta os ânimos se multiplicavam. A ideia era entender como algo tão simples de se resolver, estava associado a inúmeros riscos a manutenção da saúde das pessoas. Até hoje busco explicações para aquela minha dúvida, mas penso que não seja algo simples de se resolver.

Pouco antes de me formar, final de 2009, criei um projeto intitulado Ginástica Localizada no Bairro e apresentei à Associação dos Condôminos do Bairro Bela Vista em Lagoa Santa, Minas Gerais. Foi o início da minha trajetória como Profissional de Educação Física. Coincidentemente, em fevereiro de 2010, a Secretaria Municipal de Saúde implantou o projeto Academia Livre que apresentava os métodos e objetivos bem parecidos com os meus. Acreditei que naquele momento as minhas ideias para combater o sedentarismo poderiam ser ofuscadas. Como eu, inexperiente, obteria êxito com o um projeto sendo que o serviço público disponibilizaria o mesmo produto (aulas de Educação Física) com a mesma finalidade (combater o sedentarismo) livremente para a sociedade?

Em 2008, através da Portaria GM Nº 154 (BRASIL, 2008), o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), era a oportunidade para a Educação Física participar efetivamente das estratégias da Atenção Básica em Saúde da Família, portanto, não somente eu era inexperiente, a atuação do Profissional de Educação Física na Atenção Primária era também uma novidade. Foi então que em abril de 2010, passei a integrar a Equipe do NASF em Lagoa Santa e colocar em prática o Projeto Academia Livre que ainda não estava consolidado. A minha iniciativa de criar o Projeto Ginástica Localizada no Bairro foi fundamental, pois eu já estava desenvolvendo uma ação de combate ao sedentarismo com um grupo de vinte pessoas há seis meses.

Foi um grande desafio, um projeto no papel e quinze equipes de saúde da família para receberem as ações. Eu, em minha motocicleta, percorria toda a cidade transportando em um baú, vinte colchonetes de borracha, quinze pares de halteres de um quilograma e cinco pares de dois quilogramas, tudo particular. Transportava também a certeza de que era a chance de ser feliz e de mudar a realidade de muitas pessoas. Sabia também que,

independente de qualquer situação, o sucesso do projeto estava relacionado ao meu desempenho.

Diante da impossibilidade de participar da primeira oferta do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família para Profissionais de Educação Física em 2010, o caminho foi mais atribulado. Vivenciei as consequências das ações bem-sucedidas e das equivocadas. Hoje, ao término da especialização, percebo os benefícios de um processo de trabalho organizado, o quão importante são as avaliações e os planejamentos, as diferenças de estratégias a serem adotadas em relação à saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso.

Atuei como referência técnica de duas equipes de NASF até outubro deste ano na Secretaria de Saúde, atualmente como profissional, ministro aulas de Educação Física, Dança Sênior e Lian Gong em Unidades de Saúde, Instituições de Longa Permanência e Associações como a da Terceira Idade em Lagoa Santa, sempre em busca da promoção da saúde e prevenção de doenças.

1.2 Justificativa

Em Lagoa Santa, mais especificamente na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Lapinha, a Secretaria de Saúde, através do projeto Academia Livre, proporciona a prática de atividade física regular e orientada às terças e quintas feiras das 08:45 às 09:45h para a população em geral. Contudo, a adesão ainda é muito pequena em relação à população cadastrada e a oferta de atividade física está aquém dos 150 minutos por semana, recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Acredita-se que, com a readequação do programa de atividades físicas, a adesão dos moradores da comunidade abrangida pela USF Lapinha poderá ser maior e conseqüentemente, essa população estará menos suscetível aos males associados ao sedentarismo.

1.3 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção com ações que visem readequar um programa de combate ao sedentarismo na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família da Lapinha.

1.4 Metodologia

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) que foi realizado por meio de um plano de intervenção com a finalidade de viabilizar a prática de atividades físicas e assim, combater o sedentarismo na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família da Lapinha, em Lagoa Santa, Minas Gerais.

Utilizou-se como fonte de pesquisas o acervo das bibliotecas virtuais do NESCON, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/) e do DAB, Departamento de Atenção Básica (dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php). Utilizou-se também como recurso para busca de artigos científicos publicados e indexados, os seguintes bancos de dados eletrônicos: Scielo (www.scielo.com.br), Pub/Med (www.pubmed.com.br) e Periódicos CAPES (www.periodicos.capes.gov.br). Utilizou-se como descritores: sedentarismo, promoção da saúde, prevenção de doenças, obesidade, hipertensão, diabetes mellitus, exercício físico e atividade física.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Mapa Conceitual

Considera-se Sedentário, indivíduo cujo estilo de vida não atinge um gasto energético mínimo de 1.000 Kcal por semana (NAHAS, 2010). Para entender melhor, o sedentário ou inativo fisicamente é aquele que não se exercita por pelo menos duas horas e meia por semana (MONTEIRO *et al.*, 2003)

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostragem por Domicílio – PNAD (IBGE, 2008), identificou que apenas 15% dos entrevistados praticavam exercícios físicos ou esportes três ou mais vezes por semana e que 20% do total de entrevistados enquadravam-se como sedentários.

O estilo de vida sedentário nem sempre foi tão comum, o homem primitivo precisava de suas capacidades físicas para sobreviver, depois aprimorou habilidades motoras, aprendeu a cultivar a terra e a confinar os animais, trocou a vida no campo pela metrópole, descobriu e controlou a eletricidade, a hidráulica e a mecânica, otimizou o tempo e diminuiu o esforço físico (PITANGA, 2002). De acordo com Tardido e Falcão (2006), a industrialização e a urbanização contribuíram para a diminuição da atividade física. O avanço tecnológico e as facilidades da vida moderna tornaram a atividade física dispensável e eletiva (LUCCHESI e CASTRO, 2003).

Mendonça e Anjos (2004) relataram que os bens de consumo duráveis contribuíram para mudanças no padrão de atividade física, a saber: 1) diminuição do esforço com o trabalho doméstico pelo uso de equipamentos para a execução das tarefas; 2) o crescente uso da televisão como principal meio de lazer; 3) o uso de veículo automotivo para o deslocamento.

A partir de 1992, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a considerar o sedentarismo como um fator de risco independente (MATSUDO e MATSUDO, 2007). Em 1996 a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte posicionou-se: a saúde e a qualidade de vida do homem podem ser preservadas e aprimoradas pela prática regular de atividade física, o sedentarismo é condição indesejável e representa risco para a saúde (CARVALHO *et al.*, 1996). Tarde demais, essa inexplicável demora pode esclarecer, em boa parte, o porquê da epidemia de sedentarismo vivenciada hoje (MATSUDO e MATSUDO, 2007).

Segundo o CONFEF (2012), a OMS, que não utiliza o termo sedentarismo, e sim “atividade física insuficiente”, destaca que em 2008, mundialmente, 31% dos adultos com 15 anos ou mais não são suficientemente ativos (homens 28% e mulheres 34%).

No Brasil, de acordo com os dados do Ministério da Saúde apesar do percentual de homens sedentários ter passado de 16%, em 2009, para 14,1%, em 2011, a tendência percebida é de aumento de sedentários com o aumento da faixa etária (BRASIL, 2011).

O sedentarismo está associado à inutilização dos sistemas funcionais. No que diz respeito ao Sistema Muscular Esquelético, a atrofia das fibras musculares, o enfraquecimento dos ossos e a perda de flexibilidade articular são as prováveis consequências dessa inutilização (AMORIM *et al.*, 2002).

O comprometimento funcional dos sistemas cardiovascular e respiratório e do metabolismo também podem ser identificados como consequências do sedentarismo. Em posicionamento oficial, a Federação Internacional de Medicina Esportiva (1998) define que o sedentarismo aumenta a sensibilidade geral do coração e favorece a aterosclerose, traz graves consequências sobre a musculatura ventilatória, facilita o armazenamento de gordura e dificulta a sua mobilização.

Segundo Carvalho *et al.* (1996), através da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte, o sedentarismo influencia nas seguintes condições clínicas: doença aterosclerótica coronariana, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica, obesidade, diabetes mellitus tipo II, osteoporose e osteoartrose, câncer de cólon, mama, próstata e pulmão, ansiedade e depressão.

Também é possível mencionar que o sedentarismo faz mal aos cofres públicos. Bielemann, Knuth e Hallal (2009), ao pesquisarem a relação entre atividade física e a redução dos custos por doenças crônicas no Sistema Único de Saúde (SUS), constataram a redução no número de internações hospitalares por doenças do aparelho circulatório (DAC) e diabetes, e nos custos com medicamentos para o tratamento do diabetes e da hipertensão arterial, realizados pelo SUS, em Pelotas, RS.

2.2 Mapa Contextual

Lagoa Santa é um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte e está integrado à Microrregião de Saúde de Vespasiano. Está distante 38 quilômetros da capital e à 12 quilômetros de Vespasiano, possui 230 quilômetros quadrados de área. É sede do Parque de Material Aeronáutico da Força Aérea Brasileira e do Aeroporto Internacional Tancredo Neves em conjunto com o município de Confins. Oferece como atração turística, a singular beleza de sua Lagoa Central e as opções gastronômicas do seu entorno (LAGOA SANTA, 2013).

O município tem uma população de 52.520 habitantes segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), apresentando densidade demográfica de 229,08 hab/km².

O Distrito da Lapinha pertence ao município de Lagoa Santa, nele, situa-se a reserva ecológica do Parque do Sumidouro e a Gruta da Lapinha, locais de grande apreciação turística. A localidade é internacionalmente conhecida pelas descobertas paleontológicas alcançadas pelo historiador dinamarquês Peter Lund. Outras atrações estão relacionadas à culinária e às manifestações folclóricas que conservam as tradições e os costumes de uma cultura bastante antiga.

A Unidade de Saúde da Lapinha, conforme registros próprios, possuía 753 famílias cadastradas totalizando 2758 pessoas, destas, 50,34% representam a população do sexo masculino e 49,66% do sexo feminino. Em relação à faixa etária, a maior concentração está no público de adolescentes (11 a 19 anos) e jovens (20 a 30 anos), os quais representam aproximadamente 19% cada e juntos totalizam cerca de 38% da população geral. A população, apesar dos avanços da modernidade, ainda conserva tradições religiosas e folclóricas. Algumas residências ainda guardam aspectos rurais e rústicos como fogão a lenha, fornos e paióis.

As tabelas 1 e apresentam os dados demográficos apurados durante a realização do diagnóstico situacional. Os dados foram obtidos a partir do Censo demográfico realizado pelo IBGE em 2010 e dos cadastros registrados existentes na USF Lapinha datados de setembro de 2012.

TABELA 1 - População do município de Lagoa Santa e população cadastrada na USF Lapinha

População de Lagoa Santa	%	População da Lapinha	%
52520*	100	2758**	5,25

Fontes:*IBGE/2010 **Registros da Equipe – Setembro/2012.

TABELA 2 - População segundo a faixa etária e gênero na área de abrangência da USF Lapinha.

Idade	Masculino	Feminino	Total
< 1 ano	19	8	27
1 a 4 anos	57	73	130
5 a 6 anos	49	51	100
7 a 9 anos	81	86	167
10 a 14 anos	165	143	308
15 a 19 anos	124	127	251
20 a 39 anos	476	478	954
40 a 49 anos	175	176	351
50 a 59 anos	116	121	237
acima de 60 anos	117	116	233
Total	1379	1379	2758

Fonte: Registros da Equipe – Setembro/2012.

Em Lagoa Santa, o Programa Academia Livre, contabiliza atualmente, segundo os registros próprios, a participação de 512 alunos/pacientes, sendo que deses, 27 são da área de abrangência da USF Lapinha.

De acordo com os dados, a população assistida pela USF Lapinha representa 5,25% da população de Lagoa Santa, destes, 0,98% participam do programa Academia Livre.

3. PLANO DE AÇÃO

3.1 Síntese do Diagnóstico Situacional

Este Plano de Ação foi preparado com base na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família da Lapinha, cujos registros próprios, apontam para uma população de 2.758 pessoas, distribuídas em 753 famílias cadastradas.

O Distrito da Lapinha pertence ao município de Lagoa Santa que está integrado à Região Metropolitana de Belo Horizonte e à Microrregião de Saúde de Vespasiano.

Dentre os problemas identificados no diagnóstico situacional, o sedentarismo foi priorizado por sua importância e principalmente pela capacidade de enfrentamento.

3.2 Descritores do Problema

Segundo o Ministério da saúde, um dos principais determinantes do crescimento epidêmico das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil é a alteração do padrão de atividade física (BRASIL, 2009).

Segundo Nahas (2010), aproximadamente 33% da população adulta de países desenvolvidos encontram-se inativos fisicamente. Esses valores não se diferem muito aos do Brasil. Os dados da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico realizados em 2010 (BRASIL, 2011) indicaram que em 2006, o índice de indivíduos sedentários representava 29,2% dos adultos nas 27 cidades estudadas, enquanto a frequência de indivíduos que praticavam atividade física suficiente no lazer, 14,9% do mesmo conjunto populacional.

Já a Pesquisa Nacional por Amostragem por Domicílio (PNAD) (IBGE, 2010), identificou que 20% da população acima de 14 anos encontrava-se sedentária.

Na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família da Lapinha, durante o mês de setembro de 2012, foram realizadas 690 visitas domiciliares para identificação dos indivíduos sedentários. Os dados estão representados na Tabela 3:

TABELA 3 – Estimativa por faixa etária e gênero da população adulta sedentária na área de abrangência da USF Lapinha.

Faixa Etária	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
20 a 39 anos	219	46	225	47,0	444	46,5
40 a 49 anos	133	76	88	50,0	221	63,0
50 a 59 anos	76	66	68	56,0	144	61,0
Total	428	63	381	51,0	809	56,8

Fonte: Registros da Equipe – Setembro de 2012.

Durante a visita às residências, os moradores foram indagados quanto à prática de atividades físicas em questionário elaborado pela própria equipe. As perguntas foram as seguintes:

- As pessoas da sua casa costumam realizar atividades físicas como: jogar futebol, fazer caminhadas, ir às Academias Livres, capinar, varrer ou rastelar os lotes, ir trabalhar a pé ou de bicicleta e/ou outros?
- Quanto tempo dura cada uma dessas atividades que são realizadas?
- Quantas vezes por semana essas atividades são realizadas?
- Quais motivos que impedem a realização de atividades físicas?

Diante das respostas, as informações definiam as condições de sedentarismo ou não. Os sedentários não atingiam o mínimo de duas horas e meia de atividades regulares por semana, já os ativos fisicamente somavam duas horas e meia ou mais.

Oportunamente, em uma das perguntas, foram identificadas as possíveis causas para a não adesão ao programa de atividades físicas oferecido pelo município e pela ausência de práticas espontâneas como a de esportes, as caminhadas, e as ginásticas nos equipamentos instalados em praça pública.

Vale ressaltar que em praticamente todas as visitas, um membro da família respondia pelos outros.

3.3 Explicações do Problema

Observou-se que na estimativa de sedentários da área de abrangência da USF Lapinha, 56,8% dos adultos encontravam-se inativos fisicamente. Esse número em muito ultrapassa os apresentados nas pesquisas nacionais. As possíveis justificativas para essa inatividade também foram conhecidas e estão classificadas por números de menções da seguinte maneira:

- 1º. FALTA DE TEMPO – Excesso de trabalho impede os momentos do lazer e as práticas de atividades físicas.
- 2º. INCOMPATIBILIDADE DE HORÁRIOS – as atividades orientadas que acontecem pela manhã coincidem com o horário de trabalho.
- 3º. DESCONHECIMENTO DO PROBLEMA – desconhecimento dos riscos à saúde que estão relacionados ao sedentarismo e dos benefícios da prática regular de atividades físicas.
- 4º. FALTA DE INFORMAÇÃO – desinformação quanto às atividades oferecidas pela Secretaria de Saúde.
- 5º. MODALIDADE – desinteresse pelas atividades realizadas em praça pública.

Segundo Campos (2010), geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas, e é exatamente assim que aparece a justificativa mais numerosa para o sedentarismo: a falta de tempo.

3.4 Operações

Pensando nas soluções e estratégias para o combate ao sedentarismo, este plano de ação propõe operações para o enfrentamento dos “nós críticos”.

Para cada “nó crítico” uma operação, assim, organizar melhor o tempo, disponibilizar outros horários para as atividades, explicar o problema sedentarismo, informar sobre as ações desenvolvidas e diversificar as atividades oferecidas formam o conjunto de operações que está dentro da realidade e da capacidade de ação dos atores envolvidos.

QUADRO 1 – Desenho das operações para os “nós críticos” do sedentarismo.

Nó crítico	Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de tempo	<u>Organizar</u> Ajudar a programar melhor o tempo e explicar a necessidade de se combater o sedentarismo. Incentivar a prática independente de atividades físicas.	Reduzir gradativamente o índice de sedentários.	Mobilizar com carro de som, panfletos, visitas domiciliares ou abordagens espontâneas. Oferecer possibilidades, buscar soluções, explicar e exemplificar os benefícios da prática regular de atividades físicas.	Planejamento das ações. Disponibilização de profissionais e transporte. Apoio dos setores da Secretaria de Saúde e das entidades do bairro na divulgação das novas ações. Integração com outras secretarias a fim de melhorar estrutura. Financeiro para contratação de carro de som e confecção de panfletos.
	<u>Disponibilizar</u> Aumentar a oferta de horários das práticas orientadas e incentivar a prática independente de atividades físicas.	Aumentar o número de praticantes das atividades orientadas e reduzir gradativamente o índice de sedentários.	Promover atividades regulares em pelo menos dois turnos diferentes. Incentivar a prática de atividades físicas regulares e explicar sobre a sua necessidade. Incentivar a utilização dos equipamentos de ginástica nas praças e a prática de esportes, independente da presença do educador físico.	Planejamento das ações para o aumento das atividades físicas. Disponibilização de profissionais para promover as atividades. Transporte para os profissionais. Divulgação das novas ações. Integração com outras secretarias a fim de uma melhor estrutura.
Desconhecimento do problema	<u>Explicar</u> Capacitar profissionais da saúde, realizar campanha de	Explicar o sedentarismo e seus males. Falar dos benefícios da prática regular	Capacitar profissionais da saúde para abordarem o tema sedentarismo durante atendimento na unidade de saúde, nos	Planejamento das ações de capacitação e informação e disponibilização de profissionais.

informação, integrar ações com demais secretarias, igrejas, associações.	de atividades físicas. Aumentar o número de praticantes das atividades orientadas e reduzir gradativamente o índice de sedentários.	grupos operativos e nas visitas domiciliares. Buscar apoio nas demais secretarias para a abordagem de públicos diferentes, nas associações comunitárias, nas igrejas e nas empresas da região.
--	---	--

Informar

Falta de informação	Mobilizar toda a equipe de saúde a fim de conhecer e divulgar horários de atividades propostas, incentivar a prática e explicar os benefícios aos usuários do sistema e a população em geral. Utilizar carro de som para divulgar as ações.	Oferecer maior acesso à informação sobre os programas de combate ao sedentarismo oferecidos pela Secretaria de Saúde e com isso, aumentar o número de praticantes das atividades orientadas e reduzir gradativamente o índice de sedentários.	Informar à população sobre as práticas de atividades físicas e demais ações de combate ao sedentarismo oferecidas, horários e datas.	Planejamento das ações de capacitação e informação e disponibilização de profissionais. Financeiro para contratação de carro de som.
----------------------------	---	---	--	--

Diversificar

Modalidade	Integrar e complementar as práticas de atividades físicas com modalidades diferentes das ginásticas e das caminhadas.	Aumentar o número de praticantes das atividades orientadas e reduzir gradativamente o índice de sedentários.	Introduzir nos programas de atividades físicas, práticas corporais chinesas, danças e hidroginástica.	Planejamento das ações, contratação e capacitação de professores, busca de parcerias com pousadas para utilização de piscinas. Aquisição de materiais
-------------------	---	--	---	---

3.5 Recursos Críticos

A identificação dos recursos críticos necessários para a realização das operações levou em consideração, aspectos econômicos, organizacionais, cognitivos e políticos. A disponibilidade de tais recursos será determinante no processo de transformação da realidade. Por isso, a estratégia de viabilização destes recursos acontecerá com base nas seguintes definições:

QUADRO 2 – Operações e recursos necessários.

Operação	Recursos Necessários (Aspectos)
Organizar	Cognitivos → Planejamento das ações. Econômicos → Contratação de carro de som e confecção de panfletos; Político/Organizacional → Disponibilização de profissionais e transporte. Apoio dos setores da Secretaria de Saúde e das entidades do bairro na divulgação das novas ações. Integração com outras secretarias a fim de melhorar estrutura.
Disponibilizar	Cognitivos → Planejamento das ações para o aumento das atividades físicas. Político/Organizacional → Disponibilização de profissionais para promover as atividades. Transporte para os profissionais. Divulgação das novas ações. Integração com outras
Explicar	Cognitivos → Planejamento das ações de capacitação e informação. Político/Organizacional → disponibilização de profissionais
Informar	Cognitivos → Planejamento das ações de capacitação e informação. Político/Organizacional → disponibilização de profissionais Econômicos → Contratação de carro de som.
Diversificar	Cognitivos → Planejamento das ações. Econômicos → Contratação e capacitação de professores. Aquisição de materiais. Político/Organizacional → Busca de parcerias com pousadas para utilização de piscinas.

3.6 Análise de Viabilidade do Plano

Ciente de que muitos dos recursos necessários para a realização das operações ultrapassam a governabilidade dos atores envolvidos uma análise de viabilidade do plano foi elaborada e para isso, identificou-se os controladores dos recursos, a motivação de cada um em relação aos objetivos e se necessário, as possíveis estratégias visando a mudança de posição, conforme o Quadro 3.

QUADRO 3 – Viabilidades

Operações	Recursos	Controle dos Recursos		Estratégias
		Ator	Motivação	
Organizar	Econômicos → Contratação de carro de som e confecção de panfletos; Político/Organizacional → Disponibilização de profissionais e transporte. Apoio dos setores da Secretaria de Saúde e das entidades do bairro na divulgação das novas ações. Integração com outras secretarias a fim de melhorar estrutura.	Secretário de Saúde	Favorável	Desnecessário
		Enfermeira da USF	Favorável	
		Setor de Transportes	Favorável	
		Coordenadora da Atenção em saúde	Favorável	
Disponibilizar	Político/Organizacional → Disponibilização de profissionais para promover as atividades. Transporte para os profissionais. Divulgação das novas ações. Integração com outras	Secretário de Saúde	Indiferente	Apresentar possíveis benefícios.
		Setor de Transportes	Favorável	Desnecessário
		Enfermeira da USF	Favorável	Desnecessário
Explicar	Político/Organizacional → disponibilização de profissionais	Enfermeira	Favorável	Desnecessário
Informar	Político/Organizacional → disponibilização de profissionais Econômicos → Contratação de carro de som.	Enfermeira	Favorável	Desnecessário
		Secretário de Saúde	Favorável	Desnecessário
Diversificar	Econômicos → Contratação e capacitação de professores. Aquisição de materiais.	Secretário de Saúde	Contrária	Apresentar indicadores que viabilizem investimento atual.

3.7 Plano Operativo

Com o objetivo na fase de execução, foram atribuídas responsabilidades entre as pessoas que elaboraram o Plano de Ação e determinados prazos para que as operações aconteçam. Institui-se para isso a função de Gerente de Operação que deve, sobretudo, garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada e prestar contas do andamento do projeto.

O quadro 4 explica como ficarão atribuídas as gerências.

Quadro 4 – Atribuições.

Operações	Gerente	Prazo
Organizar	Enfermeira Janine	Início imediato após aprovação do Plano e ação contínua.
Disponibilizar	Professor Leonardo	Três meses para a organização
Explicar	Médico Dr. Marco Aurélio	Início imediato após aprovação do Plano e ação contínua.
Informar	Equipe de ACS	Início imediato após aprovação do Plano e ação contínua.
Diversificar	Professor Leonardo	Três meses para a implantação

3.8 Plano de Avaliação e Monitoramento

Com o objetivo de acompanhar o progresso, identificar problemas e promover ajustes ao Plano de intervenção, construiu-se a seguinte planilha:

QUADRO 5 – Planilha de acompanhamento para o Plano de Intervenção de combate ao sedentarismo.

Indicador	Momento atual		Após 3 meses		Após 6 meses	
	Número	%	Número	%	Número	%
Sedentários do sexo masculino						
Sedentários do sexo feminino						
Total de sedentários						
Alunos do Programa Academia Livre						

4 Considerações Finais

Assim como o Sistema Único de Saúde, acredita-se que este Plano de Ação será constantemente renovado e reestruturado. Os governos mudam, as políticas mudam e as pessoas também mudam, muitas vezes para melhor, mas nem sempre. O diferencial, no meu ponto de vista, é a educação, e no nosso caso, é claro, educação para a saúde. As mudanças provenientes do enriquecimento da educação não de ser sempre positivas. As pessoas precisam ser informadas que elas são responsáveis pela própria saúde.

Devemos sim, trabalhar por políticas públicas que incentivem a prática de atividades físicas regulares, que incentivem a promoção da saúde e a prevenção de doenças mesmo que culturalmente a nossa realidade concentre o foco no tratamento. Culturalmente e institucionalmente, valoriza-se em nosso país os médicos em detrimento a outros profissionais da saúde (nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, educadores físicos e outros) que poderiam enfrentar com mais ênfase as causas do que as consequências dos problemas.

O aproveitamento deste plano depende, sobretudo, da aplicação dos atores e da integração dos diversos setores envolvidos. As operações propostas e os recursos necessários enquadram-se dentro da realidade de uma gestão que, quando organizada, pode usufruir, inclusive, de recursos federais destinados à implantação e manutenção de programas voltados a prevenção de doenças e promoção da saúde como o Academia da Saúde e o próprio NASF.

A persistência é uma característica a ser considerada, possíveis discontinuidades poderão dificultar os resultados e a credibilidade das ações. À população, caberá participar das propostas e das decisões que serão tomadas, apoderar-se do programa e cuidar para que as ações não sejam interrompidas, garantindo assim, o direito de cuidar da saúde.

Referências

AMORIM, P.R.S. *et al.* Estilo de vida ativo ou sedentário: impacto sobre a capacidade funcional. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v.23, n.3: p.49-63, mai. 2002.

BIELEMANN, R.M.; KNUTH, A. G.; HALLAL, P. C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.15, n.1: p.9-14, set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 153p.

BRASIL. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008. p. 47. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_154_GMMS.pdf. Acesso em: 30 nov. 2013.

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 . 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.

CARVALHO, T. *et al.* Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde, **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.2, n.4: p.79-81, out./dez. 1996.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA - CONFEF - Combate ao Sedentarismo. **Revista EF**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 4-8, jul. 2012.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE MEDICINA ESPORTIVA. Posicionamento oficial: A inatividade física aumenta os fatores de risco para a saúde e a capacidade física. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.4, n.2: p. 69-70, mar./abr. 1998.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações sobre os municípios brasileiros**. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/BW7>>. Acesso em 12 out. de 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da Saúde no Brasil. Acesso e Utilização de Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e proteção à Saúde 2008**. Ministério do Planejamento 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/default.shtm>. Acesso em 12 out. de 2013.

LAGOA SANTA: **História da cidade**. Última modificação 13/03/2010. Disponível em: <http://www.lagoasanta.mg.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=266&Itemid=116>. Acesso em 30 nov. de 2013.

LUCCHESI, F.; CASTRO, C.N. **Desembarcando o sedentarismo**. 1ª Ed., Porto Alegre: L&PM Pocket, 2003.176p.

MATSUDO, S.M.M.; MATSUDO V.K.R. **Atividade física e obesidade: prevenção e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 2007. 212p.

MENDONÇA, C.P.; ANJOS, L.A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, n.3: p.698-709, mai./jun. 2004.

MONTEIRO, Carlos A. et al . A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 14, n. 4, Oct. 2003 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000900005&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Dec. 2013.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 5ª Ed., Londrina: Midiograf, 2010. 318p.

PITANGA, F.J.G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.10, n.3: p.49 a 54, jul. 2002.

TARDIDO, A.P.; FALCÃO M.C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Revista Brasileira Nutrição Clínica**, v.21, n.2: p.117-124, abr. 2006.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Recommendations on Physical Activity for Health. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf>. Acesso em 30 nov. de 2013.