

Educação Física: atenção à saúde do adulto

Kátia Euclides de Lima e Borges
Emmi Myotin

Educação Física: atenção à saúde do adulto

Kátia Euclýdes de Lima e Borges
Emmi Myotin

Belo Horizonte
NESCON - UFMG
2019

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>.

ATUALIZE-SE

Novos protocolos editados por autoridades sanitárias, pesquisas e experiências clínicas indicam que atualizações e revisões nas condutas clínicas são necessárias. Os autores e os editores desse curso fundamentaram-se em fontes seguras no sentido de apresentar evidências científicas atualizadas para o momento dessa publicação. Leitores são, desde já, convidados à atualização. Essas recomendações são especialmente importantes para medicamentos e protocolos de atenção à saúde.

Recomenda-se a consulta a fontes de pesquisa correlatas:

Biblioteca Virtual do Nescon.

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>>

Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES) - UNA-SUS.

Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/>>

B732e Borges, Kátia Euclides de Lima e
Educação física : atenção à saúde do adulto / Kátia Euclides de Lima
e Borges, Emmi Myotin. -- Belo Horizonte : NESCON / UFMG, 2019.
101p. : il.

ISBN: 978-85-60914-53-1

1.Educação física e treinamento. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde
do adulto. 4. Promoção da saúde. I. Myotin, Emmi. II. Universidade Federal de Minas
Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. IV. Título.

NLM: WA 300

CDU: 371.73

CRÉDITOS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro da Saúde: Ricardo Barros
Secretário de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde: Rogério Luiz Zeraik Abdalla
Secretário de Atenção à Saúde: Francisco de Assis Figueiredo
Secretário Executivo da Universidade Aberta do SUS: Manoel Barral-Netto

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Ministro: Rossieli Soares da Silva
Secretário da Educação Superior da SESU: Paulo Barone

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

Reitora: Sandra Regina Goulart Almeida
Vice-Reitor: Alessandro Moreira
Pró-Reitor de Pós-Graduação: Fábio Alves
Pró-Reitora de Extensão: Cláudia Mayorga
Diretora do Centro de Apoio à Educação a Distância: Eliane Marina Palhares Guimarães
Coordenador do Sistema Universidade Aberta do Brasil na UFMG (EAD-UFMG): Maria do Carmo Barros de Melo
Coordenador Universidade Aberta do SUS na UFMG: Edison José Corrêa

Faculdade de Medicina

Diretor: Humberto José Alves
Vice-Diretora: Alamanda Kfoury Pereira

Escola de Enfermagem

Diretora: Sônia Maria Soares

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Diretor: Gustavo Pereira Côrtes

Faculdade de Odontologia

Diretor: Henrique Pretti

Conselho Regional de Educação Física de Minas Gerais – (CREF6/MG)

Presidente: Claudio Augusto Boschi

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

Diretor: Francisco Eduardo de Campos
Vice-Diretor: Edison José Corrêa
Coordenador Acadêmico: Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Coordenadora Administrativa e Financeira: Mariana Lélis

Coordenadora de Design Educacional (DE): Sara Shirley Belo Lança

Gerente de Tecnologias da Informação (TI): Gustavo Storck

Gestora Acadêmica: Roberta de Paula Santos

Revisor Institucional: Edison José Correa e José Maurício Carvalho Lemos

Coordenação Técnico-Pedagógica Educação Física: Kátia Euclydes de Lima e Borges e Gisele Marcolino Saporetti

Coordenação Técnico-Pedagógica: Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro e Maria Rizioneide Negreiros de Araujo

Produção

Desenvolvimento Web e Administração Moodle:

Daniel Lopes Miranda Junior, Leonardo Freitas da Silva Pereira, Simone Myrrha

Apoio Técnico: Leonardo Aquim de Queiroz

Michel Bruno Pereira Guimarães

Designer Educacional: Angela Moreira

Ilustrador: Bruno de Moraes Oliveira

Web Designer: Juliana Pereira Papa Furst

Produtor Audiovisual: Edgard Antônio Alves de Paiva

Diagramadora: Giselle Belo Lança Antenor Barbosa

Secretaria editorial / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva Nescon / UNA-SUS/UFMG:

(<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br>>)

Faculdade de Medicina /Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Av. Alfredo Balena, 190 – 7º andar

CEP 30.130-100

Belo Horizonte – MG – Brasil

Tel.: (55 31) 3409-9673

Fax: (55 31) 3409-9675

E-mail: comunicacao@nescon.medicina.ufmg.br

Sumário

Apresentação das autoras	6
Apresentação	7
Unidade 1 - Responsabilidades do Profissional de Educação Física na Estratégia Saúde da Família	11
Seção 1 - Saúde da Família: a inserção do Profissional de Educação Física na Estratégia Saúde da Família...	14
Seção 2 - Responsabilidades do Profissional de Educação Física no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).....	19
Unidade 2 - A atividade física na promoção da saúde e na prevenção contra doenças não transmissíveis no adulto.....	25
Seção 1 - A vida adulta.....	27
Seção 2 - Aspectos do sedentarismo na vida adulta.....	30
Seção 3 - Determinantes e condicionantes da atividade física na vida adulta.....	55
Unidade 3 - Orientações e recomendações para a prática de atividade física na vida adulta	73
Educação Física: atenção à saúde do adulto - Considerações Finais	89
Referências.....	91

Apresentação das autoras

Kátia Euclides de Lima e Borges

Membro da Coordenação Técnica e Pedagógica da Educação Física do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Professora Adjunta aposentada do Departamento de Esportes da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutora em Ciências do Desporto pela Universidade do Porto, Portugal, e mestre em Educação pela American University, USA. Participou como professora convidada do Programa de Mestrado em Ciências do Desporto da Universidade de Porto, Portugal, do Programa ERASMUS da Comunidade Europeia e como tutora a distância do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG/Programa Phila, turma de Educação Física.

Emmi Myotin

Professora aposentada do Departamento de Educação Física da Universidade Federal de Viçosa. Doutora em Psicologia Social pela Loughborough University (Reino Unido). Mestre em Ciência do Movimento Humano pela Universidade Federal de Santa Maria e em Psicologia na Universidade Federal de Minas Gerais. Graduada em Educação Física pela Universidade de São Paulo e em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Participou como tutora a distância do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG, para Profissionais de Educação Física/Programa Phila.

Educação Física: atenção à saúde do adulto

Apresentação

Esta publicação integra uma série de três módulos – 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 para os 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 da atenção à saúde do adulto, tomando como referência a faixa etária de 20 a 59 anos, inclusive. As faixas etárias para crianças e adolescentes (até 19 anos, inclusive) e para o idoso (60 anos ou mais) serão analisadas nos outros dois cadernos. Nesta publicação será utilizado o conceito do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) que considera idosas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

O aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) 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 enfermidades cardiovasculares, o *diabetes mellitus*, as doenças cerebrovasculares, as doenças respiratórias obstrutivas, a asma e as neoplasias e indica a prática regular de atividade física como uma intervenção não medicamentosa para a prevenção das doenças não transmissíveis ou crônicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

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

DNT E DCNT

Neste trabalho, em alguns momentos, serão utilizados os termos Doenças Não Transmissíveis (DNT), para indicar um grupo amplo de doença sem um microrganismo como agente causador, ou seja, sem um agente infeccioso, e o termo Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), para nomear um grupo de doenças sem um microrganismo como agente causador, de longo curso e sem, até o momento, um tratamento específico para cura (GUANAIS; DOURADO; MACINKO, 2011).

Para percebermos o impacto das doenças crônicas não transmissíveis nos custos dos sistemas de saúde, discutiremos dados de dois países: Reino Unido e Brasil.



O Reino Unido, com população de 60,2 milhões de habitantes em 2005, gastou 12 bilhões de libras esterlinas (por volta de 54 bilhões de reais) nos tratamentos das doenças crônicas não transmissíveis e projeta gastar, no ano de 2025, no mínimo, 15,6 bilhões de libras (por volta de 68 bilhões de reais).

Ressalta-se ainda que, com a atual crise econômica e política que o Brasil está atravessando desde o ano de 2014, as projeções de gastos do governo com a saúde dos brasileiros só irão aumentar. O Relatório do Conselho Federal de Medicina e da Organização Não Governamental Contas Abertas, com dados publicados no *site* da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO (2016), apontou que o Brasil investiu, no ano de 2013, em termos de investimento *per capita* do setor público da saúde, um montante abaixo da média dos países das Américas – o investimento foi menor em torno de 70%, comparativamente.



A OMS revelou ainda que, no ano de 2014, foram destinados, do orçamento público brasileiro, 6,8% para a área da saúde, enquanto no mundo a média orçamentária para a área era de 11,7% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

O Relatório do Conselho Federal de Medicina, anteriormente mencionado, apontou que, nesse mesmo ano, 2014, o governo brasileiro teve um gasto diário de R\$ 3,89 com a saúde de

cada brasileiro, montante, comparativamente, também abaixo da média de gastos, quando comparado com o de outros países das Américas (ABRASCO, 2016).

Por outro lado, o Relatório Global sobre Doenças Crônicas não Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014) indicou que grande parte das mortes por essas doenças seriam evitáveis com a adoção de medidas preventivas. Os dados apresentados no Relatório apontaram que, das 38 milhões de mortes ocorridas em 2012 devido às DCNT, 42% eram “prematuras e evitáveis”.

PARA SABER MAIS!!!

Verifique as projeções para as taxas de morte de indivíduos de idade entre 15 e 60 anos ao redor do mundo, realizadas no ano de 2015. Disponível em:

http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/adult_mortality/atlas.html

Observa-se que, mesmo o Brasil reduzindo sua taxa de crescimento populacional em 0,291% em 2025, como projetado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o crescimento das taxas de internação por DCNT será capaz de desequilibrar ainda mais o custeio da saúde no país, justamente pelo fato de o grupo populacional adulto, em transição para o terceiro ciclo da vida, ser bastante numeroso (IBGE, 2008).

Essa interpretação indica que, se não trabalharmos com determinação para ocorrerem alterações expressivas no cenário da saúde pública, principalmente na promoção da saúde e na prevenção contra as doenças crônicas não transmissíveis entre os adultos, as projeções financeiras serão cumpridas, e os cuidados de saúde necessários para os nossos usuários adultos e idosos, certamente, irão piorar.



O cenário apresentado prediz ser esse o principal estímulo para que se conheçam mais as contribuições de uma vida adulta fisicamente ativa, com vistas à melhoria da qualidade de vida dos adultos brasileiros e à redução das taxas das DNT no país. Decorre daí o avanço nas discussões sobre as contribuições dos Profissionais de Educação Física para a consolidação da 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 da saúde e da prevenção contra as DNT nas atuais condições de vida e de saúde dos brasileiros adultos. Você será convidado

a escrever e a discutir os desafios de motivar e orientar atividades físicas no cenário de atuação da equipe do NASF-AB e em outros projetos que focalizam esse cenário. Este módulo está dividido em três unidades:

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

Unidade 2 – A atividade física na promoção da saúde e na prevenção contra doenças não transmissíveis no adulto;

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

Assim, nesse 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 com os desafios de os adultos adotarem uma vida fisicamente ativa, mas também com a importância da promoção da saúde e da prevenção contra as DNT para a vida dos brasileiros adultos e idosos.



Para o bom aproveitamento dos conteúdos apresentados no módulo, é importante que você realize todas as atividades propostas, discuta com o tutor as dúvidas não esclarecidas e participe no Fórum, contribuindo, juntamente com seus colegas, para a melhor compreensão dos desafios de tornar a prática de atividades físicas um ato de prazer entre os adultos.

Dito isso, este é o momento de você assumir o desafio de trabalhar em equipe para transformar o modo de vida das pessoas adultas, estimulando-as a adotar a prática regular de atividades físicas e a assumir o compromisso de envelhecerem ativa e saudavelmente. Vamos juntos, de maneira proativa, com determinação e de forma compartilhada, enfrentar o crescente desafio tanto do sedentarismo como da inatividade física entre os adultos brasileiros.

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

- analisar as principais responsabilidades de um Profissional de Educação Física no Núcleo Ampliado de 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 do processo de estimular e orientar a prática de atividades físicas na promoção de saúde e na prevenção contra as doenças não transmissíveis no adulto;
- elaborar um plano de ação para estimular as práticas corporais/atividades físicas entre adultos de uma comunidade.

Unidade 1

Responsabilidades do Profissional de
Educação Física na Estratégia Saúde
da Família

Unidade 1

Responsabilidades do Profissional de Educação Física na Estratégia Saúde da Família

Nesta Unidade 1, 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 esta Unidade é comum aos três módulos relativos à Educação Física, se você já teve oportunidade de estudá-la em outro módulo, faça uma leitura dinâmica dela. Leia novamente os quadros.

Vamos conhecer ou relembrar alguns conceitos importantes para o nosso trabalho.

GLOSSÁRIO

Atividade física (AF): é entendida como qualquer movimento corporal que é produzido pela contração da musculatura esquelética e que aumenta o gasto de energia (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2009). São exemplos de atividades físicas: tomar banho, dirigir, pintar, tocar um instrumento, andar, brincar, passear, fazer compras, trabalhar, dançar, jogar, varrer, jardinar e praticar exercícios físicos.

Autonomia: é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

Conceito de saúde: entende-se que saúde é um meio, um recurso para a vida das pessoas, não o objetivo da vida (FARIA *et al.*, 2017).

Dependência: significa não ser capaz de realizar as atividades cotidianas sem a ajuda de outra pessoa (BRASIL, 2006b).

Envelhecimento ativo: envelhecimento ativo é o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, com o objetivo de aumentar a qualidade de vida quando as pessoas envelhecem. É um termo utilizado para transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável” e reconhecer outros fatores, além de cuidados de saúde que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

Envelhecimento: a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patogênico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (BRASIL, 2006b).

Exercício físico: é uma atividade física planejada, estruturada e repetitiva para aumentar ou manter um ou mais componentes da aptidão física, que é definida operacionalmente como o estado de bem-estar com baixo risco de problemas prematuros de saúde e disposição (*energy*) para participar de uma variedade de atividades físicas (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2009).

Independência: significa ser capaz de realizar as atividades sem a ajuda de outra pessoa. De maneira similar, a Organização Mundial da Saúde entende como a capacidade de viver independentemente na comunidade, sem ou com pouca ajuda de outra pessoa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

Práticas corporais: são práticas que estimulam a interação mente-corpo, proporcionam ao participante mais consciência da sua integralidade como ser humano, levando à melhoria da qualidade de saúde e de vida, atuando na promoção à saúde, na prevenção e como auxílio no tratamento de doenças e contribuindo também para a humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2010a).

Promoção da Saúde: é concebida como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, voltados para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva. Portanto, promoção da saúde “é o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre como melhorar a sua saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Qualidade de vida: qualidade de vida é um construto psicológico que tem sido comumente definido como uma decisão/julgamento consciente da satisfação que um indivíduo tem em relação à sua própria vida (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2009).

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

Senescência: compreende o envelhecimento como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema (BRASIL, 2006b).

Senilidade: é entendida como envelhecimento em condições de sobrecarga, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, que pode ocasionar uma condição patogênica que requeira assistência (BRASIL, 2006b).

Taxa de natalidade: número de pessoas que nascem, por 1.000 habitantes, durante 1 ano. (VASCONCELOS; GOMES, 2012)

Taxa de fecundidade: número médio de filhos que uma mulher teria ao final de sua idade reprodutiva. (VASCONCELOS; GOMES, 2012)

Taxa de mortalidade: número de pessoas que morrem, por 1.000 habitantes, durante 1 ano. (VASCONCELOS; GOMES, 2012)

Seção 1

Saúde da Família: a inserção do Profissional de Educação Física na Estratégia Saúde da Família

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), também denominada Atenção Básica à Saúde (ABS), como eixo estruturante do atual modelo assistencial e, dessa forma, reorientar suas estratégias para o Sistema Único de Saúde (SUS). A Saúde da Família foi definida como o eixo reorientador do sistema, pelo entendimento de que a complexidade necessária para se cuidar da saúde humana exige trabalho em equipe e pelo fato de que o indivíduo não pode ser visto como elemento isolado do ambiente 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 melhor compreensão das dificuldades e potencialidades humanas e ambientais existentes no território, mais participação e corresponsabilização da comunidade no processo e, conseqüentemente, mais efetividade na solução dos problemas.

O avanço de tal envergadura na visão política do modelo assistencial brasileiro gerou expressiva mudança no processo de trabalho dos profissionais e das equipes, pela possibilidade de reorganização das intervenções e ações.

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica – AB e Atenção Primária à Saúde – APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento.

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

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 a composição de uma equipe mínima, constituída por um médico, um enfermeiro, um técnico ou um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Entretanto, era 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 apresentava.

Essa é uma tarefa árdua 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 destes 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 equipe de Saúde da Família como movimento de reorientação do modelo de atenção em nosso país, possibilitando a agregação de outros profissionais de saúde na Atenção Básica (BRASIL, 2008).

A proposta do NASF teve, historicamente, como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica e melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde. Contudo, ressalta-se aqui que o NASF nunca foi planejado para ser a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2017a).

Recentemente, o Ministério da Saúde decidiu pela revisão das diretrizes e da organização da Atenção Básica, propondo que as equipes multiprofissionais, a partir da publicação da Portaria nº 2.436, fossem também apoio não só das equipes de Saúde da Família, mas, também, das equipes de Atenção Básica. Essa mudança ocasionou a mudança da denominação do NASF para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

O Ministério aponta, nessa nova Portaria, que todos os estabelecimentos que prestam serviços e ações de Atenção Básica ao SUS são considerados possíveis locais de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017a).

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA - São Princípios e Diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) a serem operacionalizados na Atenção Básica (BRASIL, 2017b):

I - Princípios:

- a) Universalidade
- b) Equidade
- c) Integralidade

II - Diretrizes:

- a) Regionalização e hierarquização
- b) Territorialização
- c) População adscrita
- d) Cuidado centrado na pessoa
- e) Resolutividade
- f) Longitudinalidade do cuidado
- g) Coordenação do cuidado
- h) Ordenação da rede
- i) Participação da comunidade

PARA SABER MAIS!!! NASF-AB

Para saber mais sobre o NASF- AB (BRASIL, 2017a), acesse o *site*:
<<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>.

Cabe às secretarias estaduais de saúde assessorar os municípios na definição dos territórios e na vinculação dos NASF-AB às equipes da Atenção Básica à Saúde (ABS) e Saúde da Família (SF); acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASF-AB; assessorar e realizar avaliação, assim como acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos núcleos.

Destaca-se que as equipes de Saúde da Família e Atenção Básica devem atender uma população adscrita, com alvo de atendimento de 2.000 a 3.500 pessoas, ou seja, um grupo populacional localizado dentro do seu território de responsabilidade. Entretanto, além dessa faixa alvo de atendimento, pode haver outro redimensionamento do grupo populacional a ser atendido, uma vez que sejam avaliados os riscos e as vulnerabilidades de grupos específicos. Entre as especificidades de formação das equipes de Saúde da Família estão, por exemplo, as equipes para atender a população ribeirinha da Amazônia Legal e a Pantaneira. Os NASF-AB permaneceram com a formação estabelecida até 2012: NASF 1, NASF 2 e NASF 3.

PARA SABER MAIS!!!

Para saber mais sobre as formações do NASF, consulte a Portaria GM/MS n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que “Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências”.

Confira no *site*:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>.

EQUIPE DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (BRASIL, 2017A) – COMPETÊNCIAS:

- a. participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na atenção básica a que estão vinculadas;
- b. contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto em sanitários;
- c. realizar discussão de casos, atendimento individual compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, dentre outros, no território.

A definição das categorias profissionais a serem organizadas para uma área adscrita é responsabilidade do gestor local, devendo ser escolhidas de acordo com as necessidades do território. Entre os profissionais que podem compor as equipes dos NASF-AB estão: Médico Acupunturista; Assistente Social; **Profissional de Educação Física**; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica); Médico do Trabalho; Médico Veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja,

profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, ou graduado diretamente em uma dessas áreas, conforme normativa vigente.

Considerando os objetivos e as características do NASF-AB, 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, AB e os usuários e suas famílias.

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

Novas áreas estratégicas associadas ao NASF- AB

O Ministério da Saúde, em 2010, indicou as seguintes áreas:

1. Saúde da criança/do adolescente e jovem;
2. Saúde mental;
3. Reabilitação/saúde integral da pessoa idosa;
4. Alimentação e nutrição;
5. Serviço social;
6. Saúde da mulher;
7. Assistência farmacêutica;
8. Práticas corporais/atividade física;
9. Práticas integrativas e complementares.



Analisando essas áreas estratégicas, é fácil entender por que a equipe do NASF-AB necessita apresentar um perfil multiprofissional, pois somente uma equipe estrategicamente bem definida pode alcançar, de maneira satisfatória, os objetivos definidos para todas essas áreas. Assim, a inclusão dos Profissionais de Educação Física às equipes dos NASF-AB fortalece e amplia todas as possíveis intervenções dessas equipes.

Seção 2

Responsabilidades do Profissional de Educação Física no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

Para uma contextualização adequada das responsabilidades do Profissional de Educação Física no NASF-AB, é fundamental ter clareza sobre o que é o NASF criado em 2008. Para uma caracterização ampla e precisa, as informações fornecidas pelo Caderno de Atenção Básica nº 39 (BRASIL, 2014, p. 18) sobre o que é o NASF são apresentadas a seguir.

O QUE É O NASF

“É uma equipe formada por diferentes profissões e/ou especialidades.

Constitui-se como apoio especializado na própria Atenção Básica, mas não é ambulatório de especialidades ou serviço hospitalar.

Recebe a demanda por negociação e discussão compartilhada com as equipes que apoia, e não por meio de encaminhamentos impessoais.



Deve estar disponível para dar suporte em situações programadas e também imprevistas.

Possui disponibilidade, no conjunto de atividades que desenvolve, para realização de atividades com as equipes, bem como para atividades assistenciais diretas aos usuários (com indicações, critérios e fluxos pactuados com as equipes e com a gestão).

Realiza ações compartilhadas com as equipes de Saúde da Família, o que não significa, necessariamente, estarem juntas no mesmo espaço/tempo em todas as ações.

Ajuda as equipes a evitar ou qualificar os encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção. Ajuda a aumentar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica, agrega novas ofertas de cuidado nas UBS e auxilia a articulação com outros pontos de atenção da rede.

Partindo das informações anteriores sobre o NASF e da perspectiva atual de ampliação do mesmo para NASF-AB, é possível perceber que as áreas estratégicas associadas ao NASF-AB não se remetem à atuação específica e exclusiva de uma categoria profissional. Dessa forma, o processo de trabalho será caracterizado fortemente por ações compartilhadas, visando a 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-AB, da mesma maneira que o Profissional de Educação Física deve participar de ações de outras categorias profissionais.

O Quadro 1 apresenta as atribuições comuns a todos os integrantes da equipe (BRASIL, 2010a, p. 23).

Quadro 1 - Atribuições comuns aos diversos membros da equipe



Para além das atribuições gerais à equipe do NASF-AB, algumas diretrizes específicas ao Profissional de Educação Física foram apresentadas pelo Ministério da Saúde em 2010 e sumarizadas no Caderno de Atenção Básica nº 27: Diretrizes do NASF. Essas diretrizes, relacionadas ao conhecimento nuclear do Profissional de Educação Física, não devem ser interpretadas, entretanto, como únicas e exclusivas desse 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, 2010a, p. 128 - 129).

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, da promoção, do tratamento e da reabilitação.
6. Divulgar informações que possam contribuir para adoção de modos de vida saudáveis por seção da comunidade.
7. Desenvolver ações de educação em saúde reconhecendo o protagonismo dos sujeitos na produção e apreensão do conhecimento e a 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 da 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 da avaliação dos resultados das intervenções.
12. Fortalecer o controle social na saúde e a organização comunitária como princípios de participação política nas decisões afetas à comunidade ou população local.

PARA SABER MAIS – VERSÃO 2017 DA PNAB

Recomendamos que você veja, especialmente, a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Verifique sua existência na unidade de saúde: se não estiver disponível, imprima dois volumes, um para seus colegas do NASF - AB, na unidade, e outro para sua consulta e biblioteca.

Partindo das atribuições comuns aos integrantes das equipes, verifica-se o objetivo comum a todos os profissionais da Atenção Básica de contribuir para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada. Contudo, sabemos que essa situação, desejável, não acontecerá de forma espontânea e natural. É provável que dificuldades relacionadas à “inércia” no trabalho (“cultura institucional vigente”) se façam presentes. Assim, muitas vezes, os indivíduos ou grupos não conseguem romper, imediatamente, com a força da cultura institucional. Por isso, é necessário que os profissionais do NASF-AB 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 !!!

Considerando o contexto atual das políticas públicas de Educação e Saúde, o Conselho Federal de Educação Física (AZEVEDO *et al.*, 2017) 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. O documento está disponível em: <http://www.listasconfef.org.br/arquivos/Livro_Recomendacoes.pdf>.

Responsabilidades do Profissional de Educação Física na Estratégia Saúde da Família

Concluindo

Esta Unidade 1, constituinte dos três módulos – 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 – esteve focada na perspectiva do trabalho do Profissional de Educação Física como membro do Núcleo Ampliado de Saúde da Família na Atenção Básica à Saúde.

O objetivo educacional que lhe propusemos é que, ao final do módulo, você fosse capaz de analisar as principais responsabilidades advindas da inserção do Profissional de Educação Física na Estratégia Saúde da Família, especialmente no Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Atenção Básica (NASF-AB). Cabe-lhe refletir sobre o cumprimento desse objetivo, embora você possa retomá-lo a qualquer momento por meio da releitura da Unidade.

A seguir, apresentamos – para complementar o estudo da atenção à saúde do adulto – a Unidade 2: A atividade física na promoção da saúde e na prevenção contra doenças não transmissíveis no adulto, e a Unidade 3: Orientações e recomendações para a prática de atividade física na vida adulta.

Unidade 2

A atividade física na promoção da saúde e na prevenção contra doenças não transmissíveis no adulto

Unidade 2

A atividade física na promoção da saúde e na prevenção contra doenças não transmissíveis no adulto



No processo das ameaças à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a inserção do Profissional de Educação Física no NASF-AB é valorosa, com vistas a estimular e orientar os adultos a aderirem a uma vida fisicamente ativa. Essa adesão a um modo de vida mais ativo possibilitará torná-los mais saudáveis, com possibilidade de viverem todos os ciclos da vida com qualidade e dignidade, como também de maneira mais participativa e politicamente mais engajados com as questões das comunidades onde vivem.

Nesta unidade vamos trabalhar com dados demográficos, epidemiológicos, determinantes e condicionantes da adesão às atividades físicas e sua sustentabilidade, associando-os à realidade da população adulta. Assim, você poderá também associar estes dados aos dos adultos do território ou dos territórios nos quais você atua.

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

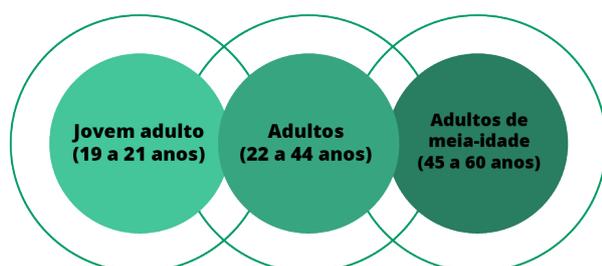
- compreender as características da vida adulta;
- associar transformações demográficas com as epidemiológicas sobre o modo e os hábitos de vida dos adultos;
- identificar os determinantes e condicionantes para uma vida adulta ativa fisicamente.

Avaliamos ser importante para o profissional que atua na área de Atenção Primária à Saúde compreender o panorama geral do sedentarismo e da inatividade física na vida adulta, as particularidades expressas nesse cenário e as possíveis leituras que afloram das associações estabelecidas entre os diferentes elementos que o compõem.

Seção 1

A vida adulta

A vida adulta abrange um longo período que, em alguns países, inicia-se aos 20 anos e se estende até os 60 ou 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 20 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, 2003, 2017b).



Por outro lado, é interessante observar que o ECA utiliza o termo “jovem adulto” para definir a faixa etária entre 19 e 21 anos. Há também alguns termos para denominar as outras faixas etárias desse ciclo da vida, por exemplo: adulto para a faixa etária de 22 a 44 anos e meia-idade para as pessoas que têm 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 financeira quanto emocionalmente, de outro adulto e muitos prolongam o período estudantil.

Se, por um lado, os jovens adultos não apresentam sérios problemas de saúde, uma vez que nessa fase há menos ocorrência de doenças crônicas, por outro lado, eles estão mais expostos aos acidentes de trânsito, à violência urbana, aos conflitos com outros jovens, ao aumento do peso, aos traumas esportivos, 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 se definido por permanecerem solteiros. Contudo, é importante evidenciar que, a partir dessa fase, muitas diferenças no estilo de vida entre os homens e as mulheres tomam contornos mais definidos, por exemplo, a consolidação profissional no mercado formal de trabalho pelos homens e a definição pela maternidade por parte das mulheres. A fase adulta desse ciclo é repleta de importantes consolidações de objetivos e aspirações da vida, mas é também uma fase na qual transições subjetivas e sociais importantes ocorrem, nomeadamente: não ser filho – ser pai ou não ser funcionário – ser chefe, etc.



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



O adulto de meia-idade, de 45 a 60 anos, encontra-se num período de prolongamento das experiências iniciadas nas fases anteriores, no que se refere aos cuidados com a família, com a carreira e com a vida afetiva. Para alguns adultos de meia-idade, essa fase pode significar um período de certa estabilidade na vida, 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, por exemplo: a autoestima corporal passa por adaptação devido à alteração da força física; há também o confronto entre a figura de avô e as aspirações profissionais, bem como a realidade do mercado de trabalho. Como nas fases anteriores, os homens e as mulheres se adaptam de maneira diferente a essa fase da vida adulta.

O diagnóstico de doenças, como as crônicas não transmissíveis, pode significar para o adulto de meia-idade assumir posição de vítima ante os familiares e amigos, de afastamento social e de desmotivação da vida produtiva. Porém, esse 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.



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

Seção 2

Aspectos do sedentarismo na vida adulta

Posteriormente ao entendimento de características, complexidade e desafios da vida adulta, vamos situar o adulto brasileiro no panorama demográfico nacional e associá-lo aos hábitos e às doenças, para que você compreenda uma condição que necessita ser transformada.

Porém, antes de conhecermos e refletirmos sobre esses importantes assuntos, vamos rapidamente compreender melhor algumas transformações que foram ocorrendo ao longo dos séculos no modo de vida do ser humano.

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, uma concentração demográfica nas cidades (ENGELS, 1986). Atualmente, são características peculiares dos centros urbanos: a grande quantidade de contatos interpessoais; a concentração e a transmissão 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); a presença ou não da indústria (para a produção de bens) e o acesso quase ilimitado às novas tecnologias no mundo do trabalho, familiar e doméstico. Toda essa rede está consolidada por uma infraestrutura de equipamentos, públicos e privados, que ofertam serviços remunerados ou não. Por esse foco, mesmo as cidades de pequeno porte são consideradas centros urbanos.

Para avançarmos nessa análise, é relevante entendermos alguns dos principais impactos dessas transformações no processo de mudança do modo de vida dos adultos e as possíveis consequências disso em sua vida e saúde.

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, nesse 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 – e a adaptação a um estilo de vida urbano, no qual prevalece a fragmentação do processo de trabalho, a industrialização, a oferta de serviços, a hipervalorização das novas tecnologias, tanto no mundo do trabalho como na vida pessoal, a extrema valorização do consumo de bens materiais, a imposição

de ritmo externo e vários condicionantes para a manutenção da vida familiar, condições de vida que demandam “corpos dóceis”, de acordo com terminologia de Foucault (1987) para esclarecer o poder das instituições sobre as pessoas.

Nesse cenário de adoção de vida urbana, alguns componentes importantes para o estabelecimento de uma vida adulta saudável foram sendo alterados, nomeadamente: a alimentação; a forma, a estrutura e a qualidade dos laços sociofamiliares; a estrutura e a economia da vida subjetiva; a condição de habitação; a quantidade e a qualidade dos movimentos físicos, entre outros.

PROBLEMATIZANDO A PRÁTICA - O TERRITÓRIO

Muitas informações sobre o processo de urbanização do município são relevantes para você aprender sobre a realidade do território no qual você e sua equipe trabalham. Você já verificou as novas informações demográficas e epidemiológicas do município no qual você e sua equipe trabalham? Você foi capaz de identificar as principais características do processo de urbanização do município em que atua profissionalmente? O impacto do processo de urbanização da sua cidade é semelhante ou diferente do de outras cidades que você conhece?

Para estudar as implicações das transições demográfica, epidemiológica e o modo de vida da população adulta e suas associações com o processo de saúde e de doença, utilizaremos alguns documentos, como os censos de diferentes anos, e realizaremos a análise das condições de vida da população brasileira, tendo como referência as Sínteses de Indicadores Sociais (SIS) e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (IBGE, 2000, 2002, 2008, 2010d, 2010b, 2017; BRASIL, 2006, 2009, 2017c).

População residente no Brasil

Em 2010, com população de 185.712.713 habitantes, o Brasil possuía, aproximadamente, 57,5% de sua população na faixa etária adulta habitando 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 revelam que, além de termos nos transformado em um país de adultos urbanos, as mulheres são a maioria dos indivíduos nessas condições (IBGE, 2010b).

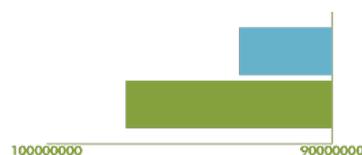
Para melhor dimensionarmos esse processo de feminização que está ocorrendo no país, recorreremos aos censos de 2000 e 2010 para verificarmos a tendência dessa transformação demográfica.

2000

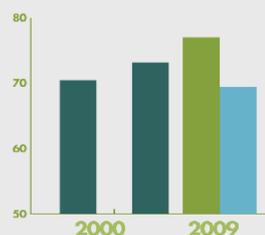
2010

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, 2010b).



Os indicadores demográficos apontam, ainda, que a expectativa de vida dos brasileiros continua a crescer.



Em 2000, essa expectativa era de 70,46 anos; em 2009 passou para 73,17 anos; e em 2016 atingiu os 75,8 anos, sendo que nesta categoria há diferença entre os sexos, com média de 79,4 anos para as mulheres e 72,9 anos para os homens.

No estado de Minas Gerais, a expectativa de vida foi identificada como sendo de 77,2 anos, com a expectativa de vida de 80 anos para as mulheres. Contudo, verifica-se que, mesmo com o crescimento da expectativa de vida destes últimos anos, o Brasil, quando comparado com outros países, permanece abaixo de países como o Japão e a Itália, em que a expectativa de vida chega à de 83 anos (BRASIL, 2017b).

Esse processo de femininização está associado também ao aumento expressivo nas taxas de mortes entre jovens adultos do sexo masculino, tendo como razão principal as mortes causadas pelas atuais taxas de violência no país (crimes, acidentes de trânsito, entre outras causas a que os jovens brasileiros estão expostos no seu dia a dia). Esse aumento vem sendo constatado desde 1980, em cuja década havia duas vezes mais chances de os homens falecerem do que as mulheres da mesma idade e, no ano de 2009, essa 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. Em 2010, o IBGE apontou que 57,2% de todas as mortes que ocorreram no Brasil foram de homens (IBGE, 2010c).

Para você compreender ainda melhor esse processo de femininização, vamos apresentar alguns aspectos da vida das mulheres adultas brasileiras, utilizando alguns dados dos relatórios SIS.



Em 2009, o Brasil já tinha a mulher como a pessoa de referência na organização familiar do tipo monoparental. O grau de instrução ainda estava associado à quantidade de filhos: as mulheres que possuíam o ensino fundamental ou superior tinham menos filhos do que as mulheres que possuíam até sete anos de estudo. As análises comparativas apontaram que, entre 2000 e 2010, houve uma diminuição global no número de filhos por mulher brasileira (IBGE, 2002, 2010a).



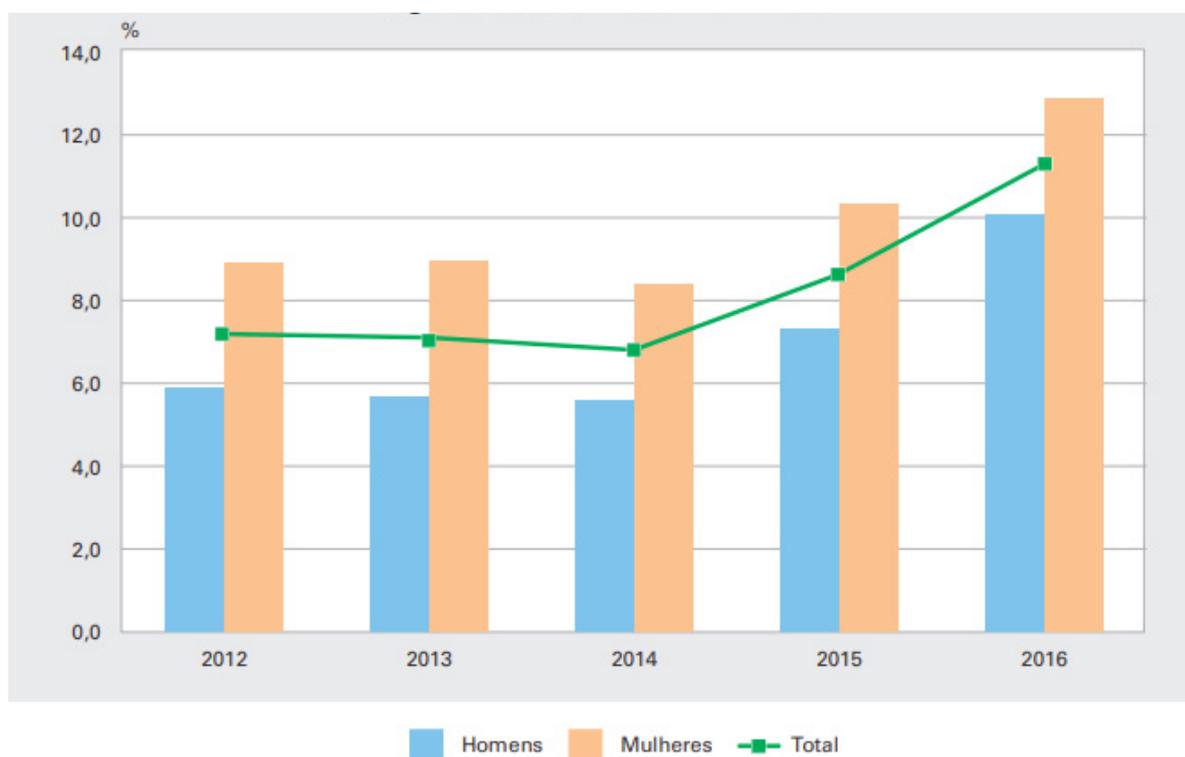
Fonte: stock.xching/ Foto: Carlos Chaves

Elas, em 2009, ocuparam 48,8% do mercado formal; no entanto, receberam aproximadamente 74,6% do rendimento médio dos homens. No que diz respeito à ocupação formal, no relatório de 2017, verifica-se que houve uma equiparação na taxa de homens e mulheres no mercado formal, com a identificação de que as mulheres tinham maior representação no trabalho entre os militares e no serviço público. Em 2016, identificou-se a constatação histórica do crescimento das mulheres no mercado de trabalho. Chama ainda a atenção o crescimento da desigualdade entre os trabalhadores brancos e os trabalhadores pretos ou pardos, pois foi verificado que, em 2016, os trabalhadores brancos ocuparam 68,6% do mercado formal, com somente um trabalhador preto ou pardo em cada cinco trabalhadores com posse da carteira de trabalho assinada (IBGE, 2010d; 2017c).



Ainda, ao verificar os dados dos indicadores sociais da população brasileira publicados em 2017, é possível constatar que as mulheres eram, em 2016, a maioria entre os desocupados (50,1%). Chama a atenção, entretanto, que 64,6% das mulheres já tinham obtido pelo menos o ensino médio completo, contra 50,0% dos homens. Essa desigualdade entre as taxas de homens e mulheres desocupados prevaleceu em todos os estados do território nacional. Destaca-se ainda que, nesse mesmo ano, os brasileiros negros e pardos eram a grande massa da população sem ocupação (IBGE, 2010d; BRASIL, 2017c).

Figura 1 - Taxa de desocupação das pessoas de 16 anos ou mais de idade, segundo o sexo – Brasil – 2012-2016



Fonte: IBGE, 2017

As horas médias de trabalho para o sexo feminino, no ano de 2009, foram de 36,5 horas semanais, mas, ao avaliar a condição da dupla jornada de trabalho, observamos que as mulheres com mais 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 nas mesmas atividades. Não se pode deixar de mencionar, diante desses números, que os dados de 2016 apontaram para a manutenção da desigualdade entre os rendimentos dos homens e das mulheres no mercado formal, com as mulheres recebendo 76,0% do valor pago aos homens. Aponta-se ainda que, nesse mesmo ano, as mulheres sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto recebiam 20,6%, e as com nível superior ou acima, 56,6% do valor pago aos homens pelo mesmo trabalho realizado (IBGE, 2010d; BRASIL, 2017c).

Em 2009, as mulheres trabalhadoras entre 16 e 24 anos ocuparam 69,2% dos trabalhos informais, e as mulheres entre 16 e 29 anos, em 2016, representavam a maior taxa de desocupação (24%) entre os grupos populacionais analisados (IBGE, 2010d; BRASIL, 2017c). Acrescenta-se ainda que, em 2016, verificou-se que a taxa de mulheres que começaram a

trabalhar com 15 anos de idade ou mais, quando comparada com a taxa de idade dos homens na iniciação ao trabalho, 14 anos ou mais, era maior, 67,5% e 55,0%, respectivamente. Entre as hipóteses para explicar a entrada tardia das mulheres no mundo do trabalho, enumera-se o maior número de anos que elas dedicam aos bancos escolares, as longas horas que dedicam ao trabalho doméstico, como também os anos dedicados à maternidade (IBGE, 2010d; BRASIL, 2017c).

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 dedicadas aos 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 apontaram que, em 2009, 5,7% dos homens continuaram os estudos, contra 6,6% das mulheres, e que eles apresentaram um ano a menos de escolaridade nessa comparação por sexo. Apesar disso, 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, apurando-se tendência ao aumento da idade masculina para a constituição familiar (BRASIL, 2006; 2010d).

Os dados sobre os indicadores sociais publicados em 2017 apontaram que houve um crescimento na taxa de desocupação dos homens, chegando a 49,9%, e entre os homens jovens a taxa de desocupação subiu para 18,9%. Uma das explicações para esse crescimento foi a diminuição da oferta de trabalho nos setores da agropecuária, construção civil e indústria, ou seja, ambientes laborais tradicionalmente de predominância masculina. Os homens nas faixas etárias entre 30 e 59 anos são os que estão mais engajados no mercado de trabalho. Por outro lado, os dados apontam que, comparando com a realidade das mulheres, os homens são os que mais trabalham por conta própria, e os rendimentos dos homens nos trabalhos informais correspondem a 50% dos rendimentos dos homens que trabalham no mercado formal. As análises indicaram ainda que os trabalhadores com baixa escolaridade foram identificados em 2016 como os que apresentavam a maior taxa de subutilização no que diz respeito à força de trabalho. A taxa foi recorde para os trabalhadores que tinham o ensino fundamental completo ou o ensino médio incompleto, 27,1% (BRASIL, 2017c).

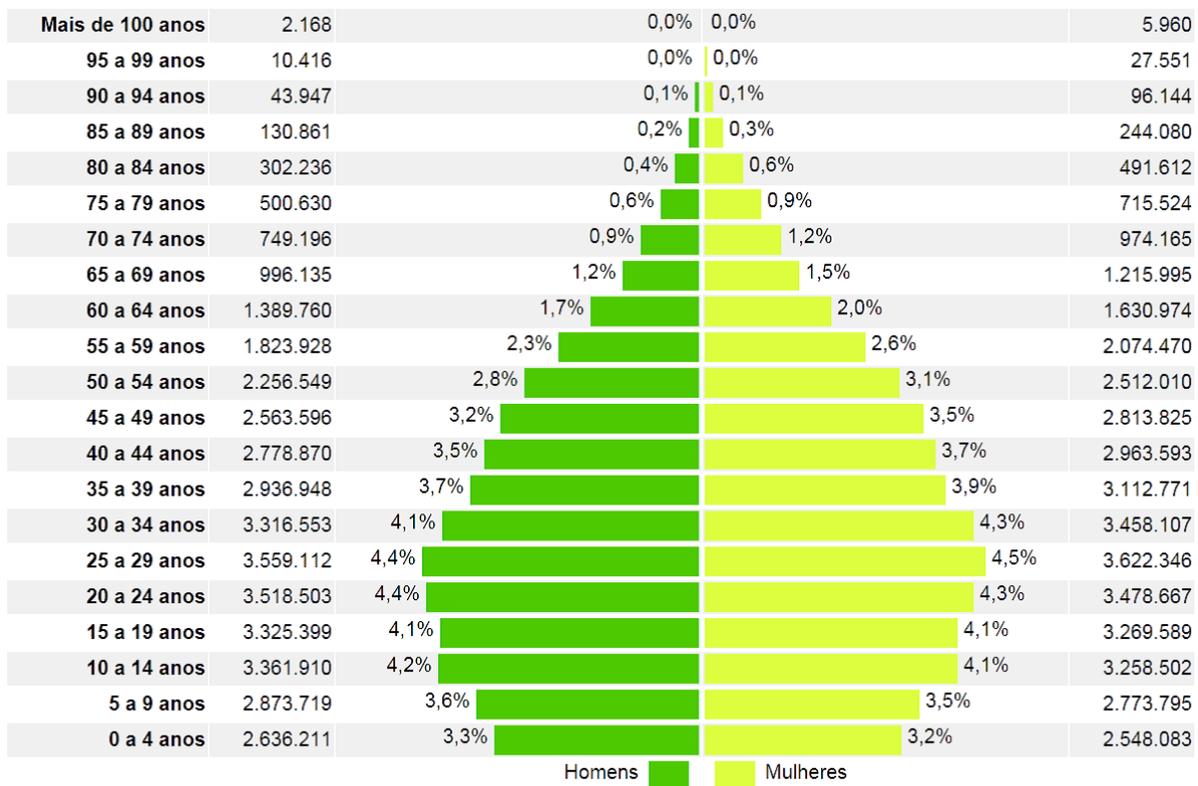
Pelos dados apresentados, podemos compreender que a população masculina brasileira está estudando menos que a feminina, que os homens mantêm-se associados ao trabalho produtivo, com aumento do trabalho por conta própria, e que continuam assumindo a vida familiar ainda jovens, constatando-se ainda ter havido a redução do mercado de trabalho para eles nestes últimos anos. Dessa maneira, podemos inferir que a média dos homens usuários do SUS está sob pressão no seu cotidiano, em decorrência da redução de oferta de trabalho e de menor oportunidade para continuar estudando para alcançar rendimentos melhores.

PROBLEMATIZANDO A PRÁTICA - FEMININIZAÇÃO

O fenômeno da femininização é uma realidade detectada pelo IBGE no cenário nacional. Como você observa esse fenômeno no território em que trabalha? 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 em que você trabalha. Uma das maneiras de melhor compreender e mapear os impactos desse fenômeno é dialogar com as mulheres e com os homens das comunidades sobre a realidade do cotidiano deles. Sugere-se que esse mapeamento esteja presente tanto para a 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.

O censo de 2010 registrou na Região Sudeste do país muitas das mesmas tendências demográficas apresentadas em âmbito nacional, ou seja, a população urbana está composta de 50,8% de mulheres. Revelou, ainda, crescimento das faixas etárias que compõem os adultos (Figura 2), indicando, como constatado pelo índice da expectativa de vida, que os brasileiros estão vivendo mais (IBGE, 2010b; BRASIL, 2017c).

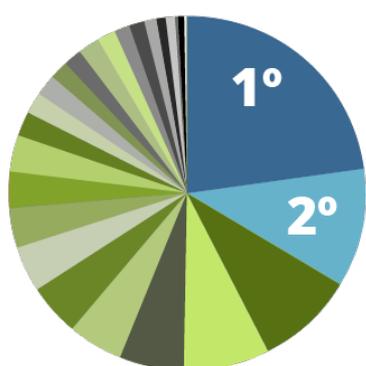
Figura 2 - Pirâmide etária da Região Sudeste do Brasil referente ao ano de 2010



Fonte: IBGE, 2010b.

Ainda pelo Censo de 2010, Minas Gerais, com população de 19.595.309 habitantes, era o segundo estado brasileiro em número de habitantes e o estado de São Paulo era o primeiro. A cidade de Belo Horizonte possuía, naquele ano, 2.258.096 habitantes e seguia a tendência nacional, tendo mais mulheres (53,12%) que homens (46,88%). A capital mineira não apresentava população rural e, na área urbana, eram 846.433 unidades habitacionais que pertenciam aos próprios moradores. Sobre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), no Brasil foi registrado, em 2015/2016, o índice de 0,754 – estando colocado em 79º lugar em uma lista de 188 países –, índice igual ao alcançado em 2014, o que reflete a estagnação do país. O dado do IDH de Belo Horizonte em 2010 foi de 0,841, e a incidência de pobreza foi de 5,43%. Como base para comparação do IDH, o Distrito Federal obteve o índice de 0,874, o melhor resultado no Brasil, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (IBGE, 2010b; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010; GLOBO, 2017).

Informações demográficas



São Paulo

Minas Gerais



A cidade de Belo Horizonte possui, de acordo com o Censo 2010, 2.258.096 habitantes.

Minas Gerais, com população de 19.595.309 habitantes, é o segundo estado brasileiro em número de habitantes.

Seguindo a tendência nacional, verificou-se haver na cidade mais mulheres (53,12%) que homens (46,88%).

Vamos, a partir desse ponto, aproveitar o que foi analisado para iniciar algumas problematizações dessa 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.

Para adicionarmos mais alguns dados que contribuem para a compreensão das atuais condições e do modo de vida dos adultos brasileiros, serão apresentadas informações sobre taxas de hábitos alimentares, tempo em frente das telas, indicadores de doenças crônicas, bem como dados sobre inatividade física e atividades físicas.

PARA SABER MAIS!!!

Modo de vida - Ao analisar os modos de vida, devem-se levar em conta três dimensões, que geralmente são pouco utilizadas: o sistema e os atores sociais; a história e o cotidiano; e o objetivo e o subjetivo na percepção do **real**. Essas três dimensões deveriam ser articuladas de modo a combinar a força da estrutura com a possibilidade de ação dos indivíduos, o nível da vida cotidiana articulado com o econômico, o político, o cultural, bem como as redes de poder estabelecidas nas articulações entre as diferentes esferas do social (BRAGA; FIÚZA; REMOALDO, 2017).

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).

Sobre os hábitos alimentares dos brasileiros, as equipes de pesquisadores do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico de 2009 e 2017, ao analisarem as taxas de consumo de carnes com excesso de gordura, de refrigerante, de frutas e hortaliças entre os adultos brasileiros que residiam nas capitais, identificaram que, em 2009, era de 24,4% a 46,1% a proporção de adultos consumidores desse tipo de carne. Os dados mais recentes apontaram que o consumo médio de carne gordurosa nas capitais do Brasil foi de 32% em 2016. Em Belo Horizonte, no ano de 2009, esse consumo era realizado por 42,0% dos pesquisados, sendo os homens os maiores adeptos. Em 2016, o VIGITEL identificou que essa realidade não se havia alterado – os homens continuavam a ser os maiores consumidores de carnes gordurosas (50,3%) (BRASIL, 2010d2017c).

Sobre o consumo de refrigerantes, identificou-se, em 2016, que era hábito de 15,2% dos adultos em Belo Horizonte consumir este tipo de líquido em cinco ou mais dias por semana, com os homens também consumindo mais do que as mulheres. Entretanto, foi apontado pela pesquisa de 2016 que o consumo de alimentos doces em cinco dias ou mais da semana era hábito de 18,7% dos adultos de Belo Horizonte, sendo as mulheres as que mais consumiam esse tipo de alimento (BRASIL, 2017c).

Por outro lado, enquanto o consumo de cinco porções de frutas e hortaliças diárias variou, em 2009, entre 18,3% e 42,5%, em 2016, verificaram-se alterações nas variações, 15,8% e 35,5%, indicando a redução do intervalo no percentual do consumo desse tipo de alimento. Os dados de Belo Horizonte apontaram que as mulheres consumiam diariamente mais frutas e hortaliças, quando comparados com os dados de consumo desse tipo de alimento pelos homens (BRASIL, 2009; BRASIL, 2017c).

Para além das mudanças nos hábitos alimentares, a vida contemporânea trouxe também alterações em outros hábitos do dia a dia, tanto no mundo do trabalho, como no cotidiano da vida pessoal, principalmente no que diz respeito à adesão às novas tecnologias. As tarefas de muitas profissões que antes exigiam moderados ou grandes esforços físicos são, atualmente, realizadas com alguns *clicks* e com a digitação de algumas telas. Nesse mesmo sentido, as horas de lazer que, para muitas famílias, eram passadas com caminhadas nos parques ou em brincadeiras com bola passaram a ser em frente às telas, seja da televisão, do computador ou de *tablets*, sem mencionar o fim “daquela caminhada” para ir atender ou fazer um telefonema. No mundo atual, nossos atos passam muito mais pelas pontas dos nossos dedos do que pelo movimento do nosso corpo.

GLOSSÁRIO

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

A pesquisa do VIGITEL publicada em 2017, ao ter por referência o tempo das pessoas em frente às telas: televisão, computador, *tablet* e celular – tempo de referência: 3 horas ou mais no dia – verificou que no Brasil mais de um quarto da população adulta (25,7%) tem o hábito de despender muitas horas em frente à televisão. Em Belo Horizonte, 24,4% e 25,8% dos homens e das mulheres, respectivamente, informaram passar três horas ou mais, diariamente, em frente à televisão. Os dados gerais das capitais brasileiras apresentaram aumento desse percentual nas faixas etárias acima de 45 anos e queda do percentual quando se associa assistir televisão a mais anos de escolaridade.

A utilização do computador ou do *tablet*, quando as pesquisas têm como referência três horas ou mais de utilização diária, foi identificada como a realidade para aproximadamente 20% dos adultos brasileiros. A utilização desses aparelhos entre os adultos da cidade de Belo Horizonte, dentro desse mesmo tempo de referência, foi apontada como uma realidade para 18,5% dos homens e para 16,5% das mulheres. Entre os adultos das capitais, esse percentual diminuiu com o avanço da idade e entre os indivíduos com até oito anos de estudo (BRASIL, 2017c).

Relativamente aos diagnósticos de algumas doenças crônicas em adultos – hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia –, os dados publicados pelo VIGITEL de 2016 indicaram que o percentual de diagnóstico de hipertensão arterial em Belo Horizonte apresentou uma frequência de 27,8%, com maior frequência entre as mulheres (30%). A variação do percentual

da doença nas capitais brasileiras ficou entre 16,9% e 31,7%. Entretanto, foi verificado que entre os adultos de ambos os sexos houve aumento da doença com o aumento da idade, como também foi verificado o aumento da doença entre os indivíduos com menor escolaridade (BRASIL, 2017c).

A variação do percentual do diagnóstico da diabetes nas capitais do Brasil foi entre 5,3% e 10,4%. Belo Horizonte, seguindo a tendência nacional, apresentou aumento do percentual do diagnóstico entre os homens (9,1%), com tendência de aumento da doença entre os homens a partir dos 45 anos. Os dados da doença entre as mulheres de Belo Horizonte confirmam uma tendência verificada nos últimos anos: o crescimento da doença entre elas (11%). É importante assinalar, entretanto, a tendência de crescimento dessa doença com o avanço da idade nos dois sexos (BRASIL, 2017c).

No que diz respeito aos dados acerca da dislipidemia nas capitais brasileiras, a variação do percentual ficou entre 17,7% e 28,7%. Em Belo Horizonte, os dados apontaram para maior percentagem de mulheres com o diagnóstico (26,7%), quando comparado com a dos homens (17,6%). Como verificado no caso da hipertensão arterial e na diabetes, na dislipidemia houve também aumento da doença com o avanço da idade. Mulheres adultas em Belo Horizonte, com mais anos de escolaridade, apresentaram menos diagnósticos de dislipidemia (BRASIL, 2017c).

A análise das situações apresentadas e discutidas anteriormente ressalta a necessidade de compreendermos que, de maneira geral, os usuários do SUS viram algumas condições das suas vidas melhorarem, mas também verificaram muitos fatores determinantes e condicionantes de uma boa qualidade de vida estagnarem ou piorarem nesta última década. Assistimos à manutenção das marcantes diferenças no modo de vida entre os sexos, com as mulheres apresentando uma carga ainda excessiva em várias dimensões do viver. Essas distinções, conseqüentemente, têm impactos sobre os hábitos de vida, sobre a saúde, sobre o comportamento psíquico, físico, afetivo e social de toda a população.

PARA SABER MAIS!!!

Leia o artigo “A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária”, de Gastão Wagner de Souza Campos. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, n. 64, p. 5-8, 2018.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-22-64-0005.pdf>>.

A evolução do aumento das doenças associadas ao excesso de peso a que assistimos no Brasil, nomeadamente da Hipertensão e da Diabetes, e o percentual alto de adultos com Dislipidemia, o consumo de alimentos prejudiciais à saúde dos adultos brasileiros, bem como as longas horas desses adultos sentados em frente às telas acabam por comprometer a qualidade de vida desse grupo populacional.

É importante que, durante a sua prática profissional, você se lembre sempre de que o cotidiano dos adultos brasileiros está repleto de pressão:

Seja no trabalho (por necessidade de melhor qualificação e dificuldade de inserção no mercado formal).



Seja na vida familiar (pela dificuldade em gerir as tarefas do trabalho com as da vida familiar, pela falta de oportunidade de desfrutar dos contatos sociais, pelo confronto com a violência doméstica).



Seja pelo confronto diário com as injustiças sociais (a violência urbana, o confronto com as injustiças por discriminação, etc.).



PROBLEMATIZANDO A PRÁTICA – O ESTRESSE

Você tem sido capaz de discutir e avaliar – com os membros da sua equipe de trabalho, com os usuários, com as lideranças da comunidade – os elementos que provocam o estresse cotidiano dos adultos na comunidade? Com que frequência o estresse físico e mental que existe na rotina de trabalho dos homens e das mulheres da comunidade está nas pautas das reuniões da sua equipe?

ATIVIDADE 1

O sedentarismo é abordado como um dos determinantes para o aumento do risco cardiovascular na população. No sentido de enfrentar esse 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 propostos no módulo “Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde” para realizar o diagnóstico situacional.

O atual modo de vida dos adultos brasileiros, principalmente pela associação de má alimentação, sedentarismo e avanço dos índices das doenças crônicas, faz-nos refletir sobre a importância da atividade física regular para os adultos.

As pesquisas do VIGITEL apresentam também dados importantes para compreendermos a extensão da transformação no modo de vida da atual sociedade brasileira no que se refere à inatividade física, ou padrão pouco ativo dos adultos no Brasil, e às atividades físicas.

LEMBRE-SE...

A Doutora Ai Shibata e o Doutor Neville Owen, ambos convidados para uma entrevista ao *blog* do *American College of Sport Medicine* em março de 2017, afirmaram que “Comportamento sedentário, para se colocar de uma forma simples, é estarmos sentados muito tempo, o que é distinto de termos pouca carga de exercício físico”.

Porém, antes de conhecermos os dados brasileiros, vamos verificar dados de alguns países no que diz respeito à insuficiência de atividade física entre a população adulta. O governo da Austrália registrou que a prevalência de adultos, com 18 anos ou mais, que tinham o volume insuficiente de atividade física em 2008, era de 34,0%; entretanto, a OMS registrou que, no ano de 2015, essa percentagem já havia descido para 23,8% naquele país. A OMS registrou ainda no *Global Health Observatory Data Repository*, atualizado em 2015, que no Camboja essa percentagem era de 10,3%; no Canadá, de 23,2%; na Finlândia, de 23,5% e, nos Estados Unidos, de 32,4% (AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2017; WHO, 2015).

Os dados da América do Sul, nomeadamente da Argentina, do Brasil e do Chile, revelaram que o Chile apresentava, entre os três países estudados, a menor percentagem de adultos com insuficiente prática de atividades físicas, 21,3%, seguido do Brasil, 27,8%, e da Argentina, com a alta taxa de 39,2%. Por outro lado, esses três países apresentaram o mesmo padrão no que diz respeito a ser o feminino o gênero com maior percentual de insuficiência de atividade física, com as seguintes diferenças entre os sexos: no Chile, homens, 17,8%, mulheres, 24,9%; no Brasil, homens, 25,9%, mulheres, 29,7%; e na Argentina, homens, 35,8% e mulheres, 42,7% (WHO, 2015).

Vamos, a partir desta parte dos nossos estudos, voltarmos à realidade dos dados brasileiros. Contudo, é importante que você saiba que, pela concepção metodológica definida em 2006 para as pesquisas do VIGITEL, há quatro oportunidades para um indivíduo estar fisicamente ativo: durante o tempo livre ou lazer, durante o trabalho, durante o deslocamento e nos afazeres domésticos. Estas referências foram adotadas para aproximar as pesquisas no Brasil às de outros países (BRASIL, 2007).

No VIGITEL de 2006 detectou-se que, para os habitantes das 26 capitais com 18 anos ou mais, a inatividade física era uma realidade no cotidiano de 21,6% a 35,1% dos investigados. A inatividade física, naquela pesquisa, foi estabelecida como a não realização de qualquer atividade física no lazer, no trabalho, no deslocamento ou em tarefas domésticas.

Já em 2009, houve melhor definição na concepção de inatividade, ou seja, alterou-se o entendimento de duas referências conceituais. Primeiramente, foi estabelecido que, para esta variável, fosse definida uma referência de tempo de esforço físico, ou seja, a não prática de qualquer atividade física no período de lazer nos três últimos meses; o não deslocamento a pé ou de bicicleta para o trabalho ou escola em percurso de até 10 minutos por dia também estaria associado de alguma maneira à inatividade física. Naquele ano, os resultados da pesquisa indicaram que a inatividade física era uma condição para 10,1% a 20,1% dos brasileiros pesquisados.

Os dados publicados pelo VIGITEL em 2016 tiveram como critérios de referência para estabelecimento ou não de esforço físico, tanto nas atividades físicas no lazer como no trabalho e no deslocamento para o trabalho, ou o equivalente ao tempo de 150 minutos de atividade física de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade vigorosa por semana. Para as tarefas domésticas, estas referências correspondem a limpezas moderadamente pesadas ou pesadas. Assim, na verificação da inatividade física, adotou-se como referência não se ter praticado quaisquer atividades físicas na intensidade e no tempo anteriormente mencionado nos últimos três meses, seja como lazer, como trabalho, como deslocamento (mínimo de 10 minutos por trajeto ou 20 minutos por dia) ou limpezas domésticas.

As metodologias aplicadas mundialmente para as verificações dos níveis de inatividade e de atividades físicas nos diferentes países e para comparações internacionais alcançaram, nestas últimas décadas, mais consistência. Contudo, alguns aprimoramentos metodológicos continuam em desenvolvimento, principalmente nos refinamentos das concepções de volume de atividade física e de um padrão ouro para a coleta dos dados. Espera-se que, ao final desse processo, alcancemos uma uniformidade científica global para o monitoramento e validação dos resultados obtidos.

Os dados obtidos em 2017 sobre a prática de atividades físicas revelaram que a variação do percentual de pessoas nas capitais brasileiras que mantinham a rotina neste tipo de prática nos momentos de lazer ficou entre 32,4% e 46,2%. Em Belo Horizonte verificou-se que, entre os homens, o percentual era de 45,4% e, entre as mulheres, de 36,7%, com um percentual geral de 40,7%. Nas capitais estudadas verificou-se que esse tipo de prática diminui com o avanço da idade nos dois sexos e aumenta na categoria de indivíduos com mais anos de escolaridade (BRASIL, 2017c).

Dados similares foram encontrados no VIGITEL de Belo Horizonte de 2009, quando os homens também tinham mais adesão a esse tipo de prática do que as mulheres; verificou-se, também, que mais anos de escolaridade mostraram-se associados à condição de ser suficientemente ativo fisicamente, tanto para os homens como para as mulheres. Comparativamente, o VIGITEL de 2016 indicou termos mais adultos em Belo Horizonte praticando atividade física, porém continuamos a ter ainda uma significativa parcela dos adultos não cumprindo o tempo e a intensidade de atividade física como recomendados pelos manuais internacionais desta área ou mesmo inativos fisicamente (BRASIL, 2009; 2010b; 2017c).

PROBLEMATIZANDO A PRÁTICA - PRÁTICA FÍSICA DE HOMENS E MULHERES

Você já conseguiu identificar no seu território de trabalho se existem diferenças no envolvimento com as 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 mulheres adultas das práticas de atividades físicas no lazer? Você é capaz de listar as iniciativas de sucesso para estimular o grupo do gênero menos ativo à adesão a esse tipo de práticas, tanto no município como nas comunidades nas quais você trabalha?

Identificou-se, por meio do VIGITEL de 2016, que 45,1% dos adultos das capitais brasileiras não praticam atividades físicas tendo por referência as recomendações científicas, principalmente se olharmos para a realidade das mulheres adultas. Os dados da cidade de Belo Horizonte apontaram que 35,5% dos homens e 47,6% das mulheres estão na mesma condição que homens e mulheres das outras capitais brasileiras. Essa difícil realidade verifica-se em todas as capitais e para os dois sexos com o avanço da idade, como também chama a atenção o percentual de adultos com baixa escolaridade que não cumprem as recomendações de prática de atividades físicas regulares (BRASIL, 2017c).

O resultado sobre atividades físicas realizadas pelos adultos das capitais do Brasil para os deslocamentos na cidade, seja de bicicleta ou a pé, foi identificado na pesquisa como realizado por 14,4% dos adultos. O percentual verificado em Belo Horizonte está muito próximo da média nacional, 14,6%, com 13,6% dos homens e 15,5% das mulheres que utilizam algumas dessas formas de deslocamento na cidade. Não se obteve um padrão claro na associação entre aumento ou diminuição deste tipo de prática e nível de escolaridade no estudo geral de todas as capitais brasileiras (BRASIL, 2017c).

Deslocamento Urbano

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.

Verificou-se que, ao ter por base um trajeto médio da cidade - da **região nordeste** ao **centro**:



Se considerarmos que nestes últimos oito anos não foram verificadas significativas melhoras no trânsito da cidade de Belo Horizonte ou mesmo que, em alguns pontos da cidade, o trânsito piorou, o deslocamento de bicicletas ou a pé para o trabalho ou mesmo para a escola seria uma ótima alternativa para os adultos alcançarem o tempo de atividade física semanal recomendado. Contudo, para que haja mudanças na maneira de os adultos se deslocarem nos centros urbanos, investimentos sérios são necessários, principalmente no que diz respeito à violência urbana.

Vamos agora conhecer alguns dados brasileiros sobre inatividade física. O resultado obtido pelo VIGITEL de 2016 sobre a variação da inatividade física entre os adultos nas capitais brasileiras foi entre 10,3% e 18,1%, com a frequência média de 13,7%. Ao verificarmos os dados de Belo Horizonte, identificamos que a frequência da capital mineira está próxima da frequência nacional, 13,2%, com 14,5% e 12,2% de homens e mulheres, respectivamente, inativos fisicamente. A pesquisa evidenciou que, pelos dados obtidos em todas as capitais, a faixa etária entre 18 e 24 anos apresenta uma grande discrepância na frequência de homens e mulheres inativos fisicamente, com uma frequência de 17,5% das mulheres e 8,2% dos homens, respectivamente, inativos. Evidenciou-se ainda nesta pesquisa que a inatividade física aumenta em ambos os sexos a partir da faixa etária dos 25 a 34 anos em todas as capitais, e que baixa escolaridade está também associada ao aumento da inatividade física (BRASIL, 2017c).

Quanto aos resultados apresentados anteriormente, é relevante apontar ainda que os resultados do VIGITEL de 2009 enfatizaram que, no Brasil, havia entre 36,2% e 52,2% de adultos com excesso de peso, com Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou acima de 25 kg/m², e entre 8,8% e 17% de obesos (com IMC maior que 30 kg/m²). O VIGITEL de 2016 apontou que, comparativamente aos dados de 2009, houve aumento do percentual de adultos com excesso de peso, com a frequência média de 53,8% de adultos com excesso de peso em 2016. Resultado semelhante foi também obtido na análise dos dados sobre a obesidade, quando foi verificada a frequência média de 18,9% de adultos obesos no total das capitais brasileiras. O estudo de 2016 apontou ainda que, quando comparados os dados de indivíduos com IMC maior que 30 kg/m² entre os adultos das faixas etárias de 18 a 24 e de 25 a 34 anos de idade, a obesidade duplicou nesta última faixa etária (BRASIL, 2017c).

De maneira generalizada, podemos dizer que, ao longo desta última década, os adultos brasileiros aumentaram o nível de esforço físico, principalmente até a idade de 25, 30 anos; porém, esta realidade vai-se alterando a partir da faixa etária entre 35 e 44 anos, quando os adultos na fase da maturidade diminuem significativamente as suas práticas de atividades físicas. Destaca-se ainda, junto a essa realidade, a verificação do aumento do peso do grupo populacional estudado.

Dessa maneira, com base nos dados identificados pelo sistema VIGITEL, é possível compreendermos a necessidade urgente de a categoria Profissional de Educação Física trabalhar junto à população adulta brasileira e junto aos outros profissionais da área da Saúde no sentido de transformarem a realidade anteriormente apresentada, principalmente pelos dados que apontaram para a baixa adesão da população adulta à prática de atividades físicas no volume e na intensidade indicados pelas recomendações científicas para se alcançarem os benefícios da promoção da saúde na prevenção contra doenças não transmissíveis, como também pelo significativo número de adultos inativos nas capitais brasileiras.

Torna-se relevante acentuar ainda que investimentos sérios e profundos precisam ocorrer endereçados, prioritariamente, ao grupo populacional com menor nível de escolaridade e entre as mulheres adultas.

PROBLEMATIZANDO A PRÁTICA – ATIVIDADE FÍSICA E CONDIÇÃO ECONÔMICA



No estado de Pernambuco, ao se acompanhar a frequência de inatividade física em um grupo populacional com menos poder econômico, residente em uma área de abrangência de Unidades Básicas de Saúde (UBS), com atendimento tradicional e atendimento pelas equipes da Saúde da Família, identificou-se que 37,8% dos adultos eram inativos fisicamente (ALVES *et al.*, 2010).

Com base nesse resultado, as condições da inatividade foram semelhantes entre os homens e as mulheres do território onde você trabalha? A tendência nacional de os adultos serem 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?

Para concluirmos o estudo desta Seção 1, devemos ainda refletir sobre os resultados obtidos em alguns estudos científicos que associaram a inatividade física e o sedentarismo a outros fatores de risco para doenças crônicas.

Monteiro *et al.* (2005), ao monitorarem os fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo, apontaram maior frequência na associação entre o sedentarismo e hipertensão nas mulheres adultas, quando comparadas aos homens adultos investigados da mesma cidade. Houve ainda registro de que as mulheres com menos escolaridade tendiam a ser sedentárias e obesas.

Galper e colaboradores (2006), em um estudo longitudinal, ao associarem a prática de atividade física por homens e mulheres com sintomas depressivos e bem-estar emocional, identificaram que o aumento na condição cardiorrespiratória e a prática habitual de atividade física estavam associados à baixa sintomatologia de depressão e ao bom nível de bem-estar emocional. O estudo apontou, entretanto, que haveria necessidade de novos estudos para a identificação no que diz respeito à associação entre o volume e a intensidade da atividade física e o padrão do condicionamento cardiorrespiratório para diferentes grupos populacionais.

Nos estudos de Berto, Carvalhaes e Moura (2010) identificou-se elevada prevalência entre tabagismo e sedentarismo, tanto entre os homens como entre as mulheres, no município de Botucatu, São Paulo. Destacou-se também nessa investigação que mais tempo de escolaridade influencia positivamente a adoção de hábitos saudáveis na vida adulta.

Em pesquisa desenvolvida pelo *Woman's Genoma Health Study* com mulheres americanas, obteve-se o resultado de 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).

Em 2011, Suzuki e colaboradores verificaram, na cidade de Ribeirão Preto, ter havido associações entre baixo volume de atividade física, gênero masculino e mais de dez horas/dia de trabalho; baixo volume de atividade física, gênero masculino e consumo de três ou mais medicamentos diários, como também baixo volume de atividade física, gênero masculino e avaliação da própria saúde como “ruim ou péssima”.

A associação entre a prática de atividade física e sono em adultos com dor crônica foi investigado por Andrews e colaboradores em 2014. Esses pesquisadores constataram que, ao se estudar a associação entre a rotina do esforço físico dos participantes durante o dia e o período de sono noturno, identificou-se que flutuação no esforço físico durante o dia é preditor de menores períodos de sono à noite e que a associação entre excesso de esforço físico e aumento de dor em locais específicos do corpo durante o dia contribui para longos períodos de vigília à noite. Mesmo reconhecendo as limitações do estudo (50 participantes), os autores apontam que a adesão à atividade física de alta intensidade, assim como a flutuação de esforço físico diurno estão associadas a pobres horas de sono noturno. Dessa maneira, segundo esses autores, o controle do esforço físico diurno pode ser determinante na estratégia do sono para pessoas com este tipo de doença.

Edwards e colaboradores (2018), ao pesquisarem sobre a associação entre a prática de atividade física e os índices de dietas inflamatórias no risco de mortalidade nos Estados Unidos, por meio dos dados de 10.610 pessoas com idade entre 20 e 85 anos, concluíram que a combinação de consumo majoritário de dieta anti-inflamatória e prática de atividade física em níveis adequados reduz o risco de mortalidade.

Estudos como os anteriormente exemplificados são importantes para a nossa compreensão da associação entre uma vida fisicamente ativa pelos adultos e a exposição a fatores de risco que podem comprometer a boa qualidade de vida desta população.

Vigitel em Síntese (2006, 2009, 2012 e 2016)

Pela concepção metodológica definida para as pesquisas, há quatro oportunidades para que um indivíduo seja fisicamente ativo:



Parâmetros de inatividade física

2006

- Não realização de qualquer atividade física, no lazer
- Não realização de esforço físico intenso no trabalho
- Não deslocamento a pé ou de bicicleta
- Não execução de limpeza doméstica pesada

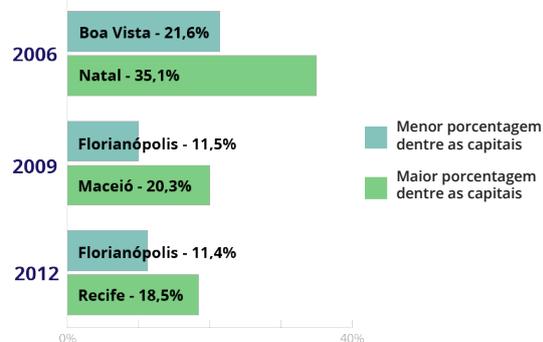
2009

- Duas referências foram melhor definidas
- A não prática de qualquer atividade física no período de lazer nos três últimos meses
 - O não deslocamento a pé ou de bicicleta para o trabalho ou escola em percurso de até 10 minutos por dia

2016

- Não ter praticado quaisquer atividades físicas por 150 minutos em intensidade moderada ou 75 minutos em atividade vigorosa por semana nos últimos 3 meses, seja como lazer, como trabalho, como deslocamento (mínimo de 10 minutos por trajeto ou 20 minutos por dia) ou limpezas domésticas.

Sedentarismo no Brasil*

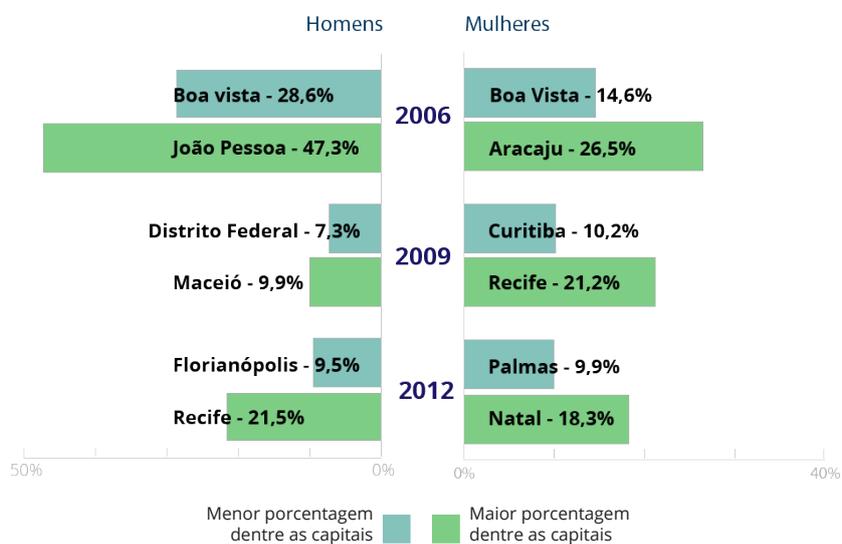


*Pesquisas realizadas com os habitantes adultos das 26 capitais brasileiras, mais o Distrito Federal.

Em Belo Horizonte foi verificado que 14,6% dos adultos encontravam-se em condição de inatividade física.



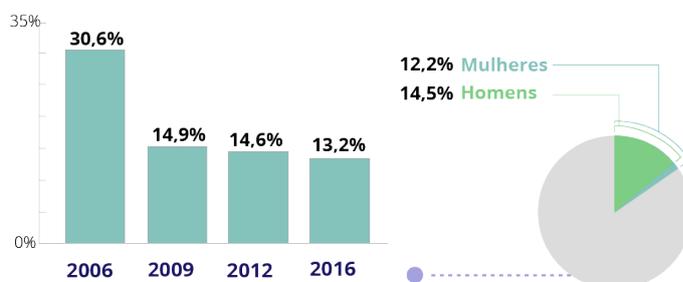
Proporção de adultos sedentários nas capitais brasileiras por sexo



*Pesquisas realizadas com os habitantes adultos das 26 capitais brasileiras, mais o Distrito Federal.

Pelos dados identificados, podemos constatar 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.

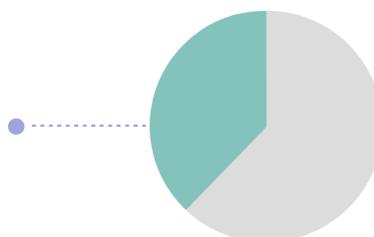
Em Belo Horizonte...



A proporção de adultos em condição de inatividade física reduziu-se através dos anos. Os resultados do VIGITEL 2009 indicam que o Brasil e a capital mineira seguem a tendência internacional ao terem homens mais sedentários que mulheres.

Em Pernambuco...

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



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. Esse texto complementar servirá de apoio na realização das outras atividades deste 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 existirem novas formas de saúde na contemporaneidade.
- 3 – Liste suas próprias informações e argumentos que concordam ou discordam da 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 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.

Seção 3

Determinantes e condicionantes da atividade física na vida adulta

A partir da abordagem anterior sobre o cenário do sedentarismo e do não cumprimento, por grande parte dos adultos brasileiros, das recomendações científicas para atividades físicas, vamos compreender agora alguns fatores que determinam e condicionam uma vida adulta fisicamente ativa.

Para o entendimento dos processos de adesão e sustentabilidade de uma vida fisicamente ativa, vejamos algumas teorias que se propõem explicar os fatores, as interações e as inter-relações que determinam a adesão das pessoas às práticas de atividades físicas e a sua manutenção nelas. Entre as principais teorias estão:

- 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;
- Teoria da Autodeterminação (*Self-Determination Theory – SDT*), desenvolvida por Edward L. Deci e Richard M. Ryan.

Muitos dos programas de intervenção que utilizam atividades físicas na Atenção Primária à Saúde apoiam-se nas teorias anteriormente citadas, por terem essas teorias, de maneira geral, o objetivo de acompanhar as mudanças de comportamentos em áreas específicas da vida dos participantes dos programas (DUNN; ANDERSON; JAKICIC, 1998; DUMITH, 2008; KINNAFICK; THOGERSEN-NTOUMANI; DUDA, 2014).

Porém, a aplicação de muitas dessas teorias como base de construtos para programas de atividade física tem apresentado problemas; entre algumas questões levantadas estão:

- a baixa capacidade organizacional das equipes de trabalho para planejar e executar programas desta natureza;
- a baixa capacitação dos profissionais para manter o padrão de excelência, que é necessário para sustentar programas ou projetos desta natureza;

- a carência de recursos humanos qualificados para monitorar ou avaliar as ações planejadas para os programas ou projetos;
- os escassos recursos financeiros para compra de equipamentos e materiais para a manutenção adequada dos programas que alcançam os grandes grupos populacionais.

É relevante mencionar, ainda, os processos de avaliação dos programas e projetos de atividades físicas com foco na mudança do comportamento, uma vez que muitos problemas encontrados nesta fase dos programas estão também associados aos obstáculos metodológicos para as avaliações do custo-benefício das ações da equipe e à dificuldade em verificar a eficácia das intervenções, não só em relação à população em geral, mas também a grupos com demandas específicas, como as pessoas que apresentem algum tipo de doença.

A procura por melhor compreender o fenômeno da adesão e da manutenção nesse tipo de prática motivou alguns especialistas a ampliar o olhar sobre a questão comportamental para além da variável motivacional, considerada pelas teorias comportamentais como o elemento-chave de mudança de comportamento. Por causa dessa mudança de foco, novos modelos teóricos estão em desenvolvimento e estes modelos mais recentes têm por elemento-chave o prazer e a satisfação para a adoção e a manutenção desse tipo de prática entre os adultos. Exemplos das mais recentes lógicas teóricas estão tanto no enfoque colocado pela Teoria da Autodeterminação em satisfação com as competências alcançadas pelas práticas e a relativização dos ganhos alcançados, como também o Modelo Transteorético (*Transtheoretical Model*), desenvolvido por Judith Prochaska.

Este modelo, o Transteorético, partiu da integração de referenciais sobre mudanças comportamentais de diferentes correntes psicanalíticas e tem alcançado reconhecimento internacional por apresentar alto número de 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 nessas 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).

Para a autora desse modelo, são os seguintes os comportamento das pessoas, segundo o estágio:

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

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

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

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

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

Pelo Modelo Transteorético existe um último estágio – **estágio final** – que é entendido como o estágio no qual não há mais risco de retorno aos comportamentos anteriores. Contudo, a autora desse modelo defende que, no caso da atividade física, há razões para se acreditar não se alcançar esse estágio final do modelo, por sempre existir a chance de as pessoas retomarem os padrões de vida sedentária (PROCHASKA; MARCUS, 1994).

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/imagem/2480.pdf>.

PROBLEMATIZANDO A PRÁTICA – MODELO TEÓRICO?

A base teórica para a organização dos programas, das 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 desse tema nas reuniões de planejamento?

A adesão, bem como a manutenção regular em prática de atividades físicas, está associada 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, já em 1985, indicavam não haver uma única razão para um adulto se envolver com esse tipo de prática e que o interesse pessoal tem por base diferentes elementos e fatores, como:

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

Em pesquisa para melhor entender os fatores individuais na adesão a um modo de vida saudável, os especialistas Kern, Reynolds e Friedman (2010) estudaram o padrão de atividade física no lazer dos participantes do *Terman Life Cycle Study* durante quatro décadas (1936-1972) e salientaram que muitas variáveis individuais acabam por influenciar a adesão e a manutenção nesse 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. Outro achado do trabalho foi que a história de gasto energético e de sociabilidade na infância são preditores nessa área. Na conclusão, os autores alertam que o envolvimento dos adultos com as atividades físicas deve ser analisado tanto pelas características da personalidade como também pela história de vida da pessoa, e não somente por variáveis motivacionais.

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

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

A associação entre condicionantes sociais e atividade física, principalmente em estudos comparativos entre grupos populacionais em situação de maior risco social e grupos com menor vulnerabilidade social, têm sido foco de estudo por parte de alguns pesquisadores desta área. Os especialistas apontam que o termo risco social é uma condição que abrange tanto o alto nível de pobreza, o baixo nível de educação, as condições precárias de moradia, como também pode referir-se ao grupo populacional minoria em determinadas sociedades. Sendo assim, para os especialistas, esses fatores condicionantes da vida social produzem resultados na condição de saúde de uma comunidade.

Os especialistas advogam que o peso social na condição da saúde para grupos populacionais está definido em função (FRITH; LOPRINZI, 2017):

- da classe social;
- da condição econômica;
- da oportunidade de emprego;
- do acesso aos serviços de saúde;
- das condições sanitárias;
- das condições de segurança;
- da plataforma local de transporte;
- da boa interação social;
- das condições de iniciar e sustentar comportamentos saudáveis e rotina de atividade física.

Em um estudo, Frith e Loprinzi (2017) identificaram uma associação linear entre disfunção cognitiva e risco social; constataram também que os indivíduos que não apresentavam condição de vida associada às variáveis de risco social apresentavam melhores resultados na adesão e manutenção das atividades físicas. Diante dos resultados encontrados, os dois pesquisadores defendem que programas de atividades físicas com estratégias específicas devem ser cuidadosamente desenhados para abranger os grupos sociais em maior risco social.

Zhou e colaboradores (2013) investigaram, na cidade de Shanghai, China, a associação entre ambiente de vizinhança e atividade física pela perspectiva dos adultos na fase da maturidade. Os pesquisadores verificaram, por meio dos resultados obtidos, que morar no centro da cidade, quando se compara à condição de morar em subúrbios, associava-se significativamente com atividade física como meio de transporte e como lazer. Neste estudo foi também verificado que morar em densas áreas residenciais é preditor positivo de práticas de atividades físicas como lazer. Contudo, cruzamentos de ruas estavam negativamente associados com atividades físicas no lazer, e segurança no trânsito também estava associada negativamente com atividades físicas moderadas – vigorosas. Ser mulher apresentou associações mais consistentes com práticas de atividades físicas moderadas a vigorosas, quando comparadas com os homens que praticavam atividades físicas na mesma intensidade. Não foram encontradas, entretanto, associações significativas entre atividades físicas e transporte e fatores do ambiente. Na conclusão do estudo, os autores apontam que áreas residenciais urbanisticamente densas, cruzamentos de ruas e segurança no trânsito têm impacto na prática de atividade física dos adultos na fase de maturidade, na cidade de Shanghai, e sugerem que os responsáveis pelas definições das estratégias de planejamento urbano tenham em consideração esses achados.

Outra pesquisa populacional, esta realizada na Coreia do Sul por Kim e Hyun (2018), que tinha como sujeitos do estudo adultos de áreas urbana e rural do país e como objetivo verificar se havia associações entre atividades físicas moderadas a vigorosas e ambientes sociais e físicos, identificou que moradores fisicamente bastante ativos das áreas urbanas estavam muito satisfeitos com a rede de transporte público, com a segurança, com o ambiente físico, com os serviços de saúde, mas eram menos satisfeitos com o ambiente natural, quando comparados com moradores que não praticavam atividades físicas moderadas a vigorosas.

Os resultados obtidos nas áreas rurais apontaram que os adultos que praticavam atividades físicas moderadas a vigorosas apresentavam bastante satisfação com a segurança, com o ambiente natural, com a rede pública de transporte e com o serviço de saúde, quando comparados com seus pares que não praticavam atividades físicas na mesma intensidade. Apontou-se, também, que os adultos com padrão elevado de esforço físico das áreas rurais, quando comparados com os que não praticavam atividades físicas nessa mesma intensidade, apresentavam bastante coesão social e fortes laços na rede social, porém com menos participação em atividades sociais.

Segundo esses autores, o estudo demonstrou que tanto fatores individuais como da comunidade (social e ambiente físico) têm significativo impacto nas práticas de atividades físicas dos adultos, tanto em áreas urbanas como nas áreas rurais, mas que existem diferenças na forma do impacto nos dois grupos, tanto no fator social como no ambiente. Esses achados fizeram os autores concluírem que, nas políticas públicas, fatores de diferenças entre as áreas urbanas e rurais devem ser considerados nos planejamentos comunitários.

Uma tese de doutorado defendida na Faculdade de Medicina da UFMG por Andrade (2018) teve por objetivo avaliar a influência de características físicas e sociais do ambiente na prática de atividade física no lazer. Participaram dessa pesquisa 4.048 moradores de dois distritos sanitários de Belo Horizonte. Na metodologia, definiu-se por pesquisar distritos da cidade nos quais eram encontradas intervenções comunitárias, nomeadamente o Programa Academia da Cidade, e também foram incluídas observações diretas dos atributos do ambiente, entre os quais: a existência e estado de conservação de calçadas, presença de lixo, pichações, a presença de iluminação pública e equipamentos de segurança. Entre os achados da pesquisa verificou-se que a adoção de um modo de vida fisicamente ativo não depende da escolha individual, ou seja, os recursos e as infraestruturas do local, como, por exemplo, a disponibilidade de equipamentos, de pista de caminhada, bem como a qualidade das calçadas, a iluminação e os indicadores de segurança têm influência na adoção pela população das práticas de atividades físicas. Os resultados da pesquisa indicaram ainda que as características físicas e sociais do ambiente influenciam a definição de adoção da prática de atividades físicas não somente pelos moradores que estão inscritos nos programas comunitários, mas também pelos moradores que vivem a menos de 500 metros dos polos dos programas.

De maneira geral, podemos afirmar que alguns fatores sociais e ambientais no apoio aos grupos com maiores dificuldade na adesão e manutenção nas atividades físicas já apresentam alguns resultados consistentes nas pesquisas, por exemplo: boas condições de transporte e de acesso às infraestruturas que oferecem atividades físicas facilitam a adesão aos projetos e programas desta natureza; a oferta de creches e jardins de infância nas comunidades facilita a adesão de pais a projetos e programas de atividades físicas; ambientes limpos e seguros fomentam a prática da atividade física em locais públicos; o oferecimento de práticas apropriadas à cultura local aumenta o envolvimento dos adultos.

Investigações sobre a associação entre a implementação de políticas públicas e programas de atividades físicas nas comunidades para os adultos também têm sido alvo de interesse de pesquisadores.

Segundo Schmid, Pratt e Witmer (2006,p.24), alguns critérios foram desenvolvidos para avaliar as políticas públicas que se inter-relacionam com a atividade física em uma comunidade. Os critérios identificados devem:



01

Ser capazes de demonstrar a eficácia das ações;

05

Fazer prevalecer os benefícios sobre os custos;

02

Ser de simples entendimento;

06

Alcançar alto número de pessoas;

03

Ser razoáveis e passarem no processo de validação;

07

Ter impacto populacional;

04

Estar baseados no conhecimento sobre o nível de atividade física da comunidade;

08

Ter baixo índice de oposição ou alto índice de popularidade.

De maneira geral, podemos então afirmar que, nas negociações das políticas intersetoriais para estimular e facilitar a adesão e a sustentabilidade da prática de atividades físicas entre os adultos, alguns temas devem ser abordados pelas equipes de saúde nas mesas de negociação, entre eles:

- avaliações das condições econômicas da população dos territórios atendidos;
- avaliações das condições favoráveis e desfavoráveis do uso da terra e do desenho urbano da comunidade;
- avaliações da regulamentação dos espaços públicos para se garantir a equidade na distribuição das praças e dos parques no município;
- avaliações dos programas para a diminuição de crimes e aumento da segurança pública nos territórios de atuação das equipes;
- avaliações das más e das boas condições dos ambientes laborais nos territórios sob responsabilidade das equipes;
- avaliações das condições de moradia nos territórios atendidos pelas equipes;
- avaliações das condições do trânsito e do transporte público nos territórios que estão sob os cuidados das equipes.

PROBLEMATIZANDO A PRÁTICA – PARCEIROS PARA UM DIÁLOGO

Uma vez que constatamos que os fatores sociais e ambientais estão associados à adesão e à manutenção das práticas de atividades físicas de adultos, 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 destas ações.

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

Na reunião com os parceiros locais, você seria capaz de sugerir uma metodologia conjunta para identificar as necessidades e as demandas da população do território, como também organizar as estratégias e as ações para conseguir alcançar na comunidade as condições necessárias?

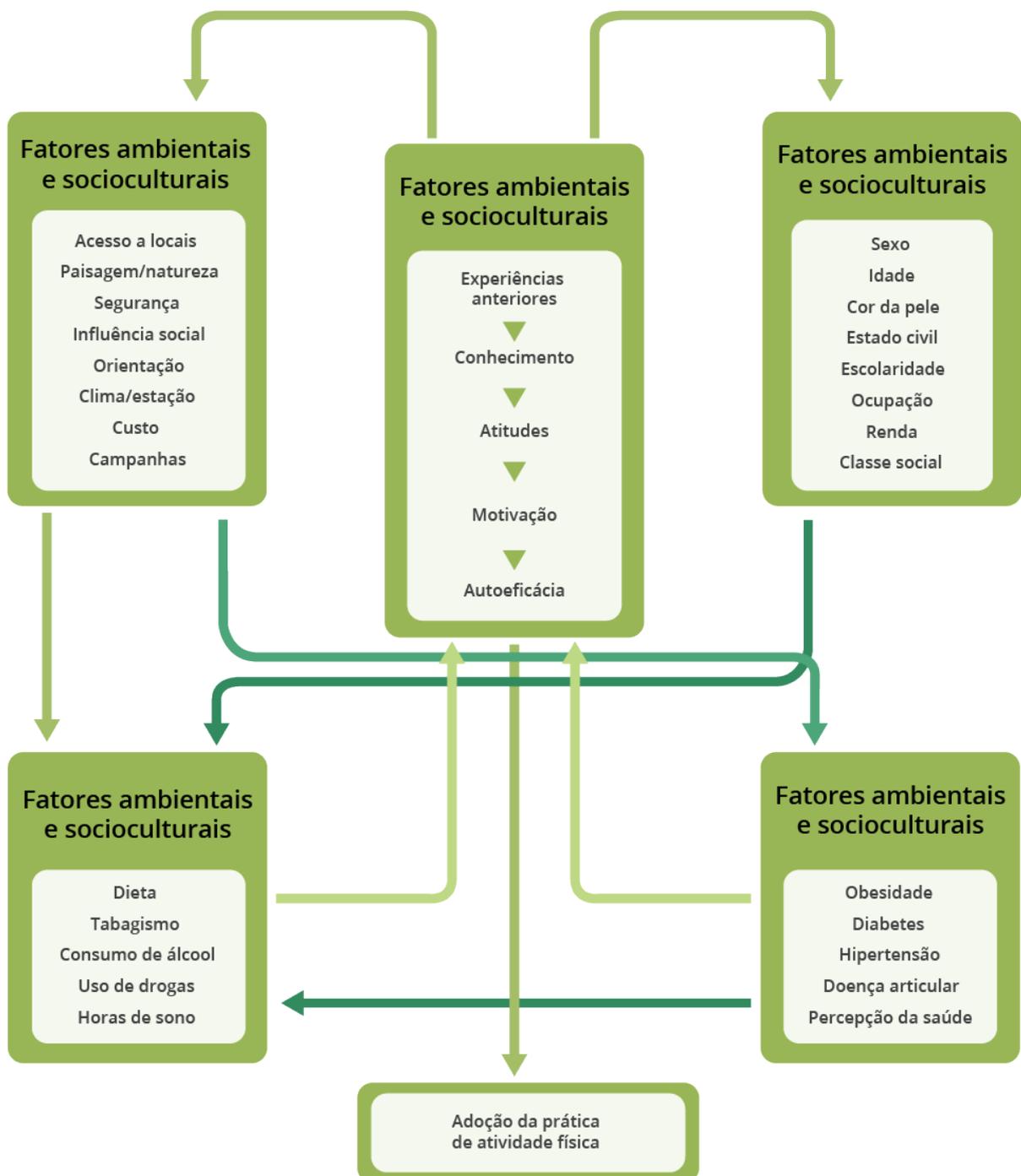
ATIVIDADE 3

Retorne ao módulo “Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde” e utilize como modelo os quadros “Operações sobre o nó crítico relacionado ao problema risco cardiovascular aumentado da população”, 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 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.

Dumith (2008) apresentou um modelo gráfico dos fatores e das interações entre eles na adesão à prática da atividade física (Figura 3).

Figura 3 - Modelo gráfico dos fatores e interações entre eles na adesão à prática da atividade física



Torna-se importante mencionar no nosso curso que alguns fatores relacionados ao apoio familiar, de colegas e do sistema de saúde apresentam, no que diz respeito ao impacto desses fatores na adesão e manutenção dos adultos nas práticas de atividades físicas, controvérsias na literatura.

Entretanto, deve-se destacar que vários estudos apontam para a importância de se ter o apoio dos familiares e dos profissionais da saúde, quando se tem por objetivo o estímulo de práticas de atividades físicas relacionadas à prevenção e à recuperação de agravos entre os adultos (SEEFELDT; MALINA; CLARK, 2002; RHODES; WARBUTON; MURRAY, 2009). Recentemente, Robert Sallis, antigo presidente da ACSM, apontou que os questionamentos sobre a rotina de exercícios físicos feitos pelos médicos em cada consulta dos pacientes era uma forte ferramenta no encorajamento dos pacientes às práticas de atividades físicas (FOSTER *et al.*, 2017).

Deve-se mencionar também que o gênero e a idade estão associados a determinados ambientes específicos de prática, bem como ao tipo e às metas propostas, ou seja, a adesão a um tipo específico de atividade física está associada ao local em que a atividade é ofertada, ao grupo etário e ao sexo dos participantes (SEEFELDT; MALINA; CLARK, 2002; RHODES; WARBUTON; MURRAY, 2009).

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 evidência suficiente sobre o efeito desses componentes no processo de adesão e manutenção dos adultos às práticas de atividades físicas. O que tem prevalecido, para esses autores, como principais fatores determinantes são os sociocognitivos, de personalidade, ambientais e os socioeconômicos. Contudo, os autores alertam para uma questão: adultos sedentários podem aderir a um dos componentes da prescrição do exercício físico sem aderir aos outros componentes do programa de exercícios.

PROBLEMATIZANDO A PRÁTICA - POLÍTICA E PLANEJAMENTO

A prática de atividade física, para ter o valor de influenciar a qualidade de vida dos adultos, deve ser realizada 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 motivação intrínseca dos indivíduos não é capaz de fazer com que os adultos mantenham esse tipo de prática como um hábito de vida.

Nas reuniões de planejamento da sua equipe, o mapa com as prioridades das políticas públicas para o território de atenção da sua equipe é utilizado para definir as estratégias e as ações para estimular e orientar hábitos saudáveis para a vida adulta naquelas comunidades?

Ao ter por referência os principais temas no diálogo político intersetorial na área da sustentabilidade das práticas de atividade física, citadas anteriormente, quais foram as três áreas identificadas como prioritárias para o território da equipe?

Entre os condicionantes para a adesão e a manutenção dos adultos nos programas de atividades físicas está a presença de agravos e doenças. Apresentaremos alguns estudos científicos (Quadro 3) que discutem esse tema.

Quadro 3 - Estudos clássicos que discutem a adesão e a manutenção dos adultos nos programas de atividades físicas

Tema	Autores	Método	Achados
Adesão às práticas de atividades físicas no contexto da saúde coletiva.	Dishman, Sallis, Orenstein (1985)	Revisão da literatura	<ul style="list-style-type: none"> • Operários fumantes são mais propensos a abandonar programas de reabilitação cardíaca e programas de ginástica laboral. • Homens com risco de doenças coronarianas tendem a participar dos programas somente encaminhados pelos profissionais de saúde de referência. Contudo, esses participantes encaminhados pelos profissionais possuem menos chance de permanecer nos programas e, quando permanecem, são os mais infrequentes nas intervenções. • Pessoas com sobrepeso permanecem mais tempo nos programas de atividades físicas quando comparadas com pessoas obesas. • As pessoas que mais poderiam beneficiar-se com as intervenções são as que mais apresentam resistência 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 a se envolverem 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 possuir controle sobre a própria saúde, quando comparados com os usuários que possuem crenças opostas, praticam menos atividades físicas e são os participantes que primeiro abandonam as intervenções. • A crença nas condições de saúde pode influenciar a intenção dos adultos em serem ativos fisicamente, mas não asseguram futuros engajamentos desses indivíduos em programas desta natureza.

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

Tema	Autores	Tipo	Achados
<p>Sustentabilidade em práticas de atividades físicas.</p> <p>Contexto: Atenção Primária.</p>	Harrison, Roberts, Elton (2005); Hudson, Fortin, Soubhi (2008)	Estudo Experimental Revisão da literatura	Programas de saúde que utilizam profissionais de referência para o encaminhamento dos usuários para as práticas de atividades físicas têm impactos na mudança do padrão sedentário dos usuários em curto prazo, mas não garantem a sua participação por tempo suficiente para se alcançarem os benefícios dessa modalidade de intervenção sobre componentes específicos da saúde.
<p>A importância do trabalho em equipe no efetivo controle das doenças crônicas.</p> <p>Contexto: serviços de Atenção Básica.</p>	Hudson, Fortin, Soubhi (2008)	Revisão da literatura	Verificou-se não haver confirmação científica no aumento da intensidade da atividade física entre usuários com um ano de diagnóstico de uma doença crônica, quando a variável trabalho em equipe foi medida isoladamente.
<p>A efetividade do modelo integrado de aconselhamento (<i>coaching</i>) em um programa educativo que inclui atividade física.</p> <p>Participantes: adultos com diabetes tipo 2</p>	WOLEVER <i>et al.</i> (2010)	Estudo Experimental	<p>As intervenções que eram conduzidas por uma equipe obtiveram melhor resposta na manutenção dos participantes nas práticas de atividades físicas.</p> <p>Identificaram-se resultados positivos na manutenção dos participantes nas atividades físicas, quando o foco das intervenções estava nos valores e na capacidade de determinação dos participantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. Apresentaremos exemplos (Quadro 5) de alguns desses achados.

Quadro 5 – Exemplos de estudos que apresentam associações existentes entre a prática de atividades físicas no lazer e algumas doenças

Tema	Autores	Tipo	Achados
Redução de risco para doenças coronarianas na meia-idade.	Wannamethee; Shaper (2002)	Revisão da literatura	De acordo com a intensidade da atividade, a prática de atividade física no lazer, para adultos de meia-idade, é capaz de reduzir 30 a 50% do risco das doenças coronarianas.
O efeito da atividade física no lazer e o risco de diabetes tipo 2 em pacientes com doença arterial ou com baixo controle dos fatores de risco vasculares.	BROUWER <i>et al.</i> (2010)	Estudo Experimental	A prática de atividade física no lazer está associada à queda do risco de diabetes tipo 2 para o grupo pesquisado. • A combinação de atividade física e não obesidade funcionou de maneira protetora, quando comparada com esses fatores tomados isoladamente.
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)	A intensidade da atividade física de moderada a intensa no contexto do lazer está associada à diminuição do IMC, que está relacionada à prevenção contra a Síndrome Metabólica ao longo da vida.
Os efeitos da prática da atividade física na hipertensão e na hiperglicemia em homens durante o período de lazer.	ISHIKAWA-TAKATA <i>et al.</i> (2010)	Estudo populacional (Japão)	A prática de atividades físicas durante o período de lazer e na vida diária produz efeitos positivos sobre a hipertensão, mesmo que esse tipo de prática não ocorra durante os finais de semana. • A prática de atividades físicas nos finais de semana se revelou importante no controle da glicose para os homens que foram avaliados.

Os resultados de algumas outras pesquisas merecem ser também conhecidos. Kodama *et al.* (2013), ao realizarem uma meta-análise sobre a associação entre atividade física, risco de morte – todas as causas – e de doenças cardiovasculares em pacientes com Diabetes Tipo II, apontaram que maior volume de atividade física está associado à redução de risco de doenças cardiovasculares em pacientes com diabetes Tipo II e à redução de várias causas de morte no futuro. Os autores assinalaram ainda que qualquer quantidade de esforço físico diário é melhor que a inatividade física.

Em um estudo populacional realizado por Teh e colaboradores (2015) na Malásia, para compreenderem a associação entre nível de atividade física, nível de pressão arterial e nível de glicose no sangue entre os adultos daquele país, os autores encontraram em seus achados que o nível de Pressão Sistólica estava associado positivamente com a intensidade de atividade física praticada pelos adultos, mas não foi encontrada associação entre nível de Pressão Diastólica e a intensidade de atividade física. Foi também verificado no estudo que os indivíduos que praticavam atividades físicas nas intensidades baixas e moderadas apresentaram maiores taxas de glicose no sangue, quando comparados com aqueles que eram bastante mais ativos fisicamente – praticavam atividades físicas na intensidade vigorosa.

Garcia, Cox e Rice (2017), ao realizarem um estudo experimental para verificar a associação entre resultados fisiológicos e psicológicos, atividade física e comportamentos sedentários em adultos com Diabetes Tipo II, encontraram que atividades físicas moderadas e vigorosas apresentaram associações independentes nos resultados relacionados à saúde dos adultos com Diabetes Tipo II. Pelos resultados encontrados, os autores da pesquisa sugerem que deve ser estimulada a prática de atividades físicas moderadas e vigorosas entre os adultos com Diabetes Tipo II, como também devem ser desestimulados comportamentos sedentários. Para os autores, pequenas alterações para as transformações dos comportamentos sedentários diários entre estes indivíduos adultos devem ser estimuladas, principalmente quando se objetivam melhores resultados na saúde dos pacientes adultos com diabetes tipo II.

Após uma robusta revisão da literatura intitulada *Physical activity: Health impact, prevalence, correlates and interventions*, Rhodes e colaboradores (2017, p. 942) verificaram que:

[...] atividade física regular é uma estratégia efetiva tanto em nível primário como no secundário para pelo menos 25 condições de saúde crônica, com melhoras entre 20 a 30%. Enquanto 75% dos adultos alcançam os níveis das recomendações para atividade física, verifica-se um índice um pouco menor entre as mulheres, quando comparado com o dos homens, e consideravelmente menor entre os jovens, adultos na maturidade e nos países mais ricos. Motivação, autoeficácia e autorregulação continuam com correlações consistentes com atividade física. As intervenções apontam que há pequenas alterações na margem dos efeitos da atividade física em adultos e jovens; contudo, ao longo dos estudos, a heterogeneidade foi uma constante. Foram encontrados poucos marcadores confiáveis (comportamentos agregadores, estratégias reguladoras, supervisão, alta

frequência de contato) para intervenções bem-sucedidas ao longo dos estudos qualitativos, características das amostras, técnicas ou teorias de mudança comportamental como também nas propostas de intervenções e ambientes... Pesquisas sobre atividades físicas devem continuar a examinar os mecanismos que produzem resultados; as doses que são relevantes para alterações clínicas e de padrão de saúde; a abrangência e a validação na vigilância de atividade física, bem como a duração das intervenções e em técnicas inovadoras para alterações comportamentais para que sejam alcançados melhores resultados.

SAIBA DAS NOVIDADES...

“Plano de ação global para a atividade física 2018-2030: mais pessoas ativas para um mundo saudável”.

Disponível em: < <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272721/WHO-NMH-PND-18.5-por.pdf?ua=1>>

PROBLEMATIZANDO A PRÁTICA – DETERMINANTES E CONDICIONANTES

Ao levar em consideração os determinantes e os condicionantes para a adesão, adoção e a sustentabilidade dos adultos nas práticas de atividades físicas no lazer, quais estratégias são necessárias para que este tema seja discutido com profundidade e consistência pela sua equipe?

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.

A atividade física na promoção da saúde e na prevenção contra doenças não transmissíveis no adulto

Concluindo

Nesta Unidade 2 do módulo Educação Física: atenção à saúde do adulto, foram apresentados e contextualizados dados sobre o modo de vida, o sedentarismo, a inatividade física e sobre a prática de atividade física pela população adulta brasileira.

Foram também apresentados dados sobre a associação de práticas de atividades físicas e o impacto no processo de saúde e doença da população adulta. Pelos dados apresentados, é possível verificar que, como país, estamos conseguindo estimular a prática de atividades físicas entre os adultos, porém resultados muito melhores precisam ser alcançados, principalmente com os grupos populacionais de maior risco social e entre as mulheres, para conseguirmos atingir um alto padrão na condição da saúde e de vida da nossa população.

Apresentamos como objetivos educacionais que você, ao final do módulo, fosse capaz de compreender as características da vida adulta, associar transformações demográficas com as epidemiológicas sobre o modo e os hábitos de vida dos adultos e identificar os determinantes e condicionantes para uma vida adulta ativa fisicamente. Esses objetivos foram alcançados? Você pode retomá-los, a qualquer momento, por meio de releitura da Unidade.

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 contra doenças crônicas na vida adulta. Porém, há alguns determinantes e condicionantes que caracterizam a adesão, a adoção e a sustentabilidade nesse tipo de prática que precisam ser estudados pela equipe com os usuários e com a comunidade no território de atuação da sua equipe, para que as ações e as intervenções planejadas sejam eficientes e cheguem a todos os adultos da comunidade.

A seguir, para complementar o estudo da atenção à saúde do adulto, apresentamos a Unidade 3 – Orientações e recomendações para a prática de atividade física na vida adulta.

Unidade 3

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

Unidade 3

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

O objetivo desta unidade é auxiliá-lo no desenvolvimento de programas e projetos na perspectiva da promoção da saúde e da prevenção contra doenças crônicas, apresentando orientações e recomendações para a prática de atividades físicas 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 em territórios nos quais você trabalha.

O desenvolvimento de intervenções, projetos e programas no contexto da promoção da saúde e da prevenção contra agravos e Doenças Não Transmissíveis constitui um desafio aos profissionais da Saúde pela imposição das transformações demográficas, epidemiológicas e do modo de vida a que estamos assistindo em todo o mundo, aliadas aos fatores que determinam e condicionam a adesão e sustentabilidade da população adulta às atividades físicas.

A tarefa de superação desses desafios 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 dos indivíduos e de suas comunidades às práticas regulares de atividades físicas, sendo que muitas dessas estratégias e desses mecanismos ainda estão sendo desvendados pelas pesquisas científicas.

Vamos, então, lembrar algumas orientações e recomendações que nos ajudam a enfrentar esses desafios. Utilizaremos o documento *Guidelines for exercise testing and prescription*, do American College of Sports Medicine (ACSM, 2006), a proposta do Conselho Federal de Educação Física (AZEVEDO *et al.*, 2017) atualmente vigente e as diretrizes do NASF – AB no que se refere às atividades físicas e práticas corporais.

Ao final da unidade, você deverá ser capaz de:

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

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

Antes de iniciarmos as orientações e recomendações, vamos verificar alguns fatos chave apresentados pela Organização Mundial da Saúde sobre a insuficiência de atividade Física (WHO, 2018):

- Insuficiência de atividade física é um dos principais fatores de morte ao redor do mundo;
- Insuficiência de atividade física é um fator determinante de doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, o câncer e o diabetes;
- Atividade física produz benefícios significantes para a saúde e contribui para prevenir contra DNT;
- Um em cada quatro adultos não é suficientemente ativo no planeta;
- Oitenta por cento da população jovem do planeta é insuficientemente ativa fisicamente;
- As políticas para alterar a condição de insuficiência de atividade física estão sendo executadas por 56% dos países-membros da Organização Mundial da Saúde;
- Os países-membros da Organização Mundial da Saúde haviam acordado em reduzir em 10%, até 2015, os índices de insuficiência de atividade física.

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. Trata-se de exercícios físicos realizados com o objetivo de manter a condição de saúde e reduzir o risco de desenvolver uma doença crônica.

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

- atividade física moderada com duração de 30 minutos por dia, durante 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.
- oito a 10 exercícios de força muscular, com oito a 12 repetições de cada exercício, duas vezes por semana.

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

Recomendações do Conselho Federal de Educação Física (CONFEF)

O CONFEF lançou, em 2010, com 5ª edição em 2017, 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 dos profissionais desta categoria durante programas de atividades físicas voltadas para a promoção da saúde e prevenção contra doenças crônicas não transmissíveis, nos níveis primário, secundário e terciário da Atenção Básica à 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 aos 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 cardiovasculares, pulmonares ou metabólicas.

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 identificados são:



01

Idade e sexo

05

Obsedidade e distribuição anatômica da gordura

02

Histórico familiar de doença;

06

Sedentarismo

03

Hipertensão arterial sistêmica

07

Hábitos alimentares inadequados em proporção e composição

04

Dislipidemia, glicose sanguínea em jejum alterada

08

Fumante habitual de cigarros

Com base no número de fatores de risco para desenvolvimento de doença cardiovascular, como também na apresentação de sintomas de doenças pulmonares ou metabólicas, é

estabelecido se o usuário deve ser classificado como um indivíduo de baixo, moderado ou alto risco para doenças cardiovasculares. Essas categorias de estratificação de risco foram definidas segundo as diretrizes do American College of Sports Medicine (ACSM, 2006).



As condutas específicas recomendadas na intervenção profissional pelo CONFEF (2017), 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-se 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 a 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 escrito e assegurar que o acompanhamento regular esteja 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.

PARA SABER MAIS!!!

Leia o documento “Recomendações sobre Conduitas e Procedimentos do Profissional de Educação Física na atenção básica à saúde”.

Disponível em: <http://www.listasconfef.org.br/arquivos/Livro_Recomendacoes.pdf>.

(AZEVEDO *et al.*, 2017).

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, 2010a).

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. É importante destacar que sua inserção foi justificada principalmente como fator de proteção contra 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, considerando a atual realidade 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 cenário em que irá atuar como profissional e ator social, mas também a identificação dos sujeitos com as PCAF a serem propostas (BRASIL, 2010a).

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.

PARA SABER MAIS!!!

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

Ao trabalhar as 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 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 os desejos da comunidade.

As atividades propostas devem ser adequadas, no sentido de favorecer o mais alto 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, com a AB 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 vassoura para confecção de bastão, etc.



Fonte: Acervo pessoal

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

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

Sugere-se orientar os adultos sedentários quanto às 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 sobrecarga no corpo. O nível de esforço físico, o tipo e a duração da atividade que será praticada devem estar associados às condições ambientais, como também ao tipo e à quantidade do vestuário utilizado por um adulto na sua prática.

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

que o credo, a faixa etária ou a timidez façam com que vestuários usados por eles sejam menos apropriados às práticas de atividades físicas. Sugere-se orientar os usuários que, em nenhuma circunstância, devem exercitar-se usando roupas plásticas ou plásticos ao redor do corpo. Por outro lado, quando a temperatura está baixa, recomenda-se orientá-los a vestir-se com várias peças de roupa, 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 deve ser recomendado.

Ao propor uma atividade em ambiente aberto e quente, verifique a possibilidade de os participantes adquirirem filtro solar. Caso contrário, o uso de chapéu, calças longas e camisetas de algodão com mangas mais longas deve ser indicado.

Todas as mudanças de hábitos e de comportamentos no processo de se ter vida ativa só se consolidam pelo compromisso do sujeito para com ele mesmo e do apoio encontrado na sua rede social. Sendo assim, esse processo, que é lento, requer da pessoa, da sua família, da rede de amigos e dos profissionais da saúde muita dedicação e persistência, e das políticas públicas condições que assegurem à pessoa a proteção e a segurança na conquista de se tornar e se manter uma pessoa ativa e cooperativa na vida comunitária.

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

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

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



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

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



- nas práticas de atividades físicas no período noturno, em local aberto, com trânsito, o usuário use algum acessório com cores brilhantes;

- as caminhadas em local aberto, com trânsito tanto no período diurno como noturno, sejam no sentido contrário ao do tráfego;



- nos locais de práticas de atividade física, quando a pessoa utilizar o fone de ouvido ou o celular, tanto o volume do aparelho de música como o nível da conversa sejam mantidos baixos, para resguardar a privacidade do usuário e não incomodar as outras pessoas;

- evitem as áreas urbanas que apresentem nível de ruído excessivo para as práticas de atividade física;



- durante as práticas de atividade física, procurem ambientes seguros, iluminados e de fácil acesso para todos da comunidade;

- se levarem pequenos animais para as práticas de atividades físicas, mantenham 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, dar passagem a quem mantenha passadas mais aceleradas na caminhada ou na corrida.

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

A utilização da abordagem integral do indivíduo no seu contexto social, familiar e cultural, visando ao cuidado longitudinal, constitui 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 esses aspectos para o restabelecimento da saúde, a partir do cuidado e do acompanhamento” (SILVEIRA FILHO, 2008, p. 38).

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

As intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações biopsicossocioculturais da saúde-doença e cuidado e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade; a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade é necessária, bem como a multiprofissionalidade são necessárias (ALMEIDA; 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-AB: a integralidade na saúde, a interdisciplinaridade na saúde e o trabalho em equipes multiprofissionais.

PROBLEMATIZANDO A PRÁTICA

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

Vamos raciocinar juntos. Tomemos, como exemplo, o caso de Dona Jandira Lima, de 37 anos de idade, que foi encaminhada pela Equipe Verde para participar das atividades físicas ofertadas pelo NASF-AB que atua na Vila Formosa.



Segundo o encaminhamento da ESF, Dona Jandira, após o nascimento do seu último filho, há dois anos, 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-AB, 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 cefaleia, 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 doença, 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, integrados, podem promover a saúde e contribuir para prevenir contra outros agravos na saúde de 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 ao seu agravo, que poderão ser levados em conta no planejamento e na organização de um programa de atividades físicas e práticas corporais a ser ofertado. Por exemplo:



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

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 as estratégias de enfrentamento (operações: descrição, produtos esperados e recursos necessários). Essa síntese deverá ser postada na plataforma, para interação com seu tutor. Ao final, a síntese dessa atividade deverá ser apresentada em forma de pôster no Encontro Presencial.

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

Concluindo

Nesta unidade foram abordadas recomendações importantes para o planejamento de programas, projetos e intervenções de atividades físicas nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e projetos afins, para que assim sejam garantidas 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 Núcleos e de programas de Atividade Física com foco na saúde coletiva trouxe o grande desafio do aprendizado sobre o trabalho em equipe, tão necessário na área da Saúde. Com a aposta no trabalho em equipe no contexto da Atenção Primária à Saúde, o Ministério da Saúde objetiva resguardar tanto a interdisciplinaridade como a integralidade no cuidado. Portanto, o desenvolvimento e a aquisição das novas competências para atuar em uma equipe multiprofissional deve ser uma meta prioritária a ser perseguida por todos os profissionais que atuam nesse nível da atenção.

Educação Física: atenção à saúde do adulto

Considerações Finais

Educação Física: atenção à saúde do adulto

Considerações finais

Estudamos, neste módulo, o sedentarismo e a atividade física na vida adulta para compreender 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, junto com os outros membros da sua equipe, devem nortear as atuações numa concepção bem definida de ser humano, como princípio orientador do planejamento, do monitoramento, da avaliação e das proposições. Na promoção da saúde e na prevenção contra as doenças crônicas, o objeto central do agir dos profissionais de saúde deve ser o sujeito, visto como um todo biopsíquico que vive e atua em uma cultura específica, e não na doença. As intervenções planejadas e executadas devem propiciar ao usuário os conhecimentos sobre si mesmo, do próprio corpo e do próprio psiquismo, no sentido de promover entre os usuários autonomia no 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 sustentam na autonomia dos usuários e na responsabilização das equipes de saúde com os usuários, com as famílias e com as comunidades, compreendemos, então, que uma equipe unida e com foco na problematização das questões identificadas no território é capaz de planejar ações mais em sintonia com as crenças e os valores locais, executá-las de forma eficaz e efetiva e avaliá-las de forma sistemática e transparente.

Referências

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: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002870310006769?via%3Aihub>>. Acesso em: 07 jul. 2018.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2018.

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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000300012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 jul. 2018.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Exercise and physical activity for older adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 47, n. 7, p.1510-1530, 2009. Disponível em: <<https://sci-hub.tw/10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c>>. Acesso em: 12 set. 2018.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **An international resource fueled by the science of sports medicine**. Active Voice: too little exercise, too much sitting and expanding waistlines!. Entrevista: Ai Shibata, Ph. D., Neville Owen. Março, 2017. Disponível em: <<http://www.multibriefs.com/briefs/acsm/active051016.htm>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

ANDRADE, A. C. S. Atividade física e medidas subjetivas e objetivas do ambiente em adultos residentes em um centro urbano: Estudos Saúde em Beagá e Observação Social Sistemática. **Boletim Faculdade de Medicina**, n. 523, 2018. Disponível em: <<https://site.medicina.ufmg.br/inicial/estudo-relaciona-atividade-fisica-no-lazer-com-caracteristicas-do-ambiente/>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

ANDREWS, N. E. *et al.* Association Between physical activity and Sleep in Adults With Chronic Pain: A Momentary, Within-Person Perspective. **Physical Therapy**, v. 94, n. 4, p. 499-510, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.2522/ptj.20130302>>. Acesso em: 08 set. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO. **Governo gasta R\$ 3,89 ao dia na saúde de cada brasileiro**. 2016. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/governo-gasta-r-389-ao-dia-na-saude-de-cada-brasileiro/16465/>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. Department of Health. Physical activity and Sedentary behaviour. **Research and statistics**. 2017. Disponível em: <<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-strateg-active-evidence.htm>>. Acesso em: 10 set. 2018.

AZEVEDO, L. F. *et al.* **Recomendações sobre condutas e procedimentos do Profissional de Educação Física**. 5. ed. Rio de Janeiro: CONFEF, 2017. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2363.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

BERTO, S. J. P.; CARVALHAES, M. A. B. L.; MOURA, E. C. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1573-1582, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800011>. Acesso em: 12 set. 2018.

BRAGA, G. B.; FIÚZA, A. L. C. REMOALDO, P. C. A. O conceito de modo de vida: entre traduções, definições e discussões. **Sociologias**, v. 19, n. 45, p. 370-396, mai/ago 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/15174522-019004521>>. Acesso em: 12 set. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n. 8.069**, de 13 de julho de 1990. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 16 mar. 2018.

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. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 192p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2018.

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 abr. 2018

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: 30 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. v.1 Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 30 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2006**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://prosaude.org/publicacoes/diversos/vigitel_2006_brasil.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2018.

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, 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_risco_doencas_inquerito_telefonico_2009.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2016**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 30 ago. 2018.

BRASIL. Empresa Brasil de Comunicação. Agência Brasil. **Expectativa de vida do brasileiro é de 75,8 anos, diz IBGE**. Brasília, 2017b. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/pesquisa-e-inovacao/noticia/2017-12/expectativa-de-vida-do-brasileiro-e-de-758-anos-diz-ibge>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

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: 30 ago. 2018.

CAMPOS, G. W. S. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 5-8, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-22-64-0005.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

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: 28 jun. 2018.

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: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2480.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

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: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379798000841?via%3Dihub>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

EDWARDS, M. K. *et al.* The association between physical activity and dietary inflammatory index on mortality risk in U.S. adults. **Phys Sportsmed.**, v. 46, n. 2, p. 249-254, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29463180>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

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

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/processo-trabalho-saude-modelo-atencao-2017.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2018.
FOSTER, C. *et al.* The Future of health/fitness/sports performance. **Researchgate.** Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/322069959_The_Future_of_HealthFitnessSports_Performance>. Acesso em: 18 ago. 2018.

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

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

FRITH, E.; LOPRINZI, P. D. The association between physical activity and cognitive function with considerations by social risk status. **Eur J Psychol.**, v. 13, n. 4, p. 767-775, 2017. Disponível em: <<https://ejop.psychopen.eu/article/view/1471>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

GALPER, D. *et al.* Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 38, n.1, p.173-8. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16394971>>. Acesso em: 12 set. 2018.

GARCIA J. M.; COX, D.; RICE, D. Association of physiological and psychological health outcomes with physical activity and sedentary behavior in adults with type 2 diabetes. **BMJ Open Diabetes Research and Care**, v. 5, 2017. Disponível em: <<http://drc.bmj.com/content/5/1/e000306>>. Acesso em: 12 set. 2018.

GLOBO. **Em 79º lugar, Brasil estaciona no ranking de desenvolvimento humano da ONU.** 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mundo/noticia/em-79-lugar-brasil-estaciona-no-ranking-de-desenvolvimento-humano-da-onu.ghtml>>. Acesso em: 04 mar. 2018.

GUANAIS, F. C.; DOURADO, I.; MACINKO, J. **Doenças crônicas, atenção primária e desempenho dos sistemas de saúde:** diagnósticos, instrumentos e intervenções. Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/14249/1/Ines%20Dorado.%20Doen%C3%A7as%20Cr%C3%B4nicas%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria.%202011.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2018

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**, 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: 04 set. 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000.** Rio de Janeiro: IBGE, 2002. (Estudos e pesquisa. Informação demográfica e socioeconômica, n. 8). Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66196.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv40544.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo 2010**, [2010b]. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000402.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE . **PNAD 2009:** rendimento e número de trabalhadores com carteira assinada sobem e desocupação aumenta. 2010d. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/13891-asi-pnad-2009-rendimento-e-numero-de-trabalhadores-com-carteira-assinada-sobem-e-desocupacao-aumenta>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4437.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Tábuas completas de mortalidade**. 2010c. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4436.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101459.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

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: 14 mar. 2018.

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: 14 mar. 2018.

KIM, B.; HYUN, H. Associations between social and physical environments, and physical activity in adults from urban and rural regions. **Osong Public Health Res Perspect.**, v. 9, n. 1, p. 16-24, 2018. Disponível em: <<http://kcdcphrp.org/journal/view.html?doi=10.24171/j.phrp.2018.9.1.04>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

KINNAFICK, F.; THOGERSEN-NTOUMANI, C.; DUDA, J. L. Physical activity adoption to adherence, lapse, and dropout a self-determination theory perspective. **Qual Health Res.**, v. 24, n. 5, p. 706-18, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24692183>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

KODAMA, S. *et al.* Association between physical activity and risk of all-cause mortality and cardiovascular disease in patients with diabetes: a meta-analysis. **Diabetes Care**, v. 36, n. 2, p. 471-9, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23349151>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

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: 14 mar. 2018.

LUZ, M. 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: 14 mar. 2018.

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. p. 47-57.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório de Desenvolvimento Humano 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/RelatoriosDesenvolvimento/undp-br-PNUD_HDR_2010.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Plano de Ação Global em atividade física 2018-2030: mais pessoas ativas para um mundo mais saudável**. 2018. Disponível em: <<http://cev.org.br/arquivo/biblioteca/4040080.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. 60p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Empresa de Transportes e Trânsitos de Belo Horizonte**: disputa põe carro em xeque. Notícia a imprensa. [2009].

PROCHASKA, J; MARCUS, B. The Transtheoretical Model: applications to exercise. In: DISHMAN, K. R. **Advances in exercise adherence**. Human Kinetics, 1994.
RHODES, R. E. *et al.* Physical activity: health impact, prevalence, correlates and intervention. **Psychol Health**, v. 32, n. 8, p. 942-975, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28554222>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

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: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19402741>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

RHODES, R. E.; SMITH, N. E. I. Personality correlates of physical activity: a review and meta-analysis. **Br. J. Sports Med**, v. 40, n. 12, p. 958-965, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17124108>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

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, 2008. p. 31-49.

SUZUKI, C. S. ; MORAES, S. A. ; FREITAS, I. C. M. Physical activity and correlates among adults living in Ribeirão Preto, Southeastern Brazil / Atividade física e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 311-320, abr. 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-577051>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

TEH, C. H. *et al.* Association of physical activity with blood pressure and blood glucose among Malaysian adults: a population-based study. **BMC Public Health**, v. 15, 2015. Disponível em: <<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2528-1>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

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: 14 mar. 2018.

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. 629-39, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20534872>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion first international conference on health promotion**. Ottawa: OMS, 1986. Disponível em: <<http://www.ngos4healthpromotion.net/wordpress4hp/wp-content/uploads/2016/11/OttawaCharter.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Report of a Joint Expert Consultation. Technical Report Series, Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42665/WHO_TRS_916.pdf?sequence=1>. Acesso em: 14 mar. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **New Perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage**. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/health_financing/topics/resource-tracking/new_perspectives_on_global_health_spending_for_uhc.pdf?ua=1>. Acesso em: 14 mar. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases**. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Promotion Glossary**, 1998. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **An estimation of the economic impact of chronic noncommunicable diseases in selected countries**. 2006. Disponível em: <http://www.who.int/chp/working_paper_growth%20model29may.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical activity**, Fact Sheet. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

ZHOU, R. *et al.* Association between Physical Activity and Neighborhood Environment among Middle-Aged Adults in Shanghai. **Journal of Environmental and Public Health**, 2013. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/jep/2013/239595/>>. Acesso em: 14 mar. 2018.



SGTES



MINISTÉRIO DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

