

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

RODOLFO DE OLIVEIRA RAIMUNDO

**PLANO DE AÇÃO PARA ESTIMULAR A PRÁTICA DE ATIVIDADE
FÍSICA NA ESF MONT SERRAT DO MUNICÍPIO DE VARGINHA/MG.**

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2019

RODOLFO DE OLIVEIRA RAIMUNDO

**PLANO DE AÇÃO PARA ESTIMULAR A PRÁTICA DE ATIVIDADE
FÍSICA NA ESF MONT SERRAT DO MUNICIPIO DE VARGINHA/MG**

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

Orientador: Professor Dr. Mário Antônio de Moura Simim

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2019

RODOLFO DE OLIVEIRA RAIMUNDO

**PLANO DE AÇÃO PARA ESTIMULAR A PRÁTICA DE ATIVIDADE
FÍSICA NA ESF MONT SERRAT DO MUNICÍPIO DE VARGINHA/MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor Dr. Mário Antônio de Moura Simim – Universidade Federal do Ceará

Examinador 2 – Professora Dr^a Alba Otoni – Universidade Federal de São João Del Rei

Aprovado em Belo Horizonte, em 18 de junho de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedicatória a nosso Deus pela oportunidade de estar no lugar certo e na hora certa para poder compor a equipe NASF atuando na saúde pública do município de Varginha, ao CREF e NESCON pela oportunidade de realizar a especialização na área de saúde pública e a família que e a será a solução a problemas de saúde do SUS.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos minha esposa Fabrizia, meus filhos Yuri e Yasmin por me darem força para seguir nesta jornada educacional, através de conhecimento para a melhoria da qualidade de vida da população local.

“Aquele que não tem tempo para cuidar da saúde, terá que
arranjar tempo para cuidar da doença.”

Autor Desconhecido

RESUMO

As principais causas de morte no Brasil estão relacionadas a doenças crônicas não transmissíveis. Nesse sentido, a maioria dessas doenças podem ser prevenidas ou controladas por meio de adoção de hábitos saudáveis de vida, entre eles a prática de atividade física regular e acesso ao tratamento adequado. Assim, o objetivo do presente trabalho foi elaborar plano de ação para estimular a prática de atividade física regular no território do PSF Mont Serrat. Inicialmente foi realizada estimativa rápida para identificação dos problemas prioritários. Posteriormente foi realizada reunião com a equipe NASF para elaborar um plano de ação adequado aos nossos objetivos. As principais ações se concentram em aumentar ações de educação permanente e educação em saúde, ações intersetoriais, criação de espaços de discussão para a consolidação de políticas públicas que melhore a qualidade de vida da população, estimulando a prática regular de atividade física. Concluímos que o sedentarismo é um dos principais causadores de doenças crônicas não transmissíveis, que poderiam ser evitadas com a prática regular de atividade física. Espera-se que com a implementação deste projeto a comunidade assistida pela equipe adquira hábitos de atividades físicas regulares melhorando de forma considerável a qualidade de vida dos mesmo.

Palavras-chave: Doenças crônicas não transmissíveis. Atividade Física. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The main causes of death in Brazil are related to chronic non-communicable diseases. In this sense, most of these diseases can be prevented or controlled through the adoption of healthy habits of life, among them the practice of regular physical activity and access to appropriate treatment. Thus, the objective of the present work was to elaborate action plan to stimulate the practice of regular physical activity in the territory of the PSF Mont Serrat. Initially a quick estimate was made to identify the priority problems. Subsequently, a meeting was held with the NASF team to prepare an action plan that is appropriate to our objectives. The main actions are focused on increasing actions of permanent education and health education, intersectoral actions, creation of discussion spaces for the consolidation of public policies that improve the quality of life of the population, stimulating the regular practice of physical activity. We conclude that sedentarism is one of the main causes of noncommunicable chronic diseases, which could be avoided with regular physical activity. It is hoped that with the implementation of this project, the community assisted by the team will acquire habits of regular physical activities, greatly improving their quality of life.

Keywords: Chronic non-communicable diseases. Physical activity. Health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Priorizações dos problemas selecionados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde MontSerrat, Unidade Básica de Saúde MontSerrat, município de Varginha, estado de Minas Gerais	17
Quadro 2: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Carência de ações de Educação em Saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Mont Serrat, do município de Varginha, estado de Minas Gerais	26
Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Carência de ações de Promoção de saúde nas escolas”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Mont Serrat, do município de Varginha, estado de Minas Gerais.....	27
Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Carência de ações de Cultura do esporte e Lazer”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Mont Serrat, do município de Varginha, estado de Minas Gerais	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Aspectos gerais do município de Varginha/MG.....	11
1.2 Aspectos da comunidade	13
1.3 O sistema municipal de saúde.....	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde.....	15
1.5 A Equipe de Saúde da Família Mont Serrat, da Unidade Básica de Saúde	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Mont Serrat.....	15
1.7 O dia a dia da Equipe de Saúde da Família Mont Serrat	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	16
1.9 Priorização dos problemas (segundo passo).....	16
2 JUSTIFICATIVA.....	18
3 OBJETIVOS.....	19
3.1 Objetivo geral	19
4 METODOLOGIA	20
5 REFERENCIAL TEórico	21
5.1 Sedentarismo	21
5.2 Estratégias para estimular a prática de atividade física.....	22
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	24
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	24
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	25
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERENCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Varginha/MG

Situada na região sul de Minas Gerais, Varginha, inicialmente denominada Catandubas, surgiu da busca de pedras preciosas, por bandeirantes e por tropeiros, viajantes que por aqui passavam. A extração de ouro nos córregos, embora de curta duração, iniciou a economia da região, substituída pela cana-de-açúcar e pelo café, que a partir de 1885 teve boa acolhida. Os tropeiros que estavam passando regularmente por Varginha fizeram em 1785 uma pequena capela próxima de onde está atualmente a Matriz do Divino Espírito Santo (VARGINHA,2013).

Em 1806 foi construída a capela do Divino Espírito Santo das Catandubas e, no mesmo ano, foi doado o terreno exigido para o patrimônio distrital. Então se deu ao povoado o nome de Catandubas ou Catandubas; palavra originária do tupi, que significa "mato rasteiro e fechado, áspero e espinhento, de pequeno porte". Em virtude do padroeiro da capela, passou a chamar-se Espírito Santo das Catandubas, um arraial com cerca de 1000 pessoas. Em 1832, a população de Varginha era de 1855 habitantes. A igreja adquiriu as áreas no centro da futura cidade, que pertencia ao casal Dona Thereza Clara Rosa da Silva e Capitão Francisco Alves da Silva. Durante 43 anos Varginha foi um curato (aldeias com condições necessárias para se tornar o distrito de um município (VARGINHA,2013).

As principais obras que marcam este período são as construções de igrejas (Matriz do espírito Santo e Rosário). Em 01 de junho de 1850 o curato foi elevado à paróquia e teve seu primeiro surto de desenvolvimento, sendo construído os primeiros prédios públicos (duas escolas públicas e cadeia). Em 1892 o desenvolvimento de Varginha marcou-se pelo funcionamento da linha férrea, quando passou a receber suas primeiras empresas, obras de calçamento e iluminação pública (VARGINHA,2013).

Aos poucos o perfil da economia agrícola (café e cana de açúcar) vai cedendo espaço, ainda de forma tímida para a indústria. Apesar das dificuldades que sempre marcaram a cafeicultura, o café sempre foi considerado importante propulsor da economia local, onde a indústria cafeeira (beneficiamento e exportação) ultrapassou a produção (lavoura). Na década de 70 inicia-se o processo moderno de industrialização da cidade e a era do ensino superior, tornando-se atualmente uma das principais praças de comércio de café do mundo (VARGINHA,2013).

Atualmente o município de Varginha constitui-se em um pólo regional, principalmente nas áreas de educação e saúde; recebe clientes SUS e particulares de toda a macrorregião sul de Minas Gerais ou mesmo de outras unidades do Estado. Dispõe dos mais variados tipos de serviços de saúde, privados e públicos, constituindo-se em um centro de especialidades médicas e de diversos serviços de tratamento complexo, dentre eles unidade de terapia intensiva, terapia renal substitutiva, oncologia, neurocirurgia e cirurgia cardíaca (VARGINHA, 2013).

Stuação geográfica e dados gerais do território. O município de Varginha é uma das cidades pólo da região Sul de Minas, pertence a macroregião Sul juntamente com Alfenas, Pouso Alegre, Poços de Caldas e Passos e é sede da microregião do Baixo Sapucaí onde também fazem parte os municípios de 11 Cordislândia, Elói Mendes, Monsenhor Paulo e São Gonçalo do Sapucaí (PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2011). O Município também é sede de uma Superintendência Regional da Secretaria Estadual de Saúde.

Possui 395,40 Km² (IBGE, 2013) de extensão territorial e limita-se com cinco municípios: Elói Mendes, Três Pontas, Monsenhor Paulo, Três Corações e Carmo da Cachoeira; está a aproximadamente 15Km da rodovia Fernão Dias e equidistante das capitais: Belo Horizonte (310KM), São Paulo (325 Km) e Rio de Janeiro (345 Km).

A malha rodoviária compõe o principal sistema viário de transporte. O Município também dispõe de uma rede ferroviária, utilizada para o transporte de cargas, e um aeroporto. Varginha é sede de um Porto Seco – Estação Aduaneira do Interior que atua na área de comércio exterior facilitando o desembaraço aduaneiro das importações e exportações dos produtos.

Entre 2000 e 2010 a população de Varginha teve taxa média de crescimento anual de 1,22%. Na década anterior (1991 a 2000) a taxa média de crescimento anual foi de 2,40%. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 3,53% (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013). A densidade demográfica encontra-se na ordem de 311,38 habitantes/Km² (IBGE, 2010).

O município de Varginha contabilizou população de 130.139 habitantes. Em 2010 a população rural do Município representava apenas 3,27% do total da população, ou seja, 4.020 habitantes. Em 2000, essa população representava 4,43% da população, resultado que nos remete ao fenômeno da migração rural urbana motivada pela busca de melhores condições de trabalho e educação bem como, a

mudança na produção agropecuária, ao esgotamento das fronteiras agrícolas e ao processo de industrialização e modernização.

1.2 Aspectos da comunidade

Comunidade do PSF Montserrat é constituída de cerca de 3.000 habitantes, localizada na periferia de Varginha. Hoje a população empregada vive basicamente do trabalho em empresas e comércios. É grande o número de desempregados e subempregados. A estrutura de saneamento básico na comunidade é adequada, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e a coleta de lixo. Nas últimas administrações a comunidade tem recebido investimento público (escola, centro de saúde, creche, etc.). Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja e organizações não governamentais (ONGs). Esses trabalhos estão dispersos e desintegrados e direcionados para crianças e adolescentes. A população conserva hábitos e costumes próprios da população. Na comunidade do MontSerrat trabalham uma Equipes de Saúde da Família, a Equipe MontSerrat.

1.3 O sistema municipal de saúde

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada na Portaria 2.488/2011 estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

De acordo com o Ministério da Saúde a Atenção Básica (AB) deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

O Piso da Atenção Básica (PAB) é o componente federal do financiamento da Atenção Básica, e é composto de parcela fixa (PAB Fixo) e outra variável (PAB Variável). O PAB fixo é destinado ao financiamento das ações de atenção básica em geral, estabelecido por valor per capita/ano. Já o PAB variável compõe-se de incentivos para o desenvolvimento de ações específicas na atenção básica à saúde,

tais como equipes da Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, dentre outros.

Em 2012, além do aumento dos recursos (quase 40% em relação a 2010) repassados fundo a fundo desde a criação do PAB, a nova PNAB mudou o desenho do financiamento federal para a atenção básica, passando a combinar equidade e qualidade.

As equipes que oferecem melhorias na qualidade do atendimento recebem mais recursos do governo federal. Ou seja, quanto melhor for o desempenho, mais incentivos financeiros serão repassados. Os incentivos financeiros e as avaliações ocorrem por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Foi implantado também o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) que estabeleceu incentivo financeiro federal para construção, reforma e ampliação de unidades. Tanto a adesão ao programa quanto o registro do andamento das obras são realizados pelo SISMOB (Sistema de Monitoramento de Obras), ferramenta que possibilita ao gestor maior controle sobre o andamento das obras e, com os registros em dia, garante a continuidade dos repasses realizados pelo Ministério da Saúde.

O município de Varginha possui 23 Unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo cinco Unidades de Atenção Primária à Saúde convencionais e 18 equipes do Programa Saúde da Família (PSF), totalizando 51,89% de cobertura. Desta forma observa-se que apesar de aumento gradativo da cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família a mesma é abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde (Para população de 130.000 - 43 equipes de saúde da família).

As Unidades de Saúde convencionais estão instaladas em prédios próprios do município e necessitam de reformas para atendimento da legislação. Das 18 equipes de saúde de família, 50% estão instaladas em prédios próprios e a outra metade em prédios alugados. Com o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) e o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 2) algumas Unidades de Saúde foram contempladas com construção e reformas (Plano municipal de saúde 2017).

1.4 A Unidade Básica de Saúde

A Unidade de Saúde da Equipe do MontSerrat foi inaugurada há cerca de seis anos e está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com o centro da cidade. É sede própria, modelo tradicional de uma Unidade de Saúde. Sua área pode ser considerada adequada considerando a demanda e a população atendida (3.000 pessoas). A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na Unidade. Isso dificulta sobremaneira o atendimento. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muitos pacientes tem que aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões a respeito da humanização do atendimento. Existe sala de reuniões. As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas na própria unidade.

1.5 A Equipe de Saúde da Família MontSerrat, da Unidade Básica de Saúde

Visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de Março de 2008.

O município de Varginha possui uma equipe tipo I que foi implantada em 2012. A equipe conta com profissionais das áreas de (nutrição, educação física, assistência social, psicólogo, fisioterapeuta, sanitarista), com possibilidade do Município pleitear mais duas equipes.

A Equipe é formada por cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma recepcionista.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe MontSerrat

A Unidade de Saúde funciona das 07h00min às 17h00min com apoio dos ACS que se revezam durante a semana em atividades relacionadas à assistência, recepção e arquivo. Esse fato tem sido motivo de algumas discussões, principalmente entre o enfermeiro da equipe e o coordenador de atenção básica, que justifica a necessidade de se utilizar o trabalho dos ACS nessas atividades. Existe solicitação da comunidade para que o atendimento seja estendido até às 21:00hs em alguns dias

da semana. Essa demanda se justifica pelo fato de existirem muitos trabalhadores que retornam do trabalho no final da tarde e têm dificuldade de acesso à Unidade de Saúde. Essa questão já foi objeto de várias reuniões entre a equipe e a associação, porém até o momento não existe proposta de solução.

1.7 O dia a dia da Equipe de Saúde da Família MontSerrat

O tempo da Equipe do MontSerrat está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento a comunidade. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, como por exemplo, calendários de ações e realiza grupos operativos de atividade física e Saúde Mental da comunidade. Além da educação em saúde e Grupos de fisioterapia. Ausência de um plano de ação e monitoramento das ações no território. Trabalhadores de saúde, muitos estão doentes, voltando um olhar para os trabalhadores de saúde. Alguns conflitos entre os membros da equipe de não compreender e respeitar o saber do outro.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

(primeiro passo)

Após diagnóstico situacional foi possível identificar diferentes problemas como quantidade excessiva de sedentarismo, muitos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS), alto índice de usuários com diabetes *mellitus*, obesos e usuários de drogas.

1.9 Priorização dos problemas (segundo passo)

O quadro 1 abaixo apresenta a priorização dos problemas apresentados anteriormente.

Quadro 1: Priorizações dos problemas selecionados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde MontSerrat, Unidade Básica de Saúde MontSerrat, município de Varginha, estado de Minas Gerais

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto número de Sedentarismo na comunidade	Alta	10	Dentro	1
Alta prevalência de Hipertensão	Alta	10	Dentro	2
Alta prevalência de Diabetes	Alta	10	Dentro	3
Pessoas com excesso de peso	Alta	10	Dentro	4
Aumento do numero de usuários de Drogas	Alta	10	Parcial	5

2 JUSTIFICATIVA

O ponto de vista pessoal, o presente trabalho foi realizado por perceber que comportamentos e hábitos inadequados das pessoas acarretam perda da saúde física e mental. Nosso problema prioritário foi o sedentarismo, que pode trazer consequências negativa para a saúde do ser humano. Sendo assim, mudança nos hábitos de vida é fundamental para minimizar os problemas de saúde da população.

Cerca de aproximadamente 70% de gastos com saúde pública são destinados aos custos com doenças originadas pelo sedentarismo. A inatividade física é fator de risco para diferentes enfermidades. Por outro lado, a prática de exercícios físicos contribui para melhorias físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar plano de ação para aumentar o número de praticantes regulares de atividade física no território do PSF MontSerrat.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional através da estimativa rápida. Posteriormente foi realizada reunião com a equipe NASF para elaborar plano de ação para combater o sedentarismo. Para executar esse plano de ação será necessário todos profissionais ESF/NASF e ações intersetoriais.

Após a seleção do problema prioritário realizou-se uma revisão de literatura em bases de dados eletrônicas como Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), utilizando os seguintes descritores: atividade física, sedentarismo, doença crônicas, fatores de risco, exercício físico.

Com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de intervenção para enfrentamento do problema selecionado. O plano de intervenção foi realizado através do método Planejamento Estratégico Situacional (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Sedentarismo

Estudos na área da atividade física demonstram que algumas doenças ocorrem devido ao sedentarismo, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis (SALIN et al.,2011). O sedentarismo é comum em todas as faixas etárias e está relacionado com o aumento da tecnologia, com inatividade física e provoca aumento nos números de doenças na população (SALIN et al.,2011). A maioria das causas de doenças não transmissíveis podem ser prevenidas ou controladas por meio de adoção de hábitos saudáveis, prática de atividade física regular e acesso o tratamento adequado. As mudanças da sociedade nas últimas décadas e suas conseqüentes alterações nos hábitos de vida da população, aumento do sedentarismo e da alimentação incorreta e aumento das doenças crônicas não transmissíveis constituem problema de saúde pública (VERAS, 2004).

Com o processo da industrialização existe crescente número de pessoas que se tornam sedentárias em virtude das poucas oportunidades de praticar atividades físicas. A literatura têm demonstrado associação entre o sedentarismo e agravos cardiovasculares, câncer, diabetes e saúde mental (PITANGA e LESSA, 2005). Para o *American College os Sports Medicine*, a inatividade física constitui uns dos riscos para o desenvolvimento tanto de doenças cardiorrespiratórias como musculoesqueléticas. A probabilidade de as pessoas desenvolverem doenças crônico degenerativas aumenta com o processo de envelhecimento (SALIN et al.,2011, p. 203). Estudos demonstram que o sedentarismo no lazer está cada vez mais comum na sociedade atual, associado ao sedentarismo no lazer predomina na população com baixa escolaridade (PITANGA e LESSA, 2 005).

Mielke (2015) realizou um estudo sobre a prática de atividade física e o hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil e os resultados mostraram que somente 22,5% dos adultos conseguiram alcançar as recomendações diárias de atividade física no lazer. A proporção de adultos que assistem televisão por três ou mais horas por dia foi de 28,9%. As recomendações do autor incluem o fortalecimento de ações de promoção de atividade física no país.

5.2 Estratégias para estimular a prática de atividade física.

A prática de atividade física regular é considerada como estratégia para tratamento, prevenção de doença e promoção da saúde (SIQUEIRA et al., 2008; RAMIRES et al., 2011). Estudo realizado por Malta e colaboradores (2015) analisou os dados de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) de 2013 sobre o estilo de vida da população brasileira relacionada com os fatores como Alimentação, Atividade Física, consumo de álcool e Tabagismo. Os resultados mostraram que existe uma baixa prevalência no consumo de frutas e hortaliças (37,3%), além do consumo excessivo de gorduras (37,2%), de refrigerantes (23,4%). A prevalência de tabagismo foi 14,5% e o consumo abusivo de álcool foi de 13,7%. Sobre a prática de atividade física no tempo livre foi observada apenas em 22,5% dos adultos. O autor concluiu que tais hábitos influenciam o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil instituiu um plano de ações intersetorial para o enfrentamento das doenças crônicas para diminuir o risco de mortalidade provocado por um estilo de vida inadequado no Brasil. Foram monitorados alguns indicadores relacionado com doenças crônicas como Obesidade, Atividade física, Álcool, Tabagismo, Alimentação, Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino e consumo de sal pela população Brasileira. As ações realizadas entre 2011 e 2013 conseguiram interferir positivamente nesses fatores provocando uma diminuição das doenças cardiovasculares, respiratória, neoplasias e diabetes *mellitus* (MALTA e SILVA JR, 2014).

Estudos demonstram que o conhecimento da população sobre os benefícios da atividade física regular para sua saúde não implica na adesão prática da atividade física regular no seu dia a dia, mas sem esse conhecimento sobre esses benefícios é improvável que a população tenha adesão a esse estilo de vida saudável (DOMINGUES et al. 2004).

Pesquisas demonstram que 75% das doenças crônicas podem ser evitadas com a prática de Atividade física Regular e uma boa alimentação. A ausência desses fatores elevam de três (3) a quatro (4) vezes a chance de desenvolvimento da síndrome metabólica. A falta da atividade física diminui a capacidade funcional dois

indivíduos principalmente após os 65 anos, dificultando a locomoção e aumentando o número de traumas (COELHO e BURINI,2009).

Atividade física regular devem ser recomendadas para tratamento e prevenção para algumas doenças crônicas não transmissíveis. Uma vez que estudos demonstram a importância de aumentar a educação em saúde para a população levando as pessoas aderir ao estilo de vida saudável (COELHO e BURINI, 2009). A criação de locais públicos destinados ao exercício físico, juntamente com programa locais de divulgação sobre atividade física, pode ser uma ferramenta efetiva no combate ao sedentarismo, principalmente se focalizar esforço nestes dois campos – aconselhamento médico a toda população e ações no âmbito escolar para incentivo e esclarecimento sobre este tema, mais precocemente (DOMINGUES et al. 2004, p.214).

Nível de conhecimento da população sobre a importância da prática da atividade física e de adquirir hábitos de vida saudável para saúde estão diretamente relacionados a pouca participação dos Profissionais de Educação Física na Educação em Saúde (DOMINGUES et al. 2004).O incentivo à prática regular de atividade física vem sendo apontado como importante ação na área de saúde pública, o que vem ensejando iniciativas de larga abrangência populacional, na forma de programas e campanhas em prol de estilos de vida ativos (FERREIRA e NAJAR, 2005).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O sedentarismo é problema de saúde pública e está diretamente relacionado com obesidade e outras doenças. Estudos vêm demonstrando relações positivas entre a adoção de hábitos saudáveis de vida e diminuição de doenças. Nesse contexto, esses trabalhos indicam efeitos positivos da atividade física e exercício físico na saúde da população. Adicionalmente, ações de promoção da atividade física e exercício físico em diferentes momentos da vida compõem estratégia para adquirir hábitos saudáveis de saúde. Diante desse panorama a Organização Mundial de Saúde recomenda a prática de atividades físicas regularmente como intervenções não medicamentosas para a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis. Na comunidade atendida pela esf mont serrat o sedentarismo é um problema local, com ações de educação em saúde, programa saúde na escola, educação permanente, oferta de Atividade física regular para todos os ciclos, vamos trabalhar para aumentar o número de praticantes de atividade física regular.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Dados do estudo de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) de 2017 avaliaram todas as capitais brasileiras e o Distrito Federal com relação a prática atividade física no lazer, sendo considerado como ponto de corte no mínimo 150 minutos por semana. A maior prevalência foi referida em Brasília, onde 49,6% dos entrevistados tinham a prática regular de Atividade Física e a menor em João Pessoa com 34,4%.A capital mineira, Belo Horizonte, aparece com 38,9%. No conjunto das 27 cidades o número de homens que praticam atividade física no lazer é maior do que de mulheres (43,4% e 31,5%), respectivamente. Em relação anos de escolaridade o percentual muda de acordo com o tempo de estudo, sendo que quanto maiores anos dedicados aos estudos maiores são as taxas de atividade física. Aqueles que têm acima de 12 anos de escolaridade tinham 47% de praticantes de atividade física e aquele com tempo de estudo de no máximo 8 anos tem apenas 23,3% de praticantes de atividade física. Já relativo à idade pode-se perceber que os jovens de 18 a 24 anos têm um índice de 49,1% na prática de atividade física acima de 150 minutos por semana, já os idosos de 65 e mais somente 23,3% (BRASIL, 2018).

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Foram selecionados os seguintes nós críticos:

- Carência de ações de Educação em Saúde;
- Carência de ações de Promoção de saúde nas escolas;
- Carência de ações de Cultura do esporte e Lazer;

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

A elaboração do plano de ação tem como objetivos descrever as operações para o enfrentamento dos nós críticos e identificar os produtos e resultados para cada operação definida assim como os recursos necessários para sua concretização (quadro 2).

Quadro 2: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Carência de ações de Educação em Saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Mont Serrat, do município de Varginha, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Carência de ações de Educação em Saúde.
Operação (operações)	Melhorar qualidade da informação para população.
Projeto	Melhorar qualidade da informação para população.
Resultados esperados	Melhorar o estilo de vida saudável na população.
Produtos esperados	Campanha educativa em Saúde da Equipe Multidisciplinar na rádio, jornal, TV local, redes sociais, Folhetos, etc.
Recursos necessários	Políticos - Utilização dos meios de comunicação do município. Financeiros – Parceria pública e privada para aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos educativos, etc.
Recursos críticos	Estrutural: Ambiente Cognitivo: Gestão, Nasf- AB e Comunidade. Político: Políticas Públicas. Financeiro: Parceria Pública e Privada.
Controle dos recursos críticos	NASF – AB.
Ações estratégicas	Plano de Ação, Marketing, Pesquisas e etc.
Prazo	Projeto já está em andamento.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Rodolfo Oliveira (NASF – AB NORTE) / Rosane (Coordenadora do NASF).
Processo de monitoramento e avaliação das operações	NASF – AB.

Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Carência de ações de Promoção de saúde nas escolas”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Mont Serrat, do município de Varginha, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Carência de ações de Promoção de saúde nas escolas.
Operação (operações)	Modificar hábitos de vida.
Projeto	Modificar hábitos de vida.
Resultados esperados	Aumentar o número de crianças e adolescentes fisicamente ativas.
Produtos esperados	Fortalecer o programa “Saúde na escola” e ações de educação em saúde.
Recursos necessários	Políticos – Programa Saúde na Escola.
Recursos críticos	Estrutural: Ambiente Escolar Cognitivo: O Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal (GTI-M) é composto por representantes das equipes de saúde da atenção básica e das escolas. Político: Políticas Públicas. Financeiro: Parceria Pública e Privada.
Controle dos recursos críticos	O Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal (GTI-M) é composto por representantes das equipes de saúde da atenção básica e das escolas.
Ações estratégicas	Plano de Ação, Marketing e Pesquisas.
Prazo	Projeto já está em andamento.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	O Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal (GTI-M) é composto por representantes das equipes de saúde da atenção básica e das escolas.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	O Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal (GTI-M) é composto por representantes das equipes de saúde da atenção básica e das escolas.

Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Carência de ações de Cultura do esporte e Lazer”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Mont Serrat, do município de Varginha, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Carência de ações de Cultura do Esporte e Lazer
Operação (operações)	Incentivar a pratica de Esporte e Lazer
Projeto	Incentivar a pratica de Esporte e Lazer
Resultados esperados	Aumentar o número de praticantes em um prazo de 1 ano
Produtos esperados	Aumentar o número de eventos esportivos e de lazer, Aumentar o número de pessoas praticante esporte e Lazer
Recursos necessários	Políticos - Políticas Publicas que recupere e criar novos espaços de lazer na comunidade. Aumentar o número de eventos esportivos e lazer.
Recursos críticos	Estrutural: Território. Cognitivo: Conselho Municipal de Esporte e Lazer. Político: Políticas Públicas. Financeiro: Parceria Pública e Privada.
Controle dos recursos críticos	Conselho Municipal de Esporte e Lazer.
Ações estratégicas	Plano de Ação, Marketing, Pesquisas.
Prazo	Projeto já está em andamento.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Conselho Municipal de Esporte e Lazer.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Conselho Municipal de Esporte e Lazer.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sedentarismo é problema de saúde pública relacionado com hábitos inadequados de saúde. Assim, a atividade física regular é uma das estratégias não medicamentosas que mais contribui para diminuição das consequências do sedentarismo. Nesse sentido, as equipes de Saúde da família estão direcionamento ligadas as demandas espontâneas e medicina tradicional. As poucas ações de prevenção e promoção a saúde, são incipiente e tem como barreiras a cultura tradicional. Aos poucos as equipes do ESF e NASF-AB, vão alinhar seus processos de trabalho e atender com maior resolutividade na Atenção Básica, uma delas e a responsabilidade do auto cuidado.

Sendo assim, a importância da Equipe Núcleo de Ampliado a saúde da família e atenção básica está provocando mudanças na forma de praticar saúde, trazendo vários saberes e ações de educação em saúde, educação permanente, atendimento coletivo, atendimento compartilhado, apoio matricial entre outras ampliado ações que promova mudança no território e na cultura local.

REFERENCIAS

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2016a. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em:

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. V,[online], 2016b. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em:

COELHO, Christianne de Faria e BURINI, Roberto Carlos. **Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional.** *Rev. Nutr.* 2009, vol.22, n.6, pp.937-946.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em:

DOMINGUES et al. **Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil.** *Cad. Saúde pública*, Rio de Janeiro,20(1):204-215,jan – fev ,2004.

FARIA H.P. et al. **Processo de trabalho em saúde.** Nescon/UFMG – 2 ed. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_em_saude_2/3. Acesso em:

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

FERREIRA e NAJARI. **Programa e campanhas de promoção de atividade física.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(sup):207-219,2005.

MALTA, Deborah Carvalho e SILVA JR., Jarbas Barbosa da. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013.***Epidemiol. Serv. Saúde.* 2014, vol.23, n.3, pp.389-395.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015, vol.24, n.2, pp.217-226. ISSN 1679-4974

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013.** *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015, vol.24, n.3, pp.373-387. ISSN 1679-4974.

MIELKE, Grégore Iven et al. **Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013.** *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015, vol.24, n.2, pp.277-286

PEREIRA et al. **Obesidade Habitos Nutricional, Sedentarismo e Resistencia à Insulina.** *ArqBrasEndocrinolMetab*vol 47 n°2 Abril 2003.

PITANGA e LESSA.**Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos.***Cad. Saúde pública*, Rio de Janeiro,21(3):870-877,mai-jun,2005.

RAMIRES et al. **Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física e comportamento sedentário no Brasil: atualização de uma revisão sistemática.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, Pelotas/RS, 19(5):529 -530, set, 2014

SALIN et al. **Atividade Física para idosos: diretrizes para implantação de programas e ações.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 14, núm.2, 2011, pp.197 - 208.

SIQUEIRA et al. **Atividade Física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidade básicas de saúde de municípios das regiões sul e nordeste do Brasil.** Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro,24(1):39-54,jan,2008.

VERAS, Renato P.. **Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham.** *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2011, vol.14, n.4, pp.779-786.

BRASIL. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: ago. 2013.

VARGINHA. Prefeitura do Município de Varginha. **Conheça Varginha.** Disponível em: <<http://www.varginha.mg.gov.br/>>. Acesso em: jul. 2013.