

Curso de Especialização em Gestão Pública de Organizações de Saúde



A falta de adesão a prática regular de exercícios físicos dos profissionais de saúde do serviço público do município de Belo Horizonte

Liliane Machado Pereira

Prof. Angela Maria Corrêa Gonçalves



2018





CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA DE ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE

A FALTA DE ADESÃO A PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SERVIÇO PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

ALUNA: LILIANE MACHADO PEREIRA

ORIENTADOR: Prof. ANGELA MARIA CORRÊA GONÇALVES

1) Apresentação:

O reconhecimento do Profissional de Educação Física (PEF) na lista de profissionais da área de saúde é recente e cabe a esse profissional ser responsável pela promoção da saúde através de práticas da atividade física e exercício físico.

Segundo Vaisberg e Mello (2010), durante o desenvolvimento da espécie humana, a atividade física tem moldado o funcionamento do organismo e apesar da importância disso, é negligenciada no dia a dia. O sedentarismo tem aumentado rapidamente e pode-se afirmar que um dos fatores que levam a essa consequência é a perda da função do movimento. Sendo assim, o exercício é de fundamental importância para a boa saúde e longevidade. Deslandes (2013) lembra que o processo de envelhecimento está associado a alguns fatores, dentre eles, o estilo de vida, sendo que há claras evidências que o exercício físico pode melhorar o desempenho à prevenção de doenças, aumentar a longevidade, melhorar a cognição e o humor. Strauzenberg (1983, p. 150 apud WEINECK, 2005, p. 4), cita que o esporte para a saúde engloba exercícios físicos no âmbito de um programa de atividades físicas, que visam à manutenção da saúde, para interesses preventivos, terapêuticos ou reabilitação, daí a importância do PEF estar inserido na saúde.

Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL (2009), a frequência de atividade física no tempo livre nos 27 estados do Brasil foi de 35,3%, para indivíduos do sexo masculino e 26,9% para o sexo feminino e a frequência tende a diminuir com o aumento da idade. A inatividade física foi



semelhante, para os homens (16%) e para as mulheres (15,3%). Tanto a atividade, quanto a inatividade não seguem um padrão claro de relação com a escolaridade.

Santos e Knijnik (2006), em seu estudo sobre os motivos para adesão à atividade física na vida adulta encontraram como principal fator a ordem médica, seguido por lazer e qualidade de vida, estética e saúde/ condicionamento físico).

Um dos principais fatores de motivos para abandono da atividade física segundo Weinberg (2000) é a falta de tempo, seguido por falta de motivação ou resultados e energia e para além disso, vários outros estudos também corroboram com o autor (SANTOS, 2006; TAHARA, 2003; KLAIN, 2010; MORALES, 2012).

Siqueira *et al.* (2009) em seu estudo, apesar de no resultado os indivíduos terem a ciência da importância da atividade física como a segunda mais importante medida para manter uma boa saúde, ainda assim a relação da inatividade física semanal em adultos teve um índice de 31,8%, ou seja, não atingiram o mínimo recomendado que é de 150 minutos/semanais de atividade física moderada.

A inatividade física tem sido relacionada com várias doenças e o exercício físico tem sido relacionado como um dos fatores para diminuir índices de comorbidades nas quais seria possível diminuir a prevalência ou até mesmo não ser adquirida se as pessoas fizessem o mínimo de atividade recomendada e nesse caso o PEF tem em suas mãos as ferramentas corretas para trabalhar prevenção de doenças.

Os trabalhadores da área da saúde muitas vezes se ocupam da saúde do próximo, e acabam se esquecendo da própria saúde. Muitas vezes o trabalho é repetitivo e exaustivo, tanto mentalmente quanto fisicamente e essa situação é a “desculpa” perfeita para não praticar exercícios. Com a inserção do PEF na saúde através dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) é possível também aumentar o cuidado com os profissionais da saúde. Na cidade de Belo Horizonte/MG, além das Academias da Cidade, temos também um programa chamado Lian Gong, que são praticas que visam desenvolver o auto-cuidado (CARNEIRO, 2010) que atende tanto funcionários quanto pacientes, porém como a demanda de trabalho é muito alta, muitos dos trabalhadores não participam desse programa. O ideal é que houvesse um programa que atendesse a demanda dos trabalhadores no horário que tem menos demanda de usuários e esse é o objetivo do plano de ação, criar um programa adaptado para cada trabalhador, de modo a sanar a necessidade individual, mas que seja um programa de



treinamento no qual ele não se ausente por muito tempo do setor no qual trabalha. A prática do exercício físico leva a melhora da capacidade de desempenho esportivo, que é a soma das características individuais, fatores relacionados ao desempenho físico associados ao condicionamento e à coordenação, capacidades e habilidades técnico-táticas e fatores antropométricos e de saúde (WEINECK, 2005).

2) Justificativa

A consequência de não praticar o exercício físico pôde ser verificada em estudos que avaliaram a saúde do trabalhador em Belo Horizonte, entre fatores de risco para a saúde encontram-se obesidade, dores e uma qualidade de vida ruim (FANTINI, 2012) e distúrbios musculoesqueléticos (BARBOSA, 2009). Por isso a adesão ao exercício físico pelo trabalhador em sua rotina durante o horário de trabalho é de suma importância, apesar de muitas vezes o mesmo não entender a importância da prevenção para a saúde. A adesão ao exercício se mostra importante pelo fato de que haverá melhora significativa na saúde do trabalhador, fazendo com que o mesmo falte menos ao trabalho, se sinta mais disposto e como consequência execute seu melhor o seu trabalho, pois é comprovado que o exercício físico pode ser um excelente aliado para a melhora da qualidade de vida.

Ao praticá-lo os trabalhadores ficarão menos estressados, terão mais qualidade de vida e com isso o poder público reduzirá o gasto com as faltas e substituições.

3) Objetivo Geral

Implantar um programa de treinamento físico aos profissionais de saúde inseridos na rede pública de saúde do município de Belo Horizonte.

4) Objetivos Específicos

- Aumentar a adesão dos trabalhadores da rede pública de saúde através da prática regular de um treinamento físico;
- Melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores;



- Reduzir os riscos relacionados às doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e outras comorbidades nesse público.

5) Metodologia/Detalhamento do projeto

O projeto terá as seguintes fases:

- Apresentar o projeto ao gestor municipal de saúde para aprovação;
- Reunir com os profissionais de saúde envolvidos para apresentação da proposta;
- Divulgar do programa e datas para inscrição para aqueles que desejam participar;
- Realizar as avaliações físicas através do preenchimento de questionário de avaliação física com as temáticas (anexo 1):
 - Mapeamento das atividades diárias;
 - Fatores de risco de doenças coronarianas;
 - Histórico médico;
 - Comportamentos relacionados à saúde;
 - Histórico de atual de saúde, de atividades e/ou exercício físico;
 - Objetivos com relação ao exercício físico;

Após o aluno responder o questionário, será feita a avaliação das seguintes variáveis:

- Composição corporal e dados vitais;
- Medidas antropométricas;
- Dobras cutâneas;

Análise cinesiológica. Esses dados serão coletados com o objetivo de excluir algum fator de risco que possa prejudicar a execução do exercício. O responsável pelas coletas será um profissional de Educação Física que esteja inscrito no Conselho Regional de Educação Física.

Para essas coletas, serão necessários os seguintes instrumentos: questionário estruturado, balança com estadiômetro, plicômetro, fita métrica, aparelho de pressão, cardiófrequência.



Elaboração do programa de treinamento para o grupo e também será pensando em possíveis adaptações para os alunos que tenham algum fator limitador. Após 12 semanas de treinamento, os alunos serão reavaliados e após esse período (conforme cronograma).

Durante o treinamento serão utilizados aparelhos que auxiliam no treinamento: pesos livres (halteres e anilhas) com diferentes tamanhos, caneleiras, *terabands*, colchonetes, barras e bola de *pilates*.

- Realizar as reavaliações físicas e as comparações dos resultados:

Após o treinamento será realizada uma reavaliação física, na qual haverá a comparação dos os resultados e também as orientações finais, todos os participantes terão acesso a esses dados através do email cadastrado para contato.

6) Resultados Esperados

Com o treinamento, é esperado que haja uma diminuição do sedentarismo, melhora na qualidade de vida dos trabalhadores, redução dos riscos relacionados às doenças cardiovasculares e hipertensão arterial dos participantes. Para além desses, também: redução das medidas antropométricas e de percentual de gordura, aumento da massa magra, melhora do condicionamento aeróbico, redução e/ou controle em níveis considerados normais da pressão arterial e melhora postural.

7) Cronograma

Mês/Ano	1				2				3				4			
Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Apresentar o projeto ao gestor municipal de saúde para aprovação																
Apresentação da proposta aos profissionais de saúde																
Divulgação do programa																
Avaliação física																

Montagem do treinamento																	
Execução do Treinamento																	
Reavaliação física e orientações finais																	

8) Orçamento

RECURSOS MATERIAIS

ORÇAMENTO			CUSTOS	
Item	Especificação	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
1	Folder	50	1,56	78,00
2	Cartaz	3	5,00	15,00
3	Questionário	50	0,10	5,00
4	TCLE	50	0,10	5,00
5	Fita ergonômica	1	30,00	30,00
6	Plicômetro Lange	1	1200,00	1200,00
7	Balança com estadiômetro Welmy	1	972,00	972,00
8	Medidor de pressão arterial Omron	1	138,51	138,51
9	Cardiofrequencímetro Polar FT7	1	228,45	228,45
10	Confecção e impressão das fichas de treinamento	50	2,00	100,00
11	Halter 2kg	6	5,49	32,94
12	Halter 3kg	6	20,80	124,80
13	Halter 4kg	4	16,60	66,40
14	Halter 5kg	2	36,00	72,00
15	Anilhas 1kg	10	6,50	65,00
16	Anilhas 2kg	8	8,30	66,40

17	Anilhas 3kg	6	22,90	137,40
18	Anilhas 5kg	10	20,75	207,50
19	Anilhas 10kg	6	41,50	249,00
20	Caneleiras 0,5 kg	2	29,31	58,62
21	Caneleiras 1 kg	10	21,76	217,60
22	Caneleiras 2 kg	8	21,76	174,08
23	Caneleiras 3 kg	6	49,90	299,40
24	Caneleiras 4 kg	4	49,90	199,60
25	Caneleiras 5 kg	4	69,26	277,04
26	Colchonetes 15 unidades	15	57,86	867,90
27	Barras de musculação	5	163,80	819,00
28	Bolas de pilates	2	59,44	118,88
Total				6825,52

9) Referências

BARBOSA, Rose Elizabeth Cabral. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores da saúde de belo horizonte. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-8YVR3L>>. Acesso em 20/02/2018.

CARNEIRO, Angélica Cotta Lobo Leite. **Práticas educativas nas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte e sua relação com a promoção da saúde.** Belo Horizonte: UFMG, 2010. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-86AJY6/angelica_cotta_lobo_leite_carneiro.pdf?sequence=1>. Acesso em: 24/02/2018.

DESLANDES, Andrea. The biological clock keeps ticking, but exercise may turn it back. **Arquivo de Neuro-psiquiatria**, [S.L.], v. 71, n. 2, p. 113-118, jun. 2012.

FANTINI, Adriana Judith Esteves. **Dor musculoesquelética e vulnerabilidade ocupacional: uma abordagem dos perfis de acordo com o método GOM.** Belo Horizonte: UFMG, 2012. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-979JU8>>. Acesso em: 24/02/2018.



KLAIN, I.. Determinantes de aderência, manutenção e desistência de um programa de treinamento personalizado. Dissertação de mestrado. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, 2010.

MORALES, P.. Iniciação, aderência e abandono nos programas de exercícios físicos oferecidos por academias de ginástica da região de Joinville. Dissertação de 33 mestrado em Educação Física. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefone. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 150p: II – Série G Estatística e Informação em Saúde).

SANTOS, S., KNIJNIK, J.. Motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária I. Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte – Ano 5, número I, 2006.

TAHARA, A.K., SCHWARTZ, G. M., SILVA, K.A. Aderência e manutenção da prática de exercícios em academias. R. bras. Ci e Mov. 11(4): 7-12, 2003.

VAISBERG, Mauro; MELLO, Marco Túlio De. **Exercícios na saúde e na doença**. Barueri/SP: Manole, 2010. 3-6 p.

WEINECK, Jürgen. **Biologia do esporte**. 7 ed. Barueri/SP: Manole, 2005. 2-8 p.

WEINBERG, R., GOULD, D.. Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício. 2a edição. Porto Alegre: Artmed, 2001.

10) Apêndice

QUESTIONÁRIO DE PRÉ-PARTICIPAÇÃO - AVALIAÇÃO FÍSICA

Data da avaliação: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO			
NOME:			
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	ESCOLARIDADE	ETNIA
ENDEREÇO (RUA, BAIRRO, CIDADE):			
EMAIL:			Telefones:
ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA			
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO:		SETOR:	

1. NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS POR SEMANA: <input type="checkbox"/> MENOS DE 20 <input type="checkbox"/> 20 E 40 <input type="checkbox"/> 41 E 60 <input type="checkbox"/> MAIS DE 60	
2. TURNO DE TRABALHO: _____ VOCÊ É PLANTONISTA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
3. QUAL A POSTURA MAIS UTILIZADA DURANTE O TRABALHO? <input type="checkbox"/> ASSENTADO <input type="checkbox"/> EM PÉ <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	
4. EXISTEM ATIVIDADES REPETITIVAS EM SEU TRABALHO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAIS? _____	
PAR-Q FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CORONARIANAS	
SEU MÉDICO JÁ MENCIONOU QUE VOCÊ TEM UMA CONDIÇÃO CARDÍACA E SÓ DEVE REALIZAR ATIVIDADE FÍSICA SUPERVISIONADA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
VOCÊ SENTE OU JÁ SENTIU DOR NO TÓRAX QUANDO REALIZA ATIVIDADE FÍSICA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
NO MÊS PASSADO (OU RECENTEMENTE) VOCÊ TEVE DOR TORÁCICA QUANDO NÃO ESTAVA REALIZANDO ATIVIDADE FÍSICA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
VOCÊ PERDEU O EQUILÍBRIO POR CAUSA DE TONTURA OU ALGUMA VEZ PERDEU A CONSCIÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
VOCÊ TEM ALGUM PROBLEMA ÓSSEO OU ARTICULAR QUE PODERIA PIORAR DEVIDO A UMA ALTERAÇÃO EM SUA ATIVIDADE FÍSICA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
SEU MÉDICO ESTÁ PRESCREVENDO MEDICAMENTOS (PÍLULAS OU COMPRIMIDOS) PARA SUA PRESSÃO OU CONDIÇÃO CARDÍACA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
VOCÊ CONHECE ALGUMA OUTRA RAZÃO QUE NÃO O PERMITA PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
FATORES DE RISCO (CRITÉRIOS DEFINIDORES)	
IDADE	HOMEM ACIMA DE 45 ANOS OU MULHER ACIMA DE 55 ANOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI
	COLESTEROL SÉRICO TOTAL DE 200MG/DL (5,2MMOL/L) OU HDL < 40 MG/DL; LDL > 100 MG/DL OU RECEBENDO MEDICAÇÃO REDUTORA DE LIPÍDIOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI
HIPERCOLESTEROLEMIA (COLESTEROL TOTAL)	HISTÓRIA FAMILIAR. SE SIM, QUEM? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI
	>60 MG/DL (1,6MMOL/L) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI
COLESTEROL HDL (“BOM”) ALTO	HISTÓRIA FAMILIAR. SE SIM, QUEM? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI
	ACIMA DE 140/90 MMHG <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI
PRESSÃO ARTERIAL ALTA	HISTÓRIA FAMILIAR. SE SIM, QUEM? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI
	GLICOSE SANGUÍNEA JEJUM IGUAL OU MAIOR A 110 MG/DL, CONFIRMADA POR MENSURAÇÕES EM PELO MENOS 2 OCASIÕES SEPARADAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI
GLICOSE EM JEJUM ALTERADA / DIABETES	HISTÓRIA FAMILIAR. SE SIM, QUEM? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI
	HISTÓRIA FAMILIAR DE: INFARTO DO MIOCÁRDIO, REVASCULARIZAÇÃO CORONARIANA OU MORTE SÚBITA ANTES DOS 55 ANOS DE IDADE NO PAI OU OUTRO PARENTE DE PRIMEIRO GRAU DO SEXO MASCULINO (ISTO É, IRMÃO OU FILHO), OU ANTES, DOS 65 ANOS DE IDADE NA MÃE OU OUTRO PARENTE DE PRIMEIRO GRAU (ISTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI

É, IRMÃ OU FILHA).	
ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO	PARTICIPA DE UM PROGRAMA DE EXERCÍCIO REGULAR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI
TABAGISMO	FUMANTES DE CIGARROS ATUAL OU DEIXOU DE FUMAR NOS 6 MESES PRECEDENTES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE POSITIVO: QUANTOS CIGARROS POR DIA?
BEBIDA ALCOÓLICA	CONSUMO ACIMA DE 2 TAÇAS OU LATAS DE CERVEJA POR DIA: ____/SEMANA
COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE	
VOCÊ POSSUI ALGUMA RESTRIÇÃO OU RECOMENDAÇÃO MÉDICA À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE SIM, QUAL (IS): _____ POR QUAL _____ PROFISSIONAL?	
VOCÊ SE QUEIXA NORMALMENTE DE ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO? <input type="checkbox"/> DOR DE CABEÇA <input type="checkbox"/> DOR NO PEITO <input type="checkbox"/> DOR NAS PERNAS <input type="checkbox"/> DOR NO PESCOÇO <input type="checkbox"/> DOR NAS COSTAS <input type="checkbox"/> DOR NA REGIÃO LOMBAR <input type="checkbox"/> DOR NOS BRAÇOS <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> FRAQUEZA / TONTURA <input type="checkbox"/> FALTA DE AR COM ESFORÇO LEVE <input type="checkbox"/> PALPITAÇÃO/BATIMENTO CARDÍACO ACCELERADO	
HISTÓRICO ATUAL	
JÁ SENTIU DOR NO PEITO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	JÁ SENTIU O CORAÇÃO FALHAR? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
TORNOZELO FICA INCHADO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PÉS E MÃOS GELADOS MESMO NO CALOR? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
SOFRE DE CÂIMBRAS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	JÁ FICOU COM FALTA DE AR SEM RAZÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
JÁ TEVE TOSSE MATINAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SE CONSIDERA: <input type="checkbox"/> CALMO <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> COMPETITIVO <input type="checkbox"/> MEIO-TERMO
JÁ TEVE PROBLEMA DE DEPRESSÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TEM PROBLEMAS COM CALOR? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
SOFRE DE PROBLEMAS RENAI? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PROBLEMAS ESTÔMAGO OU INTESTINO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
TEM PROBLEMA DE VISÃO OU AUDIÇÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	GLAUCOMA OU PRESSÃO DOS OLHOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
TEM ALERGIA A ALGUMA COISA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	APRESENTA PROBLEMAS DE VARIZES? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ARTICULAÇÕES DOLORIDAS OU INCHADAS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DOENÇAS DA PRÓSTATA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA
O MÉDICO JÁ DISSE QUE VOCÊ TEM ALGUM COMPROMETIMENTO CARDÍACO, OU ALTERAÇÃO NO ECG? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
SENTE FADIGA CRESCENTE, DISTÚRPIO DO SONO OU IRRITABILIDADE CRESCENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ATIVIDADE DE TRABALHO É: <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> INTENSA	
SE CONSIDERA SUBMETIDO A ESTRESSE FREQUENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
POSSUI ALGUM PROBLEMA ARTICULAR?	
JÁ FRATUROU ALGUMA COISA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	O QUÊ? _____ HÁ QUANTO TEMPO? _____
TEM ALGUM PINO, PLACA, PARAFUSO OU OBJETO DE METAL NO CORPO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	QUAL? _____ HÁ QUANTO TEMPO? _____
VOCÊ É CONSUMIDOR DE ALGUMA DROGA ILÍCITA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
FAZ USO DE MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
QUAIS? _____ HÁ QUANTO TEMPO? _____ DOSAGEM _____	

MENSTRUÇÃO É REGULAR? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	USA ANTICONCEPCIONAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	TEVE FILHO(S)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA HÁ QUANTO TEMPO?	PARTO: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> CESÁRIA <input type="checkbox"/> NSA
ATIVIDADES E/OU EXERCÍCIOS FÍSICOS PRATICADOS ANTERIORMENTE: _____			
OBJETIVOS COM RELAÇÃO ÀO EXERCÍCIO FÍSICO: _____			
Tem experiência em musculação: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL / DADOS VITAIS			
Peso (Kg)	Estatura (cm)	IMC (Kg/m ²)	%G
FCr(bpm)	PAS/PAD	FC(máx)	VO ₂ (máx)
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
Pescoço	Ombro	Tórax	Tronco normal
Cintura	Abd	Quadril	

	Braço		Antebraço	Coxa	Perna
Direito	Relax.	Cont.			
Esquerdo	Relax.	Cont.			

DOBRAS CUTÂNEAS (Protocolo utilizado: _____)		
Tríceps	Sub-escapular	Peitoral
Bíceps	Média axilar	Suprailíaca
Abdominal	Coxa	Perna

AVALIAÇÃO CINESIOLÓGICA		
Ombro	Pescoço	Coluna
Joelho	Pés	Escápula
Outros:		



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO

**Curso de Especialização em Gestão Pública de Organização e
Serviços de Saúde - PNAP**

Termo de Declaração de Autenticidade de Autoria

Declaro, sob as penas da lei e para os devidos fins, junto à Universidade Federal de Juiz de Fora, que meu Trabalho de Conclusão de Curso (projeto de intervenção) do Curso de Especialização em Gestão Pública de Organização e Serviços de Saúde - GPOS - é original, de minha única e exclusiva autoria. E não se trata de cópia integral ou parcial de textos e trabalhos de autoria de outrem, seja em formato de papel, eletrônico, digital, áudio-visual ou qualquer outro meio.

Declaro ainda ter total conhecimento e compreensão do que é considerado plágio, não apenas a cópia integral do trabalho, mas também de parte dele, inclusive de artigos e/ou parágrafos, sem citação do autor ou de sua fonte.

Declaro, por fim, ter total conhecimento e compreensão das punições decorrentes da prática de plágio, através das sanções civis previstas na lei do direito autoral¹ e criminais previstas no Código Penal², além das cominações administrativas e acadêmicas que poderão resultar em reprovação.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____.

Liliane Machado Pereira
NOME LEGÍVEL DO ALUNO (A)

112230219B
Matrícula

ASSINATURA

01494829657
CPF

¹ LEI N° 9.610, DE 19 DE FEVEREIRO DE 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências.

² Art. 184. Violar direitos de autor e os que lhe são conexos: Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa.



ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

+++PREENCHA EM LETRA DE FORMA+++

Ata de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de ESPECIALIZAÇÃO PNAP da Universidade Federal de Juiz de Fora, realizada no Pólo UAB, Polo Ubá Pólo Juiz de Fora

Exame:	DATA	HORA
Curso	<input type="checkbox"/> GESTÃO PÚBLICA DE ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE	
Aluno:	LILIANE MACHADO PEREIRA	
Orientador:	ANGELA MARIA CORRÊA GONÇALVES	

Banca Examinadora:

NOME COMPLETO	INSTITUIÇÃO/CARGO

Título do Trabalho de Conclusão de Curso:

A FALTA DE ADEÇÃO A PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SERVIÇO PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

De acordo com as normas do Curso de Especialização PNAP da Universidade Federal de Juiz de Fora, aprovadas pela Comissão de Trabalho de Conclusão de Curso (CTCC), o aluno submeteu seu **Trabalho de Conclusão de Curso** em forma escrita e oral, sendo, após exposição de cerca de _____ minutos, arguido oralmente pelos membros da banca, tendo tido como resultado:

- Aprovação por unanimidade.
- Aprovação somente após satisfazer as seguintes exigências solicitadas pela banca e no prazo estipulado pela mesma (não superior a trinta dias).

-
-
- Reprovação.

Documentos anexados a esta ata durante a apresentação:

- Declaração de autenticidade
- Ficha de Avaliação
- Projeto Final impresso assinado pelo aluno

Na forma regulamentar foi lavrada a presente ata que é abaixo assinada pelos membros da banca na ordem acima determinada e pelo candidato.

Banca Examinadora: (assinatura)

Juiz de Fora, de de

Candidato: (assinatura)



ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

+++PREENCHA EM LETRA DE FORMA+++

Ata de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de ESPECIALIZAÇÃO PNAP da Universidade Federal de Juiz de Fora, realizada no Pólo UAB, Polo Ubá Pólo Juiz de Fora

Exame:	DATA	HORA
Curso	<input type="checkbox"/> GESTÃO PÚBLICA DE ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE	
Aluno:	LILIANE MACHADO PEREIRA	
Orientador:	ANGELA MARIA CORRÊA GONÇALVES	

Banca Examinadora:

NOME COMPLETO	INSTITUIÇÃO/CARGO

Título do Trabalho de Conclusão de Curso:

A FALTA DE ADEÇÃO A PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SERVIÇO PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

De acordo com as normas do Curso de Especialização PNAP da Universidade Federal de Juiz de Fora, aprovadas pela Comissão de Trabalho de Conclusão de Curso (CTCC), o aluno submeteu seu **Trabalho de Conclusão de Curso** em forma escrita e oral, sendo, após exposição de cerca de _____ minutos, arguido oralmente pelos membros da banca, tendo tido como resultado:

- Aprovação por unanimidade.
- Aprovação somente após satisfazer as seguintes exigências solicitadas pela banca e no prazo estipulado pela mesma (não superior a trinta dias).

-
- Reprovação.

Documentos anexados a esta ata durante a apresentação:

- Declaração de autenticidade
- Ficha de Avaliação
- Projeto Final impresso assinado pelo aluno

Na forma regulamentar foi lavrada a presente ata que é abaixo assinada pelos membros da banca na ordem acima determinada e pelo candidato.

Banca Examinadora: (assinatura)

Juiz de Fora , de de

Candidato: (assinatura)