

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

ADELIS SANTOS CABALLERO

**INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O SEDENTARISMO NA
POPULAÇÃO ACIMA DE 15 ANOS DA COMUNIDADE PAULO
CAMILO DO PTB, MUNÍCIPIO DE BETIM - MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2016

ADELIS SANTOS CABALLERO

**INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O SEDENTARISMO NA
POPULAÇÃO ACIMA DE 15 ANOS DA COMUNIDADE PAULO
CAMILO DO PTB, MUNÍCIPIO DE BETIM - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2016

ADELIS SANTOS CABALLERO

**INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O SEDENTARISMO NA
POPULAÇÃO ACIMA DE 15 ANOS DA COMUNIDADE PAULO
CAMILO DO PTB, MUNÍCIPIO DE BETIM - MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, em:04/05/2016.

AGRADECIMENTOS

A minha família, esposo e orientadora pelo apoio na realização deste trabalho.

“A nossa maior glória não reside no fato de nunca cairmos, mas sim em levantar-nos sempre depois de cada queda”

(Oliver Goldsmith)

RESUMO

O sedentarismo é considerado como um dos mais sérios agravos para a saúde na atualidade. Encontra-se associado a uma série de doenças crônico-degenerativas que determinam um índice elevado de mortalidade. Na população adscrita a Unidade Básica de Saúde da Família Paulo Camilo do município Betim – Minas Gerais, a incidência deste agravo foi determinada como um dos principais problemas de saúde. O objetivo deste estudo foi elaborar um plano de intervenção para trabalhar o sedentarismo nesta população. Para a pesquisa bibliográfica utilizou-se a Biblioteca Virtual em Saúde, a base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), além de livros, manuais e protocolos do Ministério da Saúde. Após a revisão bibliográfica, elaborou-se o plano de intervenção baseado no Planejamento Estratégico Situacional. Espera-se com este trabalho a minimização do sedentarismo na área adscrita da Estratégia Saúde da Família.

Palavras chave: Sedentarismo, Atividade física. Educação em saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

A sedentary lifestyle is considered as one of the most serious diseases to health today. It is associated with a number of chronic diseases that determine a high mortality rate. The registered population of the Family Health Unit Paulo Camilo Betim city - Minas Gerais, the incidence of this disease was determined as one of the major health problems. The aim of this study was to develop an action plan to work inactivity in this population. For the literature search used the Virtual Health Library, the database Scientific Electronic Library Online (SciELO), as well as books, manuals and Ministry of Health protocols. Following the literature review, it elaborated the intervention plan based the Situational Strategic Planning. It is hoped that this work minimization of inactivity in the area enrolled in the Family Health Strategy.

Keywords: Sedentary lifestyle, physical activity. Health education. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVO	12
4 METODOLOGIA	13
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

No meu município o Sistema de Atenção Básica de Saúde começou pela constituição de oito Unidades Básicas de Saúde da família assim como, a associação de 18 Unidades Básicas de Saúde do modelo convencional. Estas unidades são responsáveis pelo desenvolvimento de programas de saúde destinados a prevenção, promoção da saúde e tratamento de doenças.

O município Betim situa-se no estado de Minas Gerais e está localizado ao sudoeste da capital do estado e possui uma população de 388.663 habitantes, segundo dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Pela nossa observação diária verificamos que há um número elevado de pessoas com sobrepeso. Esta situação poderá estar vinculada ou condicionada pela inatividade física além de outros fatores como as mudanças no padrão alimentar e o aumento da ingestão de alimentos hipercalóricos com a redução de nutrientes essenciais (BRASIL, 2006).

Após realizar o diagnóstico situacional seguindo o enfoque do módulo de planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) foi possível contextualizar a população da área adscrita da Equipe de Saúde da Família Paulo Camilo. Tudo isto permitiu identificar os principais problemas de saúde existentes na comunidade, onde se destacava o elevado número de pessoas com estilo de vida sedentário.

Pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, citado por Carvalho (1999) relevou que mais da metade dos brasileiros não pratica atividade física. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) divulgou em vários documentos que apenas 14,7% dos brasileiros praticam atividades físicas com regularidade. Esses estudos vêm demonstrando grande associação entre estilo de vida ativo, menor probabilidade de morte e maior qualidade de vida.

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2013) afirma que aproximadamente 13% das mortes no Brasil são causadas pelo sedentarismo

baseado numa pesquisa publicada pela revista médica Lancet. Nesse artigo, um dos autores, especialista em obesidade da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia enumera diferentes fatores que podem condicionar o sedentarismo e gerar obesidade: entre os quais estão destacados a modernização da indústria e meios de transporte, a violência urbana que confina as pessoas a permanecer mais tempo dentro da casa, a ausência de opções no lazer para a prática de atividades físicas, além de outros fatores.

No município Betim existe um programa da Secretaria de Saúde (**Agita Betim**) destinado ao enfrentamento do sedentarismo, mas só é desenvolvido na área central da cidade e com poucas opções para a população geral. Para tanto, reconhece-se a necessidade de buscar uma estratégia para as comunidades que vivem afastadas do centro da cidade.

Este fato motivou-me a realizar meu trabalho de conclusão de curso para a elaboração de um projeto de intervenção comunitária com o objetivo de incidir fundamentalmente no estilo de vida sedentário das pessoas da comunidade de Paulo Camilo e melhorar a qualidade de vida das mesmas.

2 JUSTIFICATIVA

A relevância do tema está relacionada com o aumento da prevalência mundial do sedentarismo nas pessoas de todas as faixas etárias, o que constitui um problema que a cada dia vem aumentando. É destacado como um problema de saúde, uma vez que, do ponto de vista da saúde pública está afetando negativamente, as taxas de morbidade e mortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. O Brasil passa rapidamente pela globalização e industrialização, o que causa alterações populacionais, culturais e de saúde. A tecnologia moderna parece elevar o índice de sedentarismo (MAIA; SILVA, 2012. p.25).

No Brasil o número de sedentários é alarmante. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), 46% dos brasileiros são sedentários.

Segundo a pesquisa realizada pelo Ministério do Esporte (BRASIL, 2015) no estado de Minas Gerais, o sedentarismo também é um problema onde o índice atinge 54,4% da população.

Dada à complexidade do problema do sedentarismo e suas consequências é dever dos profissionais de saúde buscar alternativas para implementar ações para reduzir ou eliminar os riscos do sedentarismo sobre a saúde das pessoas.

Neste sentido decidimos realizar uma intervenção educativa nos pacientes com estilo de vida sedentário, residentes na nossa comunidade, com o objetivo de melhorar o conhecimento dos mesmos sobre os malefícios do sedentarismo e dos benéficos das atividades físicas na qualidade de vida dos mesmos.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para diminuir o sedentarismo na população com 15 anos ou mais de idade, residente na área de abrangência da unidade básica de saúde Paulo Camilo no município Betim, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do Plano de Intervenção foram utilizados os passos do Planejamento Estratégico Situacional: definição dos problemas de saúde, priorização dos problemas, descrição do problema selecionado, explicação do problema, desenho das operações, identificação dos nós críticos, análise de viabilidade do plano, elaboração do plano operativo e o último passo desenhar o modelo de gestão do plano de ação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foi feita uma revisão narrativa da literatura sobre o tema utilizando a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), além de livros, manuais e protocolos do Ministério da Saúde.

A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores:

Sedentarismo.

Atividade física.

Educação em saúde.

Estratégia de Saúde da Família.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

O sedentarismo é considerado um mal do nosso século. Segundo Pedro Hallal do Centro de Estudos Epidemiológicos da Universidade Federal de Pelotas e coordenador global do estudo publicado na Revista Britânica *The Lancet*, feito em 122 países no ano 2012; destaca-se que o 31,1% da população mundial adulta e fisicamente inativa. O número é mais preocupante na população entre 13 e 15 anos onde 80% não atinge a recomendação de tempo para dedicar-se à atividades físicas diárias (HALLAL *et al.*, 2012).

O sedentarismo é determinado pela falta ou diminuição da atividade física diária de um indivíduo, condicionado por vários fatores como: a falta de tempo para prática de esporte, o trabalho sedentário devido à modernização da economia e meios de produção atuais onde é substituído o trabalho manual pelo automatizados, assim como, pela ausência de opções para desenvolver atividades físicas nas comunidades, entre outros problemas.

Merece destacar que, sedentarismo e inatividade física não é a mesma coisa, segundo Cristi-Montero *et al.*, (2015) numa publicação na Revista Médica de Chile comentam que

[...] embora ambos os conceitos ("atividade física" e "inatividade") relacionam-se é crucial entender que eles não são o mesmo, e ambos agem de forma independente em nossa saúde. O comportamento sedentário é definido como a falta de movimento durante as horas de vigília ao longo do dia [...] Por sua vez, a inatividade física é definida como a incapacidade de atender às recomendações internacionais mínimas AF para a saúde da população (≥ 150 min de atividade física moderada por semana ou intensidade vigorosa, ou gasto de energia atingir ≥ 600 MET / min / semana). As pessoas cujos AF está abaixo estas recomendações são considerados "fisicamente inativos (MONTERO *et al.*, 2015).

Existem várias classificações que facilitam a abordagem do sedentarismo, uma delas que avalia o índice da atividade física baseada na intensidade, duração e frequência da mesma outorgando segundo parâmetros estabelecidos escore de 5, 4

e 5 respectivamente o que determina as categorias de aptidão física alta, muito boa, boa, pobre e muito pobre (KASARI, 1976).



ÍNDICE DE ATIVIDADE

Baseado na sua atividade física diária, calcule qual o nível de aptidão física você se encontra. Preencha o formulário com os valores correspondentes. Após o preenchimento, clique em calcular e compare o valor obtido com a [tabela de referência](#).

INTENSIDADE	ESCORE
▶ Pesada - Respiração pesada e sustentada por toda a atividade com forte transpiração após alguns minutos (como corre um pouco abaixo ou na intensidade máxima).	5
▶ Pesada intermitente - Respiração pesada intermitente com transpiração média (como no tênis).	4
▶ Moderadamente pesada - Respiração moderada constante (como no ciclismo).	3 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
▶ Moderada - Respiração um pouco acima da normal, com picos de respiração moderada (como no vôlei).	2
▶ Leve - Respiração constante um pouco acima da normal (Como na caminhada).	1

DURAÇÃO	ESCORE
▶ Acima de 30 min	4
▶ 20 a 30 min	3 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
▶ 10 a 20 min	2
▶ Abaixo de 10 min	1

FREQUÊNCIA	ESCORE
▶ Diariamente ou 6 vezes por semana	5
▶ 3 a 5 vezes por semana	4
▶ 1 a 2 vezes por semana	3 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
▶ Poucas vezes ao mês	2
▶ Uma ou menos vezes por mês	1

Seu **ESCORE FINAL** é de . Use a tabela abaixo para conhecer sua classificação quanto à sua aptidão física.

TABELA DE REFERÊNCIA

Avaliação e categoria de aptidão física

Score Final	Avaliação	Categoria de Capacidade Física *
80 a 100	Estilo de vida muito ativo	Alta
60 a 79	Ativo e saudável	Muito boa
40 a 59	Aceitável (poderia ser melhor)	Boa
20 a 39	Não suficientemente boa	Pobre
Abaixo de 20	Sedentário	Muito Pobre

* O índice é altamente relacionado à capacidade aeróbia.
FONTE: Kasari, D., Universidade de Montana, 1976

Outras avaliações aplicadas desde a década dos 80 na França foram fornecidas por Ruffier e Dickson conhecidas como o teste de Ruffier-Dickson, que avaliam o nível de condicionamento físico com base nas alterações da frequência cardíaca após um exercício de resistência famoso, o agachamento.

Tomar o pulso (P1)
 Execute 30 agachamentos completos sobre as pernas, em linha reta e pés, braços apoiados no chão em 45 segundos e ritmo constante.
 Note-se que a frequência de subidas e descidas muito rápida ou muito lenta altera o valor final do teste. Tomar o pulso logo após (P2)
 Alongar e tomar o pulso 1 minuto após o final do ano (P3)

Índice Ruffier = $(P1 + P2 + P3) - 200/10$

Dickson Índice = $((P2-70) + 2 (P1-P3)) / 10$

RESULTADOS

índice Ruffier
 Índice <0 = muito boa adaptação ao esforço
 0 < index <5 = boa adaptação ao esforço
 5 < Index <= 10 adaptação à tensão média
 10 < Index <= 15 adaptação aos esforços insuficientes
 15 <= índice de incompatibilidade para o esforço

índice de Dickson
 Índice <0 = excelente
 0-2 = muito bom
 2-4 = boa
 4-6 = Média
 6-8 = baixa
 8-10 = muito baixo
 10 <= incompatibilidade índice

Fonte: entrainement-sportif.fr disponível em <http://entrainement-sportif.fr/ird-ruffier-dickson.htm>

No Brasil segundo o estudo referenciado pelo Ministério da Saúde no ano 2009, a inatividade física era maior entre os homens (18,3%) em relação as mulheres (8,9%), sendo maior em ambos sexos na faixa etária de 65 ou mais anos (VIGITEL, 2009). Já para o ano 2014 a proporção de adultos com insuficiente atividade física passou a 46%, sendo a frequência mais elevada entre as mulheres sobre tudo na

Região Sul do Brasil onde atingiu o 56,4%; mais da metade da população acima de 60 anos era inativa (62,7%) (IBGE, 2014).

Alguns autores afirmam que a idade parece estar relacionada ao tempo que a pessoa gasta assistindo televisão o qual é maior entre os adultos mais velhos (CLARK *et al.*, 2010).

Existem outros fatores associados ao sedentarismo como: o nível de escolaridade e a renda. Segundo Pan *et al.*; (2009) as pessoas com nível educacional mais elevado apresentam melhores condições de saúde, melhor suporte social e assimilam mais facilmente as recomendações e os benefícios da prática regular de atividade física. Da mesma forma que as pessoas com melhor renda possuem melhor acesso às opções para prática de atividades físicas.

Um estudo realizado com adultos em Portugal mostrou que os homens tendo um *status* socioeconômico alto conseguiram alcançar um nível de atividade física recomendado no lazer, enquanto as mulheres só precisavam de um *status* socioeconômico médio para igual objetivo. Além disso, homens e mulheres tinham diferentes padrões de *status* econômico social por nível de escolaridade (MARQUES *et al.*, 2015).

De maneira similar um estudo com 7.940 moradores da Escócia indica que indivíduos com menor *status* socioeconômico relataram assistir mais tempo de televisão por dia (STAMATAKIS, 2003).

Numa investigação que analisou a presença individual e simultânea de assistência à televisão ≥ 4 horas/dia, deslocamento de carro ou moto para o trabalho e passar a maior parte do tempo sentado no trabalho, assim como a associação desses comportamentos sedentários com sexo, idade, renda familiar mensal e nível de escolarização, mostrou-se que trabalhadores com maior idade, nível de escolaridade e renda tiveram maior possibilidade de apresentar ao menos dois dos comportamentos sedentários analisados (GARCIA *et al.*, 2015).

Vários autores afirmam que o sedentarismo encontra-se relacionado a doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, aterosclerose coronária, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica, artrose, osteoporose,

obesidade, câncer do colón, ansiedade, depressão (POZENA; CUNHA, 2009) pelo que pode ser considerado como um fator de risco nas mesmas.

Para Ferreira *et al.* (2012) o sedentarismo é uma doença após avaliar os transtornos para a saúde que ocasiona um estilo de vida sedentário. Baseado na relação existente com a mortalidade aumentada por as doenças crônicas associadas ao mesmo foi proposto o termo de Síndrome da morte sedentária, oriundo da língua inglesa Sedentary Death Syndrome.

“Síndrome da Morte Sedentária” [do inglês Sedentary Death Syndrome] foi o termo proposto (Booth e Krupa, 2001) para designar a “entidade” emergente das desordens ocasionadas pelo estilo de vida sedentário que, em última análise, está associada a doenças crônicas e resulta em uma mortalidade aumentada (Booth e Chakravarthy, 2002) (FERREIRA *et al.*, 2015, p 842).

Segundo o portal da Rede Brasil Atual (RBA, 2014), no ano 2004 o sedentarismo era o quarto fator de risco presente em frequência na população brasileira e no ano 2014 passou a ser o segundo.

Por tanto se o sedentarismo é doença ou fator de risco, a pratica continuada de atividade física pode ser considerada como o tratamento ideal. Com base nisso muitos artigos e trabalhos têm como primeira regra conscientizar as pessoas sobre a importância da prática de atividades oferecendo variedades de como combater o estilo de vida sedentário. Melhorando assim a qualidade de vida do individuo, objetivo fundamental de nosso trabalho de intervenção.

Long *et al.*, 2015) demonstraram num estudo longitudinal de adultos ingleses após um ajuste de mortalidade para idade, sexo, tabagismo, classe social, área geográfica, ansiedade e depressão que a prática de atividade física pelo menos moderada (150 minutos de atividades por semana) estava relacionada com uma taxa de mortalidade de 15,2% com intervalo de confiança de até um 95%, tanto em comparação com os adultos inativos esteve associada a uma taxa de 25% de mortalidade.

Os estudos demonstram que a realização de atividades físicas reduz a morbimortalidade e ainda melhora a auto-estima e a qualidade de vida.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção para atuar no principal problema de saúde identificado na comunidade de Paulo Camilo no município Betim foi elaborada segundo os passos do planejamento Estratégico Situacional, a saber:

Primeiro Passo: Identificação dos problemas

A identificação dos problemas foi feita através de uma estimativa rápida, onde foram levantados os principais problemas da área de abrangência da equipe do Programa Saúde da Família de Paulo Camilo.

Foram identificados como principais problemas de saúde em nossa área, pela ordem de prioridade, os seguintes problemas que apresentamos no quadro 1.

Quadro 1- Principais agravos que acometem a população adscrita, segundo faixa etária, ESF Paulo Camilo, Betim, Minas Gerais, 2015.

Faixa Etária	Sedentarismo	Tabagismo	Hipertensão Arterial	Obesidade	Diabetes Mellitus	Doenças Cardiovascular
0 a 14 anos	21	12	1	9	1	4
15 e mais anos	388	335	327	196	94	87
Total	409	347	328	205	95	91

Fonte: Dados da ESF Paulo Camilo, Betim, MG, 2015.

Segundo Passo: Priorização dos problemas

No quadro 2 - apresenta-se a priorização dos principais problemas de saúde identificados na comunidade.

Quadro 2 - Priorização dos problemas mais relevantes identificados na ESF Paulo Camilo, Betim, Minas Gerais, 2015.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
-Sedentarismo	Alta	8	Parcial	1
-Tabagismo	Alta	8	Parcial	2
-Hipertensão arterial	Media	7	Parcial	3

Fonte: Dados da ESF Paulo Camilo, Betim, MG, 2015.

Terceiro Passo: Descrição do Problema

De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2013) o sedentarismo, e caracteriza-se por ausência da prática regular de exercícios físicos em crianças e adultos. Nos dias atuais a obesidade é um dos problemas mais importantes que a saúde pública enfrenta no Brasil e em outros países do mundo, pelo fato de não ser apenas um problema estético que incomoda por causa da “zoação” dos colegas. Inúmeras pesquisas científicas feitas em diferentes épocas apontam que doenças crônico-degenerativas como: elevados níveis de colesterol sanguíneo, hipertensão, osteoartrite, diabetes, acidente vascular cerebral, vários tipos de câncer, doenças coronarianas, depressão, ansiedade, além dos problemas sociais, estão diretamente relacionadas ao péssimo estilo de vida adotado. Vale ressaltar que essas disfunções elevam sensivelmente os índices de morbimortalidade na população.

Em nosso município reduzir o sedentarismo é estimular a prática de vida saudável, difundindo os benefícios da atividade física. Essas ações são realizadas pelo Programa **Agita Betim**. O programa busca levar a promoção e prevenção à saúde com orientações sobre hábitos saudáveis e controle de doenças, como hipertensão arterial sistêmica, a diabetes e a obesidade.

Atualmente temos em nossa área de saúde 409 (11,5%) pacientes cadastrados com um estilo de vida sedentário o qual achamos ser um subregistro que chama atenção quando comparado com o 15,4% do país, já que nunca foi feita uma avaliação especializada do tema para creditar na certeza desses números.

O sedentarismo é um fator de risco cada vez maior na sociedade de hoje, que pode ser combatido de forma eficiente com poucos recursos e uma boa organização e continuidade das ações para se desenvolver. Estas ações podem prevenir a obesidade e e outros problemas de saúde que o sedentarismo pode trazer.

Quarto Passo: Explicação do problema

O sedentarismo pode ser definido como a diminuição ou falta de atividade física o qual determina um gasto energético inferior ao consumo de calorias diárias, associando-se como fator de risco no desenvolvimento e complicações de doenças crônicas. Este pode estar condicionado por diversos fatores como a idade, sexo, nível de escolaridade, ocupação e situação de emprego, renda familiar e falta de opções para realizar atividade física.

No Brasil assim como no resto do mundo o sedentarismo é uma doença que atinge uma porcentagem elevada da população. Seu vínculo com doenças crônicas que causam a morte faz do problema uma prioridade na atenção básica à saúde.

Vários estudos vem demonstrando que o individuo que pratica atividades físicas regulares, seja no trabalho, em casa ou como lazer, tem menor probabilidade de morte e maior qualidade de vida. Os males provocados pelo sedentarismo superam em muito as eventuais complicações decorrentes da prática de exercícios físicos.

Quinto passo: Identificação dos nós críticos

Os “nós críticos” do problema identificado foram: a falta de atividade física, o desconhecimento sobre os benefícios da realização de atividades físicas, a redução de atividade física, a qual pode estar condicionada pela falta de informação sobre o sedentarismo e suas consequências e poucas opções e tempo disponível para a prática de atividade física.

Sexto passo: Desenho das operações

Foram identificadas as possíveis soluções e estratégias para o enfrentamento do Sedentarismo, como os produtos e os resultados esperados, que auxiliam no monitoramento do plano de ação.

Quadro 3 - Plano de Ação de acordo com o “nó crítico”, ESF Paulo Camilo, MG, 2015.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos necessários
Diminuição da atividade física	<p>Levantamento através de pesquisa do índice de sedentarismo dentro da população adscrita à ESF de Paulo Camilo, baseado na diminuição da atividade física.</p> <p>Divulgação de informações importantes inerentes ao tema proposto para a população adscrita a ESF Paulo Camilo através de folhetos informativos, cartazes, e rádio local.</p> <p>Realização de palestras explicativas e orientadoras sobre sedentarismo e qualidade de vida com os profissionais da saúde e a população.</p> <p>Visitas domiciliares</p> <p>Propor que as pessoas que convivem com o sedentarismo participem das atividades propostas.</p> <p>Realização de atividades físicas rotineiras com os profissionais da saúde e ACS.</p>	<p>Cobertura de 80% no programa de luta contra o sedentarismo.</p> <p>Aumentar o nível de conhecimento relacionado às consequências para a saúde que pode trazer o sedentarismo.</p> <p>Aumentar o nível de informação entre os profissionais da saúde e o resto do ESF.</p>	<p>Cadastro atualizado da quantidade de pessoas com estilo de vida sedentário.</p> <p>Recursos humanos capacitados.</p> <p>Melhora da qualidade de vida da população da área de abrangência unidade Paulo Camilo.</p>	<p>Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas e informação sobre o mesmo, atualizações periódicas.</p> <p>Capacitação da ESF para o levantamento dos sedentários</p> <p>Organizacionais: Organização da agenda da ESF para a abordagem do problema.</p> <p>Políticos: Articulação Intersectorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.</p> <p>Financeiros: Para aquisição de recursos para folhetos informativos e cartazes.</p>

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

Foram identificados os recursos críticos necessários para a execução das ações que não estão disponíveis.

Quadro 4 - Recursos críticos de acordo com a operação, ESF Paulo Camilo, MG, 2015.

Operação / Projeto	Recursos Críticos
Levantamento através de pesquisa, o índice de sedentarismo dentro da população de Paulo Camilo, baseado na diminuição da atividade física	Organizacionais: Organização da agenda da ESF para a abordagem do problema prioritário sem o desatendimento do resto das funções da equipe. Cognitivo: Capacitação do ESF para a pesquisa.
Divulgação de informações importantes inerentes ao tema proposto para a população de Paulo Camilo a través de folhetos informativos, cartazes, e rádio local.	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas para informação sobre o mesmo. Financeiros: Para aquisição de recursos para folhetos informativos e cartazes.
Realização de palestras explicativas e orientadoras sobre sedentarismo e qualidade de vida com os profissionais da saúde e a população.	Políticos: Articulação Inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas para informação sobre o mesmo.
Visitas domiciliares; propor que as pessoas que convivem com o sedentarismo participarem das atividades propostas.	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e as metas propostas após a participação nas atividades de saúde a desenvolver no plano de ação. Organizacionais: – Organização da agenda da ESF para o abordagem de 100% da população.
Realização de atividades físicas rotineiras com os profissionais da saúde e ACS.	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas para informação do mesmo. Organizacionais: Organização da agenda de trabalho do ESF para o desenvolvimento das atividades físicas com os pacientes.

Oitavo passo: Análise da viabilidade do plano

Foram identificados os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir as ações estratégicas.

Quadro 5 - Análise de viabilidade do plano, ESF Paulo Camilo - Betim, MG, 2015.

Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação do Ator
Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas informação sobre as mesmas, atualizações periódicas. Capacitação do ESF para a pesquisa	Profissionais da saúde	Favorável
Organizacionais: Organização da agenda da ESF para a abordagem do problema.	Pessoal do ESF	Favorável
Políticos: Articulação Intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.	Direção escolar Representantes políticos da comunidade.	Favorável Favorável
Financeiros: Para aquisição de recursos para folhetos informativos e cartazes.	Gerente da Unidade Básica de Saúde. Secretaria de Saúde	Favorável Favorável

Nono passo: Elaboração do plano operativo

Foram designados os responsáveis por cada operação, definindo os prazos para a execução das ações.

Quadro 6 - Responsáveis e prazos de execução por operações, ESF Paulo Camilo, MG, 2015.

Operação / Projeto	Responsável	Prazos
Levantamento através de pesquisa, o índice de sedentarismo dentro da população de Paulo Camilo, baseado na diminuição da atividade física.	Médico e Enfermeiro da ESF Agentes Comunitários de Saúde	30 dias
Divulgação de informações importantes inerentes ao tema proposto para a população de Paulo Camilo através de folhetos informativos, cartazes, e rádio local.	Agentes Comunitários de Saúde	1 mês
Realização de palestras explicativas e orientadoras sobre sedentarismo e qualidade de vida com os profissionais da saúde e a população.	Médico e Enfermeiros da ESF	2 meses
Visitas domiciliares; propor que as pessoas que convivem com o sedentarismo participem das atividades propostas.	Agentes Comunitários de Saúde	2 meses
Realização de atividades físicas rotineiras com os profissionais da saúde e ACS.	Profissional de educação física Agentes Comunitários de Saúde	2 meses

Decimo passo: Gestão do plano operativo

A avaliação e o acompanhamento do plano de ação podem ser verificados no quadro 7.

Quadro 7 - Situação atual de gestão do Plano operativo para enfrentamento do problema, ESF Paulo Camilo, MG, 2015.

Operação / Projeto	Responsável	Prazo Inicial	Situação atual
Levantamento através de pesquisa do índice de sedentarismo dentro da população de Paulo Camilo, baseado na diminuição da atividade física	Médico e Enfermeiro da ESF Agentes Comunitários de Saúde	30 dias	Já foi realizado
Divulgação de informações importantes inerentes ao tema proposto para a população de Paulo Camilo a traves de folhetos informativos, cartazes, e rádio local.	Agentes Comunitários de Saúde	1 mês	Já foi realizado
Realização de palestras explicativas e orientadoras sobre sedentarismo e qualidade de vida com os profissionais da saúde e a população.	Médico e Enfermeiro da ESF	2 meses	Em andamento
Visitas domiciliares; propor que as pessoas que conviverem com o sedentarismo participarem das atividades propostas.	Agentes Comunitários de Saúde	2 meses	Em andamento
Realização de atividades físicas rotineiras com os profissionais da saúde e ACS.	Profissional de educação física	2 meses	Em andamento

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sedentarismo é avaliado como a doença do século, ele está diretamente ligado ao comportamento do indivíduo, sendo decorrente da comodidade da vida moderna. Relaciona-se a uma série de doenças crônico-degenerativas que aumentam a morbidade e a mortalidade.

Iniciou-se este estudo a partir da necessidade de solucionar um problema local, sedentarismo, de evidente apresentação nos moradores da comunidade de Paulo Camilo. Dedicamo-nos, então, à elaboração desta proposta de intervenção educativa para ser aplicada na comunidade com a participação efetiva da equipe de saúde da família, atuando sobre os principais fatores identificados na população que determinam o sedentarismo.

A implantação da proposta, na atualidade, está em curso e já se encontram vinculados ao projeto, 72 % dos pacientes sedentários, até o momento.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério do Esporte. **Diagnóstico Nacional de Esporte. A prática de esporte no Brasil.** 2015. Disponível em: <http://www.esporte.gov.br/diesporte/2.html> Acesso em: 08 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica n.12).

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

CARVALHO, T. Sedentarismo, o inimigo público número um. **Rev Bras Med Esporte.** v. 5, n. 3, 1999 (Editorial. Mensagem do presidente eleito).

CLARK, B.K. *et al.* Socio-demographic correlates of prolonged television viewing time in Australian men and women: the AusDiab study. **J Phys Act Health.** V. 7, n. 5, p. 595-601, 2010.

CRISTI-MONTERO, C. *et al.* Sedentarismo e inactividad física no son lo mismo!: una actualización de conceptos orientada a la prescripción del ejercicio físico para la salud. **Rev. méd. Chile** v.143, n.8, ago, 2015. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000800021&lng=en&nrm=iso&tlng=en Acesso em: 8 fev. 2016.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. A. A patologização do sedentarismo. **Saúde Soc.** v. 21, n. 4, p. 836-847, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a04.pdf> Acesso em 08 fev. 2015.

GARCIA, L. M.T. *et al.* Aspectos sociodemográficos associados a três comportamentos sedentários em trabalhadores brasileiros. **Cad. Saúde Pública.** v.31, n.5. p. 1015-1024, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/01021-311X00140114> Acesso em 08 fev. 2016.

HALLAL, P.C. *et al.* Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet.** v. 380, n. 9838, p. 247-257, jul 2012. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2960646-1/abstract>. Acesso em 08 fev. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações sobre os municípios brasileiros**: Betim, Minas Gerais: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

KASARI, D. **Índice de atividade física**. Saúde em Movimento. Universidade de Montana, 1976. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/saude/ind_atividade.htm> Acesso em 08 fev. 2016

LONG, G. *et al.* Mortality benefits of population-wide adherence to national physical activity guidelines: a prospective cohort study. **Eur J Epidemiol**. v. 30, n. 1, p. 71-9, jan. 2015.

Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-25377532>.

Acesso em: 08 fev. 2016.

MAIA, L. B.; SILVA, R. M. A dança como estratégia de promoção da saúde. **Cad cult ciênc**. v.11, n. 1, p. 25-37, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14295/cad.cult.cienc.v11i1.500>. Acesso em: 08 fev. 2016.

MARQUES, A. *et al.* Correlatos sociodemográficos da prática de atividade física de portugueses adultos nos momentos de lazer. **Cad. Saúde Pública**. v.31 n.5, p. 1061 – 1070, 2015.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00101614>. Acesso em: 08 fev. 2016.

PAN, S.Y. *et al.* Individual, social, environmental, and physical environmental correlates with physical activity among Canadians: a cross-sectional study. **BMC Public Health**. V.9, p.9-21, 2009.

POZENA, R.; CUNHA, N. F.C. Projeto Construindo um future saudável através da prática da atividade física. **Rev Saúde e Soc.**, v.18, n.1, Jan/Mar 2009.

REDE BRASIL ATUAL 2014. **SAUDE E CIENCIA; Sedentarismo é o segundo maior fator de risco para a saúde**. Disponível em:

<http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2014/03/falta-de-atividade-fisica-pode-matar-alerta-especialista-1370.html>> Acesso em: 08 fev. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Sedentarismo está associado ao quarto fator de risco de mortalidade no mundo. Regional São Paulo. Aug 2013. Disponível em: <http://sbemsp.org.br/sedentarismo-esta-associado-ao-quarto-fator-de-risco-de-mortalidade-no-mundo/> Acesso em: 08 fev. 2016.

STAMATAKIS, E. Television viewing and other screen-based entertainment in relation to multiple socioeconomic status indicators and area deprivation: the Scottish Health Survey 2003. **J Epidemiol Community Health**. v. 63, p. 734 – 740, 2009. <http://jech.bmj.com/content/63/9/734.short>. Acesso em: 08 fev 2016.

VIGITEL BRASIL 2009. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.