



Atenção Primária à Saúde: o Profissional de Educação Física

Kátia Euclides de Lima e Borges
Gisele Marcolino Saporetti

Atenção Primária à Saúde: o Profissional de Educação Física

Kátia Euclides de Lima e Borges
Gisele Marcolino Saporetti

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Licença Creative Commons License Deed

Atribuição-Uso Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil

Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas.

Sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.

Creative Commons License Deed - <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>.

Universidade Federal de Minas Gerais	Conselho Regional de Educação Física – CREF6 / MG
Reitor: Jaime Arturo Ramírez	Presidente: Claudio Augusto Boschi
Vice-Reitora: Sandra Regina Goulart Almeida	Projeto Gráfico
Pró-Reitora de Pós-Graduação	Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi
Rodrigo Antônio de Paiva Duarte	Adaptações do Projeto Gráfico
Pró-Reitora de Extensão	Juliana Guimarães
Pró-Reitora: Benigna Maria de Oliveira	Diagramação
Coordenador do Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)	Juliana Guimarães e Renê Duarte
Diretor: Wagner José Corradi Barbosa	

B732a Borges, Kátia Euclides de Lima e
Atenção primária à saúde : o profissional de educação física /
Kátia Euclides de Lima e Borges, Gisele Marcolino Saporetti ;
[colaboradores na Seção 3 - Ana Cláudia Porfírio Couto ... [et al.]]. -- Belo
Horizonte : Nescon/UFMG, 2015.
128 p. : il.

Outros colaboradores: Daniela Coelho Zazá, Emmi Myotin,
Gustavo Sena Sousa, Mauro Heleno Chagas.

Conteúdo: Unidade 1 - Educação física -- Unidade 2
-Sedentarismo : impactos -- Unidade 3 – Atividade física : recomendações
e benefícios -- Unidade 4 - Ações e programas na APS : barreiras e
sugestões.

1. Educação Física. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estilo de vida
sedentário. 4. Atividade Motora. I. Saporetti, Gisele Marcolino. II.
Couto, Ana Cláudia Porfírio. III. Zazá, Daniela Coelho. IV. Myotin,
Emmi. V. Sousa, Gustavo Sena. VI. Chagas, Mauro Heleno. VII.
Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina.
Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. VIII. Título.

NLM: QT 255
CDU: 371.73

Sumário

Apresentação dos autores e colaboradores.....	4
Introdução.....	6
Unidade 1 - Educação Física.....	9
Seção 1 - O Profissional de Educação Física.....	12
Seção 2 - Contextos de atuação profissional.....	16
Seção 3 - Atuação na área da saúde.....	18
Seção 4 - Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	20
Concluindo.....	26
Unidade 2 - Sedentarismo: impactos.....	27
Seção 1 - Aprendendo sobre os riscos do sedentarismo.....	30
Seção 2 - Ciclos da vida.....	33
Seção 3 - Reflexões sobre o modo sedentário da vida atual.....	36
Concluindo.....	50
Unidade 3 - Atividade Física: Recomendações e benefícios.....	51
Seção 1 - Recomendações.....	54
Seção 2 - Trabalhando com crianças e jovens.....	58
Seção 3 - A obesidade.....	60
Seção 4 - Trabalhando com adultos.....	65
Seção 5 - Orientações de segurança para o bom desenvolvimento de atividades físicas.....	67
Seção 6 - Trabalhando com idosos.....	72
Seção 7 - Programas de atividades físicas para idosos.....	74
Seção 8 - Benefícios.....	77
Concluindo.....	83
Unidade 4 - Ações e programas na APS: Barreiras e Sugestões.....	85
Seção 1 - Sustentabilidade das ações na atividade física.....	88
Seção 2 - Ações no contexto comunitário.....	98
Seção 3 - Crianças e adolescentes.....	102
Seção 4 - Adultos.....	106
Seção 5 - Idosos.....	111
Concluindo.....	114
Considerações Finais.....	115
Referências.....	118

Apresentação dos autores e colaboradores

Autoras

Kátia Euclides de Lima e Borges

Professora Adjunta aposentada do Departamento de Esportes da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em Ciências do Desporto pela Universidade do Porto, Portugal, e mestre em Educação pela *American University, USA*. Participou como professora convidada do Programa de Mestrado em Ciências do Desporto da Universidade de Porto, Portugal, do Programa ERASMUS da Comunidade Europeia e como tutora a distância do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/Programa Ágora, turma de Educação Física. Coautora do conteúdo da parte 4 e 5 da Seção 3.

Gisele Marcolino Saporetti

Integra a comissão coordenadora dos cursos de Especialização e Aperfeiçoamento em Saúde da Família para Profissionais de Educação Física do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foi tutora a distância do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - Nescon, turma de Educação Física. Foi subcoordenadora e supervisora técnica do Laboratório do Movimento da UFMG. Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG. Bacharel e Licenciada em Educação Física pela Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG.

Colaboradores

Ana Cláudia Porfírio Couto

Professora Adjunta da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foi Coordenadora do Colegiado de Graduação em Educação Física (EEFFTO – UFMG) e tutora, autora conteudista e orientadora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da Faculdade de Medicina da UFMG. Doutora em Ciência do Desporto pela Faculdade de Desporto da Universidade do Porto – Portugal. Mestre em Educação Física pela Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG. Profissional de Educação Física – Licenciada pela Faculdade de Educação Física e Desporto da Universidade Federal de Juiz de Fora. Autora da Seção 3 da Unidade 3.

Daniela Coelho Zazá

Tutora, autora conteudista e orientadora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da Faculdade de Medicina da UFMG. Mestre em Treinamento Esportivo pela Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foi Professora do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde do Centro Universitário de Belo Horizonte – UNI-BH. Profissional de Educação Física – Bacharel e Licenciada pela EEFFTO/UFMG. Autora do conteúdo da Seção 7 da Unidade 3.

Emmi Myotin

Professora Associada II do Departamento de Educação Física da Universidade Federal de Viçosa (aposentada). Doutora em Psicologia Social pela *Loughborough University* (Reino Unido). Foi tutora a distância do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, para Profissionais de Educação Física/Programa Ágora. Autora do conteúdo da Seção 5 da Unidade 3.

Gustavo Sena Sousa

Foi tutor, autor conteudista e orientador do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), como também supervisor técnico e subcoordenador de Projetos de Extensão do Laboratório do Movimento da UFMG. Doutorando e Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da UFMG. Especialista em Treinamento Esportivo e Especialista em Musculação pela Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO) da UFMG. Bacharel e Licenciado em Educação Física pela EEFFTO da UFMG. Autor do conteúdo da seção 3 da Unidade 3.

Mauro Heleno Chagas

Professor Associado do Departamento de Esportes da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia ocupacional (EEFFTO) da UFMG. Professor do programa de Pós-Graduação em Ciências do Esporte (Mestrado

e Doutorado) da EEFFTO/UFMG. Foi tutor, autor conteudista e orientador do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Coordenador do Curso de Especialização em Treinamento Esportivo/Musculação da EEFFTO/UFMG. Doutor em Ciências do Esporte pela *Johann Wolfgang Goethe Universität*, Frankfurt, Alemanha. Mestre em Treinamento Esportivo pela EEFFTO/UFMG. Profissional de Educação Física – Bacharel e Licenciado pela EEFFTO/UFMG. Autor do conteúdo da seção 7 da Unidade 3.

Agradecimento

Agradecimento especial ao Professor Dr. Claudio Augusto Boschi e ao Professor Willian Peres Lemos.

Introdução

O aumento de doenças crônicas não transmissíveis vem onerando os sistemas de saúde tanto nos países com menor poder econômico como nas nações com economias mais fortes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) as enfermidades cardiovasculares, o diabetes mellitus, as doenças cerebrovasculares, as doenças respiratórias obstrutivas, a asma e as neoplasias e indica a prática regular de atividade física (AF) como uma intervenção não medicamentosa para a prevenção contra estas doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

O impacto das DCNT nos custos dos sistemas de saúde pode ser verificado pela análise de dados de dois países: Reino Unido e Brasil. O Reino Unido, com população de 60,2 milhões de habitantes em 2005, gastou 12 bilhões de libras nos tratamentos das doenças crônicas e projeta gastar, no ano de 2025, no mínimo, 15,6 bilhões. Já o Brasil, no ano de 2005, possuía população de 183.383.216 habitantes e destinou 58% dos 6 bilhões de reais de custeio às internações para o tratamento de doenças crônicas, sendo que, destes, 22% foram destinados ao tratamento de doenças cardiovasculares (CASS BUSINESS SCHOOL, 2009; BRASIL, 2009a).

O Centers for Disease Control and Prevention (CDC) registra que mais de 75% dos custos do sistema americano de saúde é destinado às condições crônicas (CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION, 2009).

Por outro lado, o custo das DCNT é também calculado pela perda de produtividade que tais doenças produzem no mundo laboral. Em um estudo promovido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 2011, verificou-se que, de 2011 à 2030, segundo fontes do World Economic Forum, as perdas globais podem alcançar 47 trilhões de dólares, o que, pelos cálculos dos especialistas, representaria 5% do Produto Global Bruto do período mencionado (GOULART, 2011).

O custo dos tratamentos de doenças crônicas é bastante elevado, como podemos verificar, e essa interpretação indica que, se não trabalharmos para que ocorram alterações expressivas no cenário da saúde pública, principalmente na promoção da saúde e na prevenção contra doenças crônicas entre os brasileiros de todas as faixas etárias, as projeções financeiras serão cumpridas e podem, inclusive, ser maiores que as projetadas.

Entre as alterações urgentes e necessárias neste cenário estão, por um lado, a mudança de alguns hábitos de vida dos brasileiros, principalmente os associados ao sedentarismo, e, por outro lado, a adesão da população a uma vida fisicamente ativa, com práticas regulares de atividades físicas e exercícios físicos. Caso contrário, haverá cada vez mais brasileiros e brasileiras, sejam crianças, adultos ou idosos, a alcançarem as faixas etárias mais elevadas com maior probabilidade de desenvolverem DCNT, com menor qualidade de vida, menos satisfeitos com a vida e com uma velhice sem autonomia e independência.

Contudo, para que haja mudança nesse cenário, é imprescindível que os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) sejam capazes de compreender os mecanismos envolvidos no processo de uma pessoa tornar-se fisicamente ativa, saibam abordar os usuários para esclarecerem os benefícios e as recomendações para uma vida fisicamente ativa e saibam trabalhar em equipe para tecerem e fortalecerem a rede de suporte aos usuários nesse difícil processo de alteração de hábitos.

Unidade 1

Educação Física

Nesta Unidade, você conhecerá, por um breve histórico dos movimentos políticos, o processo de regulamentação do Profissional de Educação Física e as atuais áreas de atuação desse profissional. Você compreenderá ainda a importância da inclusão desses profissionais nos quadros da saúde, pela necessidade de se cumprir o estabelecido pelo Ministério da Saúde de promover a integralidade na atenção.

Esperamos que, ao final desta seção, você seja capaz de:

- Conhecer o processo histórico que regulamentou a categoria Profissional de Educação Física no Brasil;
- Associar o processo histórico com as atuais áreas de atuação da categoria, inclusive na saúde;
- Compreender os elementos que fazem com que esses profissionais sejam imprescindíveis para a Atenção Primária à Saúde no combate ao sedentarismo e na promoção da saúde dos brasileiros.

Avaliamos ser importante que os profissionais de Educação Física que compõem as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) conheçam, de maneira mais detalhada, o percurso de regulamentação da categoria, bem como as especificidades de atuações destes profissionais, para que o trabalho das equipes da APS seja diferenciado tanto pelo entrosamento dos diferentes profissionais no estabelecimento e execução das ações, como pela qualidade do serviço prestado aos usuários.

Seção 1

O Profissional de Educação Física

A experiência humana do movimento e o desafio pelo conhecimento das bases e variáveis que compõem esta experiência têm estimulado, ao longo dos séculos, profissionais a estudarem metodologias, técnicas, modelos didáticos, como também tecnologias educacionais e de equipamentos para tornarem o movimento humano mais eficiente, eficaz e adaptado ao tempo histórico das diferentes civilizações.

Os desafios impostos para a compreensão das variáveis que tornam os movimentos do corpo humano mais eficientes e adaptados colocaram os Profissionais de Educação Física nas mais diferentes equipes de trabalhos no campo de estudo do movimento, sejam elas equipes de pesquisas, técnicas ou clínicas.

Os estudos, ao longo dos séculos, têm procurado refinar conhecimentos sobre as atividades corporais, atividades físicas, exercícios físicos, atividades esportivas e de lazer.

Essas pesquisas abrangem, entre outras práticas, os milenares movimentos sincronizados e delicados adotados pelos orientais; as técnicas e estratégias envolvidas no caminhar; a administração e os fundamentos antropológicos dos clubes de corridas, tão em moda atualmente no ocidente; as *performances* extenuantes dos velocistas olímpicos, assim como as superações dos limites físicos e mentais dos atletas paralímpicos.

Os grupos de pesquisas da Educação Física valorizam os ciclos da vida para traçar suas hipóteses de trabalho, pelo conhecimento de que o corpo, bem como o gesto motor, é representativo de valores sociais e culturais e apoiam-se em bases da natureza, entre elas, no arcabouço biológico, fisiológico e biomecânico.

Sendo assim, as equipes profissionais de Educação Física tendem, principalmente as que focam os desafios da Atenção Primária à Saúde, a enfatizar conhecimentos relacionados aos movimentos e aos comportamentos e aprendizados motores das crianças,

dos adolescentes, adultos e idosos, com o objetivo de auxiliar os mesmos a potencializar esse recurso no alcance de suas realizações pessoais, familiares e da comunidade em que vivem.

Ao redor do mundo, os Profissionais de Educação Física que trabalham nesse campo recebem, muitas vezes, diferentes titulações, devido à não uniformidade no que diz respeito às nomenclaturas dos cursos de graduação e à não regulamentação da profissão em diversos países.

Contudo, no Brasil, as lutas históricas em defesa de uma categoria única alcançaram êxito e, pela Lei 9.696 / 98, a profissão foi regulamentada (BRASIL, 1998).

O sucesso dessa luta teve por trás de si uma longa lista de profissionais que lideraram esse movimento em todo o país, porém deve-se mencionar que houve muitos outros profissionais que também deram o seu apoio e que, ao longo de oito décadas, nunca desistiram de unificar a categoria.

O estado de Minas Gerais se destacou na liderança desta luta: Prof. Paulo Roberto Bassoli, Dr. Claudio Augusto Boschi e Prof. Adailton Eustáquio Magalhães, além de outros profissionais, sem os quais essa unificação não teria tido êxito.

Atualmente, a categoria possui um Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) e 14 Conselhos Regionais (CREF). A 6ª Regional engloba o estado de Minas Gerais, que possui oito seccionais localizadas nas cidades de Belo Horizonte, Ipatinga, Montes Claros, Juiz de Fora, Poços de Caldas, Uberlândia, Uberaba e Viçosa.

A Resolução nº 046 / 2002, do Conselho Federal de Educação Física, que versa sobre intervenção, competências e campos de atuação do Profissional de Educação Física, dispõe no seu Art. 1º ser este profissional um especialista em (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 2002, p. 134):

[...] atividades físicas, nas suas diversas manifestações – ginásticas, exercícios físicos, desportos, jogos, lutas, capoeira, artes marciais, danças, atividades rítmicas, expressivas e acrobáticas, musculação, lazer, recreação, reabilitação, ergonomia, relaxamento corporal, ioga, exercícios compensatórios à atividade laboral e do cotidiano e outras práticas

corporais –, tendo como propósito prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação e da saúde, contribuindo para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento fisiocorporal dos seus beneficiários, visando à consecução do bem-estar e da qualidade de vida, da consciência, da expressão e estética do movimento, da prevenção de doenças, de acidentes, de problemas posturais, da compensação de distúrbios funcionais, contribuindo ainda para consecução da autonomia, da autoestima, da cooperação, da solidariedade, da integração, da cidadania, das relações sociais e a preservação do meio ambiente, observados os preceitos de responsabilidade, segurança, qualidade técnica e ética no atendimento individual e coletivo.

De acordo com esta regulamentação, está entre as competências dos Profissionais de Educação Física ser capaz de coordenar, planejar, supervisionar, avaliar e executar programas e projetos, bem como realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos, todos nas áreas de atividades físicas, exercícios físicos e do desporto (CONFEE, 2002).

Nas suas práticas, esses profissionais utilizam-se de procedimentos, métodos e técnicas, entre estas, as de realizarem diagnósticos, métodos de aplicações de treinamento de cargas e de treinamento cardiorrespiratório, técnicas de avaliação funcional, motora, biomecânica e composição corporal, entre outras.

Os locais de trabalho do Profissional de Educação Física estão associados às ofertas de serviços no contexto das atividades físicas e esportivas. São locais como:

Instituições de Administração e Prática Desportiva, Instituições de Educação, Escolas, Empresas, Centros e Laboratórios de Pesquisa, Academias, Clubes, Associações Esportivas e/ou Recreativas, Hotéis, Centros de Recreação, Centros de Lazer, Condomínios, Centros de Estética, Clínicas, Instituições e Órgãos de Saúde, "SPAs", Centros de Saúde, Hospitais, Creches, Asilos, Circos, Centros de Treinamento Desportivo, Centros de Treinamento

de Lutas, Centros de Treinamento de Artes Marciais, Grêmios Desportivos, Logradouros Públicos, Praças, Parques, na natureza e outros onde estiverem sendo aplicadas atividades físicas e/ou desportivas” (CONFEE, 2002, p. 134).

Por meio da leitura realizada, é possível compreender que a regulamentação da profissão contribuiu para o avanço no campo da ética da categoria, ao definir e legislar sobre as condutas de comportamento dos profissionais e as boas práticas a serem alcançadas nos locais em que estes profissionais atuam.

Seção 2

Contextos de atuação profissional

O entrelaçamento entre a história política brasileira e os movimentos de organização deste campo profissional se reflete nas definições de áreas de atuação dos Profissionais de Educação Física.

A extensa abrangência de áreas de atuação desses profissionais formou-se, ao longo do tempo, por etapas restritas e fechadas em movimentos específicos, mas também pelo constante e aprofundado diálogo com a sociedade brasileira.

Pelo Movimento Higienista estruturou-se um vínculo que ainda persiste entre os conhecimentos biológicos e médicos e algumas das disciplinas da Educação Física (MELO; FORTES, 2010).

De maneira não cronológica ou linear, mas por um olhar de afinidade filosófica, observa-se um impacto desta lógica na abertura de atuação desses profissionais nas academias e sob a metodologia do *wellness* e do *fitness*.

Acompanhando a Reforma Educacional realizada no Brasil a partir dos anos 30, ocorreu a estruturação do processo da formação acadêmica dos profissionais e a inserção da Educação Física no sistema escolar brasileiro, tendo por base conteúdos pedagógicos estruturados (SOUZA NETO *et al.*, 2004).

O reconhecimento, pela sociedade brasileira da época, do importante trabalho desenvolvido pelos profissionais no contexto escolar e a defesa no estabelecimento de vínculo de categoria com a classe dos professores geraram muitas lutas políticas e a tentativa de restringir a atuação profissional a um foco específico, o pedagógico (GUIMARÃES; SILVA, 2001).

A consolidação da atuação desta categoria profissional no universo do Esporte foi importante, tanto para a afirmação da imagem do país no exterior como também no momento histórico em que se implementava políticas públicas com o objetivo de se estabelecer um Brasil competitivo (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012).

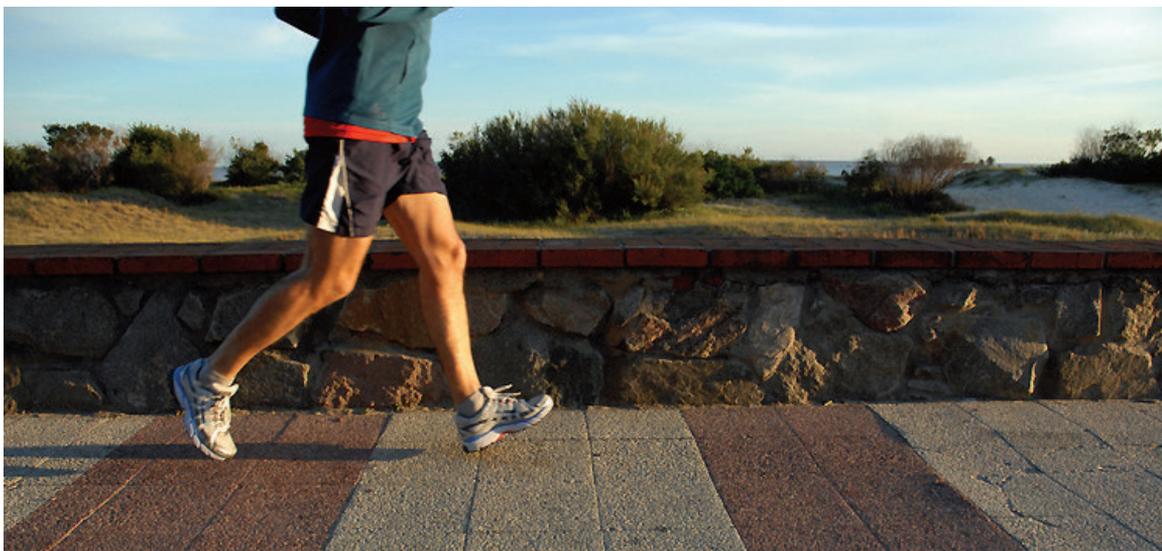
Deve-se ressaltar ainda que, a partir da segunda metade do século XX, iniciou-se um longo ciclo de programas de intercâmbios internacionais no contexto da Educação e do Esporte, com envio de docentes das universidades federais ao exterior para a formação científica e técnica.

De maneira geral, podemos dizer que muitas dessas passagens históricas contribuíram para a estruturação e o crescimento científico, técnico e tecnológico deste campo profissional, assim como todo esse arcabouço histórico-político encaminhou a organização da formação profissional para dois eixos acadêmico-profissionais, a Licenciatura e o Bacharelado.

O licenciado tem credenciais para atuar no âmbito escolar e os bacharéis para atuarem em academias, clubes esportivos, no setor saúde, entre outros locais. Esta estruturação ocorreu pela Resolução nº 3 do Conselho Federal de Educação (BRASIL, 1987).

Esse rico histórico político criou, ainda, condições e maturidade para a atuação destes profissionais na área da saúde, experiências adquiridas, principalmente, pela aproximação de determinados movimentos profissionais com a luta em defesa da cidadania plena no Brasil e pelo vínculo, persistente e justificado, entre os conhecimentos biológicos e médicos e o fazer destes profissionais.

Foi a Resolução nº 218, de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, que reconheceu a categoria Profissional de Educação Física como uma das categorias profissionais da saúde (BRASIL, 1997).



Seção 3

Atuação na área da saúde

Desde a última metade do século XX, os Profissionais de Educação Física atuam no contexto da saúde brasileira, seja de forma isolada ou em pequenos grupos. Estes profissionais participaram de pesquisas e atendimentos aplicando metodologias e técnicas próprias do campo da Educação Física para reverem evidências acumuladas e, assim, produzirem novos conhecimentos aplicados à prática profissional.

Destacam-se, entre os trabalhos, aqueles realizados pelos laboratórios de Fisiologia das universidades federais, estaduais e particulares, e os elaborados pelos profissionais e grupos da Atividade Física Adaptada, que atendiam tanto no contexto da prevenção como no da reabilitação, inclusive na reabilitação de pessoas com deficiência.

Como foi possível verificar por esta breve leitura, a inserção dos profissionais de Educação Física, na área da saúde, bem como sua inclusão nas equipes de trabalho, é recente, contudo esta inserção tem ocorrido de forma consistente.

Entre os vários motivos para o crescimento dos trabalhos destes profissionais no sistema de saúde estão os estudos epidemiológicos, que apontam para o crescimento no país das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, e as atuais demandas políticas na área da Saúde Mental, como se verifica pela Portaria nº 856/12, do Ministério da Saúde, que inclui estes profissionais na Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012).

É importante ressaltar que o principal mote utilizado pelo Ministério da Saúde para direcionar e acolher esta categoria profissional dentro do sistema de saúde brasileiro está relacionado à importância das ações de promoção à saúde, de cunho interdisciplinar, que devem ser realizadas na Atenção Primária à Saúde.

Em defesa da integralidade da atenção, o Ministério da Saúde tem valorizado a indispensável colaboração destes profissionais para

o combate ao sedentarismo e a outras condições relacionadas ao atual modo de vida dos brasileiros. Valoriza-se, assim, uma vida fisicamente ativa para a satisfação e a percepção de uma boa qualidade de vida.

Glossário

Sedentarismo: é definido como a maneira de viver ou estilo de vida que requer uma atividade física mínima e que incentiva a inatividade por meio de decisões específicas e barreiras estruturais e/ou financeiras (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2009).

Sendo assim, verifica-se de maneira marcante a presença dos Profissionais de Educação Física em programas do Ministério da Saúde, nomeadamente, nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, no Programa Academia da Saúde, no Programa Academia da Cidade e na Estratégia Saúde da Família.

Maiores informações sobre o Programa Academia da Saúde estão disponíveis no Portal Saúde do Sistema Único de Saúde: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=37078>

e sobre o Programa Academia da Cidade no Portal da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&lang=pt_BR&pg=5571&tax=16466>.

Estão regulamentadas pelo Conselho Federal de Educação Física, desde 2012, três especialidades na área da saúde: Educação Física na área da Saúde da Família, Educação Física na área da Saúde Mental e Educação Física na área da Saúde Coletiva (CONFEEF, 2012a).

Sem perder o foco da disciplina, vamos então conhecer e compreender mais a atuação dos profissionais de Educação Física nos NASF.

Para saber mais...

Um bom exemplo desta estratégia é a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Consulta disponível em:

<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>

Seção 4

Núcleo de Apoio à Saúde da Família

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi criado em 2008 pela Portaria nº 154, do Ministério da Saúde, e ocorreu devido à aposta – já mencionada – deste Ministério em reorientar o modelo assistencial brasileiro, mais especificamente, em ampliar quantitativa e qualitativamente a Atenção Primária à Saúde no Brasil (BRASIL, 2008).

A aposta nesse novo modelo possibilitou a inclusão do profissional de Educação Física nas equipes dos NASF, uma vez que, para o fortalecimento da rede, a mesma teria de ser composta também tanto por profissionais que atuassem na prevenção de DCNT (que estão diretamente associadas ao modo de vida das famílias contemporâneas), como por profissionais que se destacam em promover a saúde individual e a coletiva.

A ampliação da rede, com a implantação dos NASF, teve por finalidade o aperfeiçoamento do sistema para atuar de forma decisiva nos determinantes sociais, que causam impactos na satisfação e na qualidade de vida da população.

A tentativa de pensar e realizar ações de cuidados que potencializem a saúde individual, familiar e comunitária de forma menos fragmentada fez com que fossem estabelecidos NASF com diferentes características e com variadas formações profissionais. Para você saber mais sobre as características dos NASF, acesse o site:

<<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>>.

Como, estrategicamente, a formação do NASF foi também concebida para valorizar duas diretrizes – o trabalho em equipe e a corresponsabilização dos usuários com a própria saúde – a inclusão do Profissional de Educação Física nos Núcleos agrega a essas equipes novos saberes e valores indispensáveis para o trabalho com os usuários nas necessárias adaptações e modificações no modo e nos hábitos de vida.

Na estruturação dos NASF, o Ministério da Saúde, ante as transições

demográficas e epidemiológicas que estão ocorrendo no Brasil, estabeleceu nove áreas de prioridades no trabalho dessas equipes (BRASIL, 2009b), a saber:

- Práticas corporais/atividade física;
- Saúde da criança/do adolescente e do jovem;
- Saúde mental;
- Reabilitação/saúde integral da pessoa idosa;
- Alimentação e nutrição;
- Serviço social;
- Saúde da mulher;
- Assistência farmacêutica;
- Práticas integrativas e complementares.

Sendo assim, aproveita-se aqui para destacar-se que, entre as atribuições comuns a todos os integrantes da equipe dos NASF e as conjuntas com a Equipe Saúde da Família, estão a identificação do público prioritário e o planejamento das ações e práticas a serem adotadas por essas equipes no trabalho com o público prioritário identificado.

Diante dessas atribuições, são responsabilidades de todos os profissionais da equipe identificar e compreender as necessidades, demandas e experiências dos usuários do Sistema no domínio do lazer e do esporte, bem como nas práticas de atividades físicas e exercícios físicos, para que possam contemplar, nas ações propostas para o público prioritário, a oferta de intervenções compatíveis com as necessidades e demandas desse público.

Você pode verificar as atribuições, comuns a todos os integrantes da equipe dos NASF, em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>

Para o envolvimento e o bom funcionamento do trabalho em equipe, tanto se exigem definições de atribuições comuns a todos profissionais, como se solicitam também definições de atribuições específicas das diferentes categorias profissionais que compõem o Núcleo.

O conhecimento das definições de atribuições específicas das categorias que compõem uma equipe de trabalho previne o trabalho profissional isolado e a fragmentação de ações.

Vamos conhecer, pelo Quadro 1, as atribuições específicas do Profissional de Educação Física, para refletirmos sobre possíveis ações de apoio que você pode realizar para tornar o trabalho da sua equipe menos fragmentado.

Quadro 1 - Práticas corporais/atividade física (PCAF): diretrizes para atuação profissional

1. Fortalecer e promover o direito constitucional ao lazer.
2. Desenvolver ações que promovam a inclusão social e que tenham a intergeracionalidade, a integralidade do sujeito, o cuidado integral e a abrangência dos ciclos da vida como princípios de organização e fomento das práticas corporais/atividade física.
3. Desenvolver, junto à equipe de SF, ações intersetoriais pautadas nas demandas da comunidade.
4. Favorecer o trabalho interdisciplinar amplo e coletivo como expressão da apropriação conjunta dos instrumentos, espaços e aspectos estruturantes da produção da saúde e como estratégia de solução de problemas, reforçando os pressupostos do apoio matricial.
5. Favorecer, no processo de trabalho em equipe, a organização das práticas de saúde na APS, na perspectiva da prevenção, da promoção, do tratamento e da reabilitação.
6. Divulgar informações que possam contribuir para adoção de modos de vida saudáveis por parte da comunidade.
7. Desenvolver ações de educação em saúde reconhecendo o protagonismo dos sujeitos na produção e apreensão do conhecimento e da importância deste último como ferramenta para produção da vida.
8. Valorizar a produção cultural local como expressão da identidade comunitária de reafirmação do direito e possibilidade de criação de novas formas de expressão e resistência sociais.
9. Primar por intervenções que favoreçam a coletividade mais que os indivíduos sem excluir a abordagem individual.
10. Conhecer o território na perspectiva de suas nuances sociopolíticas e dos equipamentos que possam ser potencialmente trabalhados, para o fomento das práticas corporais / atividade física.
11. Construir e participar do acompanhamento e avaliação dos resultados das intervenções.
12. Fortalecer o controle social na saúde e a organização comunitária como princípios de participação política nas decisões afetas à comunidade ou à população local.

Fonte: BRASIL, 2009b, p. 146-147. (Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>).

Após a leitura das atribuições dos Profissionais de Educação Física contidas no Quadro 1, podemos, inicialmente, refletir em como o direito ao lazer está associado à integralidade do atendimento em saúde. Dessa forma, torna-se fundamental que você e seus colegas de equipe tenham especial atenção às necessidades de lazer dos usuários, principalmente do lazer que envolve atividades físicas, e nas expectativas dos mesmos, de acordo com os ciclos da vida de cada um.

Lembre-se:

É importante que vocês, como equipe, discutam e apresentem ações, muitas vezes intersetoriais, que abranjam demandas explícitas e implícitas das famílias que compõem as comunidades em que vocês atuam.

O documento aponta, ainda, a necessidade de se trabalhar com os usuários a possível e saudável associação entre a participação nas práticas corporais e atividades físicas e a satisfação pela experiência dessa participação, ou seja, desenvolver o entendimento e a compreensão dos usuários de que a participação nas práticas de exercícios físicos e atividades físicas é referência de desenvolvimento de autoconhecimento, de prazer-desprazer físico, de ganho cognitivo e emocional, bem como a importância do compartilhamento, tanto social como ambiental, desta experiência para o efetivo crescimento pessoal.

Como podemos observar, o fortalecimento desta associação (participação em práticas corporais/atividades físicas com prazer/desprazer físico, ganhos cognitivo, emocional e social) junto aos usuários depende não somente do envolvimento e das ações planejadas pelo/para a execução do Profissional de Educação Física que compõe a equipe, mas depende, essencialmente, do apoio de todos os profissionais das equipes do NASF e ESF para que essas vivências corporais sejam integradas à experiência de vida do usuário/sujeito.

As atribuições indicam também o valor positivo e fundamental que deve ser destacado – nas/pelas intervenções da Educação Física, da equipe e dos parceiros da comunidade – no vínculo entre uma vida mental e fisicamente ativa e os determinantes sociais que a condicionam.



Concluindo

Nesta unidade foram contextualizados os movimentos que originaram a regulamentação da profissão de Educação Física no Brasil e as implicações desses movimentos para o estabelecimento das atuais áreas de atuação da mesma. Foi também abordada a importância da inclusão deste profissional nos quadros da saúde para reduzir o avanço das DCNT entre os brasileiros e para fortalecer as ações propostas pelas equipes da APS, com o objetivo de promover a saúde da população brasileira.

Unidade 2

Sedentarismo: Impactos

Nesta Unidade serão apresentados e discutidos os principais desafios e transformações ocorridos nas sociedades do Ocidente e, particularmente, dados sobre a sociedade brasileira, que tiveram impactos no estabelecimento do atual modo sedentário de vida de muitos brasileiros, sejam crianças, adultos ou idosos.

Trabalharemos com dados internacionais e brasileiros para a compreensão dos riscos envolvidos, tanto para a vida pessoal do usuário como para o sistema público de saúde, pela adoção por grande parte dos brasileiros de um modo sedentário de se viver.

Serão também explorados resultados de investigações para o aprendizado sobre associações entre o afastamento das práticas regulares de atividades físicas e variáveis do modo sedentário de vida das crianças, adultos e idosos; transição demográfica; e as doenças crônicas não transmissíveis.

Julgamos ser importante para o profissional que atua na área de Atenção Primária à Saúde compreender o panorama geral do sedentarismo na vida dos seres humanos, as particularidades expressas nesse cenário e as possíveis leituras que afloram das associações estabelecidas entre os diferentes elementos que compõem este modo de vida.

Esperamos que, ao final desta seção, você seja capaz de:

- Associar as transformações ocorridas no modo de vida das sociedades ocidentais, o impacto dessas transformações nas diferentes fases da vida e o estabelecimento do padrão sedentário de se viver no ocidente;
- Interpretar e discutir dados das associações entre sedentarismo e transição demográfica, transição epidemiológica e desafios impostos às equipes dos NASFs;
- Compreender a importância das práticas das atividades físicas regulares como recurso para restringir o crescimento das DCNTs, como também para a valorização da vida ativa em todas as faixas etárias.

Seção 1

Aprendendo sobre os riscos do sedentarismo

O entrelaçamento de atitudes com ações individuais, organizacionais e de serviços é importante para a manutenção do funcionamento e do bem-estar de uma comunidade. Sendo assim, para a satisfação das famílias e das pessoas que nela vivem, torna-se necessário atuarmos, enquanto equipe de saúde, nos diferentes cenários que possibilitam a vitalidade da comunidade.

As ameaças à saúde e as demandas implícitas e explícitas que são solicitadas pelas comunidades para que seja alterado o cenário de ameaças à saúde devem ser prioritariamente analisadas pelo potencial de impacto na comunidade, mais que nos indivíduos isoladamente.

Dessa maneira, é necessário contrabalançarmos ações com direcionamento coletivo com as intervenções com foco exclusivamente individual.

Diante da compreensão desse modelo de assistência à saúde, as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nas comunidades revelam-se mais efetivas do que a opção pelo tratamento de quadros clínicos individuais isoladamente.

Portanto, para promover saúde e prevenir o avanço de doenças nas comunidades sob nossa responsabilidade, é fundamental analisarmos, como equipe, as situações em que vivem as famílias, motivando a participação dos usuários nas causas sociais comuns a todos e promovendo ações intersetoriais, entre outras ações.

Um desafio colocado às equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde, pelos registros clínicos e científicos, é a associação entre o atual modo sedentário de vida, alimentação inadequada, nível alto de estresse e várias doenças, principalmente as DCNT.

Muitas dessas doenças estão indicadas no diagnóstico situacional que você e sua equipe fizeram nas comunidades em que atuam.



Para compreendermos melhor o atual modo sedentário de vida que se estabeleceu no Ocidente, é importante lembrarmos algumas associações entre o desenvolvimento social e as mudanças impostas no cotidiano das pessoas para as adaptações ao contexto social (DISHMAN, 1994).

No período entre a etapa pré-agrícola e a agrícola da civilização humana, havia uma alta demanda por esforço físico para a manutenção da vida, dos bens e para a proteção das pequenas comunidades. Porém, o modo de vida estava associado a uma dieta adequada ao nível de esforço físico solicitado pelas duras condições de vida em áreas rurais e a laços familiares e comunitários bem constituídos. Com o advento do período industrial houve um crescimento urbano descontrolado, o avanço de dietas inadequadas e a explosão dos movimentos repetitivos.

No deslocamento de uma vida rural para uma vida urbana, ocorreu o afastamento das rotinas diárias dos afazeres da pecuária e da agricultura (as quais demandam preparo físico para trabalhos corporais intensos que estão condicionados ao clima, ao relógio biológico e à divisão das tarefas com os familiares).

Foi assim necessária a adaptação a um modo de vida no qual prevalece a fragmentação do processo de trabalho, a industrialização, a oferta de serviços, a imposição de ritmo externo e vários condicionantes para a manutenção da vida familiar.

Nesse cenário de adaptação à vida urbana, alguns componentes importantes para o estabelecimento de uma vida saudável foram perdidos, entre eles, a quantidade e a qualidade dos movimentos físicos.

Estabeleceram-se, como afirma Foucault (1987), condições de vida que demandam “corpos dóceis” para esclarecer o poder das instituições sobre as pessoas.

Nessa direção de interpretação, no período contemporâneo, o alto nível de desenvolvimento tecnológico e de consumo de alguns países, a precária qualificação urbanística de muitas cidades, o desequilíbrio econômico entre as pessoas e o estresse físico e psíquico para compatibilizar necessidades e aspirações, entre outros fatores, têm aprofundado o descompasso entre a capacidade evolucionária humana e a manutenção de uma vida física e mentalmente ativa e saudável.

Sendo assim, é importante relembrarmos alguns desafios impostos aos seres humanos ao longo da vida para melhor compreendermos e contextualizarmos o modo de vida contemporâneo e suas consequências.

Seção 2

Ciclos da vida

Relembrar os anos da infância e da adolescência é dizer de um período da vida em que, entre outros sentimentos e motivações, as descobertas interiores e do mundo ao redor povoam o imaginário; é dizer de um período da vida em que se misturam realidade e produção de fantasias mentais sobre si mesmo, sobre o outro e sobre o futuro, como é também o período de fazer do corpo o grande objeto de existência.

Em contrapartida, na infância e na juventude vive-se a dependência do outro; os conflitos com o próprio corpo e com o corpo do outro; conhece-se e aprende-se sobre as próprias vulnerabilidades ante os diferentes tipos de abusos. Inicia-se o difícil percurso de se tornar sujeito.

Assistimos a essas explosões de afetos, sentimentos, expectativas e conflitos terem muitas de suas representações – no cotidiano das crianças e adolescentes do Brasil – por meio do isolamento social; do apetite voraz por alimentos gordurosos e ricos em açúcar; das horas infindáveis na frente de computadores e televisões; como também da gravidez precoce; do acesso fácil ao mundo das drogas e da violência, e de outras representações.

No Brasil, utiliza-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) como referência para definir criança como toda pessoa humana na faixa etária até 12 anos incompletos; pré-adolescentes como os que estão na faixa entre 10 e 12 anos; e adolescentes como as pessoas que estão entre 12 e 18 anos. Por outro lado, é interessante observar que o ECA utiliza o termo jovem adulto para definir o ser humano na faixa etária entre 19 e 21 anos (BRASIL, 1990).

A vida adulta, no entanto, abrange um longo período que, em alguns países, se inicia aos 19 anos e se estende até os 65 anos de idade, uma vez que essas definições etárias estão condicionadas a fatores específicos, como, por exemplo, taxas de mortalidade dos países.

O jovem adulto, de 19 a 21 anos, está numa fase intermediária entre

a adolescência e a vida adulta e não apresenta ainda definidores da maturidade plena: uma carreira e uma vida afetiva construída, bem como condição de se sustentar financeiramente. Nos dias atuais, muitos indivíduos dessa faixa etária vivem com os pais, são dependentes, tanto financeira quanto emocionalmente, de outro adulto, e muitos prolongam o período estudantil favorecendo essa dependência.

Se, por um lado, os jovens adultos não apresentam sérios problemas de saúde, uma vez que nessa fase há menos ocorrência de doenças crônicas; por outro lado, eles estão mais expostos aos acidentes de trânsito e traumas esportivos, aos conflitos com outros jovens, ao aumento do peso, às doenças sexualmente transmissíveis e ao consumo de álcool, drogas e tabaco.

Os adultos de 22 a 44 anos, em contrapartida aos jovens adultos, provavelmente já terão abraçado uma carreira profissional e assumido um relacionamento afetivo ou definido por permanecerem solteiros. Contudo, é importante evidenciar que, a partir dessa fase, muitas diferenças no modo de vida entre os homens e as mulheres tomam contornos mais definidos, por exemplo, a consolidação profissional no mercado formal de trabalho pelos homens e a definição pela maternidade por parte das mulheres.

A fase adulta desse ciclo é recheada de importantes consolidações de objetivos e aspirações da vida, mas é também uma fase na qual transições subjetivas e sociais importantes ocorrem, nomeadamente: não ser filho – ser pai ou não ser funcionário – ser chefe, etc.

Problemas relacionados a algumas doenças crônicas, como a hipertensão, o sobrepeso e a obesidade, podem emergir, bem como a vulnerabilidade psíquica pode tomar contorno de transtornos mentais. Para muitos adultos, essas condições são oportunidade para reverem o estilo e o modo de vida adotado.

O adulto de meia-idade, de 45 a 60 anos, encontra-se num período de prolongamento das experiências iniciadas nas fases anteriores, no que se refere aos cuidados com a família, com a carreira e com a vida afetiva. Para alguns adultos de meia-idade, essa fase pode significar um período de certa estabilidade, condição que propicia a adoção de cuidados com a própria saúde e para uma futura aposentadoria.

Porém, para muitos outros, o processo de envelhecimento torna-se mais difícil, uma vez que se processam importantes transformações na

imagem corporal, familiar e social, por exemplo: a autoestima corporal que se adapta à alteração da força física, o confronto com a adoção da figura de avô e o desalento entre as aspirações profissionais e a realidade do mercado de trabalho.

Como nas fases anteriores, os homens e as mulheres se adaptam de maneira diferente a essa fase da vida.

Ao contemplarmos a experiência da velhice, aprendemos que, nesta fase, há maior possibilidade de se olhar, sem medo, as situações próprias do viver e, portanto, fazer escolhas pautadas pelo afeto. Nesta fase, os conflitos entre a vida amorosa/familiar e a do trabalho estão relativizados, como também o gasto de energia psíquica para soluções dos problemas.

Muitas vezes, contrapõem à possibilidade de vida tranquila e bem acolhida na velhice o abandono familiar, a perda das pessoas amadas, a falta de motivação e de vigor físico para enfrentar os males da alma e do corpo.

O diagnóstico de doenças como as crônicas não transmissíveis, pode significar, tanto para os adultos como para os idosos, assumir posição de vítima diante dos familiares e amigos e de afastamento social; ou, ao contrário, pode ser a mola propulsora para a adoção de outro modo de vida, que seja mais participativo e saudável. Ou seja, um modo participativo e saudável de envelhecer, com valiosos contatos sociais a se manifestarem pelo aumento do tempo passado com os familiares, vizinhos e antigos amigos, como também pela adesão às práticas de atividades físicas regulares e exercícios compartilhados com novos amigos.

Pode-se ter acesso ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pelo site: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>

e ao Estatuto do Idoso, pelo site: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf>.

Esse rápido olhar sobre o panorama dos desafios impostos aos seres humanos no processo de adaptação ao arcabouço genético e biológico, à cultura e ao período histórico ao longo da vida remete-nos a reflexões sobre a construção do modo de vida como fazer humano nesse processo de adaptação.

Seção 3

Reflexões sobre o modo sedentário da vida atual

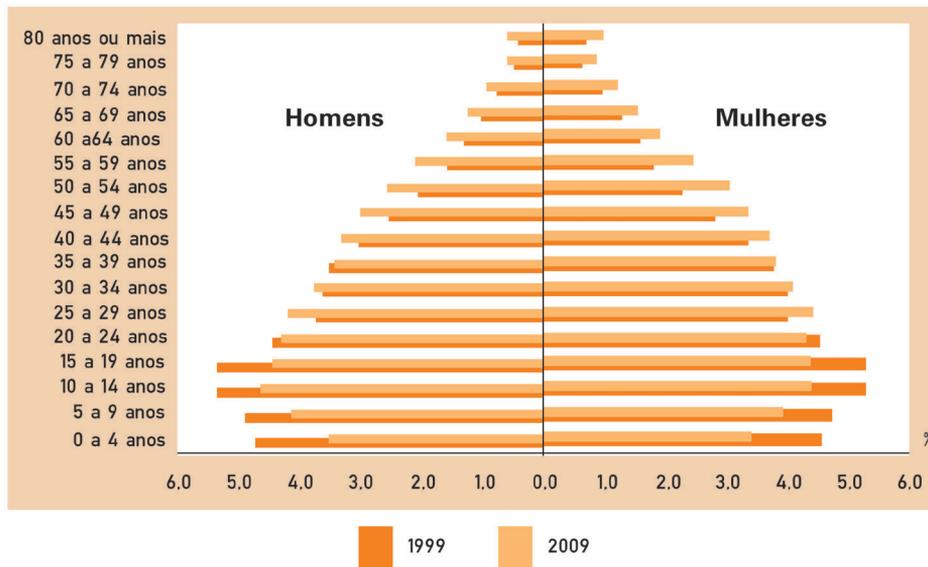
Ao olharmos para alguns dados brasileiros – demográficos, epidemiológicos e de modo de vida – verificamos que o país passa por algumas transições:

- Transição demográfica, deixando de ser um país de adultos para se tornar um país de idosos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).
- Transição epidemiológica, pela substituição das doenças infecciosas e transmissíveis por doenças crônicas não transmissíveis e doenças degenerativas (BRASIL, 2006);
- Transição no modo de vida, pela perda de hábitos e modos de vida rural e industrial para a adoção de um modo de vida urbano e de ofertas de serviços (IBGE, 2010).

Para refletirmos sobre alguns aspectos das transições mencionadas, vamos verificar a Figura 1, que aponta a transição demográfica que está ocorrendo no Brasil, e a Figura 2, que apresenta a proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade que já declaravam em 2008 sofrer algum tipo de doença crônica (BRASIL, 2010).

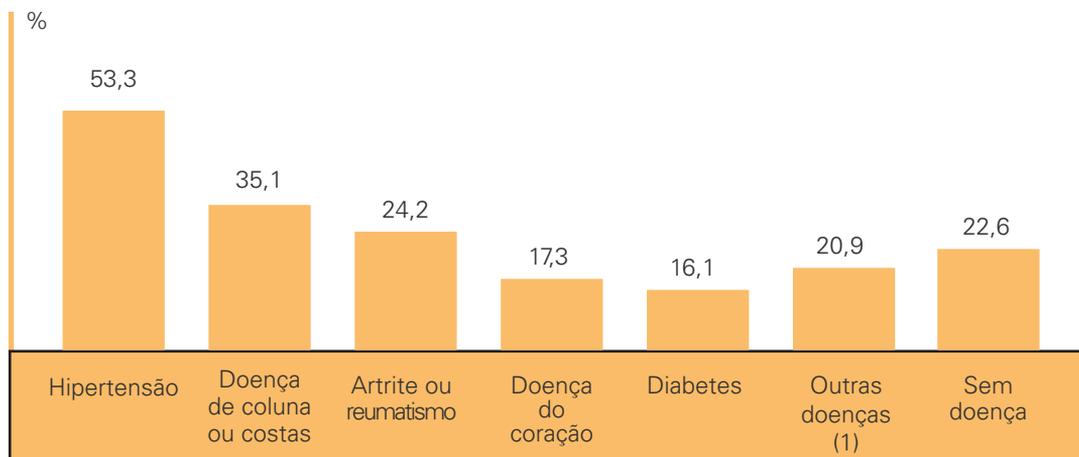
Essas informações ajudam-nos a montar o cenário que nossas equipes que atuam nos NASF já enfrentam e apontam para a necessidade de estimular, motivar e promover um modo de vida que seja mental e fisicamente mais ativo nas comunidades atendidas pelas equipes.

Figura 1 - Composição da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil – 1999/2009



Fonte: IBGE, [2010].

Figura 2 - Proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade que declararam sofrer algum tipo de doença crônica, segundo os principais tipos – Brasil – 2008.



Fonte: IBGE, [2010].

Por esses dados já podemos pensar que deixamos de ser um país de jovens para nos tornarmos um país de adultos, encaminhando para a velhice e com doenças próprias dos adultos e idosos.

Entre os vários fatores que estão por trás da transição epidemiológica, está o avanço da idade da população brasileira e a adoção, por grande parte dela, de um modo sedentário de se viver.

Dados de estudos brasileiros, em conformidade com a tendência mundial, confirmam um padrão elevado de sedentarismo no país, principalmente entre as crianças, homens adultos e idosos (BRASIL, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013) classifica como doenças crônicas não transmissíveis as enfermidades cardiovasculares, o diabetes melito, as doenças cerebrovasculares, as doenças respiratórias obstrutivas, a asma e as neoplasias. Ou seja, doenças que estão diretamente associadas a um modo de vida sedentário.

Por outro lado, é importante ainda mencionar o crescimento, tanto no Brasil como no exterior, dos registros de transtornos mentais, mais especificamente das depressões, que, também pela visão da OMS, possuem uma relação estreita com um modo de vida sedentário das pessoas.

Todo esse processo de aumento dos registros das doenças crônicas não transmissíveis e das depressões, principalmente entre os adultos e idosos, vem onerando os sistemas de saúde tanto nos países economicamente fortes como em algumas nações com menor poder econômico.

Com o foco no custo-país, o governo da Finlândia, em 2010, preocupado com a parcela da população que não praticava atividades esportivas, exercícios físicos ou atividades físicas regularmente e com as pessoas que estavam com sobrepeso ou obesas, alertou os gestores públicos municipais de que o corte de investimentos nos serviços públicos que ofereciam programas de esporte, atividades físicas e exercícios físicos significaria, no futuro, um aumento considerável nas contas do sistema de saúde e da previdência (FINLÂNDIA, 2010).

Para o cálculo de estimativas de custo da inatividade, riscos de doenças ou morte prematura no custo/saúde há três classificações. São elas:

- Custo direto (custo com prevenção, tratamento e diagnóstico);
- Custo indireto (custos que estão associados aos valores da vida humana e produtividade) e

- Custos intangíveis (custo social e pessoal, tanto do indivíduo como da família, pela perda na qualidade de vida como resultado de doença, deficiência ou morte prematura).

O governo da Finlândia expressa no documento *Recommendations for the promotion of physical activity in Finland* (FINLÂNDIA, 2010) que, pelos cálculos do Ministério do Desenvolvimento Social e Saúde, a não adesão de uma parcela da população às práticas de atividades esportivas, exercícios físicos e atividades físicas regulares custa, anualmente, aos cofres públicos a soma de 300 a 400 milhões de euros.



Diante desses desafios, a OMS indica e recomenda a prática de atividades físicas regularmente como intervenções não medicamentosas para a prevenção e controle das DCNT (OMS, 2013).

Pela concepção metodológica definida para as pesquisas internacionais, há quatro oportunidades para que um indivíduo seja fisicamente ativo: o tempo livre (lazer), o trabalho, o deslocamento e os afazeres domésticos (BRASIL, 2006).

Práticas corporais: práticas que estimulam a interação mente-corpo e proporcionam aos participantes mais consciência da sua integralidade como ser humano (BRASIL, 2009b).

Atividade física: qualquer movimento corporal que é produzido pela contração da musculatura esquelética e que aumenta o gasto de energia (AMERICAN COLLEGE OF SPORT MEDICINE, 2009).

Exercício físico: atividade física planejada, estruturada e repetitiva para aumentar ou manter um ou mais componentes da aptidão física. (AMERICAN COLLEGE OF SPORT MEDICINE, 2009).

Diante desse contexto demográfico e epidemiológico, passaremos agora a verificar alguns dados que nos ajudarão a melhor compreender a necessidade urgente de trabalharmos como equipe para estimular e motivar os brasileiros a serem mais ativos fisicamente.

Vejamos abaixo alguns destes dados, apresentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013):

- 60% das mortes no planeta acontecem devido a DCNT.
- O sedentarismo é o quarto fator de risco de mortalidade mundial.
- Estima-se que 2,6 milhões de pessoas que vivem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento morrem por ano de causas relacionadas ao sedentarismo.
- Anualmente, são mais de 670.000 mortes de pessoas com menos de 60 anos que estão associadas a um padrão de vida sedentário.
- Estima-se que o sedentarismo seja a principal causa de aproximadamente 21% a 25% dos cânceres de mama e do cólon de intestino, de 27% dos casos de diabetes e de 30% das doenças cardíacas isquêmicas.

Assim, a modificação do padrão de vida sedentário apresenta-se como um desafio para as equipes que atuam na Atenção Primária, inclusive por se estender a todas as faixas etárias. Diante desse cenário, urgem ações bem planejadas, organizadas e executadas pelas equipes dos NASF para estimular, motivar, recomendar, monitorar e avaliar as práticas de atividades físicas e exercícios entre os usuários das comunidades por elas atendidas.

Vamos agora passar a verificar um fator que tem estimulado o sedentarismo entre as crianças e os adolescentes e os dados quantitativos que ajudam a esclarecer este cenário.

Dados americanos publicados no *Physical Activity Guidelines for Americans Midcourse Report* de 2012 indicam que a oferta de aulas de Educação Física está limitada a algumas escolas e apontam ser este um dos fatores do avanço do sedentarismo entre os

mais jovens. Segundo esse documento, oferecem aulas diárias dessa disciplina somente 4% das escolas do ensino infantil, 8% das escolas do ensino fundamental e 2% do ensino médio. Nesse mesmo documento, os especialistas apresentam as perversas consequências dessa condição escolar para a saúde das crianças nesta fase da vida e como futuros adultos (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 2012).

Os estudos americanos indicam ainda que somente 29% dos alunos matriculados no ensino médio tiveram uma rotina regular de 60 minutos diários de atividades físicas nos últimos 7 dias antes da pesquisa, sendo os rapazes (38%) mais ativos que as moças (19%).

Contextualizando a Prática

Você conhece a rotina de aulas de Educação Física nas escolas das comunidades atendidas por sua equipe?

Quais são as atividades físicas e os esportes praticados por crianças e adolescentes nessas escolas?

Há ações planejadas entre sua equipe, os professores de Educação Física e os administradores das escolas das comunidades atendidas?

Há espaços para prática de esportes nas escolas das comunidades? Eles estão subutilizados durante a semana? Esses espaços estão abertos para a comunidade durante o final de semana?

O cenário da comunidade britânica, segundo o Relatório da British Heart Foundation de 2012, revelou que somente 33% das crianças e jovens do sexo masculino e 21% das do sexo feminino da Inglaterra atingiram 60 minutos diários de práticas de atividades físicas no ano da pesquisa (TOWNSEND *et al.*, 2012).

A revisão da literatura realizada por Barufaldi, Abreu, Coutinho e Bloch, em 2012, de estudos que pesquisavam a prevalência de inatividade física entre adolescentes no Brasil, indicou uma grande discrepância nos resultados destes estudos, pois foram verificadas prevalências entre 30% e 70%.

Mesmo que os resultados dos estudos brasileiros apontem divergências, verificamos que o cenário do sedentarismo entre as crianças e os adolescentes no Brasil não é diferente do cenário internacional no que diz respeito ao avanço do modo sedentário de se viver a infância e a adolescência.



Como mencionado anteriormente, o modo sedentário de vida tem sido também verificado entre os adultos ao redor do mundo.

O *Physical Activity Statistics* de 2012 apontou que, tanto na Bulgária como na Grécia, somente 3% dos adultos praticavam exercícios físicos regularmente e afirmou que foi a Irlanda que apresentou adultos com melhor rotina de exercícios e práticas de esportes. Contudo, eram somente 23% dos adultos daquele país (TOWNSEND *et al.*, 2012).

O relatório apresentou ainda uma diferença significativa na regularidade das práticas de atividades físicas entre os adultos da Itália e da Letônia, com somente **7% dos italianos** engajados em práticas regulares de atividades físicas, contra **44% de engajamento dos adultos da Letônia**. Nesta pesquisa, não foi incluído o engajamento nas práticas de atividades esportivas.



O *Health Survey*, realizado na Inglaterra em 2008, identificou diferenças significativas entre a quantidade recomendada de práticas de atividades físicas e as condições econômicas de adultos ingleses. Foi verificado que homens (42%) e mulheres (34%) com maior poder econômico alcançavam mais as recomendações semanais de atividades físicas, quando comparados com os homens (31%) e mulheres (26%) adultos com menor poder aquisitivo (CRAIG; MINDELL; VASANT, 2008).

Alguns estudos asiáticos apontam que o sedentarismo nos países daquela região está entre 13% e 20% e que as mais altas prevalências foram encontradas nas classes de mais poder aquisitivo e nos habitantes dos centros urbanos. A vida urbana, mais poder aquisitivo e o padrão de transporte para deslocamentos foram associados ao sedentarismo em todos aqueles países pesquisados (DANS *et al.*, 2011).

Pelos dados apresentados, podemos compreender que variáveis como gênero, poder econômico, formações culturais históricas e momento de desenvolvimento dos países influenciam o comportamento dos dados sobre o sedentarismo. Contudo, em síntese, o que se verifica também com esses dados é uma constância do modo sedentário de se viver no Ocidente.

Em sentido contrário dessa tendência, vamos encontrar os países nórdicos, onde são verificados os melhores resultados, com adesão de 43% de adultos na Dinamarca às práticas regulares de atividades físicas e 40% na Suécia, inclusive com adesão às práticas esportivas (TOWNSEND *et al.*, 2012).

Nos últimos anos foram identificadas no Brasil alterações positivas na taxa de sedentarismo entre os adultos.

Segundo o sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), a proporção de homens sedentários em 2006 estava entre 47,3% e 28,6% e, em 2009, foi reduzida para a faixa de 26,9% e 12,9%. Já, em 2013, identificou-se que o percentual de homens inativos era de 16,8%.

Por outro lado, as mulheres sedentárias em 2006 estavam entre 26,5% e 14,6%; na pesquisa de 2009, verificou-se redução para 14,1% e 6,4% e, em 2013, foi identificado que 15,7% de mulheres não atingiam o mínimo de atividade física recomendado, ou seja, 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana. (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009c; BRASIL, 2014).

Alguns fatores e fatos que podem ter contribuído para a ocorrência dessa alteração são o refinamento do termo inatividade pelo VIGITEL de 2009 (BRASIL, 2010), que estabeleceu baliza de tempo na execução do esforço físico, e o aumento do acesso da população adulta brasileira a programas públicos e privados de atividades físicas (BRASIL, 2009b).

De maneira generalizada, os adultos brasileiros aumentam o nível de esforço físico na faixa etária entre 35 e 44 anos e voltam a aumentar gradativamente a condição sedentária até os 65, sendo os 55 anos identificado como a idade de maior redução das atividades físicas para ambos os sexos. Deve-se mencionar ainda que os adultos com menos escolaridade apresentaram os maiores percentuais de inatividade física (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2014).

Contextualizando a Prática

O IBGE, no Censo de 2010, identificou o fenômeno da feminização no Brasil, em que as mulheres vivem mais que os homens (IBGE, 2010).

Você seria capaz de dizer se os homens adultos das comunidades atendidas por sua equipe são mais ativos fisicamente do que as mulheres adultas?

Com base nas oportunidades que as pessoas têm de serem fisicamente ativas, a diferença entre elas – homens adultos e mulheres adultas – está relacionada a quais fatores: o tempo livre (lazer), o trabalho, o deslocamento, os afazeres domésticos?

Nas ações que você e sua equipe estão executando junto à comunidade, vocês levantam a regularidade das atividades físicas e esportivas dos homens presentes? Você sabe como

eles se deslocam para o trabalho?

Nas ações que você e sua equipe estão executando junto à comunidade, vocês identificam a rotina dos afazeres domésticos e a regularidade semanal de caminhadas das mulheres presentes?

Nas ações que você e sua equipe estão executando junto à comunidade, vocês levantaram se o poder econômico e o nível de escolaridade modificam a regularidade nas práticas de exercícios, atividades físicas e esportivas entre os adultos?

Pelos resultados do VIGITEL, em Belo Horizonte, a proporção de adultos inativos era de 30,6% em 2006; foi reduzida para 16,9% em 2009 e, em 2013, identificou-se mais uma queda, para 15,3% (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009c; BRASIL, 2014). Um dos fatores para o decréscimo na taxa do sedentarismo pode ser a ampliação do Programa Público Academia da Cidade, mas novos estudos estão sendo realizados para identificar, de maneira mais detalhada, as variáveis que influenciaram a descida desta taxa.

Por outro lado, os estudos realizados por Monteiro (2005), ao monitorarem os fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo, evidenciaram que as mulheres com menos escolaridade tendem a ser mais sedentárias e obesas, quando comparadas com mulheres com melhor nível escolar.

Os resultados do VIGITEL de 2009 (BRASIL, 2010) enfatizaram que, no Brasil, há entre 36,2% e 52,2% de adultos com excesso de peso (IMC igual ou acima de 25 kg/m²) e entre 8,8% e 17% de obesos (com IMC de 30 kg/m²). Os resultados de 2013 identificaram pequena redução do excesso de peso, que está em 50,8%, sendo entre os homens (54,7%) maior que entre as mulheres (47,4%). A frequência desta condição tendeu a aumentar com a idade de 54 anos, tanto entre homens como entre as mulheres (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2014).

No estado de Pernambuco, identificou-se que 37,8% dos adultos eram sedentários ao se levantar o percentual de adultos sedentários em um grupo populacional com menos poder econômico e com atendimento pelas Unidades Básicas de Saúde (ALVES, 2010).

No município de Botucatu, São Paulo, a prevalência de sedentarismo e tabagismo foi mais elevada, tanto entre os homens como entre as mulheres, quando comparada à associação com outros fatores de riscos. Verificou-se também, nessa investigação, que mais

tempo nos bancos escolares influenciou positivamente a adoção de hábitos saudáveis na vida adulta, diferentemente de achados encontrados em outros estudos sobre esse mesmo tema (BERTO; CARVALHAES; MOURA, 2010).

Na proposta de ampliar nossos conhecimentos sobre o sedentarismo e modo de vida fisicamente ativo dentro dos ciclos da vida, dados quantitativos desta realidade entre os idosos vão ser apresentados para confirmar a urgência de intervirnos, também com práticas não medicamentosas, para conseguirmos usuários na terceira etapa da vida mais satisfeitos nas relações interpessoais e familiares.



Como no Brasil, dados da comunidade britânica indicam um declínio de adesão às práticas de atividades e exercícios físicos, de maneira pronunciada, após os 65 anos, para os dois sexos.

De forma comparativa podemos verificar que entre os britânicos do sexo masculino, de 55 a 64 anos de idade, no ano de 2008, a prática regular de atividades físicas, no período de quatro semanas, ocorria numa média de 11,2 dias, e as práticas de esporte e exercícios físicos, numa média de 3,8 dias. Por outro lado, verificou-se, naquele mesmo ano e mesmo período, para a faixa etária de 65 a 74 anos, uma média de 9,7 dias de práticas de atividades físicas e de 3,0 dias de práticas de esporte e exercícios físicos (BRITISH HEART FOUNDATION HEALTH, 2012).

Sobre o universo feminino, neste mesmo estudo, identificou-se que, no período de quatro semanas, na faixa etária de 55 a 64 anos, as mulheres mantinham uma média de 11,7 dias de práticas de atividades físicas e uma média de 5,4 dias com rotinas de caminhadas. Por outro lado, na faixa de 65 a 74, as médias

encontradas de práticas de exercícios e de atividades físicas e caminhadas foram 9,1 dias e 3,7 dias, respectivamente.

Por estes e por outros dados, verificamos que, na atualidade, existe mudança na rotina das práticas de exercícios e atividades físicas no período de transição dos 60 anos para os 70 anos e que essa associação – avanço da idade e declínio de práticas de atividades físicas – aumenta a probabilidade de os idosos não conseguirem controlar referenciais clínicos, como a pressão arterial e o nível de glicose no sangue.

Por outro lado, este estudo verificou que, na comparação entre as mesmas faixas etárias, 55 a 64 anos e 65 a 74 anos, no caso de adesão às práticas esportivas e a rotinas de exercícios físicos, a média de dias praticados apresenta menores diferenças. Ou seja, homens na faixa etária entre 55 e 64 anos possuem uma média de 3,8 dias e mulheres de 3,9 dias de práticas de atividades esportivas ou exercício físicos; e, na faixa etária de 65 a 74 anos, verificou-se a média de 3,0 dias para os homens e 2,9 para as mulheres.

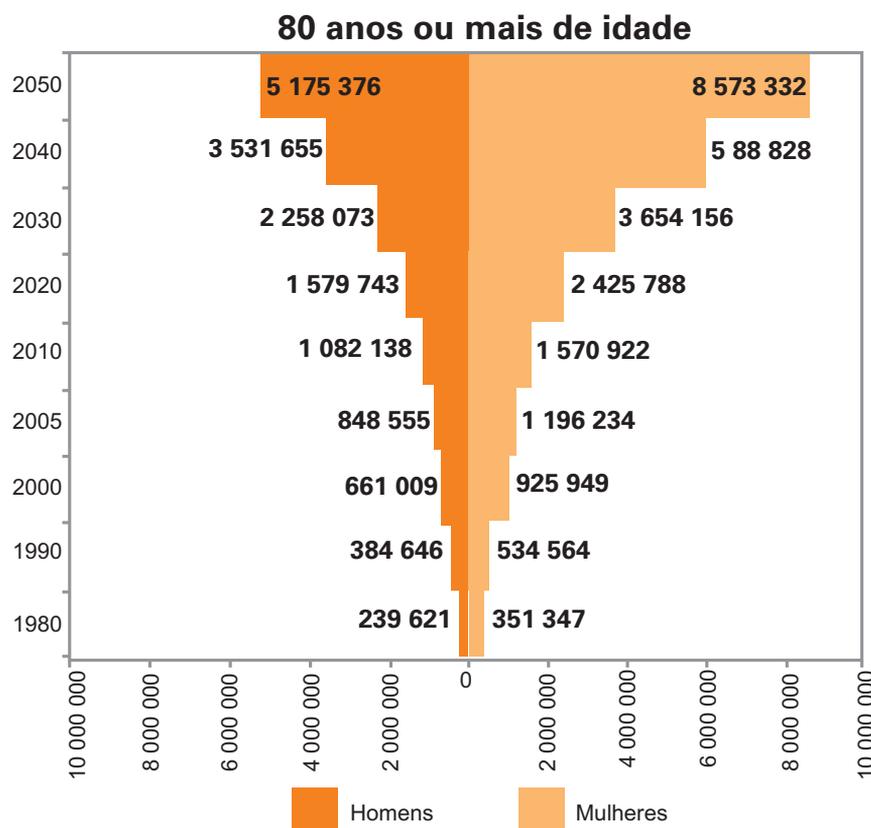
Estes dados fazem com que possamos inferir que o histórico de participação em práticas estruturadas e sistematizadas (Exercícios Físicos), como também com base em elementos culturalmente aceitos e socialmente prestigiados (Esporte), tende a permanecer ao longo da vida, mesmo com o avanço da idade.



Dados brasileiros indicam um aumento proporcional no crescimento das faixas etárias acima de 60 anos e uma projeção de crescimento da faixa de indivíduos acima de 80 anos. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelou que em Minas Gerais, no ano de 2009, existiam 12,2% de pessoas com mais de 60 anos e 1,7% com mais de 80 anos, quando comparados com os dados do censo de 2000 (IBGE, 2000; IBGE 2010).

Verificamos, na Figura 3, a projeção de crescimento no Brasil da faixa etária de 80 anos ou mais para ambos os sexos nas próximas décadas.

Figura 3 - Projeção da população brasileira, por sexo e idade, no período entre 1980 e 2050.



Fonte: IBGE, 2008

Mesmo que os dados do IBGE indiquem já haver um crescimento proporcional das faixas etárias acima de 65 anos e a projeção do ganho de tempo de vida no Brasil nas próximas décadas, pelo crescimento da faixa de indivíduos com mais de 80 anos, verifica-se haver ainda, no Brasil, poucos e padronizados estudos que

identifiquem tanto a frequência como as rotinas de exercícios e atividades físicas dos idosos (DUMITH, 2009).

Vamos concluir esta análise sobre o impacto do sedentarismo na saúde e na vida das pessoas verificando que, pelos dados da comunidade britânica dos anos 2009/2010, o risco de morte potencializa a adesão à rotina de exercícios e atividades físicas, pois mais de 40% dos pacientes que completaram a reabilitação cardíaca mantiveram-se engajados nesse tipo de prática após 12 semanas (TOWNSEND, *et al.*, 2012).

Problematizando a Prática

Nos seus atendimentos individuais aos usuários idosos, você registra a rotina dos afazeres domésticos e a participação desses idosos em programas de atividades físicas?

Você recomenda aos idosos que não possuem restrições de esforço físico a participação em programas que oferecem práticas de atividades físicas e exercícios físicos na comunidade?

Com qual regularidade você conversa com os mesmos sobre os interesses e o desenvolvimento deles nas práticas recomendadas?

Você leva, para serem discutidas nas reuniões da equipe, as informações, dúvidas e sugestões para a prática de atividades físicas dos idosos que você acompanha?

Concluindo

Nesta unidade foram apresentados e contextualizados dados sobre o sedentarismo, bem como a associação entre este modo de vida e seus impactos no processo de saúde e doença das populações.

Pelos dados apresentados, contextualizados e discutidos nesta seção, espera-se que tenha sido compreendido que, no Brasil, os profissionais que compõem os NASF precisam trabalhar como equipe para que seja alcançada com os usuários – sejam crianças, adultos ou idosos – uma transição do atual modo sedentário de vida para um modo fisicamente ativo de se viver, inclusive com adesão às práticas regulares de atividades físicas e exercícios físicos.

Unidade 3

Atividade Física: Recomendações e benefícios

Nesta Unidade serão apresentadas e discutidas algumas condutas a serem adotadas pelos profissionais de saúde que atuam na APS ao recomendarem a prática de atividades físicas aos usuários dos NASF.

As recomendações gerais de atividades físicas para crianças, adultos e idosos serão exploradas para a compreensão da importância do tempo e do nível necessário de esforço físico para os usuários se beneficiarem desse tipo de prática tanto na prevenção das DCNT como na melhoria da satisfação e da qualidade de vida.

De maneira simples, vamos ajudá-lo, nesta seção, a lembrar e acrescentar novos conhecimentos, aceitos pelas comunidades clínicas e científicas, dos benefícios individuais e coletivos das práticas regulares de atividades físicas e exercícios físicos.

Esperamos que, ao final desta seção, você seja capaz de:

- Compreender as condutas profissionais para se recomendar e acompanhar a prática de atividades físicas no contexto da APS;
- Discutir as principais recomendações de esforço físico de acordo com o ciclo da vida e condição de saúde da pessoa ou grupo atendido;
- Discutir os benefícios da prática regular de atividades físicas e exercícios para a prevenção das DCNTs, para maior satisfação na vida e melhor qualidade de vida.

Seção 1

Recomendações

Várias instituições da área da saúde, a Organização Mundial da Saúde apresenta recomendações gerais e individuais de tempo e de intensidade de esforço físico para a promoção geral da saúde e a prevenção de alguns tipos de doenças.

Por outro lado, algumas outras recomendações são também importantes neste processo. Vamos, então, conhecê-las.

Os profissionais de saúde, ao recomendarem o início ou a continuidade de um programa de atividades físicas ou exercícios físicos aos usuários, devem também recomendar que alguns dos seus colegas de equipe sejam consultados.

De maneira geral, compõem o quadro de profissionais a serem consultados: um médico, para que sejam verificadas as condições gerais de saúde dos usuários; um Profissional de Educação Física, para que sejam realizadas as prescrições e acompanhamento das variáveis essenciais do programa de exercícios e atividades físicas, como também um profissional de Nutrição, para prescrever e acompanhar a quantidade e qualidade da alimentação compatível e necessária para um bom equilíbrio calórico considerando-se o esforço físico a ser executado pelos usuários.

Recomenda-se ainda a consulta a um profissional de Fisioterapia, para contribuir nas avaliações e acompanhamento postural dos usuários, e um profissional da Psicologia, para auxiliar no suporte psíquico dos usuários, uma vez que haverá distintas mudanças, tanto físicas como psíquicas, no processo de essas pessoas tornarem-se fisicamente ativas.

Outros profissionais, como os da Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, são indispensáveis para minimizar a probabilidade de abandono das práticas regulares por parte dos usuários, por serem estes profissionais, muitas vezes, as principais referências dos usuários no contexto da saúde na comunidade.

Lembre-se:

A equipe deve investigar o histórico do usuário: problemas de saúde, sinais e sintomas de doenças cardiovasculares, pulmonares ou metabólicas, fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, estratificação de risco para a prática de exercícios físicos, preferências e disponibilidades.

Contudo, é sempre importante estarmos atentos às reais necessidades dos usuários, para nos certificarmos de que os encaminhamentos aos outros colegas de equipe estão sendo feitos de acordo com as necessidades de cada usuário individualmente.

Caso não seja possível organizar as consultas individualmente, pela sobrecarga das agendas, recomenda-se que as orientações sejam em grupo – mas, preferencialmente, em pequenos grupos de até 8 a 10 usuários e depois de terem sido identificadas as necessidades dos usuários pelo histórico dos mesmos, para que os grupos sejam os mais homogêneos possíveis nas suas necessidades.

Abaixo são apresentadas algumas orientações de condutas sobre o ato de se recomendar aos usuários a prática de atividades físicas. Você pode e deve compartilhá-las com seus colegas de equipe (REINO UNIDO, 2006):

- os profissionais que atuam na APS devem sempre aproveitar as oportunidades para identificar os usuários sedentários e inativos e orientá-los a iniciar a prática regular de atividades físicas e exercícios físicos;
- para esta identificação e orientação, os profissionais podem aplicar instrumentos válidos cientificamente para este fim ou utilizar o próprio julgamento, ao ter como referência conhecimentos sobre as condições clínicas e pessoais dos usuários;
- nas orientações, os profissionais devem levar em consideração as necessidades, preferências e as circunstâncias em que os usuários vivem para definirem conjuntamente com os mesmos os objetivos a serem alcançados no engajamento nestas práticas;
- nas orientações, os profissionais devem apresentar informações escritas sobre os benefícios da prática regular de atividades físicas e exercícios, como também devem conversar com os usuários sobre os melhores locais para a realizações destas práticas;
- os profissionais devem dar assistência e acompanhar os usuários, a quem fizeram as recomendações, por um período de pelo menos 3 a 6 meses;
- os diálogos intersetoriais entre os profissionais da APS e os gestores de políticas públicas devem contemplar o estabelecimento de estratégias de monitoramento das políticas e programas de promoção de práticas de atividades físicas e exercícios físicos nas comunidades;
- para se garantir a efetividade destas políticas e dos programas, o processo de implantação, implementação e monitoramento dos mesmos deve receber, por parte dos profissionais da APS e dos gestores públicos, especial atenção na verificação das necessidades de adaptações de infraestrutura e de manuais de orientação, para que as políticas e programas contemplem também os grupos de usuários em condição de vulnerabilidade, entre eles as pessoas com deficiência;

- para se garantir a efetividade das políticas e dos programas, deve haver o monitoramento dos processos pelos quais cada profissional da APS apresenta as recomendações de práticas de atividades físicas e exercícios físicos aos usuários, para que seja verificado o impacto das mesmas no aumento da adesão dos usuários a este tipo de prática.

O Departamento de Saúde do Reino Unido reconheceu evidências científicas suficientes para utilizar as orientações breves no contexto da atividade física na APS (REINO UNIDO, 2006).

Segundo esse documento, conceitua-se como orientações breves, no contexto da Atividade Física e Saúde, as oportunidades de orientação, discussão, negociação ou encorajamento dos usuários.

As orientações breves, no contexto da Atividade Física e Saúde, são orientações de conteúdos simples, como também de conteúdos mais complexos, que ocorrem em intervalos de tempos menores ou maiores, com o objetivo de acompanhar individualmente as variáveis que provocam mudanças no nível de esforço físico dos usuários.

Como mencionado anteriormente, atualmente existem diferentes guias e manuais de instituições da área da saúde que apresentam as recomendações de prática de atividades físicas e exercícios físicos para pessoas identificadas como saudáveis e sem restrições clínicas. Entre os guias e manuais de maior reconhecimento internacional estão os publicados pelo Colégio Americano de Medicina Esportiva (*American College of Sport Medicine-ACSM*), pela Organização Mundial da Saúde, pelo US Department of Health and Human Services, pelo Centro de Prevenção e Controle de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention*), como também os publicados pelos governos do Canadá, da Austrália, do Reino Unido, entre outros governos europeus.

No Brasil, algumas instituições públicas publicam recomendações gerais para a prática de atividades físicas, mas os guias e manuais de recomendações mais aceitos pelas instituições científicas brasileiras estão baseados nos guias e manuais internacionais e seguem suas recomendações.

Contudo, antes de aprendermos sobre as recomendações, é importante destacar que o *British Heart Foundation National Centre* sugere que as atividades físicas sejam estimuladas desde o nascimento. As ofertas destas atividades aos bebês devem acontecer em ambientes seguros e serem realizadas tanto no chão como na água (BRITISH HEART FOUNDATION NATIONAL CENTRE, 2011a).



Esta instituição orienta que os bebês devem ter limite de tempo para estar em locais mais restritivos ou sentados e que os períodos sedentários devem se restringir ao período de sono.

Vamos, então, a algumas das recomendações da OMS e do US Department of Health and Human Services, acrescidas de outras recomendações que completam as das duas instituições (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 2008; OMS, 2010; OMS, 2013).

Seção 2

Trabalhando com crianças e jovens

Pelo menos 60 minutos diários de esforço físico na intensidade moderada/intensa.

As recomendações inglesas indicam que, para as crianças e os adolescentes, estas intensidades são definidas como ≥ 3 -4 Unidades de Equivalentes Metabólicos (METS).

Recomenda-se que:

- na maior parte desse tempo, sejam realizadas atividades aeróbias de intensidade moderada ou intensa. As atividades aeróbias intensas devem ser incluídas em pelo menos 3 dias da semana;
- sejam incluídas atividades para ganho de força muscular em pelo menos 3 dias da semana, assim como atividades que promovam o desenvolvimento ósseo também em 3 dias da semana;
- as atividades propostas sejam variadas e de acordo com a idade e o interesse das crianças e dos adolescentes.

As recomendações do governo canadense indicam o mínimo de 90 minutos diários de atividades físicas para crianças e adolescentes (OJA; TITZE *et al*; 2011).



Lembre-se:

O sentimento de que a prática de atividades esportivas, atividades físicas regulares e exercícios físicos constituem parte integrante do período da infância e da adolescência deve ser valorizado no planejamento das ações, tarefas e diálogos entre os profissionais dos NASFs e as crianças e os jovens das comunidades atendidas.

Seção 3

A obesidade

A obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no corpo. Um dos fatores determinantes é a relação com a ingestão de alimentos, em que a ingestão é maior do que o gasto - obesidade exógena. Há, também, embora bem menos prevalente, a obesidade causada por fatores endógenos, isto é, doenças genéticas que levam à obesidade, como, por exemplo: hipotireoidismo, síndrome de Cushing, excesso de androgênios, síndromes genéticas, etc.

As consequências são desastrosas, uma vez que, com o aumento da obesidade, várias doenças são também ampliadas, como a hipertensão arterial, o diabetes, as doenças articulares.

Você pode identificar a tendência ou o sobrepeso ou a obesidade instalados com métodos simples e fáceis de serem realizados, em que os dados a serem obtidos são o peso (medido sem sapatos e com o menor número de peças de roupa), a estatura e a idade.

Em crianças, o método preconizado é a verificação, na caderneta de saúde da criança, da **evolução da curva de peso e altura** em relação à idade, para meninos e para meninas, desde o nascimento. Uma curva ascendente (acima do percentil 75, na direção do percentil 90) pode significar tendência à obesidade. Compare com a curva de estatura. Se o mesmo fenômeno acontece, com estatura também no mesmo percentil ou próxima, trata-se de uma criança grande, e não gorda. Curvas em que o peso está em percentil mais alto - acima de 75 ou do 90 - sem correspondência na curva de estatura - percentil 50 ou menos, por exemplo, - podem significar sobrepeso ou obesidade.

O método seguinte, verificação do **Índice de massa corporal** (IMC), embora possa ser aplicado desde o nascimento, tem melhor significação a partir dos dois anos de idade.

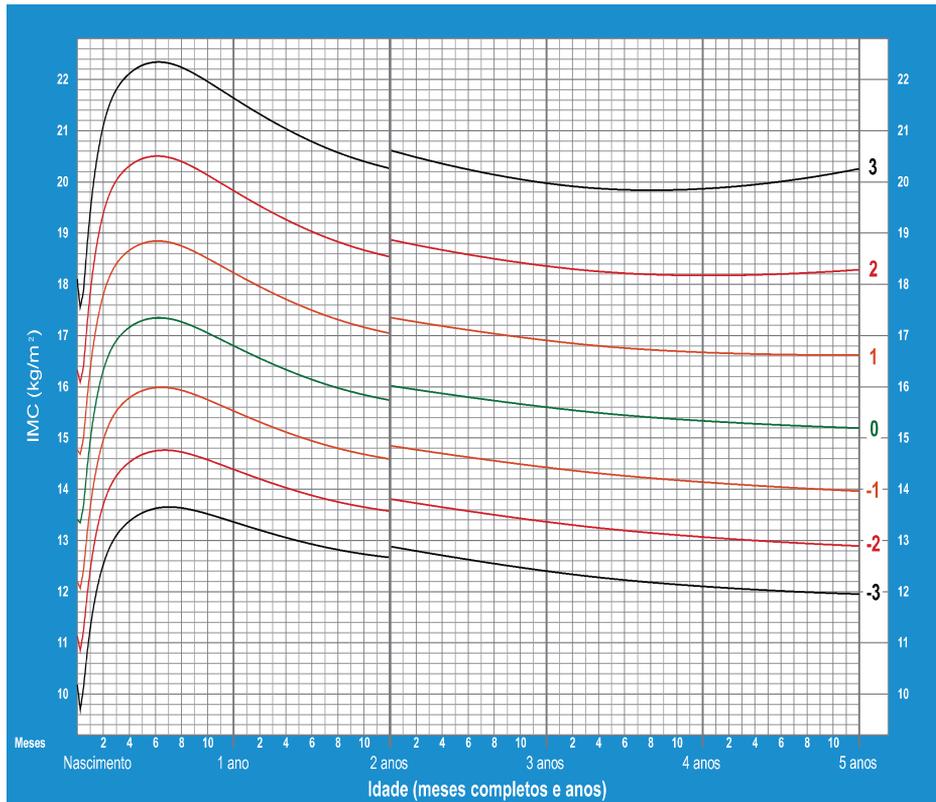
Com base no cálculo do $IMC = (kg/m^2)$ você poderá obter um valor e avaliar, plotando-o em uma das Figuras 4 a 7, a seguir, de acordo com a idade e o sexo da criança. Elas fazem parte da caderneta de saúde da criança, para ambos os sexos (BRASIL, 2009c, 2009d). Observe

que nessas curvas são utilizados os escores-z ou desvio-padrão, e que o conceito de adolescência abrange dos 10 aos 19 anos.

Figura 4 - Índice de massa corporal (IMC) para meninos, do nascimento aos cinco anos, em desvios-padrão.

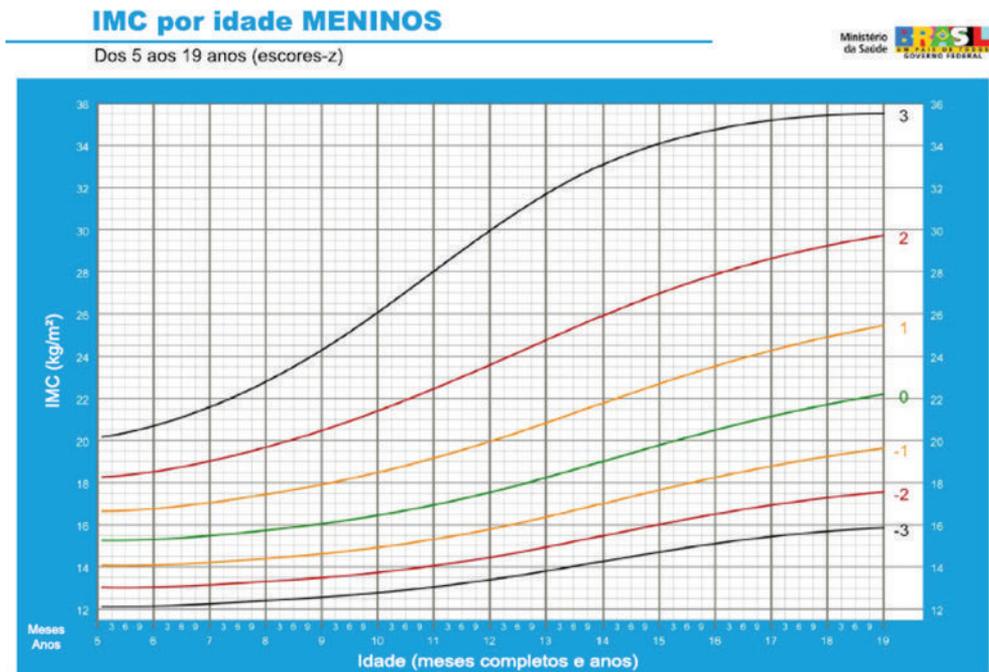
IMC por idade MENINOS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)



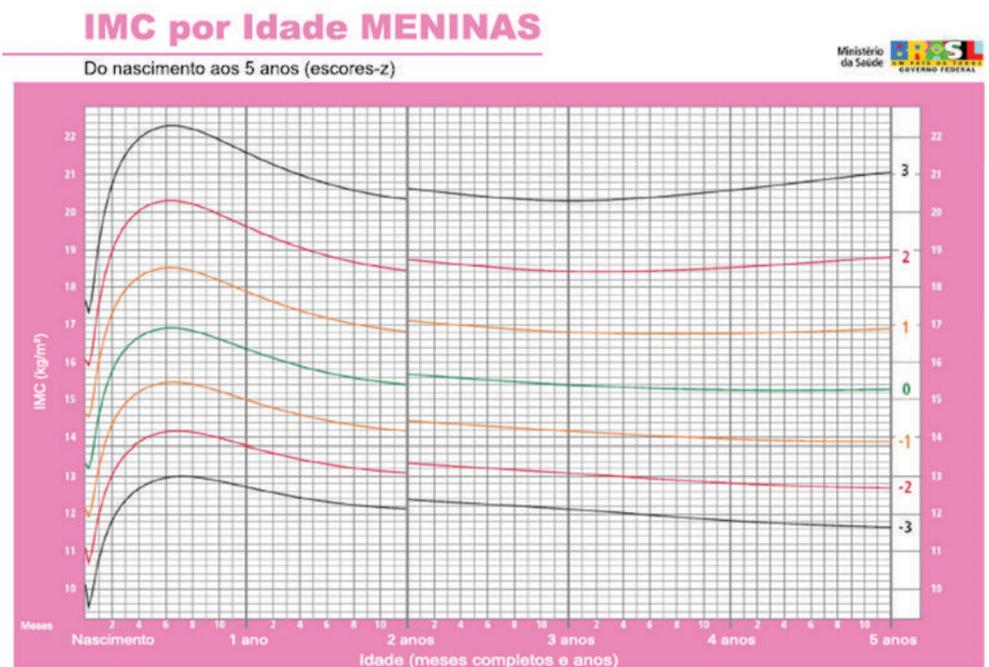
Fonte: BRASIL, 2009c

Figura 5 - Índice de massa corporal (IMC) para meninos, dos cinco aos 19 anos, em desvios-padrão



Fonte: Brasil, 2009e

Figura 6 - Índice de massa corporal (IMC) para meninas, do nascimento aos cinco anos, em desvios-padrão.



Fonte: BRASIL, 2009d

Figura 7 - Índice de massa corporal (IMC) para meninas, dos cinco aos 19 anos, em desvios-padrão.



Fonte: BRASIL, 2009f

Em adolescentes, além da comparação da evolução do peso e da estatura em curvas de crescimento, o indicador mais rápido, fácil e confiável é o índice de massa corporal (IMC), também componente da caderneta de saúde do adolescente (BRASIL, 2009d) e da caderneta de saúde da adolescente (BRASIL, 2009f), dos 10 aos 19 anos, com as curvas em desvio-padrão (DP).

Por exemplo, vejamos o caso de adolescente do sexo masculino, aos 13 anos, com peso de 42 kg e 140 cm de estatura (=1,40 m). Na prática: divide 42 por 1,40 (resultado parcial 30,00) e divide de novo por 1,40, obtendo o valor de 21,42. Veja na Figura 2 que se trata de um adolescente com peso saudável, sem obesidade.

Após o cálculo do IMC, o prontuário das crianças e dos adolescentes que está na UBS deverá ser consultado, pois os registros anteriores de valores ou posições em curvas de crescimento fornecerão dados bastante relevantes para a análise final e para o diagnóstico da obesidade.

Vale ressaltar que você não deverá cuidar desse assunto individualmente, mas deve ser estabelecida uma interface com

as outras profissões da equipe, de modo que o sobrepeso – ou a obesidade de fato – seja diagnosticado e tenha abordagem e tratamento eficazes.

Além das doenças já destacadas, o adolescente obeso sofre grande rejeição, seja ela intrínseca ou extrínseca, desenvolvendo problemas psicossociais como:

- depressão: como causa ou consequência da obesidade;
- dificuldade de relacionamento com amigos;
- problemas escolares;
- dificuldades de inserção no mercado de trabalho;
- dificuldades quanto à prática de esportes.

O tratamento dessas consequências, bem como das causas da obesidade, deve ser realizado pela equipe, visto que a intervenção deverá ser multidisciplinar, ou seja, acompanhamento psicológico, nutricional, médico e desenvolvimento de programa de atividades físicas regulares.

Problematizando a Prática

As crianças e os adolescentes das comunidades atendidas por sua equipe praticam diariamente atividades esportivas, correm e brincam nos espaços públicos nos horários em que não estão na escola?

Você e a sua equipe de trabalho participam de reuniões com as lideranças comunitárias, gestores públicos e usuários para definirem locais seguros e adaptados, bem como a implantação de programas de esporte e de brincadeiras coletivas para as crianças e os adolescentes das comunidades em que atuam?

Nas reuniões de sua equipe para planejamento e organização de ações, vocês têm por rotina discutir e apresentar sugestões para intervenções em que as recomendações de atividades físicas para as crianças e os adolescentes estejam contempladas?

Seção 4

Trabalhando com adultos

Mínimo de 150 minutos semanais de atividades aeróbias na intensidade moderada ou 75 minutos de esforço aeróbio intenso ou, ainda, práticas semanais que combinem práticas aeróbicas na intensidade moderada/intensa.

As práticas aeróbias devem ter blocos de tempo de pelo menos 10 minutos sem interrupções do esforço, na intensidade correta.

Inclusão, em 2 ou mais dias da semana, de exercícios de força que envolvam grandes grupos musculares.

As recomendações americanas, inglesas, assim como as canadenses, orientam que as recomendações estabelecidas para os adultos saudáveis podem também ser utilizadas para os adultos com deficiências, somente com as necessárias adaptações para que sejam contempladas as capacidades físicas e motoras remanescentes da pessoa e os cuidados relacionados a saúde e a risco específicos.

O guia do governo inglês indica que, para os adultos com deficiência intelectual e com transtornos mentais, as recomendações a serem seguidas devem ser as mesmas das pessoas idosas para serem evitadas possíveis quedas.

Recomenda-se ainda que as mulheres grávidas e puérperas que não praticaram regularmente atividades aeróbias intensas durante a gravidez pratiquem, de forma bem distribuída na semana, 150 minutos de atividades aeróbias moderadas.

Em contrapartida, recomenda-se que as gestantes e puérperas que tinham a rotina de práticas de atividades aeróbias intensas antes da gravidez mantenham a mesma intensidade nas atividades aeróbias durante a gravidez. Alertam, contudo, para que os profissionais de saúde que as acompanham, tanto na gravidez como no treinamento físico, discutam com as mesmas os possíveis e necessários ajustes nas condutas para se garantir a saúde e a continuidade dos treinamentos.

O *Physical Activity Guidelines for Americans* apresenta recomendações para a prevenção de lesões e para a segurança da saúde dos adultos nas práticas de exercícios e de atividades físicas. Deve-se garantir que o praticante compreenda que (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 2008):

- a prática de atividades físicas e exercícios implica riscos, mas pode ser realizada pela maior parte das pessoas;
- deve ser devagar tanto o início como a progressão, em um programa de atividades físicas e exercícios físicos, mas é necessário que ocorra sempre uma progressão gradativa e sistemática na execução do programa;
- os locais, o vestuário, os materiais e os equipamentos devem estar adequados aos tipos de atividades e exercícios físicos a serem praticados;
- quem tem restrições à prática de atividades físicas e de exercícios específicos, devido a doenças, agravos ou deficiências, recomenda-se que seja acompanhado nas suas práticas por profissionais experientes e especializados.

Lembre-se:

As atividades físicas, para terem os benefícios para a saúde reconhecidos cientificamente, precisam ser praticadas regularmente e serem ajustadas de forma gradativa e sistemática às adaptações do organismo ao treinamento estabelecido. Por isso, deve-se sempre ter um Profissional de Educação Física prescrevendo e orientando os planos de treinamento dos usuários.

Problematizando a Prática

As crianças e os adolescentes das comunidades atendidas por sua equipe praticam. Como podemos constatar pela leitura do capítulo anterior desta disciplina, o modo sedentário de vida de grande parte dos adultos na atualidade desafia as equipes de saúde que atuam na APS.

REVISANDO A PRÁTICA:

Sua equipe identificou o percentual de adultos com diagnóstico de diabetes tipo 2 que estão sedentários nas comunidades onde vocês atuam?

As mulheres com este diagnóstico de diabetes tipo 2 são mais fisicamente ativas que os homens? Quais rotinas diferenciam as atividades físicas das mulheres grávidas das não grávidas da mesma faixa etária nas comunidades em que sua equipe atua? Como se deslocam para o trabalho as mulheres das comunidades onde sua equipe atua?

Sua equipe de trabalho estabeleceu ações para esclarecer aos usuários as recomendações para as atividades físicas na vida adulta?

Seção 5

Orientações de segurança para o bom desenvolvimento de atividades físicas

No trabalho das Práticas Corporais e Atividades Físicas, sugere-se que a segurança dos usuários seja prioridade. Algumas sugestões serão apresentadas para que sejam evitados incidentes e acidentes com os usuários adultos durante as práticas de atividade física.

O adulto sedentário que vive em uma grande cidade necessita de 1,2 a 2,5 litros de água por dia. A necessidade de ingestão de líquido pode aumentar cinco a seis vezes essa quantidade, durante a prática de atividade física prolongada em dias em que a temperatura está muito alta.

Sugere-se orientar os adultos sedentários sobre as principais manifestações da desidratação na prática das atividades físicas:

- sede;
- aumento da temperatura interna;
- perda no desempenho aeróbio;
- enfraquecimento físico e mental generalizado.

Na prática da atividade física, alguns problemas podem ocorrer devido ao uso inadequado de calçados, vestuário e acessórios. O mais comum é o estresse físico, que é causado pelo excesso de calor, de frio ou sobrecarga no corpo. O nível de esforço físico, o tipo e a duração da atividade que será praticada devem estar associados às condições ambientais, como também ao tipo e à quantidade do vestuário utilizado por um adulto na sua prática.

Sugere-se que os usuários usem roupas que proporcionem liberdade de movimentos e sejam adequadas à temperatura e umidade do dia e ao local onde a prática será realizada. É importante respeitar, negociar e construir com os usuários a realização das práticas,

mesmo que o credo, a faixa etária ou a timidez façam com que os vestuários usados por eles sejam menos apropriados às práticas de atividades físicas. Sugere-se orientar os usuários que, em nenhuma circunstância, devem exercitar-se usando roupas plásticas ou plásticos ao redor do corpo.

Quando a temperatura está baixa, recomenda-se orientar aos usuários vestirem-se com várias peças de roupas, não muito quentes, que possam ser retiradas com o aumento da temperatura corporal.

Para as caminhadas, o uso de tênis confortável ou de um calçado que melhor absorva os impactos devem ser recomendados.



Ao recomendar atividades em ambiente aberto e quente, verifique a possibilidade de os usuários usarem filtro solar. Caso contrário, o uso de chapéu, calças longas e camisetas de algodão com mangas mais longas deve ser indicado.

Todas as mudanças de hábitos e de comportamentos no processo de se ter vida ativa só se consolidam pelo compromisso do sujeito para com ele mesmo e do apoio encontrado na sua rede social. Sendo assim, esse processo, que é lento, requer da pessoa, da sua família, da rede de amigos e dos profissionais da saúde muita

dedicação e persistência, e das políticas públicas condições que assegurem à pessoa a proteção e a segurança na conquista de se tornar e se manter uma pessoa fisicamente ativa e cooperativa na vida comunitária.

Nesse processo de mútuas influências é sempre importante termos clareza das condições da segurança pública nos ambientes em que as práticas serão desenvolvidas. Portanto, sugere-se:

- a promoção de diálogo com a Secretaria de Segurança Pública do município, ou setor encarregado, para se compreenderem as estratégias definidas para aquele território;
- o diálogo com a liderança comunitária para se organizarem as estratégias de apoio;
- nas cidades de médio e grande porte, contatos com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e, nas cidades menores, com o setor da saúde que disponha de ambulância para organizar a prestação de socorro, caso necessário.

Na abordagem ao indivíduo e às famílias, aconselha-se orientar os usuários a avisarem a um familiar ou a uma pessoa de confiança o local onde a atividade física será praticada e o horário previsto para o início e fim da atividade. Outro cuidado a ser comunicado aos usuários e aos familiares diz respeito à identificação pessoal e às condições específicas de saúde dos praticantes, ou seja, recomenda-se que o adulto mantenha em seus pertences, durante a prática de atividades físicas, uma cópia da carteira de identidade ou qualquer outro documento de identificação; uma ficha com o endereço, telefones, tipo de sangue; informações sobre reações alérgicas, medicamentos que esteja utilizando; alguma doença ou agravo que apresente, bem como nome e telefone de um médico e de um familiar para serem contactados, caso o socorro seja necessário.

A prática de atividades físicas, em alguns locais, demanda outros cuidados por parte dos usuários. Para isso, oriente:

- que práticas de atividades físicas em locais com muito trânsito sejam evitadas por segurança e pelos efeitos da poluição ambiental no organismo do usuário. Mas, caso ocorram, o usuário deverá usar roupas ou acessórios de cores vibrantes e ficar o mais distante possível do trânsito;

- que nas práticas de atividade física no período noturno, em local aberto, o usuário deverá usar algum acessório com cores brilhantes;
- que nos locais de práticas de atividade física, quando a pessoa utilizar o fone de ouvido ou o celular, tanto o volume do aparelho de música como o nível da conversa sejam mantidos baixos, para se resguardar a privacidade do usuário e não incomodar as outras pessoas;
- que os usuários evitem as áreas urbanas que apresentem nível de ruído excessivo, para as práticas de atividade física;
- que, para as práticas de atividades físicas, procurem ambientes seguros, iluminados e de fácil acesso para todos da comunidade;
- a quem leve animais para as práticas a manter o ambiente limpo, pela rotina de limpeza sistemática dos detritos dos animais.

A prática da gentileza urbana é parte da vida em comunidade. Assim, é fundamental orientar os usuários a compartilhar a utilização de equipamentos, pelo respeito à vez do outro e, em pistas de caminhada, pela gentileza de dar passagem a quem mantenha passadas mais aceleradas na caminhada ou na corrida.

A busca pela dignidade do espaço de convivência coletiva deve fazer parte das estratégias para se garantirem a proteção e a segurança da saúde dos usuários e de suas famílias na comunidade. Sugere-se que diálogos com os serviços de limpeza urbana, com os usuários e com as lideranças comunitárias sejam adotados como parte do planejamento da equipe do NASF para a abordagem coletiva.

A utilização da abordagem integral do indivíduo no seu contexto social, familiar e cultural, visando ao cuidado longitudinal, constitui-se um constante desafio. A palavra integral remete à ideia de inteiro, de todo, isto é, todo o corpo do indivíduo, não apenas uma parte ou um aspecto, que reduziria, por exemplo, a prática corporal ou a doença à sua dimensão biológica.

O diagnóstico do indivíduo deve ser integral, observando, além do aspecto biológico, o social, o ambiental, o relacional, o cultural e pactuar as mudanças necessárias em todos esses aspectos para o restabelecimento da saúde, a partir do cuidado e do acompanhamento” (SILVEIRA FILHO, 2008, p. 38).

Dessa forma, o foco central de atenção não deve ser somente o indivíduo, mas a família e seu entorno.

As intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações biopsicossocioculturais da saúde-doença e cuidado e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade. Nesse, a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade é necessária (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p. 151).

Seção 6

Trabalhando com idosos

Recomenda-se para os idosos, assim como para os adultos, a prática de 150 minutos de atividades aeróbias na intensidade moderada ou 75 minutos de atividades na intensidade intensa, por semana, ou mesmo atividades aeróbias que combinem as intensidades moderada e intensa.

O bloco de tempo mínimo desse tipo de esforço deve ser de 10 minutos e na intensidade correta.

Entretanto, o *UK Guidelines to Physical Activity – Recommendation – 2010* recomenda que as atividades em intensidade intensa só devam ser realizadas por praticantes idosos que atingiram níveis de aptidão física adequados para alcançarem esta intensidade de esforço (BULL, 2010).

Para pessoas idosas e com pouca mobilidade, deve-se recomendar a prática, em 3 ou mais dias da semana, de exercícios e atividades que envolvam o equilíbrio, como também exercícios para prevenir quedas.

O guia do Reino Unido recomenda também a prática de exercícios de força para idosos, em pelo menos 2 dias da semana.

Quando as condições de saúde das pessoas idosas não permitirem que as mesmas realizem as rotinas de exercícios físicos e atividades físicas, de acordo com as recomendações anteriormente mencionadas, sugere-se que estas pessoas sejam estimuladas e motivadas a praticarem as habilidades motoras e físicas de acordo com as restrições impostas pelas doenças.

Para benefícios adicionais à saúde, tanto para os adultos como para os idosos, recomenda-se o aumento para até 300 minutos semanais de atividades aeróbias moderadas ou para até 150 minutos de atividades intensas. São indicadas também as práticas que combinem atividades aeróbias nas intensidades moderada/intensa.

Contudo, é sempre bom lembrar: para o aumento deste tempo de atividade aeróbia, é necessário que a pessoa esteja fisicamente treinada para manter o esforço na intensidade correta durante toda a duração da atividade.

Glossário

O *Centers for Disease Control and Prevention* (2013) conceitua:

Esforço aeróbio moderado: o esforço percebido entre 3,0 a 5,9 em uma escala absoluta – ao se ter por referência o padrão de descanso da pessoa – durante a realização da atividade física ou o esforço percebido entre 5 e 6 em escala relativa – de 0 a 10, ao se ter por referência a capacidade de esforço geral da pessoa. De maneira prática, a pessoa é capaz de manter um diálogo enquanto mantém o ritmo da atividade.

Esforço aeróbio intenso: o esforço percebido entre 7 e 8, em uma escala relativa – de 0 a 10, ao se ter por referência a capacidade de esforço geral da pessoa – durante a realização da atividade. Esforço que exige da respiração: esforço, velocidade e força e percebe-se um aumento expressivo da frequência cardíaca. De maneira prática, para conversar durante a atividade, a pessoa necessita parar para respirar.

Uma maneira simples de se perceber a intensidade do esforço aeróbio é utilizar o **Teste de Conversação**, ou seja, nas atividades com intensidade moderada, é possível conversar, mas não cantar durante o esforço; nas atividades que exigem esforço intenso, é possível dizer somente algumas palavras sem que se pare para respirar.

Seção 7

Programas de atividades físicas para idosos

É possível dizer, portanto, que do ponto de vista epidemiológico e da saúde pública, já existe consenso no reconhecimento dos benefícios advindos da prática regular de atividades físicas pelos idosos, tanto nos aspectos fisiológicos como nos psicossociais, proporcionando melhorias significativas na autoestima e na qualidade de vida dessas pessoas. Essa afirmação é reforçada por diversos resultados de pesquisas (DE MOOR *et al.*, 2006; MAZO *et al.*, 2007; PEREIRA *et al.*, 2009; FIGLIOLINO *et al.*, 2009) e relatos de sociedades científicas e instituições governamentais. Por exemplo, para a OMS, a principal intervenção para reduzir a incidência de quedas em uma população é estimular os idosos a adquirirem estilo de vida ativo. Isso significa manter atividades profissionais, domésticas, voluntárias, sociais e de lazer e praticar atividade física regularmente.

Mais recentemente, o Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM, 2009) apresentou sua posição em relação ao exercício físico e à atividade física para adultos idosos. O foco central desse documento foi relatar a extensão da influência do exercício físico no processo de envelhecimento por meio do seu impacto na função fisiológica e no desenvolvimento e progressão de doenças crônicas e condições incapacitantes. Além disso, os benefícios do exercício físico para a saúde e o bem-estar psicológico também foram abordados. Nesse estudo, o exercício aeróbio e o treinamento de força foram o foco da abordagem, sendo que as informações sobre os benefícios dos exercícios de equilíbrio e flexibilidade só foram relatadas quando existiam dados suficientes. Baseando-se nessas informações anteriores, é possível destacar quatro componentes que são comumente inseridos nos programas de exercício físico/atividade física para a população idosa: atividades de resistência aeróbia, treinamento da força muscular, exercícios de flexibilidade e equilíbrio.

Em estudo realizado por Benedetti, Gonçalves e Mota *et al.*, (2007), sobre políticas públicas em atividade física para idosos, foram investigados oito programas de atividade física para idosos, realizados nas seguintes

idades: Florianópolis - Brasil (dois programas); Porto e Coimbra - Portugal; Oleiros e região da Galícia - Espanha; Terranuova Bracciolini - Itália; e Maisach - Alemanha. Analisando o conteúdo de atividades físicas desenvolvidas em cada um desses programas, verificou-se que pelo menos dois dos quatro componentes mencionados anteriormente foram contemplados.

Além disso, entendemos que é fundamental garantir que as atividades propostas pela equipe de saúde se desenvolvam a partir de um cenário cultural, histórico, político, econômico e social da população adscrita, de forma articulada ao espaço-território. Assim, após essa leitura, cabe ao profissional de Educação Física e aos demais profissionais da equipe de saúde valorizar o prazer da pessoa idosa em realizar esta ou aquela atividade, suas necessidades físicas, suas características sociais, psicológicas e físicas.

Dessa forma, um ou mais componentes da dimensão física (força muscular, flexibilidade, resistência aeróbia e equilíbrio) podem ser contemplados considerando outras dimensões associadas à atividade física (social, cultural, etc.), resultando no entendimento de que atividades como: dança de salão, quadrilha, caminhadas, práticas corporais, entre outras, podem ser muito bem fundamentadas.

Para o desenvolvimento efetivo de uma intervenção baseada nessa perspectiva, é necessária a atuação dos profissionais envolvidos em um formato participativo e de horizontalidade do saber, o que aumenta as possibilidades de que atividades definidas e pactuadas expressem realmente as necessidades e os desejos da comunidade em relação aos programas de atividade física/práticas corporais. Com essa conduta procura-se evitar a imposição de ações por parte dos profissionais da equipe de saúde e a falta de identificação por parte dos sujeitos e da comunidade com as atividades propostas.

Guarde isso...

“O profissional de saúde precisa atuar de forma a identificar qual a fundamentação do saber do outro, as relações causais determinantes dos processos por ele vivenciados, o modo de se cuidar e o seu quadro socioeconômico. A partir da visão que o outro tem do problema, o profissional estabelece a melhor estratégia de ação, que necessariamente tem que respeitar a autonomia do outro e ser pautada em

princípios éticos. É preciso, também, compreender a linguagem e o significado das expressões próprias de determinada coletividade, assim como fazer-se compreender, compartilhando e possibilitando a construção recíproca de novos conhecimentos. É nessa dinâmica que se constrói um outro e novo conhecimento, que é fruto dos saberes dos polos dessa relação” (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009, p. 17).

Problematizando a Prática

A sua equipe identificou o percentual de idosos que não apresenta restrições para a prática de atividades físicas regulares nas comunidades em que atua? Quais são as ações estabelecidas para estimular, motivar e recomendar a este público a prática de atividades físicas e exercícios físicos?

A sua equipe identificou o percentual de idosos das comunidades em que atua que possuem problemas de mobilidade e de equilíbrio? Quais são as ações estabelecidas para atingir este público nessas questões específicas?

Quais são as condutas estabelecidas por sua equipe para a apresentação das recomendações de atividades físicas para os idosos nas comunidades onde atua?

Seção 8

Benefícios

Como pudemos verificar na primeira parte desta seção, a prática regular de atividades físicas pode beneficiar a saúde dos seres humanos. Entre as várias instituições da área da saúde que recomendam e defendem que a prática regular e tecnicamente planejada e executada de atividades físicas pode beneficiar a saúde e a vida da maior parte das pessoas, independentemente de idade, cor, sexo, condições econômicas, raça ou etnia, estão a OMS e o *Centers for Disease Control and Prevention*.

Vamos, então, identificar alguns destes benefícios. Entre eles estão o auxílio para (OMS, 2013; *CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION*, 2013)

- o controle, a manutenção ou perda de peso;
- a redução do risco de doenças cardiovasculares;
- a redução do risco da diabetes tipo 2 e da síndrome metabólica;
- a redução do risco de alguns tipos de câncer (câncer de mama, câncer de cólon de intestino e há possíveis associações entre AF e a redução do câncer do corpo do útero);
- o ganho e a manutenção da flexibilidade e de força de músculos e ossos;
- a melhoria da saúde mental e do humor;
- o aumento da longevidade.

De forma mais detalhada, conceituados autores australianos elaboraram um quadro com as condições e incapacidades para as quais a Atividade Física é benéfica como prevenção secundária, como podemos ler no Quadro 2 (MACKINNON, *et al.*, 2003, p. 22):

Quadro 2 - Condições e benefícios da atividade física

Condições	Principais benefícios
Doenças coronarianas, inclusive após infarto do miocárdio, cirurgia de revascularização do miocárdio e angioplastia	Diminuição do risco de morte por novo evento cardíaco.
Derrame	<ul style="list-style-type: none"> • Auxílio na reabilitação da função muscular. • Redução da pressão arterial em repouso e durante o esforço.
Hipertensão moderada	Redução da pressão arterial em repouso e durante o esforço, e da frequência cardíaca.
Diabetes tipo 2	Melhora a resistência à insulina e controle da glicemia. Auxílio na perda de peso.
Obesidade	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da massa corporal e do depósito de gordura abdominal. • Aumento da massa magra e do metabolismo basal.
Doença vascular periférica	Melhora a tolerância ao esforço e a capacidade funcional.
Artrite	Manutenção da amplitude articular, mobilidade, força muscular e capacidade funcional.
Lombalgia	Melhora a força muscular e a resistência.
Câncer	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção da força muscular e capacidade funcional. Diminuição das náuseas e fraqueza associadas ao tratamento. • Atenuação no aumento de peso durante o tratamento do câncer de mama.
HIV/AIDS	Prevenção ou atenuação da perda da massa magra.
Asma	Aumento do limiar da asma induzida pelo esforço.
Incapacidades neuromuscular e musculoesquelética	Manutenção ou aumento da força muscular, resistência, flexibilidade e capacidade funcional.
Envelhecimento	Prevenção ou atenuação da perda da massa óssea, massa muscular, força muscular, equilíbrio, amplitude das articulações e da capacidade funcional.

Fonte: MACKINNON, et al., 2003. p.22.

Alguns benefícios das atividades físicas para a saúde são ainda apontados por outras instituições para o ciclo da infância e adolescência, mais especificamente pela *British Heart Foundation National Centre* (2011b), para crianças com menos de cinco anos e para os de idade entre 5 e 18 anos.

Entre os benefícios apontados por essa fundação para as crianças com menos de cinco anos estão o desenvolvimento de habilidades motoras e cognitivas e a melhoria do desenvolvimento ósseo e muscular e das habilidades sociais.

A fundação britânica aponta que, com 60 minutos de atividades físicas, esportivas ou exercícios físicos diários, na intensidade moderada/intensa, as crianças e os adolescentes com idade entre 5 e 18 anos se beneficiam pela melhoria da saúde cardiovascular, pelo controle da massa corporal, pelo melhor desenvolvimento da saúde dos ossos, pelo desenvolvimento da autoconfiança e desenvolvimento e manutenção das habilidades sociais.

O Department of Health and Human Services, no documento Physical Activity Guidelines for Americans Midcourse Report: Strategies to Increase Physical Activity Among Youth de 2012, descreve como benefícios da prática regular de atividades e exercícios físicos para os adolescentes os já mencionados anteriormente, mas acrescenta que os exercícios físicos nesta fase da vida funcionam também como um protetor da saúde, por auxiliarem na redução do risco de se desenvolver DCNT na vida adulta (ESTADOS UNIDOS, 2012).

Estudos recentes e reconhecidos por essa instituição apontam que o controle total e diário da duração e intensidade das atividades físicas realizadas pelos adolescentes é mais importante para a saúde que o controle isolado dos outros componentes do treinamento físico.

Para a faixa etária acima de 65 anos, a *British Heart Foundation* e a *BHF National Centre* (2012) apontam os mesmos benefícios que foram identificados para os adultos, mas nomeiam ainda o aumento dos anos de vida independente, a redução de deficiências e a melhoria da qualidade de vida na velhice.

Essas mesmas instituições registram que, nesta faixa etária, as atividades físicas regulares e os exercícios físicos são importantes para os idosos aumentarem a mobilidade e a independência e, assim, estruturarem e manterem uma rotina diária de vida, pois a maior parte das atividades cotidianas depende da manutenção do equilíbrio, da coordenação e da força.

Há evidências consideradas de moderadas a fortes pela *British Heart Foundation* de que pessoas que sofreram derrame, pessoas que têm esclerose múltipla, como também pessoas com deficiência

intelectual beneficiam-se da prática regular de atividades físicas pela melhoria da marcha, tanto em velocidade como em distância percorrida.

Esta fundação considera haver evidências fortes de melhoria da força muscular, devido ao treinamento com exercícios de força, nas pessoas que sofreram derrame, têm esclerose múltipla ou paralisia cerebral, bem como em pessoas com lesão medular ou deficiência intelectual.

A revisão de artigos científicos apresenta algumas informações úteis para a compreensão de associações existentes entre algumas doenças, a prática de atividades físicas no lazer e os benefícios dessa prática para os indivíduos pesquisados. Apresentaremos exemplos de alguns desses achados no Quadro 3.

Quadro 3 - Exemplo de estudos que apresentam associações existentes entre algumas doenças, a prática de atividades físicas no lazer e seus benefícios

Tema	Autores/ano	Tipo	Achados
Redução de risco para doenças coronarianas na meia-idade.	WANNAMETHEE; SHAPER (2002)	Revisão da literatura	Para adultos de meia-idade: dependendo da intensidade da atividade, a prática de atividade física no lazer é capaz de reduzir 30% a 50% do risco das doenças coronarianas.
O efeito da atividade física no lazer e o risco de diabetes tipo 2 em pacientes com doença arterial ou com baixo controle dos fatores de risco vasculares.	BROUWER et al. (2010)	Estudo Experimental	A prática de atividade física no lazer está associada à queda do risco de diabetes tipo 2 para o grupo pesquisado. A combinação de atividade física e não obesidade funcionou de maneira protetora, ao se comparar com esses fatores tomados isoladamente.
Os efeitos da prática de atividades físicas no lazer, como prevenção contra a síndrome metabólica entre adultos de meia-idade.	LLANNE-PARIKKA, P. et al. (2010)	Estudo populacional (Finlândia)	A intensidade da atividade física de moderada a intensa no lazer está associada à diminuição do Índice de Massa Corporal (IMC), que está relacionada à prevenção contra a síndrome metabólica ao longo da vida.
Os efeitos da prática da atividade física na hipertensão e na hiperglicemia em homens durante o período de lazer.	ISHIKAWA et al. (2010)	Estudo populacional (Japão)	A prática de atividades físicas durante o período de lazer e na vida diária produz efeitos positivos sobre a hipertensão, mesmo que esse tipo de prática ocorra durante os finais de semana. A prática de atividades físicas nos finais de semana se revelou importante no controle da glicose para os homens avaliados.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2014.

Problematizando a Prática

Como pudemos verificar neste capítulo, são vários os benefícios da atividade física regular para a maior parte das pessoas, inclusive para as mulheres grávidas, pessoas que possuem algum tipo de deficiência e pessoas que sofreram derrame.

Sua equipe identificou o percentual de pessoas com deficiências que vivem nas comunidades em que você atua? Elas são fisicamente ativas? Quais ações foram planejadas para apresentar os benefícios e as recomendações de atividades físicas regulares a essas pessoas?

As ações definidas por sua equipe para apresentar os benefícios e as recomendações das atividades físicas regulares são comuns para adultos com e sem deficiência?

Para concluirmos esta seção, vamos relembrar alguns pontos que estudamos nesta parte da disciplina. Faremos isso pela leitura de 10 fatos sobre a Prática de Atividades Físicas que foram revisados e apresentados pela OMS em março de 2013 (OMS, 2013):

- Atividades físicas regulares auxiliam na manutenção da saúde;
- A prática de atividade física não deve ser confundida com a prática de esporte;
- Tanto atividades físicas moderadas como intensas produzem benefícios para a saúde, seja para crianças, adolescentes, adultos ou pessoas com mais de 65 anos. Mulheres grávidas e puérperas, bem como pessoas com históricos cardíacos, devem consultar o médico antes de iniciarem um programa de atividades físicas;
- A prática regular de atividades físicas é contraindicada somente para condições de saúde específicas. Não havendo o diagnóstico destes casos clínicos, ela é recomendada a todos, independentemente da idade, raça, etnia ou das condições econômicas;
- A prática de alguma atividade física é melhor que a inatividade;
- Boas condições de infraestrutura, oferta de serviços nas comunidades, bem como determinadas variáveis do meio ambiente talvez possam influenciar, de maneira positiva, a adesão das pessoas a uma vida fisicamente ativa.

Concluindo

Temos a expectativa de que, com o conhecimento sobre as recomendações e os benefícios das atividades físicas regulares e exercícios físicos adquiridos nesta unidade, você esteja preparado para ser um parceiro privilegiado do seu colega de profissão para apresentar, escutar, discutir e acompanhar os usuários e colegas de equipe do NASF nas ações em que os temas associados ao sedentarismo, ciclo da vida e desenvolvimento, atividade física, obesidade, DCNT, entre outros, sejam focos das tarefas a serem realizadas no seu trabalho no NASF.

Unidade 4

Ações e programas na APS: barreiras
e sugestões

Nesta Unidade, você terá a oportunidade de aprender, compreender e discutir com o tutor e os colegas as principais barreiras individuais e coletivas que dificultam a adesão e manutenção das pessoas e das famílias nas práticas regulares de atividades físicas e exercícios físicos.

Você compreenderá, pelo estudo desta seção, as bases teóricas que organizam os principais projetos e programas de atividades físicas na área pública da saúde, para ajudar a melhorar o desenvolvimento das estratégias a serem estabelecidas pela sua equipe do NASF nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Avaliamos ser importante você também aprender sobre estratégias utilizadas em outras sociedades para romper as barreiras do sedentarismo, pela prática regular de atividades físicas e exercícios físicos, e assim poder ajudar a sua equipe a planejar, organizar e executar novas estratégias para estimular e sustentar comunidades fisicamente ativas e democráticas.

Esperamos que, ao final desta seção, você seja capaz de:

- compreender e discutir as especificidades envolvidas na adesão das crianças, adultos e idosos às práticas de atividades físicas e exercícios físicos;
- associar e discutir com a sua equipe o estágio dos usuários no projeto de adesão às práticas de atividades físicas e exercícios físicos;
- compreender e discutir com os usuários as principais facilidades e barreiras envolvidas na adesão às práticas regulares de atividades físicas e exercícios físicos;
- compreender e discutir, com seus colegas de equipe, gestores públicos, líderes comunitários e usuários, as principais facilidades e barreiras para a implantação de comunidades fisicamente ativas.

Julgamos ser importante que você aprenda este conteúdo por acreditarmos que todos os profissionais da APS devem estar preparados para sentarem-se à mesa de negociação, com gestores públicos, lideranças comunitárias ou com os próprios usuários, para as discussões de planejamento de ações intersetoriais, com o objetivo de criar e sustentar uma comunidade responsável, participativa e ativa.

Nesse mesmo sentido, avaliamos ainda que o conhecimento deste conteúdo é fundamental para todos os profissionais da APS, para o estabelecimento de pacto com todos os atores anteriormente mencionados em favor de uma comunidade responsável, participativa, ativa e saudável.

Seção 1

Sustentabilidade das ações na atividade física

O estudo sobre a adesão às práticas de atividades físicas e exercícios físicos é recente, mas os resultados de alguns estudos já acrescentam informações relevantes para os profissionais da saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde, uma vez que, para o envolvimento, a participação, adesão e manutenção dos usuários nesse tipo de prática, torna-se importante que toda a equipe de saúde demonstre disponibilidade, apoio, suporte e conhecimento sobre a importância das práticas regulares de atividades físicas e exercícios.

Vamos, então, aprender um pouco mais sobre alguns fatores essenciais para promover atividades físicas no contexto comunitário.

Foram identificados cinco níveis de estruturas nas quais as intervenções devem ser planejadas (MACKINNON *et al.*, 2003. p. 53):

- Nível individual: aumento da atenção psíquica, motivação e compromisso; desenvolvimento de habilidades e autoeficácia para modificar comportamentos associados às práticas de atividades físicas.
- Nível Interpessoal ou de grupo: organização de redes sociais para apoiar a prática de atividades físicas na comunidade ou em ambientes de trabalho.
- Nível Institucional ou Organizacional: mudanças organizacionais e desenvolvimento de políticas para motivar a prática de atividades físicas.
- Nível Comunitário: aumento dos recursos e das normas comunitárias, na comunicação e coordenação intersetorial, uso da mídia e planejamento regional para promoção da AF.
- Nível de políticas públicas: estabelecimento de políticas, resoluções, recursos e apoio social para motivar a participação em atividades físicas.

A carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde defende que, além dos níveis mencionados anteriormente, deve também estar incluído nesta relação o envolvimento dos serviços de saúde para motivar e trabalhar com os cidadãos a responsabilização com a prática regular de AF (OMS, 1986).

Como foi verificado por Knapp, já em 1988, as grandes e abrangentes campanhas midiáticas com foco em aumentar o número de participantes nas práticas de atividades físicas apresentaram resultados pobres no alcance de seus objetivos (KNAPP, 1988).

Entre os motivos apresentados por esta autora para as campanhas obterem pobres resultados está o fato de os desenhos das mesmas estarem com foco mais na mudança de comportamento ou em estratégias motivacionais que em educar as pessoas sobre os benefícios e as estratégias de como se manterem fisicamente ativas.

Identificou-se ainda que a tendência desse tipo de campanha publicitária era atingir, sobretudo, quem já estava comprometido a iniciar um programa ou já estava participando regularmente de atividades físicas ou inscrito em programas de exercícios físicos.

Os estudos sobre a adesão às atividades físicas tomaram mais consistência a partir da verificação, entre vários grupos populacionais, de haver uma tendência de metade dos indivíduos abandonarem as práticas regulares de atividades físicas entre 3 e 6 meses após o início do programa (DISHMAN, 1994).

Uma das explicações para esta alta taxa de abandono das práticas, segundo Prochaska e Marcus (1994), está na oferta de programas mais orientados para a ação que para a real e atual condição de interesse e motivação das pessoas a quem o programa está sendo oferecido, como, por exemplo, a oferta de sessões de musculação a indivíduos sedentários sem experiências anteriores com exercícios de força.

Problematizando a Prática

Você seria capaz de listar os meios de comunicação utilizados pela sua equipe para apresentação das recomendações e dos benefícios da AF regular para os diferentes grupos de usuários das comunidades atendidas por ela?

Você seria capaz de dizer quais meios de comunicação foram os mais eficientes para abordar estas questões com os usuários das diferentes comunidades atendidas pela equipe?

Você seria capaz de dizer os principais motivos que levam os adultos das comunidades onde sua equipe atua a abandonarem os programas da AF?

Nas reuniões de sua equipe para planejamento de ações que incluem apresentações sobre as recomendações e os benefícios da AF regular para os grupos atendidos, há preocupação da equipe em designar diferentes profissionais para abordar o assunto?

Algumas teorias se propõem a explicar os fatores, as interações e as inter-relações que determinam a adesão e a sustentabilidade das pessoas nas práticas de atividades físicas.

Destas teorias, há algumas que estão mais direcionadas a explicar a adesão por características pessoais e comportamentais, e outras, as mais recentes, procuram demonstrar a importância de outras variáveis, inclusive a social e a ambiental, para haver a adesão das pessoas a esse tipo de prática.

As principais teorias são:

- Teoria Cognitivo-Social (*Social Cognitive Theory*) que tem Albert Bandura como principal teórico;
- Teoria do Comportamento Planejado (*Theory of Planned Behavior*) de autoria de *Icek Azjen*;
- Modelo de Crença na Saúde (*Health Belief Model*), desenvolvido por Rosenstock;
- Modelo Transteorético (*Transtheoretical Model*), desenvolvido por Judith Prochaska.

Os principais programas de atividades físicas na Atenção Primária à Saúde utilizam, como base conceitual das intervenções propostas, teorias que objetivam mudanças de comportamento no modo de vida. Ou seja, a maior parte dos programas da AF na APS é sustentada pelos conceitos da Teoria Cognitivo-Social, da Teoria do Comportamento Planejado e do Modelo de Crença na Saúde (DUNN; ANDERSON; JAKICIC, 1998; DUMITH, 2008).

Alguns problemas foram identificados para a implantação e para as avaliações dos programas de intervenção que se baseiam nessas teorias. Mais especificamente, os problemas estão:

- na baixa capacidade organizacional das equipes;
- na carência de recursos humanos qualificados para sustentar programas de padrão bom e ótimo;
- nos escassos recursos para compra de equipamentos e de materiais para a implantação e para a manutenção adequada dos programas que alcançam grandes grupos populacionais.

Os problemas nos processos de avaliação dos programas estão, principalmente, nos obstáculos metodológicos para as avaliações do custo-benefício das ações das equipes e nas dificuldades em se verificar a eficácia das intervenções, não só com a população em geral, mas com grupos que apresentem demandas e necessidades específicas.

A mudança de comportamento é considerada, pelos teóricos comportamentais, como o elemento-chave desse processo. Contudo, a procura por melhor compreensão do fenômeno da adesão e da sustentabilidade nesse tipo de prática motivou alguns especialistas a ampliar o olhar sobre a questão comportamental para além da variável motivacional.

Por causa dessa mudança de foco teórico, novos modelos conceituais estão em desenvolvimento. Nestas novas concepções, as investigações estão mais centradas na compreensão sobre o desenvolvimento do prazer e da satisfação pela participação nesse tipo de prática. Um exemplo dessa nova lógica teórica é o Modelo Transteorético (Transtheoretical Model), desenvolvido por Judith Prochaska.

Esse modelo partiu da integração de referenciais sobre mudanças comportamentais de diferentes correntes psicanalíticas e tem alcançado reconhecimento internacional, por apresentar alto número de variáveis e de associações consideradas relevantes no processo de adesão e manutenção nas práticas de atividades físicas.

O Modelo Transteorético utiliza-se da estrutura dinâmica de transição, pela qual se acredita ocorrerem estágios de mudanças entre a ideia em participar desse tipo de prática e a manutenção regular na mesma.

A atividade física, por este modelo teórico, é considerada um fenômeno que não está relacionado ao tudo ou ao nada. Em outras palavras, as pessoas que abandonam as práticas regulares de atividades físicas podem ter a intenção de retomá-las.

Pela fundamentação desse modelo, há **estágios** para se alcançarem mudanças de comportamento nesse tipo de prática – **Pré-Contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção**.

Há também processos para se progredir e atingir o estágio seguinte. Esses processos estão associados à necessidade de revisões das atitudes para as tomadas de decisões em modificar os comportamentos e a obtenção da autoconfiança para se alcançar o comportamento

proposto (PROCHASKA; MARCUS, 1994).

Para a autora desse modelo, as pessoas no estágio:

•**Pré-Contemplação:** não vislumbram e não têm intenção de modificar seus comportamentos nos próximos 6 meses.

•**Contemplação:** assumem a intenção de modificar seu comportamento nos próximos 6 meses, porém não fazem esforços determinantes para que ocorram as mudanças pensadas. Existe uma tendência de as pessoas permanecerem pelo menos 2 anos neste estágio, substituindo o pensamento pela ação. As pessoas, neste estágio, apresentam assim sentimentos de ambivalência acerca das mudanças no modo de vida.

•**Preparação:** assumem seriamente a intenção de fazerem mudanças no modo de vida e, de maneira geral, as mudanças são apontadas para o mês seguinte. É considerado um estágio instável, pelo fato de as pessoas já terem um plano de ação e terem realizado algumas mudanças importantes na direção da ação, mas sem alcançarem os objetivos e critérios de mudanças planejados. As pessoas neste estágio tendem a progredir nos 6 meses seguintes.

•**Ação:** assumem a mudança por meio de ações e estas permanecem por 6 meses. O estágio Ação é quando os principais processos de mudanças ocorrem, como também quando há o maior risco de recaída, com o retorno de hábitos anteriores.

•**Manutenção:** mantêm-se na prática regular de atividades físicas por 6 meses dentro dos objetivos e critérios planejados. Neste estágio, identifica-se que o risco do retorno ao comportamento sedentário anterior está extinto.

Pelo Modelo Transteorético existe um último estágio – Final –, que é entendido como o estágio no qual não há mais risco de retorno aos comportamentos anteriores. Contudo, a autora deste modelo defende que, no caso da atividade física, há razões para se acreditar não se alcançar este estágio final do modelo, por sempre existir chance de as pessoas retomarem os padrões de vida sedentária.

Como mencionado anteriormente, foram também estudados por esta autora os processos envolvidos nas mudanças dos estágios, verificando-se existirem processos denominados Empíricos e Comportamentais. Os processos Empíricos revelaram ser mais importantes que os

processos Comportamentais para compreender e prever o progresso nos estágios iniciais.

- Processos **Empíricos**: aumento de consciência; aumento da capacidade de expressão; reavaliação pessoal; reavaliação e empoderamento diante das restrições sociais.

- Processos **Comportamentais**: reavaliação ambiental; fortalecimento dos relacionamentos; estímulo resposta; contingências gerenciais; estímulo controle (PROCHASKA; MARCUS, 1994).

Diante do exposto, a proposta de a equipe do NASF localizar em quais estágios os usuários encontram-se e os processos pelos quais os mesmos desenvolvem e assumem a rotina de atividades físicas e modos de vida fisicamente ativos deve fazer parte do pacto entre os vários profissionais do NASF para que seja organizada e tecida a rede de suporte aos usuários nesta mudança de modo de vida. Este objetivo deve constar do planejamento de ações e tarefas da equipe, e não do plano de um único profissional da equipe.

Existe um grande risco de fracasso ao se desenvolverem projetos e programas de atividades físicas na área da saúde pública para pessoas sedentárias, com base somente nas teorias centradas na ação, pelo descompasso entre os interesses dos usuários (normalmente no estágio Pré-Contemplação) e as demandas de ações implícitas nas intervenções.

O Modelo Transteorético sugere a utilização de recrutamentos dos usuários por meio de chamadas amplas, com a possibilidade de os usuários inscreverem-se ou telefonarem para saberem mais informações. Esta estratégia é utilizada para a equipe da APS identificar os que estão, principalmente, nos estágios Pré-Contemplação ou Contemplação.

Contudo, o recrutamento proativo, realizado pelos vários profissionais da equipe da APS em suas ações, tarefas e consultas, mostra-se indispensável no alcance do objetivo de as equipes terem na comunidade pessoas fisicamente ativas.

Uma atenção especial deve ser dada aos usuários em seus estágios iniciais no programa, como também aos processos que utilizam para atingirem mudanças, por ser esta etapa a de maior fragilidade e de maior chance de desistência.

No trabalho com os usuários com o objetivo de apoiá-los na adesão às rotinas de práticas de atividades físicas e exercícios, é essencial a disponibilidade dos profissionais do NASF para aprender com eles sobre as necessidades, motivações, expectativas e receios que estão envolvidos neste processo de transformação do modo de vida.

Entre os vários suportes necessários para que os usuários avancem do estágio de Contemplação para o de Preparação encontra-se, particularmente por parte da equipe do NASF, o apoio no planejamento de pequenas mudanças de comportamento para eles se tornarem e se sentirem menos sedentários.

Assim, é fundamental que a equipe de profissionais trabalhe com os usuários a valorização dessas pequenas mudanças como reconhecimento dos ganhos alcançados até aquela etapa do estágio.

Como mencionado anteriormente, diferente de outros hábitos e vícios, no caso da Atividade Física, um constante sinal de alerta permanece ligado, pela tendência humana de retornar à inatividade. Sendo assim, toda a equipe do NASF deve estar preparada para as recaídas dos usuários no processo de tornarem-se fisicamente ativos.

Por outro lado, é fundamental que os profissionais do NASF saibam e lembrem-se de que grande parte desses mesmos usuários tentará, em outro momento da vida, quebrar a rotina de vida sedentária e retomar o processo de desenvolver a adesão às práticas de AF e exercícios.

Segundo Prochaska e Marcus, as pessoas localizadas no estágio Pré-Contemplação são as que fazem o menor progresso na progressão ao estágio seguinte; as que estão localizadas no estágio Contemplação fazem progressos significativos, e as pessoas identificadas no estágio Preparação são as que mais progredem na direção de adesão às rotinas das atividades físicas (PROCHASKA, MARCUS, 1994).

Problematizando a Prática

Como aprendemos neste capítulo, é importante, por parte da equipe do NASF, a identificação dos atuais estágios dos usuários, bem como as motivações e resistências no processo de adesão às práticas de AF regulares, para que sejam definidas as melhores estratégias de apoio e suporte aos usuários no próprio planejamento e definição de critérios para as mudanças de modo de vida.

Nos grupos atendidos por sua equipe, já foram identificados os usuários que estão no estágio Pré-Contemplanção?

Você seria capaz de dizer quais usuários atendidos por você no consultório estão no estágio Contemplanção?

Os estudos sobre a influência de fatores sociais e ambientais na adesão e manutenção das pessoas nas atividades físicas regulares já apresentam algumas consistências.

O Modelo Ecológico do Comportamento Humano foi utilizado para sugerir 4 recomendações gerais para ações de promoção de atividades físicas para o público em geral (MACKINNON, 2003. p. 54):

- os comportamentos associados à saúde são determinados por uma interação complexa de fatores. Sendo assim, é necessário haver uma combinação de métodos para que as ações tenham sucesso;
- as ações têm de ser específicas a cada local e a cada público. Dessa forma, pode ser que, em alguns locais, seja necessário melhorar a segurança e, em outros, construir infraestrutura;
- ações ambientais podem ser necessárias antes do desenvolvimento de outras ações, como as educativas;
- ações educacionais e ambientais devem ser específicas para o local e público e devem, dentro do possível, ser coordenadas.

Identificou-se, também, que para os grupos em desvantagens sociais:

- é necessário criar condições de acesso às facilidades de práticas de atividades físicas;
- a oferta de creches e de jardins de infância promove a frequência de pais às práticas;
- a garantia de ambientes limpos e seguros fomenta a prática da atividade física em locais públicos;
- o oferecimento de práticas apropriadas à cultura local aumenta o envolvimento dos adultos com as mesmas.

O sexo e a idade estão associados a determinados ambientes específicos de prática, bem como o tipo e as metas das atividades propostas. Ou seja, a adesão a um tipo específico de atividade física está associada

ao local em que a atividade é ofertada, ao grupo etário e ao sexo dos participantes (SEEFELDT; MALINA; CLARK, 2002; RHODES; WARBUTON; MURRAY, 2009).

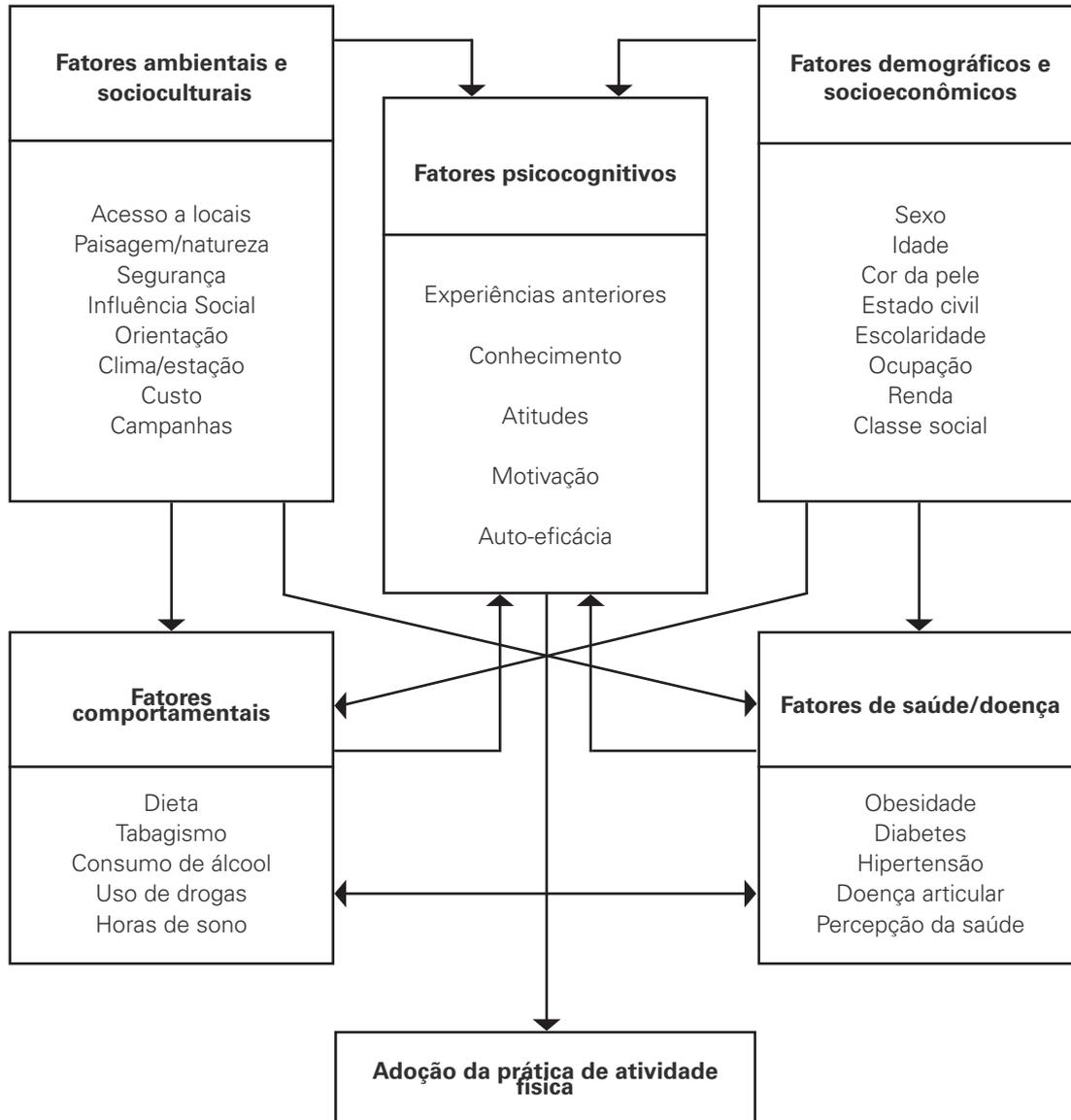
Por outro lado, estes autores e alguns guias internacionais apontam haver ainda algumas controvérsias na literatura sobre a influência de fatores relacionados ao apoio familiar, de colegas, da comunidade e do sistema de saúde no processo de adesão dos usuários a esse tipo de prática.

Prevalece, contudo, no entender destes autores, como principais determinantes para o envolvimento das pessoas com as rotinas de atividades físicas e exercícios, fatores sociocognitivos, de personalidade, do ambiente e os socioeconômicos.

Para facilitar nossa compreensão deste tópico, vamos conhecer o modelo gráfico, apresentado por Dumith (2008), dos fatores e das interações entre eles na adoção e adesão à prática da atividade física.

A Figura 8 representa modelo gráfico de fatores que influenciam a adoção às práticas de AF e as suas respectivas interações (DUMITH, 2008).

Figura 8 - Fatores que influenciam a adoção às práticas de AF e as suas respectivas interações



Fonte: DUMITH, 2008.

Problematizando a Prática

Sua equipe identificou os fatores ambientais, socioculturais, demográficos, comportamentais e de saúde que desmotivam as mulheres obesas na prática de caminharem ou se exercitarem nas áreas ou projetos de AF da comunidade em que vivem?

Sua equipe estudou as interações entre os fatores identificados?

Sua equipe estabeleceu um plano de ação para os vários profissionais da equipe atuarem na resolução deste problema?

Seção 2

Ações no contexto comunitário

Schmid, Pratt e Witmer (2006), ao discutirem a associação entre políticas públicas, atividades físicas e saúde, explicam que os determinantes que organizam as condições de vida das pessoas influenciam diretamente a qualidade e a quantidade de prática de atividades físicas em uma comunidade e que essa influência, por sua vez, condiciona o estado de saúde das pessoas. As condições de saúde dos cidadãos acabam por ter influência direta sobre o ambiente que, conseqüentemente, faz com que este possa também influenciar, direta e indiretamente, a prática da atividade física por meio de diferentes mecanismos.

Deve-se destacar que o ambiente, por esse modelo sistêmico, é entendido como o meio cultural, social e físico das pessoas, das famílias e das comunidades e por outros ambientes que estão em comunicação com esses anteriores.

Dessa maneira, as investigações sobre a associação entre as políticas públicas e a prática regular de atividades físicas centram-se nos determinantes, nos condicionantes, nos processos e nas implicações das antigas e das novas políticas a serem implantadas em uma comunidade.

Mackinnon e colaboradores (2003, p. 55) elaboraram uma lista com 13 fatores associados ao ambiente e às políticas públicas que podem influenciar a prática de atividades físicas nas comunidades:

1. Pistas para caminhadas e para bicicletas acessíveis e seguras;
2. Transporte público coordenado e com tarifas acessíveis;
3. Levantamento de recursos financeiros para infraestrutura e programas para áreas sem serviços e de menor poder econômico;
4. Facilidades apropriadas para pessoas de todas as idades e para todos os tipos de climas;
5. Normas de segurança para todos os espaços de lazer da comunidade;

6. Legislação municipal que assegure o acesso da população a centros comerciais e outras empresas para a prática de caminhadas e outros tipos de AF;

7. Normas de construção adequadas das escadas de prédios públicos e acesso seguro que estimulem a utilização das mesmas;

8. Adequação dos banheiros das empresas para chuveiros e espaço para troca e guarda de roupas e materiais utilizados na prática de atividades físicas;

9. Descontos nos custos dos planos de saúde pela prática de AF;

10. Redução nos impostos de materiais utilizados nas práticas de atividades físicas;

11. Desenvolvimento de programas de atividades físicas por empresas para os funcionários ou pagamento de subsídios para participação dos funcionários em programas desenvolvidos na comunidade;

12. Utilização da mídia para promover a participação nas práticas de AF;

13. Coordenação das políticas e ações desenvolvidas pelas diferentes esferas de governo.

Por outro lado, Schmid, Pratt e Witmer (2006, p. 24) delinearão critérios para o direcionamento das políticas públicas que se inter-relacionam com a atividade física. Para eles os critérios devem:

- ser capazes de demonstrar a eficácia das ações;
- ser de simples entendimento;
- ser razoáveis e passar no processo de validação;
- estar baseados no conhecimento sobre o nível de atividade física da comunidade;
- fazer prevalecer os benefícios sobre os custos;
- alcançar alto número de pessoas;
- ter impacto populacional;

- ter baixo índice de oposição ou alto índice de popularidade.

A OMS e alguns governos apresentam diretrizes para estimular a prática de atividades físicas regulares nas comunidades por defenderem que, além de as atividades físicas apresentarem benefícios para a saúde do indivíduo, este tipo de atividade também possibilita oportunidades de pessoas de uma mesma comunidade passarem algum tempo juntas e participarem de algumas ações coletivamente.

Por esse foco de análise, estudos sobre a efetividade de algumas estratégias propostas para tentar modificar normas sociais com o intuito de melhorar a compreensão da importância das atividades físicas regulares no cotidiano das comunidades foram realizados pela OMS (2009).

Os principais achados desses estudos, que tiveram como alvo as famílias, os casais, vizinhos, entre outros grupos de comunidades em países com baixa e média capacidade econômica, apontaram que a maioria das ações planejadas e executadas pelas equipes de saúde eram direcionadas aos adultos e centravam-se em desenvolver conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre dieta e atividade física. Contudo, foi identificado o crescimento de projetos que estimulavam crianças e adolescentes a trocarem o transporte escolar por caminhadas ao se deslocarem para as aulas.

As intervenções utilizadas nessas ações apresentavam diferentes formatos: atendimentos em grupos predominantemente, consultas individuais e envio de informações por telefone ou e-mail. Foi destacado, porém, o crescimento nos projetos que utilizavam programas de computador e abordagens virtuais para acessar os usuários.

Identificou-se, nos estudos da OMS, que as ações com resultados mais positivos foram executadas tendo como alvo grupos operativos de DCNT de maior risco. Essas ações continham, em suas abordagens, conteúdos diversos sobre o tema atividades físicas; investiam em campanhas intersectoriais nas comunidades para o desenvolvimento de objetivos comuns sobre atividades físicas; bem como ofereciam atividades físicas para grupos de usuários que apresentavam as mesmas necessidades, demandas, interesses e motivações.

As conclusões do documento ressaltam que foram verificadas, na maior parte dos projetos, mudanças psicossociais positivas, que influenciaram positivamente mudanças de comportamento nas comunidades. Contudo, foi indicada, pelo documento, a carência de estudos sobre custos-benefícios e sustentabilidade dessas ações (OMS, 2009).

Problematizando a Prática

Você seria capaz de dizer se as intervenções de AF executadas por sua equipe estão direcionadas somente aos grupos operativos de alto risco ou se há ações e intervenções para outros grupos? Quais?

Você seria capaz de dizer com qual frequência a sua equipe participa das reuniões intersetoriais para discutir as políticas públicas a serem implantadas nas comunidades em que atua?

Seção 3

Crianças e adolescentes

Com a tendência mundial de crianças e adolescentes não alcançarem o mínimo recomendado de 60 minutos diários de atividades físicas moderadas e intensas, alguns estudos têm sido realizados para melhor compreender os componentes escolares que possam ter impacto na mudança desta tendência.

Começam a surgir evidências que indicam que modificações, no contexto social e ambiental, em creches e jardins de infância podem influenciar e aumentar o nível de atividade física das crianças no período escolar (BULL, 2010).

Entre as estratégias individuais e coletivas sugeridas no *Physical Activity Guidelines in the U.K.: Review and Recommendations* (BULL, 2010), para o aumento no nível de AF nas creches e jardins da infância, estão:

•Infraestrutura e Materiais

Disponibilização de jogos que estimulem as crianças a brincarem deslocando-se; disponibilização de materiais e equipamentos para se criarem pequenos *playgrounds*; disponibilização de materiais e equipamentos portáteis e de fácil deslocamento para serem aproveitados em diferentes ambientes das creches e jardins da infância.

•Recursos Humanos

Equipe com profissionais especialistas e bem treinados para a oferta de atividades estruturadas e sistematizadas.

•Gestão

Aumento de tempo de brincadeiras ativas com a participação de profissionais; inclusão de estratégias de ensino-aprendizagem das atividades físicas nos conteúdos das rotinas pré-acadêmicas.

Os especialistas que conduziram este estudo inglês propõem que, para melhor compreender as estratégias que produzem o aumento

do nível de atividades físicas desta faixa etária, sejam investigados os impactos da presença dos pais nas brincadeiras, jogos e atividades ativas realizados em creches e jardins de infância, bem como destas mesmas brincadeiras, jogos e atividades realizados nas casas das crianças, com a presença dos pais.

Este documento sugere ainda que, no contexto do ensino fundamental, básico e médio, conteúdos da AF devem estar presentes nos diferentes conteúdos e ações escolares como estratégia para se aumentar o tempo de atividades físicas das crianças e adolescentes na escola.

Vamos, então, conhecer mais algumas estratégias, sugeridas pelo estudo, possíveis de serem realizadas no contexto gerencial das escolas para se modificar a atual tendência de vida sedentária das crianças e adolescentes (BULL, 2010):

- nos currículos escolares: o aumento no número de aulas e de tempo de aulas de Educação Física com atividades nas intensidades moderadas e intensas, ofertadas por professores especialistas e bem treinados;
- nos intervalos: a oferta de atividades com materiais e professores que estimulem os alunos a praticarem alguns exercícios e atividades de maneira organizada;
- antes e depois das aulas: a oferta de atividades mais ativas, inclusive valorizando o deslocamento ativo para/da escola;
- os pais: a busca pelo envolvimento dos pais na proposta de manter rotinas de deslocamentos ativos das crianças e adolescentes para/da escola;
- a aprendizagem de habilidades: desenvolvimento do sentimento de satisfação nos alunos por uma vida fisicamente ativa, bem como a aprendizagem de habilidades que sejam úteis ao longo da vida;
- a inclusão: a compreensão das necessidades e dos interesses dos alunos para a criação de estratégias que incluam todos os alunos nas atividades físicas, inclusive aqueles com deficiências;
- a oferta de programas: disponibilização de espaço e de equipamentos para programas de atividades físicas e exercícios após o término dos turnos escolares.

É relevante explicitar que o estudo britânico apontou serem ainda insuficientes as evidências de que a simples oferta de atividades físicas após as aulas seja suficiente para mudar a tendência sedentária das crianças e adolescentes.

Estas estratégias já estão sendo testadas em várias escolas, seja na Inglaterra, Brasil ou em outros países do Ocidente; entretanto, o estudo aponta haver poucos estudos sistematizados e validados, cientificamente, que confirmem a eficácia e eficiência dessas estratégias.

Sendo assim, os especialistas sugerem o aprofundamento dos estudos em algumas linhas de pesquisas no contexto da Educação Física Escolar para a verificação, principalmente, da eficiência das estratégias. Entre os estudos sugeridos estão: estudos comparativos entre os diferentes tipos de intervenções diárias e semanais e de estratégias utilizadas na escola para o aumento dos níveis de atividades físicas dos alunos; a condução de estudos longitudinais com medidas claramente determinadas; e a realização de estudos com robustos protocolos de avaliação para se verificar tanto o potencial de implementação das intervenções/estratégias como a sustentabilidade das mesmas.

Existem poucos estudos científicos que demonstram evidências na modificação dos hábitos sedentários das crianças e dos adolescentes por atividades realizadas pelas escolas com os familiares ou atividades de AF recomendadas para serem desenvolvidas em casa com a presença dos familiares. Contudo, aos poucos, pesquisas conduzidas sobre esse tema indicam que as manifestações – seja por boletins, e-mails ou mesmo em diálogos com os pais – realizadas pelas escolas podem ter alguma influência nesta dinâmica familiar (BULL, 2010).

Por outro lado, estudos americanos demonstram que há um aumento de 65% nas chances das crianças e dos adolescentes participarem de programas de atividades físicas regularmente, quando são encorajados pelos pais (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 2012).

Têm-se encontrado evidências de que, em se tratando de atividades físicas para crianças e adolescentes em idade escolar, modificações ambientais e estratégias na comunidade têm impactos no aumento do nível de esforço físico (BULL, 2010; ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 2012).

Algumas estratégias são sugeridas pelos especialistas para aumentar o potencial comunitário neste contexto; entre elas, podem ser citadas (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 2012):

- aumento do espaço disponível na comunidade para as crianças andarem, correrem ou deslocarem-se de bicicleta;
- reorganização da velocidade dos carros, ônibus e motocicletas por meio de redutores de velocidades, para que sejam implementadas áreas mais calmas de trânsito dentro dos bairros e das comunidades;
- aumento das estruturas de segurança dos pedestres;
- aumento da manutenção da limpeza dos espaços públicos e dos lotes vazios;
- aumento no número de parques e jardins na comunidade, como também da área verde das ruas.

Problematizando a Prática

A sua equipe identificou as principais barreiras existentes nas comunidades em que você atua para as crianças e os adolescentes não brincarem, jogarem bola ou se deslocarem de bicicleta nos horários em que não estão na escola?

A sua equipe executa ações na comunidade com a presença dos pais das crianças e adolescentes para apresentarem os benefícios e a importância das AF regulares para os filhos?

Quais são os principais problemas apontados pelos pais para não terem os filhos fisicamente ativos? Quais são os principais problemas apontados por crianças e adolescentes das comunidades para não se manterem fisicamente ativos?

Seção 4

Adultos

Entre os adultos a adesão, bem como sua manutenção regular em práticas de atividades físicas, está associada a vários fatores, como mencionado anteriormente. Estes fatores são classificados como modificáveis e não modificáveis.

Os fatores modificáveis são as características da personalidade e do comportamento, as condições do meio ambiente, o contexto comunitário, as características das atividades e dos exercícios que constituem o programa. Em contrapartida, os fatores não modificáveis são a idade, o sexo, a raça, a etnia e a história genética da pessoa (SEEFELDT; MALINA; CLARK, 2002).

Já em 1985, Dishman, Sallis e Orenstein indicavam não haver uma razão única para um adulto se envolver com esse tipo de prática e que o interesse pessoal tem por base diferentes elementos e fatores, como:

[...] a história de envolvimento da pessoa com as atividades, os modelos normativos vigentes, a postura positiva dos profissionais da saúde, da família e dos colegas frente às atividades físicas, as condições ambientais e a acessibilidade a facilidades para a realização das práticas (DISHMAN; SALLIS; ORENSTEIN, 1985, p. 168).

Em pesquisa para melhor entender os fatores individuais na adesão a um modo de vida saudável, os especialistas Kern, Reynolds e Friedman (2010) estudaram o padrão de atividade física no lazer dos participantes do *Terman Life Cycle Study* durante quatro décadas (1936-1972).

Estes especialistas salientaram que muitas variáveis individuais acabam por influenciar a adesão e a manutenção desse tipo de prática. Todavia, o estudo indicou que, de maneira geral, os homens são mais ativos que as mulheres, e que os adultos com estrutura neurótica e com personalidade extrovertida estão mais associados ao processo de adesão e de manutenção nas atividades físicas.

Um segundo achado do trabalho foi que a história de vida de indivíduos com maior gasto energético e de maior sociabilidade na infância são preditores nessa área.

Na conclusão, os autores alertam que o envolvimento dos adultos com as atividades físicas deve ser analisado tanto pelas características da personalidade, como também pela história de vida da pessoa, e não somente por variáveis motivacionais.

Fox e Corbin (1989) apresentaram um modelo que continua sendo muito utilizado para explicar as inter-relações entre a autoestima global e a autoestima corporal. Esses especialistas realçaram que os construtos que compõem o modelo (autoestima global, autoestima corporal e as quatro dimensões que fundam a autoestima corporal: a condição física, a força física, a competência desportiva e o corpo atraente) estão mais inter-relacionados nos níveis hierárquicos na linha vertical (por exemplo, autoestima global – autoestima corporal – a força física) que entre os das linhas horizontais (corpo atraente – condição física).

Sobre projetos de atividades físicas desenvolvidos por empresas, não foram ainda identificadas evidências robustas de impacto na mudança do nível de aptidão física dos funcionários pelos incentivos oferecidos pelas empresas, mas novos estudos continuam em andamento.

Os estudos nesta linha de pesquisa passaram também a incluir variáveis associadas às estratégias de estímulo da troca do automóvel e do transporte público pelo deslocamento por bicicleta ou a pé para se alcançar o objetivo de os trabalhadores serem mais fisicamente ativos (HILLSDON *et al.*, 2005).

Na construção das políticas intersetoriais para estimular e facilitar a adesão e a sustentabilidade da prática da AF entre os adultos, alguns temas devem ser abordados nas mesas de negociação pelas equipes da APS, entre eles:

- a melhoria das condições econômicas da população dos territórios atendidos;
- as condições favoráveis e desfavoráveis do uso da terra e o desenho urbano da comunidade;
- a regulamentação dos espaços públicos para se garantir a equidade

na distribuição das praças e dos parques no município;

- a oferta de programas de diminuição de crimes e de aumento da segurança pública nos territórios de atuação das equipes;
- as más e as boas condições dos ambientes laborais na comunidade.

Entre os condicionantes para a adesão e a manutenção dos adultos nos programas de atividades físicas está a presença de agravos e doenças. Apresentaremos, no Quadro 4, alguns estudos científicos que discutem esse tema.

Quadro 4 - Estudos que discutem a adesão e a manutenção dos adultos nos programas de atividades físicas

Tema	Autores/ Ano	Tipo	Achados
Estudo Clássico			
Adesão às práticas de atividades físicas no contexto da saúde coletiva.	DISHMAN; SALLIS; ORENSTEIN (1985)	Revisão da literatura	<ul style="list-style-type: none"> • Operários fumantes são mais propensos a abandonar programas de reabilitação cardíaca e programas de ginástica laboral. • Homens com risco de doenças coronarianas tendem a participar dos programas somente quando encaminhados pelos profissionais de saúde de referência. Contudo, esses participantes encaminhados pelos profissionais possuem menos chance de permanecer nos programas e, quando permanecem, são os mais infrequentes nas intervenções. • Pessoas com sobrepeso permanecem mais tempo nos programas de atividades físicas quando comparadas com pessoas obesas. • As pessoas que mais poderiam beneficiar-se com as intervenções são as que mais apresentam resistências ao aumento do volume do esforço físico. • Os sentimentos de satisfação e bem-estar asseguram a manutenção de adultos em programas de atividades físicas de prevenção contra doenças. • Os usuários que percebem a própria saúde como frágil são menos propensos a se envolverem nesse tipo de atividade e são os que menos se exercitam durante as práticas. • Os usuários que não acreditam nos benefícios das atividades físicas para a saúde e os que acreditam não possuir controle sobre a própria saúde, quando comparados com os usuários que possuem crenças opostas, praticam menos atividades físicas e são os participantes que primeiro abandonam as intervenções. • A crença nas condições de saúde pode influenciar a intenção dos adultos em serem ativos fisicamente, mas não assegura futuros engajamentos destes em programas dessa natureza.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2014.

Quadro 4 - Estudos que discutem a adesão e a manutenção dos adultos nos programas de atividades físicas (cont.)

Tema	Autores/ Ano	Tipo	Achados
Estudos Recentes			
Sustentabilidade em práticas de atividades físicas. Contexto: Atenção Primária.	HARRISON; ROBERTS; ELTON (2005)	Estudo Experimental	Programas de saúde que utilizam profissionais de referência para o encaminhamento dos usuários para as práticas de atividades físicas têm impactos na mudança do padrão sedentário dos usuários em curto prazo, mas não garantem a participação destes por tempo suficiente para alcançarem os benefícios dessa modalidade de intervenção sobre componentes específicos da saúde.
	HUDSON; FORTIN; SOUBHI (2008)	Revisão da literatura	
A importância do trabalho em equipe no efetivo controle das doenças crônicas. Contexto: serviços de Atenção Básica.	HUDSON; FORTIN; SOUBHI (2008)	Revisão da literatura	Verificou-se não haver confirmação científica do aumento da intensidade da atividade física, quando esse fator foi tomado isoladamente e sem outras abordagens em equipe, em usuários com um ano de diagnóstico de uma doença crônica.
A efetividade do modelo integrado de aconselhamento (<i>coaching</i>) em um programa educativo que inclui atividade física.	WOLEVER et al. (2010)	Estudo Experimental	<ul style="list-style-type: none"> •As intervenções que eram conduzidas por uma equipe obtiveram melhor resposta na manutenção dos participantes nas práticas de atividades físicas. •Identificaram-se resultados positivos na manutenção dos participantes nas atividades físicas, quando o foco das intervenções estava nos valores e na capacidade de determinação dos participantes. •Identificou-se associação positiva entre o foco das intervenções em valores e na capacidade de determinação e a utilização de tecnologias, como o telefone, para a manutenção dos participantes no programa.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2014.

Problematizando a Prática

A sua equipe identificou as principais barreiras de infraestrutura existentes nas comunidades em que você atua que limitam a prática de AF regular entre os adultos?

A sua equipe executa ações nas comunidades em que atua para identificar os fatores e áreas com problemas de segurança que limitam a prática de AF regulares dos adultos?

Você seria capaz de dizer quais são as principais dificuldades e facilidades apontadas pelos adultos das comunidades nas quais sua equipe atua para a prática de AF regulares nas próprias comunidades?

Seção 5

Idosos

Entre os adultos a adesão, bem como sua manutenção regular em Como aprendemos anteriormente nesta disciplina, durante o terceiro ciclo da vida, a adesão à prática de atividades físicas regulares e a programas de exercícios físicos é fundamental, entre outros motivos, para a prevenção de doenças que tendem a surgir com o envelhecimento, para a manutenção da saúde geral e da vitalidade, como também para a manutenção de uma vida familiar e social independente.

As facilidades e as dificuldades para a adesão dos idosos às práticas de exercícios e atividades físicas têm sido apontadas como bastante similares às identificadas no caso dos adultos, principalmente dos adultos de meia-idade. Contudo, comparativamente, é menor o volume de estudos específicos que identificam os problemas de implantação de políticas públicas e de infraestrutura para esta faixa etária, quando comparados com os estudos sobre os adultos.

Estudos reconhecidos por especialistas ingleses indicam que programas que utilizam atividades físicas e exercícios em blocos com duração de tempo menor para as pessoas idosas têm maiores chances de os participantes alcançarem o tempo diário recomendado de AF.

Estes mesmos especialistas indicam, ainda, que as atividades de caminhadas mostraram-se mais fáceis de serem realizadas por pessoas com mais de 65 anos, na dose semanal recomendada, quando comparadas com programas de exercícios (BRITISH HEART FOUNDATION HEALTH, 2012).

No *Summary Report: Interventions on diet and physical activity: what works* de 2009, a OMS apresentou uma síntese sobre estudos de intervenções de atividades físicas realizadas com idosos em países com menor ou maior poder econômico (OMS, 2009):

Foi verificado que as intervenções que utilizam infraestruturas ou locais já existentes e socialmente reconhecidos pela comunidade e intervenções em residências, utilizando a infraestrutura domiciliar,

apresentaram uma efetividade moderada para o estabelecimento de rotinas de atividades físicas entre os idosos.

Não há ainda, nos países de menor poder econômico, evidências consistentes sobre a efetividade das intervenções para pessoas desta faixa etária desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Contudo, estudos nos países de maior poder econômico indicam que os melhores resultados foram encontrados quando, além de se trabalhar com os usuários idosos dentro das UBS, os profissionais da UBS conseguem reconhecer os seus estágios de motivação para as práticas de atividades físicas e trabalham com eles a partir desse estágio.

Foi verificada pouca efetividade nas intervenções centradas unicamente em distribuições de fôlderes ou no agendamento de uma única consulta para tratar o assunto. A distribuição de material informativo e educativo foi efetiva somente dentro de processo de acompanhamento do usuário pelos profissionais.

Constatou-se ainda que as intervenções centradas em referências culturais da sociedade dos usuários possuem uma efetividade moderada. Entretanto, verificou-se, tanto nos países de menor como nos de maior poder econômico, haver efetividade nas intervenções que eram planejadas e implementadas com a colaboração dos líderes religiosos, inclusive, utilizando o suporte moral e o apoio espiritual desses líderes religiosos.

O apoio religioso facilitou também a adesão de usuários desta faixa etária aos encontros educativos e orientações individuais sobre as práticas de atividades físicas.

A OMS destaca que, na análise dos custos das intervenções nas quais há participação de grupos religiosos, há uma redução dos custos para o setor público da saúde devido às responsabilidades também assumidas pelos religiosos em implementar as mudanças do modo de vida dos idosos religiosos.

Nas conclusões do Report sobre atividades físicas para pessoas idosas, os especialistas defendem a implantação de políticas públicas que estruturam ações e intervenções que sejam culturalmente reconhecidas e dentro de contextos sustentáveis, bem como utilizem infraestruturas das comunidades e equipes de saúde treinadas para dar apoio, suporte e as orientações necessárias

sobre a importância de praticar atividades físicas regularmente para se desfrutar de uma velhice ativa e independente (OMS, 2009).

Problematizando a Prática

A sua equipe identificou as principais barreiras existentes nas comunidades nas quais você atua para os idosos não atingirem o nível semanal recomendado de AF?

Você seria capaz de dizer quais são os principais problemas apontados pelos filhos para terem os pais idosos inativos ou sedentários nas comunidades em que sua equipe atua? Quais são os principais problemas apontados pelos idosos das comunidades em que sua equipe atua para não participarem de programas de atividades físicas?

Com a conclusão da disciplina Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Educação Física, esperamos que você tenha compreendido a necessidade de alterações urgentes tanto no modo sedentário de vida de muitos brasileiros como na taxa de adesão destes às rotinas de atividades físicas e exercícios físicos, para conseguirmos comunidades responsáveis, participativas, fisicamente ativas e saudáveis.

Julgamos que, ao concluir esta disciplina, você esteja em condição de ser um parceiro privilegiado de todos os outros profissionais da sua equipe para recomendações e acompanhamentos dos usuários no processo de se tornarem fisicamente ativos, como também no planejamento, na organização e execução de ações para grupos de usuários em que os temas abordados na disciplina estejam em foco.

Lembre-se sempre de que há alguns determinantes e condicionantes, individuais e coletivos, que caracterizam a adesão e a sustentabilidade das pessoas e comunidades nesse tipo de prática e que, portanto, precisam ser discutidos e estudados com os outros profissionais da equipe, gestores públicos, líderes comunitários e usuários dos territórios em que atuam, para que as ações e as intervenções planejadas pela sua equipe no Núcleo de Apoio à Saúde da Família sejam eficientes, efetivas e democráticas.

Concluindo

Esperamos que, pelo conteúdo aprendido nesta unidade, você tenha compreendido que a recomendação, o apoio, a motivação e o acompanhamento aos usuários no processo de se tornarem fisicamente ativos são essenciais para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças crônicas, seja na vida das crianças, dos adultos ou idosos.

Contudo, é imprescindível lembrar-se de que há alguns determinantes e condicionantes, que caracterizam a adesão a esse tipo de prática e a sua sustentabilidade, que precisam ser estudados por sua equipe com os usuários e com as comunidades nos territórios em que atuam, para que as ações e as intervenções planejadas sejam eficientes e cheguem a todos da comunidade.

Considerações finais

Com a conclusão da disciplina Atenção Primária à Saúde: O Profissional de Educação Física, esperamos que você tenha compreendido a necessidade de alterações urgentes tanto no modo sedentário de vida de muitos brasileiros como na taxa de adesão destes às rotinas de atividades físicas e exercícios físicos, para conseguirmos comunidades responsáveis, participativas, fisicamente ativas e saudáveis.

Julgamos que, ao concluir esta disciplina, você esteja em condição de ser um parceiro privilegiado de todos os outros profissionais da sua equipe para recomendações e acompanhamentos dos usuários no processo de se tornarem fisicamente ativos, como também no planejamento, na organização e execução de ações para grupos de usuários em que os temas abordados na disciplina estejam em foco.

Lembre-se sempre de que há alguns determinantes e condicionantes, individuais e coletivos, que caracterizam a adesão e a sustentabilidade das pessoas e comunidades nesse tipo de prática e que, portanto, precisam ser discutidos e estudados com os outros profissionais da equipe, gestores públicos, líderes comunitários e usuários dos territórios em que atuam, para que as ações e as intervenções planejadas pela sua equipe no Núcleo de Apoio à Saúde da Família sejam eficientes, efetivas e democráticas.

Referências

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na Atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 150-153, 2001.

ALVES, J. G. B. *et al.* Prevalência de adultos e idosos insuficientemente ativos moradores em áreas de unidades básicas de saúde com e sem Programa Saúde da Família em Pernambuco. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 543-556, 2010.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE - ACSM. Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 47, n. 7, p. 1510-1530, 2009.

BARUFALDI, L. A.; ABREU, G. A.; COUTINHO, E. S. F.; BLOCH, K. V. Meta-analysis of the prevalence of physical inactivity among Brazilian adolescents. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1019-1032, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000600002&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 maio 2013.

BENEDETTI, T. R. B.; GONÇALVES, L. H. T.; MOTA, J. A. P. S. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, p.287-398, 2007.

BERTO, S. J. P.; CARVALHAES, M. A. B. L.; MOURA, E. C. Tabagismo associado a outros fatores de comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1573-1582, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 1-2, 2009a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/it-decit.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.696, de 1 de setembro de 1998. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/>>

ccivil_03/leis/L9696.htm>. Acesso em: 12 maio 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Educação. **Resolução nº 3, de 16 de junho de 1987**. Fixa os mínimos de conteúdo e duração a serem observados nos cursos de graduação em Educação Física (Bacharelado e/ou Licenciatura Plena). Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/juris/mostra_lei.asp?ID=8>. Acesso em: 08 jun. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº218, de 06 de março de 1997**. Regulamentação das profissões de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1997/Reso218.doc>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 856, de 22 de agosto de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0856_22_08_2012.html>. Acesso em: 22 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf>. Acesso em: 27 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Caderno de Atenção Básica**, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 14 maio 2013.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 16 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2006**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://prosaude.org/publicacoes/diversos/vigitel_2006_brasil.pdf>. Acesso em: 14 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009b**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_risco_doencas_inquerito_telefonico_2009.pdf>. Acesso em: 14 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério de Saúde, 2014. Disponível em: < <http://biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel-2013.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança - Menino**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança - Menina**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde do Adolescente - Menino**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menino.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde do Adolescente - Menina**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009f. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2014.

BRITISH HEART FOUNDATION HEALTH. **Interpreting the UK physical activity guidelines for old adults (65+)**. 2012. Disponível em: <<http://www.bhfactive.org.uk/userfiles/Documents/activeolderadults.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2013.

BRITISH HEART FOUNDATION NATIONAL CENTRE. **Physical activity guidelines for early years (under 5s) – for infants who are not yet walking**. 2011a. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/135113/dh_128142.pdf.pdf>. Acesso em: 13 maio 2014.

BRITISH HEART FOUNDATION NATIONAL CENTRE. **Physical activity guidelines for Children and Young People (5–18 years)**. 2011b. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/135115/dh_128144.pdf.pdf>. Acesso em: 14 maio 2013.

BRITISH HEART FOUNDATION HEALTH. **Guidelines for the promotion of physical activity with older people**. 2008. Disponível em: <http://www.sportacrossstaffordshire.co.uk/live/images/cme_resources/Public/Health%20Strategies/BHF-Older-people.pdf>. Acesso em: 7 maio 2013.

BROUWER, B. G. *et al.* Leisure-time physical activity and risk of type 2 diabetes in patients with established vascular disease or poorly controlled vascular risk factors. **Diabetes Res Clin Pract**, v. 87, n. 3, p. 372-6, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20047771>>. Acesso em: 21 mar. 2011.

BULL, F. C. *et al.* **Physical Activity Guidelines in the U.K.: Review and Recommendations**. School of Sport, Exercise and Health Sciences, Loughborough University, 2010.

CASS BUSINESS SCHOOL. **Incidence and cost of chronic disease is set to soar unless we manage it better**: new research. 2009. Disponível em: <http://www.cass.city.ac.uk/press/press_release_pdfs/Chronic%20Disease%20press%20release.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2011.

CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION. **Chronic Diseases**. 2009. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/>>

chronicdisease/resources/publications/aag/chronic.htm>. Acesso em: 19 ago. 2014.

CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION. **How much physical activity you need?** Atlanta, 2013. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/guidelines/index.html>>. Acesso em: 17 maio 2013.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA - CONFEF. **Resolução nº 046/2002**. 2002. Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=82>. Acesso em: 11 dez. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA - CONFEF. **Resolução nº 230/2012**. 2012a. Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=302&textoBusca=>. Acesso em: 7 maio 2013.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA - CONFEF. **Resolução nº 229/2012**. 2012b. Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=301&textoBusca=>. Acesso em: 7 maio 2013.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA - CONFEF. **Resolução nº 231/2012**. 2012c. Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=303&textoBusca=>. Acesso em: 9 dezembro 2014.

COUTO, A. C. P.; SOUSA, G. S. **Educação física: atenção à saúde da criança e do adolescente**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

CRAIG, R.; MINDELL, J; VASANT, H. **Health Survey for England 2008 - Physical activity and fitness: summary of key findings**. Disponível em: <<https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/public-health/surveys/heal-surv-phys-acti-fitn-eng-2008/heal-surv-phys-acti-fitn-eng-2008-rep-v1.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

DANS, A. *et al.* The rise of chronic non-communicable diseases in Southeast Asia: time for action. **The Lancet**. Londres, v. 377, n. 9766, p. 680-689, 2011.

DE MOOR, M. H. *et al.* Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population-based study. **Preventive Medicine**, v. 42, n. 4, p. 273-279, 2006.

DISHMAN, R.; SALLIS, J. F.; ORENSTEIN, D. R. The determinants of physical activity and exercise. **Public Health Report**, v. 100, n. 2, p. 158-17, 1985. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424729/pdf/pubhealthrep00100-0048.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

DISHMAN, K. R. **Exercise adherence**: its impact on Public Health. Human Kinetics Books. 1988.

DISHMAN, K. R. **Advances in exercise adherence**. Human Kinetics. 1994.

DUMITH, S.C. Physical activity in Brazil: a systematic review. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25 Sup, v. 3, p. S415-S426, 2009.

DUMITH, S. C. Proposta de um modelo teórico para adoção da prática de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 110-120. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/790/799>>. Acesso em: 16 mar. 2011.

DUNN, A. L.; ANDERSON, R. E.; JAKICIC, J. M. Life physical activity interventions. History, short-and-long-term effects, and recommendations. **Am J Prev Med**, v. 15, n. 4, p. 398-412, 1998. Disponível em: <[http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(98\)00084-1/fulltext](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(98)00084-1/fulltext)>. Acesso em: 11 dez.. 2014.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA - USA. Department of Health and Human Services - Physical Activity Guidelines for Americans Midcourse Report Subcommittee of the President's Council on Fitness, Sports & Nutrition. **Physical Activity Guidelines for Americans Midcourse Report: Strategies to Increase Physical Activity Among Youth**. 2012.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA - USA. Department of Health and Human Services. **Physical Activity Guidelines for Americans**. 2008. Disponível em: <<http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/default.aspx>>. Acesso em: 12 maio 2013.

FIGLIOLINO, J. A. M. *et al*. Análise da influência do exercício físico em idosos com relação a equilíbrio, marcha e atividade de vida diária. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.12, n.2, p.227-238, 2009.

FINLÂNDIA. Ministry of Social Affairs and Health. **Recommendations for the promotion of physical activity in Finland**. 2010. Disponível em: <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-12543.pdf>. Acesso em: 10 maio 2013.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOX, K. H.; CORBIN, C. B. The physical self-perception profile: development and preliminary validation. **Journal of Sport and Exercise Psychology**, v. 11, p. 408-430, 1989.

FRAGA, A. B; CARVALHO, Y. M; GOMES, I. M. Políticas de Formação em Educação Física e Saúde Coletiva. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.367-386, 2012.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2014.

GUIMARÃES, D. A; SILVA E. S. Educação física escolar: atitudes e valores. **Motriz**, São Paulo, v. 7, n. 1, p.17-22, 2001.

HARRISON, R. A.; ROBERTS, C.; ELTON, P. J. Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity one year later? A randomized controlled trial. **J. Public Health (Oxf)**, v. 27, n. 1, p. 25-32, 2005.

HILLSDON, M. *et al* . Health Development Agency. **The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults**: a review of reviews. London, 2005.

HUDSON, C.; FORTIN, M.; SOUBHI, H. Single risk factor interventions to promote physical activity among patients with chronic disease: systematic review. **Can Fam Physician**, v. 54, n. 8, p. 1130-7, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18697975>>. Acesso em: 21 mar. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e grupos de idade 1980-2050**. Revisão 2008. [2008]. Disponível em: <<http://www.ibge>>.

gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm>. Acesso em: 21 maio 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010**. [2010]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/default.shtm>>. Acesso em: 21 mar. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: 9 dez. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censos demográficos 2000b**. [2000]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm>. Acesso em: 06 mar. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): síntese de indicadores 2009**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/default.shtm>>. Acesso em: 3 maio 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050. Revisão 2008**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm>. Acesso em: 19 nov. 2010

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Estatísticas de gênero: uma análise dos resultados do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2014.

ISHIKAWA-TAKANA, K. *et al.* Beneficial effect of physical activity on blood pressure and blood glucose among Japanese male workers. **Diabetes Res Clin Pract**, v. 87, n. 3, p. 394-400, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19879663>>. Acesso em: 22 mar. 2011.

KNAPP, D. N. Behavioral management techniques and exercise promotion. *In*: DISHMAN, R. K. (Ed.). **Exercise Adherence**: its impact on public health. Champaign: Human Kinetics Publishers. 1988.

KERN, M.; REYNOLDS, C. A.; FRIEDMAN, H. S. Predictors of Physical Activity Patterns across Adulthood: a growth curve analysis. **Personality and social Psychology Bulletin**, v. 36, n. 8, p. 1058-1072, 2010. Disponível em: <<http://psp.sagepub.com/content/36/8/1058.abstract>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

LLANNE-PARIKKA, P. *et al.* Leisure-time physical activity and metabolic syndrome in the Finnish diabetes prevention study. **Diabetes Care**, v. 33, n. 7, p. 1610-7, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20413514>>. Acesso em: 22 mar. 2011.

MACKINNON, L. T. *et al.* . **Exercise management**: concepts and professional practice. Human Kinetics. 2003.

MAZO, G. Z. *et al.* Health Conditions, incidence of falls and physical activity levels among the elderly. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.11, n.6, p.437-442, 2007.

MELO, V. A; FORTES, R. **História do Esporte**: – panorama e perspectivas. 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufgd.edu.br/index.php/FRONTEIRAS/article/viewFile/1180/724>>. Acesso em: 12 maio 2013.

MONTEIRO, C. A. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Revista de saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 47-57, 2005.

MYOTIN, E.; BORGES, K. E. L. **Educação física: atenção à saúde do adulto**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

OJA, P; TITZE, S. Physical activity recommendations for public health: development and policy context. **EPMA J.**, v. 2, n. 3, p. 253-259, september 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3405391/>>. Acesso em: 14 maio 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Chronic diseases and health promotion/ 10 facts on physical activity**, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/physical_

activity/en/index.html>. Acesso em: 12 maio 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Global recommendations on physical activity for health**. 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf>. Acesso em: 14 maio 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint Expert Consultation. **Technical Report Series**, Geneva, 2003. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Interventions on diet and physical activity: what works: summary report**. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/summary-report-09.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **The Ottawa charter for health promotion first international conference on health promotion**. Ottawa, 1986.

PEREIRA, F. D. *et al.* Comparação da força funcional de membros inferiores e superiores entre idosos fisicamente ativas e sedentárias. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.12, n.3, p.417-427, 2009.

PROCHASKA, J; MARCUS, B. The Transtheoretical Model: applications to exercise. *In*: DISHMAN, K. R. **Advances in exercise adherence**. Human Kinetics, 1994.

REINO UNIDO. Department of Health, National Institute for Health and Clinical Excellence. **Four commonly used methods to increase physical activity**: brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and community-based exercise programmes for walking and cycling. Londres, 2006. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PHYSICAL-ALS2_FINAL.pdf>. Acesso em: 13 maio 2013.

RHODES, R. E.; WARBURTON, D. E.; MURRAY, H. Characteristics of physical activity guidelines and their effect on adherence: a review of randomized trials. **Sports Med**, v. 39, n. 5, p. 355-375, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

SEEFELDT, V.; MALINA, R. M.; CLARK, M. A. Factors affecting level of physical activity in adults. **Sports Med.**, v. 32, n. 3, p. 143-168. 2002.

SILVEIRA FILHO, A. D. A saúde bucal nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. **Atenção básica no sistema único de saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal.** São Paulo: Letras, 2008. p. 31-49.

SCHMID, T. L.; PRATT, M.; WITMER, L. A Framework for physical activity policy research. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 3, supl. 1, p. 20-29, 2006.

SOUZA NETO, S; ALEGRE, A. N; HUNGER, D; PEREIRA, J. M. A formação do profissional de educação física no Brasil: uma história sob a perspectiva da legislação federal no século xx. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis/SC, v. 25, n. 2, p. 113-128, 2004.

TOWNSEND, N, *et al.* **Physical Activity statistics 2012.** British Heart Foundation: Londres. 2012.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde, tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.** Belo Horizonte: UFMG, 2009.

WANNAMETHEE, S. G.; SHAPER, A. G. Physical activity and cardiovascular disease. **Semin Vasc Med**, v. 2, n. 3, p. 257-66, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16222619>>. Acesso em: 21 mar. 2011.

WOLEVER, R. Q. *et al.* Integrative health coaching for patients with type 2 diabetes: a randomized clinical trial. **Diabetes Educ**, v. 36, n. 4, p. 629-639, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>. Acesso em: 21 mar. 2011.

ZAZÁ, D. C.; CHAGAS, M. H. **Educação física: atenção à saúde do idoso.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. .