

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

**ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: SAÚDE DO ADULTO -
PLANO DE AÇÃO**

Patric Gedeon Custodio Jorge

Belo Horizonte/ Minas Gerais
2013

Patric Gedeon Custodio Jorge

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: SAÚDE DO ADULTO - PLANO DE AÇÃO

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.

Orientadora: Kátia Lúcia Moreira Lemos

Belo Horizonte/ Minas Gerais

2013

Patric Gedeon Custodio Jorge

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: SAÚDE DO ADULTO - PLANO DE AÇÃO

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.

Orientadora: Kátia Lúcia Moreira Lemos

Banca Examinadora

Kátia Lúcia Moreira Lemos - Orientadora

Ivana Montandon Soares Aleixo

Aprovada em Belo Horizonte, 25 de maio de 2013

Dedico este trabalho à minha família, em especial, ao meu filho Enzo Gabriel, minha esposa Jackeline e meus pais por estarem presentes em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer:

À Secretaria Municipal de Saúde, UFMG E CREF-6 pela oportunidade;

Ao Nescon, pelas informações disponibilizadas ao longo do curso;

À Kátia pela orientação, sua preocupação e incentivo foram fundamentais;

À meus colegas de trabalho que me socorreram nos momentos de folga;

À minha amiga Sibebe pela ajuda;

À minha colega Eliane, incentivadora e amiga.

RESUMO

Este trabalho analisa as condições que Monte Azul oferece para a constituição de Plano que estimule a prática de atividade física regular para adultos, auxiliando a promoção da saúde dentro da UBS Eutímia A. Jorge. Utilizando como referenciais publicações científicas que consideraram o quadro epidemiológico, causas e consequências e suas principais formas de enfrentamento do sedentarismo, bem como aspectos demográficos, econômicos, culturais, sociais, ambientais, renda, trabalho e serviços de saúde. A partir da análise dos dados, foi verificado um quadro de transição demográfica, com aumentos na taxa de urbanização e crescimento na populacional de adultos e idosos. Foram registrados no município 17% e 28%, respectivamente, de prevalência diabetes e hipertensão. São 6800 famílias, cerca de 700 acompanhamentos e 3000 atendimentos de hipertensão e diabetes. Das consultas realizadas 60% atendem pessoas de 15 a 59 anos. Cerca de 30% da população economicamente ativa do município, trabalham de maneira informal, sem garantias previdenciárias e de saúde. Isto representa um grupo com elevados fatores de risco. Para uma intervenção nesse quadro foi feito um plano operativo, do qual constam ações estratégicas, metas, recursos necessários, recursos críticos e a viabilidade para a execução do projeto. Nele tem também instrumentos disponíveis para avaliação e monitoramento do plano. Entendesse que é fundamental eleger a promoção da saúde como prioritária nas estratégias do município, objetivando deter o avanço das DCNT. Portanto, deve se ampliar as ações de prevenção, os horários de atendimento e profissionais capacitados.

Palavras-chave: Atividade física. Saúde Pública. Doenças crônicas.

ABSTRACT

This paper analyzes the conditions that Monte Azul provides for the establishment of the Plan that encourages regular physical activity for adults, assisting health promotion within the UBS Eutímia A. Jorge. Using as referential scientific publications that have considered the epidemiological situation, causes and consequences and their main ways of coping with physical inactivity, as well as demographic, economic, cultural, social, environment, income, employment and health services. From the data analysis it was found a picture of the demographic transition, with increases in the rate of urbanization and population growth in adults and the elderly. Were record in the district 17% and 28%, respectively, prevalence of diabetes and hypertension. Are 6800 families, about 700 accompaniments and 3000 attendances of hypertension and diabetes. 60% of cares meet people 15 to 59 years. About 30% of the economically active population of the working informally, without guarantees social security and health. This represents a group of high risk factors. For an intervention that frame a plan was made operative, setting out strategic actions, goals, resources, critical resources and feasibility to project execution. In it also have tools available for monitoring and evaluation plan. Understand that it is vital to elect health promotion as a priority in the strategies of the municipality, in order to stop the advance of NCDs. So should expand prevention, hours of operation and trained professionals.

Keywords: Physical activity. Public health. Chronic diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

Figura 1	- Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.....	16
Figura 2	- Taxa de urbanização de 1991 a 2010.....	25
Figura 3	- População por faixa etária 2000 e 2010.....	25
Figura 4	- Pirâmide etária dividida por sexo e idade Monte Azul (MG) – 2000.....	26
Figura 5	- Pirâmide etária dividida por sexo e idade Monte Azul (MG) – 2010.....	26
Gráfico 1	- Participação dos setores econômicos no PIB Municipal – 2009.....	27
Gráfico 2	- Comparação entre taxa de crescimento do PIB municipal e estadual nos 2004 a 2008.....	27
Figura 6	- Porcentagem das principais despesas municipais em 2009.....	28
Gráfico 3	- Distribuição dos postos de trabalho formais por setor em Monte Azul, entre 2004 e 2010.....	31
Gráfico 4	- Distribuição das pessoas ocupadas por classe de rendimento - 2010.....	31
Gráfico 5	- Distribuição das pessoas ocupadas por horas trabalhadas semanalmente – 2010.....	32
Gráfico 6	- Proporção dos domicílios com acesso a água, coleta de lixo e escoamento sanitário adequado – 2010.....	33
Quadro 1	- Projetos desenvolvidos em Monte Azul e UBS Eutímia A. Jorge.....	34
Gráfico 7	- Principais demandas do Serviço de Saúde - Monte Azul / Jul 2012.....	35
Gráfico 8	- Principais demandas do Serviço de Saúde - Monte Azul / Jul 2012.....	35
Gráfico 9	- Famílias com plano de saúde particular - UBS Eutímia A. Jorge.....	36
Quadro 2	- População de 15 a 59 anos – Monte Azul e UBS Eutímia A. Jorge.....	36
Quadro 3	- Números de casos registrados no Município.....	36
Gráfico 10	- Registro de diabetes e hipertensão - Monte Azul / 2006 – 2009.....	37
Quadro 4	- Despesas do município com saúde.....	37
Quadro 5	- Descritores.....	41
Quadro 6	- Desenho das operações.....	42
Quadro 7	- Recursos críticos.....	43
Quadro 8	- Viabilidade.....	44
Quadro 9	- Plano executivo.....	45
Quadro 10	- Gestão do plano.....	46
Quadro 11	- Questionário de avaliação.....	49
Quadro 12	- Monitoramento de resultados.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CONFED	Conselho Federal de Educação Física
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PIB	Produto Interno Bruto
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
BNB	Banco do Nordeste do Brasil
SUDENE	Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
PBF	Programa Bolsa Família
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
EJA	Educação de Jovens e Adultos
A. A.	Alcoólicos Anônimos
MAEC	Monte Azul Esporte Clube
SAMU	Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
SMS	Secretaria de Saúde Municipal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.2	Definição do problema	12
1.3	Objetivos	14
1.3.1	Geral	14
1.3.2	Específicos	14
1.4	Metodologia	15
2	DESENVOLVIMENTO	16
2.1	Conceituação de Saúde	16
2.1.2	Determinantes Sociais da Saúde	16
2.1.4	Quadro Epidemiológico	19
2.1.5	Causas e Consequências do Sedentarismo	20
2.1.6	Formas de Enfrentamento	23
2.2	Mapa Contextual	25
2.2.1	Aspectos Gerais do Município	25
2.2.3	Aspectos Demográficos	25
2.2.3	Aspectos Econômicos	28
2.2.4	Aspectos Culturais	29
2.2.5	Aspectos Ambientais	30
2.2.6	Renda e Trabalho	31
2.2.7	Aspectos Sociais	33
2.2.8	Cobertura dos Serviços de Saúde	36
2.3	Análise dos Dados	39
2.4	Plano Operativo	42
2.4.1	Descritores	42
2.4.2	Operações	42
2.4.3	Projeto Revigore	48
2.4.4	Avaliação e Monitoramento	49
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	52

1 INTRODUÇÃO

Monte Azul é uma cidade de pequeno porte situada no norte de Minas Gerais fundada em 1887. Assim como o Brasil, nos últimos cem anos o município passou diversas transformações de cunho educacional, econômico, político e social. Por ser centenária apresenta características peculiares como ruas estreitas calçadas com paralelepípedos e construções históricas que são de tempos econômicos ou políticos importantes. Dentre eles destacam-se a estação ferroviária, o mercado municipal, a Igreja Matriz, as usinas de beneficiamento de algodão e as diversas praças.

No século XX, a cidade viveu dois grandes momentos. O primeiro, com o transporte ferroviário, sendo ponto de ligação entre Salvador e Belo Horizonte e outro com a cultura do algodão, lembrado por muitos como o período do ouro branco. Porém, as décadas de 80 e 90 foram consideradas as mais difíceis, com períodos de seca prolongados que levaram a cidade a restrições graves na geração de renda e empregos. A partir de 2000, houve mudanças na administração municipal e alguns projetos passaram a ser organizados e desenvolvidos por profissionais de diversas áreas, com intuito de gerar melhorias nas áreas da saúde, educação e assistência social, bem como a implantação de programas de transferência de renda, microcrédito rural e empresarial. Estas medidas estimularam ligeiramente o comércio local e a produção agrícola, gerando melhoras na distribuição de renda no município. Mesmo com essas mudanças ainda existem muitas limitações em todas as regiões do município. Alargadas devido à falta de planejamento, gestão inadequada de recursos, obras pontuais de caráter assistencialista e poucas ações estruturais.

Baseado neste contexto e nas orientações do **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais**, nos últimos meses, foi organizado a construção de um projeto que identifique carências e potencialidades no município. Para compor um plano de ação, baseado em um mapa conceitual, um mapa contextual e um plano operativo.

Deste modo, ao acompanhar as ações de promoção da saúde propostas ao público adulto na UBS Eutímia A. Jorge foi observado que é preciso aumentar o leque de projetos que estimulem, através do exercício físico, mudanças no estilo de vida da população atendida.

1.2 Definição do problema

Através do contato com a comunidade foi possível acompanhar os atendimentos realizados pela unidade de básica de saúde Eutímia Antunes Jorge, localizada no bairro Pernambuco. Observou-se que existe apenas um projeto de promoção da saúde que atende aproximadamente 40 idosos. Outra observação é a demanda por atividade no horário da noite, visto que muitos trabalham durante o dia e tem este período disponível para atividades. Esses pontos podem estar relacionados à falta de profissionais capacitados para orientar quanto aos problemas causados pelo sedentarismo e/ ou a falha em aproveitar espaços e materiais disponíveis. Assim, são necessárias ações para aperfeiçoar o atendimento, criando condições adequadas para a promoção da saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) as doenças hipocinéticas crescem de forma epidêmica. É interessante ressaltar que o sobrepeso e a obesidade contribuem de forma significativa para aumento de doenças crônicas e incapacidades. As consequências para a saúde associadas a estes fatores estão entre as principais causas debilitantes que afetam a qualidade de vida de grande parte dos brasileiros. O incentivo às práticas corporais e valorização dos espaços públicos de convivência é ferramenta de inclusão social e fortalecimento da autonomia do sujeito, como pratica de saúde e exercício de cidadania (BRASIL, 2011).

Segundo o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal, 2002-2003 a prevalência de excesso de peso em adultos com 20 anos ou mais no período de 1975 a 1989 passou de 21% para 32%. Este mesmo estudo ressalta que das 16 regiões pesquisadas, 13 tinham índices de sobrepeso acima de 40% para idade de 25 a 49 anos. Estima-se que 80% da população adulta é sedentária e que 52% dos adultos brasileiros estão acima do peso, sendo 11% obesos.

A análise descrita acima indica que mudanças como: urbanização, aumento na expectativa de vida, declínio no gasto energético dos indivíduos e aumento progressivo de consumo de gordura e da densidade energética da alimentação estão entre os principais fatores associados. Para a redução de fatores de risco à saúde é necessária a adoção de estratégias multidisciplinares de curto, médio e longo prazo que incentivem à proteção e apoio ao estilo de vida saudável.

A partir da observação feita na UBS Eutímia A. Jorge identificou-se que as estratégias de prevenção a doenças hipocinéticas são pouco utilizadas pela instituição, conforme enfatiza a OMS a prevenção e controle das doenças hipocinéticas e seus fatores

de risco são fundamentais para reverter o quadro epidêmico. Assim sendo, fica ilustrada a necessidade de montar um plano composto de ações multidisciplinares direcionadas a promoção da saúde entre adultos.

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

Elaborar um Plano de Ação que estimule a prática de atividade física regular para adultos, como forma de auxiliar a promoção da saúde dentro da Unidade de Saúde da Família Eutímia Antunes Jorge - bairro Pernambuco.

1.3.2 Específicos

- Realizar pesquisa bibliográfica sobre: doenças crônicas não transmissíveis, agravos a saúde, determinantes sociais da saúde e formas de enfrentamento.
- Pesquisar por dados estatísticos, recursos financeiros e materiais relacionados ao município de Monte Azul.
- Criar um projeto com roteiro de atividades para orientar a população envolvida sobre os riscos, doenças e agravos relacionados aos hábitos sedentários e alimentação inadequada.
- Criar projeto que disponibilize espaço e orientação aos adultos para execução de um programa de exercícios físicos.
- Promover palestra multiprofissional sobre hábitos saudáveis.
- Instituir projeto que estimule o avanço de ações de saúde destinadas a adultos.
- Utilizar parcerias para a execução das intervenções.

1.4 Metodologia

Para a elaboração deste plano de ação foram relacionados temas descritos como prioridade para a atenção primária do município de Monte Azul, retirados do diagnóstico situacional, realizado de acordo com as orientações do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Destes pontos, surgiu a definição do problema, as metas e objetivos. Em seguida, teve início a pesquisa bibliográfica, origem do mapa conceitual, que relacionou as considerações científicas sobre o conceito de saúde e seus condicionantes sociais, as causas e consequências do sedentarismo, dados epidemiológicos e as principais formas de enfrentamento. O mapa conceitual serviu também de orientação para a organização dos indicadores em saúde abordados no mapa contextual.

Entre setembro e outubro de 2012 foram coletados os dados demográficos, econômicos, culturais, ambientais, emprego, aspectos sociais e a cobertura dos serviços de saúde, utilizando como base os sites do SIAB, IBGE, MDS e Atlas de Desenvolvimento Humano (elaborado pela PNUD/ OMS). Com esses dados foi traçado um mapa contextual do município de Monte Azul, com ênfase nos indicadores de saúde.

A partir do delineamento deste contexto foi realizada a análise dos dados, destacando os principais temas relacionados ao sedentarismo e sua forma de manifestação no município, de acordo com as informações encontradas. A análise dos dados direcionou também a elaboração das ações estratégicas do plano operativo, estabelecendo bases para definição dos pontos críticos e o direcionando as formas de enfrentamento recomendadas para a efetivação do projeto.

O arranjo do plano operativo contempla ainda os descritores, que servem de referência para os pontos modificáveis a partir da execução. Em seguida, descreve as ações estratégicas, metas e recursos necessários, apresentando em cada ato, seus recursos críticos e a viabilidade.

Após a execução das etapas descritas foi apresentado o plano executivo, contando o prazo e os responsáveis por cada momento. Neste consta também os instrumentos disponíveis para a gestão. A avaliação das ações será feita pelos participantes, respondendo um questionário de nível de satisfação e o monitoramento será realizado por instituição externa (Secretaria Municipal de Saúde) observando os pontos sinalizados nos descritores.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Conceituação de Saúde

A preocupação com a saúde tem sido objeto de discussão de vários governos, entidades e áreas do conhecimento. Para a OMS a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Avaliar saúde implica na observação do estilo de vida das pessoas e não apenas sua determinação genética e biológica (BRASIL, 2002).

Nas últimas décadas, as doenças infecciosas e parasitárias, principais causas de morte no início do século passado, cederam espaço aos chamados males da sociedade contemporânea, que tem suas complicações decorrentes de mudanças nos hábitos de vida ocidental (CASADO *et al.*, 2009). A OMS identificou as mudanças na forma de vestir, alimentar, locomover, prover informação da população mundial e seus possíveis agravos relacionados à saúde. Elas foram agrupadas e designadas como Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). O crescimento rápido destas representa um dos principais desafios de saúde pública neste início de século. Acredita-se que as mudanças de comportamento alimentar e os hábitos de vida sedentários associados a genes de susceptibilidade sejam o determinante principal do crescimento das doenças crônicas no mundo.

Deste modo a saúde passou a ser produto e parte do estilo de vida e das condições de existência da comunidade, assim promovê-la está relacionado a superar a fragmentação do assistir a enfermidade, e ir em direção a perspectiva da atenção integral às pessoas em suas indigências e nas suas localidades (BRASIL, 1998). Dessa forma, foram criados novos planos de intervenção em saúde com ênfase na promoção da saúde, prevalência e controle do aumento nos números de novos casos.

Para esse atendimento integral é preciso entender melhor os indicadores e a realidade de cada ambiente, de forma multidisciplinar e intersetorial, compreendendo o que determina as suas necessidades e desigualdades.

2.1.2 Determinantes Sociais da Saúde

As determinantes da saúde podem ser biológicas, relacionadas a comportamentos individuais e/ou de abrangência coletiva e dependem das estratégias do

setor público e das condições políticas, econômicas, sociais, culturais e ambientais. Dessa forma, a saúde e o adoecer de cada indivíduo/comunidade devem ser abordados no seu processo de produção, que é sempre único porque acontece nos territórios onde se vive e trabalha (BRASIL, 2009).

As ocorrências envolvendo as determinantes da saúde e aspectos sociais veem com o primeiro conceito editado em 1948 que cita o biopsicossocial na sua síntese de saúde. Outra referência importante é Carta de Alma-Ata editada pela OMS em 1978 e entendida por muitos como um dos principais documentos sobre atenção primária, aliando fatores sociais e econômicos aos agentes causadores de enfermidades. Outros fatos importantes foram a Carta de Ottawa de 1986, e retomada das discussões a partir da formação de uma comissão para debater os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) em 2005.

No Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) criada em março de 2006, descreve em seu Relatório Final os DSS como: situações de riscos vinculadas aos comportamentos individuais e as condições de vida e trabalho, bem como os relacionados com a macroestrutura, entre eles, fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais de cada município ou região.

Os fatores de natureza social, econômica, política e as mediações que estes incidem sobre a saúde, podem ter uma determinação complexa, não é uma simples relação direta de causa-efeito. Não há uma hierarquia de determinações, daí a necessidade estabelecer dados e relatos sobre possíveis vínculos entre social e saúde (BUSS E PELEGRINI FILHO, 2007)

Por isso foram criados vários modelos que procuram esquematizar a rede de relações entre os diversos fatores e seus níveis de inserção. Um modelo muito utilizado é o de Dahlgren e Whitehead (1991) e pode ser explicado da seguinte maneira:

Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead



Fonte: CNDSS - 2008.

- O primeiro nível relaciona os fatores comportamentais e de estilos de vida;

- O segundo nível corresponde às comunidades e suas redes de relações;
- O terceiro nível se refere à atuação das políticas;
- O quarto nível de atuação faz referência às determinantes no plano macro.

Para Brasil (2008) este modelo permite visualizar os DSS dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima como determinantes individuais até uma camada distal onde se situam as determinantes do plano macro. Segundo Buss e Pelegrini Filho (2007) o estudo dessa cadeia de mediações permite identificar onde e como devem ser feitas as intervenções em saúde. Além disso, a vigilância e o controle epidemiológico reúnem informações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência de exposição a fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais (CASADO *et al.*, 2009).

Dessa maneira, é preciso considerar a conjuntura, as mudanças ocorridas na estrutura demográfica brasileira, as alterações epidemiológicas e seu significado no avanço das DCNT. Malta *et al.* (2006) destacam que modificações nas taxas de natalidade e mortalidade, no padrão alimentar, na concentração de pessoas nas cidades e redução por mortes de doenças infecciosas tem relevância neste contexto. Malta (2009) complementa atribuindo importância a melhorias nos cuidados com a saúde, a mudança nos estilos de vida e a globalização. Brasil (2011) considera ainda que as determinantes sociais em nível de população são desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e serviços, pouca escolaridade, disparidades no acesso à informação.

Para Brasil (2009) atitudes como fumar, consumir baixa quantidade de frutas, de legumes e de verduras, além do consumo de álcool e falta de atividade física influenciam diretamente no adoecimento das pessoas. Estudos epidemiológicos mostram uma associação entre as principais doenças crônicas e um conjunto de fatores de risco, em que se destacam o tabagismo, alcoolismo, excesso de peso, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, baixo consumo de frutas e hortaliças e inatividade física (BRASIL, 2011; MACIEL, 2007; OMS, 2002).

Estes fatores de risco modificáveis são responsáveis por uma parcela grande e crescente da carga de doenças crônicas no Brasil. E têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, impactos econômicos para as comunidades e a sociedade em geral (MONTEIRO *et al.*, 2005). Stamler *et al.* (1999) afirmam que de 72% a 85% dos casos de enfermidades crônicas nos países desenvolvidos, poderiam ser explicados por dieta, atividade física inadequadas, alterações na pressão arterial e nos níveis lipídicos.

Esses dados reforçam que os sistemas de saúde precisam dosar o cuidar entre condições agudas e a atenção continuada as doenças crônicas (ACHUTTI & AZAMBUJA, 2004). Com destaque para a redução das iniquidades de saúde, ou seja, os pontos mais

sensíveis em que as intervenções podem provocar maior impacto ou há maior governabilidade (BUSS E PELEGRINI FILHO, 2007; BRASIL, 2008). Baseado em tais afirmações e com vistas a descrever a situação de saúde de uma nação ou município é necessário analisar e conhecer os dados epidemiológicos, bem como informações e relatos disponíveis sobre a situação da saúde.

2.1.4 Quadro Epidemiológico

A mudança do perfil de morbi-mortalidade no mundo indica uma maior ocorrência de doenças crônico-degenerativas. Segundo Achutti & Azambuja (2004) este conjunto de doenças é responsável por 60% das mortes e incapacidade em todo o mundo, numa escala progressiva, podendo chegar a 73% de todas as mortes em 2020.

As DCNT podem ser desenvolvidas ao longo dos anos e frequentemente acarretam prejuízos na qualidade de vida do indivíduo. Diabetes, hipertensão arterial, neoplasias e insuficiência cardíaca são alguns exemplos. Em relatório publicado em 2002 pela OMS elas já eram responsáveis por 58,5% de todas as mortes no mundo, estimando um avanço para 61% em 2005. Para Maciel *et al.* (2007) sua ocorrência está relacionada a um complexo conjunto de fatores que interagem entre si. Os fatores genéticos são de fundamental importância, no entanto, os fatores comportamentais são os principais desencadeadores.

Brasil (2009) assegura que os fatores comportamentais de risco têm relação direta com o surgimento de complicações crônicas, dentre eles destacam o baixo nível de atividade física, declínio na taxa de metabolismo basal e mudanças no padrão de alimentação. Maciel (2007) afirma que o Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde indicam o sedentarismo e a alimentação inadequada como responsáveis por mais de 50% do risco total para o desenvolvimento de algum tipo de doença incapacitante.

Dentre as doenças crônicas, sobrepeso e obesidade são indicados pela OMS como o quinto principal risco para mortes. Pelo menos 2,8 milhões de adultos morrem a cada ano como resultado de excesso de peso. Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda e nestes avaliase que 30% acarretam pessoas com menos de 60 anos (BRASIL, 2011).

O aumento da gordura corporal acompanha uma série de co-morbidades, caracterizadas de síndrome metabólica, que são compostos por: intolerância á glicose, dislipidemia, diabetes tipo 2, resistência à insulina, hipertensão, tecido adiposo visceral aumentado, concentrações plasmáticas de leptina aumentada, risco elevado de doença

cardíaca coronariana e de câncer (McARDLE, et al., 2003). Segundo dados da OMS em 2008, mais de 1,4 bilhões de adultos estavam acima do peso, destes cerca de 200 milhões de homens e quase 300 milhões de mulheres eram obesos. Há estimativas que 65% da população mundial vivem em países onde o sobrepeso e a obesidade mata mais pessoas do que o baixo peso. O aumento de sua incidência está distribuído em quase todas as raças e sexos, e atinge principalmente o público de 25 a 44 anos (BLUMENKRANTZ, 1997 *apud* FRANCISCHI *et al.*, 2000).

Os dados mais recentes do Brasil são alarmantes: devido ao aumento do sobrepeso nas últimas décadas, 48% das brasileiras e 50% dos brasileiros adultos se encontram, atualmente, com peso considerado excessivo (BRASIL, 2011). Mariath *et al.* (2007) apontam que 80% da população adulta é sedentária e que 11% são obesos. Conforme Fernandes e cols. (2011) o Brasil apresenta uma taxa autorreferida de dislipidemia próxima de 16,5%. Em outro estudo Eyken e Moraes (2009) investigaram os fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens e encontraram que o sobrepeso/ obesidade atinge 43% dos participantes da pesquisa. Além disso, 44% da carga de diabetes, 23% da carga de cardiopatia isquêmica e quase 40% dos encargos de câncer são atribuíveis ao excesso de peso.

Outro fator importante são os anos de vida com qualidade que são perdidos com enfermidades incapacitantes. Para Schmidt e Duncan (2011), em 1998 esses agravos eram responsáveis por 66,0% dos afastamentos do trabalho no estado de Minas Gerais e em 2005 por 75,0%. Em análise do banco econômico mundial, realizada em 2008, países como Brasil, China, Índia perdem mais de 20 milhões de anos produtivos de vida devido às DCNT (WORLD ECONOMIC FORUM, 2008). A exibição destes dados delinea a realidade sanitária e ressalta a necessidade de conhecer as consequências da inserção de atividades físicas como forma de atendimento e prevenção dentro do sistema de saúde.

2.1.5 Causas e Consequências do Sedentarismo

As doenças relacionadas ao sedentarismo atingem países desenvolvidos e em desenvolvimento, este quadro é preocupante e exige ações e políticas públicas, para minimizar o impacto deletério na saúde da população (MATSUDO *et al.*, 2002). O declínio na taxa de metabolismo basal e na prática de atividades físicas é resultado de mudanças ambientais e sociais associados ao desenvolvimento e pouca informação. Essas alterações são características das demandas da vida moderna, determinando novas adaptações, sejam

de ordem alimentar, de lazer, de cuidado com a saúde e de movimento (SEBOLD *et al.*, 2011; RAMOS, 2005).

Para Francischi *et al.* (2000) as tendências de transição nutricional ocorrida neste século em diferentes países do mundo convergem para uma dieta mais rica em gorduras (particularmente as de origem animal), açúcares e alimentos refinados, e reduzida em carboidratos complexos e fibras. A dieta ocidentalizada, associada à diminuição progressiva no gasto energético, apresenta como resultado o aumento de peso. Para Maciel (2007) as mudanças no consumo alimentar com aumento da participação de energia proveniente da dieta e a redução da atividade física, são tendências e devem atingir mais as mulheres.

Sebold *et. al* (2011) destaca que esta característica é observada não só na população em geral, mas também em adolescentes e adultos, e principalmente durante a formação profissional, como consequência das escolhas relacionadas ao trabalho. Este quadro arquitetado à natureza cada vez mais sedentária de muitas formas de trabalho e de transporte, estando as DCNT diretamente relacionadas ao estilo de vida das pessoas, como: problemas no trabalho, qualidade de sono, formas de entretenimento, relações culturais e sociais (REIS, 2009).

Outra nota importante é a evolução tecnológica, que reduziu distâncias e aprimorou a comunicação, mas com a sociedade tecnologicamente mais evoluída, o dispêndio energético diminui. Dados divulgados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia apontam que 80% da população adulta brasileira é sedentária e que 1/3 está obesa.

O desafio é aumentar cada vez mais o número de pessoas que possuem por hábito a prática alguma atividade física, seja deslocando-se para o trabalho ou no tempo livre das obrigações domésticas e profissionais (BRASIL, 2009). Todos estão susceptíveis a mudanças no estilo de vida, autores relatam alguns fatores associados ao ganho de peso (casamento, viuvez, separação, determinadas situações de violência, estresse, a ansiedade, a depressão e a compulsão alimentar, alguns tratamentos medicamentosos, disfunções hormonais e recuperação de cirurgias) (CARRARO *et al.*, 2005; TAVARES *et al.*, 2010).

Deste modo, é interessante salientar que os riscos a saúde aumentam progressivamente e proporcionalmente ao aumento de peso corporal. Este quadro aliado ao ganho de tecido adiposo alarga os riscos de desenvolver hipertensão, diabetes tipo II e outros distúrbios metabólicos. Estima-se que para cada aumento de 10% na gordura corporal pode gerar uma elevação na pressão arterial sistólica de aproximadamente 6,0 mmHg e na diastólica de 4,0 mmHg (FRANCISCHI *et al.*, 2000).

Em obesos a prevalência da hipertensão, o diabetes Tipo II e a resistência periférica a ação da insulina tem seu surgimento mais comum por volta dos 25 a 40 anos, podendo ser seis vezes maior em obesos do que em não obesos, (BLUMENKRANTZ, 1997 *apud*

FRANCISCHI *et al.*, 2000; MARIATH *et al.*, 2007; JUNG, 1997; MODENEZE, 2007). A associação do diabetes mellitus e a hipertensão arterial ampliam consideravelmente o risco de doenças cardiovasculares, que representam a primeira causa de óbito no país. O infarto do miocárdio, a insuficiência cardíaca e o acidente vascular cerebral, representavam aproximadamente 300 mil mortes anuais ou 820 por dia (SEBOLD *et al.*, 2011); FRANCISCHI *et al.*, 2000).

Esse risco pode se tornar mais acentuado quando o ganho de peso está acompanhado por uma alta ingestão de ácidos graxos saturados. Homens com sobrepeso têm mortalidade significativamente maior por câncer colorretal e 2,5 mais chances de morrer por câncer de próstata que indivíduos normais (BLUMENKRANTZ, 1997 apud FRANCISCHI *et al.*, 2000). Mulheres acima do peso também têm maiores chances de desenvolverem câncer de ovário e mama. Nelas, a obesidade, pode ainda relacionar-se com riscos acrescidos de cancro da mama do útero e das vias biliares (JUNG, 1997).

Além da contribuição do excesso de peso para o aumento na ocorrência de neoplasias, a concentração do tecido adiposo na região abdominal aliada à síndrome de resistência a insulina em obesas, elevam também o risco de câncer de mama. Mulheres obesas entre 20 e 30 anos apresentam um risco seis vezes maior no desenvolvimento de disfunção na vesícula biliar do que as com o peso normal (FRANCISCHI *et al.*, 2000).

Brasil (2009) acredita que as implicações negativas das DCNT para a qualidade de vida e longevidade geram grandes impactos econômicos, com estimativas de gasto de R\$ 1 bilhão do Sistema Único de Saúde a cada ano. Daí a necessidade de intensificar as propostas de modelos de sistema de saúde que fortaleçam a atenção básica, a promoção da saúde, a democracia e a integralidade do cuidado.

Para Modenze (2007) existe uma relação entre os níveis de aptidão física e o desenvolvimento de agravos à saúde. Ter um bom nível de capacidade aeróbia, força e/ ou resistência muscular, flexibilidade e poucas alterações na composição corporal são essenciais para a manutenção de um estilo de vida saudável. Ele destaca algumas implicações relacionadas a baixos níveis de capacidades físicas: doenças cardiovasculares, fadiga prematura, problemas posturais, queda em idosos, risco de lesões musculares e articulares e dores lombares, hipertensão, diabetes, artrite degenerativa, doenças nos rins e queda na resistência orgânica. Assim, conclui-se que as possibilidades de prevenir doenças crônicas e minimizar seus efeitos são inúmeras, porém a falta de conhecimento da população, assim como a falta de informação por parte de programas públicos de saúde faz com que esse mal tome proporções alarmantes.

2.1.6 Formas de Enfrentamento

A prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para evitar um crescimento epidêmico dessas enfermidades. O incentivo às práticas corporais e valorização dos espaços públicos de convivência é ferramenta da inclusão social e fortalecimento da autonomia do sujeito, como prática de saúde e direito ao lazer (BRASIL, 2011). Os serviços de saúde precisam desempenhar uma relação dialógica do cuidar/ ser cuidado, do ensinar/ aprender, com o objetivo de sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida da população (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009).

Deste modo, a prevenção e orientação adequada sobre hábitos saudáveis são medidas que têm impacto direto na qualidade de vida, no perfil de doenças, na mortalidade da população e na pressão sobre o sistema de atendimento à saúde (BRASIL, 2009). Essas medidas apontam para a criação de locais públicos destinados ao exercício físico, juntamente com programas locais de divulgação sobre atividade física, controle da ingestão calórica, aderência modos de vida mais ativos e outros métodos que demonstrem efetividade no combate sedentarismo (CORDÃO, 2007; DOMINGUES *et al.*, 2004).

Para esta modificação é prevista a atuação de profissionais de Educação Física em projetos de promoção de saúde, com vistas a integrar a prática regular de atividades físicas a prevenção e controle doenças crônicas. Destaca-se aqui a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família que visam ampliar a abrangência das ações adicionando outras áreas da saúde na atenção básica, dentre elas a educação física.

As ações desenvolvidas devem estar de acordo com as recomendações estabelecidas pelo Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) para a atuação profissional na atenção básica à saúde, de modo a legitimar e consolidar sua atuação como membro da equipe multidisciplinar de promoção da saúde (CONFEF, 2012). Um exemplo interessante é o Programa de Atividades Físicas para Pessoas com Necessidades Especiais desenvolvido na cidade de São José do Rio Pardo - São Paulo, iniciado em fevereiro de 2002, ele foi elaborado e orientado por uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeira, nutricionista, psicólogo e profissional de educação física), responsável pela orientação dos participantes. Seu objetivo era disponibilizar espaço e acesso gratuito à prática de exercícios físicos com orientação e supervisão adequada (SILVA *et al.*, 2011). Esta iniciativa esta de acordo com as recomendações para a prevenção de doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas editadas por diferentes associações de saúde no mundo, como o *American College of Sports Medicine*, os *Centers for Disease Control and Prevention*, a

American Heart Association, o *National Institutes of Health*, o *US Surgeon General*, a Sociedade Brasileira de Cardiologia, entre outras (CIOLAC E GUIMARAES, 2004).

Domingues *et al.* (2004) afirma que o exercício físico pode ser um fator protetor para uma série de males, entre os quais destacam-se: obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, osteoporose, depressão entre outras. Um equilíbrio calórico negativo, induzido pelo exercício físico e dieta balanceada atenua a perda massa magra e o acúmulo de massa gorda (REIS, 2009). Os benefícios do exercício físico podem ser alcançados com intensidade baixa, moderada ou alta, independente da modalidade praticada. A modificação de hábitos em jovens adultos está pautada na inserção de novas atividades no cotidiano, entendendo que a sequência e frequência das ações possibilita formação de uma nova rotina, com acréscimo de exercícios, dicas sobre alimentação adequada e exemplos de estilo de vida mais saudável (CIOLAC e GUIMARAES, 2004).

Outro motivo que incentiva a inclusão da atividade física na promoção da saúde é o seu efeito sobre o gasto energético diário, a partir de uma sequência de treinos a maioria das pessoas consegue gerar taxas metabólicas que são 10 vezes maiores que os seus valores em repouso, utilizando como referência caminhadas rápidas, corridas e natação (McARDLE *et al.*, 2003)

De acordo com Brasil (2011) existem estudos indicando que programas educativos que promovem a atividade física são efetivos na redução do sedentarismo. Outras iniciativas de sucesso são as estratégias propostas por cidades brasileiras percussoras no estímulo a atividade física e adoção de estilo de vida saudável, como: São Paulo, Belo Horizonte, Curitiba e Campinas. Maciel (2007) ressalta a importância de antes da implantação de ações seja realizado um diagnóstico da população estudada. Conhecer seus hábitos alimentares e de prática de atividade física, seus indicadores biomédicos, entender o contexto cultural e socioeconômico.

Assim, projetos que objetivem mudanças de comportamento exigem em sua composição programas educativos, medidas intersetoriais, comunicação social, acesso facilitado informações, exemplos práticos, criação e/ ou organização de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos (destaque para o Projeto Geração Saúde do estado de Minas Gerais que cria parcerias com academias particulares visando estimular a oferta desses serviços em diversas cidades).

2.2 Mapa Contextual

2.2.1 Aspectos Gerais do Município

Monte Azul é uma cidade de pequeno porte do Norte de Minas e está situada a cerca de 660 quilômetros da capital do Estado, Belo Horizonte. Segundo dados do site “www.estadosecidades.com” quanto à população, é 147ª posição de cidade mais populosa no estado de MG e a 1385ª no Brasil. Em termos de economia regional Montes Claros é sua maior referência, mas em termos de divisão política pertence à microrregião de Janaúba e as principais cidades próximas são Porteirinha, Mato Verde, Mamonas, Espinosa, Gameleiras, Jaíba, Santo Antônio do Retiro e Montezuma.

O clima e vegetação são uma transição entre Cerrado e Caatinga, é um município com muitas cachoeiras, cercadas serras. Possui uma Área de Preservação Permanente chamada “Caminho dos Gerais”, criada para defesa de nascentes e proteção da fauna e flora da região.

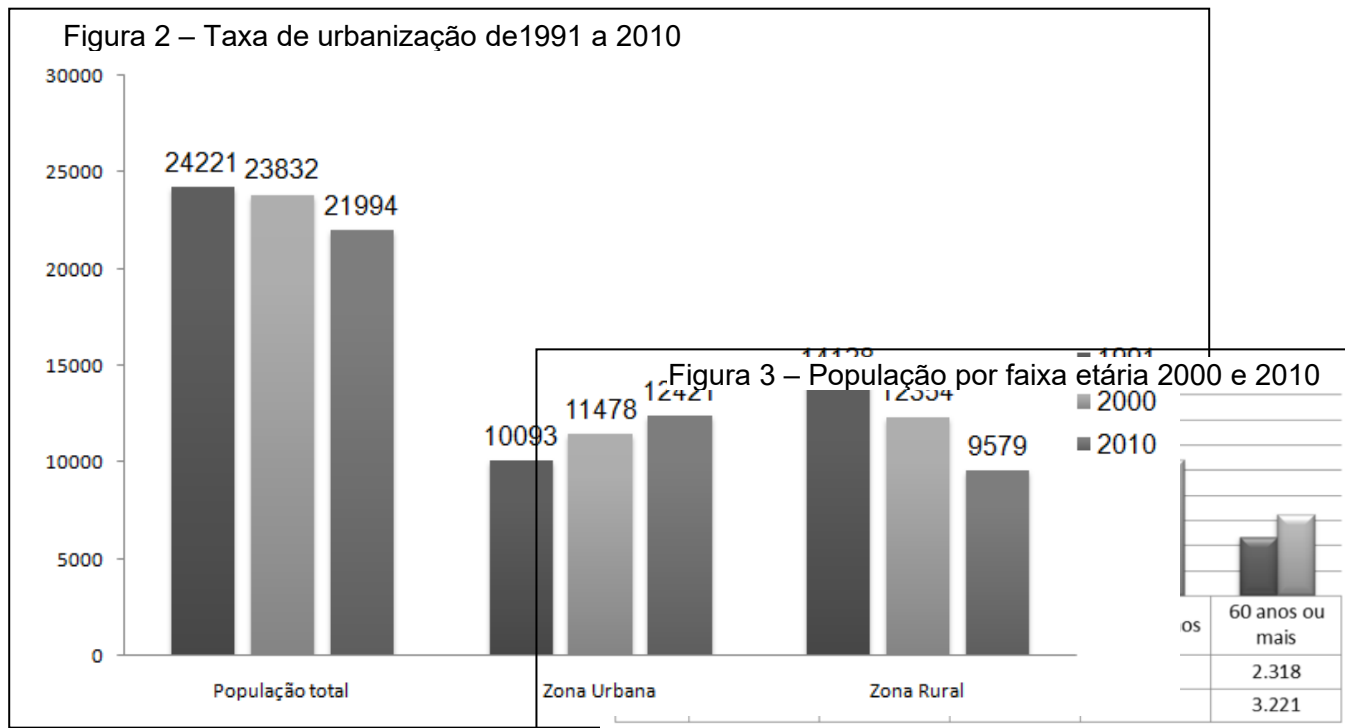
Historicamente, a agricultura da cidade foi baseada no cultivo do algodão. Porém, com a praga do bicudo, essa prática tornou-se inviável. Atualmente, a agropecuária é o setor mais aquecido. Mesmo assim a produção agrícola passa por grandes dificuldades devido a período de três anos com baixos índices pluviométricos, aumentando a dependência da população em relação administração pública e a demanda por ações assistencialistas.

O mercado consumidor monte-azulense é formado por famílias com ganhos mensais em média de 1 a 3 salários mínimos, tendo como principal área de ocupação a prestação de serviços, sendo a prefeitura municipal um dos principais empregadores.

2.2.3 Aspectos Demográficos

Os Censos Demográficos de 2000 e 2010 apresentaram uma taxa negativa de crescimento populacional (-0,8% ao ano), passando de 23826 para 21994 habitantes. Essa taxa foi inferior àquela registrada no Estado, que ficou em 0,93% ao ano, e inferior a cifra de 1,06% ao ano da Região Sudeste. Destes 12421 vivem na zona urbana e 9579 na zona rural. Complementando com informações do atlas de desenvolvimento humano de 2000 é

possível observar um aumento da taxa de urbanização de 1991 a 2010 e uma queda na população da zona rural (Fig.2).



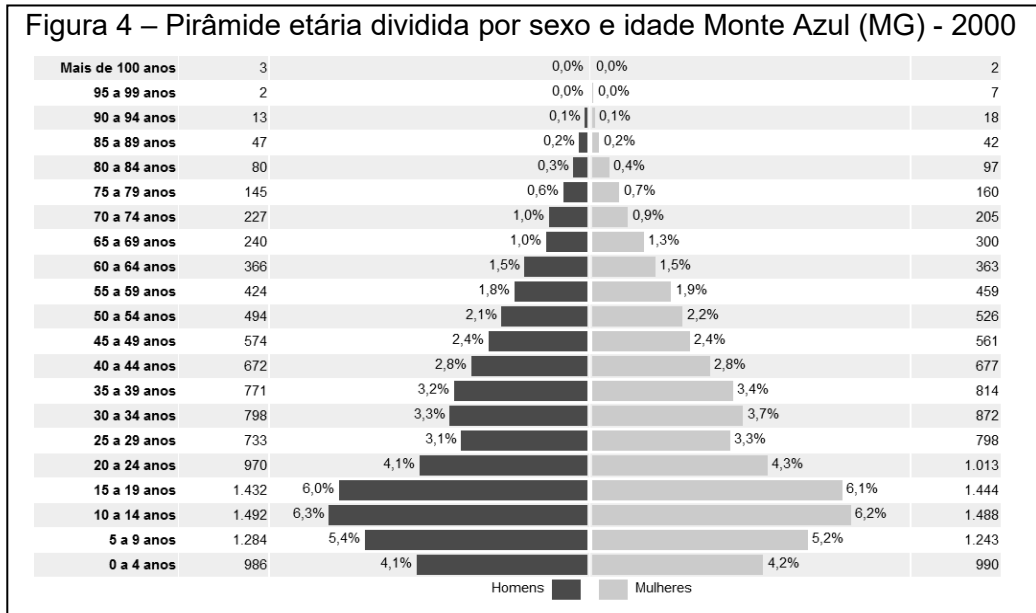
Fonte: IBGE – Censo demográfico 2010 e Atlas de Desenvolvimento Humano 2000

A estrutura demográfica também apresentou mudanças no município. Entre 2000 e 2010 ocorreu a ampliação da população idosa que, em termos anuais, cresceu 3,3% em média. Em 2000, este grupo representava 9,7% da população, já em 2010 detinha 14,6% do total da população municipal. A população residente no município na faixa etária de 15 a 59 anos se manteve estável, em 2000 eram 14032 e 2010 são 14027, representando 63,8% da população do município. Conforme Fig. 3.

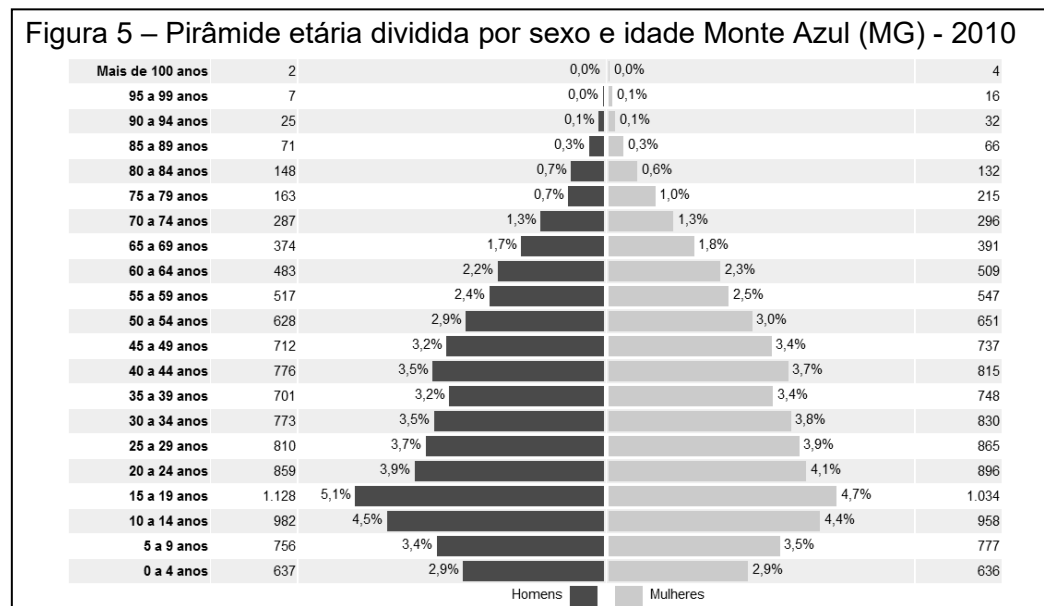
Analisando a pirâmide etária de Monte Azul (ver Graf. 3 e 4) é possível observar algumas semelhanças com mudanças ocorridas no Brasil. Cerqueira e Givisiez (2004) afirmam que o exame da dinâmica demográfica brasileira revela uma tendência de queda nos níveis de fecundidade e tem surpreendido pela sua velocidade e pelo seu caráter generalizado.

Assim a pirâmide de base larga e ápice estreito indicam uma população bastante jovem. Na medida em que a fecundidade declina, os nascimentos se reduzem e a base da pirâmide vai se estreitando, tendendo ao formato retangular, característico de uma população em processo de envelhecimento.

É interessante observar que Monte Azul segue esta tendência, queda na taxa de mortalidade e natalidade, tornando a população mais velha. Tais informações indicam a



Fonte: IBGE – Censo demográfico 2000



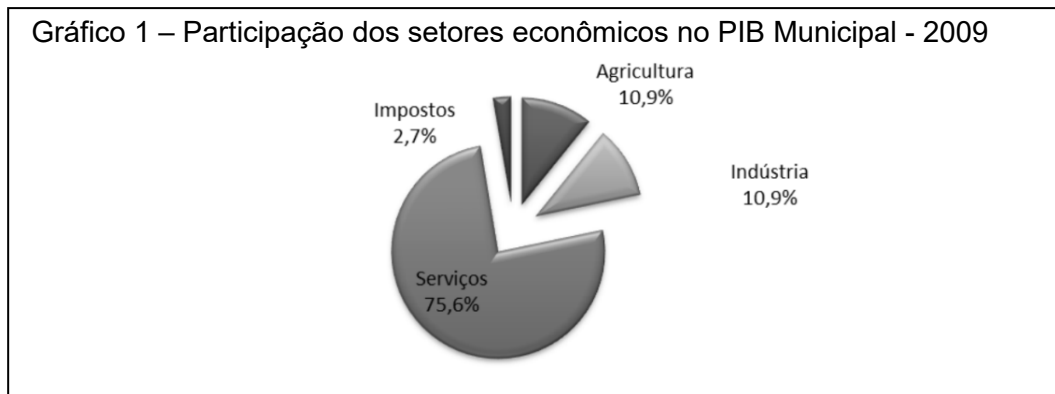
Fonte: IBGE – Censo demográfico 2010

ocorrência de alterações nas demandas sobre o sistema de saúde, o emprego e a seguridade social, com um deslocamento do foco das políticas públicas da infância para idades mais avançadas.

2.2.3 Aspectos Econômicos

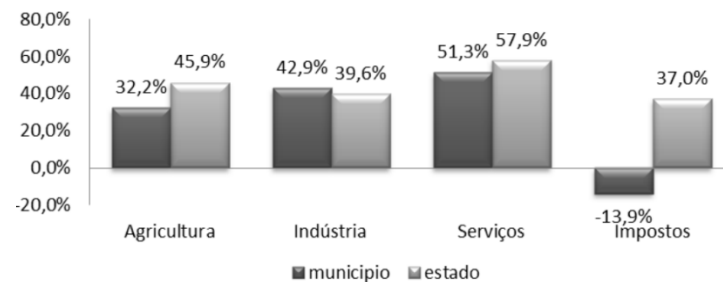
A estrutura econômica municipal demonstrava participação expressiva do setor de Serviços, o qual responde por 75,6% do PIB municipal. Cabe destacar o setor industrial, cuja participação era de 10,9% em 2009 contra 11,1% em 2005 (Graf. 1).

Entre 2005 e 2009, segundo o IBGE, o Produto Interno Bruto do município cresceu 45,2%, passando de R\$ 65,4 milhões para R\$ 94,9 milhões. O crescimento percentual foi inferior ao verificado no Estado que foi de 49,0% (Graf. 2).



Fonte: IBGE - PIB dos Municípios 2004 -2008

Gráfico 2 – Comparação entre taxa de crescimento do PIB municipal e estadual nos 2004 a 2008

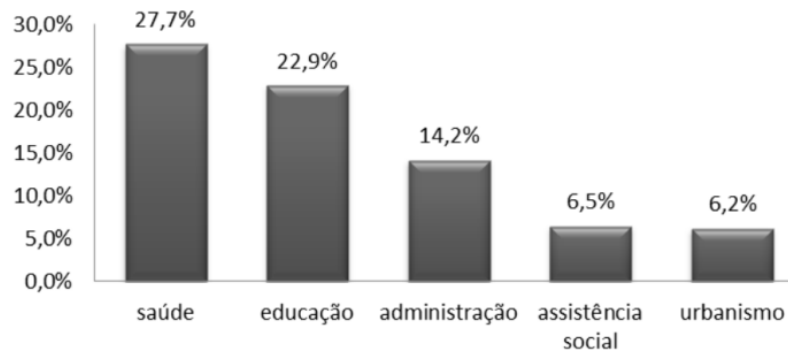


Fonte: IBGE - PIB dos Municípios 2004 -2008

A receita orçamentária do município passou de R\$ 12,3 milhões para R\$ 19,4 milhões em 4 anos, o que retrata uma alta de 57,3% no período ou 11,99% ao ano. A proporção das receitas próprias, ou seja, geradas a partir das atividades econômicas, em relação à receita orçamentária total, passou de 6,54% para 6,89%.

Segundo dados do MDS a dependência em relação ao Fundo de Participação dos Municípios diminuiu, passando de 52,16% da receita orçamentária em 2005 para 47,00% em 2009. As despesas com saúde, educação, administração, assistência social e urbanismo foram responsáveis por 77,40% das despesas municipais (Graf. 7). Em assistência social, as despesas alcançaram 6,46% do orçamento total, é interessante observar que segundo o MDS a média foi superior a do estado que foi de 3,20%. Representando uma demanda superior a média estadual.

Figura 6 - Porcentagem das principais despesas municipais em 2009



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social

2.2.4 Aspectos Culturais

Monte Azul na década de 80 e 90 tinha um dos mais disputados carnavais da região, tendo a participação de seis blocos carnavalescos. Possuía dois times de futebol (Odon Oliva e Monte Azul Esporte Clube) que participavam de campeonatos regionais. Como o esporte e o carnaval eram mantidos por interesses políticos e pessoais, com a perda de algumas lideranças foram ruindo aos poucos até praticamente desaparecerem.

Há dois clubes na cidade: o Automóvel Clube e o BNB Clube, os dois com grandes dificuldades na manutenção e reforma das estruturas. Vem sistematicamente perdendo associados. Atualmente, o BNB clube é um local sucateado, servindo apenas de depósito.

As festas mais importantes do município são por ordem cronológica: Festas Juninas (junho), Festa da Padroeira – Nossa Senhora das Graças (agosto), Aniversário da Cidade (outubro) e o Réveillon na Roça (dezembro). Elas são normalmente regadas de muitos rituais e comidas típicas como: pirão de frango caipira, arroz com pequi, frango assado, batida de cachaça com limão, cocada, doce de leite, biscoitos de polvilho entre outras. Outro evento que ocorre no município é a Exposição Agropecuária que tem forte ligação com o interesse da administração pública e que em sua última edição contou com leilões bovinos, shows musicais, exposições artesanais e concurso de culinária.

A cultura local também está relacionada às praças da cidade., dentre elas: Praça da Matriz, Praça do Pernambuco, Praça XV de Novembro, Praça do Mercado. As praças representam a principal alternativa de lazer dos cidadãos, reúnem bares, postos de combustível, escolas, comércios, ambulantes, shows, manifestações populares entre outras. Em momentos históricos as praças também foram palco de personagens ilustres da biografia monte-azulense, eles utilizaram o espaço para discursos, apresentações, comícios e festejos populares. Alguns deles e sua breve biografia estão citados a seguir.

- Coronel Levy: figura forte na política foi prefeito e deputado estadual, comandava toda a cidade.
- Dona Almira: professora e diretora da Escola Normal foi líder política.
- Dr. Leal: médico e esposo de Dona Almira foi importante na primeira alternância de poder ocorrido na política monte-azulense.
- Dona Eutímia: viveu mais de 90 anos e foi proprietária da pensão Santo Antônio, forte participação religiosa, social e política.
- Joaquim da Loja: dono de mercearia e da primeira funerária de monte azul;
- João Tibas: artista local conhecido pelas belas obras esculpidas no barro e madeira, pintor, escritor, ator e humorista.
- Joaquim de Dêja: figura política atuante tem 50 anos de vida pública, foi vereador e prefeito por 3 mandatos.
- Dr. Paulo: farmacêutico e político, participou da 2ª grande virada política de Monte Azul.
- Gêra Doido, Chico Pacu, Tutano, Noêmia, Crispim, Lau, Chulé foram portadores de necessidade especiais que por não terem local apropriado para atendimento recebiam ajuda da população.

Entretanto, nada representa melhor a cultura monte-azulense que o Mercado Municipal, situado na parte mais antiga da cidade é um resumo de tudo o que acontece na região. O dia de maior movimento é o sábado, pois se aglomeram nas ruas e becos próximos diversos mercadores de roupas, doces, animais vivos e abatidos, condimentos, vegetais, produtos artesanais de mandioca, milho, pequi, cana-de-açúcar, leite, restaurantes, e outros todo tipo de negociata. O mercado é palco também de manifestações político-partidárias e de divulgação de eventos fúnebres, esportivos e festivos.

2.2.5 Aspectos Ambientais

Monte Azul é parte integrante do conhecido "Polígono da Seca", esta área envolve parte de oito estados nordestinos (Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe) e parte do norte de Minas Gerais. É também uma região atendida pela SUDENE e historicamente exposta a períodos prolongados de estiagem reduzindo a umidade do solo, acarretando enormes perdas aos cultivos. Algumas características geográficas são:

- Baixo índice pluviométrico anual;
- Baixa umidade;
- Clima semi-árido;

- Vegetação é uma transição entre Caatinga e Cerrado;
- Temperaturas elevadas em grande parte do ano e escassez de água.

A seca, além de ser um problema climático, é uma situação que gera dificuldades sociais para as pessoas que habitam a região. Com a falta d'água, torna-se difícil o desenvolvimento da agricultura e a criação de animais, provocando a falta de recursos econômicos, desemprego, dificuldades com água, alimentação e criação de animais.

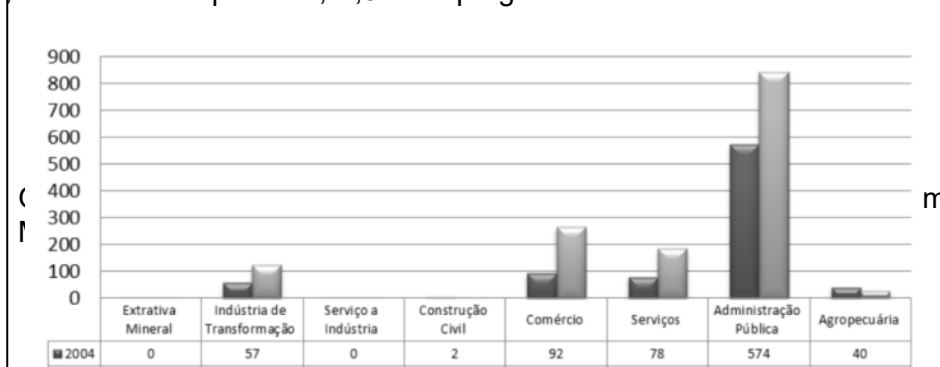
Ocorre então a dependência de ações públicas assistencialistas que nem sempre funcionam e, mesmo quando funcionam, tem grandes desafios em gerar condições para um desenvolvimento sustentável da região. Freitas (2008) afirma que os principais registros de seca na região do Polígono datam de 1914, 1918, 1930, 1941, 1951, 1953, 1957, 1965, 1969, 1971, 1979, 1982 e 1986, além dos últimos anos da década 90 e o último triênio 2010/2011/2012.

2.2.6 Renda e Trabalho

Segundo dados do MDS extraídos junto ao Ministério do Trabalho e Emprego, o mercado de trabalho formal em 2010 totalizava 1446 postos, 71,5% a mais em relação a 2004. O desempenho do município ficou acima da média verificada para o Estado, que cresceu 39,4% no mesmo período. Representando, nos últimos anos, saldo positivo na geração de novas ocupações entre 2004 e 2010. O número de vagas criadas neste período foi de 265. No último ano as admissões registraram 205 contratações contra 129 demissões. Mesmo com bons resultados é grande o número de pessoas trabalhando na informalidade sem garantia trabalhista e previdenciária.

Conforme dados do último Censo Demográfico, o município em agosto de 2010 possuía 10.298 pessoas economicamente ativas onde 9530 estavam ocupadas e 768 desocupadas.

A distribuição das pessoas ocupadas por posição na ocupação mostra que 13,0% tinha carteira assinada, 31,0% não tinha carteira assinada, 30,0% atuam por conta própria, 6,2% servidores públicos, 1,3% empregadores e trabalhadores sem rendimentos e

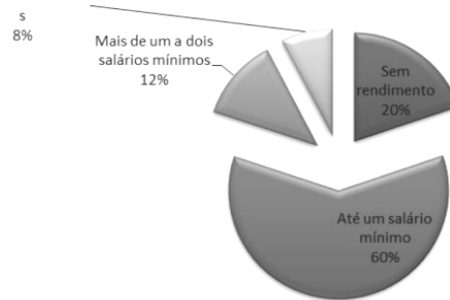


Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social

na produção para o próprio consumo representavam 18,5%. Outro ponto importante é das pessoas ocupadas, 19,8% não tinham rendimentos e 80,1% ganhavam até um salário mínimo por mês (Graf. 3 e 4).

A administração pública foi o setor com maior volume de empregos formais, com 844 postos de trabalho, seguido pelo setor de Comércio com 266 postos em 2010.

Gráfico 4 – Distribuição das pessoas ocupadas por classe de rendimento - 2010



Fonte: IBGE – Censo demográfico 2010

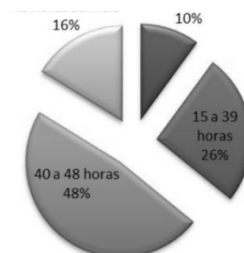
Somados, estes dois setores representavam 76,8% do total dos empregos formais do município. Os setores que mais aumentaram a participação entre 2004 e 2010 na estrutura do emprego formal do município foram comércio (de 10,91% em 2004 para 18,40% em 2010) e serviços (de 9,25% para 12,79%). A que mais perdeu participação foi administração pública de 68,09% para 58,37%.

O valor do rendimento médio mensal das pessoas com ocupação era de R\$ 594,69. Entre os homens o rendimento era de R\$ 716,56 e entre as mulheres de R\$ 479,27, apontando uma diferença de 49,51% maior para os homens.

A distribuição de empregados por seção de atividade revelou que a agricultura, pecuária, produção florestal, comércio e a reparação de veículos automotores e motocicletas detinham 54,9% do total da população economicamente ativa do município.

Em relação às jornadas de trabalho, 64% das pessoas trabalham mais 40 horas por semana (Graf. 5). Com relação ao tempo das pessoas que trabalham fora do domicílio e retornavam para o seu domicílio diariamente, os dados apontaram que 87,0% gastavam até meia hora, 9,6% mais de meia hora até uma hora e 3,4% perdiam mais de uma hora com o deslocamento.

Gráfico 5 – Distribuição das pessoas ocupadas por horas trabalhadas semanalmente - 2010

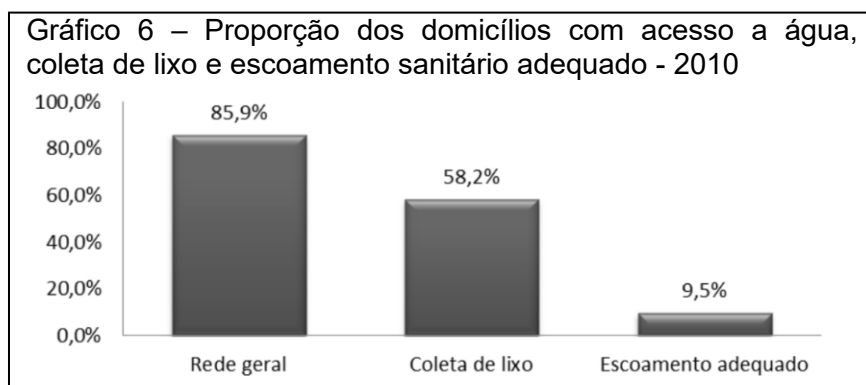


Fonte: IBGE – Censo demográfico 2010

Com relação à inserção no mercado de trabalho, havia menor representação das mulheres. A participação da mulher no mercado de trabalho formal era de 50,1% em 2010. O percentual do rendimento feminino em relação ao masculino era de 76,6% em 2010, independentemente da escolaridade. Entre os de nível superior o percentual passa para 44,3%

2.2.7 Aspectos Sociais

Os serviços públicos considerados essenciais como fornecimento de energia elétrica estava presente praticamente em todos os domicílios. Em 2010, 96,1% dos moradores urbanos contavam com o serviço de coleta de resíduos e 93,7% tinham energia elétrica. A proporção de moradores, em 2010, com acesso ao direito de propriedade (própria ou alugada) atingiam 92,8%. Quanto à cobertura da rede de abastecimento de água o acesso estava em 85,9% das casas e dessas, apenas 9,5% dispunham de esgotamento sanitário adequado (Graf. 6).



Fonte: IBGE – Censo demográfico 2010

Em relação aos níveis de pobreza, indicava que o município contava com 3738 pessoas na extrema pobreza, sendo 2783 na área rural e 955 na área urbana. Em termos proporcionais, 17,0% da população está na extrema pobreza, com intensidade maior na área rural (29,1% da população na extrema pobreza na área rural contra 7,7% na área urbana). Segundo dados do Ministério do Desenvolvimento Social a cidade conta com 4756 famílias registradas no Cadastro Único em 2011, sendo 4201 famílias com renda per capita mensal de até meio salário. Essa quantidade de famílias representa, considerando-se quatro membros por família, 76,4% da população.

Nesse contexto, o Programa Bolsa Família (PBF) abarcou 2998 famílias em 2011, ou 71,4% das famílias com renda abaixo de meio salário mínimo. O Cadastro Único

registrou um aumento de 5,4% ao ano em relação a 2004, elas eram 2081 e em 2006 foram para 3203 beneficiadas.

Em 2011 as famílias beneficiárias receberam um total de R\$ 3,6 milhões, o que correspondeu a um benefício médio mensal de R\$ 101,2, uma elevação de 12,6% ao ano se comparado ao valor médio de R\$ 44,10 do benefício pago em 2004, quando um total de R\$ 1,1 milhão foi despendido com o pagamento de benefícios do PBF.

A análise dos componentes do Índice de Gestão Descentralizada organizada pelo MDS revela que, no último período, a taxa de crianças com informações de frequência escolar em 78,0% e taxa de famílias com acompanhamento de agenda de saúde em 89,0%. No município, em 2005, o percentual de escolas do ensino fundamental com laboratórios de informática era de 12,5% e com acesso à internet 3,1%. As escolas, do ensino médio, com laboratórios de informática eram de 66,7% e com acesso à internet 33,3%.

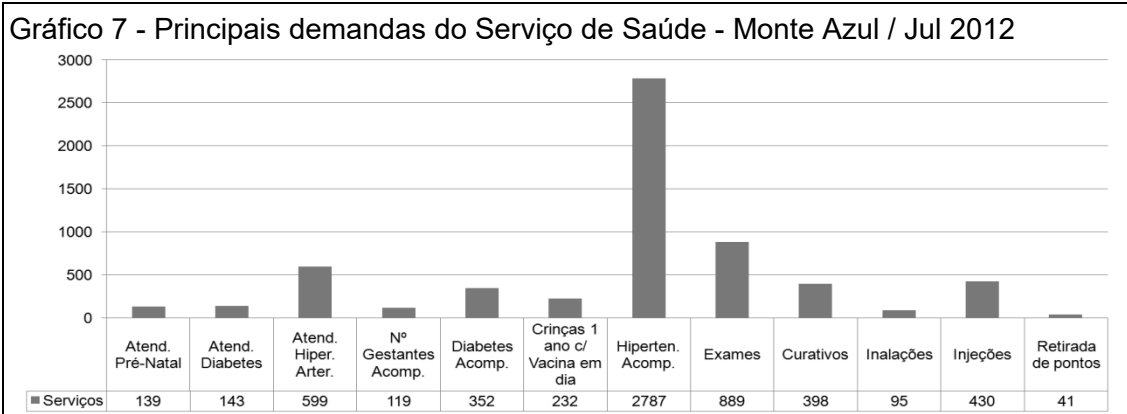
Foram organizadas informações sobre os projetos e serviços prestados no município, principalmente no entorno dos bairros atendidos pela UBS Eutímia A. Jorge.

Quadro 1 – Projetos desenvolvidos em Monte Azul e UBS Eutímia A. Jorge					
Projetos	Área de atuação	Público alvo	População coberta	Responsável	Financiamento
ProJovem Urbano	Formação para o Trabalho	Adolescentes e Adultos	250 pessoas de toda a zona urbana	Secretaria de Assistência Social	Governo Federal/ Municipal
Programa de atividade física para idosos	Saúde	Idosos	150 pessoas, 3 núcleos: São Geraldo, Centro e Pernambuco	Secretaria Municipal de Saúde em parceria com E. E. Domingos Teixeira da Silva	Governo Federal/ Municipal
Alcoólicos Anônimos	Saúde e educação	Pessoas com dificuldade para superar o alcoolismo	200 pessoas	Grupo A. A.	Trabalho voluntário
Escola em Tempo	Educação	Alunos de Ensino	100 alunos	E. E. Domingos	Secretaria Estadual de

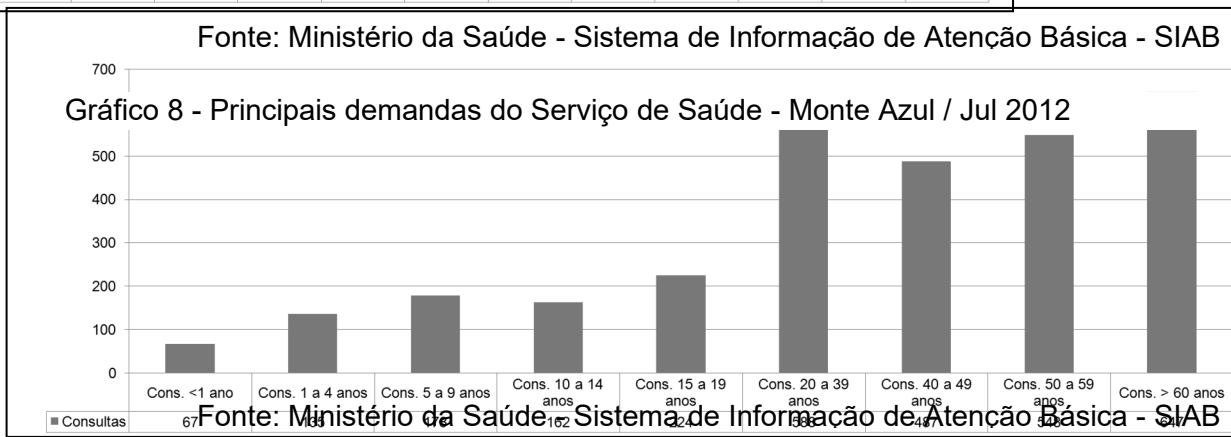
Integral		Fundamental da rede Estadual		Teixeira da Silva e E. E. Tancredo Neves	Educação
Escolinha de Futebol do MAEC	Esporte	Alunos de 8 a 16 anos	45 crianças e adolescentes	Nei Baterias	Particular
SAMU	Saúde	Casos de emergência	Todo o município	Secretaria Municipal de Saúde	Governo Municipal e Federal
Ensino Profissina-lizante	Educação	Alunos do EJA da rede Estadual	100 alunos	E. E. Tancredo Neves	Secretaria Estadual de Educação

2.2.8 Cobertura dos Serviços de Saúde

Segundo CNES, o município conta com 20 pontos de atendimento a saúde, destaque para 11 UBS e o hospital (maternidade e pronto atendimento). A população total atendida pela rede de saúde local é de aproximadamente 22000 pessoas e 6800 famílias. Os serviços mais exigidos são consultas, exames, acompanhamento de gestantes, crianças e idosos, curativos, injeções, diabetes e hipertensão (ver Graf. 7 e 8).

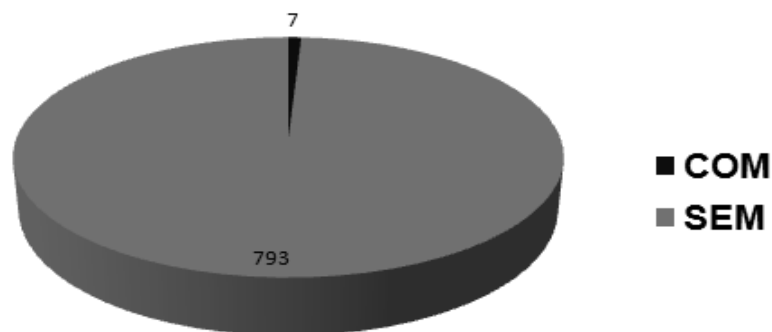


Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB



A UBS Eutímia Antunes Jorge atende os bairros Pernambuco, Santa Maria, Angical, Icarai e Cidade Jardim. Estima-se que o público atendido é de 2700 pessoas, distribuídas em 800 famílias. Atuando na UBS, de acordo com o CNES, estão listados 15 profissionais: 1 médico, 1 enfermeiros, 1 dentista, 1 auxiliar de serviços odontológicos , 1 auxiliar de enfermagem, 1 recepcionista e 9 agentes comunitários de saúde. Eles podem eventualmente receber apoio dos profissionais inseridos no NASF (psicóloga, nutricionista, farmacêutico, assistente social e psiquiatra). Das cerca de 800 famílias menos de 1% tem plano de saúde particular (Graf. 14).

Gráfico 9 - Famílias com plano de saúde particular - UBS Eutímia A. Jorge



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB

Na faixa etária de 15 a 59 anos são aproximadamente 1800 pessoas, mais de 10% do público total do município nessa idade. Com destaque para a maior concentração de indivíduos entre 20 e 49 anos (Quadro 2).

Quadro 2 – População de 15 a 59 anos – Monte Azul e UBS Eutímia A. Jorge		
Faixa Etária	Monte Azul	UBS Eutímia A. Jorge
15 a 19 anos	2318	288
20 a 49 anos	10282	1305
50 a 59 anos	2423	251
Total	15023	1844

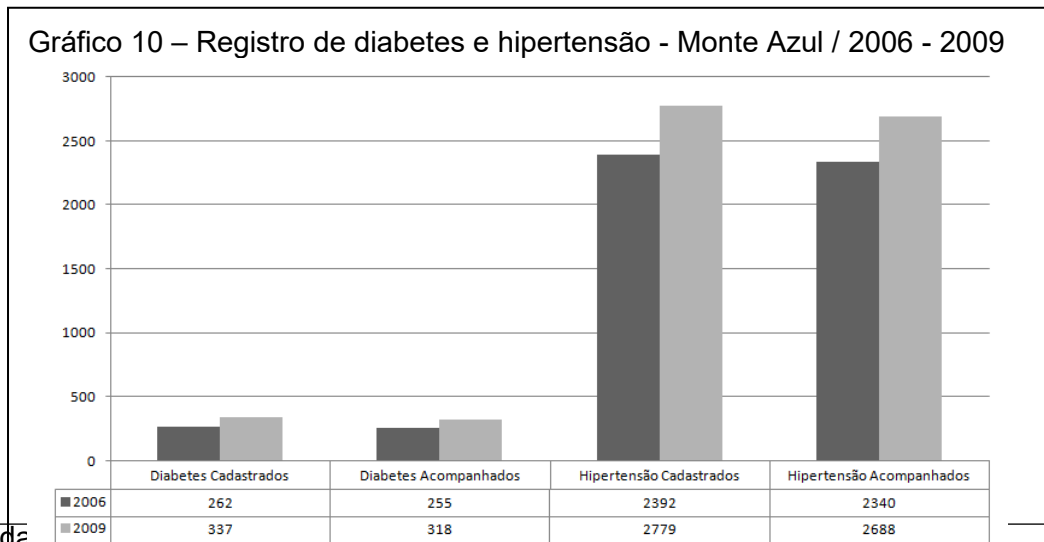
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB

Quadro 3 - Números de casos registrados no Município em Julho/ 2012		
Público: Adultos com mais de 15 anos		
	Diabetes	Hipertensão Arterial
Total de registros	352	2906

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB

As despesas por habitante cresceram 37% de 2006 a 2009, houve um aumento do repasse feito pelo SUS e da contrapartida do município. Esses resultados estão acima da

prevalência de diabetes e hipertensão no período, sendo respectivamente, 28% e 17%. (Quadro 3/ 4 e Graf. 15).



Fonte: Ministério de

Dados e Indicadores	2006	2007	2008	2009
Despesa total com saúde por habitante (R\$)	179,18	173,67	230,14	245,51
Despesa com recursos próprios por habitante	92,00	82,31	112,40	115,17
Transferências SUS por habitante	78,58	87,55	110,13	130,68
% despesa com pessoal/ despesa total	43,2	34,2	35,1	36,5
% transferências SUS/ despesa total com saúde	43,9	50,4	47,9	53,2
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	23,9	19,4	22,1	22,3
% despesa com serv. terceiros - pessoa jurídica / despesa total	28,5	27,6	25,1	32,9
Despesa total com saúde	4.088.909,72	3.896.587,62	5.281.401,83	5.607.044,42

Despesa com recursos próprios	2.099.424,46	1.846.728,97	2.579.552,88	2.630.306,47
Receita de impostos e transferências constitucionais	8.802.522,88	9.539.863,49	11.661.668,51	11.789.087,95
Transferências SUS	1.793.204,35	1.964.327,89	2.527.416,89	2.984.404,13
Despesa com pessoal	1.765.486,38	1.333.068,07	1.853.400,42	2.045.532,74

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB

2.3 Análise dos Dados

Os dados apresentados foram coletados por meio eletrônico, em bases de acesso do IBGE, MDS, SIAB e PNUD. Eles forneceram informações populacionais, epidemiológicas, sociais e econômicas que tornaram possível observar questões em Monte Azul comuns aos processos descritos anteriormente no Brasil e no mundo.

Deste modo, diversos estudos sugerem que mudanças na urbanização e aumento na expectativa de vida seguem uma tendência mundial, é a chamada Transição Demográfica. No Brasil, esse processo de transição produziu importantes alterações no quadro de enfermidades (OMS, 2002; ACHUTTI & AZAMBUJA, 2004; MALTA *et al.*, 2006; BUSS E PELEGRINI FILHO, 2007; CNDSS, 2008; BRASIL, 2011).

O processo de urbanização se intensificou nos últimos 20 anos. Em 1991, 41% dos habitantes viviam na zona urbana, em 2010 já eram 57%. Além disso, Achutti & Azambuja (2004) defendem que as doenças crônicas têm fatores de risco comuns, e demandam por assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população. Dos 21994 municípios, 78% têm mais de 15 anos, 14% são idosos e 64% de 15 a 59 anos. Deste último extrato, estima-se que 2000 pessoas estejam na área de atuação da UBS Eutímia A. Jorge.

Segundo Malta *et al.* (2006) esse processo de transição epidemiológica gera um novo perfil de morbi-mortalidade, condicionado à diversidade regional, características socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde, aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo.

As consequências para a saúde associadas a estes fatores estão entre as principais causas debilitantes que afetam a qualidade de vida de boa parte dos brasileiros. Os dados mais recentes do Brasil avaliam que 50,0% dos brasileiros adultos se encontram com peso considerado excessivo (BRASIL, 2011). Baseado nisso e nas semelhanças entre Brasil e Monte Azul nas modificações populacionais é possível estimar que cerca de 7000 adultos estejam sedentários em todo o município. E destes cerca de 1000 são atendidos pela UBS Eutímia A. Jorge.

Para Achutti & Azambuja (2004) os adultos jovens e de meia-idade, aparecem como mais susceptíveis as agravos crônicos, reunindo hábitos e situações de saúde que tem relação direta com a instalação de limitação ou incapacidade para prover o próprio sustento, bem como de seus dependentes.

Cerca de 30% da população economicamente ativa do município, perto de 2800 pessoas, trabalham de maneira informal, sem garantias previdenciárias e de saúde. Apenas 7 das 800 famílias atendidas pela UBS Eutímia A. Jorge possuem plano de saúde particular.

Essas condições descritas trazem maior responsabilidade aos políticos e gestores do sistema de seguro social ou saúde (ACHUTTI & AZAMBUJA, 2004).

Assim, Brasil (2009) acredita que as implicações negativas das DCNT para a qualidade de vida e longevidade geram grandes impactos econômicos, com estimativas de gasto de R\$ 1 bilhão do Sistema Único de Saúde a cada ano. Em Monte Azul, os gastos com saúde passaram de 5 milhões de reais em 2009, comprometendo 32% do orçamento municipal com gastos e investimentos nesta área. Alguns desses gastos são contabilizados mediante a realização de estimativas das internações e atendimentos ambulatoriais. O sistema de saúde municipal atende cerca de 6800 famílias, são cerca de 700 acompanhamentos e 3000 atendimentos de hipertensão e diabetes. Das consultas realizadas 60% atendem pessoas de 15 a 59 anos e 21% acima de 60.

Os serviços de saúde atuam de maneira integrada utilizando recursos federais, estaduais e municipais para superando limitações e alguns entraves sociais. O estabelecimento de parcerias entre os vários órgãos do governo, não só internas à área da Saúde como, principalmente, entre diversos setores governamentais e não governamentais, também é imprescindível (MALTA *et al.*, 2006).

Cabe aqui ressaltar o fator assistencial que a administração pública assume em períodos de crise. Seja ela ocasionada por crises econômicas ou por problemas climáticos. Para Freitas (2008)

constantes períodos de longa estiagem e à estrutura sócio-econômica reinante. (...) a região onde os problemas se acumulam, levando-se a atingir situações críticas. Com medidas de emergências (distribuição de comida e água através de carros-pipas e criação de frentes de trabalho) durante os períodos de secas, construídos ao longo dos últimos cem anos.

Outro fator respeitável são as poucas oportunidades de prática de esporte e lazer. Atividades como carnaval, futebol e clubes estão em declínio, fruto da desestrutura e poucos projetos, más administrações e redução no número de frequentadores. Brasil (2011) adverte que o incentivo às práticas corporais e valorização dos espaços públicos de convivência é ferramenta de inclusão social e fortalecimento da autonomia do sujeito, como prática de saúde e exercício de cidadania.

Segundo Malta *et al.* (2009) a existência de locais para a prática de atividades esportivas próximos à residência associou-se inversamente com o aumento do IMC e com a inatividade física no lazer e, diretamente, com comportamento saudável entre jovens.

Deste modo, a utilização de praças e espaços públicos (ginásios, quadras, campos, UBS e escolas) para realização de programas de promoção da saúde são ferramentas importantes na valorização do exercício físico e do lazer. Visto que esses pontos são bem situados e recebem bastante atenção da comunidade, sendo bem valorizados e pouco degradados. Destaque também para a parceria com a E. E. Domingos

Teixeira da Silva, a qual cedeu um espaço para armazenamento do material e execução do projeto de atividade física para idosos.

O setor de serviços é caracterizado como o principal gerador de renda e emprego de Monte Azul. Destacam-se neste setor a administração pública municipal, as confecções e os comércios em geral. Muitas dessas ocupações são desgastantes, fisicamente e psicologicamente, sendo a remuneração do trabalhador atrelada a metas e condições de trabalho exploratórias. Estes fatos corroboram com a análise do Banco Econômico Mundial, em 2008, um país como o Brasil perdia mais de 20 milhões de anos produtivos de vida devido aos fatores incapacitantes vinculados às doenças crônicas (WORLD ECONOMIC FORUM, 2008). Dentre estes incapacitantes estão as doenças cardiovasculares, a fadiga prematura, força e/ou resistência muscular insuficiente, pouca flexibilidade e grandes alterações na composição corporal.

Estima-se que a prevalência de hipertensão e diabetes, em Monte Azul, é de 28% e 17%, respectivamente, com 2906 casos atendidos em julho de 2012. O que oferece indícios para a criação de ações para a promoção da saúde entre adultos, conscientizando sobre a necessidade de uma rotina de práticas corporais e orientações adequadas quanto ao estilo de vida e alimentação saudável. Em consonância com os estudos descritos neste trabalho, os quais referenciam a eficácia de ações preventivas e de promoção da saúde na redução dos fatores de risco e da mortalidade por DCNT.

Segundo Cordão (2007) o combate deste quadro necessitará de intervenções multiprofissionais, pois a adoção de um estilo de vida saudável precisa de vários pontos de intervenção para alcançar resultados satisfatórios. Para Sonati (2007) a parceria entre o estado, a comunidade e os profissionais da área de saúde faz com que se multiplique a responsabilidade fazendo com que as soluções propostas tenham uma eficácia melhor.

A UBS Eutímia A. Jorge conta apenas com médico, enfermeiro, auxiliares e agentes de saúde, com pouco tempo e experiências na organização e orientação de projetos de educação que elidam com prescrição de exercícios físicos e conscientização constante referentes ao estilo de vida saudável. Assim para desenvolver ações na área da educação em saúde é necessário ter conhecimento da população assistida e compartilhar com a equipe estratégias oriundas da capacitação e a experiência. Assim um profissional de educação física preparado pode ser parceiro na condução de pessoas na busca de seus diferentes objetivos, mas sempre dando importância maior para o aumento ou manutenção das capacidades físicas, colaborando com a melhora da qualidade de vida.

2.4 Plano Operativo

2.4.1 Descritores

Quadro 5 – Descritores			
Município de Monte Azul		USB Eutímia A. Jorge	
Descritores	Valores	Descritores	Valores
Adultos registrados com diabetes	352	Famílias atendidas	800
Atendimentos diabetes – julho de 2012	143	Pessoas atendidas	2700
Adultos registrados com hipertensão arterial	2906	População Adulta na área de abrangência	1844
Atendimentos hipertensão arterial – julho de 2012	599	Nº de profissionais	15
População Adulta	15023	Profissionais capacitados para trabalhar com sedentarismo	0
Estimativa de Adultos Sedentários	7000	Estimativa de Adultos Sedentários	1000
População Adulta participante de projeto de promoção da saúde	0	População Adulta na área de abrangência participante de projeto de promoção da saúde	0

A partir dos fatos expostos fica ilustrada a necessidade de aumentar a quantidade de ações em saúde destinadas a adultos. Executadas por profissionais aptos para reduzir o quadro de sedentarismo e aproveitar espaços e materiais disponíveis.

2.4.2 Operações

A carência de ações de promoção da saúde, destinadas a adultos, indica o momento ideal para propor um plano que estimule a prática de atividade física regular, subsidiando a promoção da saúde dentro da Unidade de Saúde da Família Eutímia Antunes Jorge - bairro Pernambuco. Partindo dessa informação foram desenhados os pontos que deveriam ser abordados e as estratégias de enfrentamento, arranjados em grupos e descritos como: hábitos e estilo de vida, pressão social, nível de informação, processo de trabalho e espaço físico (ver quadro 6).

Quadro 6 - Desenho das operações			
Nó crítico/ operações	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Hábitos e estilo de vida / Modificar hábitos estilo de vida	Atender 10% da população adulta (UBS Eutímia A. Jorge) com programa de exercícios físicos Ministrar atividades para grupos de 40 pessoas	Mobilizar e formar de grupo de atividade física orientada Aumentar oferta de atividades físicas na região	- Mobilizar público. - Informações e estratégias de mobilização. - Negociar a mobilização dentro da UBS e em outros espaços. - Buscar apoio para materiais de mobilização.
Nível de informação/ Palestras sobre Nutrição e Atividade Física	Ministrar palestra sobre Estilo de Vida Saudável para pelo menos 300 adultos	Oferecer mais informações e dar exemplos de mudanças no estilo de vida	- Mobilizar público e montar palestras. - Informações e estratégias de sobre Atividade física. - Negociar com a equipe do NASF auxílio para ministrar as palestras. - Conseguir recursos para panfletos, cartazes.
Pressão Social/ Propor ações em horário alternativo	Oferecer atividade para 10% dos adultos em horário diferente do funcionamento da UBS Eutímia A. Jorge	Utilizar profissionais da UBS Eutímia A. Jorge para divulgar os horários das atividades	- Conhecer ações que funcionaram ou não no bairro. - Propor ações de atendimentos e divulgação envolvendo profissionais. - Distribuir o material de divulgação.
Processo de trabalho / Implantar linha de promoção da saúde	Tornar 100% dos ACS divulgadores da promoção da saúde	Incentivar a prática de atividade física dos funcionários da UBS	- Tornar a SMS e funcionários parceiros do projeto. - Informações e estratégias de mobilização.

			- Negociar a divulgação dentro da UBS.
<p>Espaço Físico/ Propor parceria com E. Domingos Teixeira da Silva</p> <p>Propor parceria com SMS para utilização de material do Projeto de Idosos (colchonetes e bastões)</p>	<p>Estabelecer parcerias com 2 instituições públicas para oferecer mais espaços de lazer e atividade física</p>	<p>Orientar ações de promoção da saúde, que sejam pautadas em valências como flexibilidade, resistência muscular e força</p> <p>Oferecer locais para a prática exercícios físicos</p>	<p>- Mobilizar público para participar das atividades.</p> <p>- Montar aulas.</p> <p>- Buscar estratégias para motivar a prática regular de exercícios físicos.</p> <p>- Negociar a parceria com escola e SMS para utilizar espaço, bastões e colchonetes de outro projeto.</p> <p>- Buscar recursos para adquirir mais materiais.</p>

Deliberadas as metas, o próximo passo foi definir os recursos críticos para se realizar as operações, esses recursos dependem diretamente de agentes externos. Deste modo, é fundamental avançar na elucidação desses fatores, sintetizados no quadro 7.

Quadro 7 - Recursos críticos	
Operações	Recursos Críticos
Hábitos e estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar público. - Negociar a mobilização dentro da UBS e em outros espaços. - Buscar apoio para materiais de mobilização.
Nível de informação	<ul style="list-style-type: none"> - Negociar com a equipe do NASF auxílio para ministrar as palestras. - Conseguir recursos para panfletos, cartazes.
Pressão Social	<ul style="list-style-type: none"> - Propor ações de atendimentos e divulgação envolvendo profissionais.
Processo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Tornar a SMS e funcionários parceiros do projeto. - Negociar a divulgação dentro da UBS.
Espaço físico	<ul style="list-style-type: none"> - Negociar a parceria com escola e SMS para utilizar espaço,

	bastões e colchonetes de outro projeto. - Buscar recursos para adquirir mais materiais.
--	--

Apresentados os recursos críticos, partiu-se para a definição de atores sociais que pudessem agregar recursos e contribuir abertamente para a execução do projeto. Seja na atuação ou na divulgação das atividades (Quadro 8).

Quadro 8 - Viabilidade		
Operações	Potencialidades	
	Ator que controla	Motivação
- Mobilizar público. - Negociar a mobilização dentro da UBS e em outros espaços.	Secretaria de Saúde Municipal (contato direto com a equipe de saúde da família que atende no bairro)	Favorável
- Buscar apoio para materiais de mobilização.	Secretaria de Saúde Municipal	Favorável
	Comerciantes locais	Favorável
- Negociar com a equipe do NASF auxílio para ministrar as palestras.	Stefania Oliveira	Favorável
- Conseguir recursos para panfletos, cartazes.	Secretaria de Saúde Municipal	Favorável
	Comerciantes locais	Indiferente
- Propor ações de atendimentos e divulgação envolvendo profissionais.	Secretaria de Saúde Municipal	Favorável
	NASF e equipe de saúde da família da UBS Eutímia A. Jorge	Favorável
- Negociar a divulgação dentro da UBS.	Secretaria de Saúde Municipal	Favorável
	Equipe de saúde da família da UBS Eutímia A. Jorge	Favorável
- Propor parceria com E. E. Domingos Teixeira da Silva	Diretor da Escola: Carlos Fiúza (Licenciado e Bacharel em Educação Física)	Favorável
- Negociar com SMS para utilizar bastões e colchonetes de outro projeto	Secretaria de Saúde Municipal	Favorável
- Buscar recursos para adquirir mais materiais.	Comerciantes locais	Indiferente
	Secretaria de Saúde Municipal	Favorável

Constituída a viabilidade do projeto, é momento de volver as ações estratégicas para resolução dos pontos críticos (FARIA *et al.*, 2008). Com base nisso, foram definidas as tática que farão parte do plano operativo. Para entender melhor foi

traçado um quadro que identifica cada fase, seus responsáveis e prazo de execução (ver quadro 9).

Quadro 9 – Plano Executivo			
Operação	Ações	Responsável	Prazo
Divulgação	Apresentar projeto e seus benefícios à SMS, NASF e comércios locais	Patric Gedeon	2 semana para apresentação de projeto
	Divulgar data de início e inscrição dos interessados	Patric Gedeon e SMS	2 semanas para organização de materiais de divulgação
Material	Levantamento do recurso financeiro e aquisição do material	Patric Gedeon / parceiros	2 semanas para levantamento de recursos e aquisição
Palestras – Estilo de vida e bons hábitos	Ministrar palestras, inclusive para funcionários da UBS Eutímia A. Jorge	Patric Gedeon/ profissionais do NASF	1 ano para execução
Espaço Físico	Apresentar projeto, seus benefícios e retorno para comunidade ao diretor da E. E. Domingos Teixeira da Silva	Patric Gedeon	1 semana para mobilizar o diretor da E. E. Domingos Teixeira da Silva
	Oferecer locais para a prática exercícios físicos	SMS e Patric Gedeon	1 ano para organização
Ministrar atividades	Montar aulas pautadas na inserção de novas atividades físicas no cotidiano dos adultos e no	Patric Gedeon Apoio ACS	1 ano para execução

	fomento ao estilo de vida saudável.		
	Utilizar materiais e recursos disponibilizados pela SMS e E. E. Domingos Teixeira da Silva	Patric Gedeon Apoio ACS	1 ano para execução

É importante destacar que Patric Gedeon, nome descrito acima, é licenciado e bacharel em educação física e possui registro no CONFEF. Para garantir que todas as etapas serão cumpridas foi organizado um sistema de gestão, com papel de acompanhar prazos de execução e indicar as correções necessárias.

Assim, a comunicação entre o planejamento e a execução será garantida por um instrumento detalhado de cada ação, tendo como componentes os responsáveis, o prazo, a situação atual, as justificativas para falhas e possibilidades de estabelecimento de novos termos (ver quadro10).

Quadro 10 - Gestão do plano					
Ações Estratégicas	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa/ Prazo	Novo
Apresentar projeto e seus benefícios à SMS, NASF e comércios locais	Patric Gedeon	2 semana para apresentação de projeto			
Divulgar data de início e inscrição dos interessados	Patric Gedeon e SMS	2 semanas para organização de materiais de divulgação			
Levantamento do recurso financeiro e aquisição do material	Patric Gedeon / parceiros	2 semanas para levantamento de recursos e aquisição			
Ministrar palestras, inclusive para funcionários da UBS Eutímia A. Jorge	Patric Gedeon/ profissionais do NASF	1 ano para execução			
Apresentar projeto,	Patric	1 semana para			

seus benefícios e retorno para comunidade ao diretor da E. E. Domingos Teixeira da Silva	Gedeon	mobilizar o diretor da E. E. Domingos Teixeira da Silva		
Oferecer locais para a prática exercícios físicos	SMS e Patric Gedeon	1 ano para organização		
Montar aulas pautadas na inserção de novas atividades físicas no cotidiano dos adultos, utilizando materiais e recursos disponibilizados pela SMS e E. E. Domingos Teixeira da Silva	Patric Gedeon Apoio ACS	1 ano para execução		

Organizadas as informações do plano operativo, é tempo de mostrar detalhes da execução do projeto.

2.4.3 Projeto Revigore

O nome dado ao projeto é Revigore. Suas ações devem ser pautadas na orientação da população envolvida sobre os riscos, doenças e agravos relacionados aos hábitos sedentários. Disponibilizando espaço e orientação para adultos executarem uma rotina de exercícios físicos, funcionando 3 vezes por semana, duração média de 60 minutos e início por volta das 18:00 horas.

O projeto Revigore deverá ainda promover atividades multiprofissionais focadas na oferta de informação e apresentação de bons exemplos. As atividades deveram utilizar o espaço de instituições presentes no bairro para a execução das operações. Segundo Malta *et al.* (2009) a existência de locais para a prática de atividades esportivas próximos à residência associou-se diretamente com comportamento saudável entre jovens.

O espaço utilizado será a quadra da E. E. Domingos Teixeira da Silva e uma sala de reuniões, em negociação com o Diretor Carlos Fiúza. Os materiais e a divulgação terão auxílio financeiro da SMS e de empresas locais, contará também com apoio dos profissionais da UBS Eutímia A. Jorge e equipe do NASF.

As atividades terão por base: alongamento, trabalho aeróbico, resistência, ganho de força muscular. Estudos comprovam que ter um bom nível de capacidade aeróbia, força e/ ou resistência muscular, flexibilidade e poucas alterações na composição corporal são essenciais para se manter um estilo de vida saudável (MODENZE, 2007).

As intensidades, volumes serão priorizadas de acordo com a participação e assiduidade da turma. Fundamentada em Ciolac e Guimarães (2004) os quais asseguram que a modificação de hábitos em adultos está pautada na inserção de novas atividades no cotidiano, entendendo que a sequência e a frequência são fundamentais para o desenvolvimento físico.

Os participantes deverão ser adultos de 18 a 59 anos. Precisarão ser avaliados pelos profissionais da UBS Eutímia A. Jorge e encaminhados com atestado médico para as atividades. Para iniciarem no programa eles participarão de uma avaliação física baseada no questionário PAR-Q e no teste de caminhada de 1 milha, escolhidos devido a eficiência e baixo custo.

2.4.4 Avaliação e Monitoramento

A avaliação do plano possui um caráter instantâneo, obtendo uma foto da realidade. Já o monitoramento consiste em um valor institucional com propósitos semelhantes, porém, realizado de forma permanente e mais abrangente (FARIA *et al.*, 2008).

Esta primeira serve para estabelecer um recorte temporal claro e será realizado pelos participantes do projeto na forma de questionário de satisfação (ver quadro 11). Eles definirão numa escala de 0 a 10 o nível de satisfação com as atividades, clareza das informações, assiduidade, organização do espaço, material disponível e horário de atendimento.

Quadro 11 - Questionário de avaliação										
Nível de Satisfação com o Projeto Revigore										
Dificuldade das atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Qualidade das atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Clareza das informações	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Assiduidade do professor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Assiduidade dos participantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Organização do espaço	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Materiais disponíveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Horário de atendimento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

O monitoramento por sua vez será executado pela Secretaria Municipal de Saúde, com vistas a verificar ao longo do tempo o comportamento do plano. Será dividido em três momentos: atual, após 6 meses e 1 ano. Este procedimento indicará tendências e correlações que o projeto estabeleceu com os indicadores de saúde da região e municipais (ver quadro 12).

Quadro 12 - Monitoramento de resultados			
Monitoramento de resultados do Projeto Revigore			
Município de Monte Azul			
Indicadores	Momento atual	Após 6 meses	Após 1 ano
Adultos registrados com diabetes			
Atendimentos diabetes			
Adultos registrados com hipertensão arterial			
Atendimentos hipertensão arterial			
Estimativa de Adultos Sedentários			
População Adulta na área de abrangência participante de projeto de promoção da saúde			
USB Eutímia A. Jorge			
Indicadores	Momento atual	Após 6 meses	Após 1 ano
Famílias atendidas			
Estimativa de Adultos Sedentários			
População Adulta na área de abrangência atendida pelo Projeto Revigore			
Números de profissionais atuando			
Profissionais capacitados para trabalhar com sedentarismo			
População Adulta na área de abrangência participante de projeto de promoção da saúde			

Deste modo o plano operativo fica definido e organizado para ser mais um instrumento de promoção da saúde no município de Monte Azul.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho referenda a importância educativa das equipes multidisciplinares na conscientização de hábitos saudáveis e coloca a educação física com participação ativa nas estratégias de saúde pública, a fim de deter o avanço das DCNT. É fundamental para a rede municipal de atendimento ofertar mais ações de promoção da saúde, em horários alternativos e com profissionais capacitados.

A promoção da saúde para adultos é uma necessidade para Monte Azul, visto que o público adulto ocupa 60% das consultas realizadas e diabetes/ hipertensão atingem mais de 10% da população. Além disso, muitos adultos são trabalhadores e atuam de maneira informal, o que representa um grupo com elevados fatores de risco e um ponto chave para as demandas de saúde das próximas décadas.

Deste modo este plano de ação é uma sugestão de curto prazo para a falta de profissionais nas unidades básicas de saúde e outros problemas identificados que carecem de mais organização e tempo. Pois é fundamental superar as dificuldades do passado no planejamento e escolher a prevenção de doenças crônicas como foco para o fortalecimento do SUS no município.

Portanto, conclui-se que é preciso desenvolver o direito à prática de atividade física e tornar a população adulta mais ativa e menos desguarnecida em relação ao sedentarismo.

REFERÊNCIAS

1. ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, out./dez. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400002>>. Acesso em: 13 de maio 2012.
2. BARRETO, S. M. *et al.* Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 14, n. 1, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v14n1/v14n1a05.pdf>>. Acesso em: 11 de maio 2012.
3. BLUMENKRANTZ, M. Obesity: the world's metabolic disorder. Beverly Hills, 1997 *apud* FRANCISCHI, R. P. P. *et al.* Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 13, n. 1, Jan./abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732000000100003>. Acesso em: 23 de Ago. 2012.
4. BRASIL. Ministério da Educação. **Parâmetros curriculares nacionais: temas transversais**. Brasília: MEC/ SEF, 1998.
5. BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Previdência Social. **Política nacional de segurança e saúde do trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Previdência Social, nov. 2004. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf>. Acesso em: 13 de maio 2012.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores do SUS: temático promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 4, n. 6, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_do_sus_6.pdf>. Acesso em: 29 de set. 2012.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, jul. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf>. Acesso em 07 de jun. 2012.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão**. Brasília: Ministério da Saúde, nov. 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf>. Acesso em: 12 de maio 2012.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 7, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>. Acesso em: 02 de jun. 2012.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2010_preliminar_web.pdf>. Acesso em: 13 de maio 2012.

11. BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Boletim: Panorama Municipal**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Rlv3/geral/index.php>>. Acesso em: 30 de set. de 2012.
12. BRASIL. Portaria n. 154 - 24 de jan. 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de mar. 2008.
13. BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan./ abr. 2007. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/A-Sa%C3%BAde-e-seus-determinantes-Sociais.pdf>>. Acesso em: 01 de set. 2012.
14. CARRARO, L. M. *et al.* Obesidade: Etiologia. In: **ABESO - Projeto Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. São Paulo, set. 2005. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/1/6/061-Obesidade_Etiologia.pdf>. Acesso em: 23 de set. 2012.
15. CASADO, L. *et al.* Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, out./ dez. 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/379_revisao_literatura1.pdf>. Acesso em: 28 de set. 2012.
16. CERQUEIRA, C. A.; GIVISIEZ, G. H. N. Conceitos básicos em demografia e dinâmica demográfica brasileira. In: RIOS-NETO, E. L. G.; RIANI, J. L. R. (Org.). **Introdução à demografia da educação**. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, 2004.
17. CIOLAC, E. G.; GUIMARÃES, G. V. Exercício Físico e Síndrome Metabólica. **Revista Brasileira Medicina No Esporte**, Niterói, v.10, n. 4, p. 319-324, jul./ ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v10n4/22048.pdf>>. Acesso em: 23 de set. 2012.
18. CNES. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Projeto_Saude.asp?VEstado=31&VMun=314290&VComp=11/2009>. Acesso em: 12 de out. 2012.
19. COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 19 de Ago. de 2012.
20. CONFEF, Conselho Federal de Educação Física. Resolução n. 231 - 10 de maio 2012. Dispõe sobre especialidade profissional em educação física na área de saúde da família. **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, 16 de abr. 2012.
21. CORDÃO, D. C. **Obesidade e a prática sistematizada de exercícios físicos**. Bauru, 2007. Disponível em: <<http://www4.fc.unesp.br/upload/trab.pdf>>. Acesso em: 12 de out. 2012.
22. DEFRONZO, R. A.; FERRANNINI, E. Insulin resistance: a multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic cardiovascular disease. **Diabetes Care**, Nova Iorque, v. 14, n. 3, p. 173-194, mar. 1991. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/14/3/173.full.pdf+html>>. Acesso em: 25 de set. 2012.
23. DOMINGUES, M. R. *et al.* Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, jan./ fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/37.pdf>>. Acesso em: 13 de maio 2012.

24. FARIA, H. P. *et al.* **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, m. 4, 2008.
25. FERNANDES, R. A. e cols. **Prevalência de dislipidemia em indivíduos fisicamente ativos durante a infância, adolescência e idade adulta**. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. São Paulo, v. 97, n. 4, out. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2011005000083>>. Acesso em out. 2012.
26. FRANCISCHI, R. P. P. *et al.* Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 13, n. 1, jan./ abr. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732000000100003. Acesso em: 23 de Ago. 2012.
27. FREITAS, M. A. S. O Fenômeno das Secas no Nordeste do Brasil: Uma Abordagem Conceitual. In: IX Simpósio de Recursos Hídricos do Nordeste, 2008, Salvador. **Anais do IX Simpósio de Recursos Hídricos do Nordeste**, 2008. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/17656235/O-Fenomeno-das-Secas-no-Nordeste-do-Brasil>. Acesso em: 05 de out. 2012.
28. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2000 - Brasil em Síntese**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/default.htm>. Acesso em: 05 de out. 2012.
29. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Produto Interno Bruto dos Municípios 2004 - 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
30. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>> Acesso em: 04 de out. 2012.
31. JEBB, S. A. Aetiology of obesity. **British Medical Bulletin**. Londres, v. 53, n. 2, p. 264-285, 1997. Disponível em: <<http://bmb.oxfordjournals.org/content/53/2/264.full.pdf>>. Acesso em: 23 de Set. 2012.
32. JUNG, R. Obesity as a disease. **British Medical Bulletin**. Londres, v. 53, n. 2, p. 307-321, 1997. Disponível em: <<http://bmb.oxfordjournals.org/content/53/2/307.full.pdf+html>>. Acesso em: 23 de set. 2012.
33. MACIEL, E. S. Atividade física e alimentação adequada para a promoção da saúde. In: VILARTA R. (Org.) **Saúde coletiva e atividade física: conceitos e aplicações dirigidos à graduação em educação física**. Campinas: IPES, p. 109-115, 2007.
34. MACIEL, E. S. *et al.* A prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis na escola: controle do peso corporal, atividade física regular e alimentação adequada. In: VILARTA R. (Org.) **Atividade física e qualidade de vida na escola: conceitos e aplicações dirigidos à graduação em educação física**. Campinas: IPES, p. 55-63, 2008.
35. McARDLE, W. D. *et al.* **Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano**. 5 ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2003. 1113p.
36. MALTA, D. C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 15, n. 3, set. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300006>>. Acesso em: 07 de jun. 2012.

37. MALTA, D. C. *et al.* Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 18, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <http://scielolab.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000100002 &lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 de jun. 2012.
38. MARIATH, A. B. *et al.* Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, abr. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/16.pdf>>. Acesso em: 24 de set. 2012.
39. MATSUDO, S. M. *et al.* Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. Brasília, v. 10, n. 4, p. 41-50, out. 2002. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/469/495>>. Acesso em: 29 de set. 2012.
40. MODENEZE, D. M. Aptidão física e saúde coletiva: níveis de aptidão física recomendados para o bem-estar. VILARTA R. (Org.) **Saúde coletiva e atividade física: conceitos e aplicações dirigidos à graduação em educação física**. Campinas: Ipes, p. 25-31, 2007.
41. MONTEIRO C. A. *et al.* Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 1, p. 47-57, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/07.pdf>>. Acesso em: 07 de jun. 2012.
42. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa**. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: OMS, 1986. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Ottawa.pdf>> Acesso em: 19 de Ago. 2012.
43. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata: OMS, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 19 de ago. 2012.
44. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. Genebra: OMS, out. 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2002/en/>>. Acesso em: 07 de jun. 2012.
45. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The world health report 2008: primary health care, now more than ever**. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf>. Acesso em: 08 de jun. 2012.
46. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em: 14 de out. 2012.
47. RAMOS, A. S. **Avaliação do estado nutricional de Universitários**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência de Alimentos da UFMG. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia Universidade Federal de Minas Gerais, 2005. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/MBSA-6XTMRP/1/dissertacao__sabrina_.pdf>. Acesso em: 29 de set. 2012.
48. REIS, C. P. Obesidade e Atividade Física. **EF Deportes.com/ Revista Digital**. Buenos Aires, ano 13, n. 130, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd130/obesidade-e-atividade-fisica.htm>>. Acesso em: 23 de set. 2012.

49. SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v.20, n. 4, p. 421-423, dez. 2011. Disponível em <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a01.pdf>>. Acesso em: 08 de jun. 2012.
50. SEBOLD, L. F. *et al.* Percepções sobre cuidar de si, promoção da saúde e sobrepeso entre acadêmicos de enfermagem. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.15, n.3, p. 536-541, jul./ set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a14v15n3.pdf>>. Acesso em: 23 de set. 2012.
51. SIAB. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04A01&item=1>>. Acesso em: 10 de out. 2012.
52. SONATI, J. G. Saúde Coletiva: Ações em Nutrição. VILARTA R. (Org.) **Saúde coletiva e atividade física: conceitos e aplicações dirigidos à graduação em educação física**. Campinas: Ipes, p. 39-44, 2007.
53. STAMLER, J. *et al.* Low-risk factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**. v. 282, n. 21, dez. 1999. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=192153>>. Acesso em: 06 de ago. 2012.
54. TAVARES, T. B. *et al.* Obesidade e qualidade de vida: revisão de literatura. **Revista Médica de Minas Gerais - RMMG**. Belo Horizonte, v. 20, n. 3, p. 359-366, jul./ set. 2010. Disponível em: <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/276/260>>. Acesso em: 24 de set. 2012.
55. WORLD ECONOMIC FORUM (WEF). **Working Towards Wellness: The Business Rationale**. Genebra: WEF, 2008. Disponível em: <http://www.pwc.com/gx/en/healthcare/pdf/wtw_business_rationale.pdf>. Acesso em: 08 de jun. 2012.
56. YKEN, E. B. D. V.; MORAES, C. L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/12.pdf>>. Acesso em: 08 de jun. 2012.