

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

**ATIVIDADE FÍSICA: UMA FERRAMENTA NO COMBATE ÀS DCNTS  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE CAETÉ**

**DANIELLE BARBOSA GOUVÊIA**

**BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS  
2012**

**DANIELLE BARBOSA GOUVÊIA**

**ATIVIDADE FÍSICA: UMA FERRAMENTA NO COMBATE ÀS DCNTS  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE CAETÉ**

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

Orientador: Prof. Ronaldo Castro d'Ávila

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS  
2012

**DANIELLE BARBOSA GOUVÊIA**

**ATIVIDADE FÍSICA: UMA FERRAMENTA NO COMBATE ÀS DCNTS  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE CAETÉ**

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

Orientador: Prof. Ronaldo Castro d'Ávila

**Banca Examinadora**

Prof. Ronaldo Castro d'Ávila (Orientador)

Profa. Ivana Montandon Soares Aleixo (Examinadora)

Aprovada em Belo Horizonte, 15/12/2012

Dedico este trabalho primeiramente ao município de Caeté, em especial aos alunos do Nasf, que permanecem firmes na luta por uma qualidade de vida melhor, aos meus companheiros de serviço do NASF, que seguem disseminando conhecimento para que o trabalho seja feito dentro dos padrões ideais, e, em especial, aos meus familiares, que acompanharam todo o processo de execução deste trabalho de conclusão de curso.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a toda a minha família pelo apoio em tudo, em especial à minha mãe, que acompanhou de perto todo o meu esforço para finalizar mais uma etapa acadêmica.

Agradeço aos companheiros do NASF, pelo apoio na construção do projeto.

À coordenadora Gisele Saporetti, pelas inúmeras orientações para finalizar este processo, mesmo quando os problemas surgiram.

À Secretaria de Saúde de Caeté, por disponibilizar seus acervos de documentos para que esta pesquisa fosse feita.

Ao meu orientador, pela paciência e pela ajuda em suas correções ao TCC.

E a DEUS, por ter me proporcionado saúde até o fim.

“A felicidade e a saúde são incompatíveis com a ociosidade.”

Aristóteles

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo elaborar um plano de enfrentamento no combate às DCNTs, a partir da inserção de hábitos saudáveis e atividade física no município de Caeté, sugerindo uma nova dinâmica, utilizando a atividade física como base norteadora na promoção de saúde dentro do SUS nesta localidade. A Educação Física é reconhecida oficialmente como profissão da área da saúde e uma vertente de conhecimento e intervenção com atuação garantida nas equipes multiprofissionais do SUS, em especial no NASF. Nesta perspectiva, a atividade física torna-se uma ferramenta imprescindível no combate ao sedentarismo e conseqüentemente ao aparecimento das DCNTs no município de Caeté, criando condições que possam sensibilizar a família para uma nova perspectiva de vida e, com isso, trabalhar na prevenção, promoção e recuperação da saúde. Para tanto, elaborou-se um projeto de intervenção do profissional de Educação Física e o NASF para as ESFs do município de Caeté.

**Palavras-chave:** Atividade Física, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

This study aimed to develop a plan for coping in the fight against NCDs from entering healthy habits and physical activity in the municipality of Caeté suggesting a new dynamic using physical activity as a basis in guiding health promotion within the SUS in Caeté. Physical Education is officially recognized as a profession in the health field and a strand of knowledge and intervention with guaranteed performance in multi SUS especially in NASF. In this perspective that physical activity becomes an essential tool in combating inactivity and consequently the onset of NCDs in the city of Caeté creating conditions that may sensitize the family to a new perspective on life and how that work in prevention, promotion and recovery health. For both elaborated a project of professional intervention of Physical Education and NASF for the FHS municipality of Caeté.

**Keywords:** Physical Activity, Chronic Disease Not Trabsmissiveis, Unified Health Syste

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde  
APS: Atenção Primária à Saúde  
AVC: Acidente Vascular Cerebral  
AVDs: Atividades de Vida Diária  
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial  
CAS: Coordenação de Assistência à Saúde  
CID 10: Código Internacional de Doenças  
CNS: Conselho Nacional de Saúde  
CONFEF: Conselho Federal de Educação Física  
DCNTs: Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
ESF: Estratégia Saúde da Família/Equipe Saúde da Família  
GPS: Grupo de Promoção à Saúde  
HDL: Lipoproteína de Alta Densidade  
IMC: Índice de Massa Corpórea  
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OMS: Organização Mundial da Saúde  
ONGs: Organizações não Governamentais  
PCAF: Prática de Atividade Física  
PSF: Programa Saúde da Família  
SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade  
SUS: Sistema Único de Saúde  
UBS: Unidade Básica de Saúde  
UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – N úmero de ESF e Famílias Acompanhadas	21
Tabela 2 – Principais Causas de Mortes no Município de Caeté	25
Tabela 3 – Principais Causas de Óbitos Ocorridos em 2010	26
Tabela 4 – Número de Cadastrados no Hiperdia	27
Tabela 5 – Custos Iniciais para a Implantação do Plano de Ação	42
Tabela 6 – Cronograma de Execução das Atividades	43

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Quadro 1 – Descrição dos Recursos Inerentes ao Plano de Ação	41
Figura 1 – Apoio à ESF e Atividades de Enfrentamento	48
Figura 2 – Árvore	49

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	13
1.1 Histórico	13
<b>2. OBJETIVO</b>	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
<b>3. METODOLOGIA</b>	18
3.1 Justificativa	19
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA</b>	20
4.1 Organização dos Serviços de Saúde em Caeté	20
4.2 Mapa Contextual	22
4.2.1 Perfil do Município de Caeté	22
4.3 Definições do Problema	27
<b>5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO E ENFRENTAMENTO</b>	34
5.1 A Importância dos Grupos, Palestras e Campanhas	34
5.2 A Intervenção	35
5.3 Árvore/Plano de Ação	38
5.4 PLANO DE AÇÃO	39
5.4.1 Ações	39
5.4.2 Metas	39
<b>6. RESULTADOS ESPERADOS</b>	41
<b>7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b>	43
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	44
REFERÊNCIAS	45
ANEXOS	48

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Histórico

É preciso investir numa estratégia de educação em saúde que se proponha a prover informação aos indivíduos para um cuidado sobre os riscos à saúde. Assim, o desafio para os profissionais é desenvolver intervenções de saúde apropriadas. As formas propostas para levar essa informação aos indivíduos correspondem à construção de projetos e planos de ação para promover a saúde de forma mais eficaz (NAHAS et al,1992).

É necessária uma ampliação do conceito de “saúde” por parte da gestão dos municípios, a fim de inserir práticas corporais no campo da saúde, e é nesta vertente que o Profissional de Educação Física faz-se necessário para criar um elo entre promoção à saúde e inserção das práticas corporais/atividade física (PCAF) na Atenção Primária, a fim de trabalhar contra a prevalência das doenças do aparelho circulatório, evitando a principal causa de morbimortalidade, sustentada por estudos e recomendações internacionais.

Baseado neste contexto, o documento Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde em 2003, com base nos benefícios da prática, relata sobre a importância da prática de atividade física, aliada a uma alimentação saudável, frente a um problema que é mundial. Este documento declara que o profissional de Educação Física está habilitado a exercer sua atividade em prol da saúde dos usuários dentro da ESF. (OMS, 2003, p.60)

Em virtude disso, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. O principal objetivo é apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços, ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica e aumentar a sua resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. O NASF atua dentro de

algumas diretrizes relativas à Atenção Primária à Saúde (APS), a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. (CADERNOS DA ATENÇÃO BÁSICA, Nº 27, 2009)

Durante minha trajetória e vivência enquanto profissional de Educação Física no município de Caeté, verifiquei uma carência de projetos voltados para a área da saúde e sua relação com a inserção do profissional de educação física na atenção básica e, impulsionada por esta vertente voltada para um novo modelo de saúde, desenvolvi um plano de ação para subsidiar de fato esta construção da promoção da saúde no município.

A área de pesquisas das práticas corporais com vistas à promoção da saúde pública é recente e está tendo aplicação prática com o programa NASF. Esta nova visão do profissional é necessária, pois grande parte da população atendida pelos PSF são pessoas que não possuem conhecimento ou recursos para ter uma prática de atividades físicas direcionadas aos seus objetivos, que são saúde e qualidade de vida (CONFEEF, 2012).

Após a criação do NASF em Caeté, no final do ano de 2009, venho trabalhando em um diagnóstico situacional, pesquisando os determinantes sociais de saúde, o crescimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e sua relação com o sedentarismo e os respectivos aumentos nos índices de mortes relacionados às comorbidades do aparelho circulatório. Com isso, chego à conclusão de que, mais do que pesquisar, é necessário agir, para de fato melhorar a condição de saúde do município onde estou inserida.

Na verdade, o conceito de promoção à saúde é amplo, mas de fácil entendimento. Sua aplicação é que exige uma necessidade de integração multidisciplinar, quando vincula, à promoção, a qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e riscos à saúde, que são relacionados aos seus determinantes e condicionantes sociais, como modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. (CABRAL, 2007)

A proposta de intervenção aqui exposta baseia-se na ideia de integração dos profissionais do NASF (Fisioterapeutas, Psicóloga, Assistente Social, Nutricionista), buscando-se contemplar a interdisciplinaridade e responder à possibilidade de produção de conhecimento a partir das demandas e propostas de pesquisas trazidas pelos profissionais do NASF, no campo da integralidade do cuidado à população.

O Educador Físico deve articular as redes sociais, com o intuito de elaborar e programar atividades para a promoção de estilo de vida saudável, inclusive a partir de projetos. Dias (2007) relata que a atividade física orientada é benéfica e auxilia na prevenção das DCNTs em geral, gerando mais qualidade de vida e diminuindo gastos na saúde pública.

Durante minha vivência profissional, em especial atuando no NASF em Caeté, através do meu contato com os usuários de diversas unidades de saúde nas quais atuo, observei que é possível mudar a realidade dos usuários cujo principal problema está relacionado ao sedentarismo e conseqüentemente aquisição de problemas relacionados ao aparelho circulatório. Acredito que, através da prática de atividade física e de um trabalho multidisciplinar, é possível melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Foi realizado um estudo entre Secretários de Saúde da 5ª Regional do Paraná, sobre a necessidade da atividade física incorporada ao PSF, cuja conclusão seria incorporar cada vez mais a Educação Física na construção do SUS, como estratégia de prevenção de doenças crônicas, como obesidade, diabetes e hipertensão e também no desenvolvimento da autonomia para a realização dos afazeres do dia a dia, melhora no convívio social, interferência em situações de risco social, educação em saúde e opção de lazer (COUTINHO, 2006).

Juntos, a prática de atividade física e a alimentação saudável têm como objetivos melhorar o bem-estar e possibilitar a proteção da saúde, prevenindo e controlando as comorbidades e permitindo o alcance do peso adequado.

Portanto, a inserção universal, sistemática e qualificada de ações de alimentação e nutrição, práticas corporais e atividade física na atenção primária à saúde, integrando-se às demais ações já garantidas pelo SUS, tem um importante impacto

na saúde de pessoas, famílias e comunidades (CADERNOS DA ATENÇÃO BÁSICA, Nº 27, 2009).

## **2. OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo Geral**

Elaborar um plano de enfrentamento no combate às DCNTs a partir da inserção de hábitos saudáveis e atividade física no município de Caeté.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Estimular a criação de grupos de práticas corporais e atividades físicas no município, em todas as Equipes Saúde da Família, para reduzir o sedentarismo e as DCNTs no município;
- Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, através de parcerias com a rede municipal de Caeté;
- Prevenir o aparecimento de fatores determinantes e/ou condicionantes, causadores de doenças e agravos à saúde, através da criação de palestras, campanhas e mini-cursos para incentivo de hábitos de vida saudáveis;
- Ampliar as ações de práticas corporais e atividade física no município, através de parcerias com as Secretarias de Esporte, Lazer e Turismo;
- Capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdo de promoção à saúde e práticas corporais/atividade física, através de treinamento para a rede de serviços;
- Otimizar o trabalho do NASF, criando processos de trabalhos multidisciplinares com as ESF.

### 3. METODOLOGIA

Este estudo é de natureza qualitativa e descritiva, voltado para a intervenção direta com os usuários, através da elaboração de um Plano de Ação Operativo, a partir das necessidades levantadas através da análise dos nós críticos do município em pesquisa.

A elaboração do plano operativo foi baseada na técnica de observação direta e análise de documentos de Gestão.

Para a elaboração da proposta de intervenção, optou-se por uma pesquisa bibliográfica, sobre promoção à saúde, NASF, Atividade Física, SUS e DCNTs, para fundamentar o presente estudo, sendo que as fontes utilizadas foram Scielo, CAPES e livros específicos de atividade física.

Para a realização do processo de intervenção, optou-se por uma revisão bibliográfica sobre os temas abordados. Esta revisão não foi sistemática, pois seu objetivo foi aumentar o referencial teórico e empírico para melhor desenvolver um plano de ação.

Utilizou-se técnica de observação direta, usada como principal método de investigação, associada a outras técnicas de coleta. A observação possibilita um contato direto entre o pesquisador e o fenômeno pesquisado.

Baseado em suas experiências de trabalho, que alguns autores como Patton (1980) e Bogdan e Biklen (1982) sugerem, em que os conteúdos das observações devem envolver uma parte descritiva e outra reflexiva, é que o plano operativo foi construído.

Foram feitas análises documentais dos dados do SIAB, dados secundários como as ATAS de reuniões, dos Relatórios Anuais de Gestão (anos de 2010, 2011) e nas próprias Avaliações Físicas, como formas de estimar números aproximados da população inerente ao estudo em questão.

Segundo Caulley (1981), embora pouco utilizada, a análise documental busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões de interesse.

Segundo Phillips (1974, p. 187), na análise documental são considerados quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano.

Foi investigada toda a área de abrangência da Atenção Primária à Saúde, em especial a atuação do NASF referente às 10 ESF<sup>1</sup> de Caeté, compondo, ao total, 16 unidades básicas de saúde.

Após a observação e coleta dos dados, foi elaborado um plano de ação, consistindo no levantamento de nós críticos, com o desenho da viabilidade deste.

### **3.1 Justificativa**

Devido ao crescimento das DCNTs relacionadas ao sedentarismo e obesidade no município de Caeté, verifica-se a necessidade da ampliação das ações voltadas para a promoção da saúde relacionada com a prática regular de atividade física e alimentação saudável.

---

<sup>1</sup> Equipes Saúde da Família de Caeté recebem nomes de pedras preciosas. Atualmente em Caeté o trabalho do NASF é de matriciamento, podendo ser demonstrado através da Fig. 1, anexa neste trabalho.

## **4. REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 Organização dos Serviços de Saúde de Caeté**

A organização dos serviços de Saúde atualmente conta com nove Equipes Saúde da Família, totalizando 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo uma em fase de implantação, um Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas, uma Unidade de Saúde Mental, uma Unidade de Fisioterapia, Atendimento 24 horas de Urgência e Emergência através de convênio com a Santa Casa, uma Farmácia Municipal, Vigilância em Saúde - Zoonoses, Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária, um Centro de Atenção à Criança e ao Adolescente, um Centro de Convivência e Referência do Idoso e um NASF.

Para a realização dos serviços, a Secretaria Municipal de Saúde dispõe de 214 servidores que desenvolvem ações diretamente nos equipamentos de saúde e mais 06 profissionais lotados em outras secretarias. Tais profissionais atuam no município de forma a atender às demandas de promoção e manutenção da saúde e garantem à população ações da Política de Saúde preconizadas pelo SUS.

A Estratégia de Saúde da Família funciona no município como modelo substitutivo ao modelo centrado em ações curativas, sendo este um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção básica. O Programa Saúde da Família (PSF) encontra-se em 100% de cobertura na referida estratégia e é considerado como uma das principais estratégias para a reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais nos níveis de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação.

Com o objetivo de ampliação das ações de Promoção à Saúde, o município criou no ano de 2009 o NASF. No município de Caeté, a equipe do NASF é composta por um Assistente Social, um Educador Físico, dois Fisioterapeutas, um Nutricionista e um Psicólogo. As ações são desenvolvidas nos eixos de intersetorialidade, redes sociais e participação cidadã, práticas corporais e atividade física, alimentação e nutrição e saúde mental.

A Tabela 1 demonstra como as ESF são distribuídas conforme a regionalização do município na rede de Atenção Primária à Saúde, relacionando o bairro de abrangência de cada ESF e seus respectivos nomes de origem, a quantidade de famílias cadastradas e a estimativa da população total atendida por cada equipe, levando em consideração o município e seus distritos, calculando uma base aproximada conforme o Relatório de Gestão Anual do ano de 2010.

Tabela 1 – Número de ESF e Famílias acompanhadas

<b>Área geográfica de atuação (município/bairro/comunidade)</b>	<b>Equipe de Saúde da Família vinculada (município/nome ou nº)</b>	<b>População estimada</b>
Bairros São Geraldo e Emboabas	Topázio	1.230 famílias e 4.182 pessoas
Bairros Centro; Córrego Machado; Santa Fructosa; Pito Aceso e Fonte da Clara	Ônix	1.234 famílias e 4.196 pessoas
Bairros Bonsucesso e Vista da Serra	Turquesa e Turmalina	1.136 famílias e 3.862 pessoas
Bairros José Brandão; Barro Preto e Santo Antônio	Ametista	1.290 famílias e 4.386 pessoas
Bairros Pedra Branca - parte 1 e Deschamps	Rubi	1.225 famílias e 4.165 pessoas
Bairros Pedra Branca - parte 2; Cidade Jardim; Mórgan e Charneaux	Esmeralda	1.199 famílias e 4.077 pessoas
Bairros Vila das Flores; Mundéus e Penha	Safira	1.222 famílias e 4.155 pessoas
Distritos Morro Vermelho; Rancho Novo e Água Limpa	Diamante	719 famílias e 1.792 pessoas
Distritos Roças Novas; Posses e Antônio dos Santos	Cristal	808 famílias e 1.982 pessoas
Total	10 ESF	10.063 famílias e 32.797 pessoas

Fonte: Relatório de Gestão/2010

## 4.2 Mapa Contextual

### 4.2.1 Perfil do município de Caeté

#### **Localização**

Área do município: 542,57 km<sup>2</sup>

Zona geográfica: central, no vetor leste da Região Metropolitana de Belo Horizonte

Distância: 52 km de Belo Horizonte

Principais vias de acesso: BR-262, MG-435, BR-381 (RELATÓRIO DE GESTÃO ANUAL, 2010)

#### **Características gerais**

Distritos: Morro Vermelho, Roças Novas, Penedia e Antônio dos Santos

Povoados: Rancho Novo, Posses, Água Limpa, Lagoinha e Penha

População total: 40.750 habitantes (Censo Demográfico do IBGE de 2010)

População urbana: 35.436 habitantes, correspondendo a 87% do total de habitantes

Densidade demográfica: 75,11 hab/km<sup>2</sup>

Principais cursos d'água: Ribeirão Comprido, Juca, Vermelho, Bonito e Caeté

Bacia hidrográfica: bacia do rio São Francisco

Topografia predominante: relevo acidentado, muito ondulado a forte ondulado

Clima: tropical de altitude – com temperatura média anual de 21° C e índice pluviométrico anual de 1.491,3 mm

Municípios limítrofes: Sabará, Rio Acima, Raposos, Barão de Cocais, Santa Bárbara, Taquaraçu de Minas, Bom Jesus do Amparo, Nova União (RELATÓRIO DE GESTÃO ANUAL, 2010)

### Aspectos Sociais e Econômicos

- A População

Entre 2000 e 2010, Caeté apresentou um crescimento populacional médio anual de 0,81%, crescimento 0,04 pontos percentuais superior à década anterior, porém menor que a metade do crescimento verificado na década de 70 (RELATÓRIO DE GESTÃO ANUAL, 2010).

- Renda Familiar

De acordo com dados do Censo 2010, a maior parcela das famílias de Caeté concentra-se na faixa de renda de mais de um a três salários mínimos (44,43%). Somadas às famílias com renda de até um salário, esse percentual, que corresponde ao principal público beneficiado por programa de interesse social, chega a 53% (RELATÓRIO DE GESTÃO ANUAL, 2010).

- Renda per capita e indicadores sociais

A renda per capita média do município cresceu 74,4%, passando de R\$ 148,59 em 1991 para R\$ 259,17 em 2000. No mesmo período, a pobreza, medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000, reduziu 30%, ou seja, de 40,5% em 1991 para 28,5% em 2000. Em 2003, esse percentual atinge o patamar de 22%, inferior às médias estadual e da região. Isso significa que a condição financeira das famílias melhorou nas últimas décadas (RELATÓRIO DE GESTÃO ANUAL, 2010).

Quanto aos indicadores sociais, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Caeté, IDH-M (0,789) é o maior entre os municípios vizinhos, acima também dos valores atribuídos a Minas Gerais. Em sua composição, o fator de maior peso foi a educação, seguida pela longevidade e renda. Segundo a classificação do PNUD, o

município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8). (PNUD, 2000) (RELATÓRIO DE GESTÃO ANUAL, 2010)

O Índice de Gini de Caeté, por sua vez, passou de 0,51 em 1991, para 0,60 em 2000. Porém, em 2003, a situação de Caeté apresentou melhora, com o índice chegando a 0,41. Quanto aos percentuais de pobreza, Caeté ocupa a segunda posição no grupo, atrás apenas de Sabará. A situação de Caeté é também melhor que a média de Minas Gerais (RELATÓRIO DE GESTÃO ANUAL, 2010).

### **Vulnerabilidade Social**

Entre 1991 e 2000, ocorreu um aumento do percentual de mulheres de 15 a 17 anos com filhos. Para o mesmo período, o percentual de mães chefes de família, sem cônjuge, com filhos menores, passou de 6,3% para 6,5%. Por outro lado, o percentual de crianças em famílias abaixo do limite da pobreza caiu de 53% para 45,6% (RELATÓRIO DE GESTÃO ANUAL, 2010).

Esses números indicam que, apesar da melhoria nas condições financeiras, Caeté apresenta piora nos indicadores de vulnerabilidade social, talvez apontando para a necessidade de intensificação de programas sociais ou o desenvolvimento de programas sociais específicos para as situações críticas. Segundo informações do Serviço Municipal de Assistência Social, atualmente Caeté têm, inscritas no Programa Cadastro Único, 4.276 famílias, sendo que, entre essas, 2.378 são beneficiárias do Programa Bolsa Família e vivem em situação de pobreza ou extrema pobreza (RELATÓRIO DE GESTÃO ANUAL, 2010).

### **Situação de Saúde**

Quanto à situação de saúde, temos um crescimento significativo de mortes de pessoas com doenças cardiovasculares, de acordo com os dados levantados pelos relatórios de Gestão do ano de 2006 a 2010. Tais doenças representam a principal causa de morte no nosso país e também uma importante causa de incapacidade e estão relacionadas diretamente a sedentarismo, baixa adesão a práticas de promoção à saúde, tabagismo, alto nível de estresse e maus hábitos alimentares.

As DCNTs refletem a complexidade do indivíduo em seu universo, sua carga genética e familiar, seus hábitos ou estilo de vida, o ambiente físico e social em que vive e ainda a filosofia e eficácia dos serviços de saúde de que dispõe. Este grupo de doenças contempla as principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo e são causas de mortes prematuras inclusive no município de Caeté (RELATÓRIO DE GESTÃO ANUAL, 2010).

A Tabela 2 seguinte exemplifica as principais causas de morte dos anos de 2006 e 2010.

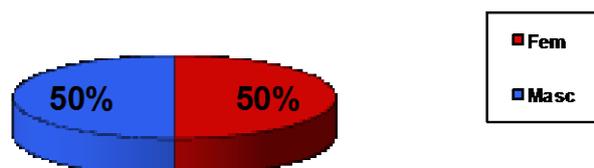
Tabela 2 – Principais Causas de Mortes no Município de Caeté

Ano	Dados		
	Doenças Cardiovasculares %	Neoplasias %	Doenças Respiratórias %
2006	26,14	15,18	10,37
2010	33,50	16,10	17,04

(Relatório de Gestão Anual,2010)

Abaixo é apresentado um gráfico demonstrando o percentual de óbitos por sexo, extraído do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Foram extraídos os seguintes dados referentes ao ano de 2010.

Gráfico 1 - Óbitos por Sexo



Em relação às causas de mortalidade por Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) no ano de 2010, prevaleceu o aumento de mortes por doenças do aparelho circulatório, mencionando a relevância das DCNTs como uma das causas maiores de mortes no município de Caeté, conforme se descreve na Tabela 3 seguinte:

Tabela 3 – Principais causas de óbitos ocorridos em 2010

<b>Causas</b>	<b>2010 %</b>
Doenças do aparelho circulatório	33,5
Neoplasias (tumores)	16,1
Doenças do aparelho respiratório	17,4
Doenças do aparelho digestivo	1,7
Doenças metabólicas	11
Causas externas	3,8
Outras Diversas	16,5

Fonte: SIM/2010

A Tabela 4 relaciona outro dado significativo quanto ao aumento das DCNTs no município, que é o crescente número de hipertensos e diabéticos cadastrados pelas UBS, como demonstrado em seguida:

Tabela 4 – Número de cadastrados Hiperdia

Ano	Dados			
	Diabéticos	Hipertensos e Diabéticos	Hipertensos	Total
2008	17	60	276	353
2009	103	545	1.788	2.436
2010	123	559	1.826	2.508

Fonte: Relatório de Gestão/2010

### 4.3 Definições do Problema

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de um processo de lutas políticas e setoriais capitaneadas pelo movimento sanitário brasileiro e tem como objetivo garantir a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Propõe, como horizonte, a superação dos limites do modelo médico-assistencial privatista, que tem como bases a especialização do profissional e a ênfase na doença e no processo de cura. (REZENDE M. *et al.*, 2009).

Somando ao conceito do SUS, a Atenção Primária à Saúde vem como base norteadora das ações iniciais de amparo à família como um todo, fornecendo um conjunto de ações em saúde que possam de fato promover amplas facetas da realidade, para que se possa obter efeito positivo sobre a saúde e qualidade de vida da população. Para que isso aconteça, é necessário que o conceito de saúde seja ampliado para outros campos de conhecimento, como cultura, assistência social, gestão desportiva, lazer etc., compreendendo um exercício permanente de interdisciplinaridade e de intersetorialidade. (CADERNOS DA ATENÇÃO BÁSICA, Nº 27, 2009)

De acordo com Starfield (2004),

A Atenção Primária à Saúde é complexa e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, sendo assim, necessita de um conjunto de saberes para ser eficiente, eficaz e resolutiva. É definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais.

Nessa dimensão de promoção à saúde, a incorporação do conceito ampliado de saúde, associada às condições de vida, norteia a formulação e a implementação de estratégias que viabilizem um serviço de saúde universal, integral, eficaz, eficiente, com equidade e participação popular (REZENDE M. *et al.*, 2009).

Segundo Alcântara (2004), o “Estilo de Vida” é um conceito amplo, que inclui a pessoa como um todo e tem muitos aspectos. Os aspectos do estilo de vida se combinam para influenciar a saúde individual em todas as áreas: Física, Mental, Espiritual e Social. Um estilo de vida saudável ajuda a manter o corpo em forma e a mente alerta. Ajuda a nos proteger de doenças e ajuda a impedir que as doenças crônicas piorem. Isto é importante, porque, à medida que o corpo envelhece, começa-se a notar alterações nos músculos e nas articulações e um declínio na sensação de “força” física. Um estilo de vida saudável inclui a saúde preventiva, boa nutrição e controle do peso, recreação, exercícios regulares e evitar substâncias nocivas ao organismo.

Para Coqueiro (2007), um bom estilo de vida deve ser desenvolvido o mais cedo possível em sua vida – quanto mais jovem melhor; estes hábitos devem ser mantidos durante a vida adulta e na idade madura. Fatores modificáveis do estilo de vida são a causa de 50% das mortes (entre as 10 causas mais importantes), incluindo as DCNTs.

Entende-se, portanto, que o NASF, em especial o Profissional de Educação Física, é inserido no contexto da saúde pública para construir intervenções e enfrentar um

dos maiores males que atingem a sociedade atual, o sedentarismo, conseqüentemente, o aumento das DCNTs, como retratado no município em pesquisa, Caeté (ALCÂNTARA, 2004).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o sedentarismo vem crescendo de forma alarmante no mundo inteiro, deixando de ser uma preocupação meramente estética para se transformar num problema grave de saúde pública, uma epidemia global. Pesquisas recentes demonstram que 70% das pessoas, em todo o mundo, são sedentárias e estão sujeitas a desenvolver doenças cardíacas, diabetes e obesidade. Outro fator determinante seriam hábitos inadequados na alimentação, o que leva ao aparecimento de outro mal, a obesidade – doença multifatorial e fator de risco para o aparecimento de outras doenças, tais como a hipertensão, diabetes, dislipidemias, alguns tipos de câncer, dentre outras (OMS, 2003).

A obesidade integra o grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Estas refletem a complexidade do indivíduo em seu universo, sua carga genética, familiar, seus hábitos de vida, o ambiente físico e social em que vive e ainda a filosofia e eficácia dos serviços de saúde de que dispõe. Este grupo de doenças contempla as principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo, causando as mortes prematuras (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, Nº 12, 2006).

Evidências sugerem fortemente que os padrões de dieta e da atividade física sejam as causas primárias dos problemas de peso nas sociedades e há uma discrepância entre nosso estilo de vida e nossa constituição genética. A obesidade tem sido diretamente ligada à mortalidade e a muitas enfermidades crônicas. (ESCOTT-STUMP; MAHAN, 2005)

Entre os desafios para a saúde pública, estão as mudanças relacionadas ao contexto epidemiológico, como, por exemplo, a de encontrar mecanismos para o enfrentamento das DCNTs, que são marcadas pela complexa relação entre a saúde e seus determinantes, concluindo que estas doenças têm um forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados. Dentre as diversas formas de prevenção, estão as mudanças de hábitos alimentares, estilo de vida e prática regular de atividade física (LUCENA, 2004).

Além do controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, o exercício físico e a alimentação saudável promovem uma melhoria no funcionamento dos sistemas viscerais (cardiovascular, respiratório, digestivo, nervoso, muscular), permitindo melhor irrigação dos tecidos, melhora da utilização de glicose e do perfil lipídico, regulariza o trânsito gastrointestinal, o sono, a função cognitiva, no caso da memória, o aumento da autoconfiança e melhora da autoestima. A alimentação considerada saudável deve ser diversificada e equilibrada e fornecer todos os componentes necessários ao desenvolvimento e à manutenção do organismo saudável, de forma prazerosa e segura (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, Nº 15, 2006).

Dentre esses benefícios da atividade física, podemos destacar a promoção e proteção da capacidade funcional em todas as idades, que se entende como o desempenho para a realização das atividades do cotidiano ou atividades da vida diária (AVDs), melhora na aptidão física, que pode ser definida como capacidade de realizar as atividades do cotidiano com vigor e energia e demonstrando menor risco de desenvolver doenças ou condições crônicas degenerativas, associadas a baixos níveis de atividade física, melhora da composição corporal, diminuição de dores articulares, melhorando o desempenho do aparelho locomotor e agindo no aumento da densidade mineral óssea, da capacidade aeróbia, da força e flexibilidade. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, Nº 19, 2006).

E, entre os benefícios psicossociais, encontra-se o alívio da depressão. Toda a atividade realizada em grupo é mais prazerosa e permite uma socialização e convivência, também fundamentais para o bem-estar do sujeito, sendo a avaliação clínica uma ferramenta fundamental para que os benefícios sejam maximizados, promovendo mudanças qualitativas, como, por exemplo, alteração na forma de realização do movimento, aumento na velocidade de execução da tarefa e adoção de medidas de segurança e possíveis riscos minimizados. Um estilo de vida fisicamente inativo pode ser causa primária da incapacidade para realizar AVDs (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, Nº19, 2006).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis podem receber outras denominações, como doenças não infecciosas, doenças crônicas não transmissíveis e doenças

crônicas degenerativas e são caracterizadas por doenças com história natural prolongada, múltiplos fatores de risco, interação de fatores etiológicos, especificidade de causa desconhecida, ausência de participação ou participação polêmica de microrganismos entre os determinantes, longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação, lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte (CADERNO DA ATENÇÃO BÁSICA, Nº 2, 2006).

Um estilo de vida saudável é vinculado a um conjunto de comportamentos, hábitos e atitudes, ou seja, são expressões socioculturais de vida, traduzidas nos hábitos alimentares, no gasto energético do trabalho diário, nas atividades de lazer, entre outros hábitos, vinculados aos processos de adoecimento, especialmente, quando relacionados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (CADERNO DA ATENÇÃO BÁSICA, Nº 12, 2006).

Sendo assim, a atenção básica à saúde é um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações para incentivo e apoio à adoção de hábitos alimentares e à prática regular da atividade física, constituindo um novo modelo designado a promover saúde, agregando a família e incentivando uma mudança nos determinantes sociais de saúde<sup>2</sup> de um município (CADERNO DA ATENÇÃO BÁSICA, Nº 12, 2006).

Baseado nessa mudança de cenário, ao conceituar promoção da saúde, Buss (2002) destaca que o fomento da atividade física é uma das ações mais importantes de promoção da saúde no nível individual e ainda ressalta o fato da promoção da atividade física ter sido decretada pela OMS como um fator importantíssimo, ganhando até um nome específico para a sua comemoração, o Dia Mundial da Saúde em 2002. Para Buss, a atividade física realizada em grupo é um dos mecanismos utilizados para a aquisição de hábitos de vida saudáveis facilmente usados no âmbito do PSF.

---

<sup>2</sup> (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Nas últimas décadas, observa-se que o Brasil tem passado por processos de transição, produzindo importantes mudanças no perfil das doenças ocorrentes na população. Tal processo foi identificado por Malta (2006) como “transição demográfica”. O fruto desses processos resultou em significativa diminuição das taxas de fecundidade e natalidade e no aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários.

Essa transição epidemiológica modificou o perfil de morbimortalidade, condicionado à diversidade regional e às características socioeconômicas, de acesso aos serviços de saúde, sendo um "modelo polarizado de transição". Este modelo apresenta, para distintas regiões, o crescimento da morbimortalidade por DCNTs e a ocorrência de doenças infecciosas (TRAVERSO-YEPEZ, 2010).

As doenças crônicas são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde. Os gastos decorrentes dessa demanda são denominados “custos diretos”, contabilizados mediante a realização de estimativas das internações e atendimentos ambulatoriais.

De acordo com estudos realizados pelo Ministério da Saúde, as estimativas com os gastos com o tratamento das DCNTs giram em torno de R\$ 3,8 bilhões em gastos ambulatoriais e R\$ 3,7 bilhões em gastos com internação, que totalizam aproximados R\$ 7,5 bilhões de reais (BRASIL, 2002).

Tais estudos vão ao encontro do posicionamento de Malta *et al.* (2006), sugerindo através de pesquisas que as doenças crônicas custam caro para o Sistema Único de Saúde (SUS). Frente a estes dados, percebe-se a importância de investimento em pesquisas, vigilância, prevenção, promoção da saúde, em defesa de uma vida saudável. Diante do exposto, compreende-se a necessidade de ações de nível municipal que visem a ações de promoção à saúde e qualidade de vida, reduzindo, assim, a ocorrência das DCNTs, conforme descrito na Fig. 1.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde revela que 14% dos adultos brasileiros de 2011 são completamente sedentários – o que não foge da situação do município de

Caeté –, baseado nos dados informados pela Vigitel<sup>3</sup>, de que são mais de 18 milhões de pessoas que não praticam qualquer tipo de atividade física, seja no trabalho, no deslocamento, em trabalho doméstico ou em seu tempo livre, o que representa um panorama desafiador para os Educadores Físicos (CONFEEF, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta dados de 2008 a respeito do assunto, mas não fala em sedentarismo e sim em “atividade física insuficiente”. De acordo com a OMS, mundialmente, 31% dos adultos com 15 anos ou mais não são suficientemente ativos (homens, 28% e mulheres, 34%). Aproximadamente 3,2 milhões de mortes são atribuídas à atividade física insuficiente e o sedentarismo é o quarto maior fator de risco de mortalidade global, responsável por pelo menos 21% dos registros de diabetes e 30% das queixas de doenças cardíacas (CONFEEF, 2002).

As Américas formam uma das regiões mais sedentárias do mundo, em que quase 50% das mulheres e 40% dos homens são insuficientemente ativos. A OMS, citada por Florindo (1998), acredita que, em parte, os níveis atuais de inatividade física são o resultado de uma participação insuficiente em atividades físicas. O crescimento da urbanização em nível global também resultou em vários fatores ambientais que podem desencorajar as atividades físicas, tais como violência, tráfego de automóveis intenso, baixa qualidade do ar e poluição, falta de parques, calçadas e aparelhos esportivos e/ou recreação.

Os dados das tabelas e os anexos deste trabalho demonstram que o sedentarismo e as DCNTs se correlacionam. Portanto, o que queremos mencionar é que seria possível melhorar o perfil da população através da atividade física, utilizando como foco o estudo do aprofundamento de plano de ação, com aplicação inicial à faixa etária compreendida entre adultos e idosos, utilizando toda a extensão e abrangência do NASF dentro da Atenção Primária à Saúde em Caeté.

---

<sup>3</sup> Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, a Vigitel é uma pesquisa anual, realizada desde 2006 pelo Ministério da Saúde. Seus dados são coletados através de questionário aplicado, por telefone fixo, a uma amostragem adulta da população brasileira (é considerada adulta a pessoa com 18 anos ou mais). Para a Vigitel 2011, foram entrevistados 54.144 adultos de todo o Brasil. (CONFEEF, 2012)

## **5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO E ENFRENTAMENTO**

### **5.1 A importância dos Grupos, Palestras e Campanhas**

Sobre os grupos, há evidências de que o apoio social melhora o prognóstico com relação à mudança no estilo de vida. Muitos indivíduos encontram a motivação e a energia necessárias para manter seus planos de vida saudável por meio do apoio de seus "iguais", encontrando neles um suporte emocional que facilita a superação mediante o contato com pessoas que sofreram a mesma situação e possuem respostas positivas para o problema.

O apoio do grupo é uma das mais potentes e formas terapêuticas de ajuda. Neste, há informação e aconselhamento sobre como lidar consigo mesmo e com a doença, além da participação em atividades dinâmicas que contribuem para a melhor comunicação, interação e relacionamento entre as pessoas da comunidade.

O trabalho em grupo procura combinar várias modalidades dirigidas a tratamento, promoção à saúde e prevenção de doenças. Estes podem adquirir várias formas, sendo abertos, quando permitem a entrada de novos membros, ou fechados, que dependem de uma demanda específica; podem ser conduzidos por um profissional que será o facilitador, mas haverá a participação da equipe multi e interdisciplinar, em que todos se sintam implicados no desenvolvimento do grupo. Os grupos podem ser realizados na UBS ou em outro ponto de apoio da comunidade, como igreja, sede de associação de bairro, salão de festa.

Em relação às campanhas, as ações de promoção da saúde devem combinar três vertentes de atuação: incentivo, proteção e apoio. As medidas de incentivo difundem informação, promovem práticas educativas e motivam os indivíduos para a adoção de hábitos saudáveis. Já as medidas de apoio tornam mais factível a adesão às práticas saudáveis por indivíduos e coletividades informados e motivados. E as medidas de proteção impedem que coletividades e indivíduos fiquem expostos a fatores e situações que estimulem práticas não saudáveis.

As campanhas têm o caráter de conscientizar e chamar a atenção da população para um tema específico de extrema importância para a saúde; tais ações devem

realizar-se através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais.

Palestra é um nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, com intuito de atingir um estado de bem-estar físico, mental e social, identificando suas aspirações, satisfazendo suas necessidades e modificando o meio ambiente.

É uma ferramenta que constrói uma base sólida de ambientes favoráveis, acesso a informação e experiências e habilidades na vida. Os palestrantes devem envolver-se nesse processo criando estratégias e programas que possibilitem uma interação entre indivíduos, famílias e comunidades. É essencial capacitar as pessoas para o aprendizado em todos os estágios da vida, bem como para o enfrentamento de doenças crônicas e suas causas externas. As palestras devem ser realizadas na UBS, escolas, locais de trabalho e em outros espaços comunitários com ações interdisciplinares.

## **5.2 A Intervenção**

As atividades propostas pelo NASF podem ser descritas como atividades físicas e práticas corporais; educação permanente; ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de convivência; ações em técnicas alternativas para a melhoria da qualidade de vida; ações multiprofissionais de reabilitação para reduzir a incapacidade e deficiências, que permitam a inclusão social; estímulo à produção e consumo de alimentos saudáveis, priorizando a alimentação regional; atendimento aos usuários e familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental; estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool; e apoio às ESF na abordagem e na atenção aos agravos severos ou persistentes na saúde, em toda fase da vida do indivíduo, entre outras ações.

O foco do plano de ação será a mobilização social através da criação de grupos, palestras, campanhas, mini-cursos, promovidos pela equipe do NASF e em especial pelo Educador Físico, que será a base do plano de ação, sendo o foco os usuários da rede de Atenção Primária à Saúde, utilizando o matriciamento<sup>4</sup> como descrito na Fig. 1 deste trabalho.

A realização dos grupos formados pelo NASF enfatiza recursos sociais e pessoais em diferentes áreas, buscando a erradicação e/ou minimização das doenças e perdas das capacidades funcionais dos indivíduos e preservação e desenvolvimento da autonomia, e são descritos como propostas de intervenções abaixo:

#### **a) Grupos de Promoção e Educação à Saúde (GPES)**

Grupo que pretende trabalhar com temas básicos de interesse comum com a comunidade, em consonância com as demandas levantadas pela UBS no âmbito da saúde mental, práticas de alimentação, educação física e cuidados corporais.

No GPES cria-se um espaço de discussão de potencialidades e projetos amplos de práticas de saúde, articulados com o trabalho comunitário. Os participantes são encaminhados pela UBS e passam por avaliações iniciais com os profissionais do NASF. O funcionamento do grupo é contínuo em cada território e os temas trabalhados são escolhidos pela equipe e participantes.

Aspectos formais: periodicidade semanal com até aproximadamente 50 (cinquenta) participantes por ESF, com fluxo contínuo, com funcionamento aberto e rotativo. As atividades são realizadas com recursos lúdicos educativos. Para o desenvolvimento do grupo cada encontro é independente do outro.

Aspectos dinâmicos: o grupo será conduzido 1 (uma) vez por semana pelos profissionais do NASF e UBS, os encontros são planejados nas reuniões de equipe

---

<sup>4</sup> “**O Apoio Matricial** é um arranjo de gestão que possibilita a organização das ações de saúde da especialidade na atenção básica e amplia o acesso nas equipes de saúde da família, favorecendo a construção de novos arranjos, onde, com uma equipe mais qualificada, é possível pensar cada situação dentro de sua especificidade, sob diferentes olhares.” (Costa, 2009)

e com a comunidade. O tempo de duração do grupo é de no mínimo 60 (sessenta) minutos. A missão do GPES será:

- Mudança de hábitos alimentares;
- Prática corporal e atividade física;
- Exercícios terapêuticos;
- Autoconhecimento;
- Autocuidado;
- Autoestima;
- Correlação com uma vida mais saudável;
- Despertar a vontade de viver melhor.

#### **b) Exercícios Terapêuticos e Atividade Física**

Aspectos formais: o objetivo desse grupo é promover a saúde e recuperar o bem-estar físico, mental e social dos pacientes, através de exercícios de alongamento, caminhada, relaxamento, fortalecimento, estabilização articular, propriocepção, equilíbrio e treinamento de AVD. Além disso, são realizadas palestras, mini-cursos e orientações sobre saúde. Para a participação no grupo, o paciente deverá ser avaliado pelos profissionais de fisioterapia e/ou educação física, que analisarão a aptidão para atividade.

Aspectos dinâmicos: os grupos são coordenados pelos fisioterapeutas e educador físico, tendo como apoio a ESF. O planejamento será flexível, levando em conta o bem-estar e o prognóstico dos pacientes. Para as atividades, são utilizados materiais alternativos reciclados (cabo de vassoura, garrafa pet, toalha, câmara de ar) e permanentes (bastão, halter, faixas e tubos elásticos, colchonetes, bolas).

### **c) Palestra**

Aspectos formais: cada profissional realiza no mínimo 1 (uma) palestra ao mês em parcerias com ONGs, associação de bairro, escolas e com a rede assistencial.

Aspectos dinâmicos: definição de tema de interesse da comunidade; planejamento e organização do evento; definição da infraestrutura; convite; metodologia e tarefas. Os recursos disponíveis serão cartazes, folders e apresentação de slides.

### **d) Campanhas**

Aspectos formais: as campanhas serão realizadas mensalmente com público e tempo indefinido. As campanhas podem ocorrer dentro da UBS ou através de mobilizações comunitárias com diferentes segmentos institucionais de nosso município. Os temas variam de acordo com o calendário de datas comemorativas em saúde e demanda do município.

Aspectos dinâmicos: podem ser realizadas através de faixas, cartazes e folders explicativos, mini-cursos, oficinas e dinâmicas de grupos, carro de som, caminhadas e concentrações populares, participação em rede de comunicação local.

## **5.3 Árvore/Plano de Ação**

Anexa neste trabalho, a Fig. 2 demonstra uma árvore de problemas e um resumo do plano de ação através do recorte dos nós críticos, descrevendo a rede municipal e o como é definido o fluxo de serviços de Caeté. Nesta figura, também é possível observar como é formado o Nasf e sua configuração de atendimento frente às ESF e aos serviços oferecidos à população.

E, por fim, como é possível visualizar a criação da rede de promoção à saúde, sendo que, para isto acontecer, é necessária uma integração de todo o município, uma ligação intersetorial, utilizando o apoio matricial para proporcionar uma mudança nas políticas públicas no combate às DCNTs, para, dessa forma, mudar o cenário municipal de Caeté, promovendo mais qualidade de vida à população.

## **5.4 Plano de Ação**

### **5.4.1 Ações**

- Realização de grupos operativos;
- Articulação intersetorial;
- Realização de grupos de práticas corporais e atividade física;
- Realização de avaliações físicas;
- Realização de campanhas informativas;
- Confecção de material explicativo;
- Realização de práticas em educação em saúde.

### **5.4.2 Metas**

- Implantação de grupos de atividade física em 70% das UBS do município;
- Ampliação de rede de parceiros;
- Redução de 35% das comorbidades relacionadas ao sistema cardiorrespiratório;
- Avaliação física de 100% dos usuários que participarão dos grupos de atividade física;
- Criação de 01 campanha mensal, totalizando 12 anuais;
- Distribuição de materiais informativos sobre atividade física e alimentação saudável para 60% dos usuários das UBS;
- Capacitação de 50% dos profissionais da rede;
- Otimização dos gastos orçamentários com as práticas de promoção à saúde;

- Implementação da Política Nacional de Promoção à Saúde no município, priorizando os eixos de atividade física e alimentação saudável;
- Redução do número de DCNTs no município;
- Fortalecimento de grupos ligados à Promoção à Saúde;
- Fortalecimento de estratégias para a mobilização social.

## 6. RESULTADOS ESPERADOS

- Melhoria da qualidade de vida da população;
- Maior cobertura de prática de atividade física nas UBS;
- Melhoria dos hábitos alimentares na população atendida;
- Maior informação da população sobre hábitos saudáveis;
- Melhoria quanto à capacitação de profissionais.

Quadro 1 – Descrição dos Recursos inerentes ao Plano de Ação

<b>4 – Recursos</b>	
<b>6.1 – Humanos</b>	
<b>Disponíveis</b> Profissionais de apoio das áreas de saúde e NASF	<b>Necessários</b> Parcerias para capacitação, planejamento, elaboração e aplicação do plano de ação
<b>6.2 – Materiais</b>	
<b>Disponíveis</b> Equipamento permanente; Material de escritório.	<b>Necessários</b> Material gráfico; Material de escritório; Lanche; Espaços para a realização de atividades e grupos de atividade física; Parcerias com a Secretaria de Esportes, Centros de Referência e Assistência Social; Associações de bairros e igrejas.
<b>6.3 – Financeiros</b>	
<b>Disponíveis</b> Recurso disponível da verba de Promoção à Saúde	<b>Necessários</b> Recurso financeiro no valor de R\$ 70.000,00

A Tabela 5 seguinte descreve um orçamento inicial para a implantação do Plano de Ação.

Tabela 5 – Custos iniciais para a implantação do Plano de Ação

<b>Ações previstas na proposta</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Valor Total</b>
Capacitação dos profissionais da rede da atenção básica para mobilização à at. física	50 profissionais	100,00	5.000,00
Produção de folder sobre atividade física e alimentação	15.000 folders	0,50	7.500,00
Oficinas de alimentação	24	60,00	1.440,00
Apostilas de treinamento de capacitação dos ACS	60 profissionais	3,00	180,00
Fichas de avaliação nutricional e física anual	750	0,15	112,50
Material gráfico (xerox, folhas A4 etc.)	-	-	1.500,00
Camisetas para o Grupo Saúde e Movimento	300	10,00	3.000,00
Campanhas	12	500,00	6.000,00
Materiais e equipamentos como colchonetes, pesos, balança, fita métrica, bastões, utensílios domésticos	-	-	20.000,00
<b>VALOR TOTAL DO PROJETO</b>			<b>46.352,00</b>

## 7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Após um ano de desenvolvimento da proposta, pretende-se compilar e analisar os dados obtidos com a realização do projeto, através de questionários, avaliação subjetiva e fichas específicas de avaliação.

Como forma de monitoramento, serão verificados alteração do IMC, alteração nos hábitos alimentares, adesão às práticas de promoção à saúde e o nível de absorção sobre o entendimento da atividade física e alimentação saudável como elemento essencial para a qualidade de vida.

Portanto, pretende-se avaliar que, em um ano de implantação do projeto, é possível observar a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Tabela 6 – Cronograma de Execução das Atividades

Atividades	Meses											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
1. Apresentação do projeto e mobilização social												
2. Confeccção de material explicativo												
3. Educação permanente para profissionais em saúde e parceiros												
4. Ampliação da rede de parceiros												
5. Avaliação física e nutricional dos usuários que participarão dos grupos												
6. Realização de campanhas												
7. Realização de grupos de atividades físicas nas UBS												

O prazo será contado a partir do recebimento dos recursos financeiros no Fundo de Saúde.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez que o ESF tem, dentre suas diretrizes, a intersetorialidade e a multidisciplinaridade, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, constata-se que o professor de Educação Física atende ao perfil para composição desta equipe.

Pode-se projetar que, através desse Plano de Ação, o educador físico será capaz de desenvolver ações que sejam compatíveis com os objetivos desta estratégia. Poderá avaliar o estado funcional e morfológico dos sujeitos acompanhados; estratificar e diagnosticar fatores de risco à saúde; intervir nos fatores de risco; prescrever, orientar e acompanhar atividades físicas, com objetivo a prevenção e a promoção da saúde, inclusive para grupos portadores de doenças e agravos, utilizando-a como tratamento não farmacológico; mostrar junto à comunidade a importância da atividade física com base em conhecimentos científicos e desmistificar as concepções equivocadas acerca de sua prática.

Verifica-se, com este estudo, que a inserção do educador físico é de extrema importância, visando à nova estratégia de saúde pública. No entanto, existem poucas práticas que atendem a este objetivo, e muitas das que existem necessitam de um olhar sistematizado e com seguidas avaliações, com dados claros, que demonstrem à população a importância e a necessidade de aderir a atividades físicas para obter a qualidade de vida esperada.

É evidente que mais estudos acerca do tema e mais propostas são de suma importância para que possamos superar os limites da profissão e contribuir para uma sociedade mais saudável, que seja capaz de mudar sua própria história.

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Francisco Cavalcante. **Estudo Bibliográfico Sobre o Processo Histórico de Atuação do Educador Físico e da sua Inserção na Estratégia Saúde da Família do Município de Sobral/CE**. Monografia (Especialização com caráter de Residência em Saúde da Família) – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Universidade Estadual Vale do Acaraú. 2004. 65 f.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2004. 203 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: Avanços, Desafios e Reafirmação dos seus Princípios e Diretrizes**. Brasília/ DF, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.com.br>>. Acesso em: 14 set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Alimentação e Nutrição**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab/publicacoes>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Série A – Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Série A – Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Cadernos de Atenção Básica, n. 12. Série A – Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Série B – Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª ed., mar. 2008, n. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

CABRAL, Izabella de; SOUSA, Maria Aparecida de Amorim; RAYDAN, Florisbela Pires Sampaio. Análise do Conhecimento dos Profissionais de Educação Física em

Relação às Atividades Física como Promotoras da Saúde. **MOVIMENTUM – Revista Digital de Educação Física**, Ipatinga: Unileste, v. 2, n. 2, ago./dez. 2007.

CAETÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. 4ª ed. Caeté, 2010. 113 p.

CONFEEF. Frente Parlamentar em Defesa da Atividade Física. **Revista E.F.**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 16-20, dez. 2002.

CONSELHO REGIONAL E FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. Sedentarismo: Como movimentar os 17 milhões de sedentários no Brasil. **Revista Confef**, ano X, n. 44, jul. 2012.

COQUEIRO, Raildo da Silva *et al.* Nível de atividade física e fatores associados em usuários de uma unidade de saúde da família do município de Jequié/BA. **EFDeportes.com**, Revista Digital, Buenos Aires, ano 12, n. 115, dez. 2007.

COUTINHO, Silvano da Silva. **Atividade Física no Programa Saúde da Família em Municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná – Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo e Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná, Ribeirão Preto. 2005. 155 p.

DIAS, Jonatas Antonio *et al.* A importância da execução de atividade física orientada: uma alternativa para controle de doença crônica na atenção primária. **EF Deportes.com**, Revista Digital, Buenos Aires, ano 12, n. 114, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd114/a-importancia-da-execucao-de-atividade-fisica-orientada.htm>>. Acesso em: 22 out. 2011.

FLORINDO, Alex Antônio. Educação Física e Promoção em Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Londrina, v. 3, n. 1, p. 84-89, 1998. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em: 16 jul. 2010.

LUCENA, Dilma *et al.* A Inserção da Educação Física na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE. **SANARE: Revista de políticas públicas**. Ano v, n. 1, jan./fev./mar 2004.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. 9ª ed. São Paulo: EPU, 2005. 99 p.

MCARDLE, Willian D; KATCH, Frank; KACTH, Vitor L. **Fisiologia do Exercício: Energia, Nutrição e Desempenho Humano**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1.113 p.

NAHAS, M. V.; CORBIN, C. B. Educação para a aptidão física e saúde: justificativa e sugestões para implementação nos programas de educação física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. 8 (3): 14-24, 1992.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília/DF, 2003. 60 p.

REZENDE, M. *et al.* A equipe multiprofissional da “Saúde da Família”: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. ISSN 1413-8123, 0490/2007.

Disponível em:

<[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1020](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1020)> Acesso em: 20 abr. 2009.

SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. [online] 2011, vol. 20, n. 4, pp. 421-423. ISSN 1679-4974.

Disponível em: <<http://efdeportes.com/efd115/usuarios-de-uma-unidade-de-saude-da-familia.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

### ANEXOS

FIGURA 1 – APOIO ÀS ESF E ATIVIDADES DE ENFRENTAMENTO



FIGURA 2 – ÁRVORE

