

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

Mirthes Avelino Morais Reis

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO DA
POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SEVILHA BII DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO DAS NEVES
AOS GRUPOS DE ATIVIDADE FÍSICA**

BELO HORIZONTE / MG

2019

MIRTHES AVELINO MORAIS REIS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO
DA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA SEVILHA BII DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO
DAS NEVES AOS GRUPOS DE ATIVIDADE FÍSICA**

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

Orientador: Professora Daniela Coelho Zazá

BELO HORIZONTE / MG

2019

MIRTHES AVELINO MORAIS REIS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO
DA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA SEVILHA BII DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO
DAS NEVES AOS GRUPOS DE ATIVIDADE FÍSICA**

Banca examinadora

Examinador 1: Daniela Coelho Zazá - Unibh

Examinador 2: Mário Antônio de Moura Simim - IEFES/UFC

Aprovado em Belo Horizonte, em 11 de março de 2019.

DEDICATÓRIA

A Deus, por ter me proporcionado mais essa conquista.

Ao meu marido, que esteve sempre do meu lado, me ajudando e incentivando.

A minha família, que é a minha base e fortaleza.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelas oportunidades proporcionadas.

Aos meus pais pelo incentivo em sempre estudar.

Ao meu marido, Leonardo Alex, pela presença incansável e paciência.

A minha orientadora Daniela Coelho Zazá, pelo apoio e dedicação.

“Temos de fazer o melhor que podemos.
Esta é a nossa sagrada responsabilidade
humana.”

Albert Einstein

RESUMO

Após diagnóstico situacional na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Sevilha BII no município de Ribeirão das Neves/MG observou-se baixa adesão dos usuários aos grupos de atividade física. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de intervenção para aumentar a adesão da população da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Sevilha BII do município de Ribeirão das Neves aos grupos de atividade física. A metodologia foi executada em três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e plano de ação. Como resultados do diagnóstico situacional foram selecionados os seguintes nós críticos: falta de informação; falta de motivação e; falta de opções de local público para realizar as atividades esportivas e de lazer. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento dessas questões: criação dos projetos “População mais informada” para disponibilizar informações para a população sobre a importância da adesão aos grupos de atividade física; “Mais motivação” para realizar campanhas motivacionais sobre a importância da atividade física e; “Espaço Público para realização de atividades esportivas” para disponibilizar locais públicos para realização de atividades esportivas. Espera-se com esse plano de intervenção aumentar o nível de informação da população sobre a importância da atividade física e também ampliar as possibilidades de locais para a prática esportiva e de lazer.

Palavras-chave: Atividade Física, Adesão, Espaços Públicos.

ABSTRACT

After the situational diagnosis of the covered area of the Family Health Strategy Sevilha BII in the municipality of Ribeirão das Neves / MG, it was observed low adherence of users to physical activity groups. Therefore, the purpose of this study was to develop an action plan to increase the adherence of the population of the area covered by the Family Health Strategy Seville BII of the municipality of Ribeirão das Neves to physical activity groups. The methodology is carried out in three stages: situational diagnosis; literature review and action plan. As results of the situational diagnosis we selected the following critical nodes: lack of information; lack of motivation, and lack of public place options to carry out sports and leisure activities. Based on these critical nodes were proposed the following actions in order to confront these questions; creation of the projects "More informed population" to provide information to the population on the importance of adherence to physical activity groups; "More motivation" to carry out motivational campaigns on the importance of physical activity and; "Public space for sports activities" to make public places available for sports activities. This intervention plan is expected to increase the level of information of the population on the importance of physical activity and also to increase the possibilities of places for sports and leisure practice.

Keywords: Physical Activity, Accession, Public Spaces.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| NASF-AB | Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica |
| RMBH | Região Metropolitana de Belo Horizonte |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Participação da União e da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais no financiamento das ações de saúde no Município de Ribeirão das Neves nos anos de 2014, 2015 e 2016. | 14 |
| Quadro 2 - Percentual de aplicação dos recursos próprios em saúde do Município de Ribeirão das Neves nos anos de 2014, 2015 e 2016. | 15 |
| Quadro 3 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de saúde da família da Unidade Básica de Saúde Sevilha BII. | 18 |
| Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “falta de adesão aos grupos de atividade física”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sevilha BII, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais. | 28 |
| Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “falta de adesão aos grupos de atividade física”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sevilha BII, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais. | 29 |
| Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “falta de adesão aos grupos de atividade física”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sevilha BII, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais. | 30 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 Aspectos gerais do município de Ribeirão das Neves | 12 |
| 1.2 Aspectos da comunidade | 13 |
| 1.3 O sistema municipal de saúde | 14 |
| 1.4 A Unidade Básica de Saúde Sevilha BII | 16 |
| 1.5 A Equipe de Saúde da Família Sevilha, da Unidade Básica de Saúde Sevilha BII | 16 |
| 1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde da equipe Sevilha BII | 17 |
| 1.7 O dia a dia da equipe Sevilha BII | 17 |
| 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) | 18 |
| 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) | 18 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 19 |
| 3 OBJETIVOS | 20 |
| 3.1 Objetivo geral | 20 |
| 3.2 Objetivos específicos | 20 |
| 4 METODOLOGIA | 21 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 22 |
| 5.1 Impacto do Sedentarismo | 22 |
| 5.2 Possibilidades de prática de atividade física na Atenção Básica | 23 |
| 5.3 Formas de enfrentamento da baixa adesão aos grupos de AF | 25 |
| 6 PLANO DE INTERVENÇÃO | 27 |
| 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) | 27 |
| 6.2 Explicação do problema (quarto passo) | 27 |
| 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) | 28 |
| 6.5 Desenho das operações (sexto passo) | 28 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 32 |
| REFERÊNCIAS | 33 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Ribeirão das Neves

Ribeirão das Neves encontra-se no estado de Minas Gerais, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). O município ocupa uma área de 155,45 km², onde vive uma população estimada de 328.871 habitantes e apresenta densidade demográfica de 1.905,07 habitantes por km² (IBGE, 2018).

As primeiras referências sobre o município de Ribeirão das Neves são do início do século XVIII, o qual denominava-se “Matas de Bento Pires”. Em 1747, é construída uma Capela dedicada à Nossa Senhora das Neves, o que dá origem ao nome “Fazenda das Neves”. Em 1927, o Estado de Minas Gerais adquire as fazendas do Mato Grosso e parte da Fazenda de Neves para construção de uma Penitenciária Agrícola que impulsiona o crescimento populacional. Em 1938, foi inaugurada a Penitenciária Agrícola de Ribeirão das Neves (IBGE, 2018).

Com a construção da Penitenciária Agrícola de Ribeirão das Neves, seu núcleo urbano começou a se desenvolver a partir de um processo de imigração. Num primeiro momento, este processo se deu principalmente a partir da chegada de pessoas de baixa renda, ligadas por parentesco aos presidiários. A partir da década de 70, ocorreu um grande crescimento populacional em Ribeirão das Neves. A imigração foi apontada como fator relevante para o aumento do número de habitantes, com crescimento na ordem de 21% ao ano; ou seja, superior a de todos os 11 municípios que compunham a RMBH naquela época (ANDRADE; MENDONÇA, 2010).

Sousa (2002) afirma que ao implantar a primeira penitenciária em 1938 a cidade tornou-se expressão da modernização, da justiça e da recuperação dos detentos pelo trabalho. Porém, de acordo ainda com a mesma autora, nos anos 60, com a instalação da Casa de Detenção Antônio Dutra Ladeira, presídio de segurança máxima, os preços das terras da cidade começaram a se desvalorizar. Segundo Sousa (2002), a presença dos presídios, agora denominados "complexo penitenciário", no núcleo urbano da Sede estigmatiza negativamente o município. A autora afirma ainda que carente de atividades econômicas relevantes e, portanto, desprovido de empregos e com baixa capacidade de arrecadação de tributos, Ribeirão das Neves tornou-se palco privilegiado da especulação imobiliária posta em

prática pelo segmento do mercado que se volta para o atendimento da demanda da população de baixa renda.

Ribeirão das Neves como um todo apresenta um alto grau de dependência em relação a Belo Horizonte, principalmente no que diz respeito ao trabalho: quase metade da sua população que trabalha o faz em Belo Horizonte (FJP, 2004). Atualmente, a cidade de Ribeirão das Neves pode ser caracterizada como “cidade dormitório”, já que boa parte da população trabalha principalmente em Belo Horizonte e Contagem, mantendo um nível de integração com a metrópole muito alto (ANDRADE; MENDONÇA, 2010).

O município possui algumas fábricas, que fortalecem o crescimento do mesmo, e um comércio em crescimento, contando com bares, pizzarias, salões de beleza, supermercados, magazines, além de diversos bancos que abrigam uma parte pequena da população economicamente ativa.

No aspecto educação, no ano referência de 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 89,38%, de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental era de 88,50%; de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 53,84%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 35,67% (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

Em 2015, o salário médio mensal era de 2.0 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 9.8%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 137 de 853 e 600 de 853, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 1987 de 5570 e 3434 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 34.5% da população nessas condições, o que o colocava na posição 555 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 3675 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2018).

1.2 Aspectos da comunidade

Sevilha é um bairro de Ribeirão das Neves. Geograficamente está próximo a região central da cidade, com aproximadamente 14.385 habitantes (IBGE, 2010). O bairro foi dividido em três regiões: Sevilha B, Sevilha 1º sessão e Sevilha 2º sessão.

No Sevilha B, a região é dividida em três microrregiões sendo Sevilha BI, Sevilha BII e Sevilha BIII. A unidade de Estratégia Saúde da Família na qual está sendo realizado o presente estudo faz parte do Sevilha BII.

Sevilha BII é uma comunidade carente, com aproximadamente 4.296 habitantes (IBGE, 2010). Parte da população não possui renda e quem é empregado normalmente exerce atividades nas cidades vizinhas, Belo Horizonte e Contagem. Mesmo sendo uma comunidade carente, não possui esgoto a céu aberto e tem coleta regular de lixo.

O índice de analfabetismo em idosos é elevado assim como a evasão escolar entre os adolescentes. Muitos deles caminham até a escola que fica em um bairro vizinho e por não ser muito perto enfrentam essa dificuldade de locomoção. Apenas a escola de ensino fundamental é mais próxima. Outro problema é que na comunidade existe apenas uma creche. Além disso, não possui espaço público para esporte e lazer.

No Sevilha BII trabalha uma equipe de saúde da família que conta com o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Entretanto, torna-se importante enfatizar que a comunidade possui dificuldades de acesso a consultas e exames especializados.

1.3 O sistema municipal de saúde

Financiamento da Saúde

As informações nos quadros 1 e 2 mostram as transferências do Governo Federal e do Governo Estadual ao município para gastos em saúde, bem como os recursos próprios que o mesmo utiliza no tratamento de saúde de seus habitantes.

Quadro 1 - Participação da União e da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais no financiamento das ações de saúde no Município de Ribeirão das Neves nos anos de 2014, 2015 e 2016.

| ANO | ESTADO | UNIÃO |
|------|---------------|---------------|
| 2014 | 6.623.061,09 | 56.508.482,79 |
| 2015 | 11.158.471,69 | 54.439.660,62 |
| 2016 | 7.219.790,42 | 58.585.788,17 |

Fonte: Sistema de Contabilidade/PMRN

Quadro 2 - Percentual de aplicação dos recursos próprios em saúde do Município de Ribeirão das Neves nos anos de 2014, 2015 e 2016.

| ANO | % ORÇAMENTO INVESTIDO | VALOR APLICADO (R\$) |
|------------|------------------------------|-----------------------------|
| 2014 | 35,55 | 52.226.278,95 |
| 2015 | 38,64 | 72.799.311,12 |
| 2016 | 34,00 | 68.847.295,96 |

Fonte: Sistema de Contabilidade/PMRN

Analisando os quadros anteriores evidencia-se que em Ribeirão das Neves a participação esperada por parte do Governo Federal e do Governo Estadual é aquém dos percentuais preconizados para desenvolvimento das ações e serviços de saúde, não atendendo às necessidades e características do município. Por lei, o município deve investir no mínimo 15% de sua receita líquida de impostos. Os dados mostram que o seu investimento está acima do mínimo constitucional no município.

Rede de Serviços Atenção à Saúde

- Atenção Primária: Porta de entrada do usuário sendo oferecido a população com 55 Unidades Básicas de Saúde, 5 Unidades Básicas de Referência, 6 equipes de saúde bucal instaladas em 6 Unidades Básicas de Saúde, 4 clínicas odontológicas e 3 equipes do NASF.
- Atenção Especializada Secundária: 1 Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas (CEMO); 3 Unidades Ambulatoriais em Saúde Mental que funcionam como serviço de apoio matricial; 1 Ambulatório de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias (ARDIP); 1 Clínica de Reabilitação; 1 Clínica Oftalmológica; 1 Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CEAE); 1 Laboratório Municipal; 1 Canil Municipal; 1 Vigilância Sanitária; 1 Centro de Vetores e Zoonoses.
- Atenção de Urgência e Emergência: 2 Unidades de pronto atendimento, UPA Joanico Cirilo de Abreu e UPA Acrizio Menezes, 1 CAPSI (Centro de Atenção Psicossocial Infantil), 1 CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas), 1 NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial).

- Atenção terciária: Dispõe do Hospital Municipal São Judas Tadeu, que presta os serviços de pronto-atendimento para emergências clínicas e traumas, emergências ginecológicas e obstétricas e demandas eletivas.
- Assistência Farmacêutica: São duas farmácias municipais, sendo uma na região central e uma na UBR Arlete.
- Vigilância da Saúde: Epidemiológico Sanitária e Ambiental, Zoonose.
- Relação dos Pontos de Atenção: Organização de fluxo e contra fluxo de pacientes na rede.
- Relação com Outros Municípios: Há suporte com outros municípios quando na cidade não possui alguma especialidade em que o paciente necessita.
- Consórcio de Saúde: CIAS - Consórcio Intermunicipal Aliança para Saúde.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Sevilha BII

A Unidade Básica de Saúde Sevilha BII foi inaugurada em 2002, está situada na rua Conselheiro Pena, 230 do bairro Sevilha B, e atende cerca de 3850 pessoas. A sede da unidade é alugada, é uma casa pequena com cinco cômodos, um banheiro e uma varanda pequena onde os usuários aguardam acolhimento. Do lado de fora ela possui dois banheiros para os usuários sendo um deles adaptado para melhor atender a comunidade.

Em relação ao espaço físico algumas dificuldades são aparentes, como a ausência de cadeiras, a sala de reunião é pequena e inexistência de um espaço adequado para as atividades desenvolvidas em grupos operativos.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Sevilha, da Unidade Básica de Saúde Sevilha BII

A equipe de saúde da família é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). A médica e a enfermeira trabalham na unidade há aproximadamente um ano e a técnica em enfermagem há cinco anos. Já entre os ACS, o mais novo da equipe trabalha há cinco anos e o mais antigo há dez anos na unidade.

A equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) é composta por seis profissionais sendo eles uma farmacêutica, uma psicóloga, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, uma profissional de educação física e uma assistente social. Todos os profissionais do NASF-AB são concursados e trabalham na unidade em média há dois anos.

1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde da equipe Sevilha BII

A Unidade Básica de Saúde Sevilha BII funciona de 08:00 as 17:00 horas de segunda a sexta-feira. Existe demanda da população que gostaria que este horário fosse estendido devido a muitos trabalharem no mesmo horário de funcionamento da unidade.

1.7 O dia a dia da equipe Sevilha BII

A equipe de saúde da família desempenha o trabalho organizando o acolhimento pela manhã e o atendimento de demanda programada na parte da tarde. A enfermeira é responsável por fazer o acolhimento e se necessário faz agendamento para a médica. A renovação de receita é feita na segunda-feira na parte da tarde a partir das 14:00 horas. Nas quartas-feiras pela manhã a enfermeira realiza atividades em grupo de pacientes com doenças crônicas e para incentivar a participação dos mesmos. No momento do grupo é ofertada a renovação de receitas. O objetivo é incentivar o autocuidado e o uso correto dos medicamentos. A farmacêutica do NASF-AB participa do grupo com a enfermeira para melhor esclarecimento sobre medicações e os pacientes são convidados e orientados a participarem dos grupos de atividade física que são oferecidos pelo NASF-AB. São realizados também outros grupos na unidade, como por exemplo, o grupo de tabagismo, compartilhado com a enfermeira e farmacêutica do NASF-AB. Além disso, de acordo com a demanda são realizados outros grupos compartilhados com a equipe de saúde da família e a equipe do NASF-AB, como por exemplo, o grupo de alimentação saudável com a nutricionista, o grupo de pé diabético com a fisioterapeuta, dentre outros.

Uma vez por mês acontece na unidade duas reuniões, uma com a equipe de saúde mental e uma com a equipe do NASF-AB, onde é realizado o matriciamento dos casos que foram acolhidos pela enfermeira e pela médica.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

São vários os problemas evidenciados na Unidade Básica de Saúde Sevilha BII onde atuo como profissional de educação física. A partir do diagnóstico e discussão com toda a equipe, concluímos que os seguintes problemas estão presentes na unidade:

- Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT);
- Doenças do aparelho respiratório;
- Doenças do aparelho circulatório;
- Baixa adesão dos usuários aos grupos de atividade física;
- Violência.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

No quadro 3 está apresentada a priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional.

Quadro 3 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de saúde da família da Unidade Básica de Saúde Sevilha BII.

| Problemas | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Seleção/Priorização |
|--|--------------------|-----------------|------------------------------------|----------------------------|
| Baixa adesão dos usuários aos grupos de atividade física | Alta | 9 | Parcial | 1 |
| Doenças crônicas não transmissíveis | Alta | 8 | Parcial | 2 |
| Doenças do aparelho circulatório | Alta | 8 | Parcial | 2 |
| Doenças do aparelho respiratório | Alta | 8 | Parcial | 2 |
| Violência | Alta | 5 | Fora | 3 |

2 JUSTIFICATIVA

O sedentarismo pode ser considerado fator de risco para o desenvolvimento de muitas doenças, principalmente as doenças de ordem cardiovascular (CARLUCCI et al., 2013).

Gualano; Tinucci (2011) afirmam que estudos epidemiológicos demonstram que a inatividade física aumenta substancialmente a incidência relativa de doença arterial coronariana (45%), infarto agudo do miocárdio (60%), hipertensão arterial (30%), câncer de cólon (41%), câncer de mama (31%), diabetes do tipo II (50%) e osteoporose (59%). Essas doenças podem ser prevenidas com a prática de atividade física associada a hábitos alimentares saudáveis.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2014), em 2013 a proporção de adultos classificados na condição de insuficientemente ativos no Brasil foi de 46,0%. Estes indivíduos não praticaram atividade física ou praticaram por menos do que 150 minutos por semana considerando os domínios lazer; trabalho e deslocamento para o trabalho. Os resultados mostraram também que as mulheres apresentaram frequência mais elevada em comparação aos homens, que mais da metade (62,7%) das pessoas de 60 anos ou mais de idade era inativa e que o grupo de idade menos sedentário foi o de 18 a 24 anos de idade (36,7%).

Na minha área de abrangência a situação não é diferente. A proporção de indivíduos sedentários é grande. Mesmo sabendo da importância e dos benefícios que a prática de atividade física regular nos oferece, a adesão aos grupos ofertados pela ESF e NASF-AB é baixa.

Diante disso, faz-se necessário desenvolver um plano de ação com estratégias que visam incentivar a população a ser mais ativa, buscando assim uma melhor qualidade de vida e prevenção de doenças.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para aumentar a adesão da população da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Sevilha BII do município de Ribeirão das Neves aos grupos de atividade física.

3.1 Objetivos específicos

Ampliar a divulgação dos grupos de atividade física;

Ampliar os horários dos grupos de atividade física e os locais de oferta dos mesmos.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi feito um diagnóstico situacional através da estimativa rápida na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Sevilha BII, no qual foi possível evidenciar os principais problemas da comunidade como o sedentarismo, falta de adesão aos grupos de atividade física, mau hábito alimentar, obesidade, tabagismo, estresse, problemas relacionados com álcool e violência.

Após a priorização dos problemas identificados realizou-se uma revisão de literatura em bases de dados eletrônicas como Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). A busca de literatura foi guiada através dos seguintes descritores: sedentarismo, atividade física, prevenção, promoção e atenção básica.

Com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de intervenção para incentivar a comunidade a aderir aos grupos de atividade física, com o objetivo de diminuir o índice de sedentarismo e prevenir doenças. O plano de ação foi realizado através do método Planejamento Estratégico Situacional (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Impacto do Sedentarismo

As recentes mudanças na forma de vida da população mundial foram bastante modificadas desde o século passado até o atual. Os avanços trazidos pelas tecnologias modernas contribuem muito para nosso dia a dia, porém ao mesmo tempo fica evidenciando que essas novas tecnologias a cada dia se tornam ditadoras de novos hábitos e novos costumes e com isso o aparecimento de novas formas de se pensar, agir e fazer (MENDES; CUNHA, 2013).

Desses novos hábitos, surge o sedentarismo, que é definido por Mattos et al. (2006) como a falta ou a grande diminuição da atividade física. Na realidade, o conceito não é associado necessariamente à falta de uma atividade esportiva, pois do ponto de vista da medicina moderna, o sedentário é o indivíduo que gasta poucas calorias por semana com atividades ocupacionais.

Um dos fatores de risco no desenvolvimento de doenças cardiovasculares está fortemente associada a inatividade física. A inatividade física contribui para a resistência à insulina e para o aumento dos níveis lipídeos na circulação sanguínea, logo um estilo de vida ativo, promove um aumento da capacidade física e pode atenuar o risco de morbidade e mortalidade nos indivíduos (CARLUCCI et al., 2013).

A partir de estudos epidemiológicos desenvolvidos no que diz respeito a inatividade física, Gualano e Tinucci (2011) trazem alguns dados estatísticos, onde fica evidenciado que a falta de atividade física aumenta substancialmente a incidência relativa de:

- doença arterial coronariana (45%)
- infarto agudo do miocárdio (60%)
- hipertensão arterial (30%)
- câncer de cólon (41%)
- câncer de mama (31%)
- diabetes do tipo II (50%)
- osteoporose (59%)

Ainda segundo Gualano e Tinucci (2011) a inatividade física é realmente um dos maiores problemas da sociedade moderna, pois cerca de 70% da população adulta não atinge os níveis mínimos recomendados de atividade física.

Entre os principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão o tabaco, a alimentação não saudável, o consumo nocivo de álcool e a inatividade física. As estimativas mostram que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido à inatividade física. Pessoas que são insuficientemente ativas têm de 20 a 30% de aumento no risco de todas as causas de mortalidade (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011).

A atividade física é um componente importante na vida diária do indivíduo por promover benefícios psíquicos, físicos e cognitivos à saúde, independentemente da idade e gênero, podendo ser praticada em forma de desporto ou lazer (CARLUCCI, 2013). Para Matsudo e Matsudo (2007) a prática regular de atividade física auxilia na perda de peso corporal e conservação ou aumento da massa magra, o que contribui de forma positiva na diminuição de doenças.

O Governo federal elaborou o Plano Nacional de Atividade buscando promover através de vários setores governamentais a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde no âmbito das Práticas Corporais/ Atividade Física (BRASIL, 2010). O programa constitui de:

- Aumento da capacidade do Ministério da Saúde de articular estratégias de Promoção da Saúde;
- A disseminação do tema da Atividade Física junto à população;
- O estímulo a criação de projetos de Atividade Física nos estados e municípios, nos setores público e privado;
- A parceria como estratégia para construção de intervenções sobre o espaço urbano e o monitoramento e a avaliação das ações implementadas;

5.2 Possibilidades de prática de atividade física na Atenção Básica

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), criada em 2006, define a prática corporal e a atividade física (PCAF) nas ações da rede básica de saúde e na comunidade, incluindo o profissional de educação física no Serviço de Atenção

Básica para compor a equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Objetivando a intervenção do profissional de educação física na prevenção, promoção, proteção e reabilitação de saúde (SCABAR, 2012).

Dados de uma pesquisa realizada em 255 entes federados financiados até 2008, mostrou que a maioria dos projetos (88,5%) contemplava as práticas corporais (PC) e atividade física (AF), 94% estavam vinculados à ESF, sendo que 35,1% desenvolviam atividades em parceria com os NASF-AB sendo utilizado predominantemente estruturas como praças/parques, espaços de caminhada e UBS para desenvolver as práticas. Atualmente, a maioria das ações e programas de PC e AF no SUS são desenvolvidos através do NASF-AB e do Programa Academia da Saúde (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016).

O plano de intervenção para a prática de atividades físicas para um determinado grupo de pessoas atendidos pelo Sistema Único de Saúde, no qual será supervisionado por um profissional de educação física tem dependência de alguns fatores, sendo os principais:

1) o local em que o programa será realizado, como nas próprias UBS ou em parques e praças nas proximidades das UBS; 2) possíveis parcerias com associações de moradores ou outras instituições; 3) os recursos disponíveis, como salas, equipamentos de ginástica ou outros materiais; 4) os recursos humanos, como a presença de profissionais de educação física nas equipes de saúde e, 5) a demanda de grupos específicos ou da comunidade (FLORINDO; ANDRADE, 2015, p.112).

Florindo e Andrade (2015) sugerem uma organização para realização de uma sessão de atividade física, buscando fazer com que os participantes consigam identificar as divisões entre aquecimento, parte principal e relaxamento. O autor sugere ainda um programa de treinamento em formato de circuito trabalhando fortalecimento muscular, sendo composto das etapas abaixo:

a. Aquecimento: composto por caminhar, pular corda e realização de polichinelo; b. Parte principal: participação em um circuito de força com dez estações. Os exercícios físicos realizados no circuito foram: abdominal, flexão de cotovelo, agachamento, levantamento da panturrilha, extensão de tríceps (“testa”) e elevação de tronco em decúbito ventral; c. Relaxamento: exercícios de alongamento propostos no prospecto “como praticar exercícios físicos” (FLORINDO; ANDRADE, 2015, p.115)

De acordo com Florindo e Andrade (2015) existem algumas dificuldades para o andamento do Programa de exercícios físicos, sendo elas: local específico para a prática, devido algumas UBS não possuírem estrutura física adequada, sendo necessário a procura de um local com espaço para desenvolver as atividades. Outra dificuldade é a falta de material específico, como máquinas para exercícios físicos, sendo necessário nesse caso o uso de material alternativo. A falta de adesão aos grupos de atividade física também é apontada como problema no Programa, mesmo ofertando grupos em dias e horários diferentes.

Os grupos de atividades coletivas são muito heterogêneos, isso os faz singular pois os participantes têm a oportunidade de vivenciar as diferenças e perceber que estas não são impeditivas. O ambiente acolhedor estabelecido onde as diferenças são tratadas igualmente torna a atividade mais atrativa (CARVALHO, 2016).

5.3 Formas de enfrentamento da baixa adesão aos grupos de AF

Os principais desafios na área de promoção da atividade física são a adesão e a aderência (FLORINDO; ANDRADE, 2015). A primeira diz respeito a dificuldade que se encontra em convencer a população a iniciar a participação em algum programa de atividade física e a segunda em como elaborar estratégias que mantenham os participantes nos programas. Apesar de comprovada a eficácia das intervenções envolvendo comportamentos saudáveis, ainda são grandes os desafios para pesquisadores e profissionais de saúde em como garantir a adesão e a aderência da população (FLORINDO; ANDRADE, 2015). De acordo com Oliveira e França (2014) e Krug, Lopes e Mazo (2015) muitos fatores podem influenciar a inatividade física, como por exemplo fatores físicos, comportamentais, ambientais e culturais.

Santos et al. (2012) apontam que os principais fatores relacionados a adesão poderiam ser: demográficos, psicológicos, sociais e decorrentes da relação entre o paciente e o profissional de saúde, assim como aqueles relacionados ao tratamento ou ao sistema de saúde. Sendo assim, pode-se identificar as barreiras para que o

usuário venha a aderir a modos de vida saudável buscando assim melhorar sua adesão e em contrapartida sua qualidade de vida. “Para enfrentar a inatividade física, durante o ciclo de vida, qualquer indivíduo necessita de apoio e incentivo” (LOPES et al., 2016, p.77).

O aconselhamento é uma prática educativa oferecida pelos profissionais de saúde no intuito de tornar os pacientes sujeitos ativos do seu processo de saúde (SANTOS et al., 2012, p.15).

Esse aconselhamento deve ser conduzido de forma a respeitar a autonomia do indivíduo e valorizar seu potencial, possibilitando a mudança de condutas e a consequente melhoria de sua qualidade de vida. Entretanto, mesmo sabendo dos grandes benefícios que o aconselhamento traria, ele ainda é pouco frequente na realidade do serviço de saúde (SANTOS et al., 2012).

Como exemplo de falta de aderência das pessoas ao programa de atividade física, existem dados levantados de um programa que mostram que apesar de ter uma grande adesão inicial ao programa (cerca de 90% das pessoas cadastradas), ao longo de 12 meses a média de frequência foi só diminuindo. Mesmo que lhes fossem oferecidos horários diversos, como turmas após as 17 horas (fora do horário da UBS) ou se mantivesse contatos telefônicos para incentivar houve dificuldades dos participantes na permanência (FLORINDO; ANDRADE, 2015).

Dentre as estratégias para fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários está o controle de frequência dos participantes nos grupos. Após evidenciado até três ausências consecutivas eram feitas ligações telefônicas para que se soubesse o motivo das faltas e ao mesmo tempo incentivar o usuário a continuar o programa (FLORINDO; ANDRADE, 2015).

Outra estratégia para melhorar a adesão é contar com ações dos próprios usuários que ao entenderem os benefícios dos grupos se prontificam de forma voluntária a convidar pessoas do seu convívio diário como vizinhos e amigos, entendendo que o grupo poderia também beneficiá-los. Os ACSs possuem um papel fundamental uma vez que eles podem a partir de sua leitura encaminhar mais usuários aos grupos (MIELCZARSKI; LIMA; DREHMER, 2012).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O problema a ser tratado é a baixa adesão dos usuários aos grupos de atividade física. A área de atuação da Equipe de Saúde da Família Sevilha tem 4.296 habitantes de todas as faixas etárias.

Os grupos operativos de atividade física não têm restrição quanto a idade e contam, atualmente, com 16 alunos em média, o que é um número baixo se considerarmos a população existente. Porém, não há dados que comprovem exatamente a quantidade de pessoas que são sedentárias na área de abrangência, pois podem existir aquelas que não participam dos grupos de atividade física oferecidos pela equipe e ainda assim praticam alguma atividade física.

Os dados demonstram que há uma necessidade de intervenção para incentivar a população a ser mais ativa, buscando assim atuar na prevenção de doenças e em melhorias da qualidade de vida.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

São muitas as desculpas utilizadas para justificar a inatividade física como falta de tempo, problemas financeiros, falta de motivação, a própria cultura da comunidade, pois muitos adultos cresceram sem acesso ao esporte e lazer. Essas barreiras necessitam ser desfeitas, a população precisa se conscientizar para ter hábitos saudáveis.

Infelizmente existe carência em relação aos espaços públicos oferecidos a população. Sabemos que muitos bairros não possuem áreas de esporte e lazer e entre aqueles bairros que têm, a localização dificulta o acesso da população.

É necessário investir em mais espaços públicos para esporte e lazer para a população. As escolas precisam incentivar a prática de atividade física desde a infância para que o indivíduo tenha a cultura e o hábito na vida adulta e que faça por prazer e com a consciência da necessidade de ser ativo fisicamente para uma melhor qualidade de vida.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os “nós críticos” do problema identificado foram:

- Falta de informação;
- Falta de motivação;
- Falta de opções de local público para realizar as atividades.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

No quadro 4 estão apresentadas as propostas para enfrentamento do nó crítico “Falta de informação”.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “falta de adesão aos grupos de atividade física”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sevilha BII, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.

| | |
|-----------------------------|--|
| Nó crítico 1 | Falta de informação |
| Operação (operações) | Disponibilizar informações para a população sobre a importância da adesão aos grupos de atividade física. |
| Projeto | População melhor informada |
| Resultados esperados | População com melhor nível de informação sobre a importância da adesão aos grupos de atividade física. Divulgação dos grupos de atividade física para o maior número de pessoas da comunidade. |
| Produtos esperados | Palestras para divulgação da importância da prática regular de atividade física Capacitação das ACS para divulgação dos grupos de atividade física |
| Recursos necessários | Estrutural: Organização da agenda da ESF. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema: importância da adesão aos grupos de atividade física. Financeiro: utilização de recursos financeiros para as campanhas de divulgação como panfletos e cartazes. Político: Informações utilizando articulação intersetorial. |
| Recursos críticos | Financeiro: utilização de recursos financeiros para as campanhas de divulgação como panfletos e cartazes. Políticos: Informações utilizando articulação intersetorial |

| | |
|--|--|
| Controle dos recursos críticos | Secretaria de saúde / Favorável Setor de comunicação social / Favorável |
| Ações estratégicas | Não é necessário |
| Prazo | Início do projeto em um mês |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações | Profissional de Educação Física do NASF-AB e equipe Estratégia Saúde da Família. |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | A Equipe de Estratégia Saúde da Família juntamente com o Profissional de Educação Física do NASF-AB realizarão uma avaliação com perguntas chave para verificar se o objetivo foi alcançado. |

No quadro 5 estão apresentadas as propostas para enfrentamento do nó crítico “Falta de motivação”.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “falta de adesão aos grupos de atividade física”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sevilha BII, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.

| | |
|-----------------------------|---|
| Nó crítico 2 | Falta de motivação |
| Operação (operações) | Realizar campanhas motivacionais sobre a importância da atividade física. |
| Projeto | Mais motivação |
| Resultados esperados | População com mais motivação para aderir a um programa de atividade física. Aumento do número de pessoas praticando atividade física. |
| Produtos esperados | Palestras para motivar a população a aderir aos grupos de atividade física Capacitação das ACS para divulgação dos grupos de atividade física Maior número de usuários inscritos nos grupos de atividades físicas |
| Recursos necessários | Estrutural: Organização da agenda da ESF. Cognitivo: Equipe capacitada sobre a importância da prática de atividade física para mobilizar a população e incentivar a prática. Financeiro: utilização de recursos financeiros para realização dos convites que serão entregues pelos ACS às famílias da |

| | |
|--|---|
| | área de abrangência. |
| Recursos críticos | Financeiro: utilização de recursos financeiros para realização dos convites que serão entregues pelos ACS às famílias da área de abrangência. |
| Controle dos recursos críticos | Gerente da ESF / Favorável |
| Ações estratégicas | Não é necessário |
| Prazo | Início do projeto em um mês |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações | Profissional de Educação Física do NASF-AB juntamente com a gerente da unidade. |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | O Profissional de Educação Física utilizará uma lista de presença durante a realização dos grupos de atividade física, ao final do mês fará um consolidado com o número de usuários ativos nos grupos para assim poder mensurar se os resultados esperados estão sendo atingidos. |

No quadro 6 estão apresentadas as propostas para enfrentamento do nó crítico “Falta de opções de local público para realizar as atividades”.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “falta de adesão aos grupos de atividade física”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sevilha BII, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.

| | |
|-----------------------------|---|
| Nó crítico 3 | Falta de opções de local público para realizar as atividades. |
| Operação (operações) | Disponibilizar locais públicos para realização de atividades esportivas. |
| Projeto | Espaço Público para realização de atividades esportivas. |
| Resultados esperados | Garantia de local público para a população praticar atividade física resultando em um aumento positivo de pessoas praticando as atividades. |
| Produtos esperados | Ampliação de locais públicos para a população praticar atividade física Aumento do número de pessoas praticando atividade física. |
| Recursos necessários | Estrutural: estrutura física, aparelhos de ginástica. Financeiro: investimentos financeiros em espaços públicos para esporte. Político: recursos políticos na execução dos investimentos financeiros para concretizar as obras. |

| | |
|--|---|
| Recursos críticos | Estrutural: estrutura física, aparelhos de ginástica. Financeiro: investimentos financeiros em espaços públicos para lazer. Político: recursos políticos na execução dos investimentos financeiros para concretizar as obras. |
| Controle dos recursos críticos | Prefeitura Municipal. Secretaria de esporte e lazer. |
| Ações estratégicas | Apresentar o projeto. |
| Prazo | Três meses para apresentação do projeto. Seis meses para aprovação. Um ano para implementação do espaço público. |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações | Profissional de Educação Física do NASF-AB juntamente com o gerente da unidade. |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | Acompanhamento através de reuniões mensais com as partes interessadas para avaliar o andamento do projeto, buscando assim monitorar se o planejamento inicial está sendo cumprido dentro do prazo ou se necessitará de adequação. |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos a necessidade de construir uma proposta de intervenção para aumentar a adesão da população aos grupos de atividade física na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Sevilha BII do município de Ribeirão das Neves.

O NASF-AB em Ribeirão das Neves oferta para algumas regiões grupos de atividade física que são abertos para toda a comunidade, entretanto, sabe-se que a adesão é baixa, comparado com a quantidade de moradores.

Sendo assim, acreditamos que o presente plano de intervenção poderá aumentar o nível de informação da população sobre a importância da atividade física e também ampliar as possibilidades de locais para a prática esportiva.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L.T.; MENDONÇA, J.G. Explorando as Consequências da Segregação metropolitana em Dois Contextos Socioespaciais. **Cadernos MetrÓpole**, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 169-188, jan/jun 2010.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013. **Perfil Municipal – Ribeirão das Neves /MG**. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/ribeirao-das-neves_mg>. Acesso em 19 de jun. 2018.
- BIELEMANN, R.M.; KNUTH, A.G.; HALLAL, P.C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v.15, n.1, p.9-14, jan-abr, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- CARLUCCI, E.M.S. et al. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Com. Ciências Saúde**. v.24, n.4, p.375-384, 2013.
- CARVALHO, F.F.B. Práticas corporais e atividades físicas na atenção básica do sistema único de saúde: ir além da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis é necessário. **Movimento**, v.22, n.2, p.647-658, 2016.
- CARVALHO, F.F.B.; NOGUEIRA, J.A.D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1829-1838, Jun, 2016.
- FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018, 97 p.
- FLORINDO, A.A; ANDRADE, D.R. **Experiências de promoção da atividade física na estratégia de saúde da família**. Florianópolis, SC. SBAFS: Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2015.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Relatório consolidado pesquisa origem e destino 2001-2002**. Belo Horizonte, 2003. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.mg.gov.br/consulta/verDocumento.php?iCodigo=42674>>. Acesso em 30 de jun. 2018.
- GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, v.25, p.37-43, 2011.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE-cidades, **Ribeirão das Neves, Minas Gerais**, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ribeirao-das-neves/historico>>. Acesso em 19 de jun. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo 2010 – Área de Ponderação, **Ribeirão das Neves, Minas Gerais**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/apps/areaponderacao/index.html>>. Acesso em 24 de jun. 2018.

IBGE – 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, 2014. Disponível em <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>> Acesso em: 21 ago. 2018.

KRUG, R.R.; LOPES, M.A.; MAZO, G.Z. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevos inativas fisicamente. **Revista Brasileira Med. Esporte**, v. 21, n.1, p.57-64, 2015.

LOPES, M.A. et al. Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 76-83, Mar. 2016.

MALTA, D. C.; NETO, O.L.M.; JUNIOR, J.B.S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.20, n.4, p.425-438, out-dez 2011.

MATSUDO, SM; MATSUDO, VK R. **Atividade Física e Obesidade: Prevenção e tratamento**. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

MATTOS, A. D. et al. Atividade Física na sociedade tecnológica. **Revista Digital**, ano 10, n. 94, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd94/tecno.htm>>. Acesso em: 29 set. 2018.

MENDES, C.M.L.; CUNHA, R.C.L. As novas tecnologias e suas influências na prática de atividade física e no sedentarismo. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Botucatu, v. 1, n. 3, p.12-17, 2013.

MIELCZARSKI, L.T.; LIMA, F.G.; DREHMER, L.B.R. Grupo de Atividade Física e Bem-Estar na Atenção Primária: Um relato de experiência do Pet-Saúde Mental em Porto Alegre. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 3, p. 109-112, jul. 2012.

OLIVEIRA J.G.; FRANÇA, S.P. Barreiras percebidas para a prática regular de atividade física de idosos. **Revista Geriatria & Gerontologia**, p.165-170, 2014.

SANTOS, R.P. et al. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.33, n.4, p.14-21, 2012.

SCABAR, T.G; PELICIONI, A.F; PELICIONI, M.C.F. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política

Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. **J Health Sci Inst** 2012.

SOUSA, E. A. **Alternativas públicas não estatais para a provisão de habitação popular: o caso do Bairro Metropolitano**. 2002. Dissertação (mestrado): Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002, 186p.