

CAPÍTULO 6

ATIVIDADES FÍSICAS E ESPORTIVAS E SEU PAPEL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE



INTRODUÇÃO

As AFEs têm sido evidenciadas como um importante elemento da promoção da saúde da população. Contudo, o que se entende como saúde esteve ancorado por muitas décadas nas práticas médicas, e constantes discussões e debates históricos têm contribuído para ampliar sua definição e compreensão pela sociedade de modo geral.

Do ponto de vista do desenvolvimento humano, a saúde é tida como uma capacidade fundamental das pessoas. Por um princípio de justiça social, as pessoas têm o direito a viver uma vida longa e saudável, sem sofrer doenças preveníveis ou morrer prematuramente. Promover a saúde é um fim em si mesmo e, nesta seção, veremos como as AFEs constituem um meio importante para a sua promoção.

Para Sen, "Os fatores que podem contribuir para as conquistas e fracassos na saúde vão muito além de cuidados de saúde e incluem numerosas influências de diferentes tipos, que vão desde propensões (genética), renda individual, hábitos alimentares e estilos de vida, por um lado, ao ambiente epidemiológico e as condições de trabalho por outro... Devemos ir muito além da entrega e distribuição da atenção à saúde para uma compreensão adequada das realizações e das capacidades em matéria de saúde"¹.

A OMS, em 1948, assumiu que a saúde está para além do alcance biológico, ao definir que "saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de

doença ou enfermidade"². No entanto, durante o século 20, essa concepção tem sido repensada por não se afastar da ideia de "ausência de doença", bem como por vincular a saúde a um completo estado de bem-estar.

No Brasil, o conceito de saúde, assim como a legislação sobre o que é promoção, proteção e recuperação da saúde, foi discutido e revisado durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em meados da década de 1980. Consta no relatório final que:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida³.

Todas as condições mencionadas acima, bem como a forma como as sociedades se organizam e as desigualdades e iniquidades que delas derivam, contribuem direta ou indiretamente com a saúde. No entanto, Canguilhem⁴ destaca que ter saúde não passa de um conceito normativo que se transforma em sua relação com as condições individuais, de modo a permitir que novas normas possam ser instituídas sempre que houver necessidade. Assim,

Ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas⁵.

Com relação à ideia de alcançar um estado de completo bem-estar, compreende-se que a saúde não é uma constante de satisfação, mas “[...] uma margem de tolerância às infidelidades do meio [...], sendo suas infidelidades exatamente seu devir, sua história⁶. Assim, o fato de não alcançar um completo estado de bem-estar não distancia o indivíduo da possibilidade de ser saudável e de viver bem na completude de suas capacidades. Pessoas passam por abalos ao longo da vida, por diferentes razões, como mudanças inerentes ao processo de envelhecimento ou aos diversos eventos presentes no viver, como situações no emprego ou de outras naturezas. Essas mudanças, de certo modo, podem contribuir para que a concepção de saúde seja reajustada frente às novas possibilidades de ser, sentir-se e tornar-se saudável.

A saúde se conecta com o desenvolvimento humano de forma contínua e recíproca, por compartilhamento de concepções, valores, significados e atitudes construídas ou reconstruídas nas vivências individual e social. Essa engrenagem favorece a troca de saberes e de experiências que constituem a cultura de saúde e abre a possibilidade para que transformações do conceito de saúde e de sua apropriação aconteçam em conformidade com as situações vividas, e com o momento histórico e de desenvolvimento no qual a sociedade se encontra.

Um bom começo para a mudança é compreender que “uma sociedade saudável é muito mais do que uma comunidade em que as causas da doença são minimizadas⁷. O “muito mais” pode ser compreendido a partir da percepção que cada pessoa ou comunidade tem sobre o viver bem e com qualidade, dentro do que se pode ser, ter ou tornar-se, naquele momento.

Nesse contexto, surge a necessidade de compreender como a promoção da saúde ocorre e se distingue da prevenção dos processos de doença. No campo teórico, os enfoques de prevenção e promoção da saúde se distinguem com mais facilidade do que as ações que deles derivam⁸. Enquanto a definição literal de promover é “dar impulso a, fomentar, originar, gerar”, a de prevenir é “preparar, chegar antes de, impedir que se realize⁹. No campo prático, o desenvolvimento de ações de prevenção e de promoção caminha de modo complementar¹⁰. Contudo, pode-se dizer que a promoção vai além de uma necessidade de antecipar uma ação para reduzir agravos à saúde, ou ainda, de uma preocupação com a recuperação da saúde. A promoção caminha pelo fortalecimento de capacidades para lidar com os inúmeros condicionantes de saúde¹¹.

Enquanto a prevenção tem como foco evitar o surgimento de enfermidades, a promoção é focada na saúde propriamente dita. Assim, as ações preventivas buscam um distanciamento das doenças, enquanto as ações de promoção buscam uma aproximação com a saúde¹².

Assim, promover saúde transcende a oferta de assistência à saúde e caminha em direção aos múltiplos aspectos que influenciam os modos de viver. Do mesmo modo, tem-se compreendido que a saúde envolve o engajamento de diferentes setores públicos relacionados ao bem-estar social e, prioritariamente, deveria

envolver a participação da própria população na tomada de decisões e no planejamento estratégico das ações.

O termo “promoção da saúde” se consolidou mediante contínuos acontecimentos que, a partir da década de 1960, têm impulsionado uma nova compreensão sobre saúde e políticas públicas de saúde. As organizações e os especialistas na área da saúde incitaram novos debates em várias partes do mundo argumentando a favor da forte influência dos determinantes sociais e econômicos na condição de saúde da população, porque manter um paradigma de saúde centrado no tratamento da doença não atendia aos novos entendimentos sobre saúde. Durante a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 na cidade de Ottawa, foi dada uma ênfase positiva ao processo de saúde. Desse marco histórico, obtém-se a seguinte definição:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver¹³.

Durante as quase três décadas após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil alcançou avanços importantes no que diz respeito à promoção da saúde e redução das vulnerabilidades sociais, ampliando seu escopo de ações com o fortalecimento da Atenção

“

as ações preventivas buscam um distanciamento das doenças, enquanto as ações de promoção buscam uma aproximação com a saúde

Primária em Saúde, criação de políticas e serviços adicionais para atendimento a populações específicas (indígenas, população em situação de rua, quilombolas, pacientes com doença renal e diabetes, entre outras) e estratégias para tornar as cidades um ambiente saudável.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, instituída em 2006 e atualizada em 2014, também avança em uma perspectiva ampliada de saúde, ao reconhecer que mudanças nos modos de viver não se restringem à vontade ou liberdade individual, mas também englobam à forma como os indivíduos e a sua coletividade elegem determinadas opções de vida, como criam oportunidades e possibilidades para satisfazer necessidades e interesses pertencentes à ordem coletiva, e como organizam suas escolhas¹⁴.

Ao reconhecer que a saúde é fortemente influenciada pelas condições sociais, a OMS criou, em 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde – CDSS¹⁵. Em 2006, foi implementada no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde¹⁶. Desde então, reduzir as injustiças na saúde tem sido reconhecido enquanto aspecto moral e compromisso político, sendo orientadas prioridades e metas globais para melhorar o bem-estar das pessoas e promover a equidade em saúde.

Em 2010, a CDSS publicou um relatório sobre a redução das desigualdades no período de uma geração, com foco na compreensão de como os determinantes sociais influenciam a saúde da população e que ações poderiam reduzir essas desigualdades que afetam diretamente a saúde¹⁷. No ano subsequente, o Brasil sediou a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, no Rio de Janeiro, que culminou com a publicação da Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde, centrada na necessidade de se promover equidade social e saúde a partir de ações sobre os determinantes sociais da saúde e do bem-estar com foco no entendimento de “saúde para todos” e de “todos pela equidade”¹⁸. Além desses acontecimentos, outros encontros e conferências importantes marcaram esses avanços, com destaque à 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde da União Internacional de Promoção da Saúde e da Educação¹⁹.

Em todos esses momentos, o ponto central de discussão tem sido promover maior equidade social e redução das iniquidades em saúde. Esses avanços passam pelo reconhecimento e controle dos determinantes estruturais (contexto socioeconômico e político, que retrata governança, políticas, cultura e valores sociais, compreendendo distribuição de renda, educação e classes sociais) e intermediários (retratam as condições de vida, como condição de moradia, trabalho, alimentação, entre outros; fatores comportamentais, biológicos e psicossociais; e o próprio sistema de saúde) da saúde, os quais influenciam diretamente a equidade em saúde e o bem-estar, que por sua vez, também influenciam os determinantes²⁰.

De fato, os progressos no campo da saúde pública no Brasil têm posicionado o país enquanto percursor de importantes iniciativas para melhoria das condições de saúde da

população e redução das desigualdades por meio de políticas públicas e ações voltadas para a melhoria da distribuição de renda, em especial para redução da mortalidade infantil²¹ e da violência²².

Um reflexo positivo das medidas de erradicação da pobreza e universalização da saúde no Brasil se encontra na saúde materno-infantil, onde as taxas de mortalidade infantil reduziram-se significativamente a partir da década de 1980²³, em função do amplo acesso da população aos serviços de saúde (Estratégia de Saúde da Família) e ao programa de transferência condicional de renda (Bolsa Família)²⁴. Por outro lado, a violência urbana tornou-se uma das principais causas de morte externa no Brasil, posicionando-nos com uma das maiores taxas de homicídio do mundo, tendo os jovens, negros e pessoas em situação de pobreza como as principais vítimas da violência comunitária²⁵. Experiências comunitárias de revitalização de espaços públicos e programas de auxílio aos dependentes de álcool e outras drogas têm modificado esse retrato em comunidades carentes das metrópoles do país²⁶.

De modo geral (veja a Caixa 6.1), observa-se melhoria nas condições de vida no país, com declínio das taxas de mortalidade e melhora da renda média domiciliar per capita, dos indicadores de educação e da expectativa de vida. No entanto, registrou-se aumento na prevalência dos fatores de risco à saúde associados ao diabetes e à obesidade, dados que chamam a atenção para a necessidade de políticas de saúde que foquem na redução desses fatores de risco.

CAIXA 6.1

Avanços e recuos em alguns determinantes e condicionantes de saúde no Brasil

Indicadores ligados aos determinantes sociais (Pnad, 2004 e 2014)²⁷

- Média da renda domiciliar per capita: de R\$ 549,83 para R\$ 861,23.
- Coeficiente de Gini: de 0,570 para 0,515.
- Taxa de pobreza extrema segundo critérios do Plano Brasil Sem Miséria (R\$ 77,00/mês): de 6,7% para 2,48%.
- Cobertura previdenciária da população ocupada de 16 a 64 anos: de 63,4% para 72,9%.

Indicadores ligados às condições de saúde (Censos 2000 – 2010)²⁸

- Expectativa de vida ao nascer: de 68,6 para 73,9 anos.
- Taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos: de 37 para 19 casos por 1.000 crianças nascidas vivas.
- Taxa de mortalidade infantil: de 31 para 17 casos por 1.000 crianças nascidas vivas.

Indicadores ligados aos estilos de vida e saúde (Vigitel: 2006 – 2014, população residente nas 26 capitais e no Distrito Federal)²⁹

- Proporção de fumantes: de 16,2% para 10,8%.
- Proporção do consumo abusivo de bebidas alcólicas: de 20,2% para 16,5%.
- Proporção do consumo de frutas e hortaliças em 5 ou mais dias/semana: de 23,5% para 36,5%.
- Proporção de inativos fisicamente no tempo de lazer: de 56,0% para 64,7%.
- Proporção de autoavaliação do estado de saúde como ruim ou muito ruim: de 4,9% em 2009 (ano de inclusão desta questão) para 4,4%.

Indicadores ligados aos fatores de risco para a saúde (Vigitel: 2006 – 2014, população residente nas 26 capitais e no Distrito Federal)³⁰

- Proporção de pessoas com excesso de peso (Índice de Massa Corporal \geq 25 kg/m²): de 46,1% para 52,5%.
- Proporção de pessoas com obesidade (Índice de Massa Corporal \geq 30 kg/m²): de 12,6% para 17,9%.
- Proporção de pessoas com hipertensão: de 21,4% para 24,8%.
- Proporção de pessoas com diabetes: de 5,2% para 8,0%.

Fontes: CALIXTRE e VAZ, 2015; IBGE, 2016a; IBGE, 2016b; BRASIL, 2007 e BRASIL, 2015b.



COMO A SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES É BENEFICIADA COM A PRÁTICA DE AFES

A concepção de uma relação positiva entre AFES e saúde tem sido construída ao longo da história humana. Um exemplo é o acervo histórico do American College of Sports Medicine³⁵, que inclui quase uma centena de títulos que fazem menção à importância das AFES para a saúde e para a vida humana, com publicações ao longo de mais de 200 anos.

Contudo, a consolidação de evidências científicas sobre a importância das AFES para a saúde ocorreu principalmente no século 20, com estudos pioneiros nas décadas de 1950 e 1960 focados na relação entre as AFES e morbimortalidade por doenças cardiovasculares. O corpo de evidências foi fortalecido ao longo de várias décadas, consolidando o reconhecimento das AFES como importante fator de saúde³⁶. Em particular, são reconhecidos não somente os benefícios individuais (biológicos e mentais) das AFES mas também sua contribuição em diferentes aspectos de uma sociedade (como econômicos, sociais e ambientais), onde todos se beneficiam e beneficiam a sociedade por meio das AFES³⁷.

A saúde de crianças e adolescentes pode ser beneficiada pela prática de AFES tanto no campo da prevenção de doenças³⁸ como na promoção da saúde³⁹. Essas contribuições podem ser observadas durante a infância e adolescência⁴⁰ e podem também permanecer na vida adulta⁴¹.

Uma síntese de 86 publicações acerca dos benefícios das AFES em indicadores de saúde em crianças e adolescentes observou que a prática de AFES (em intensidade moderada) esteve favoravelmente associada à saúde óssea

(maior densidade óssea e redução do risco de lesões), mental (redução de sintomas depressivos e ansiedade), cardiovascular (redução da síndrome metabólica) e ao desempenho cognitivo (memória e desempenho acadêmico)⁴². Esses resultados fundamentaram as recomendações internacionais de AFES para a saúde geral dessa população (pelo menos 60 minutos de AFES de intensidade moderada a vigorosa diariamente)⁴³.

Em outra revisão, dados de 162 estudos de 31 países foram analisados, encontrando fortes e consistentes evidências de relações favoráveis entre AFES (medida objetivamente) e adiposidade, marcadores cardiometabólicos (como colesterol, pressão arterial e glicemia), aptidão física (aptidão aeróbica, força muscular e resistência) e saúde óssea. Houve moderada evidência de relação favorável entre AFES e qualidade de vida, bem-estar, habilidades motoras e aspectos psicológicos (como sintomas depressivos), e limitadas evidências para indicadores de saúde mental, social e cognitivo. Quase todos os estudos analisados relataram as AFES em diferentes ambientes (por exemplo, casa, escola, comunidade) e contextos (por exemplo, jogo, recreação, esporte, transporte ativo), indicando a importância de um modo de vida ativo para a saúde⁴⁴.

Algumas revisões sistemáticas investigaram a relação entre AFES e aspectos psicossociais e mentais da saúde. Uma delas⁴⁵ sintetizou o efeito de intervenções de AFES sobre indicadores psicossociais em adolescentes (11 a 18 anos de idade). Os resultados mostraram efeitos pequenos e moderados das intervenções de

Tanto a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, proposta pelas Nações Unidas³¹, como o projeto Saúde Brasil 2030³² e o documento de discussão da OMS para diminuição de diferenças na prática das políticas sobre os determinantes sociais de saúde³³ têm a preocupação de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar da população, sugerindo que o país: a) alcance cobertura universal de saúde e garanta aos cidadãos e cidadãs o acesso a serviços de qualidade; b) melhore as condições de vida cotidianas; c) melhore a distribuição de poder e recursos nas diferentes esferas do governo; d) quantifique os problemas de saúde e avaliação das ações; e) alargue a base de conhecimento; e f) promova uma maior consciência pública sobre o tema.

O grande desafio é erradicar os problemas de saúde e as morbidades que deles resultam, em grande parte, reduzindo desigualdades sociais e iniquidades em saúde, para que o desenvolvimento sustentável se configure em um direito de todos. Isso pode gerar mais incertezas do que convicções, pois esse resultado exige mudanças contínuas nas políticas e nas ações, avanços no conhecimento científico e nas inovações tecnológicas, bem como consolidação da rede de atenção básica em saúde³⁴.

COMO A SAÚDE DE ADULTOS E IDOSOS É BENEFICIADA COM A PRÁTICA DE AFES

AFEs sobre situações de externalização e internalização de problemas, melhoria do autoconceito e desempenho acadêmico. Outra revisão⁴⁶ focou em analisar a relação entre AFEs, função cognitiva (cognição, aprendizagem e cérebro) e desempenho acadêmico em crianças (de 5 a 13 anos de idade). A maioria das pesquisas apoia a hipótese de relação favorável das AFEs (por meio da aptidão física, episódios únicos de AFEs e intervenções de AFEs) no funcionamento cognitivo das crianças.

No entanto, são inconsistentes os componentes da relação dose-resposta (tipo, quantidade, frequência e tempo) entre AFEs e esses indicadores. Outra revisão⁴⁷ sintetizou evidências sobre os benefícios psicossociais da prática esportiva em crianças e adolescentes (de 5 a 18 anos de idade). Pesquisadores relataram haver evidências suficientes para justificar o incentivo ao esporte comunitário como forma de lazer ativo nessa população, em um esforço não só para melhorar a saúde física mas também para melhorar a saúde psicossocial (autoestima, interação social e redução dos sintomas depressivos).

Na análise das evidências previamente apresentadas e das recomendações de atividade física à saúde da OMS⁴⁸, observa-se que pouco tem sido observado e proposto para crianças mais jovens (até os 5 anos de idade). Essas conclusões foram alinhadas com uma revisão⁴⁹ sobre as evidências da relação entre AFEs e saúde em crianças de até 4 anos de idade. Embora o nível de evidência tenha variado de baixo a alto, em geral foi demonstrada a relação da prática de AFEs com uma menor prevalência de obesidade, menos fatores de risco cardiovascular (pressão arterial, lipídios, glicose e insulina, bem como parâmetros inflamatórios), melhores habilidades motoras, saúde óssea e desenvolvimento cognitivo (incluindo o desenvolvimento

da fala). O consenso para essa faixa etária é de oferecer tantas AFEs quanto possível, não limitar a prática de AFEs, mas aumentar a consciência dos pais ou responsáveis em relação à importância das AFEs e do ambiente seguro para a prática. No entanto, a quantidade de AFEs necessárias para o crescimento e desenvolvimento integral saudável de crianças mais novas ainda carece de evidências⁵⁰.

Dados de levantamentos com adolescentes brasileiros também destacaram essa relação das AFEs com a saúde. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2009, 2012 e 2015, mostra como as AFEs têm relação inversa com o tabagismo⁵¹ e consumo de drogas ilícitas na vida (por exemplo, maconha, cocaína e cola)⁵². Outros estudos relevantes foram publicados, como o estudo longitudinal da coorte⁵³ de nascimentos de Pelotas, que monitora aspectos de saúde de crianças nascidas nos períodos da coorte (1993, 2004 e 2015). Nele, têm sido observados os benefícios das AFEs durante a adolescência na pressão arterial⁵⁴, na função pulmonar⁵⁵ e em indicadores de saúde mental⁵⁶, bem como na saúde óssea durante a vida adulta⁵⁷. Publicações oriundas de intervenção com foco nas AFEs e em outros componentes do estilo de vida saudável mostraram que a mudança nas AFEs após a intervenção foi relacionada favoravelmente com a autoavaliação da saúde⁵⁸ e da imagem corporal⁶⁰ em adolescentes.

A influência positiva das AFEs sobre diversas dimensões da saúde de adultos e idosos vem sendo estabelecida há bastante tempo. Atualmente, tem-se a inclusão das AFEs em diversos documentos voltados à promoção da saúde ou prevenção de doenças elaborados por entidades nacionais e internacionais, como o Plano Global de Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis da OMS, que estabeleceu a meta de reduzir em 10% a inatividade física ao redor do mundo até 2025⁶⁰.

As evidências mais contundentes vêm de estudos analisando a relação entre AFEs e mortalidade precoce por todas as causas. Estima-se que níveis de AFEs abaixo do recomendado (isto é, 150 minutos semanais de AFEs de intensidade moderada ou 75 minutos semanais em intensidade vigorosa) são responsáveis por em torno de 10% das mortes prematuras por todas as causas em todo o mundo⁶¹. Duas meta-análises⁶² com estudos de coorte apontaram que o risco de mortalidade precoce por todas as causas é em torno de 20% a 30% menor em adultos e idosos fisicamente ativos em comparação aos inativos. Não obstante, observou-se que a maior parte da redução do risco de mortalidade precoce ocorre quando se passa da inatividade física para baixos níveis de prática, e que reduções adicionais podem ser alcançadas com o aumento do volume ou da intensidade das AFEs.

Outros benefícios físicos também decorrem da prática de AFEs. Fortes e consistentes evidências existem com relação à⁶³:

- Redução de risco de doenças cardiovasculares, como acidente vascular encefálico, doenças coronarianas e hipertensão arterial.
- Redução de risco de doenças metabólicas, como diabetes tipo 2, dislipidemias e síndrome metabólica.
- Melhoria da aptidão física relacionada à saúde (capacidade aeróbia, força muscular, flexibilidade e composição corporal).

Mais recentemente, estudos também têm apontado redução do risco de mortalidade por câncer decorrente da prática de AFEs. Uma meta-análise contendo 71 coortes identificou uma redução de risco em torno de 20% entre adultos e idosos fisicamente ativos, tanto na população em geral como entre pessoas que já haviam sobrevivido à doença⁶⁴.

A influência das AFEs sobre aspectos que envolvem a saúde mental de adultos e idosos também tem sido investigada. As evidências sugerem um efeito favorável⁶⁵, apesar de haver um menor tamanho de efeito em relação ao que se observa nos benefícios físicos. Por exemplo, estima-se que aproximadamente 4% dos casos de demência no mundo são atribuídos à inatividade física⁶⁶.

Com relação às doenças neurodegenerativas, uma revisão sistemática com seis estudos de coorte observou redução do risco de incidência de demência e doença de Alzheimer em adultos e idosos inicialmente saudáveis e que praticavam AFEs regularmente, quando comparados aos fisicamente inativos. Esse efeito foi observado mesmo quando o volume de AFEs



© alffoto/istock.com

praticado foi pequeno⁶⁷. Outra revisão investigou a influência da prática de AFEs sobre a depressão⁶⁸, com base em 30 estudos de coorte. Desse montante, 25 estudos observaram redução do risco de incidência de depressão entre as pessoas fisicamente mais ativas. Há também indícios de que a prática regular de AFEs reduza o risco de incidência de ansiedade⁶⁹, embora estudos de melhor qualidade metodológica precisem ser realizados para se obter uma resposta mais acurada.

Estudos de coorte no Brasil, apesar de escassos, também apontam o papel positivo das AFEs na redução de mortalidade precoce por todas as causas em homens idosos⁷⁰, de triglicérides em homens adultos⁷¹ e de peso corporal em mulheres⁷². Entre as evidências de inquéritos em nível nacional, um estudo com 47 mil trabalhadores adultos apontou associação direta entre a falta de AFEs no lazer e hipertensão

arterial, hipercolesterolemia, obesidade e a presença concomitante de duas ou mais doenças, principalmente em homens⁷³. Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) apontaram uma associação inversa entre prática regular de AFEs e síndrome metabólica⁷⁴, hipertensão arterial⁷⁵, obesidade e autoavaliação negativa da saúde⁷⁶. Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, também apontam uma associação inversa entre prática de AFEs e autoavaliação negativa da saúde⁷⁷.

Por fim, estimativas do impacto da inatividade física sobre a população brasileira também estão disponíveis. Em torno de 5% das mortes prematuras por todas as causas no país são decorrentes da inatividade física⁷⁸. Ademais, estima-se que 15% dos custos do SUS com internações em 2013 foram atribuíveis à inatividade física⁷⁹.

AS ESTRATÉGIAS EM USO PARA FOMENTAR A PRÁTICA DE AFEs

De modo geral, a Política Nacional de Promoção da Saúde contempla uma visão contemporânea da promoção das AFEs para a saúde. Contudo, ainda há um distanciamento na constituição das ações e no modelo de avaliação e de intervenção realizados em diferentes setores e escalas.

Ao menos duas razões explicam esse distanciamento. Primeiro, porque se desconsidera o conceito amplo das AFEs (para além do gasto energético) em algumas ações, ao rotular as pessoas em ativas ou inativas, restringir os seus repertórios de prática ou esquecer os seus modos de viver e a forma como se organizam na sociedade. Segundo, porque algumas ações focam, prioritariamente, em mensagens sobre adoecimento ou morte precoce pela ausência da AFEs.

Ao considerar que as AFEs podem ser um fenômeno transformador da realidade social, assume-se que o seu papel é promover saúde, bem-estar e melhor qualidade de vida da população. Assim, é importante incentivar as pessoas a manter uma relação agradável e satisfatória com a prática das AFEs em suas vidas, bem como fomentar ações para reduzir e erradicar determinantes que condicionam a sua prática.

Por muito tempo, o ponto de discussão central na relação entre AFEs e a promoção da saúde foi direcionado a responder por que um indivíduo ou comunidade que pratica AFEs tende a ser saudável. Atualmente, um dos questionamentos prioritários nessa relação é "como promover AFEs para a saúde?". O olhar para a promoção de AFEs e o seu papel na promoção

da saúde exige que ela seja entendida de forma complexa e reconhecida como prioridade por todos os elementos da sociedade. O desafio (não tão) atual é que pesquisadores, governantes, agências de fomento à pesquisa, profissionais de saúde pública, organizações não governamentais e a sociedade civil busquem estratégias para uma vida saudável e mais sustentável⁸⁰.

Há esforços para organizar evidências que orientem as decisões políticas voltadas à construção de cidades saudáveis. Na literatura, mais de 100 revisões foram publicadas sobre estratégias de promoção das AFEs para a saúde, em diferentes contextos (escola, trabalho, comunidade, entre outros), apontando possibilidades de práticas baseadas em evidências, assim como de iniciativas originadas na vivência prática⁸¹. Ainda, a ampliação da investigação de experiências não divulgadas pelos meios acadêmicos tradicionais demonstra o interesse por experiências promissoras de promoção das AFEs para a saúde, porém de difícil acesso, com o intuito de estabelecer evidências baseadas em práticas⁸².

Diversas estratégias de promoção de AFEs para a saúde têm sido implementadas e testadas, com o intuito de avaliar mudanças em elementos que compõem diferentes níveis de implementação: individuais (como conhecimento sobre a importância das AFEs para a saúde ou preferências por práticas de AFEs), interpessoais (como apoio da família e dos amigos), ambientais (como bairros com maior conectividade entre as ruas, presenças de calçadas, ciclovias,

o olhar para a promoção de AFEs e o seu papel na promoção da saúde exige que ela seja entendida de forma complexa e reconhecida como prioridade por todos os elementos da sociedade



ginásios e piscinas de acesso público, e/ou maior sentimento de segurança) e sociopolíticos (leis e políticas públicas). O levantamento das possibilidades de estratégias de promoção de AFEs para a saúde foi extensamente discutido em publicações anteriores⁸³ e, de modo geral, organizam-se as estratégias em três grandes abordagens:

- Informativa e campanhas de massa: estratégias para mudar conhecimentos e atitudes da comunidade por meio de campanhas de massa pela mídia (mensagens ou propagandas em jornais, rádio ou televisão) ou mensagens de incentivo à prática de AFEs em ambientes estratégicos, como escola e trabalho.
- Comportamental e social: estratégias para ensinar habilidades para mudar e manter comportamentos (como aconselhamento individual) e criar ambientes sociais e organizacionais que facilitem essas mudanças (como planejamento de metas para adoção de comportamentos saudáveis na comunidade escolar).
- Ambiental e políticas voltadas à comunidade: estratégias múltiplas de tomada de decisão visando melhorar a acessibilidade, comodidade e segurança dos locais para a prática de AFEs, aliadas a ações de cunho físico, organizacional e educacional (por exemplo, articulação intersetorial, mudanças físicas no ambiente de prática de AFEs e fomento de estratégias educacionais para melhoria de aspectos como acessibilidade e segurança).

ABORDAGENS INFORMACIONAIS E DE CAMPANHA DE MASSA

Algumas estratégias de promoção das AFEs têm como foco aumentar o conhecimento e mudar atitudes e comportamentos sobre as AFEs. Campanhas de mídia de massa (televisão, rádio e mídia impressa) e mensagens de saúde nos mais diferentes contextos (escola, bairro e unidades de saúde) têm sido utilizadas como estratégias para sensibilizar e difundir mensagens direcionadas à saúde para segmentos específicos da população⁸⁴. Exemplos clássicos dessas estratégias podem ser observados em propagandas televisivas que apresentam dicas de saúde, outdoors com mensagens sobre saúde⁸⁵ ou mensagens do Ministério da Saúde de incentivo ao autocuidado que incluem as AFEs, como “Da saúde se cuida todos os dias” (promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude).

Campanhas de mídia em massa permitem utilizar vários meios de comunicação para divulgar programas e disseminar mensagens de saúde, sendo entendida como uma estratégia potencialmente importante pelo seu alcance em larga escala e pelo baixo custo⁸⁶. Em geral, as estratégias na promoção das AFEs para a saúde são:

- Campanhas de mídia em massa, focadas na promoção das AFEs para a comunidade em geral e subgrupos específicos (por exemplo, campanhas do Comitê Olímpico Internacional sobre o seu compromisso em aumentar a participação de meninas e mulheres na prática esportiva)⁸⁷.
- Material impresso e expositivo (*folders*, faixas, entre outros) com mensagens de estímulo e tomada de decisão, visando lembrar e motivar as pessoas para decisões que possam contribuir para a saúde (por exemplo,

praticar AFEs com os amigos ou familiares pode ser uma opção de lazer), sendo utilizado em diferentes contextos (como estações de transporte, locais de trabalho, hospitais, universidades e centros comerciais)⁸⁸.

As estratégias mencionadas acima, quando utilizadas de forma isolada, apresentam um corpo de evidências inconsistente quanto à sua efetividade na promoção de AFEs para a saúde da população, especialmente em comunidades de países de baixa e média renda⁸⁹. É reconhecida a importância de estratégias de cunho informativo na promoção das AFEs para a saúde; no entanto, em um processo interativo com outras estratégias, com intuito de potencializar o alcance aos diferentes determinantes que afetam a prática de AFEs e a saúde⁹⁰.

Estratégias com foco exclusivamente informativa, além de terem questionada sua eficácia⁹¹, podem fortalecer uma compreensão equivocada das razões do não envolvimento das pessoas com as AFEs. Isso porque, com bastante frequência, essas campanhas enfatizam de forma unilateral os aspectos individuais das pessoas não praticarem atividade física no lazer, apagando da campanha publicitária os múltiplos determinantes sociais que condicionam essa “não escolha”.

No Brasil, a maioria das campanhas informativas configuradas pelo Ministério da Saúde aborda os determinantes e condicionantes de saúde como justificativa para estimular as pessoas a se tornarem fisicamente ativas. Há estratégias para o controle dos indicadores relacionados às doenças e à mortalidade precoce, especificamente com foco na prevenção de doenças e recuperação da saúde, e incipientes campanhas com finalidade na promoção da saúde propriamente dita, por exemplo, a divulgação de notícias no site do Ministério da

Saúde sobre como tornar-se mais ativo em sua rotina diária e o uso de práticas corporais da medicina tradicional chinesa para empoderar as pessoas a tornarem-se ativas e conscientes do seu processo terapêutico. Um exemplo de estratégia informativa e de campanha de massa no Brasil é o programa Move Brasil, descrito na Caixa 6.2.

CAIXA 6.2

Exemplo brasileiro de ação informativa e campanha de massa

Move Brasil

Campanha de âmbito nacional, criada em 2012, com o intuito de reforçar aos brasileiros, de todas as idades, a importância da prática de AFEs. A campanha visou aumentar o número de brasileiros praticantes de AFEs até 2016, expandir e facilitar a oferta de esporte em todo o Brasil. O público-alvo da campanha é a população brasileira em geral.

As instituições de todo o país que aderem à campanha – os “Movedores” – utilizam seus meios institucionais, perfis de redes sociais (Facebook, Twitter, Instagram, YouTube etc.) e ações pontuais (Semana Move Brasil, caminhadas, corridas, semanas de AFEs, circuitos esportivos etc.) para difundir as mensagens do Move Brasil em todo o país. Em sua primeira edição, em 2013, a Semana Move Brasil contou com sete Movedores e público de 100 mil pessoas, alcançando, em 2014, 367 mil pessoas e 27 Movedores participantes. Em 2015, contou com 42 Movedores, mais de 5.409 atividades planejadas nos 26 estados e no Distrito Federal, e 40 arenas esportivas por todas as regiões brasileiras, alcançando mais de 425 mil participantes.

Ainda não há resultados de efetividade.

Fontes: MOVE BRASIL, 2016.⁹²

ABORDAGENS COMPORTAMENTAIS E SOCIAIS

Essas estratégias englobam ações com o intuito de estimular a mudança do comportamento em saúde com o enfoque em apoio social e reforço comportamental, por meio da resolução de problemas, percepção da capacidade de adotar um modo de vida ativo, autorrecompensa e outros elementos que estão em um nível proximal à prática de AFEs. Orientações individualizadas (pessoalmente ou por telefone) são um exemplo de estratégia nessa abordagem⁹³.

Essas estratégias têm apresentado baixo alcance em nível populacional e tornam-se de baixa viabilidade e alto custo para implementação em grande escala. Ainda, as evidências sobre a efetividade dessas estratégias parecem insuficientes para permitir a sua recomendação como um único componente de intervenção⁹⁴.

Contudo, algumas estratégias que têm apresentado resultados promissores são as práticas de AFEs na comunidade (por exemplo, Programa Academia da Saúde, ginástica para terceira idade, entre outros)⁹⁵. Esses programas oferecem instrução de condicionamento físico e aulas de ginástica aeróbica ou de práticas esportivas sem custo para os participantes e, muitas vezes, ocorrem em locais públicos, como parques, escolas, centros comunitários, locais de trabalho e instalações desportivas comuns. Essas atividades tendem a ser mais frequentes em locais com poucos espaços públicos de lazer e são bastante relevantes para as populações em situação de vulnerabilidade, como as mulheres e pessoas de baixo nível socioeconômico. A gratuidade permite que essas estratégias também contribuam para uma redução das disparidades de acesso⁹⁶.

No contexto escolar, a promoção da saúde na população jovem pode ser facilitada, dada as ligações indissolúveis entre saúde e educação. Contudo, a compreensão holística da relação entre AFEs e saúde não permite acreditar que uma disciplina (no caso, a Educação Física) ou uma estratégia específica e isolada (como promover brincadeiras no recreio escolar) seriam suficientes no estímulo às AFEs na perspectiva de promoção da saúde.

A proposta de uma escola promotora de saúde deve ser integrativa, dinâmica e coletiva, pois é uma responsabilidade comum à comunidade escolar. A promoção de AFEs para a saúde no contexto escolar passa por estratégias que: 1) dialoguem com políticas públicas; 2) considerem os interesses dessa comunidade para AFEs; 3) garantam aspectos estruturais e materiais relacionados às AFEs (oportunidades e espaços seguros, instalações e equipamentos); 4) incentivem a prática de AFEs de modo individual e coletivo (apoio e modelo social); 5) considerem as demandas sociais e de saúde na integração curricular (disciplinas que articulem conteúdos com temas de saúde na perspectiva transdisciplinar); e 6) envolvam a família no processo de educar em saúde⁹⁷.

No Brasil, há um fortalecimento das políticas públicas voltadas à promoção das AFEs para a saúde no contexto escolar, buscando uma intersetorialidade nas ações que contemplem não somente o monitoramento das condições de saúde do público escolar mas também foquem na promoção da saúde e na formação dos profissionais da educação e da saúde, bem como de jovens para atuar na promoção das AFEs. Um exemplo no cenário brasileiro é o Programa Saúde na Escola, que retrata uma política instituída em 2007, com articulação de ações do Ministério da Educação e da Saúde (Caixa 6.3).

CAIXA 6.3

EXEMPLO BRASILEIRO DE AÇÃO DIRECIONADA AO CONTEXTO ESCOLAR

O Programa Saúde na Escola é uma ação dos Ministérios da Saúde e da Educação que foi instituída em 2007 e integra a Política Nacional de Promoção da Saúde. O programa visa contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. As ações têm como público beneficiário os estudantes da Educação Básica e toda a comunidade escolar.

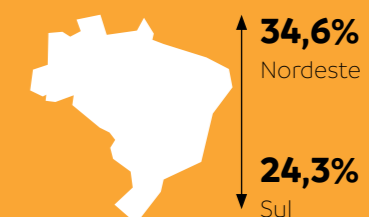
O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA PRIORIZA CINCO COMPONENTES DE AÇÕES

- 1 Avaliação das condições de saúde do público escolar;
- 2 Promoção da saúde e de atividades de prevenção;
- 3 Educação permanente e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e formação de jovens;
- 4 Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes;
- 5 Monitoramento e avaliação do programa.

Até 2013, o Programa Saúde na Escola estava implantado em cerca de



As ações de promoção de AFEs pelas Equipes de Saúde da Família variam de



sendo um dos temas de promoção da saúde menos tratados nas ações reportadas.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 apresenta como meta a universalização do acesso ao Programa Saúde na Escola a todos os municípios brasileiros. Ainda não há resultados de efetividade.

Fontes: Malta (2014); Machado (2015).

a compreensão holística da relação entre AFEs e saúde não permite acreditar que uma disciplina (no caso, a Educação Física) ou uma estratégia específica e isolada (como promover brincadeiras no recreio escolar) seriam suficientes no estímulo às AFEs na perspectiva de promoção da saúde



No contexto da atenção primária em saúde, uma análise das evidências sobre a efetividade de intervenções e os seus benefícios à saúde indicou que ações na comunidade são efetivas na redução de fatores de risco cardiovasculares, prevenção de quedas e melhora no autocuidado⁹⁸. Para a promoção de AFEs, as intervenções nesse contexto tendem a ter um aumento pequeno a moderado na prática de AFEs⁹⁹.

Sendo assim, as evidências de efetividade sugerem que a promoção das AFEs para a saúde deve integrar estratégias como:

- Utilizar diferentes técnicas de mudança comportamental (estabelecimento de objetivos, *feedback*, entre outras), com a presença de um profissional de saúde durante o desenvolvimento das ações¹⁰⁰.
- Ter foco no ambiente de grupo ou comunitário, como grupos de AFEs (caminhadas, oficinas de esporte) para a população em geral, seja com a finalidade de vivenciar o movimento, de buscar novos desafios ou permanecer inserido em alguma prática específica.
- Formar grupos direcionados a outras finalidades, como alcançar subgrupos com menor envolvimento em práticas de AFEs (mulheres, pessoas idosas, com certas doenças ou em situação de vulnerabilidade social)¹⁰¹.

É importante ressaltar que as intervenções na atenção primária em saúde têm sido crescentes, mas, de um modo geral, são articuladas com outras políticas de promoção de AFEs e saúde na comunidade. Importantes iniciativas recebem destaque no que diz respeito à ampliação do escopo de intervenções em promoção das AFEs, como as Academias da Saúde¹⁰², que visam potencializar espaços públicos de lazer para promoção de AFEs articuladas à Estratégia de Saúde da Família (Caixa 6.4), e as equipes de matriciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

O Nasf veio para estabelecer a integralidade do cuidado em saúde como pilar na Estratégia de Saúde da Família, ampliando o escopo das ações de cuidado em saúde no contexto comunitário. A instituição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, em 2006, permitiu a incorporação de práticas integrativas complementares (como *Qi Gong*, *Tai Chi Chuan* e *Lian Gong*) que envolvem abordagens para além da medicina tradicional no processo de prevenção de agravos e recuperação

CAIXA 6.4

EXEMPLO BRASILEIRO DE AÇÃO DIRECIONADA À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: O ACADEMIA DA SAÚDE

o que é

Programa do Ministério da Saúde, integrado à rede de Atenção Básica, que visa promover modos saudáveis de vida e a produção do cuidado, por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais. Lançado em 2011, baseou-se nas experiências em Recife e outras cidades que obtiveram resultados favoráveis quanto ao seu alcance, satisfação e modificação da prática de AFEs de seus participantes.

para quem

O público-alvo do programa são todas as pessoas do território brasileiro. As atividades do Programa são desenvolvidas em torno de oito eixos, entre os quais estão as práticas corporais e atividades físicas (incluindo educação em saúde e práticas corporais/exercícios físicos estruturados).

como

Para o desenvolvimento dessas ações, o programa promove a implantação de polos do Academia da Saúde, espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados.

por quem

O programa é implementado pelas Secretarias de Saúde dos municípios, com o apoio financeiro e técnico do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde estaduais. Além de profissionais próprios dos polos, profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família podem desenvolver atividades nesses espaços.

De acordo com a meta estabelecida no Plano Plurianual 2011-2015, o Ministério da Saúde deveria habilitar



Quanto à sustentabilidade do programa

86%

dos municípios com polos em funcionamento informaram ter incluído o programa no Plano Municipal de Saúde,

mas apenas **30%** afirmaram ter institucionalizado o programa no município

Ainda, uma grande parcela afirmou que estava sendo capaz de garantir as contrapartidas municipais:

Manutenção dos polos **89%**
Materiais permanentes **83%**
Consumo **87%**

Ainda não há resultados de efetividade.

Fontes: BRASIL, 2016a; BRASIL, 2013b e SÁ, 2016.

no contexto ocupacional, a promoção de AFEs para a saúde é um processo interativo entre sociedade- trabalho-trabalhador, em que o trabalhador é um sujeito possuidor de direito e participativo



da saúde, por meio de escuta acolhedora e desenvolvimento do vínculo terapêutico¹⁰³.

No contexto ocupacional, existem diversas ações de promoção das AFEs para a saúde voltadas à população adulta. Nesse contexto, incluem-se a ginástica laboral ou o incentivo a formas ativas de deslocamento. A promoção das AFEs realizadas no lazer também ganha destaque. Para que a contribuição ao lazer ativo aconteça, a perspectiva da promoção de AFEs deve transcender as ações com foco em aspectos físicos e econômicos inerentes ao contexto ocupacional, contemplando a promoção sob uma perspectiva social e de bem-estar. O suporte teórico para essa concepção pode ser observado em um estudo com trabalhadores da indústria brasileira, o qual mostrou que a percepção de satisfação com a vida reduz em trabalhadores que relatam desempenhar frequentemente atividades físicas moderadas e vigorosas (pesadas) no trabalho, no deslocamento e em casa. Por outro lado, eram as AFEs no tempo de lazer que estavam positivamente associadas à satisfação com a vida nesse grupo¹⁰⁴.

Dessa forma, o contexto ocupacional pode incluir estratégias que desenvolvam a proteção e educação em saúde, bem como redução de estresse e satisfação com o trabalho¹⁰⁵, sob uma perspectiva do lazer. Intervenções de

promoção de AFEs e saúde devem ser acessíveis e sustentáveis, bem como devem considerar os interesses e o protagonismo dos trabalhadores no planejamento e na implementação das estratégias¹⁰⁶. Algumas estratégias, quando utilizadas de forma integrada entre si, têm demonstrado efetividade na promoção das AFEs e saúde no contexto ocupacional, como¹⁰⁷:

- Espaços relacionados à prática de AFEs de lazer (chuveiros e vestiários, grupos de caminhada, clubes desportivos, dentre outros) e ao descanso no ambiente ocupacional.
- Material informativo com mensagens sobre saúde e incentivo a comportamentos saudáveis e pausas no tempo sedentário.
- Eventos e atividades educativas (boletins, festivais) que envolvam a família e que foquem estratégias de mudança de comportamento individual (orientações de estabelecimento de metas e autocontrole).

Portanto, a promoção de AFEs para a saúde é um processo interativo entre sociedade-trabalho-trabalhador, em que o trabalhador é um sujeito possuidor de direito e participativo no processo, mas não seu único responsável¹⁰⁸. Um bom exemplo disso é como lidar com uma das principais barreiras para a prática de AFEs nos trabalhadores: a falta de tempo (pela jornada excessiva de trabalho). Nesse particular, o trabalhador não pode ser o único foco das estratégias. Deve-se, de fato, efetivar um ambiente que proporcione horas de trabalho flexíveis, que permita aos trabalhadores oportunidades de lazer antes, durante ou depois do trabalho, como vincular as empresas a serviços locais de AFEs em horários alternativos aos do trabalho. Um exemplo de iniciativa brasileira pode ser visto na Caixa 6.5.

Essa flexibilização permite, inclusive, a participação em outras políticas de nível governa-

mental de promoção de AFEs para a saúde. No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como um dos objetivos desenvolver estratégias de comunicação e educação em saúde nessa população¹⁰⁹. As AFEs são pautadas como estratégias para a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis que venham a subsidiar condutas terapêuticas preventivas, de proteção e recuperação da saúde no ambiente de trabalho.

Por isso, essa política poderia se integrar ao Programa Academia da Saúde, com a implementação de sessões de exercícios físicos (caminhadas, ginásticas, dentre outras modalidades) gratuitos em espaços públicos e que podem ser realizados em horários que se adequem às rotinas de trabalho. Dessa forma, não se encontra no contexto ocupacional um espaço isolado, mas, sim, dinâmico e interativo, de promoção de AFEs para a saúde.

CAIXA 6.5

A saúde de trabalhadores pode ser promovida por meio de AFEs no contexto da produção

Soluções em estilos de vida saudáveis no trabalho

O programa, desenvolvido pelo Serviço Social da Indústria (Sesi) desde 2006 e inicialmente denominado de Lazer Ativo, apresenta diretrizes de gestão e desenvolvimento de resposta adequada (solução) às demandas e necessidades de indústrias e seus trabalhadores em relação ao estilo de vida e produtividade, com abrangência nacional. Seu objetivo é informar, motivar, reduzir barreiras e criar oportunidades para que trabalhadores possam aumentar o controle sobre sua saúde e adotar estilos de vida saudáveis e para que empresas possam gerenciar seu investimento em saúde e obter impactos no seu desempenho organizacional como produtividade, clima e redução de custos.

O programa tem como beneficiários os trabalhadores e as indústrias onde trabalham. O programa está focalizado em cinco dimensões: atividade física, alimentação, gerenciamento de estresse, relacionamentos e comportamentos preventivos. É composto de Sistema de Avaliação em Estilo de Vida e Produtividade – SAEVP e portfólio de serviços dentre os quais: oficinas práticas de alimentação, atendimento clínico

nutricional, programas de exercícios físicos e esportivos corporativos (academia, pilates, ioga, clube do vôlei, da corrida etc.), ginástica laboral, gestão de eventos, gerenciamento de estresse, atendimento psicossocial.

Anualmente, são atendidos cerca de 2.700 empresas e 2 milhões de trabalhadores em todos os estados brasileiros e Distrito Federal. Dados da efetividade do programa mostraram que houve um pequeno, gradual e sistemático aumento (ano após ano) no Índice Geral de Estilo de Vida (escore que varia de zero a dez e indica a simultaneidade de fatores do estilo de vida, incluindo a prática de AFEs no lazer e no deslocamento: 2012 – 6,75; 2013 – 6,79; 2014 – 6,84; 2015 – 6,89) e redução na proporção de trabalhadores com perfil de risco, ou seja, que mantêm 5 ou + fatores de risco concomitantes em seu estilo de vida (2012 – 15,6%; 2013 – 15,3%; 2014 – 14,9%; 2015 – 13,9%). Os melhores resultados são obtidos com mulheres, pessoas entre 40 e 60 anos, casados e de maior escolaridade.

Fonte: SESI; DN, 2015.

ABORDAGENS AMBIENTAIS E POLÍTICAS VOLTADAS À COMUNIDADE

Estratégias com foco em diversos elementos de uma comunidade são cada vez mais comuns, porque operam com o objetivo de promover mudanças nos diferentes níveis de determinantes (individuais, interpessoais, ambientais e sociopolíticos) que envolvem a promoção das AFEs para a saúde. Embora os indivíduos precisem ser informados e motivados, a prioridade da saúde pública deve ser a de garantir que os ambientes sejam seguros e favoreçam a saúde e o bem-estar¹⁰.

De modo geral, estratégias com foco ambiental têm sido direcionadas para a organização e aprimoramento dos espaços públicos (parques, ruas, calçadas, entre outros), visando criar comunidades que sejam lugares agradáveis para se viver. Outras estratégias focam na integração entre políticas públicas e o ambiente comunitário e envolvem meios de comunicação e atividades orientadas (por exemplo, sessões de orientação sobre saúde), formação de profissionais de saúde, prestação de apoio social e de sensibilização, e uma maior integração dessas estruturas, instalações e programas em comunidades¹¹. Certas estratégias, quando combinadas entre si, têm sido recomendadas como efetivas na promoção de AFEs e saúde no contexto comunitário, incluindo¹²:

- Estratégias para melhorias de acesso aos locais de AFEs, como parques, clubes ou centros de recreação.
- No ambiente urbano, por exemplo, aumentar a proximidade entre residências e estabelecimentos comerciais, aumentar a conectividade das ruas, melhorar as calçadas e a segurança nas ruas.

- Políticas e planejamento no nível da comunidade, como a implementação de ciclovias e melhoria do sistema de transporte público e coletivo.
- Oferta de diferentes tipos de AFEs em ambientes comunitários, por exemplo, grupos de prática de exercício físico em bairros, supervisionados por profissionais e sem custos para os participantes.
- Programas com múltiplas estratégias, incluindo aconselhamento individual e aulas de ginástica, aplicadas nos centros de trabalho e na comunidade.

Na composição dessas estratégias para a promoção das AFEs para a saúde com abordagem comunitária, é perceptível como estratégias de outras abordagens (informativas, comportamentais e sociais) integram e interagem na construção de um ambiente que promova AFEs para a saúde na comunidade. Há uma grande diversidade de estratégias, contextos e formas de aplicação de ações para a promoção de AFEs para a saúde¹³, o que muitas vezes dificulta apontar a efetividade de cada estratégia em nível comunitário¹⁴. Contudo, existem práticas de promoção de AFEs para a saúde no contexto comunitário que norteiam a construção de uma sociedade mais ativa. Alguns exemplos são programas como o Ciclovía, implementado em todas as regiões das Américas (hoje, está presente em quase 50% dos países americanos)¹⁵, e o Programa Esporte para o Desenvolvimento, realizado na África Subsariana com o objetivo de promover um estilo de vida ativo e o desenvolvimento humano na região a partir da prática esportiva¹⁶. No Brasil, o Programa Esporte e Lazer da Cidade é outro exemplo promissor (Caixa 6.6).



CAIXA 6.6

Exemplo brasileiro de ação ambiental e política voltada à comunidade

Programa Esporte e Lazer da Cidade

O Programa Esporte e Lazer da Cidade foi criado em 2003 pelo Ministério do Esporte e se desenvolve por intermédio da Secretaria Nacional de Esporte, Educação, Lazer e Inclusão Social (SNELIS). O Programa busca proporcionar a prática de atividades físicas, culturais e de lazer que envolvem todas as faixas etárias e as pessoas com deficiência, além de estimular a convivência social, a formação de gestores e lideranças comunitárias, favorecer a pesquisa e a socialização do conhecimento.

O programa funciona por meio de núcleos de esporte recreativo e de lazer (praças, salões paroquiais, campos de futebol, dentre outros), rotulados como Núcleos Urbanos, Núcleos para Povos e Comunidades Tradicionais (voltado para grupos culturalmente diferenciados como povos indígenas, quilombolas, populações ribeirinhas, dentre outros) e Vida Saudável (focados em beneficiar preferencialmente os idosos).

Dados públicos da SNELIS, de 2016, relatam que o programa beneficia 446.287 pessoas, vinculadas a 1.229 Núcleos. O relatório dos resultados do sistema de monitoramento e avaliação do

programa, publicado em 2010, indicou que se atendia, primariamente, adolescentes de 11 a 17 anos de idade (46,7%) e pessoas com renda familiar inferior a um salário mínimo (de R\$ 600,00 – 52,4%). Em geral, a avaliação dos locais onde aconteciam as atividades nos núcleos foi positiva, assim como da infraestrutura. No entanto, esses itens apresentaram porcentagem de avaliação regular ou ruim variando de 19,1% a 29,9%, o que mostra que poderiam ser melhorados.

A partir de 2014, um sistema on-line de coleta, alimentação, armazenamento e processamento continuado das informações da avaliação do programa (Sistema Mimboê) foi iniciado. Os resultados de efetividade indicam que os benefícios percebidos mais reportados pelos usuários foram o desenvolvimento pessoal (autoestima e melhoria no convívio social, dentre outros, com 23,7%) e a melhoria da saúde e da qualidade de vida (condicionamento físico e emagrecer, dentre outros, com 23,1%). Observou-se que 13,1% disseram que não percebiam nenhum benefício.

Fontes: BRASIL, 2016b; SOUSA, 2010.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DINÂMICO DAS AFES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Muitas das evidências previamente mencionadas podem direcionar as decisões de implementação de estratégias de promoção das AFES para a saúde, conforme ilustrado no Quadro 6.1, que sumariza essas evidências. Contudo, as melhores estratégias são produzidas, transformadas e protagonizadas pela própria comunidade na qual ela será implementada. A participação de toda a comunidade é necessária

para compreender as interações complexas de condições sociais, políticas, econômicas e ambientais que favorecem a construção de uma sociedade saudável¹¹⁷. Diante disso, agentes de nível regional, nacional e global devem considerar como prioridade a parceria e os esforços de colaboração, de modo a organizar, convocar e mobilizar uma variedade de AFES que contribuam para uma sociedade ativa.

QUADRO 6.1

Descrição geral das estratégias promissoras e efetivas de AFES para a promoção da saúde

Abordagens	Estratégias promissoras e/ou efetivas
Informacional e campanhas de mídia	Estratégias com efetividade inconsistente quando utilizadas isoladamente, mas que apresentam contribuição promissora quando complementam outras abordagens de promoção das AFES para a saúde: <ul style="list-style-type: none"> • Campanhas de mídia em massa, como mensagens de incentivo à prática de AFES por meio de jornais, rádio, televisão. • Material impresso e expositivo, como folders e faixas, com mensagens de saúde, estímulo e tomada de decisão.
Comportamental no contexto escolar	Propostas de estratégias integrativas, dinâmicas e coletivas têm apresentado evidências de efetividade na promoção de AFES para a saúde, incluindo: <ul style="list-style-type: none"> • Estratégias que dialoguem com outras políticas públicas educacionais e que considerem os interesses da comunidade para a prática de AFES. • Estratégias que garantam aspectos estruturais e materiais relacionados às AFES (oportunidades e espaços seguros, instalações e equipamentos) e que incentivem a prática de AFES de modo individual e coletivo. • Que considerem as demandas sociais e de saúde na integração curricular e que envolvam a família no processo de educar em saúde.
Comportamental na atenção primária em saúde	Estratégias têm efetividade quando integram diferentes técnicas de mudança comportamental (estabelecimento de objetivos, feedback, entre outras), aliadas a sessões de AFES (caminhadas, oficinas de esporte) para população em geral.
Comportamental no contexto ocupacional	Estratégias com efetividade combinam: <ul style="list-style-type: none"> • Espaços de lazer ativo, como academias, e de descanso no ambiente ocupacional. • Material informativo com mensagens sobre saúde, incentivo a comportamentos saudáveis e pausas no tempo sedentário. • Eventos e atividades educativas que envolvam a família e que fomentem a mudança comportamental (como orientações de estabelecimento de metas).
Ambiental e políticas voltadas à comunidade	A diversidade de experiências e resultados prévios limitam as evidências de efetividade. Estratégias promissoras podem incluir ações ambientais aliadas às mencionadas em outras abordagens, como: <ul style="list-style-type: none"> • Políticas e planejamentos comunitários que incluam ações como implementação de ciclovias, melhoria do sistema de transporte público e coletivo, aumento da conectividade das ruas e segurança na cidade. • Estratégias para melhorias de acesso aos locais (parques e centros de recreação) e a oferta (grupos de exercício físico sem custos para os participantes) de diferentes tipos de AFES.

Fontes: HEATH, 2012; HOEHNER, 2013; OMS, 2009; BAKER, 2015; CONN, 2009; LANGFORD, 2014 e SANCHEZ, 2015.

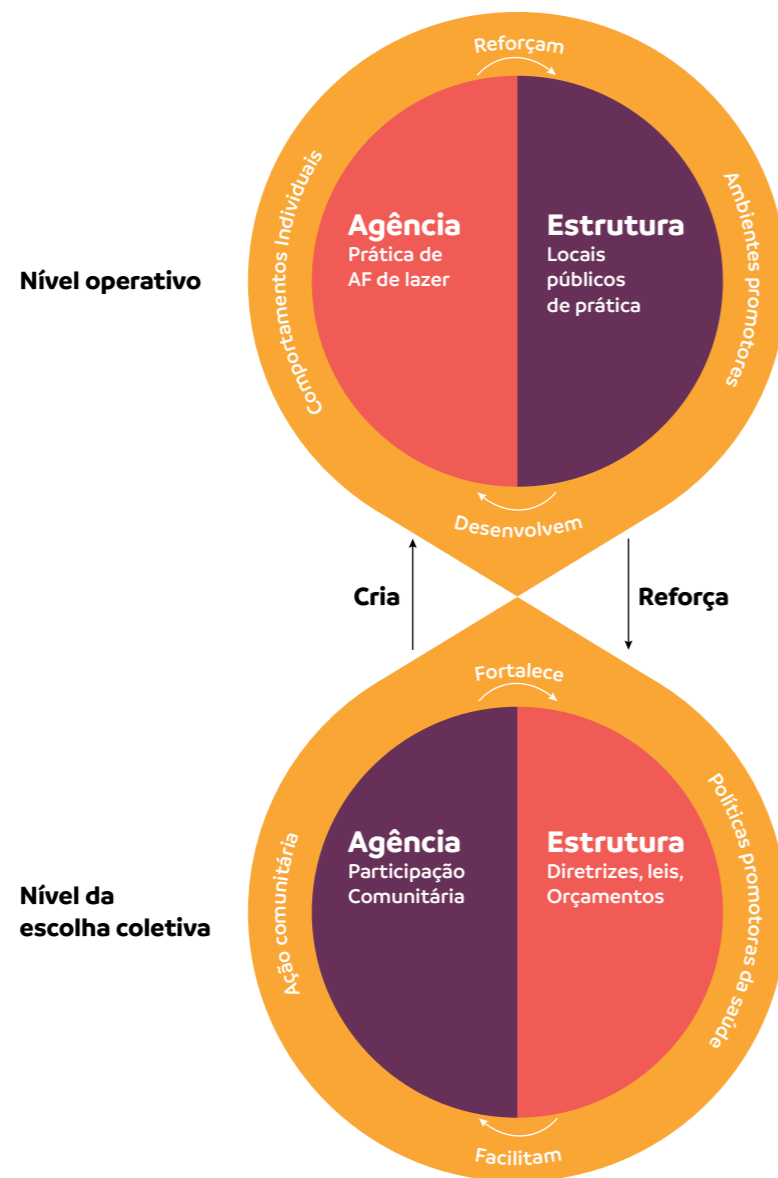
Ações de promoção das AFES podem ser potentes veículos para fortalecer a adoção dos princípios da promoção da saúde, assim com a implementação de outras ações baseadas nesses princípios. Infelizmente, esse caminho é, em geral, negligenciado ao se planejar e implementar ações de promoção das AFES, normalmente focadas na mudança comportamental ou no desenvolvimento de habilidades pessoais.

O objetivo principal dessas ações é, correta e invariavelmente, buscar que um aspecto dos modos de viver, a prática de AFES, esteja presente no cotidiano de mais pessoas e que essa prática influencie positivamente a vida e a saúde delas. Algumas vezes, mudanças em outros aspectos dos modos de viver, como os hábitos alimentares, também decorrem dessas ações, seja por incorporarem estratégias dedicadas a esses outros aspectos ou por iniciarem nas pessoas um processo de reflexão mais profundo sobre suas vidas e saúde, fomentando futuras mudanças. Todavia, o potencial transformador das ações de promoção das AFES para a saúde vai além da mudança comportamental

ou do desenvolvimento de habilidades pessoais, mesmo que essas sejam indiscutivelmente importantes.

Para se ter mais clareza sobre esse potencial pouco explorado, é necessário adotar uma perspectiva sistêmica, relacionando a promoção das AFES e da saúde em processos interconectados e dinâmicos, que se reforçam sistemicamente. Um exemplo dessa relação é apresentado na Figura 6.1, que tem como base as ideias de Rütten e Gelius¹¹⁸ sobre como os elementos rotulados como agência (capacidade dos indivíduos de agir) e estrutura (conjunto de regras e recursos que produz e é reproduzido pela agência das pessoas) se relacionam dentro da promoção da saúde. Os autores também sugerem que a relação entre agência e estrutura ocorre em dois níveis: o operativo (em que os comportamentos individuais ocorrem) e o de escolha coletiva (em que as políticas de promoção da saúde são definidas).

FIGURA 6.1 Exemplo de promoção das atividades físicas e esportivas para a saúde como processos interconectados e dinâmicos



Fonte: Elaboração própria com base em RÜTTEN e GELIUS, 2011.

“ a necessidade de criar ou melhorar ambientes que promovam e possibilitem a prática de AFEs pode ser encarada como uma oportunidade para reforçar a agência no nível da escolha coletiva, por meio da participação comunitária

Em geral, as ações de promoção das AFEs usam uma lógica acíclica e focada no nível operativo. Por exemplo, muitas ações buscam criar ou melhorar ambientes que promovam e possibilitem a prática de AFEs (estrutura, nível operativo), com o intuito de aumentar a quantidade de pessoas que se envolvem em tais práticas (agência, nível operativo). Essas ações dependem de uma estrutura institucional (diretrizes, orçamentos etc. – estrutura, nível da escolha coletiva) que garanta as condições necessárias para que as mudanças ambientais ocorram. No entanto, as ações de promoção das AFEs costumam encarar essa necessidade de estruturação institucional somente como mais uma etapa ou uma condição para que a mudança no nível operativo se efetive, não como um produto das ações.

Ao assumir que a promoção das AFEs pode ser um veículo para fortalecer a adoção dos princípios da promoção da saúde em uma comunidade, o caráter da ação é outro, mesmo que o objetivo principal – que a prática de AFEs esteja presente no cotidiano de mais pessoas e que essa prática influencie positivamente a vida e a saúde delas (agência, nível operativo) – seja o mesmo. Partindo do exemplo anterior, a necessidade de criar ou melhorar ambientes que promovam e possibilitem a prática de AFEs pode ser

encarada como uma oportunidade para reforçar a agência no nível da escolha coletiva, por meio da participação comunitária. Uma participação comunitária mais efetiva fortalece a estrutura institucional necessária para que as mudanças ambientais no nível operativo ocorram. Ao mesmo tempo, a participação comunitária facilita e garante os mecanismos pelos quais a comunidade pode influenciar a estrutura institucional no futuro.

Voltando ao nível operativo, uma vez que se criem as condições para as mudanças ambientais necessárias, essas mudanças ajudam a desenvolver a agência individual, que por sua vez reforça a necessidade de ambientes promotores de AFEs. Essas necessidades da comunidade reforçam as ações no nível da escolha coletiva, fechando um ciclo dinâmico.

Pelo menos três implicações decorrem da adoção dessa perspectiva:

- Apesar de o objetivo primário continuar sendo o mesmo, o caráter das ações (ou seja, o que as compõem, como são implementadas, o papel da comunidade no seu planejamento, execução e continuidade etc.) é outro.
- Entendendo o processo como um ciclo dinâmico, as mudanças no nível da escolha coletiva deixam de ser somente uma etapa ou

ao se reforçar a participação comunitária sobre uma ação de promoção das AFEs, essa capacidade reforçada de participação pode ser aplicada para se tratar sobre outros assuntos importantes para a comunidade



condição prévia e passam a ser componentes da ação, com o mesmo *status* das mudanças no nível operativo. Isto é, os efeitos desejados devem ser expandidos para além das mudanças no nível operativo.

- O foco deixa de ser somente nas mudanças dos elementos que compõem o sistema (agência e estrutura nos níveis operativo e da escolha coletiva), mas também nos laços que os relacionam (reforçam, criam, fortalecem, facilitam e desenvolvem).

É evidente que esse ciclo dinâmico é virtuoso, já que tem potencial para continuar influenciando positivamente a incorporação e a manutenção das AFEs no cotidiano das pessoas e da comunidade ao longo do tempo. Mas como esse ciclo dentro da promoção das AFEs influenciaria a promoção da saúde, em um caráter mais amplo?

Quando as ações de promoção das AFEs fortalecem a agência, a estrutura e os laços relacionais entre elas, esse fortalecimento pode ser

transposto para outros aspectos da promoção da saúde, uma vez que existe uma multiplicidade de sistemas semelhantes que se interseccionam, mas que tratam de temas distintos¹¹⁹. Ao se reforçar a participação comunitária sobre uma ação de promoção das AFEs, essa capacidade reforçada de participação pode ser aplicada para se tratar sobre outros assuntos importantes para a comunidade, como equidade de gênero ou habitação, por exemplo. Essa transposição e acumulação de recursos entre sistemas também podem ocorrer com outros elementos caros à promoção da saúde, como o controle social, o empoderamento e a construção de mecanismos mais amplos de formulação de políticas promotoras da saúde.

Esse processo de transposição entre sistemas interseccionados é dinâmico, e em longo prazo as ações de promoção das AFEs podem se beneficiar das transposições que elas próprias iniciaram e usufruir das transposições que agora os demais sistemas geram, em um ciclo virtuoso.

A promoção da saúde é compreendida por meio de suas estratégias, que criam, desenvolvem e reforçam o empoderamento da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, do seu bem-estar e de sua saúde. Assim, os diferentes atores desse processo (indivíduos, sociedade, gestores e políticos) interagem para potencializar as ações à promoção das AFEs para a saúde. Desse modo, as pessoas e a sociedade podem incorporar as AFEs em suas vidas porque estas representam os seus modos de viver, e de modo intencional ou não, promovem saúde. Por outro lado, se as pessoas se aproximam das AFEs para alcançar uma finalidade específica, como recuperar a sua saúde, estas poderão ser somente temporárias.

As AFEs promovem saúde e se promovem pela promoção da saúde. Portanto, o desenvolvimento humano sustentável só pode ser alcançado por meio de uma promoção da saúde que também aponte para a promoção das AFEs. As ações de promoção de AFEs precisam, cada vez mais, vincular-se com a ideia de promoção da saúde individual e coletiva e estarem menos focadas na prevenção e tratamento de doenças, sem desconsiderá-las. Sendo assim, torna-se necessário incentivar as pessoas a manter uma relação agradável e satisfatória com a prática de AFEs em suas vidas e, quando oportuno, incluir novas experiências.

NOTAS

- 1 SEN, 2002.
- 2 OMS, 1998.
- 3 BRASIL, 1986.
- 4 CANGUILHEM, 2009.
- 5 Idem.
- 6 Idem.
- 7 HORTON, 2016.
- 8 BUSS e CARVALHO, 2009a e 2009b.
- 9 FERREIRA, 1986.
- 10 STACHTCHENKO e JENICEK, 1989.
- 11 CZERESNIA, 2009.
- 12 BUSS e CARVALHO, 2009a e 2009b.
- 13 BRASIL, 2002.
- 14 BRASIL, 2015a.
- 15 COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2010.
- 16 COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008.
- 17 COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2010.
- 18 COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008.
- 19 XXII CONFERÊNCIA MUNDIAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA UNIÃO INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2016
- 20 CALIXTRE e VAZ, 2015.
- 21 VICTORA, 2011 e RASELLA, 2013.
- 22 COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2010 e REICHENHEIM, 2011.
- 23 VICTORA, 2011.
- 24 RASELLA, 2013.
- 25 REICHENHEIM, 2011.
- 26 COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2010.
- 27 CALIXTRE e VAZ, 2015.
- 28 IBGE, 2016a e 2016b.
- 29 BRASIL, 2015b e 2007.
- 30 Idem.
- 31 ONU, 2015.
- 32 FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2013.
- 33 OMS, 2009.
- 34 FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2013.
- 35 AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2017.
- 36 PATE, 1995, OMS, 2009 e 2010.
- 37 BAILEY, 2013.
- 38 GORE, 2011 e HALLAL, 2006.
- 39 OMS, 2009 e 2010.
- 40 Idem.
- 41 HALLAL, 2006 e PATTON, 2016.
- 42 JANSSEN e LEBLANC, 2010.
- 43 OMS, 2010.
- 44 POITRAS, 2016.
- 45 SPRUIT, 2016.
- 46 DONNELLY, 2016.
- 47 EIME, 2013.
- 48 OMS, 2010.
- 49 TIMMONS, 2012.
- 50 CARSON, 2016.
- 51 BARRETO, 2010.
- 52 HORTA, 2014.
- 53 Coorte, em análise estatística, se refere a um conjunto de pessoas que têm em comum um evento que se deu no mesmo período de tempo.
- 54 HALLAL, 2011.
- 55 HOEHNER, 2013.
- 56 HALLAL, 2015.
- 57 BIELEMANN, 2014b.
- 58 BARBOSA FILHO, 2014.
- 59 SILVA et al, 2014.
- 60 OMS, 2013.
- 61 LEE, 2012.
- 62 LÖLLGEN; BÖCKENHOFF e KNAPP, 2009 e HUPIN, 2015.
- 63 PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2008 e REINER, 2013.
- 64 LI, 2016.
- 65 PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2008 e BAUMAN, 2016.
- 66 SALLIS, 2016.
- 67 REINER, 2013.
- 68 MAMMEN e FAULKNER, 2013.
- 69 PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2008 e STUBBS, 2017.
- 70 RAMALHO, 2015.
- 71 BIELEMANN, 2014a.
- 72 FLORÊNCIO, 2015.
- 73 GARCIA et al, 2014.
- 74 SÁ e MOURA, 2010.
- 75 MURARO, 2013.
- 76 FLORINDO, 2013.
- 77 SZWARCOWALD, 2015.
- 78 REZENDE, 2015.
- 79 BIELEMANN, 2015.
- 80 REIS, 2016.
- 81 HEATH, 2012.
- 82 REIS, 2016.
- 83 HOEHNER, 2013 e OMS, 2009.
- 84 HEATH, 2012.
- 85 HEATH, 2012 e KHAN, 2012.
- 86 SALLIS, 2016.
- 87 MOUNTJOY, 2011.
- 88 HEATH, 2012.
- 89 Idem.
- 90 Idem.
- 91 BROWN, 2012.
- 92 MOVE BRASIL, 2016. Comunicação com a gerência da campanha em setembro de 2016.
- 93 HOEHNER, 2013 e OMS, 2009.
- 94 HEATH, 2012.
- 95 Idem.
- 96 Idem.
- 97 VAN ACKER, 2011 e CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011.
- 98 MARCH, 2015.
- 99 SANCHEZ, 2015.
- 100 OMS, 2009 e SANCHEZ, 2015.
- 101 Idem.
- 102 BRASIL, 2016a.
- 103 BRASIL, 2006.
- 104 SILVEIRA et al, 2015.
- 105 CONN, 2009a.
- 106 OMS, 2009 e CONN, 2009b.
- 107 OMS, 2009.
- 108 Idem.
- 109 BRASIL, 2012.
- 110 BELLEW, 2011.
- 111 HEATH, 2012 e BELLEW, 2011.
- 112 HOEHNER, 2013 e BAKER, 2015.
- 113 SALLIS, 2016.
- 114 BAKER, 2015.
- 115 HEATH, 2012.
- 116 SALLIS, 2016.
- 117 BRENNAN, 2012.
- 118 RÜTTEN e GELIUS, 2011.
- 119 SEWELL JR., 1992.