



Educação Física: atenção à saúde do adulto

Emmi Myotin
Kátia Euclides de Lima e Borges



**Universidade
Federal de
Minas Gerais**

NESCON
núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

Educação Física: atenção à saúde do adulto

Emmi Myotin
Kátia Euclides de Lima e Borges

Belo Horizonte
Nescon UFMG
2011

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

Reitor: Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora: Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Pró-Reitor: Ricardo Santiago Gome

Faculdade de Educação

Diretora: Samira Zaidan

Pró-Reitoria de Extensão

Pró-Reitor: João Antônio de Paula

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Diretor: Emerson Silami Garcia

Coordenador do Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)

Coordenador: Fernando Selmar Rocha Fidalgo

Faculdade de Medicina

Diretor: Francisco José Penna

Conselho Regional de Educação Física – CREF6 / MG

Presidente: Claudio Augusto Boschi

Faculdade de Odontologia

Diretor: Evandro Neves Abdo

Escola de Enfermagem

Diretora: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Projeto Gráfico

Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

Diagramção

Adriana Januário

M995e Myotin, Emmi.
Educação física : atenção à saúde do adulto / Emmi Myotin e Kátia Euclides de Lima e Borges. -- Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.
67p. : il., 22x27cm.

Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados à estratégia de Saúde da Família.

1. Educação física e treinamento. 2. Saúde do adulto. 3. Promoção da saúde. 5. Atenção primária à saúde. I. Borges, Kátia Euclides de Lima e. II. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon). III. Título.

NLM: WA 300

CDU: 615.8

Sumário

Apresentação das autoras	05
Apresentação - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - Programa Ágora	06
Apresentação da Unidade Didática II - Unidade Didática II: Tópicos especiais em atenção básica em Saúde da Família	07
Introdução ao módulo	09
Seção 1- Responsabilidades do Profissional de Educação Física na estratégia Saúde da Família	12
Parte 1 A estratégia Saúde da Família: a inserção do profissional de Educação Física	14
Parte 2 Responsabilidades do profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio a Saúde da família (NASF)	17
Seção 2 - A atividade física no contexto da promoção e da prevenção na saúde do adulto	20
Parte 1 A vida adulta	22
Parte 2 Aspectos sobre o sedentarismo na vida adulta	24
Parte 3 Determinantes e condicionantes da atividade física na vida adulta	36

Seção 3 - Orientações e recomendações para a prática de atividade física na vida adulta	48
Considerações finais	59
Referências	60

Apresentação das autoras

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). Tutora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, para Profissionais de Educação Física/Programa Ágora.

Kátia Euclides de Lima e Borges

Professora Adjunta do Departamento de Esportes da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG. Doutora em Ciências do Desporto pela Universidade do Porto, Porto, Portugal. Professora do programa de mestrado em Ciências do Desporto da Universidade de Porto. Tutora a distância do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, para Profissionais de Educação Física/Programa Ágora.

Apresentação

Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família Programa Ágora

Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), na modalidade à distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (Nescon), com a participação da Escola de Enfermagem, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Educação e Faculdade de Odontologia. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) / Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) –, pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil/ Secretaria de Educação a Distância (UAB/CAPE) e pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). A produção desse caderno é apoiada pelo Conselho Regional de Educação Física da 6ª Região de Minas Gerais (CREF-6/ MG).

O curso integra o Programa Ágora, do Nescon, e de forma interdisciplinar, interdepartamental, interunidades e interinstitucional articula ações de ensino – pesquisa – extensão. O Programa, além do CEABSF, atua na formação de tutores, no apoio ao desenvolvimento de métodos, técnicas e conteúdos correlacionados à educação a distância e na cooperação com iniciativas semelhantes.

Direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas integrantes de equipes de Saúde da Família e com uma turma especial para profissionais de Educação Física integrantes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), o CEABSF tem seu sistema instrucional baseado na estratégia de Educação à Distância. Esse

sistema é composto por um conjunto de Cadernos de Estudo e outras mídias disponibilizadas tanto em DVD – módulos e outros textos, e vídeos –, como na Internet – por meio de ferramentas de consulta e de interatividade, facilitadores dos processos de aprendizagem e tutoria, nos momentos presenciais e à distância.

Os cadernos de estudo, como este, são resultados do trabalho interdisciplinar de profissionais da UFMG, de outras universidades e do Serviço. Os autores são especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como a vivência Profissional. Todo o material do sistema instrucional do CEABSF está disponível para acesso público na biblioteca Virtual do Curso.

A perspectiva é de que esse Curso de Especialização cumpra seu importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vistas à consolidação da estratégia Saúde da Família e ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade.

A Coordenação do CEABSF pretende criar oportunidades para que alunos que concluírem o curso possam, além dos módulos finalizados, optar por módulos não cursados, contribuindo, assim, para o seu processo de educação permanente em saúde.

Para informações detalhadas consulte:

CEABSF e Programa Ágora:

www.nescon.medicina.ufmg/agora

Biblioteca Virtual:

www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Apresentação da Unidade Didática II

Tópicos especiais em atenção básica em Saúde da Família

A Unidade Didática II do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), da qual faz parte esta publicação, está formada por módulos relativos a disciplinas optativas, entre as quais os profissionais em formação podem escolher um número suficiente para integralizar 210 horas (14 créditos). Com eles completa, com as 150 horas (10 créditos) de disciplinas obrigatórias cursadas na Unidade Didática I, o mínimo de 360 horas (24 créditos) necessárias à integralização da carga horária total do CEABSF.

Nesta Unidade Didática II (UD II), o propósito é possibilitar que o Profissional atenda necessidades próprias ou de seu cenário de trabalho, sempre na perspectiva de sua atuação como membro de uma equipe multiprofissional. Desta forma, procura-se contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da estratégia Saúde da Família.

O leque de ofertas é amplo na UD II, envolvendo tópicos especiais de 60 horas como saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança – aspectos básicos, saúde bucal – aspectos básicos, saúde do adulto, saúde da mulher e saúde mental.

Outros módulos, de 30 horas, são ofertados visando às demandas profissionais específicas, complementando os módulos maiores, como Saúde da criança e do adolescente – doenças respiratórias, Saúde da criança e do adolescente – agravos Nutricionais; Urgências na atenção básica, Saúde do Trabalhador, entre outros. Nesse grupo incluem-se três módulos de Educação Física, referenciados à saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso.

Endemias e epidemias serão abordadas em módulos que deverão desenvolver aspectos da atenção básica para leishmaniose, dengue, doenças sexualmente transmissíveis, hepatites, tuberculose e hanseníase, entre outros.

Características atuais voltadas para grandes problemas sociais, saúde ambiental, acidentes e violência também estão abordadas em módulos específicos. Família como foco da atenção primária compõe um dos módulos da Unidade

Didática II e traz uma base conceitual importante para as relações que se processam no espaço de atuação da equipe de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Por seu caráter de instrumentos para a prática profissional e para os aspectos metodológicos, três módulos são indicados a todos os alunos das demais turmas como disciplinas optativas: Iniciação à metodologia científica; Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço; e Projeto social: educação e cidadania.

Para atender bem às necessidades pessoais, sugere-se que os profissionais, antes da opção e matrículas nas disciplinas, consultem os conteúdos disponíveis na Biblioteca Virtual.

Esperamos que esta Unidade Didática II seja compreendida e utilizada como parte de um curso que representa apenas mais um momento de um processo de desenvolvimento e qualificação constantes.

Para informações detalhadas consulte:

CEABSF e Programa Ágora: www.nescon.medicina.ufmg/agora

Biblioteca Virtual: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Introdução ao Módulo

Este módulo integra uma série de três cadernos de estudos - Educação Física: atenção à saúde da criança e do adolescente, Educação Física: atenção à saúde do adulto e Educação Física: atenção à saúde do idoso - mais direcionados aos profissionais desta área, pela importância de sua atuação em todos os ciclos da vida e de sua contribuição para a atenção primária à saúde.

Neste módulo, iremos estudar mais sobre a importância de uma vida adulta ativa e tomaremos a faixa etária dos 19 até os 60 como o indivíduo referência – adulto – deste aprendizado. As faixas etárias inferiores (criança e adolescente) e superiores (idoso) serão analisadas nos outros dois cadernos.

O aumento das doenças crônicas nos adultos vem onerando os sistemas de saúde tanto nos países centrais como nas nações periféricas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica como Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) as patologias cardiovasculares, o diabetes mellitus, as doenças cerebrovasculares, as doenças respiratórias obstrutivas, a asma e as neoplasias e indica a prática regular de atividade física como uma intervenção não-medicamentosa para a prevenção das doenças crônicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Esta é uma realidade que já confrontamos no Brasil, e entre os fatores verificados para o aumento dessas doenças estão a progressiva substituição das infecciosas e transmissíveis por doenças crônicas e degenerativas no país, um padrão de inatividade e de má alimentação dos adultos brasileiros, o abuso do álcool, o hábito do tabagismo e a ampliação do grupo populacional nas faixas etárias acima dos 50 anos (IBGE, 2010).

Para percebermos o impacto das doenças crônicas nos custos dos sistemas de saúde discutiremos dados de dois países: Reino Unido e Brasil. O Reino Unido, com uma 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 uma população de 183.383.216 milhões de habitantes e destinou 58% dos 6 bilhões de reais de custeio à internações para o tratamento das doenças crônicas, sendo que destes 22% foram direcionados ao tratamento de doenças cardiovasculares (CASS BUSINESS SCHOOL, s.d.; BRASIL, 2009).

Pelos dados apresentados de ambos países, podemos verificar que, já em 2005, o custo dos tratamentos das doenças crônicas era bastante elevado e essa interpretação indica que, se não trabalharmos a fim de ocorrerem alterações expressivas no cenário da saúde pública, principalmente na promoção da saúde e na prevenção das doenças crônicas entre os adultos, as projeções financeiras serão cumpridas e certamente mais elevadas.

Podemos observar que, mesmo o Brasil reduzindo sua taxa de crescimento populacional em - 0,291% para 2025, como projetado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o crescimento das taxas de internação por doenças crônicas será capaz de desequilibrar ainda mais o custeio da saúde no país, justamente pelo fato de estarmos com um grande grupo populacional adulto em transição para o terceiro ciclo da vida (IBGE, 2008).

Se não houver mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos nesses próximos anos, haverá muitas pessoas alcançando faixas etárias elevadas, em que há maior probabilidade de doenças crônicas, com problemas sérios e de possível prevenção. Isto tende a ocorrer pelo atual estilo de vida dos adultos, com padrão de hábitos de vida sedentária, maus hábitos alimentares, entre outros hábitos e práticas que aumentam o risco de ocorrência dessas doenças.

O cenário apresentado anteriormente prediz ser esse o principal estímulo para você conhecer mais sobre as contribuições de uma vida adulta ativa, com vistas à melhoria da qualidade de vida dos adultos brasileiros e à redução das taxas das doenças crônicas no país. Decorre daí o avanço nas discussões sobre as contribuições dos profissionais de Educação Física para a consolidação da Estratégia Saúde da Família.

Neste módulo, você será estimulado a compreender, analisar e a discutir com seu tutor e colegas temas relacionados às atividades físicas no contexto da promoção do bem-estar e da prevenção das DCNT, nas atuais condições de vida e de saúde dos brasileiros adultos. Você será convidado a escrever e a discutir sobre os desafios em motivar e orientar atividades físicas no cenário de atuação da equipe do NASF e em outros projetos que focalizam este contexto.

Este módulo está dividido em três seções:

Seção 1 – Responsabilidades do Profissional de Educação Física na estratégia Saúde da Família;

Seção 2 – A atividade física no contexto da promoção e da prevenção da saúde do adulto;

Seção 3 – Orientações e recomendações para a prática de atividade física na vida adulta.

Para um bom aproveitamento dos conteúdos apresentados no módulo, é importante realizar todas as atividades propostas no Caderno Educação Física: atenção à saúde do adulto, discutir com o tutor as dúvidas não-esclarecidas e, pela participação no Fórum, contribuir, juntamente com seus colegas, para a melhor compreensão dos desafios em tornar a prática de atividades físicas um hábito de prazer entre os adultos.

Neste processo de aprendizado, teremos a oportunidade de analisar, compreender, problematizar e compartilhar questões atuais e importantes para a prática do profissional e da equipe de trabalho, que estão relacionadas não só à associação com uma vida ativa, como também à promoção da saúde e à prevenção de DCNT nos adultos.

É o momento de assumirmos o desafio de se trabalhar em equipe na transformação do estilo de vida das pessoas adultas, estimulando assim a adesão às práticas das atividades físicas e ao compromisso de envelhecerem ativa e saudavelmente. Vamos juntos, de maneira proativa, com determinação e de forma compartilhada, enfrentar o sedentarismo e estimular a prática de atividades físicas entre os adultos.

Espera-se que ao final do módulo você seja capaz de:

- analisar as principais responsabilidades de um Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
- compreender a importância da prática da atividade física regular na vida de um adulto;
- discutir os determinantes e condicionantes da prática da atividade física na maturidade;
- conhecer os atuais desafios que estão colocados no processo de estimular e orientar a prática de atividades físicas no contexto da promoção e da prevenção da saúde do adulto;
- elaborar um plano de ação para práticas corporais/atividades físicas para uma comunidade.

Seção 1

Responsabilidades do Profissional de Educação Física na estratégia Saúde da Família

Nesta seção vamos abordar a inserção do Profissional de Educação Física na estratégia Saúde da Família, bem como as responsabilidades que lhe são atribuídas, no dia a dia de atuação.

Como essa seção é comum aos três módulos relativos à Educação Física, se você já teve oportunidade de estudá-lo em outro módulo, reveja-o, em leitura dinâmica. Leia novamente os quadros.

Parte 1

A estratégia Saúde da Família: a inserção do profissional de Educação Física

As lutas dos trabalhadores da saúde e dos usuários por um modelo assistencial digno e justo para os brasileiros possibilitaram ao Ministério da Saúde estabelecer a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante do atual modelo assistencial e, desta forma, reorientar suas estratégias para o Sistema Único de Saúde (SUS). A Estratégia Saúde da Família foi definida como o eixo reorientador do sistema, pelo entendimento que a complexidade necessária para se cuidar da saúde humana exige um trabalho em equipe e que o indivíduo não pode ser visto como elemento isolado do contexto familiar e comunitário.

Essa mudança de lógica promove a aproximação entre as equipes dos trabalhadores da saúde e as famílias de uma área geográfica delimitada, o que possibilita uma melhor compreensão das dificuldades e potencialidades humanas e ambientais existentes no território, maior participação e responsabilização da comunidade no processo e, conseqüentemente, maior efetividade na solução dos problemas.

Um avanço de tal envergadura na visão política do modelo assistencial brasileiro gerou uma expressiva mudança no processo de trabalho dos profissionais e das equipes, pela possibilidade de reorganização das intervenções e ações. A APS visa não só a recuperação da saúde do indivíduo, mas também a busca da promoção da saúde, da prevenção dos agravos que são mais frequentes na comunidade e da reabilitação funcional e psicossocial das pessoas, perto de seus familiares e amigos.

Desde a implantação das equipes de saúde da família, as orientações estiveram sempre voltadas para o cadastramento das famílias residentes no território da Unidade Básica de Saúde (UBS) e na composição de uma equipe mínima, constituída por um médico, um enfermeiro, um técnico ou um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. É de fundamental importância contar com outros profissionais de saúde atuando junto às equipes de saúde da família para contribuir na solução dos problemas que a população

apresenta. Essa é uma árdua tarefa para os municípios, principalmente os de pequeno porte e com condições socioeconômicas deficitárias, o que não lhes possibilita ter atrativos financeiros para agregar no serviço de saúde diferentes profissionais de saúde, mesmo sabendo da contribuição desses para a melhora da qualidade de assistência ofertada à população.

O Ministério da Saúde, em 2008, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a intenção de fortalecer a Estratégia Saúde da Família enquanto movimento de reorientação do modelo de atenção, em nosso país, possibilitando a agregação de outros profissionais de saúde na atenção primária à saúde.

A proposta dos NASF's tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica e melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção a saúde. Contudo, "é importante ressaltar que os NASF's não são portas de entrada do sistema", são parte integrante das equipes de saúde da família (Brasil, 2009, p. 9).

Os NASF's são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que desenvolvem suas atividades em parceria com todos os profissionais de Saúde da Família (SF), atuando diretamente no apoio às equipes para as quais foram cadastrados. Dessa forma, permitem ampliar o número de profissionais vinculados às equipes, como médico (ginecologista, pediatra e psiquiatra), profissional de educação física, nutricionista, acupunturista, homeopata, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Os núcleos são compostos por, no mínimo, cinco profissionais (modalidade NASF1) ou três profissionais (modalidade NASF2), de formação definida pelos gestores municipais. Devem funcionar em horário coincidente com o das equipes de Saúde da Família. A equipe do NASF1 deve realizar suas atividades vinculadas, no mínimo, a oito e no máximo, a 20 equipes de Saúde da Família, excetuando os estados da Região Norte, onde o mínimo é cinco. Para a equipe NASF2, a vinculação mínima é de uma equipe NASF para três equipes de Saúde da Família. Cabe às secretarias estaduais de saúde assessorar os municípios na definição dos territórios e na vinculação dos NASF's às equipes de Saúde da Família, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASF's, assessorar e realizar avaliação, assim como acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos núcleos.

Considerando os objetivos e as características do NASF inúmeras ações podem ser desenvolvidas, na perspectiva de transpor a lógica fragmentada da atenção à saúde, para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com as equipes de SF. O Ministério da Saúde, em 2009, indicou nove áreas estratégicas associadas ao NASF: saúde da criança/do adoles-

Para saber mais...

Para saber mais sobre NASF consulte a portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, Ministério da Saúde "Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF". (BRASIL, 2008)
Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_154_GMMS.pdf

cente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; práticas corporais/atividade física; práticas integrativas e complementares. Analisando essas áreas estratégicas é fácil entender porque a equipe do NASF necessita apresentar um perfil multiprofissional para que o seu objetivo seja alcançado de maneira satisfatória. A integração do Profissional de Educação Física deve, portanto, fortalecer e ampliar todas as possíveis intervenções da equipe de saúde.

Parte 2

Responsabilidades do profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Dentro da perspectiva de que as áreas estratégicas associadas ao NASF não se remetem à atuação específica e exclusiva de uma categoria profissional, o processo de trabalho será caracterizado fortemente por ações compartilhadas, visando uma intervenção interdisciplinar. Exemplificando: a área de práticas corporais/atividade física (PCAF), embora seja específica para o profissional de Educação Física, demanda ações que podem ser desempenhadas por outros integrantes da equipe do NASF, da mesma maneira que o educador físico deve participar de ações de outros grupos profissionais.

O quadro 1 apresenta as atribuições comuns a todos integrantes da equipe do NASF (BRASIL, 2009, p.23).

Quadro 1. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): atribuições comuns aos diversos membros da equipe*

1. Identificar, em conjunto com as equipes de Saúde da Família (SF) e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas.
2. Identificar, em conjunto com as equipes de SF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações.
3. Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas equipes de SF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos.
4. Acolher os usuários e humanizar a atenção.
5. Desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais, como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras.
6. Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os conselhos locais e/ou municipais de saúde.
7. Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, pôsteres e outros veículos de informação.
8. Avaliar, em conjunto com as equipes de SF e os conselhos de saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos.
9. Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF.
10. Elaborar projetos terapêuticos, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas equipes de SF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

Para além das atribuições gerais à equipe do NASF, algumas diretrizes específicas ao profissional de Educação Física foram apresentadas pelo Ministério da Saúde em 2009 e sumarizadas no Caderno de Atenção Básica n. 27: Diretrizes do NASF. Estas diretrizes, relacionadas ao conhecimento nuclear do profissional de Educação Física, não devem ser interpretadas, entretanto, como únicas e exclusivas deste profissional, mas sim como resultado da interação com todos os outros profissionais. O Quadro 2 mostra, detalhadamente, essas diretrizes para o profissional de Educação Física (BRASIL, 2009, p.146-147).

Quadro 2 - 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, promoção, tratamento e 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 desse 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 a comunidade ou população local.

Fonte: BRASIL, 2009e, p.23. (disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)

Partindo das atribuições comuns aos integrantes da equipe do NASF e das diretrizes para atuação profissional, o NASF tem como objetivo contribuir para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a equipe de SF. Contudo, sabemos que esta situação, desejável, não acontecerá de forma espontânea e natural. Aqui cabe lembrarmos aquela experiência com macacos, provavelmente hipotética, relatada no módulo “Processo de trabalho em saúde” (FARIA, WERNECK, TEIXEIRA e SANTOS, 2009). Naquele módulo, discutimos sobre “inércia” no trabalho. Durante a reflexão sobre esta questão, ficou claro que, muitas vezes, os indivíduos ou grupos não conseguem romper com a força da cultura institucional. Por isso, é necessário que os profissionais do NASF assumam suas responsabilidades, em regime de cogestão com todos os membros das equipes de Saúde da Família e sob a coordenação do gestor local, para os processos de constante construção do Sistema Único de Saúde.

Para saber mais...

Recomendamos que você leia – especialmente os capítulos iniciais e as páginas 142 a 152 – o Caderno de Atenção Básica n.27, do Ministério da Saúde, sobre as diretrizes do NASF (BRASIL 2009e). Verifique sua existência na unidade de saúde: se não estiver disponível, imprima dois volumes, uma para seus colegas do NASF, na unidade, e outro para sua consulta e biblioteca. O documento está disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf

Para saber mais...

Considerando o contexto atual das políticas públicas de Educação e Saúde, o Conselho Federal de Educação Física publicou um documento intitulado “Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de Educação Física na atenção básica à saúde”. Este documento promove a abertura de um diálogo entre os profissionais da área. Veja e acesse esse documento na biblioteca virtual (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 2010) ou acesse o site: http://www.listasconfef.org.br/arquivos/Livro_Recomendacoes.pdf.

Seção 2

A atividade física no contexto da promoção e da prevenção na saúde do adulto

No processo de consolidação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a inserção do Profissional de Educação Física no NASF é valorosa com vistas a estimular e orientar os adultos a aderirem a uma vida fisicamente ativa. Essa adesão possibilitará torná-los mais saudáveis e com possibilidade de viverem todos os ciclos da vida com qualidade e dignidade.

Nesta seção vamos trabalhar com dados demográficos e epidemiológicos, bem como determinantes e condicionantes da adesão às atividades físicas e sua sustentabilidade, associando-os à realidade da população adulta do território ou dos territórios nos quais você atua.

Esperamos que ao final desta seção você seja capaz de:

- compreender as características da vida adulta;
- associar transformações demográficas com as epidemiológicas sobre o estilo e hábitos de vida dos adultos;
- identificar os determinantes e condicionantes para uma vida adulta ativa fisicamente.

Avaliamos ser importante para o profissional que atua na área de atenção primária à saúde compreender o contexto geral dos cenários. Neste caso específico, o contexto geral do sedentarismo na vida adulta, as particularidades expressas nesse cenário e as possíveis leituras que afloram das associações estabelecidas entre os diferentes elementos que os compõem.

Parte 1

A vida adulta

A vida adulta 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. No Brasil, se utilizarmos o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) como referência para definir o fim da adolescência, a vida adulta inicia-se aos 19 anos e, se recorrermos ao Estatuto do Idoso para definir a pessoa idosa, verificaremos que a mudança de ciclo ocorre aos 60 anos (BRASIL, 1990; BRASIL, 2003).

Por outro lado, é interessante observarmos que o ECA utiliza o termo jovem adulto para definir a faixa etária entre 19 e 21 anos. Para as outras faixas etárias deste ciclo da vida há também alguns termos para denominá-los, como por exemplo: adulto para a faixa etária de 22 aos 44 anos e meia-idade para as pessoas que possuem idade entre 45 e 60 anos. Tanto as faixas etárias como as terminologias variam de acordo com a realidade de cada região ou país.

Essa divisão etária torna-se importante visto que, em cada uma dessas fases, experiências vividas pela pessoa são determinantes para seu equilíbrio psíquico, biológico e social.

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 financeiramente quanto emocionalmente, de outro adulto, e muitos prolongam o período estudantil.

Se por um lado os jovens adultos não apresentam maiores problemas de saúde, uma vez que nessa fase há menor 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 eviden-

ciar que, a partir dessa fase, muitas diferenças no estilo de vida entre os homens e as mulheres tomam contornos mais definidos, como 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 e 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 de vida adotado.

O adulto de meia-idade, de 45 a 60 anos, se encontra 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 consigo próprio 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, a exemplo: a auto-estima corporal passa por adaptação pela alteração da força física, o confronto com a adoção da figura de avô e o confronto 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 esta fase da vida adulta.

O diagnóstico de doenças, como as crônicas não-transmissíveis, pode significar para um adulto de meia-idade assumir uma posição de vítima frente aos familiares e amigos, de afastamento social e de desmotivação da vida produtiva ou tal diagnóstico pode ser a mola propulsora para a adoção de um estilo de vida saudável, no qual os contatos sociais se manifestam no trabalho e nas práticas de atividades físicas e o bem-estar subjetivo se revela nos sorrisos e nas interações com as pessoas de diferentes faixas etárias.



Fonte: dreamstime.com: Thecraftyminx/ Rene Jansa/ Katseyephoto/ Rebekah Burgess/ Milan Jurkovic/
Banco de imágenes y sonidos - Luana Fischer Ferreira

Parte 2

Aspectos do sedentarismo na vida adulta

Posteriormente ao entendimento de características, complexidade e desafios da vida adulta, vamos contextualizar o adulto brasileiro no panorama demográfico nacional e associá-lo aos hábitos e às doenças para que você compreenda um cenário que necessita ser transformado. Para estudar as implicações da transição demográfica sobre o estilo de vida da referida população e suas associações com o processo de saúde e de doença, utilizaremos os censos de diferentes anos e realizaremos uma análise das condições de vida da população brasileira, tendo como referência as Sínteses de Indicadores Sociais (SIS) (IBGE, 2000; 2002; 2008; 2009; 2010).

Em 2010, com uma população de 185.712.713 habitantes, o Brasil possuía aproximadamente 57,5% de sua população na faixa etária adulta habitando em áreas urbanas. Se forem mantidas as tendências atuais, atingiremos, no ano de 2020, a marca de 70,4% de pessoas na faixa etária entre 14 e 64 anos residindo em centros urbanos. Os resultados do censo apontam que, além de termos nos transformados em um país de adultos urbanos, as mulheres compõem 30% dos indivíduos nessas condições.

Para dimensionarmos esse processo de feminilização que está ocorrendo no país, recorreremos aos censos de 2000 e 2010 para verificarmos a tendência dessa transformação demográfica (ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNESP, [2000]; IBGE, 2010). Em 2000, o Brasil contava com 2.647.140 mulheres a mais que homens, distribuídas nas diferentes faixas etárias. Em 2010, foram contabilizadas mais 1.304.490 mulheres, o que indica uma razão de 0,934 homem por mulher (IBGE, [2009]).

Os indicadores demográficos apontam ainda que a expectativa de vida dos brasileiros continua a crescer. Em 2000, esta expectativa era 70,46 anos; já em 2009 passou para 73,17 anos, sendo que há uma diferença entre os sexos: mulheres com média de 77,01 anos e 69,42 anos para os homens.

Este processo de feminização está associado também ao aumento

expressivo nas taxas de mortes entre jovens adultos masculinos por causas violentas (acidentes de trânsito, crimes e outras condições). Este aumento vem sendo constatado desde 1980, quando havia duas vezes mais chances de os homens falecerem do que as mulheres da mesma idade e, no ano de 2009, se verificou que esta probabilidade foi aumentada para 4,5. Essas mortes prematuras masculinas têm impacto não só na constituição e na estruturação das famílias, como também na queda da fecundidade das mulheres (IBGE, 2011).

Para você compreender melhor este processo de feminização, vamos apresentar alguns aspectos da vida das mulheres adultas brasileiras, utilizando dados do relatório SIS. Para tal será realizada uma análise de algumas condições de vida da população brasileira dos últimos anos.

Em 2009, o Brasil apresentava na organização familiar, do tipo monoparental, 51,0% das mulheres como a pessoa de referência na família e, pelos estudos comparativos, as brasileiras têm menos filhos atualmente que décadas atrás. O grau de instrução ainda está associado à quantidade de filhos, pois as mulheres com até sete anos de estudo possuíam quase o dobro de filhos (1,68) quando comparado a mulheres com o ensino fundamental completo (IBGE, 2002; 2010)



Fonte: dreamstime.com/ Martin Allinger

Elas ocuparam 48,8% do mercado formal em 2009, no entanto receberam aproximadamente 74,6% do rendimento médio dos homens e as trabalhadoras entre 16 e 24 anos ocuparam 69,2% dos trabalhos informais. As horas médias de trabalho para o sexo feminino, no ano de 2009, foram de 36,5 horas semanais, mas ao verificarmos a condição da dupla jornada de trabalho, observamos que as mulheres com maior instrução (12 anos ou mais de estudo) despendem

17,0 horas com os trabalhos domésticos e as com oito anos de escolaridade utilizam 25,3 horas semanais na mesma atividade laboral (IBGE, 2009)

Pelos dados apresentados, apreendemos que as mulheres adultas brasileiras são maioria nas áreas urbanas, têm menos filhos, chefiam muitas famílias, disputam o mercado de trabalho, mas recebem menos pelas tarefas que executam, quando comparadas com as realizadas pelos homens. Continuam a fazer dupla jornada de trabalho, com muitas horas despendidas nos afazeres domésticos. Sendo assim, a usuária média do SUS é trabalhadora, tem muitas responsabilidades dentro e fora de casa e é menos valorizada nas tarefas que desempenha.

Uma vez que já entendemos um pouco mais sobre as condições de vida das mulheres adultas brasileiras, é importante discutirmos aspectos da realidade da média dos homens. Os dados indicaram que, em 2009, 5,7% dos homens continuam os estudos, contra 6,6% das mulheres e que eles apresentaram um ano a menos de escolaridade, nesta comparação por sexo. Apesar deste fato, eles dominavam o mercado formal de trabalho, com 53,2% da proporção de ocupação desse mercado, trabalhando em média 43,9 horas semanais. A faixa etária de 25 a 29 anos apresentou predomínio na variável nupcialidade legal (28,4%), quando comparada com as outras faixas, verificando-se uma tendência no aumento da idade masculina para a constituição familiar (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009).

Com esses dados, compreendemos que a população masculina possui uma longa jornada de trabalho semanal, está estudando menos que as mulheres, mantém-se culturalmente associada ao trabalho produtivo e assume a vida familiar ainda jovem. Desta maneira, podemos inferir que a média dos homens usuários do SUS está sob pressão no seu cotidiano, em decorrência da longa jornada de trabalho e de oportunidades para continuar estudando.

Vamos, a partir deste ponto, aproveitar o que foi analisado para iniciar algumas problematizações desta realidade no território de atuação da sua equipe. Ao longo deste caderno serão apresentadas observações, perguntas e sugestões na perspectiva de valorizar associações de aspectos gerais e específicos para estimular e orientar uma vida adulta saudável e ativa fisicamente, que estão presentes no contexto dos NASF's.

Problematizando a prática

O fenômeno da feminização é uma realidade detectada pelo IBGE no cenário nacional. Como você observa esse fenômeno no contexto de seu trabalho? É importante observar, refletir e discutir com sua equipe a extensão, a forma e os impactos desse processo nos territórios de atuação da equipe ou no território de abrangência do projeto que você atua. Uma das maneiras de melhor compreender e mapear os impactos desse fenômeno é dialogar com as mulheres e os homens das comunidades sobre a realidade do cotidiano deles. Sugere-se que esse mapeamento esteja presente tanto na orientação de decisões estratégicas da equipe como também na matriz do planejamento das ações específicas para estimular e orientar os adultos para uma vida fisicamente ativa.

Para adicionarmos mais alguns dados que contribuem para a compreensão das condições e do estilo de vida dos adultos brasileiros serão apresentadas informações sobre as taxas de desocupação, o valor mensal de rendimento médio, taxas de hábitos alimentares, bem como dados de deslocamento no trânsito.

Pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), a taxa de desocupação, em 2009, cresceu entre os brasileiros, quando comparada com a de 2008, identificando-se 8,4 milhões de brasileiros sem emprego. Por outro lado, o rendimento médio mensal, naquele ano, cresceu 2,2% e o salário médio foi de R\$ 1.111,00, sendo que na Região Sudeste foi de R\$ 1.255,00. As mulheres (com 10 anos ou mais) que eram a maioria entre a população ativa no país, continuam sendo as mais representativas na população desocupada (58,3%) (IBGE, 2008; 2009).

Sobre os hábitos alimentares dos brasileiros, o sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGI-TEL) de 2009, ao verificar as taxas de consumo de carnes com excesso de gordura, de refrigerante, de frutas e hortaliças entre os adultos, identificou que era de 24,4% a 46,1% a proporção de adultos pesquisados consumidores desse tipo de carne. Em Belo Horizonte, este consumo era realizado por 42,0% dos pesquisados, sendo os homens os maiores adeptos. Já o consumo de refrigerantes e de sucos artificiais, em pelo menos um dia da semana, era um hábito para 76% do grupo populacional investigado; enquanto que o de frutas e hortaliças variou entre 18,3% e 42,5% (BRASIL, 2009).

No que diz respeito ao deslocamento das pessoas que vivem em centros urbanos vale a pena destacar o estudo realizado pela prefeitura de Belo Horizonte, no ano de 2009, que verificou que, ao ter por base um trajeto médio da cidade – da Região Nordeste ao Centro – uma pessoa de moto gastava 20 minutos para percorrer este trajeto; de metrô e parte do trajeto a pé, 39 minutos; enquanto que de carro despendia 34 minutos. Caso o trajeto fosse percorrido

em uma corrida ou caminhada, os tempos gastos seriam de 49 minutos e 1 hora e 10 minutos, respectivamente (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, [2009]).

A análise das situações discutidas aponta para a necessidade de compreendermos que, de uma maneira geral, os usuários do SUS estão vivendo mais e em melhores condições, mas há diferenças ainda marcantes entre os sexos na forma de vida. Distinções estas que, conseqüentemente, têm impactos sobre os hábitos de vida, sobre a saúde, sobre o comportamento psíquico, afetivo e social da população. Contudo, o cotidiano desses adultos está recheado de pressão, seja no trabalho (por necessidade de melhor qualificação e dificuldade de inserção no mercado formal) como na vida familiar (pela dificuldade em gerir as tarefas do trabalho e a falta de oportunidade de desfrutar dos contatos familiares). Associados ainda aos fatores profissionais e familiares encontram-se a atual condição da alimentação e o estresse frente ao trânsito de alguns centros urbanos.

Problematizando a prática

Você tem sido capaz de discutir e avaliar com os usuários, com as lideranças da comunidade e com os membros da sua equipe de trabalho os elementos que provocam o estresse cotidiano dos adultos na comunidade? Com que frequência a rotina física no trabalho dos homens e das mulheres do território, as opções de deslocamento dos usuários, entre outros temas relacionados, estão nas pautas das reuniões da sua equipe?



Atividade 1

No diagnóstico situacional realizado pela equipe Verde no módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde, o sedentarismo é colocado como um dos determinantes para o aumento do risco cardiovascular na população. No sentido de enfrentar este problema realize um diagnóstico da situação do sedentarismo na população adulta na área de uma UBS de abrangência de seu trabalho ou do projeto social no qual você atua, por meio de uma estimativa rápida. Siga os passos colocados no módulo Planejamento e avaliação das ações em saúde para realizar o diagnóstico situacional.

O censo de 2010 verificou na Região Sudeste do país muitas das mesmas tendências demográficas apresentadas em âmbito nacional, ou seja, uma população urbana (85,29%), sendo esta composta por 50,8% de mulheres. Revelou, ainda, crescimento das faixas etárias que compõem os adultos (Figura 1), indicando que as pessoas estão vivendo mais (IBGE, 2010).

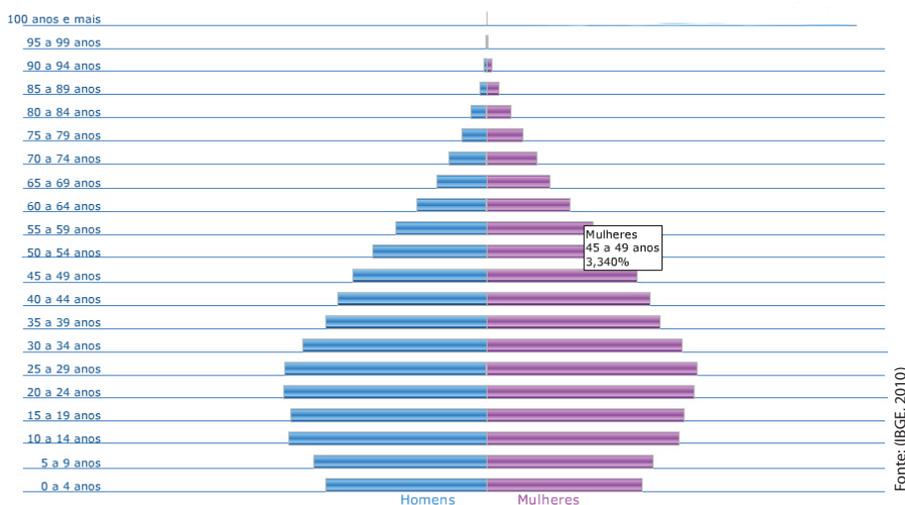


Figura 1 - Pirâmide etária da Região Sudeste do Brasil referente ao ano de 2010

Minas Gerais, com uma população de 19.595.309 habitantes, é o segundo estado brasileiro em número de habitantes. A cidade de Belo Horizonte possui, de acordo com o Censo 2010, 2.258.096 habitantes e, seguindo a tendência nacional, possui mais mulheres (53,12%) que homens (46,88%). A capital mineira não apresenta população rural e na área urbana são 846.433 unidades habitacionais que pertencem aos próprios moradores. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da população com 18 anos ou mais de idade e com menos de oito anos de estudo foi de 0,828 em 2009 e a incidência de pobreza foi de 5,43% em 2010. Como base para comparação do IDH, o Distrito Federal obteve o índice de 0,874, o melhor resultado no Brasil, quando o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) estudou esse índice entre os anos de 1991 e 2005 (IBGE, 2010; ESTADO DE MINAS GERAIS, 2010; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010).

A passagem do *modus* de vida rural para o *modus* de vida urbano processou-se pela acumulação de capital, o que permitiu o desenvolvimento das indústrias, implicando assim numa concentração demográfica nas cidades (ENGELS, 1986). Atualmente, são características peculiares dos centros urbanos: a grande quantidade de contatos interpessoais; a concentração e a transmissão

Problematizando a prática

Muitas informações sobre o processo de urbanização do município são relevantes para você aprender sobre a realidade do território no qual você atua. Você já verificou as informações demográficas do Censo de 2010 do município no qual você atua? Você foi capaz de identificar as principais características do processo de urbanização do município? O processo de urbanização é semelhante ou diferente do processo de Belo Horizonte?

do conhecimento; a oferta de serviços (com vistas à gestão operacional dos bens materiais e imateriais); a procura do comércio (para a oferta de bens especializados) e a presença ou não da indústria (para a produção de bens). Toda esta rede está consolidada por uma infraestrutura de equipamentos públicos e privados que oferta serviços remunerados ou não. Por este foco, mesmo as cidades de pequeno porte são consideradas centros urbanos.

Para avançarmos nesta análise é relevante entendermos alguns dos principais impactos dessas transformações no processo de mudança do estilo de vida dos adultos e as possíveis consequências na vida e na saúde dos mesmos.

O deslocamento das pessoas e de suas famílias das áreas rurais para os centros urbanos está na base da transformação do estilo de vida dos adultos. Houve, neste deslocamento, o afastamento das rotinas diárias dos afazeres da pecuária e da agricultura (as quais demandam preparo físico para trabalhos corporais intensos, condicionados ao clima, ao relógio biológico, à divisão das tarefas com os familiares) a uma adaptação de um estilo de vida urbano, na qual prevalece a fragmentação do processo de trabalho, a industrialização, a oferta de serviços, a imposição de um ritmo externo e vários condicionantes para a manutenção da vida familiar, condições de vida que demanda 'corpos dóceis', de acordo com terminologia de Foucault (1987) para esclarecer o poder das instituições sobre as pessoas.

Neste cenário de adoção de vida urbana, alguns componentes importantes para o estabelecimento de uma vida adulta saudável foram sendo alterados, nomeadamente a saber: a quantidade e a qualidade dos movimentos físicos e da alimentação, a forma, a estrutura e a qualidade dos laços sócio familiares, a estrutura e a economia da vida subjetiva, a condição de habitação, entre outras. Nesta perspectiva, as pesquisas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, em parceria com várias universidades e centros de investigações brasileiros, VIGITEL, nos apresenta dados importantes para percebermos a extensão dos impactos dessas transformações no quadro do sedentarismo no Brasil e em Belo Horizonte. São utilizados dados de documentos dos anos de 2006 e 2009 para comparações e para expor pontos relevantes nas associações propostas

neste Caderno de Estudo (BRASIL, 2006, BRASIL 2009).

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

No VIGITEL de 2006, foi detectada que para os habitantes das 26 capitais com 18 anos ou mais, o sedentarismo era uma realidade no cotidiano de 21,6% a 35,1% dos investigados. A inatividade física, nesta pesquisa, foi estabelecida como a não-realização de qualquer atividade física, no lazer, na não-realização de esforço físico intenso no trabalho, no não-deslocamento a pé ou de bicicleta e a não-execução de limpeza doméstica pesada.

Na verificação de 2009, houve uma melhor definição na concepção de sedentarismo, ou seja, alterou-se o entendimento de duas referências conceituais existentes. Primeiro, foi estabelecida a não-prática de qualquer atividade física no período de lazer nos três últimos meses, como também o não-deslocamento a pé ou de bicicleta para o trabalho ou escola em percurso de até 10 minutos por dia. Os resultados apontaram que o sedentarismo era uma condição para 10,1% a 20,1% dos brasileiros pesquisados.

Pelos dados identificados, podemos verificar alteração positiva na taxa de sedentarismo no Brasil, que pode estar associada a alguns fatores e fatos, como por exemplo, o refinamento do termo inatividade, que estabeleceu baliza de tempo na execução do esforço físico, e o aumento do acesso da população adulta a programas públicos e da iniciativa privada de atividades físicas.

Ao levarmos em consideração os dados demográficos apresentados anteriormente, julgamos ser importante conhecermos as proporções de adultos sedentários nas capitais brasileiras por sexos, uma vez que aprendemos que existem diferenças nas condições de vida de homens e de mulheres.

A proporção de homens sedentários em 2006 estava entre 47,3% e 28,6%, e em 2009 a porcentagem foi reduzida para 26,9% e 12,9%. Por outro lado as mulheres sedentárias em 2006, segundo esta investigação, estavam entre 26,5% e 14,6%, e na pesquisa de 2009 verificou-se a redução para 14,1% e 6,4% (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009)

Em Belo Horizonte, a proporção de adultos sedentários era de 30,6%, em 2006 e em 2009 foi reduzida para 16,9%. Os resultados do VIGITEL 2009 indicam que o Brasil e a capital mineira seguem a tendência internacional ao terem homens mais sedentários que mulheres.

No estado de Pernambuco, ao verificarem a frequência do sedentarismo em um grupo populacional com menor poder econômico, residente em uma área de abrangência de unidades básicas de saúde (UBS), com atendimento

tradicional e pelas equipes da Saúde da Família, identificaram-se que 37,8% dos adultos eram sedentários (ALVES et al., 2010).

Neste cenário de adoção de vida urbana, alguns componentes importantes para o estabelecimento de uma vida adulta saudável foram sendo alterados, nomeadamente a saber: a quantidade e a qualidade dos movimentos físicos e da alimentação, a forma, a estrutura e a qualidade dos laços sócio familiares, a estrutura e a economia da vida subjetiva, a condição de habitação, entre outras. Nesta perspectiva, as pesquisas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, em parceria com várias universidades e centros de investigações brasileiros, VIGITEL, nos apresenta dados importantes para percebermos a extensão dos impactos dessas transformações no quadro do sedentarismo no Brasil e em Belo Horizonte. São utilizados dados de documentos dos anos de 2006 e 2009 para comparações e para expor pontos relevantes nas associações propostas neste Caderno de Estudo (BRASIL, 2006, BRASIL, 2009).

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

No VIGITEL de 2006, foi detectada que para os habitantes das 26 capitais com 18 anos ou mais, o sedentarismo era uma realidade no quotidiano de 21,6% a 35,1% dos investigados. A inatividade física, nesta pesquisa, foi estabelecida como a não-realização de qualquer atividade física, no lazer, na não-realização de esforço físico intenso no trabalho, no não-deslocamento a pé ou de bicicleta e a não-execução de limpeza doméstica pesada.

Na verificação de 2009, houve uma melhor definição na concepção de sedentarismo, ou seja, alterou-se o entendimento de duas referências conceituais existentes. Primeiro, foi estabelecida a não-prática de qualquer atividade física no período de lazer nos três últimos meses, como também o não-deslocamento a pé ou de bicicleta para o trabalho ou escola em percurso de até 10 minutos por dia. Os resultados apontaram que o sedentarismo era uma condição para 10,1% a 20,1% dos brasileiros pesquisados.

Pelos dados identificados, podemos verificar alteração positiva na taxa de sedentarismo no Brasil, que pode estar associada a alguns fatores e fatos, como por exemplo, o refinamento do termo inatividade, que estabeleceu baliza de tempo na execução do esforço físico e o aumento do acesso da população adulta a programas públicos e da iniciativa privada de atividades físicas.

Ao levarmos em consideração os dados demográficos apresentados anteriormente, julgamos ser importante conhecermos as proporções de adultos sedentários nas capitais brasileiras por sexos, uma vez que aprendemos que

Para saber mais...

Estilo de vida é a maneira de viver e está baseado em padrões comportamentais identificados, que são determinados pela interação existente entre as características pessoais e as inter-relações sociais, socioeconômicas e as condições ambientais presentes na condição da vida da pessoa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

existem diferenças nas condições de vida de homens e de mulheres.

A proporção de homens sedentários em 2006 estava entre 47,3% e 28,6%, e em 2009 a porcentagem foi reduzida para 26,9% e 12,9%. Por outro lado as mulheres sedentárias em 2006, segundo esta investigação, estavam entre 26,5% e 14,6%, e na pesquisa de 2009 verificou-se a redução para 14,1% e 6,4% (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009)

Em Belo Horizonte, a proporção de adultos sedentários era de 30,6%, em 2006 e em 2009 foi reduzida para 16,9%. Os resultados do VIGITEL 2009 indicam que o Brasil e a capital mineira seguem a tendência internacional ao terem homens mais sedentários que mulheres.

No estado de Pernambuco, ao verificarem a frequência do sedentarismo em um grupo populacional com menor poder econômico, residente em uma área de abrangência de unidades básicas de saúde (UBS), com atendimento tradicional e pelas equipes da Saúde da Família, identificaram-se que 37,8% dos adultos eram sedentários (ALVES et al., 2010).

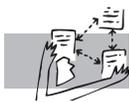
Problematizando a prática

A tendência nacional de se ter os adultos menos ativos fisicamente a partir dos 45 anos foi constatada e discutida no processo de monitoramento e avaliação do planejamento da sua equipe de trabalho? Nesta análise, as condições da inatividade foram semelhantes entre os homens e as mulheres do território? Os achados e as discussões sobre esses elementos foram importantes para alterar ações da sua equipe?

De maneira generalizada, verificou-se que os adultos brasileiros aumentam o nível de esforço físico na faixa etária entre 35 e 44 anos e voltam a aumentar gradativamente à condição sedentária até os 65 e que o aumento em anos de escolaridade estava associado ao aumento do sedentarismo entre os adultos.

Os dados americanos e australianos sobre o sedentarismo apontam que na Austrália a proporção de adultos sedentários era de 34,0% no ano de 2008, e nos Estados Unidos de 33,0% no ano de 2009 (AUSTRÁLIA, 2008; ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, [2009]).

Estudos asiáticos indicaram que o sedentarismo nos países naquela região está entre 13% e 20%, e que as maiores prevalências foram encontradas nas classes de maior poder aquisitivo, e nos habitantes que vivem nos centros urbanos. A vida urbana, maior poder aquisitivo e o padrão de transporte para deslocamentos foram associados ao sedentarismo em todos os países pesquisados (DANS et al., 2011).



Atividade 2

Leia o texto opinião “As novas formas de saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea” de Madel Therezinha Luz (LUZ, 2008), disponível na Biblioteca Virtual. Este texto complementar servirá de apoio na realização das outras atividades desse módulo.

1 – Liste quais são as novas formas de saúde na contemporaneidade, segundo a opinião da autora do texto.

2 – Liste as informações e os argumentos com os quais a autora justifica existir novas formas de saúde na contemporaneidade.

3 – Liste suas próprias informações e argumentos que concordam ou discordam com a opinião da autora sobre a existência de novas formas de saúde na contemporaneidade.

4 – Elabore um texto sintético no qual você explicita a sua compreensão dos argumentos da autora sobre as novas formas de saúde na contemporaneidade e no qual você justifica, com informações e argumentos, sua concordância ou não com a autora sobre essas de novas formas de saúde.

Poste na plataforma as três listas elaboradas por você e o texto no qual você apresenta sua compreensão e justifica sua opinião sobre as novas formas de saúde na contemporaneidade.

Estudos científicos estão verificando algumas associações importantes para a compreensão do sedentarismo no cenário da saúde do adulto, nomeadamente o sedentarismo associado com outros fatores de risco.

Monteiro *et al.* (2005), ao monitorarem os fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo, verificaram que as mulheres apresentaram maior frequência de sedentarismo e hipertensão e que as mulheres com menos escolaridade tendem a ser sedentárias e obesas. Os resultados do VIGITEL de 2009 indicaram 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).

A prevalência entre tabagismo e sedentarismo foi encontrada como sendo a maior, tanto entre os homens como entre as mulheres, quando comparada a associação com outros fatores de riscos, na pesquisa de Berto, Carvalhaes e Moura (2010) no município de Botucatu, São Paulo. Verificou-se também nesta investigação que maior tempo de escolaridade influencia positivamente

a adoção de hábitos saudáveis na vida adulta, diferentemente de achados em outros estudos.

Em um estudo desenvolvido pelo *Woman's Genoma Health Study* com mulheres americanas, verificou-se que o aumento de risco de incidentes cardiovasculares é mediado pelo IMC e que essa mediação está associada a pouca prática de atividade física (AHMAD *et al.*, 2010).

O Brasil tem alcançado transformações significativas no padrão sedentário dos adultos, contudo há necessidade de se continuar investindo em mudanças de hábitos que são protetores da saúde, e nas iniciativas de promoção da saúde para toda a população, por ainda haver as doenças do aparelho circulatório como o principal grupo de causa de morte no país e pelo Brasil apresentar uma taxa de 67% de mortes por doenças crônicas (IBGE, 2010; BRASIL, 2007; BRASIL, 2010).

Parte 3

Determinantes e condicionantes da atividade física na vida adulta

A partir da abordagem sobre o cenário do sedentarismo, vamos discutir as informações sobre os adultos brasileiros que estão envolvidos com as práticas de atividade física para, em seguida, compreendermos alguns fatores que determinam e condicionam uma vida ativa fisicamente na maturidade.

Recorreremos novamente aos dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2009 para conhecermos detalhes sobre a adesão a esses tipos de prática pelos adultos brasileiros.

O VIGITEL considera atividade física suficiente a prática de pelo menos 30 minutos diários de atividade física de intensidade leve ou moderada em cinco ou mais dias da semana ou a prática de pelo menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana.[...] Caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol foram classificados como práticas de intensidade leve ou moderada; corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis foram classificados como práticas de intensidade vigorosa (BRASIL, 2009 p. 76).

Os dados do VIGITEL identificaram que a frequência de atividade física no grupo de adultos brasileiros pesquisados foi de 14,7%, e os homens mostraram uma melhor frequência do que as mulheres. Dados similares foram encontrados em Belo Horizonte, onde os homens também possuem uma maior adesão a estas práticas (21,2%) do que as mulheres (15,8%).

Homens e mulheres adultos brasileiros na faixa etária de 18 a 24 anos apresentaram proporções inversas na prática de atividades físicas no lazer, uma vez que os homens se mostram mais ativos fisicamente neste período da vida (27,6%), em oposição às mulheres que apresentam uma baixa adesão a essas práticas neste mesmo período da vida (9,9%).

Problematizando a prática

Você já conseguiu identificar no seu território de trabalho se há diferença no envolvimento com atividades físicas no lazer entre as mulheres e os homens jovens adultos, como ocorre no cenário nacional? Você foi capaz de identificar os motivos e discutir com a sua equipe de trabalho as principais razões do afastamento das jovens adultas das práticas de atividades físicas no lazer?

Verificaram-se ainda diferenças entre os sexos nas outras faixas etárias da maturidade, com os homens se afastando dessas práticas nos anos subsequentes até chegar a uma frequência de 13,0% entre 45 e 54 anos, e as mulheres, por outro lado, mantendo uma frequência entre 11,4% e 12,1% nas faixas subsequentes da vida adulta.

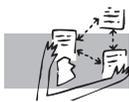
Problematizando a prática

A tendência nacional em haver diferença entre os sexos na manutenção de uma vida fisicamente ativa na maturidade já esteve entre temas discutidos pela sua equipe? Você é capaz de responder se são as mulheres ou os homens maduros os mais frequentes nas práticas de atividade física no lazer nas comunidades no qual você atua? E nas práticas oferecidas pelo NASF? Você é capaz de listar as iniciativas de sucesso para estimular o grupo do gênero menos ativo a adesão a este tipo de práticas, tanto no município como nas comunidades nas quais você atua?

Mais anos de escolaridade mostram-se associados à condição em ser suficientemente ativo fisicamente, tanto para os homens como para as mulheres, e verificou-se que 24,8 % dos homens e 15,7% das mulheres que se mantêm ativos fisicamente exercitam com uma frequência e um volume recomendados pela OMS. O governo da Austrália, no ano de 2008, reportou que 22% dos australianos apresentavam uma rotina de se exercitar num nível moderado, como recomendado pela OMS (AUSTRÁLIA, 2010).

Ao pesquisar a atividade física no lazer e no deslocamento, identificou-se que esta era uma prática mais frequente entre os homens (38,3%) que entre as mulheres (26,6%) e não se verificou uma associação consistente deste tipo de prática com o nível de escolaridade.

As metodologias aplicadas para as verificações dos níveis de sedentarismo e de atividades físicas nos diferentes países e para comparações internacionais alcançaram, nesta década, mais consistências. Contudo, alguns aprimoramentos metodológicos estão em desenvolvimento, principalmente nos refinamentos das concepções de sedentarismo, de volume de atividade física e de coleta dos dados. Espera-se que ao final deste processo estas duas condições sejam capazes de ser mundialmente monitoradas e validadas cientificamente.



Atividade 3

Retorne ao Módulo Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde e utilize como modelo a planilha intitulada *Desenho de operação para os "Nós" críticos do problema risco vascular aumentado* para organizar uma planilha idêntica com os nós críticos identificados a partir do diagnóstico que você realizou. A planilha que você elaborar, contendo os nós críticos e demais itens solicitados, deverá ser **postada na plataforma** para avaliação de seu tutor. Ainda, os conteúdos da planilha serão discutidos em um **Fórum**.

Sistematize seus dados, complete-os com as observações de seus colegas e tutor e mantenha-os organizados, pois você irá utilizá-los nas Atividades 4 e 5.

Teorizando a adesão e a sustentabilidade

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

Os principais programas de intervenção com atividades físicas na Atenção Primária à Saúde utilizam essas teorias que objetivam mudanças de comportamento no estilo de vida como base conceitual das intervenções com os usuários (DUNN, ANDERSON, JAKICIC, 1998; DUMITH, 2008).

Atualmente, alguns desafios estão colocados 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 um bom padrão nos programas;
- os 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 desafios nos processos de avaliação dos programas estão nos obstáculos metodológicos para as avaliações do custo-benefício das ações da equipe e a

dificuldade em verificar a eficácia das intervenções, não só com a população em geral, mas com grupos com demandas específicas, como as pessoas que apresentem algum tipo de doença.

A procura em melhor compreender o fenômeno da adesão e da sustentabilidade neste tipo de prática motivou alguns especialistas em ampliar o olhar sobre a questão comportamental para além da variável motivacional, considerado pelas teorias comportamentais como o elemento chave de mudança de comportamento. Por causa dessa mudança de foco, novos modelos teóricos estão em desenvolvimento, e elas têm por elemento-chave o prazer e a satisfação para a adesão e a manutenção deste tipo de hábito. Um exemplo desta 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 um reconhecimento internacional, por apresentar maior número e associações de variáveis consideradas relevantes no processo de adesão e de manutenção na prática de atividades físicas.

Pela fundamentação desse modelo, há estágios para se alcançarem mudanças de comportamento nestas práticas (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção), processo para se atingir o próximo estágio, 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 (DUMITH, 2008).

Problematizando a prática

A base teórica para a organização dos programas, ações e intervenções é importante para garantir balizas gerenciais, orientar o processo de planejamento e as estratégias técnicas, definir as ações primárias e secundárias da equipe, apoiar metodologicamente os profissionais nas intervenções e fundamentar os processos de monitoramento e avaliação das ações. Um modelo teórico que discute os fatores, as interações e as inter-relações que determinam a adesão e a sustentabilidade às práticas de atividades físicas foi apresentado e discutido por sua equipe? Se não, quais são os fatores que contribuíram para a não-discussão deste tema nas reuniões de planejamento?

Para saber mais...

Leia DUMITH, S. Proposta de um modelo teórico para adoção da prática de atividade física. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v. 38, n.2, 2008. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/index>.

A adesão bem como a manutenção regular em prática de atividades físicas estão associadas a vários fatores 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 (DISHMAN, SALLIS, ORENSTEIN 1985; SEEFELDT; MALINA; CLARK, 2002).

Dishman, Sallis e Orenstein, em 1985, indicavam não haver uma única razão para um adulto se envolver com este 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 uma pesquisa para melhor entender os fatores individuais na adesão a um estilo 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) e verificaram que muitas variáveis individuais acabam por influenciar a adesão e a manutenção a este 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 também a história de gasto energético e de sociabilidade na infância são preditores nesta 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. Estes especialistas verificaram 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.

Os estudos sobre a influência de fatores sociais e ambientais na adesão e manutenção nas atividades físicas já apresentam algumas consistências, como por exemplo, 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 nas 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 e associada ao grupo etário e ao sexo dos participantes (SEEFELDT; MALINA; CLARK, 2002; RHODES; WARBUTON; MURRAY, 2006).

Problematizando a prática

Uma vez que constatamos que os fatores sociais e ambientais estão associados à adesão e à manutenção de adultos as práticas de atividades físicas, o diálogo com os usuários, com as lideranças comunitárias e entre os membros da equipe é sugerido para que ações centradas nas necessidades e demandas locais sejam realizadas e para que possa haver efetividade das mesmas.

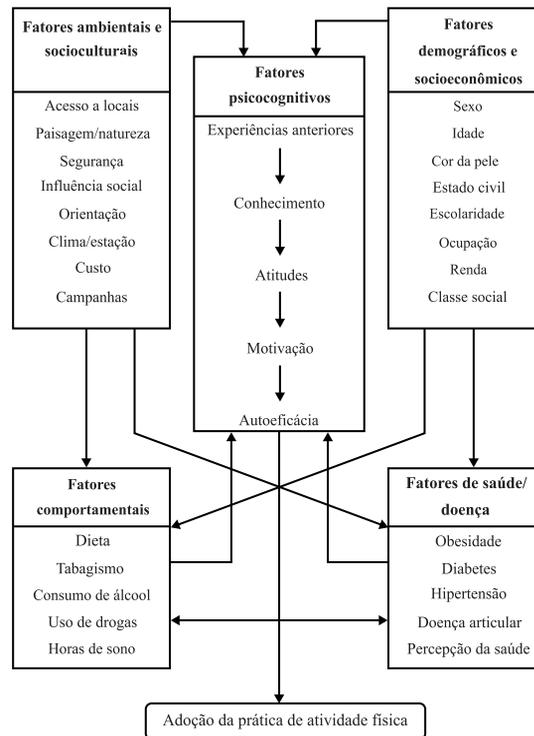
Você seria capaz de identificar os principais parceiros para esse diálogo nas comunidades?

Na reunião com os parceiros, você seria capaz de sugerir uma metodologia conjunta para identificar as necessidades e as demandas da população do território e organizar o processo para conseguirem as condições ainda não alcançadas?

Por outro lado, apresentam controvérsias, ainda, na literatura os fatores relacionados ao apoio familiar, de colegas, da comunidade e do sistema de saúde (SEEFELDT; MALINA; CLARK, 2002; RHODES; WARBUTON; MURRAY, 2006).

Um estudo de revisão da literatura sobre o impacto dos componentes de prescrição, frequência, intensidade, duração e tipo de atividade física, no processo comportamental de adesão à prática de atividades físicas, realizado por Rhodes, Warburton e Murray (2009) mostrou que não havia, até aquele ano, evidência suficiente sobre o efeito destes componentes no processo de adesão às práticas de atividades físicas e que prevalece como principais determinantes para o envolvimento os fatores sociocognitivos, de personalidade, do ambiental e os socioeconômicos. Contudo, os autores indicam que adultos sedentários podem aderir a um dos componentes, sem aderir aos outros das prescrições.

Dumith (2008) apresentou um modelo gráfico dos fatores e a interações entre os mesmos na adesão a prática da atividade física (Figura 2).



Fonte: DUMITH, 2008, p. 115.

Figura 2: Modelo gráfico dos fatores e a interações entre os mesmos na adesão à prática da atividade física

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, e que as condições de saúde dos cidadãos acabam por ter influência direta sobre o ambiente, que, conseqüentemente, faz com que o mesmo 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.

Segundo Schmid, Pratt e Witmer (2006, p.24), critérios foram desenvolvidos para o direcionamento das políticas públicas que interrelacionam com a atividade física. Eles devem:

- ser capaz de demonstrar a eficácia das ações;
- ser de simples entendimento;
- ser razoável e passar no processo de validação;
- estar baseados no conhecimento sobre o nível de atividade física da comunidade;
- prevalecer os benefícios sobre os custos;
- alcançar um grande número de pessoas;
- ter impacto populacional;
- ter baixo índice de oposição ou alto índice de popularidade.

Na construção das políticas intersetoriais para estimular e facilitar a adesão e a sustentabilidade da prática física entre os adultos, alguns temas devem ser colocados sobre as mesas de negociação pelas equipes de saúde, 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.

Problematizando a prática

A prática de atividade física para ter o valor de influenciar a qualidade de vida dos adultos deve ser praticada de maneira regular, de forma prazerosa e sustentada por políticas públicas que garantam o acesso desses adultos a locais seguros, limpos, adequados e adaptados às necessidades da comunidade, uma vez que, na maioria dos casos, a pura motivação individual não é capaz de fazer com que os adultos mantenham este tipo de prática como um hábito de vida.

Nas reuniões de planejamento da equipe para definir as estratégias e as ações para estimular e orientar hábitos importantes na vida adulta, o mapa das principais áreas e prioridades de políticas públicas nas comunidades é utilizado?

Ao ter por referência os principais temas no diálogo político intersetorial na área da sustentabilidade de práticas de atividade física, citadas anteriormente, quais foram as três prioritárias identificadas pela sua equipe?

Você seria capaz de nomear a principal estratégia de sucesso definida pela sua equipe com outros parceiros da área pública na implementação de uma política importante para estimular a sustentabilidade dos adultos em práticas de atividades físicas, sejam elas de lazer, deslocamento ou no trabalho?

Entre os condicionantes para a adesão e a manutenção dos adultos nos programas de atividades físicas está a presença de agravos e doenças.

O QUADRO 1 apresenta alguns estudos científicos que discutem esse tema.

Quadro 1. 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 em abandonar programas de reabilitação cardíaca e programas de ginástica laboral. • Homens com risco de doenças coronarianas tendem a participar dos programas somente encaminhados pelos profissionais de saúde de referência. Contudo, esses participantes encaminhados pelos profissionais apresentam menor 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 comparados 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 de doenças. • Os usuários que percebem a própria saúde como frágil são menos propensos em se envolver com esse 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 possuem 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 asseguram futuros engajamentos dos mesmos em programas desta natureza.

Tema	Autores/ano	Tipo	Achados
Estudos Recentes			
Sustentabilidade em práticas de atividades físicas. Contexto: atenção primária.	HARRISON, ROBERTS, ELTON (2005) HUDSON, FORTIN, SOUBHI (2008)	Estudo Experimental Revisão da literatura	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de saúde que utilizam profissionais de referências 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 dos mesmos por tempo suficiente para se alcançarem os benefícios desta modalidade de intervenção sobre componentes específicos da saúde.
A importância do trabalho em equipe no efetivo controle das doenças crônicas. Contexto: serviços de atenção básica.	HUDSON, FORTIN, SOUBHI (2008)	Revisão da literatura	<ul style="list-style-type: none"> • Verificou-se não haver confirmação científica no aumento da intensidade da atividade física, quando este 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 (coaching) em um programa educativo que inclui atividade física. Participantes: adultos com diabetes tipo 2.	WOLEVER <i>et al.</i> (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 a capacidade de determinação dos participantes. • Identificou-se associação positiva entre o foco das intervenções em valores e capacidade de determinação e a utilização de tecnologias, como o telefone, para a manutenção dos participantes no programa.

A revisão de artigos científicos apresenta algumas informações úteis para a compreensão de associações existentes entre a prática de atividades físicas no lazer e algumas doenças. O QUADRO 2 apresenta exemplos de alguns nesse tema.

Quadro 2 – Exemplo de estudos que apresentam associações existentes entre a prática de atividades físicas no lazer e algumas doenças. membros da equipe

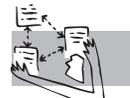
Tema	Autores/ano	Tipo	Achados
Estudos Recentes			
Redução de risco para doenças coronarianas na meia-idade.	WANNA-METHEE, SHAPER (2002) (2008)	Revisão da literatura	<ul style="list-style-type: none"> De acordo com a intensidade da atividade, a prática de atividade física no lazer, para adultos de meia-idade, é capaz de reduzir de 30 a 50% do risco das doenças coronarianas.
O efeito da atividade física no lazer e o risco para diabetes tipo 2 em pacientes com doença arterial ou com baixo controle dos fatores de risco vasculares.	BROUWER <i>et al.</i> (2010)	Estudo Experimental	<ul style="list-style-type: none"> A prática de atividade física no lazer está associada com a queda do risco de diabetes tipo 2 para o grupo pesquisado. A combinação de atividade física e a não-obe-sidade funcionou de maneira protetora, quando comparado com esses fatores tomados isolada-mente.
Os efeitos da prática de atividades físicas no lazer, como prevenção da Síndrome Metabólica entre adultos de meia-idade.	LAAKSONEN <i>et al.</i> (2010)	Estudo populacional (Finlândia)	<ul style="list-style-type: none"> A intensidade da atividade física de moderada a intensa, no contexto do lazer está associada à diminuição do IMC, que esta relacionada com a prevenção da 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 <i>et al.</i> (2010)	Estudo populacional (Japão)	<ul style="list-style-type: none"> 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 não ocorra durante os finais de semana. A prática de atividades físicas, nos finais de semana, revelou ser importantes para o controle da glicose para os homens que foram avaliados.

Problematizando a prática

Ao levar em consideração os vários determinantes e condicionantes para a adesão e a sustentabilidade dos adultos nas práticas de atividades físicas no lazer, quais as estratégias você avalia serem necessárias para que este tema seja discutido com profundidade e consistência pela sua equipe do NASF ou pela equipe do projeto social que você atua?

Atividade 4

A partir dos problemas e nós críticos levantados por você, e discutidos com seus colegas na Atividade 3, construa um quadro dos recursos críticos para o desenvolvimento das soluções e estratégias definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema sedentarismo entre os adultos na área de abrangência do seu trabalho. O quadro de recursos críticos deverá ser postado na plataforma.

**CONCLUINDO**

Nesta seção foram apresentados e contextualizados dados sobre o sedentarismo e atividade física, bem como associado o impacto destes hábitos no processo de saúde e doença da população adulta. Pelos dados apresentados, verificamos que no Brasil estamos conseguindo estimular a prática de atividades físicas entre os adultos, porém resultados melhores precisam ser alcançados para se atingir uma melhor qualidade de vida para este grupo populacional.

Esperamos que pelas associações apresentadas você tenha compreendido que o estímulo e a boa orientação de atividades físicas são de grande valor na promoção da saúde e na prevenção de doenças crônicas na vida adulta, porém há alguns determinantes e condicionantes que caracterizam a adesão e a sustentabilidade a esse tipo de prática que precisam ser estudadas pela equipe com os usuários e com a comunidade no território ou nos territórios de atuação da sua equipe para que as ações e as intervenções planejadas sejam eficientes e cheguem a toda a comunidade.

Seção 3

Orientações e recomendações para a prática de atividade física na vida adulta

O objetivo desta seção é auxiliá-lo no desenvolvimento de programas e projetos na perspectiva da promoção da saúde e da prevenção de doenças crônicas, apresentando orientações e recomendações para a prática de atividades físicas e práticas corporais para adultos de ambos os sexos, em diferentes fases da vida adulta, considerados saudáveis ou portadores de agravos ou doenças, e que podem ser aplicadas no território ou territórios nos quais você atua.

O desenvolvimento de intervenções, projetos e programas no contexto da promoção e da prevenção na saúde constitui-se num desafio, imposto pelas transformações demográficas e epidemiológicas e pelos determinantes e condicionantes da adesão às atividades físicas e sua sustentabilidade, principalmente no que se refere às mudanças no estilo de vida e aquisição de hábitos saudáveis e sustentáveis em longo prazo, entre eles a prática regular de atividades físicas e práticas corporais.

Essa tarefa de superação é complexa, pois exige não somente a compreensão dos determinantes e condicionantes da atividade física, mas também de estratégias e mecanismos do processo de adesão do indivíduo à prática de atividades físicas, que ainda estão sendo desvendados pela pesquisa científica.

As orientações e recomendações levarão em consideração o documento *Guidelines for exercise testing and prescription*, do *American College of Sports Medicine* (ACMS, 2006), a proposta do Conselho Federal de Educação Física (CONFED, 2010) atualmente vigente, e as diretrizes do NASF no que se refere às atividades físicas e práticas corporais.

Ao final da seção você deverá ser capaz de:

- realizar orientações sobre projetos de atividades físicas e de práticas corporais, individuais ou coletivos, específicas para homens e mulheres adultos em diferentes períodos etários.

Orientações e recomendações do American College of Sports Medicine (ACSM)

O *American College of Sports Medicine* divulgou em 2006 um documento com orientações e recomendações sobre a prática de exercícios físicos que têm sido adotadas por diversas instituições e organizações ligadas à saúde e Educação Física. Exercícios físicos realizados com objetivo de manter a condição de saúde e reduzir o risco de desenvolver uma doença crônica.

De acordo com o ACMS (2006), para que adultos saudáveis consigam manter a condição de saúde e reduzir o risco de desenvolver uma doença crônica é necessário que pratiquem:

- Uma atividade física moderada com duração de 30 minutos por dia, duran-

te cinco dias da semana ou atividade física intensa com duração de 20 minutos por dia, durante três dias da semana. A atividade física moderada é aquela em que o esforço físico aumenta a frequência cardíaca, sem impedir uma conversação durante a atividade.

- Executar oito a dez exercícios de força muscular, com 8 a 12 repetições de cada exercício, duas vezes por semana.

Entretanto, se o objetivo for perder peso ou manutenção de peso perdido com uma dieta, recomendam-se 60 a 90 minutos de atividade física.

Recomendações do Conselho Federal de Educação Física (CONFEF)

O CONFEF lançou, em 2010, as “Recomendações sobre condutas e procedimentos do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde”. O documento foi elaborado com o objetivo de orientar condutas e procedimentos desse profissional durante programas de atividades físicas voltados para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis, nos níveis primário, secundário e terciário da Atenção Básica à Saúde, do Sistema Único da Saúde. As recomendações em relação à intervenção profissional são abordadas em termos de conduta geral e procedimentos técnicos e condutas específicas na atenção primária, secundária e terciária à saúde.

As orientações quanto à **conduta geral e procedimentos técnicos** incluem a anamnese, que investiga o histórico do indivíduo, seu problema de saúde e suas preferências e disponibilidades, fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, estratificação de risco para a prática de exercícios físicos, principais sinais e sintomas sugestivos de doenças cardiovascular, pulmonar ou metabólica.

A anamnese é recomendada para coletar informações sobre as condições gerais do indivíduo ou do grupo antes da aplicação de testes para analisar as variáveis fisiológicas e da prescrição dos exercícios. A partir dessas informações, o Profissional de Educação Física pode decidir pelo método mais adequado, pelo trabalho individual ou em grupo, tipo de exercício, frequência, duração da sessão, etc.

Os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares devem ser monitorados para evitar que o usuário se submeta a riscos desnecessários durante a realização de exercícios físicos. Os fatores de risco apontados são: idade e sexo, histórico familiar de doença, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, glicose sanguínea em jejum alterada, obesidade, distribuição anatômica da gordura, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados em

proporção e composição e fumante habitual de cigarros.

Com base no número de fatores de risco para desenvolvimento de doença cardiovascular, sintomas de doenças pulmonares ou metabólicas apresentados, o indivíduo pode ser designado como de baixo risco, risco moderado e alto risco. Essas categorias de estratificação de risco foram definidas segundo as diretrizes do *American College of Sports Medicine* (ACMS, 2006).



Fonte: dreamstime.com/Treepphoto

As **condutas específicas** recomendadas na intervenção profissional pelo CONFEF (p. 38) na atenção primária, secundária e terciária à saúde são:

- Os exercícios devem ser simples e agradáveis nas semanas iniciais visando despertar interesse pela atividade escolhida e permitir a adaptação neuromuscular.
- A carga pode ser aumentada gradualmente, de leve a moderada nas semanas seguintes, assegurando que, no dia seguinte, o praticante não sinta dor muscular.
- A prescrição pode ser individualizada ou para um grupo, se este for relativamente homogêneo, em termos de condições de saúde e capacidade física. O tipo e natureza do exercício, carga (volume, duração e intensidade) e formas de controle da intensidade, mesmo nas atividades em grupo, devem estar devidamente especificados. A prescrição deve ser revisada periodicamente.
- As fichas individuais de acompanhamento e avaliação devem ser atualizadas periodicamente.
- A pressão arterial deve ser aferida no início, durante e após cada sessão, atentando para os sinais e sintomas de cansaço excessivo.
- Nos casos de recomendação médica, solicitar o encaminhamento por es-

crítico e assegurar que o acompanhamento regular está sendo feito.

Para os portadores de fatores de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares, ou portadores de doenças crônicas, os cuidados durante a prática de atividades físicas devem ser redobrados.

Orientações e recomendações de acordo com as diretrizes do NASF

As orientações e recomendações que ora discutiremos referem-se às práticas corporais/ atividades físicas pertinentes à área da Educação Física que foram abordadas no Caderno de Atenção Básica nº 27, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2010, intitulado “Diretrizes do NASF” (BRASIL, 2010).

As práticas corporais/atividades físicas (PCAF) já haviam sido contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), lançada em 2006, como um de seus sete eixos temáticos. Importante destacar que sua inserção foi justificada principalmente como fator de proteção às doenças do aparelho circulatório, num momento histórico mundial de enfrentamento da prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis como uma das principais causas de mortalidade.

No entanto, no contexto do SUS, as PCAF devem tomar novos significados a partir do reconhecimento da promoção da saúde como resultado dos determinantes e condicionantes sociais da produção da vida, surgindo novas formas de organização e de manifestação. Assim, elas devem contemplar componentes culturais, históricos, políticos, econômicos e sociais característicos do território em que as ações de saúde serão desenvolvidas, exigindo do profissional de saúde não só o conhecimento do contexto em que irá atuar como profissional e ator social, mas também a identificação dos sujeitos com as PCAF a serem propostas (BRASIL, 2010).

Para orientar a atuação do Profissional de Educação Física no NASF o Ministério da Saúde publicou um Caderno Técnico, que apresenta algumas diretrizes para trabalhar as PCAF no NASF, levando em consideração os princípios do SUS e da PNPS.

No processo de trabalho nas PCAF, o Profissional de Educação Física deve privilegiar as manifestações da cultura corporal de seu território de atuação, além das utilizadas tradicionalmente na área da Educação Física tais como o esporte, as ginásticas e danças. Na tomada de decisão da escolha das PCAF, bem como na construção de estratégias de desenvolvimento delas, recomenda-se o planejamento participativo, considerado uma estratégia agregadora e fortalecedora da relação entre o profissional e a comunidade, além de favorecer o sucesso da atividade proposta, uma vez que expressa as necessidades e desejos

Para saber mais...

Leia o documento “Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do Profissional de Educação Física”, disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/index.php?m=pesquisa%2Fsimples&search_term1=Recomenda%C3%A7%C3%B5es+sobre+Condutas+e+Procedimentos+do+Profissional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+F%C3%ADsica> (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 2010)

da comunidade.

As atividades propostas devem ser adequadas no sentido de favorecer o maior número de pessoas de seu território de atuação, de todos os ciclos da vida, realizadas em espaços de fácil acesso, evitando espaços identificados como específicos de saúde, que expressem identidade para o usuário, tais como um clube comunitário ou uma praça.

Os equipamentos e materiais a serem utilizados nas PCAF não devem onerar o sistema de saúde nem o usuário, evitando o consumismo de produtos veiculados pela mídia como ideais e necessários para a prática de exercícios. O profissional pode planejar oficinas com a equipe de SF e a comunidade para ensinar a utilizar materiais recicláveis na construção, tais como pesos feitos com garrafas pet, elásticos para fazer exercícios de borracha de látex, cabos de vasoura para confecção de bastão, etc.

Para saber mais...

Leia o Caderno de Atenção Básica nº 27, Diretrizes do NASF, (BRASIL, 2010), disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>



Fonte: Roselane Lomeo

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

Um adulto sedentário que vive em uma grande cidade necessita em torno de 1,2 a 2,5 litros de água por dia. A necessidade de ingestão de líquido pode aumentar de cinco a seis vezes essa quantidade, durante a prática de atividades físicas prolongadas em dias em que a temperatura está muito alta. As frutas e

os vegetais possuem uma quantidade razoável de líquido.

Sugere-se orientar aos adultos sedentários sobre as principais manifestações da desidratação na prática da atividade física:

- 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 uma 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 humidade 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 que vestuários usados pelos mesmos 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. Por outro lado, quando a temperatura está baixa, sugere-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, um par de tênis confortável ou um par de calçado que melhor absorva os impactos devem ser recomendado.

Ao propor uma atividade em ambiente aberto e quente aos usuários, verifique a possibilidade dos mesmos adquirirem um filtro solar. Caso contrário, o uso de um chapéu, calças longas e camisetas de algodão com mangas mais longas devem ser sugeridos.

Todas as mudanças de hábitos e de comportamentos no processo de se ter uma vida ativa só se consolida pelo compromisso do sujeito para com ele mesmo e do apoio encontrado na sua rede social. Sendo assim, este 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 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 um 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 do indivíduo e das famílias sugere-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 sugerido aos usuários e aos familiares diz respeito à identificação pessoal e às condições específicas de saúde dos praticantes, ou seja, sugere-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 para que práticas de atividades físicas em locais com muito trânsito devem ser 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;
- oriente para que nas práticas de atividade física no período noturno em local aberto, com trânsito, o usuário deverá usar algum acessório com cores brilhantes;
- oriente para que as caminhadas em local aberto, com trânsito tanto no período diurno como noturno, devem ser no sentido contrário ao tráfego;
- oriente para 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 devem ser mantidos baixos, para se resguardar a privacidade do usuário e não incomodar as outras pessoas;
- oriente para evitar as áreas urbanas que apresentem nível de ruído excessivo, para as práticas de atividade física;

- oriente para que, para as práticas de atividade física, deve procurar ambientes seguros, iluminados e de fácil acesso para todos da comunidade;
- oriente 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 organizados 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 o 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, reduzindo, 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 estes aspectos para o restabelecimento da saúde, através do cuidado e do acompanhamento” (SILVEIRA FILHO, 2008. p. 38).

Desta 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 bio-psi-co-sócio-culturais 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 e MISHIMA, 2001, p. 151).

Três aspectos importantes e relacionados devem ser discutidos quando se pensa nas competências para a participação do Profissional de Educação Física nos NASF's: a integralidade e interdisciplinaridade na saúde e o trabalho em equipes multiprofissionais.

CONCLUINDO NOSSAS PROBLEMATIZAÇÕES

Problematizando a prática

Em termos práticos, como então poderia ser a participação do Profissional de Educação Física num NASF?

Vamos raciocinar juntos. Tomemos como exemplo o caso da dona Jandira Lima de 37 anos de idade, que foi encaminhada pela Equipe Verde para participar nas atividades físicas ofertadas pelo NASF que atua na Vila Formosa. Segundo o encaminhamento da ESF, dona Jandira após o nascimento do seu último filho, há dois anos atrás, vem ganhando peso e, atualmente, está com o IMC de 28 e com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Pelo processo de estratificação utilizado no NASF, ela foi classificada no Estágio 2 de HAS (valor da pressão arterial sistólica entre 160 e 179 e o valor da pressão arterial diastólica entre 100 e 109). Ela procurou a unidade de saúde de Vila Formosa, onde mora, com queixas de cefaléia, insatisfação com o próprio corpo e dificuldades em manter uma vida sexual com o marido. Visitando dona Jandira em sua casa, os diferentes profissionais da saúde puderam perceber os conflitos familiares, os hábitos alimentares, a localização e condições de sua moradia, seu emprego, seu estado psicológico/emocional, a noção que ela tem sobre a patologia, sua concepção, seu projeto e história de vida, etc.. Esses dados podem informar melhor sobre os limites pessoais, materiais, sociais, religiosos e culturais que podem estar influenciando negativamente a saúde de dona Jandira; cada um em sua especialidade pode fazer a sua leitura para contribuir para o seu diagnóstico integral. A resolubilidade do caso vai depender da atuação conjunta dos diferentes profissionais da área da saúde, que, integradas, podem promover a saúde e prevenir outros agravos na saúde da dona Jandira.

Na situação descrita, analisemos especificamente como o Profissional de Educação Física poderia atuar. A partir da própria observação de dona Jandira e dos informes dos outros profissionais da equipe, o Profissional de Educação Física pode prever os condicionantes, além daqueles relacionados diretamente com seu agravo, que poderão ser levados em conta no planejamento e organização de um programa de atividades físicas e práticas corporais a ser ofertado. Por exemplo:

- a equipe já tem clareza dos impactos dos problemas nutricionais e psicológicos no cotidiano de vida da dona Jandira?
- ela tem na história pessoal, experiências com alguma atividade física?
- quais são as expressivas experiências corporais da dona Jandira?
- como dona Jandira manifesta gostar do próprio corpo e de cuidar dele?
- dona Jandira dá valor às horas de lazer que consegue nos finais de semana e gosta de aproveitar esse tempo para estar como marido?
- ela tem apoio da família nas atividades domésticas?
- ela tem o apoio familiar para participar de práticas de atividades físicas no final do dia, três vezes por semana?
- ela tem disposição para se juntar ao grupo dança de salão após oito horas de trabalho e uma hora no ônibus para chegar em casa?
- como evangélica, ela aceitaria participar de aulas de dança de salão?
- ela poderia pagar condução para ir participar de atividades físicas fora da Vila Formosa?

A visita realizada à dona Jandira poderá dar respostas a estas questões importantes para o planejamento das intervenções e para futuras ações da equipe nas quais a dona Jandira estará envolvida, sem mencionar os benefícios da formação de vínculos de amizade que podem fortalecer a relação usuário-Profissional de Educação



Atividade 5

Como atividade final deste módulo, você deverá completar seu Plano de Ação, a partir dos dados das atividades 3 e 4. Assim, você deverá colocar os problemas, os nós críticos de cada um, as soluções e estratégias de enfrentamento (operações: descrição, produtos esperados e recursos necessários). Esta síntese deverá ser posta na plataforma, para interação com seu tutor. Ao final, a síntese dessa atividade deverá ser apresentada em forma de pôster no encontro presencial.

CONCLUINDO

Nessa seção foram abordadas orientações sobre recomendações importantes para o planejamento de programas, projetos e intervenções de atividades físicas e práticas corporais no contexto de atuação do Núcleo de Atenção à Saúde da Família para se garantirem abordagens que promovam segurança, bem-estar e satisfação para todos os envolvidos, sejam eles usuários ou profissionais.

Ao mesmo tempo em que se ampliou o mercado de trabalho para os profissionais de Educação Física, a criação dos NASF's trouxe o grande desafio da atuação em equipe. As recomendações apontam para o grande valor do trabalho em equipe, para se resguardar tanto a interdisciplinaridade como a integralidade na saúde. Portanto, o desenvolvimento e aquisição das novas competências para atuar em uma equipe multiprofissional deve ser uma meta prioritária a ser perseguida por todos os profissionais dos NASF's.

Considerações Finais

Estudamos neste módulo o contexto do sedentarismo e da atividade física na vida adulta para compreendermos que esses hábitos são resultados de um processo histórico da sociedade ocidental, com impacto no cotidiano de vida, no corpo e nas representações da saúde e da doença dos adultos. Por consequência, os profissionais de Educação Física, juntos com os outros membros da equipe do NASF, devem nortear as atuações numa concepção bem-definida de ser humano, como princípio orientador do planejamento, da avaliação e das proposições. Na promoção da saúde e na prevenção das doenças o objeto central do agir dos profissionais de saúde deve ser o sujeito, em vez da doença, visto como um todo biopsíquico que vive e atua em uma cultura específica. Deve propiciar os conhecimentos de si mesmo, de seu corpo e de seu psiquismo, adquirindo autonomia em seu processo de adoecimento e de produção da vida.

Como aprendemos que as ações necessárias para proporcionar a redução do sedentarismo e o estímulo a uma vida adulta ativa fisicamente se sustenta na autonomia e na responsabilização da equipe com os usuários, com as famílias e com as comunidades, compreendemos que uma equipe unida e com foco na problematização das questões apresentadas no território de atuação é capaz de planejar ações mais em sintonia com as crenças e valores locais, executá-las de forma eficaz e efetiva e avaliá-las de forma sistemática e transparente.

Referências

AHMAD, T. *et al.* The fat-mass and obesity-associated (FTO) gene, physical activity, and risk of incident cardiovascular events in white woman. **Am. Heart J**, v. 160, n. 6, p. 1163-1169, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>. Acesso em: 21 mar. 2011.

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, 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’s guidelines for exercise testing and prescription**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams e Wilkins, 2006.

ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNESP. Previdência em 10 pontos. **A previdência social no Brasil**. [2000] Disponível em: <<http://www.adunesp.org.br/reformas/previdenciaria/arquivosextras/Conlutas%20%20PREVID%C3%8ANCIA%20EM%2010%20PONTOS.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2011.

AUSTRÁLIA. **Australia’s Health 2010 AIHW**. Disponível em: <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442468376&tab=2>. Acesso em 12 mar. 2011.

AUSTRÁLIA. **Physical Activity. Research and Statistics (2007-2008)**. Disponível em: <<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-publth-strateg-active-evidence.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2011.

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. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do Adolescente. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em 16 de mar. de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/legislacao/legislacao-federal/est.%20de%20idoso.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2011.

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

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 154**, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Caderno de Atenção Básica**, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf> Acesso em: 16 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América. **Latina Rev Saúde Pública**, v. 43, n.1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/it-decit.pdf>>. Acesso em (5 mar. 2011).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 4. ed. 2007. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2011.

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, 2007. Disponível em: http://prosaude.org/publicacoes/diversos/vigitel_2006_brasil.pdf. Acesso em: 09 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_risco_doencas_inquerito_telefonico_2009.pdf. Acesso em: 09 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortes por doenças crônicas caem 17% no país**. 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11994. Acesso em: 12 mar. 2011.

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.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

CASS BUSINESS SCHOOL. **Incidence and cost of chronic disease is set to soar unless we manage it better**: new research. [2005] Disponível em: http://www.cass.city.ac.uk/press/press_release_pdfs/Chronic%20Disease%20press%20release.pdf. Acesso em: 04 mar. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Recomendações sobre condutas e procedimentos do Profissional de Educação Física**. Rio de Janeiro: CONFEF, 2010. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/index.php?m=pesquisa%2Fsimples&search_term1=Recomenda%C3%A7%C3%B5es+sobre+Condutas+e+Procedimentos+do+Profissional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+F%C3%ADsica >. Acesso em: 16 mar. 2011.

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

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.

DUMITH, S. Proposta de um modelo teórico para adoção da prática de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 38, n.2, 2008. Disponível em: <http://www.sbafs.org.br/_artigos/70.pdf> e em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/index.php?m=pesquisa%2Fsimples&search_term1=DUMITH&x=13&y=10>. 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://blast.activelivingbydesign.org/fileadmin/template/documents/Dunn.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2011.

ENGELS, F. **A origem da família da propriedade privada e do Estado**. Rio de Janeiro: Global Editora, 1986.

ESTADO DE MINAS. Fundação João Pinheiro. **Relatório: IDH-M 2001 a 2009**: 2010. Disponível em <http://www.fjp.gov.br/index.php/servicos/82-servicos-cepp/1180-pnads-2001-2009-indicadores-e-indices-de-desenvolvimento-humano->. Acesso em: 01 abr. 2011.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. **Vital and Health Statistics**. [2009]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_249.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2011.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

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

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.

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.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultado do Censo 2010**. 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766. Acesso em: 01 abr. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. n. 8. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfildamulher/perfilmulheres.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População do Brasil. **Notícia a imprensa**, 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1272. Acesso em: 05 mar. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultado do Censo 2010**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/censo2010/piramide_etaria/index.php. Acesso em: 04 mar. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas Completas de Mortalidade. **Notícia a imprensa**, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1767. Acesso em: 06 Mar. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. **Uma análise das condições de vida da população brasileira**, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf. Acesso em 06/03/2011. Acesso em: 06 mar. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**, [2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm>. Acesso em: 06 mar. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. **Uma análise das condições de vida da população brasileira**, 2008. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/sintese_indic/indic_sociais2008.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD 2009: rendimento e número de trabalhadores com carteira assinada sobem e desocupação aumenta. **Sala de Imprensa: pesquisa nacional por amostra de domicílios**, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708>. Acesso em: 11 mar. 2011.

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.

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.

LAAKSONEN, D. E. *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.

LUZ, M.I.T. As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, v. 9, p.8-19, maio 2008. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2481.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

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

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. 2010. **Notícias**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/gerapdf.php?id01=3038>. Acesso em: 03 abr. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Empresa de Transportes e Trânsitos de Belo Horizonte. Disputa põe carro em xeque. **Notícia a imprensa**. [2009]. Disponível em: <http://www.bhtrans.pbh.gov.br/porta/page/porta/porta/publico/Imprensa/disputa%20carro%20xeque>. Acesso em: 17 mar. 2011.

RHODES, R.E.; SMITH, N. E. I. Personality correlates of physical activity: a review and meta-analysis. **Br. J. Sports Med**, v. 40 p. 958-965, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17124108>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

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.

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.

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 Editora e Gráfica, 2008. p. 31-49

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.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Promotion Glossary**. 1998. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 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.

Leituras obrigatórias

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Caderno de Atenção Básica**, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf> Acesso em: 16 mar. 2011.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

LUZ, M.I.T. As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA**. Brasília, v. 9, p.8-19, maio 2008. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2481.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

Apoio



Ministério
da Educação



Ministério do
Desenvolvimento, Indústria
e Comércio Exterior

Secretaria de Gestão do Trabalho
e da Educação na Saúde

Ministério
da Saúde



Realização



UFMG

