

POLÍTICAS PÚBLICAS
QUALIDADE DE VIDA E
ATIVIDADE FÍSICA



Conselho Editorial

Ana Maria Girotti Sperandio

OPAS, Organização Mundial da Saúde

Carlos Roberto Silveira Correa

FCM, Universidade Estadual de Campinas

Guanis de Barros Vilela Jr

DEF, Universidade Estadual de Ponta Grossa

José Armando Valente

IA, Universidade Estadual de Campinas

Lenira Zancan

ENSP, Fundação Oswaldo Cruz

Leonardo Mendes

FEEC, Universidade Estadual de Campinas

Ligia Maria Presumido Braccialli

FFC, Universidade Estadual Paulista

Luiz Fernando Rocabado

OPAS, Organização Mundial da Saúde

Luiz Odorico Andrade

FM, Universidade Federal do Ceará

<http://ipes.cemib.unicamp.br/ipes/editora>

Gustavo Luís Gutierrez
Roberto Vilarta
Roberto Teixeira Mendes
(Organizadores)

POLÍTICAS PÚBLICAS
QUALIDADE DE VIDA E
ATIVIDADE FÍSICA

1ª Edição
IPES

Campinas
2011

FICHA CATALOGRÁFICA

P759 Políticas públicas, qualidade de vida e atividade física/
Organizadores: Gustavo Luís Gutierrez, Roberto Vilarta,
Roberto Teixeira Mendes. Campinas: Ipes, 2011.

193 p.

1. Qualidade de vida. 2. Exercícios físicos. 3. Saúde Pública. 4. Políticas públicas. **I.** Gutierrez, Gustavo Luis. **II.** Vilarta, Roberto. **III.** Mendes, Roberto Teixeira. **IV.** Título.

352
613.7

ISBN: 978-85-98189-29-1

Organizadores

Gustavo Luís Gutierrez
Roberto Vilarta
Roberto Teixeira Mendes

Diagramação e Capa

Alex Calixto de Matos

Revisão

Renato Miguel Basso

Nenhuma parte desta publicação pode ser gravada, armazenada em sistema eletrônico, fotocopiada, reproduzida por meios mecânicos ou outros quaisquer sem autorização dos editores.

Sumário

Apresentação 9

Capítulo 1

Ações de Promoção à Saúde, Prevenção de Doenças e Diagnóstico Precoce..... 11

Roberto Teixeira Mendes

Patrícia Asfora Falabella Leme

Nilton Domingos Júnior

Rogério Terra do Espírito Santo

Tâmara Maria Nieri

Gastão Bosco Rodrigues

Maria Cristina Stolf Welle

Capítulo 2

Participação Social em Políticas Públicas de Esporte e Lazer no Brasil: O Exemplo das Conferências Nacionais do Esporte..... 19

Renato Francisco Rodrigues Marques

Gustavo Luis Gutierrez

Marco Antônio Bettine de Almeida

Capítulo 3

Adultos Jovens no Trabalho em Micro e Pequenas Empresas e Política Pública 29

Maria Inês Monteiro

Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Capítulo 4

Aplicações de Modelos Experimentais Envolvendo Exercício Físico no Âmbito das Políticas Públicas: Ações Bilaterais entre Pesquisa e Prática..... 35

Claudio Alexandre Gobatto

Fúlvia de Barros Manchado-Gobatto

Capítulo 5

**Políticas Públicas na Promoção da
Qualidade de Vida e Atividade Física:
A Experiência do CAISM 45**

*Angela Maria Bacha
Adilton Dorival Leite
Rosane Ferreira Garcia Prado
Oswaldo da Rocha Grassiotto*

Capítulo 6

**Política Pública para o
Envelhecimento Saudável:
Prática Corporal, Atividade Física e
Alimentação Saudável 53**

*Jaqueline Girnos Sonati
Roberto Vilarta*

Capítulo 7

**Obesidade em Crianças e
Adolescentes: Indicadores de Avaliação 63**

*Rossana Gomez-Campos
Miguel de Arruda
Marco Antonio Cossio Bolaños*

Capítulo 8

**Espaços e Contextos da Atividade Física
para a Pessoa em Condição de Deficiência 73**

*Josiane Fujisawa Filus
Marina Brasiliano Salerno
Paulo Ferreira de Araújo*

Capítulo 9

Políticas Públicas e Imunização do Adulto..... 83

*Rôse Clélia Grion Trevisane
Rosane Gomes Rocha
Rosana Vasques Rosa
Edite Kazue Taninaga*

Capítulo 10

**Alimentação e Atividade Física como
Medidas de Políticas Públicas na Promoção da
Saúde em Comunidade Universitária..... 93**

Erika da Silva Maciel

Marília Oetterer

Capítulo 11

**Qualidade de Vida e Bem Estar Percebido por
Dançarinos com Lesão Medular:
Um Estudo de Caso 101**

Keyla Ferrari Lopes

Paulo Ferreira de Araújo

Capítulo 12

**Contribuições da Organização Mundial da
Saúde na Promoção da Qualidade de Vida:
Uma Visão Geral dos Instrumentos WHOQOL 113**

Bruno Pedroso

Luiz Alberto Pilatti

Claudia Tania Picinin

Capítulo 13

**O Exercício Físico como Promotor da
Saúde e da Qualidade de Vida em Portadores de
Espondilite Anquilosante 123**

Camila Contini Paraschiva

Cláudia Regina Cavaglieri

Capítulo 14

**Atividade Física Referida e
Estilo de Vida entre Trabalhadores de
Enfermagem em Serviço Público de Saúde 137**

Manuela de Santana Pi Chillida

Luciana Contrera-Moreno

Maria Inês Monteiro

Capítulo 15

**Ações Públicas Voltadas para
Qualidade de Vida do Idoso..... 145**

Cristina Medeiros da Silva

Paulo Cerri

Sônia Maria Dorta Ferreira

Valquíria Magrini

Capítulo 16

**Carregadores em Mercado Atacadista e
Varejista de Micro e Pequenas Empresas na
Cidade de Campinas–SP: Perfil e Estilo de Vida 155**

Maria Inês Monteiro

Aparecida Mari Iguti

Carlos Eduardo Siqueira

Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Capítulo 17

**Estilo de Vida de Trabalhadores Rurais em
Holambra–SP e Andradas–MG..... 163**

Maria Cristina Stolf Welle

Stênio Trevisan Manzoli

Flavia Nemézio Mariotto

Maria Inês Monteiro

Capítulo 18

**Uma Aproximação da Discussão da
Qualidade de vida com as Políticas
Públicas e as Necessidades Humanas..... 171**

Lenir Aparecida Mainardes da Silva

Capítulo 19

**Atividade Física na Promoção da
Saúde e da Qualidade de Vida:
Contribuições do Programa Mexa-se Unicamp..... 179**

Carlos Aparecido Zamai

Marco Antonio Alves de Moraes;

Antonia Dalla Pria Bankoff

Roberto Teixeira Mendes

Apresentação

Quase uma tradição dos últimos 8 anos, acrescentamos mais uma edição de relatos, discussões e reflexões em temas afins à promoção da qualidade de vida a partir das pesquisas desenvolvidas nas unidades e núcleos de serviço e ensino, entre elas o CAISM, CECOM, DEPTO. ENFERMAGEM – FCM, DEPTO. PEDIATRIA-FCM, DEAF – FEF, NEPA-COCEN, NEPO – COCEN e QVT – DGRH. Ao olhar para trás fica evidente que os resultados desta empreitada superaram muito as nossas melhores expectativas. Basta citar, como exemplo, a publicação de vinte e cinco livros, de acesso livre e integral na Internet, disponíveis no ícone “Qualidade de Vida e Atividade Física” do site da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, escritos com a participação de uma enorme quantidade de pesquisadores, de importantes instituições de ensino e pesquisa do Brasil e do exterior, ilustrando as mais diferentes abordagens que a questão da qualidade de vida comporta.

Construímos, assim, com a colaboração destes pesquisadores e o apoio de estudantes e interessados pelo tema, que desde o primeiro fórum em 2004 estão presentes em grande número e participam de forma ativa, um acervo de reflexões único no campo de pesquisa que, tendo por eixo central a multidisciplinaridade, incorpora contribuições, e aproxima para o diálogo, áreas que a princípio podem parecer distantes, como a medicina e a filosofia, ou a nutrição e as ciências políticas.

O livro a seguir retoma a discussão sobre a qualidade de vida e as políticas públicas, em função da sua relevância e das transformações por que tem passado o debate no campo. A relação entre a academia e a política nunca é fácil. Convém, portanto, deixar claro que, ao nosso ver, não é papel do pesquisador dizer às pessoas como devem agir ou em quem devem votar, e nem tampouco dizer aos políticos e administradores como devem aplicar os recursos da coleta de impostos. Mas cabe, isso sim, desenvolver, divulgar e debater com pesquisadores, estudantes, interessados e a sociedade em geral as análises que permitam pensar a realidade a partir de pesquisas sistemáticas, consistentes e críticas, como forma de

auxiliar os sujeitos políticos individuais, coletivos e institucionais a definirem prioridades e objetivos com mais precisão, e escolher os meios mais adequados e eficientes no sentido de conseguir tornar estes objetivos em realidade.

As pesquisas sobre qualidade de vida, sem esquecer sua dimensão individual e subjetiva, como expressa, por exemplo, a discussão entre estilo de vida e condições de vida, incorporaram também uma forte vocação para o diálogo com a política e, mais especificamente, com as políticas públicas. Neste livro vão ser apresentadas reflexões que aproximam qualidade de vida e políticas públicas a partir de questões como a prevenção de doenças e o diagnóstico precoce, a participação social em políticas públicas de esporte e lazer, envelhecimento e idosos, deficiência, obesidade, alimentação, o trabalho em micro ou pequenas empresas e no setor rural, estilo de vida, além de trazer o debate sobre a OMS e a utilização do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL.

Boa leitura!

Gustavo Luís Gutierrez

Professor Titular em Interrelações do Lazer na Sociedade
Faculdade de Educação Física – UNICAMP

Roberto Vilarta

Professor Titular em Qualidade de Vida,
Saúde Coletiva e Atividade Física
Faculdade de Educação Física – UNICAMP

Roberto Teixeira Mendes

Coordenador CSS – CECOM – UNICAMP
Prof. Dr. do Departamento de Pediatria da FCM – UNICAMP

Ações de Promoção à Saúde, Prevenção de Doenças e Diagnóstico Precoce

Roberto Teixeira Mendes
Coordenador CSS-CECOM

Patrícia Asfora Falabella Leme
Diretora Médica CSS-CECOM

Nilton Domingos Júnior
Psiquiatra Supervisor da Saúde Mental CSS-CECOM

Rogério Terra do Espírito Santo
Dentista Supervisor Clínico CSS-CECOM

Tâmara Maria Nieri
Médica Supervisora Clínica CSS-CECOM

Gastão Bosco Rodrigues
Biólogo Gestor Ambiental - FEM

Maria Cristina Stolf Welle
Enfermeira Supervisora Clínica CSS-CECOM

A Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde, o SUS, incorporando os hospitais universitários do Ministério da Educação e as redes públicas e privadas conveniadas de saúde nos Estados e Municípios, formando um sistema que, teoricamente, tem abrangência nacional. Seu projeto prevê assistência à saúde, igualitária e universal, a

todo e qualquer cidadão, dentro do território nacional, livre de qualquer cobrança em espécie.

Baseada nos preceitos Constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários: Universalidade, Equidade, Integralidade; devendo o atendimento incluir ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde.

A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil. O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado no país na década de 90, inspirado nas experiências de outros países onde a Saúde Pública alcançou um bom desempenho e qualidade com o investimento na promoção da saúde e prevenção de doenças, como Cuba, Inglaterra e Canadá, sendo precedido pela criação do PAS - Programa Agentes de Saúde (Ceará-1987) e PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde (Brasil-1991). A Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997, aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, que desempenham ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação.

A Medicina Científica alterou a relação doente x médico. A pessoa humana, antes vista como sujeito do processo terapêutico, respeitada em sua dignidade, vontade, liberdade e razão, transforma-se em objeto de estudos, consumidora de tecnologia e os médicos passam a ser vistos como simples prestadores de serviços. A Arte Médica e o cuidado foram desprestigiados na reorganização da assistência à saúde, sendo deslocados em favor de uma estruturação tecno-burocrática em que o papel social mítico e místico do médico fica minimizado (CAMARGO, 1996). “Ciência e técnica erigiram-se, hegemonicamente, em instrumentos oniscientes e ilimitados e pareciam não necessitar de outros critérios que os gestados por elas” (CAMARGO, 1996).

A valorização da Ciência e do conhecimento por ela gerado é própria do homem lúcido, mas a supervalorização implica em capitulações graves em relação à atitude humanista, posto que os avanços científicos e tecnológicos que assistindo nas últimas décadas vêm sendo aplicadas no cuidado à saúde desnudos de uma reflexão ética mais cuidadosa (CAMARGO, 1996).

O movimento da Medicina Comunitária, com sua preocupação voltada para as demandas psicossociais dos pacientes faz um contra ponto frente à hiper-especialização e à despersonalização do paciente, como forma de resistência à ênfase dada ao modelo tecno-burocrático que compartimentaliza o paciente.

O termo *Primary Care* (Atenção Primária) foi introduzido por White, em 1961 (WHITE *et al.*, 1961, *apud* CAMPOS, 2005), apontando para a necessidade de médicos generalistas na era da especialização. Dois movimentos históricos contribuíram para a ampliação do conceito de Atenção Primária e do papel do Médico de Família: a reformulação do sistema de saúde canadense, em 1974, implantado após o *Informe Lalonde* (nome do então Ministro da Saúde do Canadá): “Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses”, que enfatizou a importância da Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças; e a Conferência de Alma Ata, em 1978, em que representantes de vários países, no âmbito da Organização Mundial de Saúde, iniciaram o movimento da Atenção Primária à Saúde – APS (CAMPOS, 2005).

A Atenção Básica, ou Atenção Primária, constitui o primeiro nível da atenção à saúde, compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção, a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Além disso, ela é um conjunto de atributos gerenciais que garantem a acessibilidade, a integralidade, a coordenação, a continuidade e a responsabilidade no cuidado à saúde (STARFIELD, 2002).

A Coordenadoria de Serviço Social – CSS/CECOM, subordinada à PRDU – Pró-Reitoria de Desenvolvimento Universitário – é o órgão responsável pelo planejamento e execução de programas de promoção de saúde direcionados à comunidade da UNICAMP.

O CECOM – Centro de Saúde da Comunidade – atua como Unidade Básica de Saúde, voltada ao atendimento dos funcionários, docentes e alunos da UNICAMP, e tem por Missão desenvolver ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde, com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, propondo e instituindo políticas de saúde articuladas em parceria com outros órgãos, buscando a melhoria na qualidade de vida da comunidade da UNICAMP.

Somos um centro universitário de promoção de saúde, único no país, reconhecido pela comunidade interna, atuando de acordo com os princípios de Universalidade, Integralidade, Equidade e Parcerias.

Uma pesquisa sobre as condições de saúde dos trabalhadores da UNICAMP, realizada por BARROS e colaboradores em 2008, mostrou o seguinte cenário:

- 70% acima dos 40 anos de idade
- 52,4% acima do peso saudável
- 47% não praticam atividade física
- 34,8% não fazem acompanhamento médico de rotina
- 21,6% não visitam dentista anualmente
- 50% reclamam de dores pelo corpo
- Hábitos alimentares inadequados frequentes

Diante deste quadro, tendo como norte a sua Missão e como bússola os princípios do SUS, o CECOM criou um Programa de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças nas unidades da UNICAMP, de acordo com a metodologia GEPRO – esta metodologia de Gestão por Processos está baseada nos conceitos de gestão da qualidade, possibilitando uma administração mais ágil, pró-ativa, integrada, moderna e racional. Nela, as pessoas do nível estratégico, tático e operacional do Processo Alvo planejam, propõem e executam as mudanças, comprometendo-se com a qualificação do processo.

Inspirado na Estratégia de Saúde da Família, este Programa prevê que a equipe multidisciplinar do CECOM vá até os diversos institutos e unidades da universidade, para conhecê-los e saber de suas necessidades e anseios, no âmbito da

saúde, e crie um programa de atividades teóricas e práticas, customizado para cada um deles.

A Faculdade de Engenharia Mecânica - FEM - foi a unidade escolhida como piloto deste Programa, tendo em vista o amplo apoio recebido de seu diretor. Inicialmente, foi aplicado um questionário aos funcionários e docentes daquela instituição, para desenhar o perfil de sua população; os dados do questionário foram tabulados e, com base nos resultados, que mostraram quais os assuntos de maior interesse para esta comunidade, montou-se uma grade de programação, entre os meses de março e junho de 2011.

A partir das palestras ministradas, já se iniciou um programa permanente de atividade física (MEXA-SE) e de Ginástica Laboral, dentro das instalações da própria FEM, prevendo-se a abertura, também ali, de quatro Grupos de Educação Alimentar, o que contempla os temas de maior relevância para aquela comunidade, evidenciados pelo questionário aplicado.

Além disso, será realizada uma avaliação clínica de todos os interessados com antropometria, cálculo de IMC, medida da pressão arterial, avaliação de colesterolemia, glicemia e pesquisa de sangue oculto nas fezes, etc... visando a prevenção do diagnóstico precoce do câncer do colo-retal; problemas próprios à faixa etária dos funcionários.

O seguimento das alterações será feito no Cecom, com consultas agendadas ou o encaminhamento a grupos (hipertensos, diabéticos, obesos, educação alimentar, atividade física).

Esta customização visa uma maior adesão da comunidade aos programas, como ensina a Estratégia de Saúde da Família. Ir de encontro aos anseios das pessoas, fazer uma busca ativa de suas necessidades de saúde, conhecer as diversas "casas" do campus, para construir, junto com a comunidade, uma Universidade Saudável, física e psicologicamente, para que ela cumpra, de forma plena, a Missão a que se propõe, "afastando a barbárie" da sociedade.

Referências bibliográficas

- BARROS, AS *et al.* Pesquisa “Condições de Saúde dos Trabalhadores da UNICAMP”, Primeiros Resultados e Análise, Qualidade de Vida no Trabalho, Pró Reitoria de Desenvolvimento Universitário, UNICAMP, Campinas, 2008.
- BRASIL, 1990. Lei Orgânica da Saúde n 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 22pp. (Mímeo). Internet: <http://www.saude.gov.br/doc/lei8080.htm>
- BRASIL, 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS (NOB 01/96), de 6 de novembro de 1996, Departamento de Imprensa Nacional/ Diário Oficial da União, Brasília.
- BRASIL, 1997. Portaria n° GM/1882 de 18 de dezembro de 1997. Departamento de Imprensa Oficial/ Diário Oficial da União, Brasília.
- BRASIL, 1999. Portaria n° 1399/GM de 15 de dezembro de 1999. Departamento de Imprensa Nacional/ Ministério da Saúde / Diário Oficial da União/. Internet: http://www.saude.gov.br/doc/portaria_1399.htm
- BRASIL, 2001. Portaria n° 95 de 26 de janeiro de 2001 - Norma Operacional Básica de Saúde - NOAS-SUS 01/2001, Departamento de Imprensa Nacional/Ministério da Saúde /Diário Oficial da União.
- CAMARGO, MCZA. O Ensino da Ética Médica e o Horizonte da Bioética. *Bioética*, 4(1), 1996.
- CAMPOS, CEA. Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. *Rev. APS*, 8(2): 181 – 190, 2005.
- CECOM, 2011. <http://www.cecom.unicamp.br/institucional.shtml>
- CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988 - Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/constituicao.htm
- GEPRO – http://www.ccuec.unicamp.br/gepro/pdf/Metodologia_22102007.pdf

OPAS (Organização Pan-americana da Saúde). Descentralización de los sistemas de salud: conceptos, aspectos y experiencias nacionales. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 162p, 1999.

O SUS – Disponível em www.sespa.pa.gov.br/SUS/sus e www.consaude.com.br/sus/indice.htm.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 726 p, 2002.

Participação Social em Políticas Públicas de Esporte e Lazer no Brasil: O Exemplo das Conferências Nacionais do Esporte

Renato Francisco Rodrigues Marques

*Doutor em Educação Física – UNICAMP
Docente do Centro Universitário Amparense, faculdade de Jaguariúna
e Fundação Municipal de Ensino Superior de Bragança Paulista*

Gustavo Luis Gutierrez

Professor Titular da Faculdade de Educação Física da UNICAMP

Marco Antônio Bettine de Almeida

*Professor Doutor Escola de Artes, Ciências e
Humanidades EACHP – USP*

Introdução

A noção e as formas de percepção de Qualidade de vida em muito se relacionam e até em certos casos se confundem com a prática de atividade física e, mais especificamente, do esporte. Por esse motivo, nota-se que a oferta de prática esportiva e de atividades físicas vinculadas ao lazer são uma preocupação constante em políticas públicas há muitas décadas.

Esse direcionamento justifica-se em relação à importância do lazer como forma de transmissão e transformação sociocultural, somado ao destaque que a atividade física como meio de manutenção e promoção da boa saúde ganhou nos últimos anos.

Desse modo, pode-se apontar processos diferenciados de trabalho de políticas públicas de esporte e lazer no Brasil. Tais variações devem-se aos diferentes panoramas políticos que passou o país em sua história, e à mudança de perspectiva e de importância dada ao lazer e a atividade física.

Nesse sentido, este trabalho busca descrever algumas transformações sofridas pelas políticas públicas de esporte e lazer no Brasil nas últimas décadas e traçar uma relação entre tais mudanças e panoramas com a preocupação crescente com as formas de percepção e promoção de qualidade de vida. Além disso, busca-se destacar as transformações específicas no campo do esporte, baseadas em discussões públicas ilustradas, por exemplo, pelas Conferências Nacionais do Esporte.

Políticas públicas de esporte e lazer no Brasil

Como conceito de políticas públicas pode-se ter os processos de discussão e aplicação de ações com soberania do poder público e participação de agentes com variados graus de recursos e origens sociais, financeiras, técnicas, organizacionais e políticas (RUA, 1998). Essas práticas derivam de demandas sociais e de busca de benefícios a certos grupos.

Tais processos são tidos como formas de apuração de necessidades e diretrizes de planejamento e procedimentos sócio-políticos que visam atender às demandas da população. Têm grande interferência do poder público, mas, em alguns modelos, também são abertas à participação da população.

As diferentes áreas de atuação do poder público demandam diferentes tipos de políticas. Isso ocorre devido à necessidade de conhecimento técnico específico e de ações que sanem problemas e atendam carências sociais. Alguns dos campos de atuação do poder público, nos quais são aplicadas ações vinculadas a esse tipo de processo político, são o lazer e esporte.

São características das Políticas Públicas de Esporte e Lazer:

- Consideram o direito constitucional de todos ao lazer;
- Podem ser baseadas em ações democráticas ou autoritárias por parte dos órgãos de governo;

- Criam programas e atividades direcionadas especificamente ao desenvolvimento de ações ao campo de esporte e lazer, vinculando os mesmos a perspectivas que sejam interessantes à população.

Historicamente, no Brasil, as políticas públicas de esporte e lazer sofreram diferentes tipos de influências e apresentaram, em consequência destas, inúmeras formas de ação. Sua constituição pode ser analisada e descrita tomando como base as transformações constitucionais e políticas da história do país.

Uma relação importante entre essas políticas e suas formas de intervenção se dá com as leis trabalhistas e o direito institucionalizado ao lazer. Esse segundo fator aponta um fortalecimento da discussão política sobre esporte e lazer que legitima a criação de alternativas para o oferecimento dessas atividades à população.

As diferentes tendências de políticas públicas nos campos do esporte e lazer foram e são regidas pelas Constituições Federais de 1934, 1937 e 1988, além de algumas legislações importantes (PINTO, 2002):

- Décadas de 1930 a 1950: As Constituições Federais de 1934 e 1937 institucionalizaram a legalização do tempo livre como um período de não trabalho, assegurando aos trabalhadores o direito ao descanso e reposição de energias. No ano de 1943, a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) garantiu o descanso remunerado durante o trabalho e fora dele (férias, feriados, domingos). Desse modo, o tempo livre garantido por lei passou a ser um espaço real em que os trabalhadores não teriam obrigações. Surge então a necessidade de políticas públicas para criação de atividades de lazer que preenchessem este tempo e auxiliassem na recuperação da força de trabalho. O caráter assistencialista direcionava as ações do governo quanto à oferta de atividades de lazer. Como característica principal desta forma de política, Marcellino (2007) aponta a oferta de atividades sem a participação popular em sua elaboração e sem a consulta a esse grupo frente suas necessidades e anseios. Para este autor, a prática assistencialista caracterizava-se por uma forma de apenas

manter o povo ocupado, e não necessariamente uma forma de reflexão e transformação social.

- Décadas de 1960 e 1970: O Brasil começa a sofrer um aumento da ação e controle estatal em relação aos serviços à população. Continuam as políticas públicas assistencialistas, principalmente em relação ao esporte e lazer.
- Décadas de 1980 e 1990: Surge a Constituição Federal de 1988, a qual institui o acesso ao esporte e lazer como direito social do cidadão e dever do Estado. Nesse período, a percepção sobre lazer muda do sinônimo de tempo livre para um espaço de além do descanso, próprio para a transmissão, transformação e reflexão cultural (MARCELLINO, 2007). As políticas públicas de esporte e lazer ganham importância, pois abarcam não somente a recuperação do sujeito para o trabalho, mas também oferecem um espaço de desenvolvimento humano. Ainda nesse período, nota-se certa transformação em relação às formas de aplicação dos processos de políticas públicas (PINTO, 2002). As práticas assistencialistas ainda perduram, porém é possível perceber maior participação social da população na elaboração de programas e atividades de esporte e lazer. Existe, neste período, uma maior abertura do poder público à população, para que esta possa opinar e expressar-se quanto a suas necessidades e demandas (RUA, 1998). É importante destacar também o aumento da perspectiva comercial sobre o esporte e lazer e o conseqüente crescimento da desigualdade social em relação ao acesso a tais atividades.
- Século XXI: O século XXI segue a tendência iniciada com a Constituição Federal de 1988, porém assiste a um crescimento da perspectiva comercial de formas de expressão cultural (PRONI, 1998) e principalmente do esporte, lazer e entretenimento (MARQUES, 2007). Se, por um lado, essa tendência de mercantilização causa certa desigualdade no acesso das pessoas às práticas de esporte e lazer, por outro lado, neste período existe uma abertura maior dos órgãos públicos à

participação popular em tomadas de decisão em políticas públicas. Através de processos democráticos, surgem propostas de sistemas e formatos de políticas de esporte e lazer em curto, médio e longo prazo, como o Sistema Nacional de Esporte, por exemplo.

A participação social e maior democratização das decisões em políticas públicas acaba sendo a principal característica destes processos nos anos pós-1988. Esse aumento da participação da Sociedade Civil nas decisões políticas é um fator que tende a amenizar as desigualdades de acesso aos programas de esporte e lazer, visto que podem atender a diferentes camadas da população, de modo mais específico e direcionado às suas necessidades e desejos (WERLE, 2010). Nesse processo de participação social, a população acaba sendo tão responsável pelas decisões quanto o poder público, diminuindo o caráter assistencialista das propostas de ação.

Santos (2010) concorda que no século XXI existe uma maior abertura à participação popular em políticas públicas, porém, aponta que isso é uma ocorrência que depende de ações do governo para a abertura a essa participação social. Nesse processo, a autora aponta que a falta de mobilização popular pode atrapalhar o desenvolvimento de propostas que poderiam ser mais interessantes.

A participação social em políticas públicas de esporte e lazer

A participação social é uma característica importante das políticas públicas no século XXI e para alguns autores, como Santos (2010), garantem a adequação dos processos às realidades e necessidades da população.

Os atores sociais desse modelo de política são (RUA, 1998): políticos e burocratas (setor público-estatal); empresários (setor privado); trabalhadores (ONG, partidos políticos, sindicatos); organizações econômicas (bancos e entidades fiscais); mídia.

As políticas públicas com participação social baseiam-se na elaboração de conteúdos e estratégias que visam nortear as

ações governamentais quanto às ofertas de atividades de esporte e lazer, assim como de adequações legais nesse sentido.

São formas de participação social em políticas públicas (BONALUME, 2008):

- Conferências: discute e avalia planos de ação;
- Conselhos de participação social: forma de controle sobre diversos segmentos. Caracterizam-se por número igual de participantes de governo, sindicatos e sociedade;
- Orçamento participativo: discussão coletiva sobre investimentos públicos;
- Plenárias temáticas: discussão de temas específicos abertos à população, com entidades técnicas da área;
- Congressos municipais ou constituintes: articulam setores sociais para planejamento do governo.

Como exemplo de política pública de esporte e lazer, caracterizada como de participação social, há o Sistema Nacional do Esporte e as Conferências Nacionais do Esporte. O Sistema agrega a participação de órgãos públicos e de representantes da população para elaboração e condução de políticas públicas para o esporte no país. A Conferência Nacional do Esporte é um evento que já aconteceu em três oportunidades (2004, 2006 e 2010), sempre com organização do Ministério do Esporte (o poder público possibilitando a participação social), no qual acontece a discussão sobre políticas de gerência e oferta de ações ligadas ao esporte no país (TERRA *et al.*, 2009).

Esta Conferência aconteceu sempre em três etapas. Uma regional/municipal (discussão de necessidades e demandas do município; eleição de delegados para representação deste grupo em nível estadual), uma estadual (mesmo princípio anterior) e nacional (com delegados eleitos nas fases estaduais e outros representantes da população).

Conferências nacionais do esporte: A participação social na organização de políticas públicas de esporte no Brasil

A primeira Conferência Nacional do esporte foi criada no governo Lula, a partir da instituição do Ministério do Esporte em 2003. O objetivo desta forma de abertura à participação social em políticas públicas foi de descentralizar as decisões frente ao esporte no país e buscar atender à população de forma mais direcionada de acordo com suas necessidades (TERRA *et al.*, 2009).

Na edição de 2004 da Conferência, a temática central foi a proposta de criação do Sistema Nacional do Esporte e Lazer. Uma forma de atingir certa distribuição de poderes e responsabilidades a diferentes agentes sociais no esporte brasileiro. Além disso, esse evento teve como foco discussões sobre a inclusão social através do esporte e lazer.

O Sistema Nacional de Esporte e Lazer foi proposto neste evento e tem como membros: Comitê Olímpico Brasileiro-COB; Comitê Paraolímpico Brasileiro – CPB; entidades nacionais de administração do desporto; entidades regionais de administração do desporto; ligas esportivas regionais e nacionais; entidades de prática desportiva filiadas ou não a aquelas já referidas.

Este Sistema é dividido em quatro eixos (Organização, agentes e competências; Recursos humanos e formação; Gestão e controle social; Financiamento) e definiu diretrizes para a descentralização do poder no esporte brasileiro. Estipulou como órgãos gestores do esporte: Ministério do Esporte; Secretarias Estaduais e Municipais de Esporte e Lazer; Conselhos de Esporte e Lazer; Conselhos profissionais; Tribunais de Justiça desportiva; COB, CPB e Confederações esportivas; Entidades Científicas; Clubes, associações e ligas esportivas; Empresas privadas; ONG, cooperativas e consórcios públicos. Além disso, criou o Conselho Nacional de Esporte que é formado por profissionais da área e por sujeitos envolvidos em posições de gestão e administração esportiva, que assessoram, em aspectos técnicos, o Ministério do esporte.

Por último, esse Sistema ainda estipula certa autonomia orçamentária a órgãos de administração e oferta de atividades esportiva através de leis e garantias de arrecadação.

A Conferência Nacional de 2006 ratificou a criação do Sistema Nacional de Esporte e Lazer e apontou a proposta de criação da Lei do Incentivo Fiscal ao Esporte. Esta lei permanece em vigor até 2015, sendo passível de renovação, e institui a dedução no imposto de renda do valor gasto por entidades privadas com patrocínios e/ou apoio a projetos de atividades esportivas, tanto ligadas ao lazer quanto ao alto rendimento, aprovados pelo Ministério do Esporte.

A Conferência de 2010 focou-se na discussão sobre a melhora do padrão esportivo competitivo e de atuação social do Brasil. Teve como resultado o consenso quanto à necessidade de políticas públicas ligadas a melhorias e investimentos em formação esportiva, ou seja, em instituições que ofertam a prática esportiva a jovens e crianças, tanto ligadas ao lazer, quanto à competição e formação de atletas.

As Conferências mencionadas são exemplos de participação popular em políticas públicas no século XXI. É importante ressaltar que elas resultam de transformações sociais anteriores e de tendências administrativas que culminaram na abertura do poder público à participação popular nas tomadas de decisão.

É importante citar que no Brasil existe uma perspectiva anterior ligada à autonomização de órgãos administradores do esporte como, por exemplo, a Lei Agnelo/Piva, de 2001, que direciona 2% do lucro da Loteria Federal aos Comitês Olímpico e Paraolímpico, sendo parte desse valor ainda repassado por estes órgãos a outras entidades e eles vinculadas.

Considerações finais

As políticas públicas de esporte e lazer no Brasil têm rumado na direção de considerar este último, o lazer, como uma prática transformadora, no sentido de promover a autonomia dos sujeitos através de atividades de convivência social e de renovação e transmissão cultural (MARIANO; MARCELLI-

NO, 2008). É possível fazer tal afirmação, pois notam-se tendências de busca por diminuição de desigualdades ao acesso a atividades de esporte e lazer, assim como maior abertura, por parte de órgãos do governo, à participação social nas tomadas de decisão, diminuindo a ocorrência de políticas assistencialistas.

É importante ressaltar que a legislação brasileira colabora de certa forma, para tal quadro, visto que estipula o esporte e o lazer como direitos do cidadão e dever do Estado. Isso somado a uma política de descentralização do poder tem caracterizado as principais ações no esporte e lazer no país.

Esse modelo de políticas públicas encontra-se em constante transformação e ainda permite mudanças de rumos. Por depender de abertura dos órgãos públicos para a participação social, essa forma de ação, se não for fortalecida, pode vir a abrir espaços para políticas assistencialistas e ações mercadológicas, podendo contribuir para o aumento da desigualdade de acesso a atividades de esporte e lazer por parte da população.

A participação social em políticas públicas de esporte e lazer e sua aplicação em nível nacional através do Sistema Nacional de Esporte e Lazer e das Conferências Nacionais do Esporte podem ser consideradas avanços em termos políticos no país, pois fortalecem a democracia, facilitam o acesso da população e direcionam as atividades às reais necessidades e demandas das pessoas, com significativo impacto na percepção da qualidade de vida pelos sujeitos sociais.

Referências bibliográficas

BONALUME, C. R. Controle social das políticas de esporte e lazer. In: MARCELLINO, N. C. Políticas públicas de lazer. Campinas: Alínea, 2008, p. 153-170.

MARCELLINO, N. C. Algumas aproximações entre lazer e sociedade. Animador Sociocultural: Revista Iberoamericana vol.1, n.2, 2007.

MARIANO, S. H.; MARCELLINO, N. C. Equipamentos de lazer em cidades pequenas de região metropolitana. Revista Licere, Belo Horizonte, v.13, n.2, 2010

- MARQUES, Renato Francisco Rodrigues. *Esporte e Qualidade de Vida: reflexão sociológica* (2007). Dissertação de mestrado. Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.
- PINTO, L. M, S. de M. *Inovação e avaliação: desafios para as políticas públicas de esporte e lazer*. In: WERNECK, C. L. G.; ISAYAMA, H. (org). *Educação Física e lazer*. Belo Horizonte: CELAR/UFMG, Autêntica, 2002.
- PRONI, Marcelo Weisaupt. *Esporte-espetáculo e futebol-empresa*. (1998). Tese de doutorado. Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998
- RUA, M. das G. *Análise de políticas públicas: conceitos básicos*, In: RUA, M. das G.; CARVALHO, M. I. V. de (Org.). *O Estudo da Política: Tópicos Seleccionados*. Brasília: Paralelo 15, 1998.
- TERRA, A. M.; BRANDÃO, H. C.; FLAUSINO, M. da S; MASCARENHAS, F. *As conferências nacionais do esporte: avanços e limites na construção das políticas de esporte e lazer*. Anais do XVI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e III Congresso Internacional de Ciências do Esporte, Salvador, 2009.
- WERLE, V. *Reflexões sobre a participação nas políticas públicas de esporte e lazer*. *Motriz, Rio Claro, v.16 n.1 p.135-142, 2010*

Adultos Jovens no Trabalho em Micro e Pequenas Empresas e Política Pública

Maria Inês Monteiro

*Mestre em Educação – UNICAMP; Doutora em Enfermagem – USP
Professora Associada – Depto. de Enfermagem – FCM – UNICAMP*

Heleno Rodrigues Corrêa Filho

*Mestre e Doutor em Saúde Coletiva
Professor Associado - Departamento de Medicina Preventiva e Saúde
Coletiva – FCM – UNICAMP*

Introdução

A porcentagem de jovens e adultos jovens no Brasil correspondia, em 2009, à importante parcela da população, totalizando aproximadamente 33,5 milhões de habitantes (IBGE, 2009).

As políticas públicas devem “assegurar os meios necessários, e as mudanças sociais necessárias à criação de ambientes favoráveis, promovendo mudanças em estilos de vida, processos de trabalho e formas de lazer”, o que é destacado no Projeto de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, p. 1).

Estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002, p. 6) destaca que dez fatores de risco impactam a saúde das populações, tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento e, se houver investimento governamental, para reduzi-los, poderão ser acrescidos dez anos de vida saudável na expectativa de vida dos países com baixa renda e cinco anos, nos países desenvolvidos.

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o sistema VIGI-TEL – “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico”, realizado nas capitais dos Estados e no Distrito Federal, tendo sido divulgado, até o momento, quatro levantamentos. Por meio desta iniciativa, é possível identificar dados relativos à atividade física, presença de doenças, tabagismo, uso de bebida alcoólica, consumo de alimentos e refrigerantes, entre outros indicadores de fatores de risco para adoecimento e de proteção para doenças (BRASIL, 2010).

Neste capítulo, são destacados os fatores que têm impacto para o Brasil, como hipertensão arterial, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, hipercolesterolemia e obesidade. São problemas que podem ser reduzidos por meio de políticas públicas, que terão impacto na qualidade de vida da população, aliado ao aspecto favorável devido à dimensão da rede de saúde pública no Brasil.

Embora a utilização do termo qualidade de vida relativa à área de saúde ocorra com frequência, está mais centrada nos aspectos referentes às doenças (SEIDL, 2004).

Outro importante aspecto a ser destacado é a promoção a saúde de jovens, visando melhoria na qualidade de vida, tendo em vista que a faixa etária de 15 a 19 anos de idade correspondia a 8,9% e a de 20 a 25, a 8,7% da população brasileira em 2009 (IBGE, 2010).

A inserção de jovens no mercado de trabalho precocemente pode ter impacto em sua qualidade de vida, tanto no presente, quanto no futuro, tendo em vista a dificuldade em conciliar as atividades do trabalho, escola e vida privada.

A Agência Europeia de Saúde e Segurança no Trabalho lançou, em 2006, material sobre e para os jovens, supervisores e familiares, visando garantir o início da vida laboral com informações adequadas, pois as taxas de acidentes no trabalho entre os jovens na Europa é 50% maior que para outras faixas etárias (EUROPEAN..., 2006).

Os diferentes níveis de governo deveriam garantir às crianças e aos jovens acesso à escola e, quando necessário, ao trabalho em condições dignas e que não gerem importante desgaste físico e/ou mental.

Metodologia

Estudo epidemiológico transversal realizado em micro e pequenas empresas do setor atacadista, varejista e Mercado de Flores, na Ceasa Campinas.

Neste capítulo, serão abordados os dados relativos aos trabalhadores adultos jovens, de ambos os sexos, com idade inferior a 25 anos.

Foram considerados critérios de inclusão: ter menos de 25 anos de idade, desenvolver atividade na área da Ceasa e concordar em participar da pesquisa.

Os dados foram coletados no ano de 2006, por meio do questionário QSETS (Monteiro, 1996, atualizado em 2006) com dados sociodemográficos, estilo de vida, satisfação com a vida e o trabalho, e aspectos de saúde.

As entrevistas foram codificadas e os dados inseridos em planilha Excel®. Para a análise descritiva e testes estatísticos foi utilizado o software SAS 9.2®.

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Foi utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados e discussão

Em relação aos dados sociodemográficos, na amostra estudada, 87,9% eram homens e 12,1%, mulheres; 77,8% eram solteiros, 21% casados e 19,7% tinham filhos.

A idade média foi de 20,5 anos (DP 2,4), com variação entre 15 e 24 anos de idade.

A maioria dos entrevistados residia na cidade de Campinas (66,1%), ou região (24,9%), desenvolvia atividades de trabalho com demanda física (41,1%) e, 36,4%, demanda mista (física e mental).

Um aspecto relevante, quando se considera o estudo de adultos jovens, é o início da atividade laboral, devido ao impacto que pode ter em sua qualidade de vida, dependendo

das condições iniciais, assim como da possibilidade de acesso a educação e condições de trabalho.

Na amostra estudada, 42,9% iniciaram a vida laboral na Ceasa e a média de idade no primeiro emprego foi de 14,6 anos (DP 2,6), abaixo da idade legal para início no mercado de trabalho.

Apesar do início precoce na vida laboral, 29,6% relataram continuar estudando.

Em países em desenvolvimento, o trabalho de jovens e adolescentes tem se iniciado, em grande parte, antes da idade legal como aprendiz (16 anos). Na amostra estudada, dos 280 adultos jovens 57,9% iniciaram a vida laboral antes dos 16 anos de idade, o que pode ter impacto tanto em sua vida profissional, quanto em outras facetas de sua qualidade de vida.

Em relação ao vínculo de trabalho, 11,9% eram proprietários da empresa, ou, familiar de proprietário(a). A maioria dos adultos jovens (66,4%) tinha carteira de trabalho assinada.

O sono é um importante aspecto a ser estudado, pois tem impacto na qualidade de vida e pouco mais da metade dos entrevistados (51,5%) relataram dormir 6,5 horas por dia ou menos e 11,8% relataram não dormir bem.

Tal fato pode trazer consequências desfavoráveis para os jovens e adultos trabalhadores (FISCHER, 2003).

Isto pode ocorrer devido ao início da jornada de trabalho precoce, às cinco ou seis horas da manhã, dependendo do local de trabalho, se na área de hortifrutigranjeiros ou no Mercado de Flores, ou ainda, se nas pedras (áreas abertas demarcadas no chão, em local com telhado e cobertura em duas laterais) ou nos boxes, composto por lojas fechadas, de grandes dimensões e com boa infraestrutura.

Quanto aos aspectos de saúde, 48,9% relataram no último ano ter tido pelo menos uma doença que foi diagnosticada pelo médico. Aproximadamente $\frac{1}{4}$ referiu problemas de saúde nos últimos 15 dias, sendo os problemas respiratórios os de maior prevalência.

A maioria (89,7%) referiu sentir-se cansada ao final da jornada de trabalho.

Parte dos trabalhadores (20,4%) apresentou baixa ou moderada capacidade atual de trabalho, fato preocupante, pois

estão iniciando a vida laboral, que deve se estender, para esta faixa etária, pelo menos até os 60-65 anos de idade, tendo em vista a elevação da expectativa de vida no Brasil, tanto para homens quanto para mulheres nas últimas décadas.

Pouco mais da metade dos entrevistados (55,6%) relatou poder decidir sobre o trabalho a ser realizado, durante a jornada de trabalho.

Embora a maior parte dos trabalhadores (69%) estivesse satisfeita ou muito satisfeita com a vida no trabalho, em escala com cinco valores, a percentagem de satisfação com a vida foi superior, sendo que 78,2% estavam satisfeitos ou muito satisfeitos.

Considerações finais

Preservar o jovem trabalhador e o adulto jovem é garantir, em termos, perspectivas melhores para o futuro do país.

Políticas públicas que favoreçam a entrada do jovem no mercado de trabalho em atividades que possibilitem a continuidade dos estudos são importantes para a sua formação.

O início de trabalho precoce, aliado a condições desfavoráveis no ambiente de trabalho e exposição a riscos pode, em certa medida, comprometer o futuro dos jovens.

O acesso a informações sobre o trabalho desenvolvido, riscos a que estarão expostos, são de grande importância para o início da vida laboral dos jovens.

Garantir aos jovens acesso a políticas públicas que incentivem o estilo de vida saudável terão importante impacto em suas vidas.

Referências bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *VIGITEL Brasil 2009*. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/publicacao_vigitel_2009.pdf. Acesso em: 27 mar. 2011.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto de promoção da saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 01 nov. 2000.
- EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. OSHA-EU. *Young worker safety-advice*. Bilbao, 2006.
- FISCHER, F. M. Efeitos do trabalho sobre a saúde de adolescentes. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 4, p. 973-84, 2003.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. PNAD 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/tabelas_pdf/sintese_ind_1_1.pdf. Acesso em 05 set. 2010.
- MONTEIRO, M. I. *Instrumento para coleta de dados sociodemográficos, estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho - QSETS*. Campinas: Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho, 1996, atualizado em 2006.
- MONTEIRO, M. I.; SIQUEIRA, C. E.; CORREA-FILHO, H. R. Produção justa e sustentável, meio ambiente e qualidade de vida corporativa. In: VILARTA, R;
- GUTIERREZ, L. G. (org.). *Qualidade de vida no ambiente corporativo*. Campinas-SP: IPES Editorial, 2008, p. 43-49.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

Financiamento

Esta pesquisa recebeu financiamento do Projeto de Pesquisa em Políticas Públicas – FAPESP, (processo 03/06410-4): “Bases para a implantação de um Serviço Público de Saúde do Trabalhador no trabalho informal e em micro e pequenas empresas de comércio horti-frutigranjeiro no Estado de São Paulo”, coordenado pela Professora Dra. Maria Inês Monteiro.

*Aplicações de Modelos Experimentais
Envolvendo Exercício Físico no
Âmbito das Políticas Públicas:
Ações Bilaterais entre Pesquisa e Prática*

Claudio Alexandre Gobatto

*Prof. Livre Docente – Faculdade de Ciências Aplicadas
FCA – UNICAMP*

Fúlvia de Barros Manchado-Gobatto

*Doutora em Ciências da Motricidade
Faculdade de Ciências da Saúde – UNIMEP*

Introdução

O exercício físico é apontado como uma das formas não farmacológicas de prevenir, reduzir ou até mesmo estagnar processos indesejáveis decorrentes de ajustes orgânicos, naturais e/ou patológicos, relacionados principalmente aos espectros funcional, físico, motor, fisiológico, psicológico e social (SEALS *et al.*, 1983; SHEPHARD; BALADY, 1999). Entretanto, apesar do elevado destaque direcionado ao exercício para obtenção dos objetivos supra mencionados, é importante enfatizar que os benefícios atrelados a essa prática são diretamente relacionados aos efeitos crônicos do esforço físico e a parâmetros do processo de treinamento, especialmente volume, intensidade, tipo e frequência das sessões de exercício.

Nesse sentido, estímulos para a prática de exercício como uma das formas de melhorar ou manter a qualidade de vida vêm sendo divulgados amplamente para a população. Do mesmo modo, programas públicos tendo como foco a prevenção de doenças, longevidade e qualidade de vida, têm adotado, dentro de suas diversas facetas, a atividade física como meio para conquista de uma vida melhor.

Quando consideradas as características individuais de alunos inseridos em programas de atividade física, é necessário compreender que nem todos os efeitos do exercício realizado promoverão mesmas respostas individuais, já que o organismo que recebe o estímulo apresenta condições iniciais diferenciadas (BOUCHARD *et al.*, 2001).

Pesquisas envolvendo as respostas agudas e crônicas promovidas pelo exercício físico estão em ascensão nas últimas décadas. Entretanto, por fatores como segurança, dificuldade em efetuar procedimentos invasivos e impossibilidade de controlar infinitas variáveis presentes na vida humana, nem todos os estudos que, potencialmente, forneceriam informações precisas e interessantes acerca de respostas físicas e fisiológicas frente ao esforço, são permissíveis de serem realizados em seres humanos.

A pesquisa experimental com animais laboratoriais, especialmente roedores, que desde tempos remotos é usada por diversas áreas de conhecimento, vem sendo amplamente utilizada na área da saúde. Não há como negar que estudos adotando esses modelos como ferramenta sejam os responsáveis pelo enorme avanço na compreensão dos mecanismos relacionados à saúde e à doença. No exercício, a interpretação das respostas agudas e crônicas a diferentes estímulos e condições fisiológicas e patológicas parece depender ainda mais do desenho experimental já que os animais, assim como ocorre em humanos, apresentam diferenças individuais frente ao esforço e tal aspecto muitas vezes revela falhas na pesquisa, o que pode acarretar prejuízo na aplicação a seres humanos.

Os objetivos do presente capítulo estão direcionados a evidenciar a importância das pesquisas que utilizam modelos experimentais para aquisição de informações relevantes sobre intensidade de exercício aplicada a diferentes condições

em saúde e doença, e salientar necessidade das políticas públicas para a aproximação do conhecimento produzido por meio dessas pesquisas, bem como para a implementação das descobertas e evidências em programas de exercício físico para diversas populações. Assim, mostrar que é fundamental o compromisso em duas direções: a) pesquisa embasada em desenho experimental que leve em conta as diferenças individuais frente aos estímulos e, b) aplicação, preocupada em estabelecer critérios de qualidade que possam garantir a eficácia para atingir as metas de melhor saúde humana.

Considerações sobre a utilização da Pesquisa experimental e exercício

Um dos pontos mais relevantes da utilização de roedores para o estudo do exercício é a similaridade fisiológica apresentada por esses animais, quando comparadas a humanos, submetidos a exercício agudo e crônico. O comportamento equiparado entre esses dois grupos sugere a possibilidade da aproximação entre as descobertas sobre exercício físico com roedores a humanos. A relativização se faz necessária por meio de adequações, dado o maior controle que é possibilitado quando os animais são o objeto de estudo.

Aproveitando a ideia das condições controladas, não há como negar que o ambiente laboratorial possibilita um maior controle, o que, por um lado, pode parecer desconectado da realidade diversificada percebida na vida humana. Entretanto, os sobre fatores exógenos controlados, tais como aspectos nutricionais e ambientais, dentre outros, nos remetem ao estudo direto dos efeitos fisiológicos promovidos quase que exclusivamente pelo exercício. Além disso, em seis meses é possível estudar os efeitos agudos ou crônicos do exercício em todas as fases da vida do animal, permitindo uma análise longitudinal extremamente veloz, algo impossível de ser acompanhado, com essa velocidade, em seres humanos.

Após inúmeras descobertas científicas, a simulação de patologias ou variações da condição natural orgânica, é efetuada em animais, envolvendo, por exemplo, a obesidade (FAUST *et al.*, 1978), diabetes (MORDES *et al.* 2004), hiper-

tensão (RIBEIRO *et al.*, 1992), e condições diferenciadas observadas no esporte, como o supertreinamento (HOHL *et al.*, 2009). Além disso, o estudo do exercício físico controlado frente a essas condições vem sendo pronunciado, investigando repostas minuciosas observadas em várias células, órgãos, tecidos e suas resultantes para o organismo de modo global (VÉRAS-SILVA *et al.*, 1997; GOBATTO *et al.*, 2002, OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Como fortemente apontado na literatura, a individualização do treinamento para roedores e, portanto, efetivos métodos para o monitoramento de volume e intensidade de esforço devem ser considerados (BOOTH *et al.*, 2010)

Determinação da intensidade de exercício em Rodeores e prescrição de treinamento

A importância em utilizar roedores para estudar os efeitos do exercício é dependente da correta prescrição de esforço (volume e intensidade) a esses animais (GOBATTO *et al.* 2001, BOOTH *et al.*, 2010). Dentre os mais utilizados tipos de exercício em pesquisas animais encontram-se a natação e a corrida em esteira rolante.

Nosso grupo de pesquisa e outros nacionais e internacionais que trabalham com esporte e saúde aplicados a humanos têm se empenhado em investigar testes já padronizados em humanos, validando-os para a avaliação de roedores (PILLIS *et al.*, 1993; GOBATTO *et al.*, 2001; MANCHADO *et al.*, 2006; BILLAT *et al.*, 2005; FERREIRA *et al.*, 2007; GOBATTO *et al.*, 2009; MANCHADO-GOBATTO *et al.*, 2010).

Ainda como preocupação, as propostas de testes capazes de detectar a intensidade de exercício de distintos roedores que podem ser submetidos ao treinamento físico, tais como os portadores de patologia, animais usados para simular condições esportivas e os de diversas faixas etárias, variam quanto as características de protocolos, sendo sugeridas avaliações invasivas e não invasivas, exaustivas e não exaustivas, diretas e indiretas. Essa gama de propostas fortalece a ideia de que todo e qualquer roedor ou humano pode ser submetido a avaliações mais seguras e direcionadas às suas especificida-

des, obtendo como resultado um melhor controle e monitoramento das intensidades de exercício estabelecidas em programas de exercício físico.

Nesse sentido, protocolos clássicos como a determinação do limiar anaeróbio determinado por lactacidemia (KINDERMAN *et al.*, 1979), modelos não invasivo (MONOD E SCHERRER, 1965) e não exaustivo (CHASSAIN, 1986) e o padrão ouro para avaliação da capacidade aeróbia, a máxima fase estável de lactato (MFEL) (HECK *et al.*, 1985) já foram padronizados para roedores nadadores e corredores. Alguns dos protocolos, como a MFEL, foram inclusive padronizados para ratos Wistar e camundongos, em natação (GOBATTO *et al.*, 2001, GOBATTO *et al.* 2009) e corrida (MANCHADO *et al.*, 2005, FERREIRA *et al.*, 2007) e utilizados para avaliar com animais obesos de ambos os gêneros (ARAUJO *et al.*, 2008), portadores de síndrome metabólica (MOTA *et al.*, 2009) e estresse nos dois ergômetros (CON-TARTEZE *et al.*, 2007).

Também, podemos elencar alguns estudos, dentre outros vários, que se utilizam desses modelos de avaliação na prescrição do treinamento voltado a diferentes condições patológicas, como para ratos obesos (BRAGA *et al.* 2006) e apresentando inflamação e resistência à insulina nesse estado (SILVA *et al.*, 2010), ratos diabéticos (OLIVEIRA *et al.*, 2005), camundongos treinados em intensidade controlada de corrida (FERREIRA *et al.*, 2007), ratos submetidos aos efeitos do treinamentos contínuo, intervalado e periodizado em natação (ARAUJO *et al.*, 2010), simulando condições vivenciadas por atletas de alto rendimento esportivo.

Implementação de resultados experimentais em Programas de treinamento físico: Relações com as políticas públicas para esse estabelecimento

A necessidade e o real valor de pesquisas científicas podem ser colocados em questionamento quando a conexão entre a teoria e a prática efetivamente não é concretizada. Não há como negar que nem sempre existe facilidade nessa comunicação. Entretanto, caminhos capazes de estreitar essa distância devem ser eminentes para que, de fato, seja possível

o aproveitamento de um pelo outro, ou de um para o outro, de modo bidirecional.

Se essa dificuldade pode ser mencionada para a relação entre teoria e prática, certamente é potencializada quando as pesquisas envolvem a dicotomia animal versus humano. Nesse sentido, se pesquisadores que utilizam modelos experimentais envolvendo exercício não investirem esforços para que seus achados possam ser aplicados na melhor programação e implementação de programas de treinamento físico para indivíduos saudáveis ou em condições diferenciadas (atletas, portadores de doenças crônico-degenerativas, etc.), muito estará sendo perdido.

Ao certo, parte das valiosas informações que tem sido produzidas em ambiente experimental estão sendo aplicadas em programas de treinamento físico, tanto com característica de atendimento a grandes massas, como direcionados à especificidades atléticas, etárias e de doenças. Entretanto, uma grande parcela do conhecimento elaborado com a utilização de animais de laboratório é desconhecida por quem, na realidade, atua diretamente aplicando e monitorando o exercício na população. Esse fato pode ser creditado por inúmeros motivos, dentre os quais é possível destacar os meios utilizados para divulgação do conhecimento, que não são direcionados ou não efetivamente despertam interesse dos profissionais mais fixados à prática, que pode ser decorrente da carência de contato direto com pesquisadores.

Assim como já se tem tentado, estratégias de ordem pública poderiam atuar no incentivo para a proeminente aproximação, no caso das áreas envolvidas com exercício, entre o laboratório e a quadra esportiva, centros de exercício, postos de saúde ou ambientes utilizados para programas de treinamento. Uma forma que nos parece interessante para essa aproximação refere-se a investimentos despendidos para assessorias e consultorias, as quais deveriam ser bidirecionais, favorecendo a conversa entre os pesquisadores e professores e/ou treinadores. Se, em um programa de exercício físico destinado a obesos, profissionais que estudam a prescrição de esforços a roedores com essas características dialogassem com os profissionais que aplicam as intensidades de exercício aos indivíduos obesos, é bem provável que

o controle e monitoramento nesse programa fosse positivamente modificado, melhorando inclusive os fatores relacionados à segurança e efetividade, bem como as pesquisas com animais seriam também mais direcionadas às necessidades vivenciadas na prática.

Do mesmo modo, em se tratando do fortalecimento dos âmbitos, tanto experimental quanto aplicável, políticas para a geração de maior interação entre profissionais da área da saúde e das ciências sociais sem dúvidas auxiliam no processo para a efetivação dos objetivos maiores.

Considerações finais

De acordo com as discussões fomentadas neste texto, manifestamos nossa visão de que:

- As pesquisas experimentais são fundamentais nas ciências do esporte;
- Tais pesquisas devem estar comprometidas em promover estímulos de exercício aos animais levando em consideração a individualidade biológica;
- As políticas públicas para aplicação dos achados devem propiciar a aproximação das aplicações levando em consideração a diminuição das diferenças características do modelo, na análise do desenho experimental utilizado e no contato direto dos profissionais geradores do conhecimento daqueles que efetivamente promovem o benefício para a saúde humana.

Referências bibliográficas

ARAUJO, G.G. *et al.* Protocols for hyperlactatemia induction in the lactate minimum test adapted to swimming rats. *Comparative Biochemistry Physiology Part A: Molecular & Integrative Physiology*. Vancouver, v.148, n.4, p.888-892, 2007.

ARAUJO, G.G. *et al.* Máxima fase estável de lactato em ratos obesos de ambos os gêneros. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.46-49, 2009.

- BILLAT, V.L. *et al.* Inter- and intra-strain variation in mouse critical running speed. *Journal of Applied Physiology*. Bathesda, v.98, n.4, p.1258-63, 2005.
- BRAGA, L.R. *et al.* Exercício contínuo e intermitente: efeitos do treinamento e do destreinamento sobre o peso corporal e o metabolismo muscular de ratos obesos. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. Porto, v.6, n.2, p.160-169, 2006.
- BOOTH, F.W. *et al.* Gold standards for scientists who are conducting animal-based exercise studies. *Journal of Applied Physiology*. Bathesda, v.108, p.219-221, 2010.
- BOUCHARD, C., RNKINEN, T. Individual differences in response to regular physical activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. Baltimore, v.33, n.6, p. S446-S451, 2001.
- CHASSAIN, A. Méthode d'appréciation objective de la tolérance de l'organisme à l'effort: application à la mesure des puissances de la fréquence cardiaque et de la lactatémie. *Science & Sports*. Paris, v.1, p.41-8, 1986.
- CONTARTEZE, R.V.L *et al.* Stress biomarkers in rats submitted to swimming and treadmill running exercises. *Comparative Biochemistry Physiology Part A: Molecular & Integrative Physiology*. Vancouver, v.151, n.3, p.415-422, 2008.
- FAUST, I.M. *et al.* Adult rats: a new model of obesity. *American Journal of Physiology: Gastrointestinal and Liver Physiology*. Bathesda, v.235, n.3, p.G279-G286, 1978.
- FERREIRA, J.C.B *et al.* Maximal lactate steady state in running mice: effects of exercise training. *Clinical Experimental Pharmacology and Physiology*. Victoria, v.34, n.8, p.760-765, 2007.
- GOBATTO, C.A. *et al.* Maximal lactate steady state in rats submitted to swimming exercise. *Comparative Biochemistry Physiology Part A: Molecular & Integrative Physiology*. Vancouver, v.130, n.1, p.21-7, 2001.
- GOBATTO, C.A. *et al.* The monosodium glutamate (MSG) obese rat as a model for the study of exercise in obesity. *Research Communication Molecular Pathology and Pharmacology*. Nova York, v. 111, n.1-4, p. 89-102, 2002.

- GOBATTO, C.A. *et al.* Maximal lactate steady state for aerobic evaluation of swimming mice. *Comparative Exercise Physiology*, Cambridge v.6, p.99 - 103, 2009.
- HECK, H. *et al.* Justification of the 4-mmol/L lactate threshold. *International Journal of Sports Medicine*. Nova York, v.6, p.117-30, 1985.
- HOHL, *et al.* Development and characterization of an overtraining animal model. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. Indianapolis, v.41, n.5, p. 1155-1163, 2009.
- KINDERMANN, W. *et al.* The significance of the aerobic-anaerobic transition for the determination of work load intensities during endurance training. *European Journal of Applied Physiology*. Berlin, v.42, n.1, p.25-34, 1979.
- MANCHADO, F.B. *et al.* Maximal lactate steady state in running rats. *Journal of Exercise Physiology online*. Duluth, v.8, n.4, p.29-35, 2005.
- MANCHADO, F.B. *et al.* Non-exhaustive test for aerobic capacity determination in swimming rats. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*. Toronto, v.31, n.6, p.731-736, 2006.
- MANCHADO-GOBATTO, F.B. *et al.* Determination of Critical Velocity and Anaerobic Capacity of Running Rats. *Journal of Exercise Physiology online*. Duluth, v.13, n.4, p.40-49, 2010.
- MONOD, H., SCHERER, J. The work capacity of a synergic muscular group. *Ergonomics*. Londres, v.8, n.3, p.329-38, 1965.
- MORDES, J.P. *et al.* Rats models of type 1 diabetes: genetics, environment and autoimmunity. *Ilar Journal*. Washington D.C., v.45, n.3, p.278-91, 2004.
- OLIVEIRA, C.A.M. *et al.* The role of exercise on long term effects of alloxan administered in neonatal rats. *Experimental Physiology*. Londres, v.90, n. 1, p.79-86, 2005.
- PILIS, W. *et al.* Anaerobic threshold in rats. *Comparative Biochemistry Physiology Part A: Molecular & Integrative Physiology*. Vancouver, v.106, n.2, p.285-289, 1993.

- RIBEIRO, M.O. *et al.* Chronic inhibition of nitric oxide synthesis. A new model of arterial hypertension. *Hypertension*. Stanford, v.20, p. 298-303, 1992.
- SEALS, D. *et al.* The effect of exercise training on human hypertension: a review. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. Bathesda, v.16, p.207-221, 1983.
- SHEPHARD, R.J., BALADY, G.J. Exercise as Cardiovascular Therapy. *Circulation*. Dallas, v.99, p. 963-967, 1999.
- SILVA, A.S.R. *et al.* Exercise intensity, inflammatory signaling and insulin resistance in obese rats. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. Baltimore, v.42, p. 2180-2188, 2010.
- VÉRAS-SILVA, A.S. Low-intensity exercise training decreases cardiac output and hypertension in spontaneously hypertensive rats. *American Journal of Physiology: Heart Circulation Physiology*. Bathesda, v. 273, p.H2627-H2631, 1997.

***Políticas Públicas na Promoção da
Qualidade de Vida e Atividade Física:
A Experiência do CAISM***

Angela Maria Bacha

*Diretora Associada do Hospital da Mulher
Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM/UNICAMP*

Adilton Dorival Leite

*Enfermeiro Sanitarista e MBA em Gestão de Pessoas,
membro da equipe da Seção de Apoio e Desenvolvimento do
Profissional/RH – CAISM/UNICAMP*

Rosane Ferreira Garcia Prado

*Enfermeira Obstétrica, MBA em Gestão de Pessoas e Supervisora da
Seção de Apoio e Desenvolvimento do Profissional/RH – CAISM/UNICAMP*

Oswaldo da Rocha Grassiotto

*Diretor Executivo do Hospital da Mulher
Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM/UNICAMP*

Durante o século XX, foram desenvolvidos muitos estudos, pesquisas e teorias relacionadas à satisfação do trabalhador com o trabalho. E é fato que, em curto período de tempo, significativos avanços têm sido conseguidos no sentido de trazer melhorias para os trabalhadores, para as organizações e para as relações que permeiam este processo.

Observando os esforços e iniciativas empreendidos ao longo destes anos, podemos afirmar que, de uma forma geral,

eles pressupõem a base conceitual do que atualmente conhecemos como qualidade de vida no trabalho.

Para Limongi-França (1997), qualidade de vida no trabalho (QVT) é o conjunto de ações de uma instituição que envolve a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção de qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que se olha a instituição e as pessoas como um todo, o que chamamos de enfoque biopsicossocial. O posicionamento biopsicossocial representa o fator diferencial para a realização do diagnóstico, campanhas, criação de serviços e implantação de projetos voltados para a preservação e desenvolvimento das pessoas durante o trabalho.

O olhar para a gestão da qualidade de vida nas instituições vem ganhando cada vez mais contornos estratégicos, pois é fato que as ações, programas e políticas adotadas neste aspecto, resultam em colaboradores com menor nível de estresse, maior equilíbrio emocional, maior nível de motivação, relacionamentos interpessoais melhores, melhora da autoestima e, numa via de mão dupla, as instituições ganham com melhora em sua performance, através de colaboradores mais saudáveis, com menor índice de absenteísmo, maior produtividade, sentimento de pertencimento e melhoria do ambiente organizacional.

Segundo Limongi-França (2004), apesar de ser um tema em evidência, existem instituições que encontram dificuldade em realizar ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida: “É o grande dilema da economia e da administração, no ambiente de inovação tecnológica, mercados competitivos, altos encargos públicos e construção de novas competências. Todos esses são elementos que exigem a cada dia novas capacitações, tempo disponível e comprometimento. Devido a essas exigências, muitas vezes a qualidade de vida é confundida com um resultado e não é vista como um processo, o que dificulta a atuação gerencial pró-ativa. A solução está na capacitação dos gestores, apoiados por políticas públicas, e acesso à informação e à pesquisa científica”.

Na atual gestão, a direção do CAISM busca através da gestão de pessoas, nortear-se pelo Planejamento Estratégico da

UNICAMP (PLANES) e pela Política Nacional de Humanização (PNH), do Ministério de Saúde.

Seguindo a proposição e implementação do Planes, buscamos adotar as estratégias previstas de: – Criação de programas permanentes de acompanhamento de grupos com necessidades especiais; – Implantação de programas permanentes de adequação física e ambiental do local de trabalho; – Estímulo à criação de espaços de convivência e interação; – Promoção de exercício pleno da cidadania.

A implementação da política nacional de humanização pressupõe vários eixos de ações que objetivam a institucionalização, a difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade. No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos colaboradores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os colaboradores, sua motivação, seu desenvolvimento e seu crescimento profissional, devendo ser desenvolvidas atividades de valorização e cuidado aos colaboradores da área da saúde.

Neste sentido, a Seção de Apoio e Desenvolvimento do Profissional (SADP) do Serviço de Recursos Humanos do CAISM, através de suas áreas de atuação: – Área de motivação profissional e qualidade de vida no trabalho; – Área de apoio e orientação social; – Área de psicologia organizacional; – Área de qualificação profissional e; – Área de saúde ocupacional. Além dos programas específicos que executam, busca integrar-se tendo por objetivo, dentro de um ambiente humanizado, promover ações que propiciem satisfação pessoal com o trabalho, ações capazes de favorecer a integração social; de garantir a participação dos nossos colaboradores em atividades que têm por objetivo o crescimento e desenvolvimento; de promover ações voltadas para a melhoria da autoestima, para compartilhamento de valores, aquisição de hábitos saudáveis, lazer e outros elementos que incentivem a melhoria da qualidade de vida pessoal e a qualidade dos serviços oferecidos às nossas usuárias.

Não é possível falar em qualidade de vida em uma instituição, sem desenvolver uma conscientização e preparo para uma postura de qualidade com a própria saúde, quando evi-

dências demonstram que utilizamos cada vez menos as nossas potencialidades corporais.

Vários autores demonstram a relação positiva estabelecida entre atividade física e melhores padrões de qualidade de vida, assim como os aspectos biofisiológicos da relação atividade física saúde e qualidade de vida.

Katch & McArdle (1996) preconizam que a prática de exercícios físicos regulares é fator determinante para o aumento da expectativa de vida.

Em posicionamento oficial, a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (1999) sustenta que saúde e qualidade de vida podem ser preservadas e aprimoradas pela prática regular de atividade física.

Lima (1999) afirma que a atividade física tem, cada vez mais, representado um fator de qualidade de vida, possibilitando maior produtividade e melhor bem-estar.

Lopes & Altertjum (1999) relatam a prática da caminhada como fator para a promoção da saúde de forma preventiva e consciente.

Como podemos observar, os autores citados relatam a atividade física como um importante instrumento de busca de melhor qualidade de vida dos colaboradores.

Sob essa perspectiva, buscamos proporcionar maior conhecimento aos nossos colaboradores sobre os benefícios da atividade física, assim como alertar sobre o consenso científico de que a inatividade física e um estilo de vida sedentário estão relacionados a fatores de risco para o desenvolvimento ou agravamento de condições médicas, como, por exemplo, doença coronariana, entre outras alterações cardiovasculares e metabólicas. Ou seja, temos objetivado aumentar o envolvimento com atividades que visem ao abandono do estilo de vida sedentário, entendendo que o incremento do nível de atividade física constitui um importante instrumento na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

Assim, desde 2007, através de parcerias internas e externas, o CAISM tem participado dos principais eventos relacionados à promoção de atividade física, que acontecem no *campus* universitário e no município de Campinas.

1. Corrida Integração: Há quatro anos o CAISM participa da mais tradicional corrida de rua do interior de São Paulo que acontece todos os anos no mês de setembro. Essa corrida é reconhecida pela sua qualidade técnica e por promover a interação entre a comunidade, a EPTV e as empresas que se mobilizam para apoiar o mais importante evento esportivo da região. Pelo primor técnico, a Corrida Integração faz parte do calendário da Confederação Brasileira de Atletismo. É uma das dez maiores corridas do País, que reúne milhares de atletas, amadores e renomados. Todos os anos colaboradores do nosso hospital e seus familiares participam desse evento, formando o grande Grupo CAISM. Os participantes da caminhada 5 km confraternizam-se no dia do evento em nossa tenda, onde oferecemos: água, suco e frutas e recebem gratuitamente uma camiseta que identifica o grupo. Os participantes na modalidade corrida 10 km, através de parcerias internas e externas, têm a gratuidade da taxa de inscrição e apoio do Laboratório de Bioquímica do Exercício da UNICAMP nos treinamentos.

2. Caminhada da Saúde: Evento promovido anualmente, no mês de maio, pela Associação Atlética Adolfo Lutz (AAAL) e pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM), com o apoio do CAISM, Grupo Gestor de Benefícios Sociais (GGBS), Prefeitura do *Campus*, Subprefeitura de Barão Geraldo e Sana. A caminhada de 5 km pelo *campus* universitário visa conscientizar os participantes da importância da prática regular de exercícios físicos para manter uma vida saudável e colaborar com instituições filantrópicas, na medida em que os participantes são convidados a doar alimentos para instituições elencadas. Une colaboradores do complexo hospitalar da UNICAMP, alunos e docentes de diversas unidades, departamentos, institutos e faculdades da UNICAMP, além de pessoas de Campinas e região.

3. Caminhada Contra o Câncer de Mama: Acontece anualmente no mês de novembro a caminhada ONG Campinas Contra o Câncer de Mama. Com apoio do CAISM, o evento conta com centenas de pessoas, e o mais interessante a se notar, é a participação de homens e mulheres, juntos por uma causa que, a princípio, seria mais voltada às mulheres. Além de levantar a bandeira da luta pela conscientização

e prevenção do câncer de mama, outro fato relevante desta caminhada é conscientizar as pessoas sobre a necessidade de abandonar a vida sedentária e praticar rotineiramente exercícios físicos.

4. Corrida / Caminhada Renovias 6K pela Saúde da Mulher: Na semana em que se comemora o Dia Internacional da Mulher, com patrocínio e organização da Renovias Concessionária S.A – RMC e apoio do CAISM, o evento foca a saúde da mulher e, em especial, os riscos do câncer do colo do útero. A corrida feminina é seguida pela caminhada, aberta também aos homens.

5. Copa GGBS de Futebol Society: A Copa GGBS de futebol é um evento anual, organizado pelo Grupo Gestor de Benefícios Sociais da UNICAMP por meio da área de Parcerias e Projetos, e faz parte das iniciativas que buscam desenvolver a qualidade de vida dos colaboradores da universidade, por meio do esporte, integração e cidadania. Através de parcerias, o CAISM viabiliza a locação mensal de quadra para os treinos de nossos jogadores. Na última edição, em 2010, participamos do campeonato com dois times, sendo que um deles sagrou-se campeão da copa. A expressiva participação levou à conquista dos seguintes troféus pela equipe do CAISM: Campeão do Torneio Início; Campeão da VII Copa GGBS de Futebol Society 2010; Artilheiro da Copa; Goleiro Menos Vazado e Equipe Mais Disciplinada.

6. Programa de Ginástica Laboral: Os colaboradores do CAISM participam diariamente do Programa de Ginástica Laboral do Centro de Saúde da Comunidade (CECOM), que tem por objetivo oferecer atividades físicas e de recreação no próprio ambiente de trabalho, visando aumentar a flexibilidade e a socialização, minimizar a ocorrência de queixas musculoesqueléticas e orientar sobre posturas relacionadas ao trabalho. As atividades são desenvolvidas com profissionais dos serviços e seções da Divisão Administrativa (DA), Divisão de Enfermagem (DIVEN) e Divisão de Apoio e Assistência à Pesquisa (DAAP).

Considerações finais

Conceitos de reconhecido valor científico às vezes não são prontamente aceitos e incorporados, exatamente pelas transformações que eles requerem. A relação positiva estabelecida entre atividade física e melhores padrões de qualidade de vida, assim como os aspectos biofisiológicos da relação atividade física com saúde e qualidade de vida, aqui discutidos, impõem-nos um desafio: o de mudar, nesse sentido, corroborando com DE MASI (2000) que afirma que o novo desafio que marcará o século XXI é como inventar e difundir uma nova organização que seja capaz de elevar a qualidade de vida no trabalho e do trabalho, assim, fazendo a alavanca sobre a força silenciosa do desejo de felicidade.

Para Vasconcelos (2001), é no local de trabalho que passamos a maior parte de nossas vidas; então, natural seria se o transformássemos em locais mais agradáveis e saudáveis, locais onde pudéssemos, de fato, passar algumas horas vivendo, criando e realizando plenamente com qualidade de vida, satisfação e alegria. Quando se fala em qualidade de vida no trabalho, a questão primordial é que a gestão conheça tais conceitos, que os veja como um processo de construção permanente, que os programas e ações aconteçam de forma institucionalizada, com planejamento, articulação, parcerias, capacitações, tudo isso em consonância com políticas públicas. Que, acima de tudo, os esforços valorizem a ética da condição humana; que sejam significativos para o desenvolvimento pessoal e profissional, respeitando as suas especificidades. Em termos práticos pode-se dizer que os gestores que tenham a preocupação com a qualidade de vida no trabalho entre os objetivos organizacionais, devem atentar para a qualidade de vida de seus colaboradores não só quando estes estão em exercício de suas funções, mas também, com a vida destes, além do intramuro.

Referências bibliográficas

1. LIMONGI-FRANÇA, A. C. Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras, Revista Brasileira de Medicina Psicossomática, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 79-83, abr./mai./jun. 1997.
2. LIMONGI-FRANÇA, A. C. Qualidade de Vida no Trabalho – conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. 2ªed. São Paulo: Editora Atlas.
3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DO ESPORTE (Posicionamento Oficial): Atividade Física e Saúde. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, Niteroi, v. 5, n. 6 – nov/dez. 1999.
4. KATCH, F. I., McARDLE, W. D. Nutrição, exercício e saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1996.
5. LIMA, D. G. Atividade física e qualidade de vida no trabalho. In: ANAIS DO I CONGRESSO CENTRO-OESTE DE EDUCAÇÃO FÍSICA, ESPORTE E LAZER. Brasília, setembro. 1999.
6. LOPES, F. J. G., ALTERTHUM, C. C. Caminhar em Busca da Qualidade de Vida. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p.861-866, setembro. 1999.
7. DEVIDE, P. F. Atividade Física na Empresa: Para Onde Vamos e o que Queremos? Motriz. Revista de Educação Física – UNESP. Rio Claro, v. 4, n. 2, dezembro. 1998.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. – 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde).
9. VASCONCELOS, A. F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. Cadernos de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 8, n. 1 jan/mar. 2001.

Política Pública para o Envelhecimento Saudável: Prática Corporal, Atividade Física e Alimentação Saudável

Jaqueline Girnos Sonati

Doutoranda em Educação Física na UNICAMP

Roberto Vilarta

*Prof. Titular em Qualidade de Vida, Saúde Coletiva e Atividade Física
Faculdade de Educação Física – UNICAMP*

Introdução

Viver muito e viver bem! Todos almejam, mas poucos procuram investir no envelhecimento saudável argumentando a falta de tempo e a própria condição financeira. Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil em 1980 tinha 10 idosos para cada 100 jovens; estima-se que em 2050, daqui a 39 anos, serão 172 idosos para cada 100 jovens. Esses idosos são os jovens nascidos entre as décadas de 80 e 90, que necessitam agora investir na sua saúde e aposentadoria, já que o envelhecimento não começa aos 60 anos, mas é sim caracterizado por resultados de comportamentos anteriores.

Envelhecimento saudável depende muito da prevenção de doenças e deficiências, manutenção da independência física e cognitiva e da participação constante do idoso em atividades sociais e produtivas (FERRARI, 1999).

No Brasil existe a política nacional do idoso que tem como objetivo: “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participa-

ção efetiva na sociedade”, “considera-se idoso, para efeitos de lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade” (MS, 1994). A lei terá 56 anos, quase idosa, em 2050. Diante desse cenário, as ações em políticas públicas devem contemplar com mais frequência a população idosa e aquela passível de prevenção, ou seja, os adultos.

Estudos têm investigado os fatores que interferem no bem estar dos idosos e na qualidade de vida, contribuindo com subsídios teóricos e metodológicos para a estruturação de políticas na área de saúde (FLECK *et al.*, 2003; SONATI *et al.*, 2011). Um dos fatores amplamente investigado é a atividade física como veículo essencial de transição da fase adulta para a fase idosa de maneira saudável, já que ela pode melhorar as funções orgânicas, garantir maior independência pessoal e ter efeito benéfico no controle, tratamento e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Matsudo & Matsudo, 1993; Matsudo *et al.*, 1992; Polidori *et al.* 2000).

No Brasil, os primeiros serviços oferecidos a população idosa e que contemplava a atividade física foram os centros do Sesc, que serviram de modelo e estímulo para as Universidades. Dentre as universidades, a Federal de Santa Maria no Rio Grande do Sul foi a pioneira, em 1982, seguida pela Federal de Santa Catarina no estado de mesmo nome no ano de 1985. Esse processo começou a desencadear a implantação das Universidades Aberta da Terceira Idade (UNATI) em outras universidades públicas e privadas com parcerias entre associações de bairro e prefeituras (BENEDETTI *et al.*, 2007).

A maioria das UNATIs oferece atividade física para seus participantes, sendo algumas gratuitas outras com pagamento mensal. Infelizmente, como são desenvolvidas ações em local fixo, muitos idosos não conseguem participar das atividades, pois dependem de transporte que muitas vezes inviabilizam a adesão.

Com uma visão de regionalismo, o serviço de saúde pública também passou a desenvolver trabalhos de atividade física para idosos em núcleos de saúde, na tentativa de ir até os locais mais afastados do município, mas não conseguindo ainda atender a todos, principalmente nos municípios maiores. A vontade de fazer prevenção existe, mas ainda há necessida-

de de parcerias com as universidades e faculdades da área da saúde, comunidade e governo para que esse tipo de ação cresça e consiga atingir seus objetivos.

Os serviços oferecidos estão acontecendo para atender parte da demanda, sendo que poucos são aqueles apoiados em estudos científicos que aprimoram as metodologias utilizadas. Eles acontecem como forma de “darem conta do recado”. Sabemos que nessa fase da vida ocorrem modificações fisiológicas e orgânicas importantes no organismo e que os profissionais dispostos a trabalharem com essa faixa etária devem ter capacitação e experiência nas áreas de geriatria e gerontologia. Lidar com o idoso é entender os fatores que envolvem o envelhecimento, que vão além das DCNT, incluem a família e os amigos, as limitações físicas, o meio ambiente e as condições psicológicas e financeiras.

No Brasil quase não há dados epidemiológicos sobre atividade física e sua relação com a qualidade de vida, sugerindo a necessidade de estudos sobre o assunto. O que acontece são pequenos estudos ligados a universidades (monografias, teses e dissertações) que envolvem comunidades específicas, sendo uma delas a de idosos.

Essa produção de conhecimento sobre a qualidade de vida nas diversas regiões do país deve receber cada vez mais esforço (Toscano & Oliveira, 2009) da comunidade científica, pois esse tipo de estudo nos permite entender o fenômeno do envelhecimento e intervir de maneira mais efetiva nos programas de política de atenção ao idoso.

A Política Nacional de Promoção da Saúde firma o compromisso do Ministério da Saúde na ampliação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde contemplando ações específicas como alimentação saudável e a prática corporal/atividade física.

Alimentação saudável

1. Promover ações relativas à Alimentação Saudável visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, a inclusão social e o cumprimento do Direito Humano à Alimentação Adequada.
2. Promover articulação intra e intersetorial visando à implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde por meio do reforço à implementação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e da Estratégia Global.
 - a) Contribuir com a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas que garantam o acesso à alimentação saudável, considerando as especificidades culturais, regionais e locais.
 - b) Mobilização de instituições públicas, privadas e de setores da sociedade civil organizada, visando RATIFICAR a implementação de ações de combate à fome e de aumento do acesso ao alimento saudável pelas comunidades e grupos populacionais mais pobres.
 - c) Articulação intersetorial no âmbito dos conselhos de segurança alimentar, para que o crédito e o financiamento da agricultura familiar incorpore ações de fomento à produção de frutas, legumes e verduras visando o aumento da oferta e o consequente aumento do consumo destes alimentos no país, de forma segura e sustentável, associado às ações de geração de renda.
 - d) Firmar uma agenda/pacto/compromisso social com diferentes setores (poder legislativo, setor produtivo, órgãos governamentais e não governamentais organismos internacionais, setor de comunicação e outros), definindo os compromissos e responsabilidades sociais de cada setor, com o objetivo de favorecer/garantir hábitos alimentares mais saudáveis na população, possibilitando a redução e o controle das taxas das DCNT no Brasil.
 - e) Articulação e mobilização dos setores público e privado para a adoção de ambientes que favoreçam a alimenta-

ção saudável, o que inclui: espaços propícios à amamentação pelas nutrizes trabalhadoras, oferta de refeições saudáveis nos locais de trabalho, nas escolas e para as populações institucionalizadas.

- f) Articulação e mobilização intersetorial para a proposição e elaboração de medidas regulatórias que visem promover a alimentação saudável e reduzir o risco do DCNT, com especial ênfase para a regulamentação da propaganda e publicidade de alimentos.
3. Disseminar a cultura da alimentação saudável em consonância com os atributos e princípios do Guia Alimentar da População Brasileira.
- a) Divulgação ampla do “Guia Alimentar da População Brasileira” para todos os setores da sociedade.
 - b) Produção e distribuição de material educativo (guia alimentar da população brasileira, 10 passos para uma alimentação saudável para diabéticos e hipertensos, cadernos de atenção básica sobre prevenção e tratamento da obesidade e orientações para a alimentação saudável dos idosos).
 - c) Desenvolvimento de campanhas na grande mídia para orientar e sensibilizar a população sobre os benefícios de uma alimentação saudável.
 - d) Estimular ações que promovam escolhas alimentares saudáveis por parte dos beneficiários dos programas de transferência de renda.
 - e) Estimular ações de empoderamento do consumidor para o entendimento e uso prático da rotulagem geral e nutricional dos alimentos.
 - f) Produção e distribuição de material educativo e desenvolvimento de campanhas na grande mídia para orientar e sensibilizar a população sobre os benefícios da amamentação.
 - g) Sensibilização dos trabalhadores em saúde quanto à importância e benefícios da amamentação.

- h) Incentivo para a implantação de bancos de leite humano nos serviços de saúde.
 - i) Sensibilização e educação permanente dos trabalhadores em saúde no sentido de orientar as gestantes HIV-positivo quanto às especificidades da amamentação (utilização de banco de leite humano e de fórmula infantil).
4. Desenvolver ações para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar .
- a) Fortalecimento das parcerias com a SGTES, Anvisa Ministério da Educação e FNDE/MEC para promover a alimentação saudável nas escolas.
 - b) Divulgação de iniciativas que favoreçam o acesso à alimentação saudável nas escolas públicas e privadas.
 - c) Implementação de ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar.
 - c) Produção e distribuição do material sobre alimentação saudável para inserção de forma transversal no conteúdo programático das escolas em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Educação.
 - d) Lançamento dos “10 Passos da ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ESCOLA”.
 - e) Sensibilização e mobilização dos gestores estaduais e municipais de saúde e de educação e as respectivas instâncias de controle social para a implementação das ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar. Com a adoção dos dez passos.
 - f) Produção e distribuição de vídeos e materiais instrucionais sobre a promoção da alimentação saudável nas escolas.
5. Implementar as ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação.
- a) Implementação do SISVAN como sistema nacional obrigatório vinculado às transferências de recursos do PAB.

- b) Envio de informações referentes ao SISVAN para o Relatório de Análise de Doenças Não Transmissíveis e Violências.
 - c) Realização de inquéritos populacionais para o monitoramento do consumo alimentar, e do estado nutricional da população brasileira, a cada cinco anos de acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
 - d) Prevenção das carências nutricionais por deficiência de micronutrientes (suplementação universal de ferro medicamentoso para gestantes e crianças e administração de megadoses de vitamina A para puérperas e crianças em áreas endêmicas).
 - e) Realização de inquéritos de fatores de risco para as DCNT da população em geral a cada cinco anos e para escolares a cada dois anos, conforme previsto na Agenda Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Ministério da Saúde.
 - f) Monitoramento do teor de sódio dos produtos processados, em parceria com a ANVISA e os órgãos da vigilância sanitária em Estados e Municípios.
 - g) Fortalecimento dos mecanismos de regulamentação, controle e redução do uso de substâncias agrotóxicas e de outros modos de contaminação dos alimentos.
6. Reorientação dos serviços de saúde com ênfase na Atenção Básica
- a) Mobilização e capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para a promoção da alimentação saudável nas visitas domiciliares, atividades de grupo e nos atendimentos individuais.
 - b) Incorporação do componente alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional de forma a permitir o diagnóstico e o desenvolvimento de ações para a promoção da alimentação saudável.
 - c) Reforço da implantação do SISVAN como instrumento de avaliação e de subsídio para o planejamento de ações que promovam a segurança alimentar e nutricional em nível local.

Prática corporal/atividade física

1. Ações na rede básica de saúde e na comunidade.
 - a) Mapear e apoiar as ações de práticas corporais/atividade física existente nos serviços de Atenção Básica e estratégia de Saúde da Família, e inserir naqueles onde não há ações.
 - b) Ofertar práticas corporais/atividade física, como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis.
 - c) Capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e práticas corporais/atividade física na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo.
 - d) Estimular a inclusão de pessoas com deficiências em projetos de práticas corporais/atividades físicas.
 - e) Pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de ações voltadas para melhorias ambientais com o objetivo de aumentar os níveis populacionais de atividade física.
 - f) Constituir mecanismos de sustentabilidade e continuidade das ações do Pratique Saúde no SUS (área física adequada e equipamentos, equipe capacitada, articulação com a rede de atenção).
 - g) Incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais/atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, outros).
2. Ações de aconselhamento/divulgação
 - a) Organizar os serviços de saúde de forma a desenvolver ações de aconselhamento junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis.

- b) Desenvolver campanhas de divulgação estimulando modos de viver saudáveis e objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis.
3. Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros
- a) Pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de desenvolver ações voltadas para estilos de vida saudáveis, mobilizando recursos existentes.
 - b) Estimular a formação de redes horizontais de troca de experiências entre municípios.
 - c) Estimular a inserção e fortalecimento de ações já existentes no campo das práticas corporais em saúde na comunidade.
 - d) Resgatar as práticas corporais/atividades físicas de forma regular nas escolas, universidades e demais espaços públicos.
 - e) Articular parcerias estimulando práticas corporais/atividade física no ambiente de trabalho.
4. Ações de monitoramento e avaliação
- a) Desenvolver estudos e formular metodologias capazes de produzir evidências e comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais / atividades físicas no controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.
 - b) Estimular a articulação com instituições de ensino e pesquisa para monitoramento e avaliação das ações no campo das práticas corporais / atividade física.
 - c) Consolidar a Pesquisa de Saúde dos Escolares (SVS/MS) como forma de monitoramento de práticas corporais / atividade física de adolescentes.

Existindo um Plano Nacional de Promoção da Saúde e a crescente necessidade de ação para com grupos específicos faz-se necessário a capacitação de profissionais para atuarem

como parceiros nesse processo e assim transformar as estatísticas de saúde no Brasil.

Referências bibliográficas

- BENEDETTI, T.R.B. *et al.* Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. *Texto Contexto Enfermagem Florianópolis*, v.16, n. 3, p. 387-389, jul-set. 2007.
- POLIDORI, M.C. *et al.* Physical activity and oxidation stress during aging. *Int J Sports Med*, v. 21, p. 154-57, 2000.
- MATSUDO, S. M., MATSUDO, VICTOR K. R. Prescrição de exercícios e benefícios da atividade física na terceira idade. *Revista Brasileira de Ciências e Movimento*. São Caetano do Sul, v. 05, n. 04, p. 19-30, 1992.
- MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. *Revista Horizonte*, São Paulo, n. 54, p. 221-228, 1993.
- SONATI, J.G. *et al.* Body composition and quality of life (QoL) of the elderly offered by the “University Third Age” (UTA) in Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52, e31-e35, 2011.
- FLECK, M.P.A. *et al.* Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saude Publica*. 37, 793 – 799, 2003.
- Ministerio da Saude. Política Nacional do Idoso. 1994. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p8842_pn_idoso.pdf
- FERRARI, M.A.C. O envelhecer no Brasil. *Mundo Saúde*. V. 23, n. 4, p. 197-203, jul-ago. 1999.
- PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. 2005.
- TOSCANO, J. J. O., OLIVEIRA, A. C. C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Revista brasileira de medicina do esporte*, Niterói, v.15, n.3, p.169-173, maio/jun. 2009.

Obesidade em Crianças e Adolescentes: Indicadores de Avaliação

Rossana Gomez-Campos

Doutoranda em Educação Física na UNICAMP

Miguel de Arruda

Prof. Livre-Docente em Esportes-FEE, UNICAMP

Prof. Dr. Marco Antonio Cossio Bolaños

*Coordenador da Escola de Técnicos de
Futebol do Instituto do Esporte Universitario
IDUNSA, Universidade Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú*

Introdução

Nas últimas décadas, o sobrepeso e obesidade em escolares aumentaram em níveis alarmantes (Wang, Monteiro, Popkin, 2002; Cintra, *et al.*, 2007), representando um grave problema de saúde pública para crianças e adolescentes nos países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento, devido à associação com vários fatores de risco cardiovascular. Paralelamente ao aumento significativo da ocorrência de sobrepeso e obesidade também aumentou a importância de diagnosticar de forma mais eficiente tal fenômeno. Nesse sentido, os indicadores antropométricos de avaliação da obesidade estão sendo utilizados com muita frequência na avaliação populacional e clínica por muitos profissionais para a detecção de risco cardiovascular em crianças e adolescentes. Isto em virtude de apresentar relação estreita com vários indicadores de risco metabólico. Portanto, a obesidade considerada como

uma epidemia do século XXI, não afeta somente aos adultos senão também a população infantil e juvenil, que merecem atenção dos profissionais da saúde.

Sobrepeso e obesidade

Estudos recentes em diferentes países mostram que entre 5 e 10% das crianças em idade escolar são obesas. Em adolescentes, a proporção aumenta para 10 a 20%, indicando que já em 2010 nos Estados Unidos um de cada sete crianças é obesa (Wang, Lobstein, 2006), assim o forte impacto causado pela obesidade na saúde na infância está associado não só com o início precoce da resistência à insulina, dislipidemia, disfunção endotelial e diabetes tipo 2 (Reinehr, *et al.*, 2006, Nathan, Moran, 2008), senão também com o aumento do risco de apresentar obesidade na adolescência e idade adulta (Dehgan, *et al.*, 2005).

Nesse sentido, a obesidade, definida como um distúrbio nutricional que consiste num aumento excessivo do peso corporal, a custa do tecido adiposo e em menor proporção da massa muscular e óssea, aparece nos países em desenvolvimento, como doença moderna, pela disponibilidade de alimentos ricos em calorias e gorduras, culturalmente influenciados pelos países industrializados, e com muitas implicações e complicações que a curto e longo prazo trazem para a saúde física e psicológica da criança.

Por isso, é importante considerar que se deve esclarecer a ideia ou crença da maioria das pessoas e alguns médicos que não dão a devida importância quando detectam que a “gordura” nas crianças é sinônimo de boa saúde, e que nesta faixa etária é mais fácil reduzir o peso corporal. Portanto, é conveniente que nos primeiros meses de vida as crianças possam adquirir bons hábitos alimentares (Serrano, Prieto, 2002) e desenvolver atividades físicas de acordo com sua faixa etária com o intuito de melhorar a qualidade de vida.

Por outro lado, o tratamento da obesidade é difícil, e é muitas vezes refratária, pois na hora de realizar tratamentos nesses grupos apresentam-se uma série de dificuldades durante o processo ou intervenção. É por isso que se deve insis-

tir na sua atenção, uma vez que as consequências negativas na saúde física e psicológica da criança e adolescente podem prejudicar seu processo normal de crescimento e desenvolvimento e inclusive a autoimagem.

Portanto, é necessário estar convencido de que crianças com sobrepeso e/ou obesidade, devem perder o excesso de gordura, e aprender quais são as dietas e os estilos de vida saudáveis. Por conseguinte, é essencial trabalhar na prevenção do sobrepeso e da obesidade, promovendo políticas públicas de educação nutricional e o desenvolvimento da prática da atividade física nas crianças e adolescentes.

Finalmente, determinar a exata prevalência da obesidade em crianças, adolescentes e adultos, torna-se difícil devido aos diferentes critérios utilizados para seu diagnóstico. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é realizar uma abordagem descritiva dos indicadores mais usados nestes grupos populacionais.

Aspectos conceituais

O excesso de peso é o estado de prevalência do peso em relação à idade para a altura de uma pessoa. De fato, se o peso de uma criança é entre 110 e 119% do peso ideal, ou apresenta um excesso de 10 a 19% a mais do que o esperado para a altura em função de uma referência (NCHS, CDC, OMS), em seguida pode-se dizer que aponta um excesso de peso.

Deve-se salientar que muitas vezes os termos de obesidade e sobrepeso em geral usam-se como sinônimos, mas não são. Nesse sentido, a obesidade refere-se ao excesso de peso corporal e gordura em excesso, ou seja, superior a 20% em relação ao tamanho corporal.

Em crianças obesas, a definição de obesidade não pode ser sempre exata porque muitas vezes é também observado um aumento da massa livre de gordura de forma conjunta. Infelizmente, a mensuração da massa de gordura corporal exige equipamentos sofisticados e caros, quase sempre, por isso seu uso na prática do dia a dia é limitado.

Nos estudos clínicos e de campo, são comumente usados para calcular equações preditivas de gordura corporal de peso

e altura e, claro, o Índice de Massa Corporal (IMC) (Pietrobelli, *et al.*, 1998). De fato, o IMC é um cálculo decorrente de duas medidas mais comumente utilizadas para avaliar a gordura corporal, como é fácil de aplicar e tem um baixo custo econômico, porém, pode apresentar algumas desvantagens e limitações, sobretudo, quando se usa em populações em processo de crescimento e desenvolvimento.

Classificação da obesidade

Tem havido muitas tentativas de classificar a obesidade sob o ponto de vista epidemiológico e clínico. No entanto, nenhum desses métodos parece ser particularmente útil ou significativo na infância e na adolescência, e provavelmente a única distinção importante que pode ser feita na obesidade infanto-juvenil é diferenciar as crianças que apresentam um padrão patológico devido a doenças genéticas, bem como outros padrões ligados à ingestão de dietas com elevadas calorias, em menor proporção a falta de atividade física, ou talvez, uma predisposição genética para conservar e armazenar energia.

Etiopatogenia da obesidade

A obesidade é uma doença complexa cuja etiologia ainda está por ser esclarecida, porque tem muitos fatores envolvidos. Acredita-se ser o resultado da combinação de distúrbios ambientais, genéticos, comportamentais, estilo de vida, neuroendócrino, atividade física, hábitos alimentares e fatores relacionados ao gasto energético (metabólico).

Indicadores antropométricos

Refere-se à medida do tamanho e proporção do corpo humano. Razões do peso corporal e estatura (estatura em pé), circunferências, dobras cutâneas, comprimento dos ossos, comprimento dos segmentos, podem ser utilizados para representar ou tamanho e proporções dos segmentos do corpo. Devido ao seu baixo custo, tem sido considerada a técnica

mais utilizada até agora em estudos clínicos e epidemiológicos (Casanova *et al.*, 1999).

As variáveis dos perímetros e dobras cutâneas foram amplamente utilizadas na avaliação do estado nutricional e incorporadas às equações de predição para estimar os compartimentos corporais. No entanto, o método antropométrico tem várias desvantagens, tais como, por exemplo, não distinguir as mudanças na composição corporal de certos nutrientes, não detectar com precisão as mudanças que ocorrem em curtos períodos de tempo, e sua menor precisão em pacientes obesos. Parece, portanto, que serve para avaliar o tipo de alinhamento que seguem as formas corporais ao longo de períodos maiores de tempo.

O uso da antropometria e as referências de crescimento são as ferramentas mais simples para avaliar o estado nutricional. Em crianças e adolescentes, os indicadores antropométricos utilizados são baseados no peso para idade (P/I), estatura para idade (E/I) e peso para estatura (P/E). Recentemente, para unificar os critérios utilizados com os adultos, também é usado em crianças e adolescentes o índice de massa corporal (IMC; peso/altura²). Nesse sentido, as diversas comissões de Pediatria e Nutrição recomendam o uso do índice de massa corporal [IMC = peso (kg)/estatura² (m)] como um dos parâmetros que melhor define a obesidade infanto-juvenil, considerando obesidade quando este índice é maior do que +2 DP para a idade e sexo, ou acima do percentil 97; e no caso do sobrepeso é considerado com um IMC acima do percentil 85 (+1 e +2 Desvio Padrão).

Além disso, os índices antropométricos são combinações de medidas (OMS, 1995), e são essenciais para a interpretação dos distúrbios de crescimento e nutrição. Os indicadores de avaliação do estado nutricional mais comumente usados são: circunferência de cintura (CC), Índice de massa corporal (IMC), Relação cintura/quadril (icq), índice ponderal (ip), Índice de conicidade, AAHPERD (soma de 2 dobras cutâneas).

Estes indicadores, no entanto, são limitados na medida em que não diferenciam tecido adiposo e muscular, e, o que é ainda mais importante, não dão conta da distribuição da gordura corporal. Em crianças, adolescentes e adultos, a cir-

cunferência da cintura tem sido proposta como uma medida indireta da obesidade central (Fernandez, *et al.*, 2004; Li, 2006), uma vez que se correlaciona bem com a massa gorda abdominal (subcutânea e intra-abdominal) e risco cardiovascular (Sung, *et al.*, 2007). O uso deste indicador para monitorar o estado nutricional de populações é atraente dada à simplicidade da medida. *Mas quanto de positivo poderia trazer a utilização da circunferência da cintura sobre o uso do IMC para identificar pessoas em risco cardio-metabólico?* A resposta é que ainda os estudos são escassos e inconsistentes.

Dada essa perspectiva, é importante, antes de definir os indicadores antropométricos mais adequados para diagnosticar o sobrepeso e obesidade, responder a três perguntas: 1) Qual é o propósito de identificar as pessoas que estão com sobrepeso ou obesas?, 2) Qual é o indicador antropométrico mais útil para esse efeito? e, 3) Qual é o melhor indicador de corte?

Os propósitos dos indicadores antropométricos de obesidade devem ter relação com as ações a serem dirigidas a indivíduos ou populações, de acordo com os dados coletados. Nesse sentido, os objetivos e ações específicas para estabelecer indicadores antropométricos foram elaborados em um relatório por uma comissão de peritos da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995). Por exemplo, os efeitos previstos para a saúde pública dos indicadores antropométricos individuais podem identificar as pessoas para uma avaliação médica mais detalhada ou encaminhamento para outros serviços, ou quando os indicadores se referem às populações, podem incluir a avaliação da prevalência ou do planejamento de um programa no âmbito das atividades de vigilância nutricional. Assim, os efeitos do estabelecimento de indicadores devem ser suficientemente detalhados para incluir grupos específicos a serem focados. Por exemplo, o melhor indicador para adolescentes pode não ser o melhor indicador para as mulheres grávidas, mas é usado com a mesma finalidade. Da mesma forma, o objetivo deve incluir local apropriado para realizar as medições, instrumental e treinamento do pessoal. A seguir, descrevem-se os índices mais usados na avaliação do sobrepeso e obesidade.

CC: circunferência da cintura

Indica o excesso de gordura corporal localizado na região abdominal. Na tabela 1 apresenta-se os valores críticos proposto por Taylor, *et al.*, (2000).

Tabela 1

Valores críticos da circunferência da cintura para classificar a obesidade abdominal

| Idade (anos) | Masculino | Feminino |
|---------------------|------------------|-----------------|
| 11 | ≥72,4 | ≥71,8 |
| 12 | ≥74,7 | ≥73,8 |
| 13 | ≥76,9 | ≥75,6 |
| 14 | ≥79 | ≥77 |
| 15 | ≥81,1 | ≥78,3 |
| 16 | ≥83,1 | ≥79,1 |
| 17 | ≥84,9 | ≥79,8 |

IMC: índice de massa corporal

É a proporção do peso do corpo para a estatura ao quadrado, sua expressão matemática é: $IMC (Kg/m^2) = P (Kg) / E^2 (m)$; onde P: Peso corporal, E: estatura.

A tabela 2 mostra os indicadores antropométricos de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes baseados no IMC segundo a idade e o sexo.

Tabela 2

Indicadores antropométricos de sobrepeso e obesidade

| Referencia | Sobrepeso | Obesidade |
|-------------------------------|---|--|
| CDC – 2002 | Em risco de sobrepeso (sobrepeso ≥ percentil 85 y < percentil 95) | Sobrepeso (obesidade ≥ percentil 95) |
| OMS – 2006 | Sobrepeso ≥ percentil 85 e < percentil 95 | Obesidade ≥ percentil 95 |
| IOTF- 2004 | Sobrepeso. Valor correspondente a ≥ 25 em adultos | Obesidade valor correspondente a ≥ 30 em adultos |
| IMC: Índice de massa corporal | | |

IP: Índice ponderal

Sendo descrito em várias expressões similares $IP = P/A^{1/3}$, incluindo sua inversa $RIP=A/P^{1/3}$. Essas expressões são derivadas de uma abordagem alométrica, que estipula que a forma tem que ser modificada pelo tamanho. Este índice compara a forma real (volume) do corpo, com a forma teórica (volume), e pode ser aplicado com vantagem para crianças, adolescentes de ambos os sexos e diferentes etnias. No entanto, esse índice tem sido pouco utilizado, provavelmente porque a justificativa alométrica não foi suficientemente explicada. O uso do IP em relação ao IMC pode corrigir muitos erros produzidos do ponto de vista físico e matemático.

RCQ: Relação cintura/quadril

É a relação entre variáveis antropométricas de cintura e quadril. Considera-se o melhor indicador de obesidade abdominal. Este índice é amplamente utilizado como um indicador de risco à saúde. A expressão matemática é calculada dividindo o valor da circunferência da cintura (em centímetros) pelo valor da circunferência do quadril (em centímetros).

IC: Índice de conicidade

O índice de conicidade (índice C) é outra medida antropométrica com potencial para prognosticar a distribuição da gordura e risco de doença. O índice C é baseado na ideia de que o corpo humano muda de forma, dum cilindro para um cone duplo com o acúmulo de gordura ao redor da cintura. Sua expressão matemática é: Índice C = C cintura / $0,109 (PC/AL)^{1/2}$, onde C cintura: circunferência de cintura (m), PC: peso corporal (Kg), AL: estatura (m)

A faixa teórica do índice C é de 1,00 (cilindro perfeito) a 1,73 (cone duplo perfeito), ou seja, quanto mais próximo a 1,73 significa obesidade.

Referências bibliográficas

- CASANOVA ROMÁN M, PAUL TORRES S, RICO DE COS S, GOMAR MORILLO JL, CASANOVA BELLIDO M. Análisis de los métodos antropométricos de estudio de la composición corporal. *Arch Pediatr*, 50: 98-103, 1999.
- CINTRA, IP; PASSOS, MA.; FISBERG, M.; MACHADO, HC. Evolution of body mass index in two historical series of adolescent. *J Pediatr (Rio J)*, 83: 157-62, 2007.
- DEHGHAN M, AKHATAR-DANESH N, MERCHAN A. Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutr J*, 4:24, 2005.
- Center for disease control and preventive, national center for health statistics. CDC, growth charts: United States, 2002. <http://www.ede.gov/growthcharts>.
- EU childhood obesity out of control. IOTF Childhood Obesity. Report May 2004. <http://www.iotf.org/media/IOTF-may28/pdf>
- FERNÁNDEZ J, REDDEN D, PIETROBELLI A, ALLISON D. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American and Mexican-American children and adolescents. *J Pediatr*, 145: 439-444, 2004
- LI C, FORD E, MOKDAD A, COOK S. Recent trends in waist circumference and waist-height ratio among US children and adolescents. *Pediatrics*, 118: 1390-1398, 2006
- NATHAN B, MORAN A. Metabolic complications of obesity in childhood and adolescence: more than just diabetes. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes & Obesity*, 15:21-29, 2008.
- OMS. (WHO.) Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committee. Geneva: WHO; (Technical report series 854), 1995.
- PIETROBELLI, A.; FAITH, MS.; ALLISON, DB.; GALLAGHER, D.; CHIUMELLO, G.; HEYMSFIELD, SB. Body mass index as a measure of adiposity among children and adolescent: a validation study. *J Pediatr.*, 132:204-210, 1998.

- REINEHR T, KIESS W, DE SOUSA G, STOFFEL-WAGNER B, WUNSCH R. Intima media thickness in childhood obesity: relations to inflammatory marker, glucose metabolism, and blood pressure. *Metabolism*, 55(1):113-118, 2006.
- SERRANO A, PRIETO G: Obesidad en los niños. (Sitio en Internet). Disponible en: <http://www.mipediatra.com.mx/inicio.htm>. Acceso el 9 Abril del 2002.
- SUNG R, YU C, CHOI K, MCMANUS A, LI A, XU S, *ET AL.* Waist circumference and body mass index in Chinese children: cutoff values for predicting cardiovascular risk factors. *Int J Obes*, 31(3):550-558, 2007.
- TAYLOR, RW; JONES, JE.; WILLIAMS, SM; GOULDING, A. Evaluation of waist circumference, waist-to-hip, and the conicity index as screening tools for high trunk fat mass, as measured by dual energy X ray absorptiometry in children aged 3 – 19y. *Am J Clin Nutr*, 72: 490-5, 2000
- WANG Y, LOBSTEIN T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes*, 1: 7-10, 2006.
- WANG, Y; MONTEIRO, C.; POPKIN, BM. Trend of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brasil, China and Rusia. *Am J clin Nutr*, 75: 971-7, 2002.
- WHO: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee, 161 – 212, 1995.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Multicentre Growth Reference Study Group. Assessment of differences in linear growth among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Pediatr Suppl*; 450:56–65, 2006.

Espaços e Contextos da Atividade Física para a Pessoa em Condição de Deficiência

Josiane Fujisawa Filus

Doutoranda em Educação Física na UNICAMP

Marina Brasiliano Salerno

Mestre em Educação Física na UNICAMP

Paulo Ferreira de Araújo

Prof. Livre Docente em Atividade Motora Adaptada – FEF – UNICAMP

Introdução

A prática de atividade física para pessoas em condição de deficiência – PCD – foi sistematizada a partir de iniciativas esportivas, e a divulgação e a disseminação dessas manifestações propiciaram que novos meios e adaptações fossem pensados e/ou repensados para a ampliação e participação de diferentes grupos que até então estavam excluídos desse segmento.

Entendendo a atividade física como um fator de impacto frente à percepção da Qualidade de Vida, focamos neste estudo a trajetória da participação das pessoas com deficiência frente a essas práticas, apresentando a história do engajamento das PCD nas atividades físicas e discutindo as questões que a permeiam como o paradesporto e a formação profissional em Educação Física.

Isso se fez necessário uma vez que, atualmente, com as questões relacionadas à inclusão social, muito se tem discutido e refletido a respeito das oportunidades de participação

das PCD em todos os âmbitos da sociedade. No Brasil, essa discussão atinge patamares delicados uma vez que grande parcela da população, principalmente aquela menos favorecida economicamente, não tem acesso a serviços básicos como saúde, educação, lazer e trabalho. A discussão aqui pretendida abarca alguns desses elementos e propõe reflexões sobre aspectos que ainda necessitam de políticas públicas para sua concretização, tais como a formação do profissional de educação física, o acesso aos espaços que oferecem atividade física desprendida do caráter de alto rendimento, entre outros.

COMO COMEÇOU: O histórico das práticas de atividades físicas pelas PCD

A participação da PCD em atividades físicas não pode ser datada exatamente, já que historicamente são relatadas inúmeras formas de tratamento dessa população, sejam positivas, com acolhimento, cuidado e incentivo; como negativas, de repulsa, exclusão e até extermínio (SILVA, 1986).

Porém, podemos definir ações recentes que consolidam o acesso da PCD à atividade física, como, por exemplo, a atuação do Dr. Ludwig Guttmann, neurologista e neurocirurgião, que fundou o centro de reabilitação para soldados que atuaram na II Guerra Mundial, a convite do Governo Britânico, para receber seus heróis de guerra adequadamente, ou seja, sem desampará-los (ARAÚJO, 1998).

O centro de Stoke Mandeville, situado na Inglaterra, passou, então, a elaborar técnicas diferenciadas para atender principalmente soldados com traumatismos raquimedulares tentando aumentar sua expectativa de vida, já que em meados da década de 1940, sem perspectivas de recursos como os atuais, muitos soldados com tal acometimento iam rapidamente a óbito (ARAÚJO, 1998).

Inserido nesse contexto de reabilitação, o esporte apareceu como uma ferramenta importante no processo de recuperação e inserção na sociedade, ou seja, Dr. Guttmann buscou extrapolar o ideal de reabilitação física e alcançar outros elementos que abrangeram o social, a superação pessoal, a interação com

outras pessoas que tinham as mesmas dificuldades, fatores encontrados na prática esportiva (ARAÚJO, 1998).

Entendemos esse momento como um marco, já que a partir daí a competição esportiva dava a motivação aos pacientes para atingirem o status de atletas. A partir de competições locais realizadas em Stoke Mandeville e a organização de eventos com outros centros de reabilitação, a ação pontual do Dr. Guttmann alcançou a magnitude dos Jogos Olímpicos. Reunindo diferentes grupos de pessoas que transpassaram a barreira do paciente para o atleta, os IX Jogos de Stoke Mandeville foram realizados logo após o término dos Jogos Olímpicos de Roma, em 1960, e em 1964 teve seu nome alterado para Jogos Paraolímpicos (BEDBROOK, 1987).

As atividades propostas para as PCD no Brasil seguem a tendência dos demais países e chegam já contextualizadas esportivamente. Duas pessoas buscaram nos Estados Unidos a reabilitação após ficarem paraplégicos: Sérgio Serafim Del Grande, de São Paulo, e Robson Sampaio, do Rio de Janeiro. Lá, tiveram contato com o esporte adaptado e trouxeram com eles essa ideia inovadora e libertadora (ARAÚJO, 1998). A partir da organização dessas pessoas e dos clubes que eles frequentavam e que abraçaram a ideia, deflagrou-se uma série de ações que oficializaram o esporte adaptado, como o oferecimento de auxílio estatal e também de legislação para dar suporte ao desenvolvimento que estava por vir.

Com a maior divulgação do esporte sendo praticado pelas PCD, a discussão alcançou o meio acadêmico e o conhecimento em torno desse fenômeno passou a ser estudado tanto em sua trajetória histórica (ARAÚJO, 1998), como nas suas possibilidades para essa população no esporte, com possíveis adaptações de modalidades (ALMEIDA, 1995), e sua inclusão em outros contextos de práticas de atividades físicas, com sua possibilidade de participação em academias, clubes, atividades na natureza, entre outros (LARIZZATTI, 1999; CUSTÓDIO, 2009).

Alguns estudos se propuseram a ouvir os praticantes em condição de deficiência e apontam para as seguintes percepções: melhora na autoestima, pois possibilita uma conscientização no sentido de um crescimento pessoal permitindo uma transformação nas condições de sentir e interar enquanto ser;

melhora nas suas condições orgânicas gerais; melhora nas relações interpessoais; ampliação das oportunidades; melhora na qualidade de vida de seus praticantes; melhora nas condições para realizar as atividades de vida diária (ZUCHETTO, 2002; ARAÚJO, 2007; POLTRONIERI, 2009).

Atualmente, é possível perceber que as pessoas com deficiência têm possibilidade de praticar diversos tipos de atividades: caminhada, corrida, musculação, natação, escolinhas esportivas, etc. Nesse sentido, diversos também são os espaços onde verificamos a possibilidade da presença de PCD nessa prática: clubes, escolas, praças, ruas, etc. No entanto, essa realidade não é observada cotidiana e rotineiramente. Não mais pensando em reabilitação ou apenas no esporte, mas buscando aspectos relacionados à qualidade de vida, muitas dificuldades têm envolvido o engajamento de PCD na prática de atividade física, entre eles a falta de políticas públicas de lazer, assim como o despreparo profissional para atender às potencialidades do “diferente”.

O engajamento na atividade física: Os pontos a serem superados

A busca pela atividade física, como um aspecto relevante para a qualidade de vida, acontece tanto pelas pessoas com deficiência congênita como aquelas que adquiriram a deficiência em algum momento da vida. Em ambos os casos, o início do processo requer a orientação e a supervisão de um profissional de Educação Física, que deve considerar as particularidades desses dois grupos.

A prática da atividade física focada nas PCD adquirida tem sua iniciação, em sua grande maioria, dentro de um contexto de (re)construção de caminhos, ou seja, após tornar estáveis as alterações decorrentes da deficiência, sejam elas as relativas aos níveis orgânicos ou psicológicos. A estabilização dos problemas imediatos a esta condição inesperada possibilita novas tentativas. Estas, por sua vez, acontecem no campo social e no desporto, emergindo dentro de uma busca de ampliação da participação na vida como um todo. Este primeiro momento busca estabelecer o mundo da descoberta na situação nova vivenciada por aquele corpo também novo.

O momento posterior a este deve ser o da conquista, da segurança, da recuperação, da autoestima, da ampliação das oportunidades, das percepções de potenciais, seja no campo social ou dos benefícios orgânicos. Este é o momento em que a atividade física pode influenciar de forma construtiva. Dizemos que pode influenciar porque, dependendo da maneira pela qual a intervenção acontece, estes benefícios se manifestam ou não.

Assim, a questão passa a ser o objetivo proposto pelos profissionais, ou seja, se a intervenção em Educação Física estiver pautada no ideal de corpo e performance, o que poderá acontecer de imediato é um reforçar de aspectos negativos, pois a busca do ideal pode “desconectar” o ser do que na verdade é, ou seja, de seu corpo real. Esta é uma realidade não apenas com relação a PCD, mas a toda pessoa que se depara com profissionais que desenvolvam intervenções desligadas dos valores, das sensações e dos desejos daqueles que estão sobre a sua responsabilidade em trabalhos na área da Educação Física.

A postura e a prática pedagógica desse profissional também são importantes para envolver e engajar os alunos com deficiência nas atividades físicas. Porém, o que temos observado são muitos profissionais inseguros e amedrontados com a presença destes alunos em suas aulas, sejam elas na escola, em clubes, academias, etc.

Para Amaral (1994), as atitudes e os pensamentos vinculados a preconceito e discriminação com o “diferente” são reações compreensíveis por se tratar de uma população historicamente invisível à sociedade e, portanto, desconhecida da maioria das pessoas. Do ponto de vista psicológico, tudo que não nos é conhecido gera uma atitude de defesa que se manifesta enquanto discriminação por meio da negação, abandono ou superproteção. Mesmo com a Resolução 03/87, que incluiu uma disciplina relativa às pessoas com deficiência nos currículos dos cursos de licenciatura, pesquisas como as de Cruz (2001) e Lima (2005) revelaram que muitos graduandos dos cursos de formação em Educação Física não se sentem preparados para esse trabalho.

Segundo Silva, Seabra Jr e Araújo (2008), essa disciplina tem como principal objetivo **auxiliar a formar** um profissio-

nal competente, capaz, comprometido com a Educação Física e o respeito à diversidade. Os autores grifam **o auxiliar a formar**, pois, não depende apenas de uma disciplina, mas esse objetivo deve permear todo o cenário da formação universitária. Ou seja, que todas as disciplinas do curso utilizem seus conteúdos em favor da diversidade humana. Como bem explica Cruz (2001), que nas aulas de basquete seja tratado sobre o basquete sobre rodas, que o judô também relacione sua prática com os praticantes cegos e assim por diante. Porém, compreendemos que a questão não é tão simples e que a falta de preparo enfatizada por muitos profissionais, na realidade, perpassa pela quebra de paradigmas e barreiras impostas socialmente e que nos afetam intrinsecamente.

Esse quadro tem esboçado algumas mudanças, principalmente pelas discussões suscitadas em torno da inclusão educacional e a emergência de mudanças no contexto escolar para que todas as crianças tenham acesso a uma escola de qualidade. Neste ano de 2011, muitas crianças com deficiência estão incluídas na escola regular e as tentativas permeadas de equívocos e acertos certamente têm proporcionado o repensar da prática pedagógica em todas as áreas do conhecimento que compõem a Educação.

Visto que a Inclusão Educacional faz parte de um movimento maior, o da Inclusão Social, acreditamos que as iniciativas da Educação Física Escolar com as crianças com deficiência venham auxiliar na abertura de possibilidades de prática de atividades físicas dessas crianças também fora da escola.

Outro ponto a ser superado diz respeito às leis do nosso país. Segundo Silva, Seabra Junior e Araújo (2008), a legislação brasileira seguiu as orientações internacionais que apontavam para a democratização do esporte em suas diferentes dimensões (do lazer à competição) englobando espaços, formação profissional e buscando a efetivação da participação de todos sem distinção.

Analisando o impacto da legislação na prática de atividade física para pessoas com deficiência, muito do que foi feito esteve relacionado ao esporte de alto rendimento, deixando lacunas referentes a atividades não esportivizadas como: dança, ginástica geral, ginástica de academia, etc.

Atualmente, percebemos alguns espaços de prática para PCD envolvendo esportes como futebol de cegos, natação, handebol em cadeiras de rodas. No entanto, observamos estes espaços em universidades, pois fazem parte de projetos universitários, em algumas prefeituras e ainda em instituições focadas em determinadas condições de deficiências que, além do trabalho de reabilitação e atendimento à família, oferecem espaços para atividade física.

Considerações

Ao analisar a prática de atividade física pela PCD, percebemos que seus espaços e contextos ainda estão distantes de proporcionar uma melhor na qualidade de vida dessas pessoas.

A trajetória esportiva dessas práticas exclui aqueles que vêm nela apenas um momento de lazer e um modo de conviver e ser parte da sociedade. Além disso, a formação profissional rondada pelos estereótipos e preconceitos dificulta iniciativas inovadoras por parte dos professores de Educação Física, muitos dos quais muitas vezes se negam a receber PCD em suas academias e clubes, alegando falta de preparo.

Araújo (2011) reitera esses apontamentos destacando que essa escassez de espaços e oportunidades para PCD se devem principalmente aos seguintes pontos:

- Falta de uma política que possibilite de fato o desenvolvimento desta prática;
- Falta de apoio pelos diferentes segmentos de governo e sociedade no sentido de tornar esta prática uma realidade na vida dos que a buscam mesmo com diferentes propósitos;
- Segregação e Preconceito (em decorrência do desconhecimento dos fatos);
- Falta de profissionais qualificados para o desenvolvimento deste trabalho.

A existência de algumas leis poderiam vir de encontro a sanar alguns desses problemas como a obrigatoriedade dos prédios públicos de terem acessibilidade ao deficiente físico, atendentes conhecedores da LIBRAS para atendimento ao surdo, a inserção

em Faculdades de Educação Física de disciplinas que discutam as possibilidades da PCD. No entanto, muito do que se vê escrito não é efetivamente contemplado na prática.

Compreendemos que a superação de costumes e valores comumente rotulados de preconceitos e a reestruturação de valores humanos exigem tempo. Porém, o “passar do tempo” deve ser permeado de ações imediatas e bem refletidas, principalmente na Educação Física quando pretende-se atender a todos, inclusive as PCD, uma vez que quando pensamos em atividades físicas para essa população percebemos ainda uma conexão com o esporte de alto rendimento. Este, por trazer status e visibilidade ao Governo, recebe incentivo por verbas, patrocínio de empresas, porém, ele possui um caráter excludente, já que apenas os melhores alcançam patamares competitivos. Esse fato gera uma contrapartida com alguns princípios da inclusão social, deixando de lado a prática da atividade física por aqueles que não se enquadram na competição ou preferem escolher atividades físicas não competitivas como a dança, a ginástica de academia. Além disso, nesses espaços encontramos profissionais despreparados para a recepção da PCD, independente de serem públicos ou privados.

Assim, alertamos para a necessidade de uma política pública permanente voltada aos direitos de acesso à prática de atividade física das PCD, programas e espaços facilitadores do engajamento dessa população, buscando sempre a ampliação da participação de todos na direção da inclusão social, sua participação enquanto cidadão pleno de direitos e, portanto, autônomo para buscar sua qualidade de vida. Apon-tamos ainda para a viabilidade de novos e recentes estudos que investiguem os locais e tipos de atividades desenvolvidas ou pretendidas pelas PCD, analisando as dificuldades para o acesso a essas práticas assim como a motivação para participar delas.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, J. J. G. de. Estratégias para a aprendizagem esportiva: uma abordagem pedagógica da atividade motora

- para cegos e deficientes visuais.1995. 176 f. Tese (Doutorado) – Curso de Educação Física, Unicamp, Campinas, 1995. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000101183>. Acesso em: 16 mar. 2011.
- AMARAL, L. A. Pensar a diferença/deficiência. Brasília: Corde, 1994. 91 p.
- ARAÚJO, P. F. de. Desporto adaptado no Brasil: origem, institucionalização e atualidade. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto, Indesp, 1998. 191 p.
- _____. Ações e reações na construção do desporto adaptado brasileiro: desporto adaptado no Brasil, origem, institucionalização e atualidades. São Paulo: Phorte, 2011. No prelo.
- BEDBROOK, G. M. The development and care of spinal Cord Paralysis: 1918 to 1986. *Paraplegia*, v. 25, n. 3, p.172-184, 1987.
- CUSTÓDIO, V. S. Caminhada de pessoas com deficiência visual em áreas naturais: um estudo com auxílio de GPS (Sistema de posicionamento local). 2009. 135 f. Tese (Doutorado) – Curso de Educação Física, Unicamp, Campinas, 2009. Disponível em: <http://cutter.unicamp.br/document/?code=000470845>. Acesso em: 13 mar. 2011.
- CRUZ, Gilmar de Carvalho. Formação profissional em Educação Física à luz da inclusão. Anais do IV Congresso Brasileiro de Atividade Motora Adaptada, Sobama, Curitiba, p.108-110, 2001.
- FLORENCE, R. B. P. Medalhistas de ouro nas Paraolimpíadas de Atenas 2004: reflexões de suas trajetórias no desporto adaptado. 2009. 415 f. Tese (Doutorado) – Curso de Educação Física, Unicamp, Campinas, 2009.
- LARIZZATTI, M. F. Academia de ginástica: uma opção aos portadores de deficiência física. 1999. 90 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Educação Física, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 1999.

- LIMA, S. M. T. Educação Física Adaptada: proposta de ação metodológica para formação universitária. 2005. 187 f. Tese (Doutorado) – Curso de Educação Física, Unicamp, Campinas, 2005.
- SILVA, O. M. da. A Epopéia ignorada. São Paulo: Cedas, 1987. 470 p.
- SILVA, R. de F. da; SEABRA JÚNIOR, L.; ARAÚJO, P. F. de. Educação física adaptada no Brasil: da história a inclusão educacional. São Paulo: Phorte, 2008. 192 p.
- ZUCHETTO, A. T.; CASTRO, R. L. V. G. de. As contribuições das atividades físicas para a qualidade de vida dos deficientes físicos. Revista Kinesis, Santa Maria, n. 26, p.52-69, maio 2002. Disponível em: <http://boletimef.org/biblioteca/2321/Atividades-fisicas-para-a-qualidade-de-vida-dos-deficientes-fisicos>. Acesso em: 13 mar. 2011.

Políticas Públicas e Imunização do Adulto

Rôse Clélia Grion Trevisane

Enfermeira Sanitarista e Assessora da CSS/CECOM/UNICAMP

Rosane Gomes Rocha

Enfermeira Sanitarista da CSS/CECOM/UNICAMP

Rosana Vasques Rosa

*Enfermeira Sanitarista e Supervisora Enfermagem
CSS/CECOM/UNICAMP*

Edite Kazue Taninaga

Enfermeira da CSS/CECOM/UNICAMP

Estudos de diferentes autores e organizações mundiais apontam para uma melhoria acentuada e contínua das condições de vida e de saúde graças aos avanços sociais, econômicos, políticos, ambientais e de saúde pública. Entretanto, vale destacar que mesmo assim permanece a desigualdade destes, entre regiões e grupos sociais.

Muitas doenças relacionadas a infraestrutura urbana básica estão sendo solucionadas e o crescimento de outros problemas e novas doenças ligadas a fatores comportamentais tais como o estresse, a aids e as doenças cardiovasculares, têm sido foco da atenção curativa e individual.

No entanto, identifica-se de forma clara que as medidas preventivas e a promoção de saúde, assim como a melhoria das condições de vida em geral são as razões fundamentais para estes avanços.

O conceito de promoção de saúde foi mudando ao longo dos últimos 25 anos e hoje não se pode discutir qualidade de vida sem falar da saúde e vice versa.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978, trouxe um novo enfoque para o campo da saúde, colocando a meta de “Saúde para todos no ano 2000” e recomendando a adoção de uma série de elementos essenciais para o alcance desta meta, dentre eles, a imunização contra as principais doenças infecciosas.

Quando falamos em qualidade de vida no século 21 considerando todos os estudos e documentações já existentes, percebemos um grande salto, não apenas no conceitual, mas o mais importante, na aplicação prática, num curto espaço de tempo, através de numerosos estudos de indicadores e instrumentos de avaliação de qualidade de vida.

Foi com base nestes estudos que, em 1982, a Organização Mundial da Saúde (OMS), estabeleceu sua diretriz: “Saúde para todos no Século 21”. No Brasil, a implementação da saúde como direito de todos, através do art. 196 e do art. 198 da Constituição de 1988 e da Lei 8080 de 1990, considerou importante incluir como fator determinante a presença de indicadores da saúde, e, não menos importante nos dias de hoje, a Agenda 21, um poderoso instrumento de reconversão da sociedade industrial rumo a um novo paradigma conceitual de progresso.

Avaliando este panorama, é inegável que dentre os indicadores da qualidade de vida, segundo o domínio meio ambiente, constante no WHOQOL – instrumento desenvolvido por um grupo de pesquisadores, provenientes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que adotaram uma abordagem modular para a avaliação da qualidade de vida que engloba a variação cultural (FLECK,2008); a participação da imunização é determinante na diminuição dos índices de morbimortalidade populacional bem como no aumento da expectativa de vida.

Em 1974, por iniciativa da Organização Mundial da Saúde, inicia-se uma intensificação da atividade de imunização pelo globo e o reflexo no Brasil é que em 1982 é implantado o Programa Ampliado de Imunização (PAI), que normatiza a

vacinação universal das crianças, a fim de controlar ou erradicar pelo menos as doenças contra as quais existiam vacinas potentes e de elevado poder protetor, tais como a poliomielite, tétano, sarampo e difteria.

A prevenção em saúde exige uma ação antecipada baseada no conhecimento da história natural das doenças a fim de reduzir o risco de aquisição destas. As ações preventivas destinam-se a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência na população.

A base da prevenção é o conhecimento epidemiológico, seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução de riscos de doenças crônico-degenerativas e de outros agravos específicos (CZERESNIA *et al.*, 2003).

Na prevenção das doenças infecciosas as vacinas propiciam, reconhecidamente, amplos benefícios. Exemplos de ações bem sucedidas são: a erradicação da varíola no mundo, a erradicação da poliomielite em boa parte do mundo e a interrupção da circulação autóctone do vírus do sarampo nas regiões das Américas.

Políticas públicas voltadas às ações ligadas à saúde têm sido discutidas e recomendadas pelos governos nas esferas federal, estadual e municipal.

O Programa Nacional de Imunização (1973), preconiza que as orientações contidas nele devem ser de conhecimento geral das instituições de saúde, tanto públicas quanto privadas e também da população em geral.

Para que o objetivo final seja atingido, que é o de diminuir a morbidade e mortalidade da população e os impactos positivos na melhoria da qualidade de vida, são estabelecidas normas específicas conforme o comportamento epidemiológico das doenças, novos conhecimentos no desenvolvimento, produção, conservação e aplicação das vacinas pelos serviços de saúde.

Os Estados por sua vez aplicam as normas contidas no Programa Nacional, conforme as condições epidemiológicas e operacionais presentes na unidade federativa.

O Programa Nacional de Imunização foi instituído, como uma ação do Ministério da Saúde com o objetivo de implan-

tar, e implementar ações como a vacinação de caráter obrigatório, estabelecer normas básicas para a execução das vacinações e todas as ações relacionadas que exigem uma padronização na uniformidade e qualidade destas ações em todos os estados, assim como supervisionar e avaliar a execução destas ações.

A implementação deste programa colabora para um panorama de saúde, em que milhões de brasileiros convivem com reduzida ocorrência de óbitos por doenças imunopreveníveis e o aperfeiçoamento ao longo destes anos, incluindo novas vacinas e revendo estratégias que melhorem as taxas de cobertura vacinal. É sem dúvida o que o torna um programa de muito sucesso entre as ações de saúde pública, pois, está presente nas esferas federal, estadual e municipal.

A campanha de erradicação da varíola iniciada em 1966 como parte do Programa de Erradicação Mundial da varíola da OMS, torna-se um marco importante para o PNI, pela intensidade das campanhas de vacinação, assim como a criação de serviços de controle e vigilância das doenças, para culminar em 1973 com a erradicação da doença nas Américas. Este fato no Brasil tem repercussão importante de experiência com vacinação, e serve como exemplo para outros países.

As campanhas de vacinação nacionais, a exemplo da campanha da varíola, passam a ocorrer de maneira sistemática após a criação do PNI, sendo organizadas e voltadas em cada ocasião para diferentes faixas etárias, proporcionando com isso um crescimento da conscientização social e respeito da cultura em saúde.

A este exemplo, seguem várias campanhas de erradicação no País, como a Erradicação da Poliomielite com repetidas campanhas em todos os estados Brasileiros, aliando a estas campanhas um controle das ações nos locais para garantia de altas taxas de cobertura vacinal, para que com os últimos casos registrados da doença em 1989, encaminhe-se para erradicação que foi certificada pela OMS em 1994.

O sarampo, doença que mais mata crianças em países de alta incidência de pobreza e miséria, também é contemplado com o plano de Controle e Eliminação da Doença em 1992, que até esta data registrava em torno de 100 mil casos/ano

da doença no País. Após o ano de 1980, os registros apontam somente para epidemias, motivo maior para manutenção das campanhas até os dias atuais, devido a ocorrência de surtos isolados de casos importados.

Um resultado capaz de dar a dimensão dos esforços compreendidos nas ações de imunizações para os municípios brasileiros foi a execução, em 2001/2002, da Campanha de Vacinação contra a Rubéola para mulheres em idade fértil, o que representou a implementação da vacina dupla viral (contra rubéola e sarampo) para aproximadamente 29 milhões de mulheres, visando o controle imediato da ocorrência da síndrome da rubéola congênita.

O PNI aprimora ainda suas ações envolvendo conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde para pactuar metas de coberturas vacinal e acompanhamento dos resultados das ações de vacinação, possibilitando assim à sociedade um maior entendimento sobre os benefícios das vacinas para saúde coletiva e individual.

A vacinação é uma das ações básicas em saúde mais importantes para melhoria da saúde pública e qualidade de vida e, juntamente com o saneamento básico, representa um grande impacto na redução da morbi-mortalidade.

Entendendo qualidade de vida como um conceito mais amplo, que incorpora, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com os aspectos significativos do meio ambiente (THE WHOQOL E GROUP, 1995) e que a prevenção de doenças através da imunização contribui direta e indiretamente para a melhoria do padrão de qualidade da saúde, constatou-se em estudo apresentado utilizando esta ferramenta, entre grupos de pessoas que tomaram a vacina dupla-adulto, uma diferença significativa de melhora da qualidade de vida comparado ao grupo dos que não tomaram, no domínio psicológico, relações sociais, meio ambiente – dentro das escalas do instrumento genérico de qualidade de vida, o Whoqol Bref (SANTOS, 2009).

Também houve uma diferença significativa na independência funcional (pelo Índice de Barthel), entre um grupo de idosos que recebeu a vacina anti-pneumocócica polis-

sacarídea 25 valente e um grupo que não a recebeu (SANTOS,2009).

O Centro de Saúde da Comunidade da UNICAMP (CECOM) é um serviço de saúde localizado dentro do campus, destinado ao atendimento dos funcionários, docentes e alunos da universidade e tem como missão desenvolver, em nível ambulatorial, ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde, com uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, propondo e instituindo políticas de saúde articuladas em parceria com os outros órgãos, buscando a melhoria na qualidade de vida da comunidade da UNICAMP.

Desde a sua fundação, em 1986, oferece o atendimento de vacinação e a cada ano vem ampliando a oferta de diversos imunobiológicos. No decorrer destes últimos 25 anos, o serviço de imunização foi crescendo e procurando criteriosamente aplicar e seguir as normas contidas no Programa Nacional e Estadual, assim como desenvolver campanhas por iniciativa própria, conforme as condições epidemiológicas e operacionais enfrentadas na universidade.

O modelo de organização do Serviço de Imunização do CECOM, começou de uma maneira muito similar à história de implantação dos outros programas de imunização, oferecendo apenas um (01) tipo de vacina, a anti-tetânica, e trabalhando muito timidamente em forma de Campanha dirigida apenas aos grupos de trabalhadores expostos ao risco de tétano.

Em 1990, o serviço começou a receber da Secretaria Estadual de Saúde a vacina dupla-adulto, contra o Tétano e a Difteria, e algumas doses da vacina contra a Hepatite B, criteriosamente indicada na época, apenas para os trabalhadores da saúde que atuavam na assistência direta com os pacientes.

Depois de alguns anos, a vacina contra a Hepatite B deixou de ser repassada pela Secretaria Estadual e a universidade, preocupada com a exposição de seus funcionários e alunos da área da saúde, adquiriu com recursos próprios a vacina, com o objetivo de garantir a continuidade dos esquemas em andamento.

Em 1998, o Programa Nacional introduz no calendário vacinal a vacina contra a Hepatite B tanto para os profissionais

da área da saúde como para os alunos em formação, cursos de medicina e enfermagem.

A partir deste período, podendo ser considerado um marco na história do Programa de Vacinação do CECOM, várias campanhas foram organizadas, tanto por iniciativa da universidade, da equipe de enfermagem do CECOM, assim como por indicação dos Programas Nacional, Estadual ou de acordo com diretrizes municipais.

Consideramos que especialmente os profissionais de saúde, devido à sua maior exposição a algumas doenças transmissíveis, devem ter assegurada a manutenção da imunidade, não apenas visando a sua integridade, mas também minimizar a possibilidade de transmissão cruzada a outros indivíduos, principalmente àquele que é o objeto de sua atenção: o paciente. Outro fato de relevância para justificar a maior preocupação quanto à vacinação de profissionais de saúde é o risco de reintrodução de patógenos com baixa prevalência em uma comunidade a partir de grupos populacionais suscetíveis com maior risco de exposição a doenças transmissíveis como os profissionais de saúde (LIMA, 2007).

Já em 1999, a universidade realizou a 1ª Campanha contra a Gripe no campus, aplicando anualmente em média 4.500 doses de vacinas e desde então tem vacinado grande parte dos seus funcionários, alunos e docentes.

Atualmente o serviço oferece vários imunobiológicos para a comunidade: vacinas contra a Gripe, Hepatite B, Raiva, Febre Amarela, Tríplice Viral (contra Sarampo, Caxumba e Rubéola), Dupla-adulto (contra o Tétano e Difteria), Varicela e Febre Tifóide.

Considerações finais

A experiência de todos estes anos trabalhando com a vacinação e as ações imediatas com o uso dos imunobiológicos, que nos permitiram garantir o controle de surtos e epidemias no campus universitário, fez com que observássemos uma significativa melhora na qualidade de saúde relacionada às doenças transmissíveis.

É importante assegurar e manter a prioridade dos programas vacinais, principalmente quando a incidência e a visibilidade da doença declinam, como consequência natural do aumento da cobertura vacinal. Em alguns casos, por diversos fatores, doenças que são preveníveis por imunobiológicos tornam-se reemergentes.

Por isto, torna-se necessário boas ações de políticas públicas, apoio de todos os setores governamentais, manutenção de estudos voltados à avaliação da melhoria da qualidade de vida em saúde, incentivo, através de investimentos, à descoberta de novos imunobiológicos e melhoria no que concerne à eficácia e potência dos já existentes.

Em todos esses anos e durante todos esses remanejamentos, os integrantes do PNI preservaram e aprimoraram a mentalidade de que trabalhar em saúde pública é uma missão que requer engajamento e envolvimento.

Vacinadoras e vacinadores podem não ter toda a clareza de sua ação, nem conhecer o discurso teórico sobre saúde pública, mas o que eles praticam é pura e autêntica cidadania. Graças à abnegação anônima delas e deles, firma-se entre os brasileiros o conceito de que vacinação é instrumento eficaz, disponível e de baixo custo, por isso tão atraente para profissionais de saúde, financiadores, políticos, epidemiologistas e para a própria comunidade. Torna-se cada vez mais evidente, no Brasil, que a vacina é o único meio para interromper a cadeia de transmissão de algumas doenças imunopreveníveis.

O controle das doenças só será obtido se as coberturas alcançarem índices homogêneos para todos os subgrupos da população e em níveis considerados suficientes para reduzir a morbimortalidade por essas doenças. Essa é a síntese do Programa Nacional de Imunizações, que na realidade não pertence a nenhum governo — federal, estadual ou municipal. É da sociedade brasileira.

Referências bibliográficas

- ARANDA, M. S. S. *et al.* Manual de Procedimentos para Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), 2001. 316 p.
- BRASIL, 1990. Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Assessoria de Comunicação Social. Internet: <http://www.saude.gov.br/doc/lei8080.htm>
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2000, vol. 5, n. 1, pp. 163-177. ISSN 1413-8123. doi: 101590/S1413-81232000000100014. Acesso em 03/03/2011.
- CARTILHA GSK, *O valor das vacinas*. GlaxoSmithKline, nov. 2010.
- CECOM, 2011. <http://www.cecom.unicamp.br/institucional.shtml>.
- CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 – Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil03/Constituicao/constituicao.htm
- CZERESNIA, D. *et al.* Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FioCruz, 2003. P. 45, 47, 48.
- FLECK, M. P. A. *et. al.* A Avaliação de Qualidade de Vida – Guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. 228 p.
- LIMA, E. F. Vacinação e ações básicas em saúde (26 de fevereiro de 2007). Disponível em: <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/20804>. Acesso em: 17/03/2011.
- SANTOS, B. R. L. *et al.* Situação vacinal e associação com a qualidade de vida, a funcionalidade e a motivação para o auto-cuidado em idosos. *Rev. Brás. epidemiol.* [online]. 2009, vol. 12, n. 4, pp. 533-540. ISSN 1415-790X. doi: 101590/S1415-7900X2009000400003.
- ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia & Saúde*, Rio de Janeiro:1988, cap.9, pag. 289 – 314

Alimentação e Atividade Física como Medidas de Políticas Públicas na Promoção da Saúde em Comunidade Universitária

Erika da Silva Maciel

*Especialista em Atividade Física e Qualidade de Vida – UNICAMP
Doutora em Ciências – CENA – USP*

Marília Oetterer

*Profa. Titular do Depto. de Agroindústria,
Alimentos e Nutrição – ESALQ – USP
Coordenadora do GETEP – Grupo de Estudos e Extensão em Inovação-
Tecnológica e Qualidade do Pescado*

Os desafios para a promoção da saúde no Brasil incluem a violência, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as doenças infectocontagiosas e o envelhecimento da população. Há, portanto, a necessidade de construir políticas públicas que envolvam diversos atores, com resposta à medida que destaca ações intersetoriais .

A promoção da saúde em coletividades tem sido foco de diversas áreas de pesquisa, o que culminou com um consenso de que as práticas alimentares e de atividade física, componentes do estilo de vida, influenciam na saúde e na qualidade de vida de uma população.

Há uma tendência de transição nutricional observada em diferentes países que demonstra aumento do consumo de uma dieta rica em gorduras saturadas e açúcares e reduzida em carboidratos complexos, leguminosas, pescado, frutas e

hortaliças, principalmente em gerações mais novas (BALDINI *et al.*, 2008). Aliado a esse fator há o declínio progressivo da atividade física diária, a combinação de ambos comportamentos culminam em alterações importantes na composição corporal (NESPECA; CYRILLO, 2010).

Indivíduos com excesso de peso, principalmente com acúmulo de gordura na região abdominal, estão mais expostos a fatores de risco e, conseqüentemente, a maior risco de morbidade e mortalidade quando não tratadas essas alterações. Estudo realizado com 5057 adultos (acima de 40 anos) encontrou associação entre obesidade abdominal e anormalidades metabólicas que incluem resistência a insulina, dislipidemia, aumento da incidência de hipertensão, o que aumenta a propensão para doenças, entre essas as cardiovasculares (LU *et al.*, 2010).

Todas essas alterações resultam na elevação da prevalência de obesidade que contribui para o desenvolvimento de DCNT e compromete a capacidade física (NESPECA; CYRILLO, 2010).

Alimentação e nutrição na promoção da saúde em comunidade universitária

Quando considera-se as políticas públicas na área da alimentação, observa-se esforços coletivos para proporcionar uma alimentação de qualidade à população e estimular um estilo de vida mais saudável.

No Brasil, por exemplo, a definição de segurança alimentar e nutricional foi amplamente discutida na I Conferência de Segurança Alimentar e originou um documento que definiu os requisitos de uma política pública nacional de segurança alimentar. Entre os resultados mais relevantes destacam-se os três eixos e as prioridades para a formulação das políticas públicas nessa área. O primeiro eixo foca a ampliação das condições de acesso à alimentação e a redução de seu peso no orçamento familiar; o segundo eixo visa assegurar saúde, nutrição e alimentação a grupos populacionais determinados; o terceiro eixo objetiva assegurar a qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos e seu

aproveitamento, estimulando práticas alimentares e estilo de vida saudável (FRIOZI; GALEAZZI, 2004).

Uma vez que a exposição nutricional tem um efeito fundamental sobre a saúde, não é de surpreender que a dieta seja uma questão a ser tratada pela saúde pública.

Quando considera-se, por exemplo, o estado nutricional, que é utilizado com um dos indicadores do consumo alimentar e do gasto energético, pois o bom estado nutricional somente é mantido quando há equilíbrio entre ambos componentes, nota-se que, em pesquisa realizada com 276 funcionários de uma universidade pública do Estado de São Paulo, a maioria (42,5%) foi classificada com sobrepeso, além disso, houve um número considerável na faixa de obesidade, equivalendo a uma proporção de 62,3% da quantidade de funcionários com excesso de peso (NESPECA; CYRILLO, 2010).

Em um âmbito geral, o incremento do excesso de peso tem sido observado nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, especialmente entre os adolescentes e adultos jovens (MADUREIRA *et al.*, 2009).

Em pesquisa realizada com alunos e funcionários de uma universidade pública do Estado de São Paulo, foi encontrado que, do total de 303 indivíduos, 23,4% foram classificados com sobrepeso e 10,2%, como obesos. Consideram-se proporções expressivas de sobrepeso e obesidade, pois somam 33,9% dos indivíduos com risco para o comprometimento da saúde (MACIEL, 2006).

Em universidade de Santa Catarina, Madureira *et al* (2009) encontraram 26,7% de sobrepeso e obesidade em alunos ingressantes, em uma amostra de 501 estudantes universitários.

Similarmente a esses resultados, foram encontrados em uma amostra de 1966 alunos e funcionários de universidade pública que 24,7% estão com sobrepeso e 6,4% apresentam obesidade grau I. Quando considerados os indivíduos acima do peso ou obesos (I, II e III), temos um valor total de 32,3% de pessoas com potencial risco de adoecer (MACIEL, 2011)

Duran *et al.* (2009), ao pesquisarem o estado nutricional de universitários chilenos, notaram que dentre uma amostra de 98 sujeitos, 18% apresentavam sobrepeso e obesidade, e

que esse percentual foi maior nos alunos concluintes do que nos ingressantes.

Similarmente a esses resultados, Salvo (2005) encontrou, em universitários do curso de nutrição, 9,3% dos participantes identificados com excesso de peso e 86% como eutróficos, ou seja, nesse caso específico compreende-se que o conhecimento não foi suficiente para assegurar o desequilíbrio alimentar.

Em pesquisa realizada na Espanha e na Itália com estudantes universitários, foi identificado que 37% mulheres e 45% dos homens, universitários da Espanha, apresentavam excesso de peso. Na Itália, 14% das mulheres e 8% dos homens entrevistados tinham sobrepeso. Esses resultados foram atribuídos às mudanças do padrão dietético durante o período universitário, caracterizado pelo baixo consumo da dieta característica do Mediterrâneo, comum nessas regiões, e aumento do consumo de gordura e açúcar (BALDINI *et al.*, 2008).

Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009 indicam que o excesso de peso em homens adultos saltou de 18,5% para 50,1% e ultrapassou o das mulheres, que foi de 28,7% para 48%. Nesse panorama, destaca-se a Região Sul (56,8% de homens, 51,6% de mulheres), que também apresenta os maiores percentuais de obesidade no país, 15,9% de homens e 19,6% de mulheres. O excesso de peso foi mais evidente nos homens com maior rendimento (61,8%) e variou pouco para as mulheres (45-49%) em todas as faixas de renda (IBGE, 2010).

Esses resultados sugerem a importância na formulação e implementação de políticas públicas com enfoque nas práticas promotoras de estilo de vida mais saudáveis. A modificação dos padrões e hábitos alimentares representa uma estratégia eficiente para a prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida.

Há, ainda, a necessidade de um maior conhecimento da população e regularidade de pesquisas de consumo alimentar para que sejam implementadas políticas públicas que incluam ações ligadas à qualidade de vida e a minimização dos agravos relacionados ao aumento de doenças carências ou das crônicas não transmissíveis derivadas da escassez ou do

excesso de consumo de determinados grupos de alimentos (FRIOZI; GALEAZZI, 2004).

A coleta de informações sobre a qualidade da alimentação contribui para identificar problemas de saúde e serve como subsídio para novas propostas; portanto, a coleta de informações deve ser estimulada no Brasil, dado que são poucas as pesquisas publicadas nessa temática (NESPECA; CYRILLO, 2010).

A prática da atividade física na promoção da saúde em comunidade universitária

O estilo de vida adotado pelas pessoas pode ser fator co-determinante tanto no agravamento de enfermidades quanto na prevenção e no tratamento das mesmas. Portanto, um estilo de vida saudável, incluindo a prática regular de atividade física, é um fator importante na prevenção e no controle de algumas DCNT (MADUREIRA *et al.*, 2009).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que 22% das doenças cardíacas, 10 a 16% dos casos de diabetes tipo 2 e de cânceres de mama, cólon e reto poderiam ser evitados com a realização da prática sistemática de atividade física (MALTA *et al.*, 2009).

Apesar das evidências científicas, a maioria das pessoas leva vida sedentária. Estudos americanos mostram que 60% dos adultos não desenvolvem atividade física regular; mais da metade dos adolescentes levam vida sedentária, principalmente os do sexo feminino. A redução dos riscos para DCNT poderia ser evitada com 30 minutos de atividade física regular, de moderada intensidade, com frequência de 5 dias na semana (MMWR, 2010).

Em pesquisa realizada com uma amostra de 1966 alunos e funcionários de universidade pública, foi identificado que unindo os indivíduos que foram classificados como sedentários e insuficientemente ativos A e B tem-se um total de 34,5%, ou seja, são os participantes que não atendem a recomendação mínima de atividade física regular (MACIEL, 2011).

Em estudo realizado com ingressantes universitários em Santa Catarina, foi observado a prevalência de inatividade fí-

sica superior no sexo feminino (76,5%) quando comparado ao sexo masculino (62,7%) (MADUREIRA *et al.*, 2009).

Estudo realizado com 54,369 sujeitos, com idade superior a 18 anos, pelo sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) em 27 capitais brasileiras e Distrito Federal indicou que, dentre os entrevistados, as mulheres praticam menos atividade física no lazer do que os homens (11,9 *versus* 18,3%), especialmente nas faixas etárias jovens (18 a 24 anos) e há um aumento da atividade física no lazer entre pessoas de maior escolaridade, expressão essa da desigualdade no acesso a espaços físicos e na disponibilidade de tempo livre para a prática de atividade física (MALTA *et al.*, 2009).

Portanto, a prática de atividade física regular, como proposta de política pública na promoção da saúde deve ser estimulada levando-se em consideração as características culturais e econômicas das coletividades. A não aderência aos programas de atividade física e a uma dieta equilibrada é consequência da escassa preocupação com as peculiaridades dos grupos estudados, com implementação de programas sem levantamento prévio de informações pertinentes, como hábitos alimentares, nível de atividade física e qualidade de vida.

Há ainda o fato de que a opção por uma vida mais ativa e saudável é condicionada também pela oportunidade de acesso a espaços favoráveis à prática de atividade física como pistas de caminhadas, ciclovias, praças públicas, além da garantia da segurança, infraestrutura adequada, áreas arborizadas, acesso pelo transporte público, entre outros. A questão da prática ou não da atividade física inclui um debate sobre o planejamento urbano, a mobilidade urbana e espaços públicos de lazer (MALTA *et al.*, 2009).

Referências bibliográficas

- BALDINI, M.; PASQUI, F.; BORDONI, A.; MARANESI, A. Is the Mediterranean lifestyle still a reality? Evaluation of food consumption and energy expenditure in Italian and Spanish university students. *Public Health Nutrition*, Wallingford, v. 12, n. 2, p. 148-155, 2008.
- DURAN, S. A.; CASTILLO, A. M.; VIO DEL, F. R. Diferencias em La calidad de vida de Estudiantes universitarios de diferente año de ingreso Del Campus Antumapu. *Revista Chilena de Nutrición*, Santiago, v. 36, n. 3, p. 200-209, 2009.
- FRIOZI, D.D.; GALEAZZI, M.A.M. Políticas públicas de alimentação no Brasil: uma revisão fundamentada nos conceitos de bem estar social e de segurança alimentar e nutricional. *Cadernos de Debates*, Campinas, SP, v XI, p.58-83, 2004.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009. Rio de Janeiro: Microdados, 2010.
- NESPECA, M.; CYRILLO, D. C. Avaliação da qualidade da dieta por meio do índice de alimentação saudável de funcionários de uma universidade pública. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr*, São Paulo, SP, v. 35, n. 2, p. 81-90, ago. 2010.
- LU, B. J.; ZHOU, M. E.; WARING, D. R.; PARKER, C. B. Eaton Abdominal obesity and peripheral vascular disease in men and women: A comparison of waist-to-thigh ratio and waist circumference as measures of abdominal obesity. *Atherosclerosis*. v.208, p.253-257. 2010.
- MACIEL, E. S. Qualidade de vida: análise da influência do consumo de alimentos e estilo de vida. 2006. 184 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Superior de Agricultura "Luiz de Queiroz", Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2006.

- MACIEL, E. S. Perspectiva do consumidor perante produto proveniente da cadeia produtiva de tilápia do Nilo rastreada (*Oreochromis niloticus*) – consumo de pescado e qualidade de vida. 2011. 304 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Centro de Energia Nuclear na Agricultura - Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2011.
- MADUREIRA, A.S.; CORSEUIL, H.X.; PELEGRINO, A.; PETROSKI, E. Associação entre estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e estado nutricional em universitários. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.10, p. 2139-2146, 2009.
- MALTA, D.C.; MOURA, E.C.; CASTRO, A.M.; CRUZ, D.K.A.; MORAIS NETO, O.L.; MONTEIRO, C.A. Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.18 n.1, p.7-16, 2009.
- MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT - MMWR. Increasing physical activity. A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Recommendations and Reports, Atlanta, v. 50, p. 1214-1215, 2001.
- SALVO, V. M. M. A. Estado nutricional e hábitos alimentares de universitários do curso de nutrição. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, São Caetano do Sul, n. 5, p. 11-15, 2005.

Qualidade de Vida e Bem Estar Percebido por Dançarinos com Lesão Medular: Um Estudo de Caso

Keyla Ferrari Lopes

Mestranda em Educação Física – FEF – UNICAMP

Paulo Ferreira de Araújo

Professor Livre-Docente na FEF – UNICAMP

Introdução

Dançar e se expressar é tratar de viver a vida em plenitude, sentindo cada movimento. É um processo que nos leva ao conhecimento corporal, ou seja, a busca de um corpo que se expresse e que nos faça sentir melhor (FUX, 1988).

A dança em cadeira de rodas vem aumentando seu campo de atuação e conquistando cada vez mais espaço, quer seja no meio social com apresentações artísticas, quer seja como busca de autoconhecimento, bem-estar e qualidade de vida de pessoas com deficiência física motora.

A dança em cadeira de rodas é definida, segundo Krombholz (2001), como uma modalidade que utiliza cadeira de rodas, podendo ser de caráter artístico/recreativo ou competitivo.

De modo geral, pode-se compreender a dança em cadeira de rodas como uma modalidade resultante de um processo histórico que teve suas origens centradas em três principais vertentes: 1) no desenvolvimento da dança moderna, com a valorização dos aspectos criativos e da improvisação do movimento, 2) na dança-terapia com o desenvolvimento da psico-

logia, da expressão dos afetos e na descoberta da importante conexão entre o corpo e as emoções, e 3) no desporto adaptado para pessoas com deficiência física motora, originados dos movimentos históricos de reabilitação das pessoas com deficiência no contexto pós-guerra.

Os dançarinos com deficiência física motora estão cada vez mais conquistando espaço na arte da dança, pois eles podem dançar conforme suas potencialidades de movimentos, experimentando diferentes relações de movimento com a cadeira de rodas, além de novos contatos corporais que são criados em ambientes de amizade, cumplicidade e busca de oportunidades com diferentes parceiros.

Neste sentido, segundo Bernabé (2001) e Tolocka (2002), na dança em cadeira de rodas existe uma linguagem recriada da identidade de movimento dos dançarinos em cadeira de rodas que é constituída através da utilização do potencial remanescente a partir da releitura do corpo diferente.

Possibilitando assim interações através do espetáculo ou aquisição de novos conhecimentos e possibilidades, uma vez que a condição de deficiência acaba redimensionando as capacidades e a dança para essa população acaba sendo uma possibilidade de novas descobertas.

A lesão medular é uma das formas mais graves de síndromes que leva a incapacitantes, além de ser uma fatalidade que pode ocorrer com o ser humano, seja pelo acometimento físico ou pela perda de independência e autoestima (LIANZA, 1985).

- O engajamento das pessoas com lesão medular em programa de atividade física, esportiva ou recreativa é parte importante no processo de reinserção nas atividades em geral. Seu sucesso não só contribuiu para o desenvolvimento das atividades específicas, como também para o conhecimento sobre as habilidades dos lesados medulares e, certamente, encoraja a novos desafios.

Araújo e Silva (no prelo), apoiados em Seaman e DePauw (1982), Rosadas (1989), ressaltam que os objetivos a serem desenvolvidos no processo de reabilitação com pessoas em condição de deficiência física motora devem considerar e respeitar as limitações e potencialidades individuais do aluno,

bem como adequar as atividades propostas, cujos objetivos devem englobar:

- O desenvolvimento da autoestima;
- A melhoria da autoimagem;
- O estímulo à independência;
- A interação com outros grupos;
- A experiência intensiva com suas possibilidades de limitações;
- O contato com outras pessoas, deficientes ou não;
- O desenvolvimento das potencialidades do educando;
- A vivência de situações de sucesso, possibilitando a autovalorização e a autoconfiança;
- A melhoria das condições organofuncionais (aparelhos circulatório, respiratório, digestivo, reprodutor e excretor);
- O aprimoramento das qualidades físicas, entre elas resistência, força, velocidade;
- O desenvolvimento das habilidades físicas, como coordenação, ritmo, equilíbrio;
- A possibilidade de acesso à prática do esporte como lazer, reabilitação e competição;
- O estímulo das funções do tronco e dos membros superiores;
- A prevenção de deficiências secundárias;
- O estímulo à superação de situações de frustração.

Neste estudo, consideraremos o termo qualidade de vida como um conceito ligado ao desenvolvimento humano. Não significa apenas que o indivíduo ou o grupo social tenham saúde física e mental, mas que esteja(m) bem com eles mesmos, com a vida, com as pessoas que os cercam, enfim, ter qualidade de vida é estar em equilíbrio. E esse equilíbrio diz respeito ao controle sobre aquilo que acontece a sua volta, como, por exemplo, sobre os relacionamentos sociais.

Tendo em vista a diversidade de possibilidades e os benefícios que a dança em cadeira de rodas oferece para pessoa com deficiência física motora, este estudo tem por objetivo

apresentar reflexões sobre a influência da dança em cadeira de rodas no resgate da autoestima, sentimento de bem-estar e qualidade de vida de uma dançarina com lesão medular, considerando o relato de suas experiências pessoais.

Metodologia

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa qualitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/FCM/UNICAMP, com parecer número 910/2009, que consistiu na realização de entrevista com uma dançarina de dança em cadeira de rodas do sexo feminino acometida por lesão medular com 47 anos de idade.

A coleta dos dados foi feita por contato direto da pesquisadora com a dançarina no local onde ela realizava atividades, aulas e ensaios do grupo de dança do qual faz parte.

Adotamos como recurso metodológico a entrevista semi-estruturada, subdividida em três principais categorias: 1- Encontro com a Dança, 2- Modificação no Auto Conceito e na Vida Cotidiana e 3 - Conquistas.

Afim de que os dados fossem todos disponibilizados para a pesquisa, utilizamos o recurso da gravação em fita cassete para posteriormente realizarmos a transcrição do conteúdo integral das respostas.

Para a realização de uma análise detalhada dos dados coletados na entrevista, utilizamos as contribuições de Bardin (1977), sobre a análise de conteúdo das narrativas, enquanto técnica científica e sistematizada, procurando um alinhamento do referencial teórico com a fonte oral.

Apresentação das Narrativas e Discussão:

Categoria: Encontro com a Dança

Pergunta: *Como foi seu encontro com a Dança?*

Narrativa da dançarina/ Indicadores do Discurso:

Eu dançava desde os 9 anos de idade,
Fazia balé clássico
Depois descobri outras técnicas de dança...
De consciência corporal
Com este trabalho descobri a possibilidade de ser livre
E da técnica não rígida do balé,
Mas nunca fui uma bailarina profissional,
Na época do acidente eu nem estava envolvida com a dança.
Fiquei seis anos parada após o acidente
Só retomei o trabalho de reabilitação para reconhecer o corpo com deficiência, com uma lesão,
Um dia eu fui para Berkeley na Califórnia e conheci o trabalho de contato e improvisação
De novo veio aquela história da bailarina novinha que dançava
O trabalho de expressão corporal e movimento independente de ter uma lesão motora ou não, possibilita você expressar que você é sem ficar presa
Te liberta do aprisionamento estético.
Eu percebi com o contato e improvisação que buscava uma liberdade de movimentos
Que não importava estar na cadeira de rodas com comprometimento sério
Mas eu pude perceber que a paralisia te dá a possibilidade de uma desparalisação
Na busca para um caminho e para conhecer quem você é e ser feliz daquela forma
A dança te traz a possibilidade de você ser feliz daquela forma.
Então em 1991 eu comecei a fazer parte do grupo Giro
Começamos fazer muitas apresentações.

Subcategoria:**Retomada de atividade pós-acidente e reabilitação****Discussão:**

Neste contexto, percebe-se que a dançarina havia tido experiência com a dança antes de ser acometida pela lesão medular. Entretanto, seu reencontro com a dança se deu anos mais tarde após o período de reabilitação no corpo com deficiência.

Neste sentido, Peres & Gonçalves (2002) acreditam que passada a fase aguda da reabilitação em que a fisioterapia ocorre intensamente visando ganhos imediatos, é fundamental que a pessoa opte por um tipo de exercício, atividade de sua preferência.

Ao complementar esta perspectiva, Araújo (2010, p. 28) diz que a estabilização de problemas imediatos ou secundários decorrentes da condição inesperada de deficiência possibilita novas tentativas, que normalmente acontecem no campo social e no esporte, emergindo em uma busca de ampliação de participação da pessoa com deficiência na vida como um todo.

A dançarina protagonista deste estudo permaneceu em processo de reabilitação durante seis anos e só após este período retomou o contato com a dança.

Assim, Araújo (2010, p.28) diz que em um primeiro momento busca-se estabelecer o mundo da descoberta em situação nova, vivenciada por aquele corpo também novo dentro de um novo contexto social.

O momento posterior às novas descobertas de possibilidades é o de conquistas possíveis, segurança, recuperação da autoestima, ampliações de oportunidades, percepções de potenciais, seja no campo social ou no dos benefícios orgânicos por meio desta nova forma de agir e de viver.

A dançarina passou por um processo de redescoberta do corpo, um corpo diferente, com uma deficiência física motora e descobriu uma nova maneira de dançar e se expressar com este corpo.

De acordo com Nunes (2003), conhecer o nosso corpo requer uma disciplina interna, quando pesquisamos o nosso

movimento estamos simultaneamente provocando uma re-educação de sentidos, dos sentimentos e da própria razão. Estamos re-significando o corpo como agente irradiante, primeiro e principal de todo processo educativo, de todo processo de reconstrução de experiência vivida em níveis cada vez mais refinados e inteligentes.

Observa-se que a dançarina passou por um processo de desconstrução e reconstrução do corpo com deficiência, viveu a superação, na própria experiência na descoberta de um corpo livre e expressivo ainda que com as limitações impostas pela lesão motora.

No momento posterior à descoberta do novo corpo, a dançarina começou a participar de apresentações, conquistando seu espaço como dançarina do grupo ou individual.

Categoria: Modificação em si mesma e na vida cotidiana:

Pergunta:

Acha que houve alguma modificação em si mesma e no seu dia a dia após ter recomeçado a dançar?

Subcategoria: redescoberta do corpo com deficiência/auto satisfação

Fiquei mais consciente... é como se eu tivesse sido apresentada para mim novamente

Redescobrir o seu corpo numa cadeira de rodas possibilita uma auto-satisfação muito grande

Este encontro com a dança me possibilitou entrar em contato comigo mesma

A dança age através dos movimentos, despertando sensações e sensibilizações, canais onde se abrem as portas da percepção corporal.

De acordo com Bernabé (2008, p. 227), o corpo do dançarino pode construir, organizar e transformar seus limites em

fronteiras. O dançarino pode, utilizando o espaço aberto pela leveza que a dança proporciona, convidar o corpo a rever mitos, refazer seus caminhos próprios, íntimos, para criar o momento apropriado ao encontro consigo mesmo, o que pode se dar ao mesmo tempo em que se retiram de cena traumas, complexos ou mitos impostos por informações imprecisas sobre o corpo. Isto é compreensível no discurso da dançarina na relação com a dança em cadeira de rodas, pois ao reconhecer e aceitar suas limitações físicas, a dançarina, adquiriu uma percepção diferenciada de si mesmo re-significando suas crenças, sua relação com seu corpo e com o social.

Para a mesma autora (2008, p. 227), o movimento dançante proposto para a dança em cadeira de rodas é um processo que visa estruturar o corpo de maneira que o indivíduo construa ou reconstrua uma imagem inteira de seus ossos, músculos e articulações, cuja identidade de movimento se faça através do potencial remanescente. Ou seja, aprender através das dificuldades invocadas pela lesão, com uma linguagem gestual recriada a partir da leitura de corpo diferente.

Categoria: Conquistas que resultam em melhor qualidade de vida:

Pergunta: *Acha que a dança te possibilitou conquistas em outros aspectos?*

Ahh sim,

Porque a dança me levou a conhecer um pedacinho da Europa,

Um pouquinho daqui, um pouquinho dali, a dança me levou para onde eu quis,

Eu me paralisei das pernas, mas foi aí que eu andei por onde eu queria,

A dança me fez receber convites pelo mundo,

Conhecer o outro,

Trocar informações, culturas.

Entretanto eu aceito convites que tem a ver com a minha opção, escolha

Subcategoria: Conhecimento de novas culturas e lugares

Percebe-se que a dança em cadeira de rodas e todo contexto que ela envolve, como ensaios, espetáculos, mostras, e viagens, favorecem a quebra de barreiras sociais, emocionais e atitudinais dos dançarinos, além de oferecer oportunidades reais de conhecimento de novas culturas, novos lugares e ampliação de contatos sociais de seus participantes.

De acordo com Matos (2005), a dança em cadeira de rodas possibilita a participação de todos os dançarinos, considerando suas possibilidades, desejos e interesses.

A dança em cadeira de rodas atualmente também abrange cenários, contextos e culturas diversificados, não somente destinados às pessoas com deficiência, mas também no âmbito artístico e cultural, na medida em que o grupo e os dançarinos evoluem, tornam-se conhecidos e conquistam seus espaços, como no caso da dançarina entrevistada.

Considerações finais

Neste estudo, percebe-se que a qualidade de vida da dançarina em cadeira de rodas é diretamente percebida nas suas atitudes decorrentes de sua atuação no grupo de dança a qual está inserida.

Após o processo de adaptação no corpo com deficiência, a dançarina resgatou sua autoestima e autoconfiança, voltando a sentir prazer nos movimentos e ao sentir-se bem com seu corpo e com sua nova situação, através da música, da expressão e dos gestos, a dançarina pode transcender a sua condição corporal limitadora melhorando sua qualidade de vida, nos aspectos físicos, emocionais e sociais.

LOPES (2011) reflete sobre esta prática na seguinte perspectiva:

“Dançar nas mais diferentes formas expressadas ou manifestadas trazem consigo significados que pode ser identificados somente pelas partes envolvidas e na maioria das vezes possibilitam muitas leituras como sendo também uma forma de

gritar pela liberdade através da expressão do corpo, viver, sentir cada momento da música, dos corpos que se entrelaçam, da descoberta do individual e do coletivo como um só corpo, dos giros, dos aplausos, do realizar e se fazer sujeito nas vivências e na identidade do papel de artista pela subjetividade presente no contexto da dança e da deficiência”.

Referências bibliográficas

- ARAÚJO, P. *Handebol em cadeira de rodas: regras e treinamentos*. São Paulo: Phorte, 2010.
- ARAÚJO, P., SILVA, R. *Aspectos gerais da deficiência física e suas implicações no dia a dia*. No prelo, 2011.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70LDA, 1977.
- BERNABÉ, R. *Dança e deficiência: proposta de ensino*. (2001), Dissertação (mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.
- BERNABÉ, R. In: *Em pleno Corpo. Educação somática e saúde*. Bolsanello, D. P.(org). Curitiba: Juruá, 2008.
- FUX, M. *Dança terapia*. São Paulo: Summus, 1988.
- KROMBHOLZ, G. Rausch, H. & Zimmer, M. *Wheelchair Dance Sport*. München. (in press) (+ videoStandard Section and Latin Section), 2001.
- LIANZA, S. *Medicina de Reabilitação*. In: CASALIS, GREVE,(orgs) *A lesão medular*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.
- LOPES, K. *Identidade social e a auto - conceito do dançarino em cadeira de rodas* (2011), Dissertação (mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
- MATTOS, E. *Dança em Cadeira de Rodas: Proposta Inclusiva*. In: Ferreira, E.L (org). Juiz de Fora: CBDCCR, 2005.
- NUNES, C. *Consciência do movimento a educação pelo corpo: dança, terapia e educação: caminhos Cruzados*. In: Calazans, Cas-

tilho, Gomes. (orgs). *Dança e Educação em Movimento*. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

PERES & GONÇALVES. *Dança para pessoas com lesão medular: uma experiência de abordagem terapêutica*. Revista Conexões, Campinas, vol.6. Dezembro. 2001.

TOLOCKA, R. *Dançar em cadeira de rodas: muito mais do que dançar com o que sobrou - aspectos neurológicos do movimento executado por pessoa com lesão neuronal*. In: Ferreira, Rocha Ferreira, Forti, (orgs). *Interfaces da Dança para Pessoas com Deficiência*. Campinas: CBDCR, 2002. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Qualidade_de_vida, consultado em 28/02/2011.

***Contribuições da Organização Mundial da
Saúde na Promoção da Qualidade de Vida:
Uma Visão Geral dos Instrumentos
WHOQOL***

Bruno Pedroso

Doutorando em Educação Física – UNICAMP

Luiz Alberto Pilatti

*Professor do Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção – UTFPR*

Claudia Tania Picinin

Doutoranda em Administração – UNICENP

Não obstante a existência de diversos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (QV), é sabido que a maior parte deles são específicos, avaliando tal variável em função de um aspecto particular.

Em vista da carência de um instrumento que avaliasse a QV de forma global, a Organização Mundial da Saúde (OMS) empenhou-se na construção do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL).

O ponto de partida para a construção do WHOQOL foi conceituar o termo QV, sendo esta entendida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK *et al.*, 1999, p. 20).

Frente a esse conceito, a OMS inicia o projeto WHOQOL em 1993. O sucesso do instrumento progenitor, o WHOQOL-100, instigou a OMS a construir diversos outros instrumentos sob tal metodologia. O presente capítulo objetiva realizar uma explanação a respeito dos diferentes instrumentos WHOQOL existentes na literatura.

WHOQOL-100

O desenvolvimento do WHOQOL teve início em 1994 e foi realizado em 15 centros simultaneamente, sediados em 14 países. Após o desenvolvimento do projeto WHOQOL, novos centros foram incorporados e o WHOQOL-100 foi disponibilizado em mais de 20 idiomas.

A metodologia de desenvolvimento do WHOQOL foi seccionada em quatro grandes etapas: clarificação do conceito de QV, estudo piloto qualitativo, desenvolvimento de um piloto e uma aplicação de campo. Após a conclusão da elaboração do instrumento, foi estabelecida uma metodologia que consistia na sua tradução, preparação do teste piloto, desenvolvimento das escalas de respostas e administração do piloto (GRUPO WHOQOL, 1998).

A partir das sugestões formuladas por cada um dos centros de desenvolvimento, totalizou-se aproximadamente 1800 questões. Destas foram selecionadas 235 questões, seccionadas em 29 facetas, para o instrumento piloto do WHOQOL-100. Após a aplicação do teste piloto, foram escolhidas as melhores questões para cada faceta, de forma a estabelecer a consistência interna e validade discriminante do instrumento. Foram selecionadas 100 questões seccionadas em 24 facetas. As facetas foram agrupadas em seis grandes domínios (FLECK *et al.*, 1999).

O WHOQOL-100 é seccionado em 24 grupos de quatro questões cada, recebendo a denominação de “facetadas”. Por sua vez, o conjunto de facetadas constitui um “domínio”. Ao contrário da composição das facetadas, os seis domínios do WHOQOL-100 não são constituídos pelo mesmo número de facetadas, podendo variar de uma até oito facetadas. Há ainda uma faceta que não está inserida em nenhum domínio. Esta faceta, nomeada “Qualidade de vida global e percepção geral da saúde”, aborda uma

autoavaliação da QV, em que o indivíduo expressa o seu ponto de vista de satisfação com a sua vida, saúde e QV.

As questões que compõem o WHOQOL-100 não estão dispostas no questionário seguindo uma sequência lógica por domínio ou por faceta, mas sim, por tipo de escala de respostas. A distribuição das facetas e domínios do WHOQOL-100 segue relacionada no Quadro 1:

| DOMÍNIOS | FACETAS |
|---|---|
| Domínio I Domínio físico | 1. Dor e desconforto |
| | 2. Energia e fadiga |
| | 3. Sono e repouso |
| Domínio II Domínio psicológico | 4. Sentimentos positivos |
| | 5. Pensar, aprender, memória e concentração |
| | 6. Autoestima |
| | 7. Imagem corporal e aparência |
| Domínio III Nível de Independência | 8. Sentimentos negativos |
| | 9. Mobilidade |
| | 10. Atividades da vida cotidiana |
| | 11. Dependência de medicação ou de tratamentos |
| Domínio IV Relações sociais | 12. Capacidade de trabalho |
| | 13. Relações pessoais |
| | 14. Suporte (Apoio) social |
| Domínio V Ambiente | 15. Atividade sexual |
| | 16. Segurança física e proteção |
| | 17. Ambiente no lar |
| | 18. Recursos financeiros |
| | 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade |
| | 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades |
| | 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer |
| | 22. Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) |
| 23. Transporte | |
| Domínio VI - Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais | 24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais |

Quadro 1: Domínios e facetas dos WHOQOL-100

Fonte: Grupo WHOQOL (1998)

Todas as questões do WHOQOL-100 são fechadas. É utilizada uma escala de respostas do tipo Likert de cinco pontos, variando entre 1 e 5. Esses extremos representam 0% e 100%, respectivamente. Existem quatro tipos diferentes de escala de respostas: intensidade, avaliação, capacidade e frequência.

Tendo por base o WHOQOL-100, posteriormente foram construídos outros instrumentos de avaliação da QV, como pode ser observado a seguir.

WHOQOL-bref

Com o objetivo de disponibilizar um instrumento que demande menor tempo para preenchimento e com características psicométricas satisfatórias, o Grupo WHOQOL desenvolveu a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref.

O WHOQOL-bref é composto por 26 questões, sendo duas questões sobre a autoavaliação da QV e 24 questões representando cada uma das facetas do WHOQOL-100. Para a composição das questões do WHOQOL-bref, foi selecionada a questão de cada faceta que apresentava a maior correlação com o escore médio de todas as facetas (THE WHOQOL GROUP, 1996).

Após a seleção das questões, foi realizada uma análise para verificar se estas, factualmente, representavam as facetas correspondentes. Em seis facetas a questão selecionada foi substituída por outra questão da faceta correspondente, pois, sob o viés de especialista, havia outra questão que melhor definisse essas seis facetas (THE WHOQOL GROUP, 1996). As facetas pertencentes ao Domínio Nível de Independência foram incorporadas ao Domínio Físico, assim como a faceta pertencente ao Domínio Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais foi incorporada ao Domínio Psicológico. Assim, o WHOQOL-bref é composto por quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-Ambiente.

WHOQOL-HIV e WHOQOL-HIV-bref

No intuito de criar um instrumento de avaliação da QV direcionado para portadores do HIV, pesquisadores da *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) e da OMS realizaram estudos em portadores do HIV em nove países. O resultado desse estudo foi o instrumento WHOQOL-HIV, um suplemento ao WHOQOL-100 específico para pessoas portadoras do HIV ou AIDS.

O WHOQOL-HIV avalia a QV a partir de seis domínios e 29 facetas. Os domínios e as facetas são as mesmas do WHOQOL-100, com o acréscimo de cinco facetas específicas para portadores do HIV. As facetas específicas para os portadores do HIV, assim como as facetas do WHOQOL-100, são compostas por quatro questões (O'CONNELL *et al.*, 2004).

As facetas adicionais do WHOQOL-HIV se inserem nos domínios já existentes do WHOQOL-100, sendo o Domínio Físico acrescido da faceta Sintomas de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHAs), o Domínio Psicológico acrescido da faceta Inclusão social e o Domínio Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais acrescido das facetas Perdão e culpa, Preocupações sobre o futuro e Morte e morrer.

Sob a mesma justificativa da elaboração do WHOQOL-bref, o Grupo WHOQOL desenvolveu uma versão abreviada do WHOQOL-HIV. O WHOQOL-HIV-bref é baseado no WHOQOL-bref, da forma que cada faceta é representada por uma única questão somado a duas questões gerais da QV. As 26 questões do WHOQOL-bref se repetem no WHOQOL-HIV-bref, sendo estas acrescidas de cinco questões que representam as facetas adicionais do WHOQOL-HIV (THE WHOQOL-HIV GROUP, 2002).

Ao contrário do que ocorre no WHOQOL-bref, as facetas pertencentes aos domínios Nível de Independência e Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais não são incorporadas aos domínios Físico e Psicológico, assumindo, assim, a mesma configuração dos domínios presentes no WHOQOL-100 e WHOQOL-HIV.

C-QOL (WHOQOL-Children)

Tendo em vista que algumas questões dos instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-bref não se aplicam às crianças e/ou influenciam a QV destas por meio de outro foco, surge a proposta da construção de uma versão dos instrumentos WHOQOL com direcionamento para crianças.

O C-QOL contempla os seis domínios presentes no WHOQOL-100, acrescido do domínio adicional Direitos políticos das crianças. As facetas que constituem os domínios já existentes no WHOQOL-100 são as mesmas presentes no referido instrumento, com exceção da faceta Dependência de drogas, que foi acrescida ao Domínio Nível de Independência e da faceta Atividade sexual, que foi excluída do Domínio Relações sociais. Com relação ao domínio adicional do C-QOL – Direitos políticos das crianças –, as facetas que compõem esse domínio são Direito de falar e ser ouvido e Direito à identidade e cidadania (JIROJANAKUL; SKEVINGTON; HUDSON, 2003).

Cada faceta é representada por duas questões, totalizando 54 questões. Ao contrário dos demais instrumentos WHOQOL, as questões do C-QOL estão agrupadas por faceta e domínio.

WHOQOL-OLD

Almejando adaptar o WHOQOL para a aplicação em adultos idosos, o Grupo WHOQOL desenvolveu um módulo adicional aos instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-bref, denominado WHOQOL-OLD. Ao contrário do WHOQOL-HIV, o WHOQOL-OLD não suplementa o WHOQOL-100 ou o WHOQOL-bref. O WHOQOL-OLD é um módulo complementar, mas que deve ser aplicado em conjunto com o WHOQOL-100 ou o WHOQOL-bref (POWER *et al.*, 2005).

O WHOQOL-OLD é composto por 24 questões seccionadas em seis facetas, formando um domínio adicional que incorpora questões relacionadas ao envelhecimento. De acordo com Chachamovich *et al.* (2008), as facetas adicionais do WHOQOL-OLD são: Funcionamento dos sentidos, Autono-

mia, Atividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Morte e morrer e Intimidade.

WHOQOL-SRPB

Em estudos posteriores ao desenvolvimento do WHOQOL-100 e WHOQOL-bref, foi constatado que o domínio Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais nestes instrumentos era conceitualmente e empiricamente insuficiente. Frente a essa fragilidade, o Grupo WHOQOL pautou-se no desenvolvimento de um estudo para avaliar a forma com a qual o domínio em exame está relacionado com a QV (THE WHOQOL-SRPB GROUP, 2006).

O WHOQOL-SRPB não é um instrumento para avaliar a espiritualidade, mas sim, um instrumento que contempla, de forma ampliada, o constructo Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais, representado no WHOQOL-100 e WHOQOL-bref de forma reduzida (THE WHOQOL-SRPB GROUP, 2006).

Nessa perspectiva, o WHOQOL-SRPB suplementa o WHOQOL-100 com oito facetas adicionais ao domínio Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais. Os demais domínios do WHOQOL-100 permanecem inalterados. As facetas adicionais do WHOQOL-SRPB são: Conexão com o ser ou força espiritual, Sentido na vida, Admiração, Totalidade e integração, Força espiritual, Paz interior, Esperança e otimismo e Fé.

WHOQOL-DIS

Na tentativa de mensurar a QV de adultos portadores de deficiência física e/ou intelectual, recentemente fora desenvolvido um módulo adicional ao WHOQOL-bref direcionado para tal público.

O WHOQOL-DIS é composto por 13 questões: uma geral – contemplando o impacto da deficiência – e 12 específicas, contemplando os seguintes aspectos: Discriminação, Proteção, Perspectivas futuras, Controle da vida, Tomada de decisões, Autonomia, Comunicação, Aceitação social, Respeito,

Interação na sociedade, Inclusão social e Capacidade pessoal (POWER *et al.*, 2010).

Fora desenvolvida, também, uma versão do WHOQOL-DIS direcionado para os responsáveis pelos cuidados da pessoa portadora da deficiência intelectual. A versão do WHOQOL-DIS direcionada para deficientes intelectuais possui uma escala de resposta diferenciada dos demais instrumentos WHOQOL, sendo esta do tipo Likert de três pontos. Nesse caso, o WHOQOL-bref também deve ser aplicado com a adaptação para tal escala.

WHOQOL-Pain

Sob a mesma justificativa que instigou o desenvolvimento do WHOQOL-SRPB – a insuficiência das questões para avaliar um determinado aspecto da QV –, fora desenvolvido o instrumento WHOQOL-Pain

Tal qual o WHOQOL-OLD, o WHOQOL-Pain é constituído pelo WHOQOL-100 acrescido de módulo adicional direcionado às pessoas que sofrem de dor crônica. Ele foi desenvolvido pelo *WHO Field Centre for the Study of Quality of Life* da Universidade de Bath, na Inglaterra. Não foi desenvolvido paralelamente em outros centros nem traduzido para outros idiomas.

O Domínio Dor e desconforto é composto por 16 questões seccionadas em quatro facetas: Alívio da dor, Raiva e frustração, Vulnerabilidade/medo/preocupação e Incertezas (MASON; SKEVINGTON; OSBORN, 2010).

Considerações finais

Transcorrido mais de uma década desde o surgimento do WHOQOL-100 e WHOQOL-bref, eles permanecem sendo utilizados em grande escala. Atualmente, os instrumentos WHOQOL são disponibilizados em mais de 50 idiomas.

O rigor metodológico utilizado no processo de construção e validação dos instrumentos WHOQOL possibilita a obtenção de características psicométricas satisfatórias, perfazendo

com os resultados das aplicações de tais instrumentos sejam válidos, consistentes e fidedignos à população estudada.

Até a consecução do presente capítulo, projetos para o desenvolvimento de novos instrumentos WHOQOL não foram encontrados na literatura. A prospecção é que novos instrumentos sejam criados. Não obstante o surgimento de novos instrumentos, é pertinente ressaltar que a OMS proferiu, por meio dos instrumentos WHOQOL, uma contribuição ímpar na promoção da QV.

Referências bibliográficas

- CHACHAMOVICH, E. *et al.* Desenvolvimento do instrumento WHOQOL-OLD. In: FLECK, M. P. A. *et al.* A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 102-111.
- FLECK, M. P. A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 21, n.1, p.19-28, jan./mar. 1999.
- GRUPO WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL). Faculdade de Medicina da UFRGS, 1998. Departamento de Psiquiatria. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>. Acesso em: 13 abr. 2008.
- JIROJANAKUL, P.; SKEVINGTON, S. M.; HUDSON, J. Predicting young children's quality of life. Social Science and Medicine, New York, v. 57, n. 7, p. 1277-1288, oct. 2003.
- MASON, V. L.; SKEVINGTON, S. M.; OSBORN, M. Assessing the properties of the WHOQOL-pain: quality of life of chronic low back pain patients during treatment. The Clinical Journal of Pain, Philadelphia, v. 26, n. 7, p. 583-592, sep. 2010.
- O'CONNELL, K. *et al.* WHOQOL-HIV for quality of life assessment among people living with HIV and AIDS: results from a field test. AIDS Care, Abingdon, v. 16, n. 7, p. 882-889, oct. 2004.

- POWER, M. J *et al.* Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research*, Amsterdam, v. 14, n. 10, p. 2197-2214, 2005.
- POWER, M. J. *et al.* Development of the WHOQOL disabilities module, *Quality of Life Research*, Amsterdam, v. 19, n. 4, p. 571-584, may 2010.
- THE WHOQOL GROUP. WHOQOL-bref: introduction, administration, scoring and generic version of assessment. Geneva: World Health Organization, 1996.
- THE WHOQOL-HIV GROUP. WHOQOL-HIV instrument users manual. Geneva: World Health Organization, 2002.
- THE WHOQOL-SRPB GROUP. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science and Medicine*, New York, v. 62, n. 6, p. 1486-1497, mar. 2006.

O Exercício Físico como Promotor da Saúde e da Qualidade de Vida em Portadores de Espondilite Anquilosante

Camila Contini Paraschiva

Mestre em Educação Física na UNIMEP

Cláudia Regina Cavaglieri

Profa. Dra. em Educação Física Adaptada, FEF – UNICAMP

Espondilite anquilosante

A Espondilite Anquilosante é o maior subtipo (BRAUN; SIEPER, 2007) dentre as patologias reumáticas pertencentes ao grupo das espondiloartropatias (CHEE; STURROCK, 2007). Consiste em uma patologia inflamatória, crônica, progressiva e autoimune, de etiologia e cura desconhecidas, que acomete o esqueleto axial resultando em dor decorrente da sacroiliite, entesite e formação de sindesmófitos levando a anquilose e deformidade do esqueleto axial e articulações periféricas (CHEE; STURROCK, 2007).

A prevalência da EA é de 0,5 a 0,9% na população mundial, acometendo ambos os sexos na proporção de dois a três homens para uma mulher (CHEE; STURROCK, 2007; MEDI-FOCUS GUIDEBOOK, 2009; BRAUN; SIEPER, 2007; KHAN, 2002). No Brasil, a proporção ocorre em dez homens para uma mulher (CHIARELLO; TORRES, 2005).

O início juvenil, antes dos 16 anos, ou após os 45 anos é menos frequente, contudo, a primeira apresenta pior prognóstico, acometendo mais frequentemente as articulações

periféricas próximas e distais (MEIRELLES; KITADAI, 1999). Na grande maioria dos casos, os primeiros sintomas se manifestam em jovens adultos (BRAUN; SIEPER, 2007) entre 20 e 40 anos (CHIARELLO; TORRES, 2005; MEDIFOCUS GUIDEBOOK, 2009; BRAUN; SIEPER, 2007; CHEE; STURROCK, 2007), sendo caracterizados primeiramente por febre, hiperalgesia, fadiga e perda de peso, além da dor surda, insidiosa na região lombar baixa e na parte inferior da região glútea (CHIARELLO; TORRES, 2005), ora à direita ora à esquerda, com irradiação para a face posterior da coxa e talalga isolada.

É caracterizada por inflamação e dor da sinovial e das enteses (CRAVO *et al.*, 2006) (inflamação nos locais de inserção de tendões, fásia, ligamentos ou cápsulas articulares no osso) (INCE *et al.*, 2006; KRAYCHETE; CALASANS; VALENTE, 2006), com acometimento do esqueleto axial (FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS *et al.*, 2006; MAKSYMOWYCH, 2007; TURAN *et al.*, 2007), sendo característico o envolvimento bilateral e precoce das articulações sacroilíacas (sacroiliite), apresentam artropatia periférica proximal (quadris e ombros) ou distal no decorrer de sua história natural (CHIARELLO; TORRES, 2005; MEIRELLES; KITADAI, 2001). O principal tecido agredido é o fibrocartilaginoso que associa a uma osteíte do osso subcondral adjacente, contudo, acomete outros tecidos, como a cápsula articular, as uniões ligamentosas ósseas periarticulares e o perióstio (CHIARELLO; TORRES, 2005). Em alguns casos ocorre entesopatia inflamatória que pode evoluir progressivamente para ossificação e anquilose.

Estudos imunohistológicos foram realizados em diferentes articulações de portadores de EA com o objetivo de determinar sua evolução. Foram encontrados intensos infiltrados de linfócitos T, B, plasmócitos e macrófagos nas articulações do joelho, do quadril e nas zigoapofisárias (AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY, 1998; BRAUN; SIEPER, 2007; APPEL *et al.*, 2006; APPEL *et al.*, 2006b). Na região sacroilíaca, além do infiltrado semelhante ao encontrado em outras articulações, foram verificados RNA-m de TNF- α , citocina pró-inflamatória, justificando o uso de inibidores do TNF- α como a mais substancial terapia no controle da evolução da patologia (BRAUN; SIEPER, 2007; APPEL; LODDENKEMPER; MIOSSEC, 2009).

O exame físico pode revelar, dependendo do tempo de duração e da gravidade da doença, desde achados precoces como a dor à compressão bimanual das articulações sacroilíacas (manobra de Menell) e a retificação da lordose lombar, até a limitação da mobilidade lombar, dorsal ou cervical nos planos ântero-posterior, rotacionais e laterais, bem como a limitação da expansibilidade torácica. O diagnóstico por imagem radiográfica baseia-se no achado de alterações do esqueleto axial, tais como sacroilite, em regra bilateral e simétrica, quadratização vertebral, anquilose das articulações interfacetárias vertebrais, presença de sindesmófitos vertebrais e ossificação do ligamento longitudinal anterior da coluna vertebral (MEIRELLES; KITADAI, 1999). O diagnóstico laboratorial envolve provas de atividade inflamatória, como a velocidade de hemossedimentação e a proteína C-reativa, que pode se encontrar elevada em alguns pacientes.

Os pacientes portadores de Espondilite Anquilosante apresentam, na evolução do quadro natural de sua doença, acometimento do esqueleto axial, sendo característico o envolvimento bilateral e precoce das articulações sacroilíacas (MEIRELLES; KITADAI, 1999). A restrição respiratória ocorre da associação do comprometimento das colunas dorsal e cervical, costovertebral e esterno-costal e da musculatura (CHIARELLO; TORRES, 2005). Ocorre também o acometimento de articulações periféricas, como a artropatia periférica proximal (quadril e ombros) ou distal. A talalgia, quando presente, pode ser secundária à fasciite plantar, à tendinite aquiliana ou mesmo à bursite retrocalcânea (MEIRELLES; KITADAI, 1999). Além disso, na EA pode ocorrer manifestações extra-articulares, como, por exemplo, uveíte, problemas pulmonares, renais, cardiovasculares e neurológicas (MEIRELLES; KITADAI, 1999; TORRES, 2005; MEDIFOCUS GUIDEBOOK, 2009), bem como psicológicos, entre eles depressão, ansiedade e estresse Lee *et al.*, (2008).

De maneira geral, as doenças reumáticas estão associadas a dores, incapacidades funcionais e baixa qualidade de vida, além do índice de mortalidade prematura de seus portadores quando comparado com a população em geral, tendo a inflamação e a doença crônica suas principais causas. Portadores de EA apresentam concentrações elevadas de marcadores in-

flamatórios, os quais são relacionados a doenças cardiovasculares indiretas, anormalidade na regulação lipídica, como sobrepeso e obesidade, aterogênese, e por alterações microvasculares. Maiores taxas de suicídio, morte acidental e as mortes relacionadas ao álcool também foram relatadas (ZOCHLING; BRAUN, 2008; ZOCHLING; BRAUN, 2009).

Capacidade funcional em portadores de EA

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), a funcionalidade e a incapacidade estão relacionadas às condições de saúde. A incapacidade resulta da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que podem atuar como facilidades ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A inflamação crônica e as progressivas e irreversíveis alterações estruturais na coluna vertebral e nas articulações periféricas resultam em limitações e incapacidades funcionais, as maiores consequências para portadores de EA, que aumentam com o envelhecimento e a duração dos sintomas (BRAUN; BARALIAKOS, 2009; BARALIAKOS *et al.*, 2008; WARD *et al.*, 2005).

A capacidade funcional é predominantemente relacionada à condição física e mostra-se um importante componente da percepção da doença pelo paciente (MUSTUR *et al.*, 2009). As limitações na mobilidade articular desencadeiam a incapacidade parcial ou total da realização das atividades da vida diária (AVDs), reduzindo conseqüentemente a Qualidade de Vida (QV) de seus portadores (BRAUN; SIEPER, 2007; CHEE; STURROCK, 2007; TURAN *et al.*, 2007).

Portadores de EA e a qualidade de vida

A qualidade de vida é definida pelo grupo WHOQOL como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele

vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995).

A avaliação da qualidade de vida em portadores de patologias específicas busca verificar o impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, bem como permitir um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição (SEIDL; ZANNON, 2004).

A qualidade de vida em portadores de doenças crônicas está diretamente relacionada à condição de saúde e física. Dessa forma, podemos utilizar como definição complementar da QV relacionada à saúde, na perspectiva biomédica, proposta por Patrick & Erickson (1993, apud Ebrahim, 1995) como o “valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde” (EBRAHIM, 1995).

Os sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas por enfermidade causam impacto ou agravo na qualidade de vida de seus portadores (SEIDL; ZANNON, 2004). Esta compreende elementos das dimensões física, mental, social, deficiência, incapacidade e desvantagens (EBRAHIM, 1995).

Os portadores de doenças crônicas não são capazes de desenvolver suas AVDs de maneira suficiente (BARALIAKOS *et al.*, 2008), fazendo com que isso seja um importante componente na percepção da patologia, bem como determinantes na sua cultura atual, no sistema de valores (BARALIAKOS *et al.*, 2008; MUSTUR *et al.*, 2009) e conseqüentemente na QV. O termo QV inclui os desejos, as expectativas e as respostas emocionais relacionadas à saúde, além da condição física que relata as situações de saúde e capacidade funcional (THE WHOQOL GROUP, 1996).

A qualidade de vida dos portadores de EA apresenta correlação inversa com as limitações dos mesmos na realização das atividades da vida diária (AVDs), confirmado pelo estudo de Singh e Strand (2009), o qual apresenta associação entre as maiores limitações com a baixa QV.

A habilidade do paciente em participar das atividades familiares e sociais, bem como trabalho, pode ser restrita pela

limitação física, influenciando diretamente no estado emocional, gerando impacto negativo na QV (OZDEMIR, 2010).

O treinamento físico busca promover melhora nas mobilidades articulares, aprimorando a amplitude articular, reduzindo marcadores inflamatórios e melhorando a convivência familiar e social.

Benefícios do exercício físico

O único propósito no tratamento dos portadores de EA era aliviar os sintomas da patologia como dor e rigidez, entretanto, a introdução dos agentes biológicos inibidores do TNF - (anti-TNF-) foi o avanço mais substancial, modificando a perspectiva de médicos e pacientes, por meio da melhora considerável na evolução clínica e radiológica. O sucesso deste tratamento se dá pela rápida redução celular no sítio de inflamação por meio do apoptose de macrófagos e linfócitos (TAYLOR, 2010).

Apesar da eficácia e benefícios da terapia com biológicos na atividade inflamatória e consequentemente proporcionar benefícios em relação à capacidade funcional e QV, estão associadas ao seu uso reações adversas imediatas e em longo prazo as aplicações endovenosas e subcutâneas.

Os exercícios, físico e terapêutico, são essenciais para administração da patologia durante todo o curso (BRAUN; BARALIAKOS, 2009). Estudos apontam que os exercícios terapêuticos, caracterizados por exercícios específicos para a coluna, de expansibilidade torácica, hidroterapia, amplitude articular e de reeducação postural global (WANG *et al.*, 2009; COSTA; MONTEAGUDO, 2007), realizados em casa, melhoraram a capacidade funcional quando comparado ao grupo sem intervenção, bem como os pacientes submetidos à terapia em grupo, os quais apresentaram melhor avaliação global. Contudo estudos com diferentes métodos de treinamentos físicos não foram bem estudados.

Diferentes tipos de exercício podem promover alterações distintas no sistema imunológico, dependendo principalmente da intensidade e duração do mesmo. O exercício de in-

tensidade moderada, praticado com regularidade melhora a capacidade de resposta do sistema imunológico, enquanto o exercício de alta intensidade e volume, praticado sob condições de stress provoca um estado de imunossupressão (PETERSEN; PEDERSEN, 2005; PRESTES *et al.*, 2006).

A qualidade de vida dos portadores de EA pode ser afetada por diferentes aspectos conforme estudo de Hamilton-West e Quine (2009), como a mobilidade, problemas emocionais, rigidez, dor, fadiga, baixa qualidade do sono, aparência, medo do futuro, efeitos colaterais dos medicamentos, relações sociais, dificuldade na atividade sexual, dificuldades em engajar-se nas atividades sociais, profundo impacto nas relações com familiares e amigos e limitação na vida social.

O exercício físico tem sido adicionado como terapia coadjuvante ao tratamento de diversas patologias inflamatórias, inclusive a Espondilite Anquilosante, com o objetivo de controlar e prevenir as deformidades associadas à patologia (RIBEIRO *et al.*, 2007; SANTOS; BROPHY; CALIN, 1998), como manter a postura corporal e aumentar a mobilidade articular.

As alterações estruturais na coluna vertebral se iniciam precocemente e são progressivas. O portador de EA é acometido por deformidades posturais causadas pelo processo inflamatório e evolução do quadro clínico com a anteriorização da cabeça, retificação da lordose lombar e cervical e aumento da cifose lombar (SOUZA *et al.*, 2008).

A redução da dor, da rigidez matinal, a prevenção das deformidades, a preservação da postura, a manutenção e melhoria da mobilidade, força, flexibilidade, da condição física e da saúde psicossocial são alguns dos objetivos específicos do tratamento da EA por meio do exercício físico (MUSTUR *et al.*, 2009).

Estudos prévios mostraram que os portadores de EA, ao incorporarem o exercício aeróbio de intensidade moderada aos protocolos regulares de exercício de terapia e à administração médica, apresentaram melhoras na mobilidade da coluna vertebral, capacidade de trabalho e na expansão torácica (WANG *et al.*, 2009). Os mesmos resultados foram encontrados por Ince *et al.* (2006) por meio de um programa multimodal (exercício aeróbio, alongamento e exercícios

para expansibilidade torácica) de 50 minutos, realizados por 12 semanas.

No estudo de Santos, Brophy e Calin (1998) com o objetivo de determinar “o quanto” de exercícios os portadores de EA deveriam realizar, concluiu-se que os indivíduos que se exercitaram de 2 a 4 horas semanais apresentaram redução na atividade da doença, bem como melhora na capacidade funcional quando comparado ao grupo controle. Já os pacientes que se exercitaram de forma intensa (10 horas ou mais) semanalmente obtiveram melhora na capacidade funcional, contudo não na atividade inflamatória da doença.

Sendo assim, podemos dizer que o exercício físico não apresenta melhoras apenas nos componentes de função e desempenho físico, mas também na saúde mental e social, atingindo diversos domínios da QV. Costa e Montegudo (2007) apresentaram alguns motivos que levam os pacientes a praticarem o exercício físico, entre eles, o intuito de se sentirem melhor, por aconselhamento médico, com objetivo de melhorar o seu estado de saúde, para retardar a evolução da doença, bem como para conviver com os amigos, chegando ao âmbito emocional, isto é, de que o exercício promove benefícios psicológicos por aumento da motivação, elevação da autoestima e da redução dos níveis de ansiedade e depressão.

O exercício físico em intensidade moderada promove modulações imunológicas por algumas horas, estando relacionado ao aumento da resposta dos mecanismos de defesa, ou seja, do sistema imunológico (LEANDRO *et al.*, 2002; LEANDRO *et al.* 2007).

Petersen e Pedersen (2005) demonstraram o efeito tardio antiinflamatório do exercício aeróbico em intensidade moderada por meio do aumento da IL-6 no exercício com consequente estimulação da produção de citocinas antiinflamatórias, como IL-1ra e IL-10, suprimindo a produção do TNF - (NIELSEN; PEDERSEN, 2008; PEDERSEN; HOFFMAN-GOETZ, 2000; PEDERSEN; FISCHER, 2007). Dessa forma, o exercício atua como terapia coadjuvante na redução do processo inflamatório da EA, principalmente por meio da redução do TNF - , podendo aumentar a independência e produtividade dos pacientes.

O melhor tratamento para a EA deve ser elaborado de acordo com as manifestações da patologia frente o surgimento e severidade dos sintomas, bem como o desejo e expectativas dos pacientes. A Espondilite Anquilosante tem longa duração e alto custo de gerenciamento e monitoramento (MONTEIRO; ZANINI, 2008), seja de maneira direta ou indireta.

O efeito antiinflamatório do exercício em intensidade moderada por meio da redução do TNF- poderia reduzir custos diretos e indiretos. O primeiro pela redução da terapia medicamentosa com possível redução das doses dos agentes biológicos, de AINES e analgésicos, bem como o intervalo de tempo para uso dos mesmos, reduzindo os custos para o Sistema Único de Saúde.

Considerações finais

O principal objetivo da terapia medicamentosa para portadores de EA é promover a redução do processo inflamatório com conseqüente alívio dos sintomas da patologia, como a dor e rigidez. A intervenção terapêutica visa de algum modo, controlar e prevenir as deformidades associadas à patologia, aprimorar a capacidade funcional e melhorar a qualidade de vida dos portadores.

O treinamento tem sido prescrito como terapia coadjuvante no tratamento de diversas patologias, mostrando-se também essencial para manutenção e administração da EA. O exercício de intensidade moderada apresenta o efeito antiinflamatório importante para portadores de EA, reduzindo o processo inflamatório, promovendo a melhora na saúde, na realização das atividades da vida diária e na qualidade de vida dos mesmos.

Referências bibliográficas

AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY. Concise communication - Immunohistologic analysis of peripheral joint disease in ankylosing spondylitis. *Arthritis & Rheumatism*, v. 41, n. 1, p. 180-182, 1998.

- APPEL, H. *et al.* Immunohistologic analysis of zygapophyseal joints in patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis & Rheumatism*, v. 54, n. 9, p. 2845-2851, 2006.
- APPEL, H. *et al.* Immunohistochemical analysis of hip arthritis in ankylosing spondylitis. *Arthritis & Rheumatism*, v. 54, n. 6, p. 1805-1813, 2006b.
- APPEL, H.; LODDENKEMPER, C.; MIOSSEC, P. Rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis - pathology of acute inflammation. *Clinical and Experimental Rheumatology*, v. 27, n. 55, p. S15-S19, 2009.
- BARALIAKOS, X. *et al.* The relationship between inflammation and new bone formation in patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Research & Therapy*, v. 10, p. R104, 2008.
- BRAUN, J.; BARALIAKOS, X. Treatment of ankylosing and other spondyloarthritides. *Current Opinion in Rheumatology*, v. 21, p. 324-334, 2009.
- BRAUN, J.; SIEPER, J. Ankylosing Spondylitis. *The Lancet*, v. 369, p. 1379-1390, 2007.
- CHEE, M. M.; SYUTRROCK, R. D. Ankylosing Spondylitis. *Scottish Medical Journal*, v. 52, n. 4, p. 32-35, nov. 2007.
- CHIARELLO, Berenice; TORRES Carolina Pedrozo. Espondilite Anquilosante. In: CHIARELLO, Berenice; DRIUSSO, Patrícia; RADU, André Luiz Mai. *Manuais de Fisioterapia: Fisioterapia Reumatológica*. SP: Manole, 2005. p.333.
- COSTA, R. M.; MONTEGUDO, M. D. Espondilite Anquilosante: o exercício físico como reabilitação e promotor de qualidade de vida. *Monografia*, 2007.
- CRAVO, A. R.; TAVARES, V.; SILVA, J. C. Terapêutica anti TNF alfa na Espondilite Anquilosante. *Acta Médica Portuguesa*, v. 19, p. 141-150, 2006.
- EBRAHIM, S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med*, v. 41, n. 10, p. 1383-1394, 1995.
- FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização

- Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. Revista Brasileira de Epidemiologia, v.8, n.2, 187-193, 2005.
- FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS, C. *et al.* One-Year Follow-up of Two Exercise Interventions for the Management of Patients with Ankylosing Spondylitis. A Randomized Controlled Trial. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, v.85, n.7, jul. 2006.
- HAMILTON-WEST, K. E.; QUINE, L. Living with Ankylosing Spondylitis- The patient's perspective. Journal of Health Psychology, v. 4, n. 6, p. 820-830, 2009.
- INCE, G.; SARPEL, T.; DURGUN, B.; ERDOGAN, S. Effects of a multimodal exercise program for people with Ankylosing Spondylitis. Physical Therapy, v. 86, n. 7, p. 924-935, 2006.
- KHAN, M. A. Update on Spondyloarthropathies. Annals of Internal Medicine, v. 136, p. 893-907, 2002.
- KRAYCHETE, D. C.; CALASANS, M. T.; VALENTE, C. M. Citocinas Pró-inflamatórias e Dor. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 46, n. 3, p. 199-206, mai./jun. 2006.
- LEANDRO, C. *et al.* Exercício físico e sistema imunológico: mecanismos e integrações. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, v. 2, n. 5, p. 80-90, 2002.
- LEANDRO, C. G. *et al.* Mecanismos adaptativos do sistema imunológico em resposta ao treinamento físico. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 13, n. 5, set./out. 2007.
- LEE, E. N. *et al.* Tai Chi for Disease Activity and Flexibility in Patients with Ankylosing Spondylitis-A controlled Clinical Trial. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, v. 5, n. 4, p. 457-462, 2008.
- MAKSYMOWYCH, W. Update on the treatment of Ankylosing Spondylitis. Therapeutics and clinical risk management, v. 3, n.6, p. 1125-1133, 2007.
- MEDIFOCUS GUIDEBOOK. Ankylosing Spondylitis update. July 2,2009. 124 páginas

- MEIRELLES, E. S.; KITADAI, F. Aspectos clínicos e epidemiológicos as Espondilite Anquilosante. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.39, n. 1, p. 30-34, jan./fev. 1999.
- MONTEIRO, R. D.; ZANINI, A. C. Análise de custo do tratamento medicamentoso da artrite reumatóide. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 44, n.1, p. 25-33, jan./mar., 2008.
- MUSTUR, D. *et al.* Assessment of Functional Disability and Quality of Life in Patients with Ankylosing Spondylitis. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, v. 137, n. 9-10, p. 524-528, 2009.
- NIELSEN, S.; PEDERSEN, B. K. Skeletal muscle as a immunogenic organ. *Current Opinion in Pharmacology*, v. 8, p. 346-351, 2008.
- ÖZDEMIR, O. Quality of life in patients with ankylosing spondylitis: relationships with spinal mobility, disease activity and functional status. *Rheumatology International*, 2010.
- PEDERSEN, B. K.; FISCHER, C. P. Beneficial health effects of exercise_ the role of IL-6 as a myokine. *TRENDS in Pharmacological Sciences*, v. 28, n. 4, p. 152-156, 2007.
- PEDERSEN, B. K.; HOFFMAN-GOETZ, L. Exercise and Immune System: Regulation, Integration and Adaptation. *Physiological Reviews*, v. 80, n. 3, p. 1055-1081, jul. 2000.
- PETERSEN, A.; PEDERSEN, B. The anti-inflammatory effect of exercise. *Journal of Applied Physiology*, v. 98, p. 1154-62, 2005.
- PRESTES, J. *et al.* Papel da Interleucina-6 como sinalizador em diferentes tecidos durante o exercício físico. *Fitness & Performance Journal*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 6, p. 348-353, nov./dez. 2006.
- RIBEIRO, F. *et al.* Exercício Físico no tratamento da espondilite anquilosante: uma revisão sistemática. *Acta Reumatológica Portuguesa*, v. 32, p. 129-137, 2007.
- SANTOS, H.; BROPHY, S.; CALIN A. Exercise in ankylosing Spondylitis: how much is optimum? *The Journal of Rheumatology*, v. 25, n. 11, p. 2156-2160, 1998.

- SEIDL, E. M.; ZANNON, C. M. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar-abr, 2004.
- SINGH, J. A.; STRAND, V. Spondyloarthritis is associated with poor function and physical health-related quality of life. *The Journal of Rheumatology*, v. 36, n. 5, p. 1012-1020, 2009.
- SOUZA, M. C. *et al.* Avaliação do equilíbrio funcional e qualidade de vida em pacientes com espondilite anquilosante. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 48, n. 5, p. 274-277, set/out, 2008.
- TAYLOR, P. C. Pharmacology of TNF blockade in rheumatoid arthritis and other chronic inflammatory diseases. *Current opinion in Pharmacology*, v. 10, p. 1-8, 2010.
- THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, v. 41, p. 1403-1410, 1995.
- THE WHOQOL GROUP. Wath quality of life? World Health Organization Quality of Life Assessment. *World Health Forum*, v. 17, n. 4, p. 354-356, 1996.
- TURAN, Y.; DURUOZ, M. T.; CERRAHOGLU, M. T. Quality of life in patients with ankylosing spondylitis: a pilot study. *Rheumatology International*, v. 27, p. 895-899, 2007.
- WANG, C-Y. *et al.* The effectiveness of exercise therapy for ankylosing spondylitis: a review. *International Journal of Rheumatic Diseases*, v. 12, p. 207-210, 2009.
- WARD, M. M. *et al.* Risk factors for functional limitations in patients with long-standing ankylosing spondylitis. *Arthritis & Rheumatism*, v. 53, n. 5, p. 710-717, oct. 2005.
- ZOCHLING, J.; BRAUN, J. Mortality in ankylosing spondylitis. *Clinical and Experimental Rheumatology*, v. 26, n. 51, p. S80-S84, 2008.
- ZOCHLING, J.; BRAUN, J. Mortality in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Clinical and Experimental Rheumatology*, v. 27, n. 55, p. S127-S130, 2009.

Atividade Física Referida e Estilo de Vida entre Trabalhadores de Enfermagem em Serviço Público de Saúde

Manuela de Santana Pi Chillida

Mestre em Enfermagem – UNICAMP

Enfermeira Supervisora, Hospital das Clínicas – UNICAMP

Luciana Contrera-Moreno

Mestre em Enfermagem – UNICAMP

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Doenças Infecciosas e

Parasitárias da Faculdade de Medicina da UFMS

Professora Assistente do Departamento de Enfermagem – Universidade

Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Maria Inês Monteiro

Mestre em Educação - UNICAMP;

Doutora em Enfermagem – USP

Professora Associada – Departamento de Enfermagem – FCM – UNICAMP

Introdução

O trabalho na área de saúde é de grande importância para a sociedade, tendo em vista o envelhecimento populacional, entre outros fatores.

Os profissionais de enfermagem são um dos grandes contingentes de trabalhadores no Brasil, especialmente nos serviços públicos, se consideradas as três categorias profissionais – auxiliar de enfermagem (ensino fundamental e curso de um ano de duração), técnico de enfermagem (curso técnico) e enfermeiro (formação na universitária).

Estes profissionais ainda não têm a jornada de trabalho regulamentada, como já ocorreu em outras profissões da área de saúde, com 30 horas semanais, perfazendo carga horária variada, entre 30 e 44 horas por semana, dependendo do vínculo de trabalho, com carga horária maior, em geral, no serviço privado.

A presença de segundo emprego tem sido relatada nesta categoria profissional, o que implica em menor tempo disponível para atividade física e outras atividades da vida pessoal. Além disso, longas jornadas de trabalho podem acarretar maior chance de erro nas atividades profissionais, podendo afetar a segurança do paciente e favorecer a ocorrência de acidentes.

Fischer (2003) aponta alguns exemplos de situações desfavoráveis que afetam o trabalhador em turnos: ruído na casa do trabalhador, o que pode prejudicar seu repouso; longo tempo de transporte; o aumento da violência, que faz com que os trabalhadores tenham medo de deslocar-se; e a terceirização dos serviços, que não incorpora os benefícios sociais conquistados pelos trabalhadores.

Em relação ao levantamento de dados relativos à atividade física, Troiano (2009, p. 737) sugere que dois aspectos devem ser considerados: “a escolha do instrumento depende dos aspectos da atividade física que o pesquisador quer mensurar [...] [e que] as medidas baseadas em instrumentos auto-relatados são atividades físicas relatadas e podem não refletir com acurácia e precisão o comportamento avaliado”.

Este estudo teve por objetivo identificar o perfil dos trabalhadores de serviço público de saúde municipal e estadual em relação a dados sociodemográficos e estilo de vida.

Metodologia

Estudo transversal realizado em dois hospitais públicos e cinco centros de saúde, na cidade de Campinas–SP. Foram entrevistados 570 trabalhadores de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa. Neste capítulo, serão apresentados os resultados referentes aos dados sociodemográficos, estilo de vida e atividade física.

Foi considerado critério de inclusão concordar em participar da pesquisa e de exclusão, trabalhadores que estavam em afastamento por licença médica, licença gestante, férias ou outro tipo de afastamento, além dos que recusaram participar da pesquisa.

O questionário QSETS (Monteiro, 1996, atualizado em 2002) com dados sociodemográficos, estilo de vida, satisfação com a vida e o trabalho, e aspectos de saúde foi utilizado para coleta de dados. Os dados de atividade física foram indagados segundo tipo de atividade realizada, duração e frequência.

Os dados foram inseridos em planilha Excel®. Para a análise descritiva e testes estatísticos foi utilizado o software SAS 9.2®.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Resultados e discussão

O hospital público municipal estudado tinha, na época da coleta de dados, 210 leitos, 31 leitos de retaguarda no pronto socorro, além de salas cirúrgicas e contava com 1550 funcionários, sendo 565 trabalhadores de enfermagem (64 enfermeiros, 30 técnicos e 471 auxiliares de enfermagem), alocados em três turnos de trabalho: diurno – manhã e tarde, com duração de seis horas e, noturno, 12 por 36 horas. Ainda no setor público municipal foram estudados os trabalhadores de cinco Centros de Saúde, na cidade de Campinas–SP (CONTRERA-MORENO, 2004).

O hospital público estadual estudado contava com 403 leitos e 1220 trabalhadores de enfermagem, no período da coleta de dados. Foram entrevistados os trabalhadores do período noturno (CHILLIDA, 2003).

Na amostra estudada, 83% eram mulheres (n=473) e 17%, homens (n=97). Em relação à profissão, 22,3% eram enfermeiros, 16,3% técnicos de enfermagem e 61,4% auxiliares de enfermagem. A maior parte dos entrevistados atuava no período noturno (65,6%) e 34,4% no diurno.

A idade média dos entrevistados foi de 38,9 anos (DP 7,8), variando entre 20 e 60 anos de idade. As faixas etárias de

maior prevalência foram de 40 a 49 anos (40,4%) e de 30 a 39 anos de idade (38,5%). Aproximadamente metade dos entrevistados era casada (50,4%). A maioria relatou realizar atividades na casa (89,6%).

Em relação ao estilo de vida, aproximadamente 1/3 fazia uso de bebida alcoólica. Dezenove por cento eram tabagistas, dado superior ao obtido no VIGITEL 2008, sistema de “Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico”, realizado pelo Ministério da Saúde, nas capitais e no Distrito Federal, que foi de 15,2%.

Dos profissionais entrevistados, 28,6% atuavam em hospital público municipal, 53% em hospital público estadual e 18,4% em Centros de Saúde.

Relataram ter outro emprego 26,8% dos entrevistados, o que pode interferir negativamente no tempo disponível para atividades físicas, de lazer, assim como em outros aspectos da vida pessoal e familiar.

A Organização Mundial de Saúde considera como normais os valores de 18,5 a 24,99 kg/m², em relação ao Índice de Massa Corpórea (IMC), como sobrepeso os valores entre 25 e 29,99 kg/m² e obesidade o valor maior ou igual a 30 kg/m². Na amostra estudada, metade dos entrevistados (50,6%) tinha Índice de Massa Corpórea no padrão normal, 31,6% apresentaram sobrepeso e 17,8%, obesidade. Aproximadamente metade dos entrevistados (49,4%) tinha IMC maior ou igual a 25 kg/m², superior a porcentagem identificada pelo VIGITEL 2008 (44,2%).

Houve pequena diferença na média de idade entre os que praticavam pelo menos 150 minutos de atividade física por semana (38,2 anos) e os que praticavam por menor tempo (39,3 anos).

Houve correlação entre atividade física por 150 minutos ou mais por semana e presença de doença com diagnóstico médico, com valor de $p=0.0007$ (teste de χ^2).

Somente 98 trabalhadores (17,2%) entre os 570 entrevistados realizavam atividade física durante pelo menos 150 minutos, cinco vezes por semana, conforme preconizado atualmente (MONTEIRO, FLORINDO, CLARO *et al.*, 2008).

Entre os 98 profissionais de enfermagem que realizavam atividade física nos padrões sugeridos atualmente, 67 tinham pelo menos uma doença com diagnóstico médico.

Embora a idade média dos entrevistados fosse de 38,9 anos (DP 7,8), 71,2% relataram pelo menos uma doença com diagnóstico médico, que é um valor elevado, quando comparado a outras categorias profissionais.

Considerações finais

A porcentagem (17,2%) de trabalhadores de enfermagem dos hospitais públicos e centros de saúde que realizavam atividade física por pelo menos 150 minutos, cinco vezes por semana foi muito pequena.

Os profissionais de enfermagem, na amostra estudada apresentaram valores acima da média nacional para tabagismo, IMC com sobrepeso e ou obesidade, além de realização de atividade física entre pequena parcela dos trabalhadores.

Outro aspecto a ser destacado é a presença de pelo menos uma doença com diagnóstico médico referida pela maioria dos trabalhadores (71,2%).

Tais fatos comprometem o estilo de vida e podem ter efeitos sobre sua saúde e qualidade de vida.

Políticas públicas que dêem suporte aos trabalhadores, em especial os do setor público, são fundamentais, visando garantir a qualidade da assistência prestada a população, assim como a qualidade de vida individual dos mesmos.

Referências bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *VIGITEL Brasil 2008*. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2008.pdf. Acesso em: 21 mar. 2011.

- CHILLIDA, M. S. P. *Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do período noturno de um hospital universitário*. 2003. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2003.
- CONTRERA-MORENO, L. *Violência e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem*. 2004. 197 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2004.
- FISCHER, F. M. Fatores individuais e condições de trabalho e de vida na tolerância ao trabalho em turnos. In: FISCHER, F. M.; MORENO, C. R. C; ROTENBERG, L. *Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas*. Atheneu: São Paulo, 2003, p. 65-76.
- MONTEIRO, M. I. *Instrumento para coleta de dados sociodemográficos, estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho - QSETS*. Campinas: Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho, 1996, atualizado em 2002.
- MONTEIRO, C.A.; FLORINDO, A.A.; CLARO, R.M. *et al.* Validade de indicadores de atividade física e sedentarismo obtidos por inquérito telefônico. *Rev Saúde Pública*, v. 42, n. 4, p. 575-81, 2008.
- TROIANO, R. Can there be a single best measure of reported physical activity? *Am J Clin Nutr*, n. 89, p. 736-37, 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Body Mass Index Classification - BMI*. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html. Acesso em: 01 mar. 2010.

Observação

Parte dos dados apresentados neste capítulo integram a dissertação de Mestrado de Manuela de Santana Pi Chillida – intitulada “Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do período noturno de um hospital universitário”, e de Luciana Contrera Moreno – “Violência e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem”, ambas receberam bolsa CAPES e foram orientadas pela Professora Dra. Maria Inês Monteiro, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem – UNICAMP.

Ações Públicas Voltadas para Qualidade de Vida do Idoso

Cristina Medeiros da Silva

*Educadora Física com Especialização em Atividade Física e Qualidade
de Vida na FEF/UNICAMP*

Paulo Cerri

Cirurgião Dentista com Especialização em Saúde Bucal Coletiva

Sônia Maria Dorta Ferreira

*Enfermeira com Especialização em
Geriatria e Gerontologia na FCM/UNICAMP*

Valquíria Magrini

Psicóloga com Especialização em Grupo Psicanalítico

Introdução

No Brasil, olhar para questões vivenciadas pelas pessoas idosas significa deparar-se em um contexto de diferenças sociais, culturais, econômicas e principalmente individuais. Um enorme desafio para a humanidade é garantir às pessoas envelhecer dignamente com saúde e qualidade de vida. Este processo está sujeito a peculiaridades sócio-culturais e econômicas que causam preocupação tanto aos profissionais de saúde que atuam neste processo, quanto à sociedade em geral.

Políticas públicas voltadas para pessoas idosas

Muitas são as ações voltadas para políticas públicas no Brasil na tentativa de garantir o direito universal e integral à saúde. Na constituição de 1988 foi conquistado o direito à saúde através do artigo 196, que diz: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos...”* (Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – Seção II – Saúde).

Concomitantemente à regulamentação do SUS, o Brasil prepara-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. Como exemplo: a “Política Nacional do Idoso” (1996); “Política Nacional de Saúde do Idoso” (1999); organização e a implantação de “Redes Estaduais de Assistência à saúde do Idoso” – NOAS (2002); o “Estatuto do Idoso”(2003); a “Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa” (2006).

Com base na Lei 8.842/94 da Política Nacional do Idoso (PNI), o artigo nº. 1 tem o objetivo de: “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”, o que evidencia a possibilidade da proteção e a inclusão do idoso na sociedade, sendo necessário avaliar as dificuldades e os avanços no processo de construção da realidade sobre a questão da velhice; enfatizando a criação, a ampliação e a melhoria de propostas de ações que possam aumentar o nível de qualidade de vida e dignidade do idoso brasileiro (BORGES, 2003)

O Estatuto do Idoso (2003) reafirma os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, procurando garantir aos idosos gozar de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana (preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade) sendo obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público (nesta ordem de responsabilização) assegurar esses direitos ao idoso.

Nosso país caminha rapidamente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o número de pessoas

no Brasil com sessenta ou mais anos de idade passou de três milhões em 1960 para 14 milhões em 2000, devendo atingir 32 milhões em 2025. Estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos; dentro deste grupo, os denominados “idosos em velhice avançada” (idade igual ou maior que 80 anos), que também vêm aumentando, representam 12,8% da população idosa e 1,1% da população total.

Esta mudança de perfil mobiliza os órgãos governamentais e não-governamentais para ofertar seguridade a esta população, tanto na assistência à saúde como na assistência social. Muitos são os desafios que se apresentam para os poderes públicos e privados, num campo que vai lentamente demonstrando-se digno da atenção de políticos, administradores e pesquisadores. (RODRIGUES e RAUTH, 2006) Contudo, compete à política nacional de saúde contribuir para que mais pessoas possam alcançar as idades avançadas e desfrutar de um envelhecimento ativo e saudável, em domínio de sua autonomia e independência.

Na saúde, é relevante uma abordagem integral, transformando o contexto atual, na produção de um ambiente social e cultural favorável para a população idosa, tendo por princípio o respeito à dignidade de cada um.

É de suma importância a participação do profissional de saúde neste esforço e em seus desdobramentos, não só do ponto de vista demográfico, mas com visão holística no contexto social, psicológico, econômico e político, priorizando formas de envelhecimento ativo, saudável e em consequência a tão almejada boa qualidade de vida.

Envelhecimento e qualidade de vida

O envelhecimento causa várias mudanças fisiológicas fragilizantes no organismo e para postergar esse processo é necessário que o idoso consiga o melhor controle sobre sua saúde, mantendo sua capacidade funcional, em consequência preservar sua autonomia e independência pessoal, o que o tornará mais seguro e satisfeito.

Um grande desafio, segundo o Ministério da Saúde (MS) 2006, na atenção à saúde do idoso, é auxiliá-lo a redescobrir formas de viver com a máxima qualidade possível. No âmbito familiar e social, se conseguirem reconhecer as potencialidades e o valor destes.

Porque “Velhice não é sinônimo de doença”, existem diferentes modos de envelhecer, aqui enfatizamos a velhice “ótima” o que significa referenciar uma condição ideal de bem-estar pessoal e social. É fundamental promover a saúde física e psicológica ao longo de todo o curso de vida, e principalmente a educação constante na vida adulta e na velhice (NERI, 2003).

Para os profissionais de saúde é desafiador este cenário fragmentado em que há tantas particularidades no processo de envelhecer, principalmente nas questões sobre prevenção, promoção a sua saúde e qualidade de vida. A equipe interdisciplinar de saúde necessita compreender a pessoa idosa e cuidar dela como um ser integrado, ativo e com sentimentos assumindo a melhora na Qualidade de Vida como meta para o idoso.

Conceituar Qualidade de Vida é relativamente complexo devido aos distintos enfoques envolvidos. Muitas são as disciplinas e profissões que se ocupam dessa tarefa; o tema emerge aproximadamente há 50 anos, inicialmente com cientistas, sociólogos e políticos, seguidos pelos profissionais de saúde e, finalmente com todas as áreas da atividade humana (Paschoal, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no WHOQOL GROUP (1994) definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Paschoal, 2006).

Qualidade de vida, além de ser a percepção individual sobre a própria vida, engloba questões de extrema relevância, como: a cultura, a religiosidade, a educação, a etnia, o gênero, o nível socioeconômico, dimensões pelos quais os indivíduos se estruturam perante a sociedade, base para o desenvolvimento humano. Devemos lembrar que a Qualidade de Vida é um processo que está em constante mudança, assim como a evolução humana e as necessidades individuais.

O contexto Qualidade de Vida especialmente do idoso, deve incluir a saúde numa perspectiva fisiológica, patológica e bioética e necessária acessibilidade dos idosos, considerando a equidade, a universalidade e a integralidade, pois como cidadãos os idosos tem o direito a ter uma vida justa, que proporcionem uma boa qualidade de vida.

É recente uma nova sensibilidade social para com a velhice. De acordo com Neri (2007), múltiplos elementos vêm contribuindo para isso, como, por exemplo:

A crescente conscientização da sociedade, a visibilidade do idoso, investimentos de instituições sociais, novas oportunidades sociais para o idoso, criação de um novo mercado.

Mudanças de estereótipos, os novos idosos brasileiros são mais saudáveis, vivem mais e são mais produtivos do que no passado.

A perspectiva do envelhecimento mantendo a juventude, ser assumida como expectativa realizável, sob suporte de vários segmentos de interesse: profissional, institucional, mídia e propaganda de mercado, transformando esse sonho em realidade.

Por esses motivos é indispensável que profissionais de saúde interessados na saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas, tenham a oportunidade de realizar trabalhos, programas, enfim prestar a assistência adequada à pessoa idosa focalizados na promoção da saúde e da qualidade de vida.

Diante desta realidade, passou a existir a preocupação de alguns profissionais do Centro de Saúde da Comunidade – Cecom – UNICAMP. De onde observamos um aumento da visibilidade de pessoas desta faixa etária, usuários frequentadores do serviço, que muitas vezes nos procuravam não somente para um procedimento, mas sim para conversar e compartilhar suas dificuldades perante sua saúde, e principalmente sua vivência na sociedade.

Consta em nossos registros aproximadamente 3.400 idosos, dentre eles funcionários e docentes da UNICAMP. Realizamos uma coleta de dados de uma pequena amostra desses usuários sobre a concepção de um programa que abordasse vários assuntos enfatizando a saúde, a cidadania e a qualidade de vida. Obtivemos um resultado positivo, e consideramos

a importância de assistir esta questão, com um olhar ampliado e atuando sobre problemas reais, através de um programa com uma equipe multiprofissional, que contemple ações de prevenção, promoção e reabilitação à saúde e em consequência a sua qualidade de vida.

A metodologia utilizada é um atendimento em grupo, que permite uma maior interação, troca de experiências, e promover novas descobertas e significados do envelhecer. Os temas abordados pela equipe multiprofissional são: cuidados bucais, saúde visual, atividade física, saúde mental, alimentação saudável, orientações sobre o auto cuidado, e informações sobre a prevenção e o controle de doenças características desta faixa etária.

No grupo, observamos a importância da troca de experiências, o que fortaleceu as relações interpessoais e ampliou as possibilidades de conhecimentos. Proporcionou também uma maior conscientização dos idosos sobre cuidados com a saúde e a importância da mudança de alguns hábitos prejudiciais. Destacamos abaixo alguns comentários descritos pelos participantes:

“Foi muito bom participar dessas reuniões, pois vi que não estou sozinho e que outras pessoas têm os mesmos problemas que eu. Agora vai ficar mais fácil lidar com eles!” A.T., 58 anos.

“... que são informações muito importantes para a gente cuidar da saúde.” M.Z., 61 anos.

“A equipe é muito competente e dedicada. Espero que outras pessoas possam aprender como eu.” I.Z., 63 anos.

“Essas informações foram muito importantes. Conteí para a minha irmã as coisas que eu aprendi aqui.” S.C., 69 anos.

Sugestões

Sugestões para um Envelhecimento Saudável:

- O envelhecimento é um processo natural no ser humano, porém a atitude de vida saudável pode fazer a diferença e proporcionar uma boa melhora na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida.
- Mantenha hábitos saudáveis: não fume, não beba em excesso, evite ambientes com ruídos intensos e exposição ao sol sem proteção.
- Pratique atividade física, pois isto trará mais disposição, e ajudará a controlar doenças como diabetes, hipertensão, estresse, depressão e dores osteo-articulares, assim como melhorará o sono.
- Muitas doenças crônicas podem ser controladas por meio de tratamento adequado, que em muito depende de você.
- Tenha uma alimentação rica em fibras (frutas e verduras) e pobre em gorduras. Não se esqueça de ingerir água frequentemente, principalmente no calor.
- Busque atividade de lazer como passeios e amizades, afinal lazer é realizar o que lhe dá prazer.
- Conserve o contato e o afeto valorize a sua sexualidade.
- Projete seu futuro, participe de decisões. Mantenha seu direito a cidadania, aproveite as oportunidades.
- Tenha sempre atividades intelectuais que preservem a memória como: ler, praticar jogos de raciocínio (xadres, dama, palavra cruzada, sudoku, dominó, truco, etc).
- Mantenha o equilíbrio mental: acredite em algo, tenha fé e cultive a espiritualidade.
- Procure fazer uso adequado de medicamentos prescritos pelo médico.
- Busque aconselhamento com profissionais da saúde algumas vezes fundamentais para desenvolver o envelhecimento saudável.
- Ações positivas no cotidiano melhoram o seu humor e sua saúde.

“A promoção da saúde e Qualidade de Vida é uma atitude que depende muito de você.”

Conclusão

O envelhecimento da população é um fenômeno global e relativamente recente no mundo. Atualmente, no Brasil, a população de idosos já ultrapassa 7% do total e esta faixa etária é a que tem apresentado maior aumento conforme os últimos censos realizados. Temos em torno de 18 milhões de idosos.

A velhice é um período normal do ciclo da vida, caracterizado por algumas mudanças físicas, mentais e psicológicas. Nesta fase, é importante conhecer, conscientizar, rever e avaliar quais os aspectos e hábitos do passado que devem ser mantidos e quais devem ser rejeitados.

Devemos lembrar que o homem nunca é “um produto acabado”; ele se refina, se adapta, se modifica. Durante todo o percurso de nossas vidas, aparecem oportunidades e crises, então sempre é possível mudar e crescer, mesmo estando na velhice, pois a vida sempre nos dá novas oportunidades.

Vemos que é mais fácil envelhecer quando não somos entediados, quando temos interesse por pessoas e projetos, quando temos o espírito aberto, acesso a informações e principalmente, quando temos saúde.

Assim, faz-se necessário uma concentração de esforços nas diferentes áreas profissionais, objetivando proporcionar um envelhecer de forma saudável.

Concluimos que esse programa, oferecido em grupo, amplia as oportunidades de trocas de informações, de experiências, esclarecimento de dúvidas e mitos, trabalha as emoções, resgata a auto estima, socializa, informa, orienta e promove a saúde física e mental.

“Viva De Bem Com Sua Saúde.

Pratique Hábitos De Vida Saudáveis.”

Referências bibliográficas

- BORGES, M C M. O Idoso e as Políticas Públicas e sociais no Brasil. In: Simson, O R M V; Néri, A L; Cachioni, M. As Múltiplas Faces da Velhice no Brasil. Campinas, SP: Alínea; 2003. pp. 79-82.
- CONGRESSO NACIONAL. Projeto de Lei da Câmara nº 57, de 2003 (nº 3.561, de 1997, na Casa de origem). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Anexo ao parecer Nº 1.301, de 2003.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>, Acesso em: 08/03/2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Caderno de Atenção nº 19. Brasília, 2006, pp.: 8-14.
- NERI A L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: Qualidade de Vida e Idade Madura. 5º edição, Papirus, 2003, PP 9 a 55.
- _____. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri A L, *et al.* Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas, SP: Alínea;2007. Pp13-60.
- PASCHOAL S. M. P. Qualidade de Vida na Velhice. In: Freitas, E V; Py, L; Cançado, F A X; *et al* (edit) Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. pp. 131-153.
- POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA, Portaria Nº2.528 de 19 de outubro de 2006: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em: 16/03/2011
- RODRIGUES, N C; Rauth, J. Os Desafios do Envelhecimento no Brasil In: Freitas, E V; Py, L; Cançado, F A X, *et al* (edit). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. pp186 –192.

***Carregadores em Mercado Atacadista e
Varejista de Micro e Pequenas Empresas na
Cidade de Campinas–SP:
Perfil e Estilo de Vida***

Maria Inês Monteiro

Mestre em Educação – UNICAMP;

Doutora em Enfermagem – USP

Professora Associada –

Departamento de Enfermagem – FCM – UNICAMP

Aparecida Mari Iguti

Mestre e Doutora em Saúde Coletiva

Professora Associada - Departamento de Medicina Preventiva e Saúde

Coletiva – FCM – UNICAMP

Carlos Eduardo Siqueira

MD, ScD; Assistant Professor – Department of Community Health and

Sustainability – UMass Lowell – USA

Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Mestre e Doutor em Saúde Coletiva

Professor Associado – Departamento de Medicina Preventiva e Saúde

Coletiva – FCM – UNICAMP

Introdução

O trabalho informal foi cunhado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1997), em 1972, nos relatórios sobre Gana e Quênia, elaborados no âmbito do Programa Mundial de Emprego, nos quais foi identificada a “existência de um grande

número de trabalhadores pobres, ocupados em produzir bens e serviços, sem que suas atividades fossem reconhecidas, registradas, protegidas ou regulamentadas pelas autoridades públicas”, como um problema, em detrimento do desemprego.

Para o Programa Regional de Emprego para a América Latina e Caribe (PREALC) da OIT, o setor informal é composto por pequenas atividades urbanas, geradoras de renda, que se desenvolvem fora do âmbito normativo oficial, em mercados desregulados e competitivos, em que é difícil distinguir a diferença entre capital e trabalho. Essas atividades utilizam-se de pouco capital, técnicas rudimentares e mão de obra pouco qualificada e produzem emprego instável de reduzida produtividade e baixa renda. O setor também se caracteriza pela falta de acesso aos financiamentos e créditos disponíveis ao setor formal e também pela baixa capacidade de acumulação de capital e renda (JAKOBSEN, 2000).

O modelo brasileiro de prevenção às doenças ocupacionais e doenças relacionadas ao trabalho, em geral, não inclui grandes espaços de administração pública no qual atuam empresas, trabalhadores autônomos, micro-empresários e empregados subcontratados (SABINO *et al.*, 2002).

Em que pese essa realidade adversa, o Brasil evoluiu muito quando se comparam as condições atuais com aquelas constatadas há mais de vinte anos sobre as insuficiências que existiram nos sistemas de compensação por doenças e acidentes relacionados ao trabalho formal (POSSAS, 1987).

A carência de aplicação de princípios de saúde coletiva para proteger os trabalhadores de grandes empresas públicas, autarquias, e espaços de economia mista público-privada foi relatada por GEHRING JUNIOR *et al.*, (2003).

Os espaços públicos de economia e trabalho ampliado em muito se assemelham às condições encontradas nas grandes corporações, as quais têm também agravado os indicadores de saúde e necessitam de alternativas para proteger e promover a saúde (MONTEIRO, SIQUEIRA, CORREA FILHO, 2008).

Um aspecto importante da vida dos trabalhadores que atuam como carregadores autônomos nos grandes mercados de abastecimento central de hortigranjeiros é o envelhecimen-

to e a permanência na função por tempo mais longo que os jovens permanecem no mercado de trabalho privado usual.

O sistema de “Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico” – VIGITEL propõe, além do critério de avaliação da atividade física, que sejam consideradas também as atividades realizadas durante a jornada de trabalho, no desempenho da função, assim como os deslocamentos realizados durante o dia e as tarefas realizadas no domicílio (MONTEIRO, FLORINDO, CLARO, 2008).

É de fundamental importância que sejam realizados estudos que avaliem diferentes atividades realizadas no desempenho das funções no trabalho, tendo em vista o desgaste precoce a que os trabalhadores podem estar expostos, e que podem ter impacto em sua qualidade de vida.

Metodologia

Estudo epidemiológico transversal realizado junto aos carregadores autônomos que atuavam nas Centrais de Abastecimento de Campinas – CEASA.

Foram incluídos na amostra 99 carregadores autônomos que transportavam carga no Mercado Hortifrutigranjeiro e que concordaram em participar da pesquisa. Para a coleta de dados foi utilizado o questionário QSETS (Monteiro, 1996, atualizado em 2006) com dados sociodemográficos, estilo de vida, satisfação com a vida e o trabalho, e aspectos de saúde.

Foi realizada também observação dos locais de trabalho, com elaboração de diário de campo pela primeira autora.

Os dados foram inseridos em planilha Excel®. Para a análise descritiva e testes estatísticos foi utilizado o software SAS 9.2®.

Em relação aos aspectos éticos o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e foi aprovado. Foi utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados e discussão

Todos os entrevistados eram homens, com média de idade de 43,6 anos (DP 11,2) e 2/3 tinha menos que 50 anos de idade. Um importante aspecto a ser destacado é a presença de 33,3% com 50 anos de idade ou mais, em atividade com intensa demanda física.

A maioria era casada (63,4%), com filhos (84,2%), e residia na região metropolitana de Campinas (96,7%), sendo 55,6% em Campinas e 27,3% em Sumaré. Entre os carregadores, 22,1% tinham quatro anos de estudo ou menos.

O trabalho realizado era basicamente com demanda física, deslocando carga de aproximadamente 500 kg de produtos, por viagem, em carrinho de madeira, aberto nas laterais, na área pertencente à Ceasa.

Os carregadores autônomos pagavam uma pequena taxa a Ceasa pelo “uso do solo”, em torno de dez reais ao mês, no período de realização da pesquisa. Além disso, é mantido um cadastro pela direção da instituição, com dados dos carregadores. Não é permitida a presença de carregadores não cadastrados.

Parte dos carregadores é filiada ao Sindicato dos trabalhadores, com sede em São Paulo, sendo Campinas uma subseção do mesmo.

Os produtos são transportados durante a jornada de trabalho, que se inicia às 5 horas da manhã, nos dias de feira de hortifrutigranjeiros – segunda, quarta e sexta-feira. Os mercados funcionam de segunda feira a sábado, com movimentação variada, concentrando-se basicamente nos dias referidos.

Em relação ao estilo de vida, 20,2% eram tabagistas, valor superior ao obtido pelo inquérito do VIGITEL 2009 para população masculina (19%) nas capitais brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2010).

Relataram ter sofrido acidente de trabalho no último ano 11,5% dos carregadores.

Em relação à capacidade atual para o trabalho, em escala que variou de zero a dez, sendo dez o maior valor, 22,2%

tiveram escore na categoria baixa e moderada, 38,4% na boa e 39,4% na ótima.

Outro dado a ser destacado é a saúde comparada a outras pessoas de idade semelhante, com as seguintes possibilidades de resposta: “pior, pouco pior, igual, melhor e muito melhor”. Neste estudo, 57,9% dos trabalhadores consideraram sua saúde “melhor ou muito melhor” que a de outras pessoas de idade semelhante.

Deve ser aqui considerada a possibilidade de ocorrência do efeito trabalhador sadio, com a permanência dos que estão em melhor situação de saúde (CHECKOWAY, PEARCE, CRAWFORD-BROWN, 1989).

Apesar do trabalho desgastante e mesmo com 44,9% dos carregadores terem referido outra atividade de trabalho remunerada (segundo emprego), 60,8% dos entrevistados relataram realizar atividades domésticas.

A realização de atividade física fora do trabalho foi pequena entre os carregadores, com poucos realizando pelo menos 150 minutos de atividade por semana, sendo mais frequente a caminhada e utilizar bicicleta, porém em períodos curtos de tempo e ou baixa frequência na semana. Foram obtidos dados diferentes somente para os que relataram jogar futebol (n=14), dos quais 12 referiram pelo menos 150 minutos de prática da atividade por semana.

Esta pesquisa teve como limitação o fato de ser um estudo transversal, o que permitiu observar somente dados relativos à prevalência.

Conclusão

O trabalho desenvolvido por carregadores em micro e pequenas empresas é, em geral, desgastante, envolvendo o uso do corpo para deslocamento de carrinho com mercadorias.

Trabalhadores informais compõem importante parcela da população economicamente ativa do Brasil, em décadas recentes, e o suporte em relação aos aspectos de saúde é fundamental, visando garantir boa qualidade de vida.

Referências bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIGITEL Brasil 2009. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/publicacao_vigitel_2009.pdf. Acesso em: 27 mar. 2011.
- CHECKOWAY, H.; PEARCE, N.; CRAWFORD-BROWN, D. J. *Research methods in occupational epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1989.
- GEHRING JÚNIOR, G.; SOARES, S. E.; CORRÊA-FILHO, H. R. Serviços de Saúde do Trabalhador: a co-gestão em universidade pública. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, n.17, p. 98-110, 2003.
- JAKOBSEN, K. A. A dimensão do trabalho informal na América Latina e no Brasil. In: JAKOBSEN, K. A. A.; MARTINS, R.; DOMBROWSKI, O. (org) *Mapa do Trabalho Informal*. Perfil socioeconômico dos trabalhadores informais na cidade de São Paulo. Fundação Perseu Abramo/CUT, 2000.
- MONTEIRO, C.A.; FLORINDO, A.A.; CLARO, R.M. *et al.* Validade de indicadores de atividade física e sedentarismo obtidos por inquérito telefônico. *Rev Saúde Pública*, v. 42, n. 4, p. 575-81, 2008.
- MONTEIRO, M. I. *Instrumento para coleta de dados sociodemográficos, estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho - QSETS*. Campinas: Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho, 1996, atualizado em 2006.
- MONTEIRO, M. I.; SIQUEIRA, C. E.; CORREA FILHO, H. R. Produção justa e sustentável: meio ambiente e qualidade de vida corporativa. In: VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L., (ed). *Qualidade de vida no ambiente corporativo*. Campinas: IPES Editorial - UNICAMP- Faculdade de Educação Física, 2008. p. 43-51p.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO – OIT. *Conferência Internacional do Trabalho: Contract Labour, 85º sessão*. Report VI-1. Genebra, 1997.

POSSAS, C. Avaliação da situação atual do sistema de informação sobre doenças e acidentes do trabalho no âmbito da Previdência Social Brasileira e propostas para sua reformulação. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, n. 15, p. 43-67, 1987.

SABINO, M. O.; CORRÊA-FILHO, H. R.; LORENZ, V. R. Tópicos sobre a saúde do trabalhador para a atuação da promotoria. In: ARANHA, M.I; TOJAL, S.B. (ed). *Curso de especialização à distância em Direito Sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal*. 1 ed. Brasília DF: UnB & ENSP-FIOCRUZ; 2002. p. 217-283.

Financiamento

Esta pesquisa recebeu financiamento do Projeto de Pesquisa em Políticas Públicas – FAPESP, (processo 03/06410-4): “Bases para a implantação de um Serviço Público de Saúde do Trabalhador no trabalho informal e em micro e pequenas empresas de comércio hortifrutigranjeiro no Estado de São Paulo”, coordenado pela Professora Dra. Maria Inês Monteiro e recebeu Termo Aditivo ao Convênio UNICAMP/ University of Massachusetts - UMASS-LOWELL - USA.

Estilo de Vida de Trabalhadores Rurais em Holambra-SP e Andradas-MG

Maria Cristina Stolf Welle

Mestre em Enfermagem – UNICAMP

Enfermeira. Centro de Saúde da Comunidade - CECOM – UNICAMP

Stênio Trevisan Manzoli

Mestrando em Enfermagem

Departamento de Enfermagem – FCM – UNICAMP

Flavia Nemézio Mariotto

Mestranda em Enfermagem

Departamento de Enfermagem – FCM – UNICAMP

Maria Inês Monteiro

Mestre em Educação – UNICAMP;

Doutora em Enfermagem – USP

Profa. Associada - Departamento de Enfermagem - FCM - UNICAMP

Os estudos sobre o trabalho no Brasil expõem um paradoxo, se por um lado há o trabalho formal altamente especializado, pode existir, muitas vezes, no mesmo território, a presença do trabalho informal e precarizado. Melhorar as condições para o trabalhador inserido no trabalho precário será o grande desafio para as próximas décadas, assim como a preservação da capacidade para o trabalho, e de sua integridade (física, mental, social e cultural), nos diferentes grupos etários (jovens e adultos), independentemente de sua inserção laboral e econômica (MONTEIRO, 2003).

Nos últimos anos, profundas transformações foram observadas no meio rural brasileiro, seja no que diz respeito à

incorporação de novas tecnologias e processos produtivos, ou pela crescente subordinação do homem do campo à economia de mercado (PERES, LUCCA, PONTE *et al.*, 2004).

O crescimento e a competitividade no setor de flores e plantas ornamentais produziram radical mudança no processo de trabalho, passando da singeleza para a economia de mercado, o que gerou mudanças ambientais, nas cargas de trabalho e nos seus efeitos sobre a saúde, deixando os trabalhadores rurais expostos a riscos diversificados. Podemos observar uma pressão em relação a novas exigências; tanto à qualificação profissional quanto aprendizado de novas tecnologias (WELLE, 2008).

Quando a saúde do trabalhador é referida, deve ter como base um enfoque ampliado na busca de recursos interdisciplinar, multiprofissional, privilegiando sempre medidas de prevenção. É preciso incorporar o conhecimento dos trabalhadores, constatando como sua formação e prática discursivas consolidam-se; relacionando-as com as práticas extra discursivas, elas servirão para potencializar lutas pela melhoria das condições de trabalho e defesa da saúde (LACAZ, 2007).

Apesar do crescimento da importância das atividades agrícolas na última década, ainda é pequeno o interesse no estudo de aspectos da saúde e segurança na agricultura, concentrando-se o interesse no desenvolvimento de tecnologias no setor agropecuário, não considerando, em geral, as possíveis consequências quanto à saúde e segurança do trabalhador (FRANK *et al.*, 2004).

Esta pesquisa teve por objetivo traçar o perfil dos trabalhadores de plantações de flores e verduras em relação ao estilo de vida.

Metodologia

Pesquisa de abordagem quantitativa, com corte transversal cujos dados foram coletados em empresas de plantação de flores em Holambra-SP e plantação de verduras e flores em Andradadas-MG.

Como critério de inclusão em Holambra foi o sorteio de empresas com 40 trabalhadores ou mais e que aceitaram participar da pesquisa. Em Andradas, foram incluídos os trabalhadores que aceitaram participar da pesquisa, em empresas de plantação de flores e de verduras.

Para a coleta de dados foi utilizado o questionário QSETS (Monteiro, 1996, atualizado em 2006) com dados sociodemográficos, estilo de vida, satisfação com a vida e o trabalho, e aspectos de saúde.

Os dados foram inseridos no Programa Excel® e para a elaboração de estatística descritiva e testes estatísticos foi utilizado o programa SAS® 9.2.

A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Resultados e discussão

O município de Holambra–SP tinha 9111 habitantes – população estimada em 01/07/2006 –, possuía 186 estabelecimentos agropecuários, situados em área de 3.553 hectares, que corresponde a 50% da área do município. Aproximadamente metade da população reside em área rural, com boa qualidade de vida (IBGE, 2004).

A cidade de Andradas, localizada no Estado de Minas Gerais contava com 34956 habitantes, em 2007.

A produção de flores e plantas ornamentais no Brasil se concentrava inicialmente no Estado de São Paulo, tendo o cultivo se expandido para os Estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul, Bahia, Alagoas, Pernambuco e Ceará, além da região norte do país. Entre as vantagens presentes para ampliar a produção de flores, devem ser destacados os microclimas existentes, disponibilidade de terra, água, mão de obra e tecnologias agrônomicas disponíveis (BRASIL, 2007).

A maioria dos trabalhadores das plantações de flores nas cidades de Andradas–MG e Holambra–SP, e de verduras, em Andradas–MG eram do sexo masculino (57,7%), com idade

média de 31,3 anos (DP 11,9), variando de 15 a 76 anos de idade; casados (61,5%) e tinham filhos (63,1%).

Entre os 221 trabalhadores que referiram ter filho, estes tinham, em média, 2,4 filhos, valor este acima da porcentagem atual para o Brasil, cuja taxa de fecundidade era de dois filhos (IBGE, 2009). A maioria (78,3%) tinha de um a três filhos. A maior parte dos trabalhadores professou crença religiosa (87,3%) e 51,5% frequentava missa ou culto religioso.

A demanda de trabalho era predominantemente física, para a maior parte dos trabalhadores (86%). Na amostra estudada, 67,5% iniciou a vida laboral antes dos 16 anos de idade.

Entre os trabalhadores entrevistados, 4,2% relataram a ocorrência de acidente de trabalho nos últimos 12 meses. Este valor é inferior ao obtido por Faria, Facchini e Fassa (2000), em estudo realizado com trabalhadores rurais da Serra gaúcha, no qual 10% relataram acidente de trabalho.

A maioria dos entrevistados realizava atividades domésticas (76,8%), apesar das longas jornadas de trabalho. Em Andradas, foi observado que em algumas empresas a mulher tinha intervalo de almoço maior que o do homem em uma hora, com a finalidade de que ela preparasse a refeição para a família.

Relataram “muita satisfação” ou “satisfação com o trabalho” 77,9% dos entrevistados, valor inferior ao relatado quanto a satisfação com a vida, que foi de 86,7%.

Quanto aos aspectos de saúde, 41,2% referiram pelo menos uma doença com diagnóstico médico no último ano. Outro importante aspecto a ser destacado é que 53,5% consideraram sua saúde igual ou pior aos de outras pessoas da mesma idade. A queixa de dor foi frequente entre os trabalhadores, pois 42,1% referiram dor nos últimos seis meses, sendo as de maior prevalência: cefaleia, lombalgia e em membros inferiores. Já a presença de dor na última semana foi referida por 31,2%, sendo a lombalgia e cefaleia as de maior prevalência.

Em relação ao estilo de vida, 19,2% eram tabagistas e 34,4% referiram ingestão de bebida alcoólica. A prática de atividade física nos padrões propostos na atualidade (BRASIL, 2010) foi ínfima, pois somente 8,8% praticavam algum tipo de atividade

durante 150 minutos ou mais, por semana. Provavelmente este fato ocorra pelo tipo de trabalho realizado.

Concordamos com Faria, Facchini e Fassa (2000, p.126) sobre “a importância social da agricultura familiar indica a necessidade de programas que visem ao seu fortalecimento enquanto grupo social e setor econômico de produção agrícola”.

Considerações finais

É importante que estudos mais detalhados envolvendo trabalhadores rurais sejam realizados, tendo em vista a possibilidade de melhoria nas condições de trabalho e vida, tendo em vista que o agronegócio ocupa importante papel na economia, no Brasil.

Referências bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *VIGITEL Brasil 2009*. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/publicacao_vigitel_2009.pdf. Acesso em: 27 mar. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO EXTERIOR. *Aprendendo a exportar*. Disponível em <http://www.aprendendoaexportar.gov.br/flores/>. Acesso em 13.04.2007

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Projeto de promoção da saúde*. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 01 nov. 2000.

FARIA, N.; FACCHINI, L. A.; FASSA, A. G. *et al.* Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. *Cad Saúde Pública*, v. 16, n.1, p. 115-128, 2000.

FRANK, A. L.; MCKNIGHT, R.; KIRKHORN, S. R.; GUNDERSON, P. Issues of agricultural safety and health. *Annual Review of Public Health*, Palo Alto, v. 25, p. 225-245, 2004.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.
IBGE. *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009*.
Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 03 set.
2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.
IBGE. *Cidades @*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
Acesso em: 03 mar. 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.
IBGE. *Contagem da população 2007*. Disponível em: [http://www.
ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_17.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_17.pdf). Acesso em 01 mar. 2011.
- LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, abr. 2007.
- MONTEIRO, M. I. *Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de diferentes ramos produtivos*. Projeto de Pesquisa. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho, 2003.
- PERES, F.; LUCCA, S. R.; PONTE, L. M. D.; RODRIGUES, K. M.; ROZEMBERG, B. Percepção das condições de trabalho em uma tradicional comunidade agrícola em Boa Esperança, Nova Friburgo, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1059-1068, jul-ag, 2004.
- WELLE, M. C. S. *Fadiga e capacidade para o trabalho entre trabalhadores rurais de flores e plantas da região de Holambra-SP*. 2008. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2008.

Observação

Os dados utilizados neste capítulo integram os resultados do Projeto de Pesquisa em Políticas Públicas, fase II, financiado pela FAPESP, coordenado pela Profa. Dra. Maria Inês Monteiro. Parte dos dados é referente à dissertação de Mestrado de Maria Cristina Stolf Welle – Programa de Pós-graduação em Enfermagem – UNICAMP intitulada “Fadiga e capacidade para o trabalho entre trabalhadores rurais de flores e plantas da região de Holambra-SP”, orientada pela Professora Dra. Maria Inês Monteiro; e dos projetos de iniciação científica com financiamento do PIBIC-CNPq, IC-CNPq e IC-SAE-UNICAMP.

Agradecimento

A Giuliana Bin pela participação na coleta de dados.

Uma Aproximação da Discussão da Qualidade de vida com as Políticas Públicas e as Necessidades Humanas

Lenir Aparecida Mainardes da Silva

Profa. Adjunta do Curso de Serviço Social da UEPG

A Qualidade de vida

O esforço deste trabalho é elaborar uma aproximação entre a discussão da qualidade de vida e as políticas públicas, onde a ponte será a compreensão de necessidades humanas conforme discutida por Potyara A.P. Pereira, em seu livro *Necessidades Humanas –subsídios à crítica dos mínimos sociais*. O texto objetiva refletir sobre o entendimento de políticas públicas e sua relação com a questão da qualidade de vida. Tal proposta justifica-se por compreendermos que pensar qualidade de vida requer pensar necessidades humanas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde a qualidade de vida pode ser a “[...] percepção do indivíduo de sua proteção na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Também, podemos dizer que qualidade de vida é: a qualidade das relações estabelecidas pelos indivíduos nas suas atividades da vida Humana. Referenciando-nos em Heller (1989, p. 17) entendemos que “a vida cotidiana é a vida de todo o homem (...) vida esta, onde se colocam em funcionamento todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, idéias, ideologias”. Para Heller(1989), são

partes orgânicas da vida cotidiana: a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres, o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação. O amadurecimento deste homem significa, em qualquer sociedade, que o indivíduo adquire todas as habilidades imprescindíveis para a vida cotidiana da sociedade. Este amadurecimento o tornará capaz de viver por si mesmo a cotidianidade.

Mas, o que significa viver por si mesmo a cotidianidade? Viver por si mesmo significa ter suas necessidades humanas básicas supridas. Então, mais duas questões aparecem: que necessidades são estas? E são supridas de que forma? Segundo Pereira (2002) são necessidades humanas básicas: a **saúde física**, já que sem a provisão devida para satisfazê-la os homens estarão impedidos inclusive de viver. E a **autonomia**, a qual pressupõe a capacidade do indivíduo para eleger objetivos e crenças, de valorá-los com discernimento e de pô-los em prática sem opressões. Não é só ser livre para agir como bem queira, e sim ser capaz de sentir-se responsável por suas decisões e por seus atos.

Saúde física e autonomia são “précondições para alcancem objetivos universais de participação social. São também, conforme Cabrero, ‘direitos morais’ que se transformam em direitos sociais e civis mediante políticas sociais (PEREIRA, 2002,p.68) grifo nosso.

Poderíamos dizer que, na lógica do Estado Democrático de Direito, significa que este Homem, um cidadão “desfrute de uma vida prolongada e saudável, que tenha seus direitos humanos atingidos e o respeito a si próprio.” (Relatório do Desenvolvimento Humano,1990).

Considerando os indicadores de desigualdade social, bem como as condições de vulnerabilidade social a que milhares de pessoas estão expostas, Pereira (2002) estabelece uma discussão no sentido de compreender o que é o mínimo e o básico no que se refere às necessidades humanas. Para ela, o “mínimo tem conotação de menor de menos. Em sua acepção mais ínfima, identificada com patamares de satisfação de necessidades que beiram a desproteção social. [Já, o básico] (...) expressa algo fundamental, principal, primordial, que serve de base de sustentação indispensável e fecunda ao que a ela se acrescenta. Assim, o básico vai requerer investimentos sociais de qualidade,

segundo ela, para preparar o terreno a partir do qual maiores atendimentos podem ser preparados. O básico é a mola mestra que impulsiona a satisfação de necessidades em direção ao ótimo. (PEREIRA, 2002, p.26-27) Ainda Pereira confere às necessidades básicas, “uma implicação particular: a ocorrência de sérios prejuízos à vida material dos homens e a atuação destes como sujeitos (informados e críticos), caso estas necessidades não sejam satisfeitas.”(PEREIRA, 2002, p.67).

Os relatórios de Desenvolvimento Humano a cada ano vêm incorporando novos índices, bem como novos elementos ao conceito de desenvolvimento humano. Tais relatórios, de certa forma, evidenciam os patamares de satisfação (ou não) das necessidades humanas nos diferentes países. Como exemplo, podemos pegar o conceito de Desenvolvimento Humano do ano de 1990, onde três oportunidades são essenciais para todos os níveis de desenvolvimento, a saber: desfrutar uma vida prolongada e saudável, adquirir conhecimentos e ter acesso aos recursos necessários para obter um nível de vida decente. Sem estas oportunidades, muitas alternativas continuarão sendo inacessíveis.

Já em 1996 é incorporado, ao entendimento de Desenvolvimento Humano, o conceito de sustentabilidade enquanto capacidade de satisfazer as necessidades da geração presente sem por em risco a capacidade das gerações futuras de satisfazer as suas necessidades. E, no ano de 2000, agrega-se o conceito de direitos humanos, os quais exprimem a idéia ousada de que todas as pessoas têm direito aos arranjos sociais que as protegem dos piores abusos e privações – e que asseguram a liberdade de uma vida digna.

A Organização Mundial da Saúde, tomando como base uma natureza multifatorial da qualidade de vida, considera seis domínios que objetivam demonstrar as diferentes dimensões do ser humano na determinação dos níveis de qualidade de vida de cada indivíduo. Domínios estes categorizados em **saúde física** (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso), **saúde psicológica** (sentimentos positivos, pensar memória, concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos), **nível de independência** (mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência

de medicação e tratamentos, capacidade de trabalho), **relações sociais** (relações pessoais, suporte, apoio social, atividade sexual), **meio ambiente** (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de, recreação/lazer). **Ambiente físico** poluição/ruído/trânsito/clima, transporte) e **padrão espiritual**.

A qualidade de vida pode ser pensada e atribuída como uma responsabilidade individual, aparentemente tratada no campo da subjetividade como podemos observar nesta citação: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1994). Mas o acesso à qualidade de vida não depende apenas de escolhas individuais. As escolhas podem resultar de interesses resultantes de necessidades materiais ou ideais. Interesses estes que podem ser de natureza objetiva ou subjetiva, porém determinados pelas condições materiais de existência.

Considerando a natureza multifatorial da qualidade de vida e seus vários domínios, vê-se que há neles um conjunto de necessidades e que a satisfação das mesmas vai depender do acesso, da qualidade, da quantidade e da sustentabilidade de bens e serviços sociais básicos e fundamentais disponíveis em uma sociedade. Nesse sentido, o direito à satisfação das necessidades, justifica e fundamenta as políticas públicas.

Elementos para se pensar as políticas Públicas

Após a declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, o Estado passou a ser organizado com base nos direitos assegurados através de leis e constituições. Quando o Estado respeita o pacto social estabelecido pela Constituição e as leis que regulamentam seus vários artigos, pode-se dizer que se está em vigência de um regime democrático e de Direito. No Brasil é somente com a Constituição Federal de 1988 que se estabelece o Estado democrático e de Direito, expresso no parágrafo único do artigo 1º que Todo poder emana do povo,

que o exerce por meio de representantes ou diretamente, nos termos desta Constituição. (Brasil, 1988).

Além de estabelecer os direitos civis e políticos, a Constituição Federal de 1988 fortaleceu os direitos sociais. Sendo que os direitos sociais referem-se à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à segurança, à previdência, à proteção, à maternidade e à infância, assistência aos desamparados. Ou seja, conforme Pereira (2002, p.224), “têm como perspectiva a equidade, a justiça social e exigem atitudes positivas, ativas ou intervencionistas do Estado para, de par com a sociedade, transformar esses valores em realidade.” Assim, observamos que os direitos assegurados em uma Constituição estão baseadas em princípios que vão “expressar o grau de civilização, consciência política e social presentes em uma determinada época.” (ESTADO E POLITICA PÚBLICA, 2002, p.10).

Para Pereira (2002, p.223) a política pública refere-se a planos, estratégias ou medidas de ação coletiva, formuladas e executadas com vistas ao entendimento de legítimas demandas e necessidades sociais. (...) É por meio das políticas públicas que são formulados, desenvolvidos e postos em prática programas de distribuição de bens e serviços, regulados e providos pelo Estado, com a participação e o controle da sociedade.

Conforme Silva e Silva (2000, p.67),

Toda a política pública é uma forma de intervenção na realidade social, envolvendo diferentes sujeitos, portanto, condicionada por interesses e expectativas em torno de recursos. Pode também ser concebida como um conjunto de ações ou omissões do Estado decorrente de decisões e não decisões, tendo como limites e condicionamentos os processos econômicos, políticos e sociais. Seu desenvolvimento se expressa por momentos articulados e, muitas vezes, concomitantes e interdependentes, que comportam conseqüências de ações em forma de respostas, mais ou menos institucionalizadas, a situações consideradas problemáticas, materializadas mediante programas projetos e serviços. Vistas como mecanismos que contêm contradições, contrapõe-se aqui, à percepção da política pública como mero recurso de legitimação política como intervenção estatal subordinada tão somente à lógica da acumulação capitalista.

Com base nesta citação, podemos propor algumas etapas na elaboração de políticas públicas.

- Composição da agenda política;
- Conhecimento da realidade;
- elaboração de um plano;
- alocação de recursos (humanos, financeiros, físicos)
- monitoramento;
- avaliação.

Destacamos aqui, algumas questões:

Como a questão da qualidade de vida compõe a agenda das políticas públicas? Uma vez que esta é “ utilizada para fazer referência a lista de questões que preocupam permanentemente diversos atores políticos e sociais, ou que dizem respeito a sociedade como um todo, não se restringindo a este ou aquele governo” (RUA,2009,p.66) Que atores sociais preocupam-se com a questão?

Retomando a idéia inicial deste texto: pensar qualidade de vida requer pensar necessidades humanas, tendo presente que a satisfação, ou não, destas necessidades são evidenciadas no relatório de Desenvolvimento Humano elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Como os indicadores utilizados por este organismo internacional contribuem no processo de tomada de decisão para a formulação de políticas públicas no Brasil, encaminhamos as considerações finais deste trabalho com uma citação do Relatório de Desenvolvimento Humano do ano de 2000, o qual aponta sete aspectos essenciais para uma abordagem mais ampla da garantia dos direitos humanos, direitos estes que asseguram a liberdade e uma vida digna, elementos essenciais para a qualidade de vida.

1. Todos os países têm de reforçar os seus arranjos sociais para garantir as liberdades humanas – com normas, instituições, estruturas legais e um ambiente econômico favorável. A legislação, unicamente, não é suficiente.

2. O cumprimento de todos os direitos humanos requer democracia inclusiva – protegendo os direitos das minorias, provendo a separação dos poderes e assegurando a responsabilidade política. As eleições, unicamente, não são suficientes.
3. A erradicação da pobreza não é apenas um objetivo do desenvolvimento – é um desafio central para os direitos humanos, no século XXI.
4. Os direitos humanos – num mundo integrado, requerem justiça global. O modelo de responsabilidade centrado no Estado tem de ser alargado às obrigações dos atores não estatais e às obrigações estatais para lá das fronteiras nacionais.
5. A informação e as estatísticas são instrumentos poderosos na criação de uma cultura de responsabilidade e na realização dos direitos humanos. Ativistas, juristas, estatísticos e especialistas de desenvolvimento têm de trabalhar em conjunto com as comunidades. O objetivo: gerar informação e provas que possam quebrar as barreiras da descrença e mobilizem as mudanças de política e comportamento.
6. Obter todos os direitos, para todas as pessoas, em todos os países, no século XXI, vai requerer ação e empenho dos principais grupos em todas as sociedades – ONG, meios de comunicação e empresas comerciais, governos locais e nacionais, líderes parlamentares e outros líderes de opinião.
7. Os direitos humanos e o desenvolvimento humano não podem ser realizados universalmente sem uma ação internacional mais forte, em particular, para apoiar pessoas e países em desvantagem e para compensar as desigualdades e a marginalização mundiais crescentes. (Relatório De Desenvolvimento Humano, 2000).

Referências Bibliográficas

BRASIL. Constituição Federal 1988.

- ESTADO e POLÍTICA PÚBLICA de ASSISTÊNCIA SOCIAL, Sistema descentralizado e Participativo de Assistência Social e Redes. Curitiba: Secretaria de estado da Criança e Assuntos da Família, V. I, 2001.
- LANDEIRO, G. M. B. - Landeiro, G. M. B. Revisão Sistemática dos Estudos sobre Qualidade de vida Indexados na Base de Dados Sielo, In Revista Ciência & Saúde Coletiva Para a Sociedade, 0177/2008. Disponível em: http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3800 acesso em 12/4/2011.
- GOMES, M. F. C. M. Avaliação de Políticas Sociais e Cidadania: pela ultrapassagem do modelo funcionalista clássico. IN Avaliação de Políticas e programas Sociais - teoria e prática. São Paulo: Veras Editora, 2001.
- NASCIMENTO. E. R. Elaboração, Análise e Avaliação de Políticas Públicas. V Semana de Administração, Orçamentária, Financeira e de Contratações Públicas. Disponível em http://www.esaf.fazenda.gov.br/esafsite/cursos_presenciais/5AOFC/apostila/oficina-3-elaboracao-analise-e-avaliacao.pdf. acesso em 12/04/2011.
- PEREIRA, P. A. P. Necessidades humanas – subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2002.
- _____. Sobre a Política de Assistência Social no Brasil. In Política Social e Democracia. 2ed. Cortez: São Paulo; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.
- Relatório de Desenvolvimento Humano, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Lisboa: Trinova, 2000.
- RUA, M.G. Políticas Públicas. Especialização em gestão pública municipal - Módulo Básico, PNAP, 2009.
- SILVA E SILVA M. O. da.. Execução e Avaliação de Políticas e Programas Sociais. In Capacitação em Serviço Social e Política Social. Modulo 4: O trabalho do Assistente Social e as políticas sociais - Brasília: UNB. centro de educação À Distância, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1994.

***Atividade Física na Promoção da Saúde e
da Qualidade de Vida:
Contribuições do Programa
Mexa-se Unicamp***

Carlos Aparecido Zamai

Marco Antonio Alves de Moraes

Antonia Dalla Pria Bankoff

Roberto Teixeira Mendes

Pesquisadores e Coordenadores do Programa Mexa-se UNICAMP

O interesse em pesquisar os benefícios da atividade física surgiu primeiro para entender o processo de treinamento de atletas e por volta da década de 20, começou-se a investigar as adaptações do organismo humano ao exercício físico. Atualmente há uma vasta literatura sobre as modificações funcionais e estruturais decorrentes da prática regular de atividade física e as consequências dessas adaptações tanto para a performance humana como para a saúde das pessoas em todas as idades.

O Ministério da Saúde preconiza que os benefícios para a promoção da saúde podem ser atingidos através de uma dieta equilibrada aliada a prática de atividade física regular e moderada, por trinta minutos diários na maioria dos dias da semana.

Estudo de Bankoff *et al* (2006) analisaram o nível de práticas de atividades físicas entre os participantes do Programa Mexa-se UNICAMP e verificaram que 70,6% dos participantes apontam melhora na saúde, qualidade de vida, desempenho no trabalho e sua relação na equipe de trabalho. Os participantes ainda enfatizam que estão participando das atividades do programa por indicação médica (28,%); consciência

da importância da prática (28,5%); controle do peso corporal (9,1%) e 33,9% apontam que por objetivos de melhorar a qualidade de vida.

Do mesmo modo, Barbosa (2003); Barbosa e Bankoff (2008), ressaltam que estudos recentes têm demonstrado que os benefícios da atividade física relacionada à promoção da saúde não dependem de horas de exercício. Os exercícios podem ser desenvolvidos de forma contínua ou cumulativa em sessões de trinta minutos por dia em intensidade moderada.

Salve e Bankoff (2004); Zamai e Bankoff (2010) dizem que a atividade física é um dos elementos fundamentais para a aquisição e manutenção de uma boa qualidade de vida. A sua prática deve ser implantada nas horas de lazer e em horários de trabalho através de programas específicos, abrangendo aulas de alongamentos, dança de salão, consciência corporal, yoga, o que contribui significativamente no estabelecimento do equilíbrio físico e mental.

Nahas (2003, p. 31), associa a atividade física e a saúde “ao bem estar, a saúde e a qualidade de vida”, especialmente a partir da meia idade, pois é a partir desse ponto que os riscos da inatividade se solidificam e se acentuam.

O reconhecimento da importância da atividade física para a saúde e para a qualidade de vida é fundamental e de acordo com Ghorayeb e Barros (1999) não é de se estranhar que esteja entre as 22 áreas de prioridades do projeto do governo americano. Ao adotar um estilo de vida ativo, baseado na prática regular de atividade física, reduz os riscos de desenvolvimento da maior parte das doenças crônico-degenerativas. Faz-se um comparativo ainda de que a atividade física regular seja uma tentativa de controle das doenças crônico-degenerativas, assim como a imunização representa a tentativa de controle das doenças infecto-contagiosas. (ZAMAI, 2009).

Evidentemente o homem contemporâneo utiliza cada vez menos as potencialidades de seu corpo e esse baixo nível de atividade física é decisivo no desenvolvimento de algumas doenças. Desse modo existe uma necessidade de que o homem atual promova mudanças no seu estilo de vida, como incorporar no seu cotidiano a prática de atividades físicas. A atividade física regular associada a uma alimentação saudável

e a eliminação do hábito de fumar é fundamental para prevenir doenças crônicas. (ZAMAI *et al.*, 2008; ZAMAI, 2009)

Outros fatores relevantes sobre o benefício proporcionado pela atividade física para a saúde emocional das pessoas estão no reforço da auto-estima, relacionada a melhor imagem corporal e a autonomia devido a maior mobilidade física que os exercícios físicos proporcionam.

De acordo com Matsudo *et al.* (2002), os benefícios proporcionados pela atividade física são:

Benefícios fisiológicos: diminui a pressão arterial, controla o peso corporal, aumenta a densidade óssea e a resistência física, melhora a força muscular, o perfil lipídico e a mobilidade.

Benefícios psicológicos: melhora a auto-imagem, aumenta a auto-estima e o bem-estar, diminui o estresse e a depressão, mantém a autonomia e reduz o isolamento.

Allsen *et al.* (2001) destacam outros benefícios proporcionados por um programa de atividade física, dentre eles estão:

- Aumento da resistência aeróbia no desempenho de tarefas específicas;
- Melhora da capacidade funcional do sistema circulatório e respiratório;
- Melhora da força e flexibilidade dos músculos e articulações;
- Reduz os riscos de lesões na região lombar;
- Desenvolve a força do sistema esquelético;
- Controla o peso e reduz a gordura corporal;
- Exerce ação positiva sobre os órgãos internos;
- Retarda o processo fisiológico de envelhecimento;
- Desenvolve as capacidades físicas;
- Diminui o gasto energético e conseqüentemente a fadiga para tarefas específicas;
- Alivia o estresse e a tensão;
- Estimula a atividade mental e;
- Reduz o risco de doenças crônicas não transmissíveis.

São infinitos os benefícios que a atividade física pode trazer para as pessoas, podendo atuar diretamente no campo da

saúde física onde pode-se ter: redução de peso e porcentagem de gordura; diminuição da pressão arterial em repouso; melhora do diabetes; redução do colesterol total; melhora da capacidade aeróbia e anaeróbia. Portanto, pode-se também ter benefícios cárdio-respiratórios, melhora da força, tônus muscular, flexibilidade, fortalecimento de ossos e articulações e queima de calorias, além de auxiliar no desenvolvimento psicomotor no caso específico de crianças (MARIS, 2004; THEOBALD e DIETRICH, 2007).

Nas últimas três décadas muitos trabalhos foram publicados e inúmeros estudos têm mostrado a eficiência da atividade física como forma de promover saúde. Essa associação diminui a incidência das doenças crônico-degenerativas (doença arterial coronariana, diabetes, hipertensão, osteoporose) dentre outras.

De acordo com a OPAS (2003), além de todos os benefícios já mencionados anteriormente, a atividade física resulta em benefícios econômicos, reduzindo custos de atenção à saúde. Nos Estados Unidos, por exemplo, os custos associados à inatividade e a obesidade nas despesas de saúde foram de 9,4% em 1995. Os ativos, de acordo com dados de 1998, economizam US\$ 500,00 por ano em custos de atenção à saúde. No ano de 2000, a falta de exercício pode ter crescido cerca de US\$ 75 bilhões aos custos médicos. Os dados do Canadá apresentam 6% do custo total de atenção à saúde associados à inatividade física.

Através da ministração de atividades físicas na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, bem como do bem estar cotidiano, salienta-se que o Programa Mexa-se UNICAMP tem oferecido semanalmente aos servidores e a comunidade que a freqüenta práticas relacionadas a alongamentos, caminhadas monitoradas, ginástica localizada, consciência corporal e auto-massagem/ relaxamento, onde observa-se que estas práticas tem contribuído significativamente para melhorar o desempenho das atividades cotidianas no setor de trabalho, diminuir do peso corporal e da pressão arterial e das dores articulares e desconfortos físicos no ambiente trabalho e conseqüentemente tem melhorado a qualidade de vida, da saúde e bem estar dos participantes.

Qualidade de vida

De acordo com Saba (2003), qualidade de vida é um cotidiano onde há um equilíbrio entre as responsabilidades e os prazeres, garantidos por boa saúde, realização pessoal e facilidade ao lidar com as tarefas diárias. A qualidade de vida certamente depende de vários fatores para que o indivíduo alcance o equilíbrio, como por exemplo: poder aquisitivo, infra-estrutura do habitat em que se vive da relação que se mantém com o trabalho, da administração do tempo, da satisfação que se obtém com o conjunto dessas atividades, do conforto a que se tem acesso, do estado de saúde e, acima de tudo, da maneira pessoal que se encarar tudo isso (ZAMAI, 2009).

Qualidade de Vida (QV) diz respeito a como as pessoas sentem e compreendem seu cotidiano, envolvendo aspectos como saúde, educação, transporte, moradia, labor e participação nas decisões que lhes dizem respeito e determinam como vive o mundo (DEL VECCHIO *et al.*, 2007).

Segundo Gonçalves e Vilarta (2004) o termo qualidade de vida nos permite entendê-lo como a forma que cada um de nós vive o seu dia-a-dia no que diz respeito ao estilo (escolhas apreendidas e adotadas durante toda a vida) e as condições de vida (envolve moradia, escolaridade, saúde, transporte, segurança, os aspectos materiais da vida, historicamente determinados e socialmente construídos).

Para Ghorayeb e Barros (1999), qualidade de vida significa apresentar boas condições de aptidão física para realizar esforços do dia-a-dia, implicando na capacidade de realizar atos motores diversificados envolvidos nas tarefas do cotidiano, mantendo a homeostase do organismo sem maiores alterações durante os esforços.

Desta maneira, do ponto de vista biomecânico, um indivíduo debilitado e com pouca massa muscular ao realizar uma atividade cotidiana utiliza muitas unidades motoras o que acaba por caracterizar um esforço de alta intensidade. Observe que com idosos não condicionados podem ocorrer elevações perigosas na pressão arterial e na frequência cardíaca em situações comuns como a de subir escadas, que poderiam

ser abrandadas por meio do aumento da massa muscular e da força através de exercícios com peso.

Nahas (2003) enfatiza ainda que a qualidade de vida é diferente de pessoa para pessoa e tende a se alterar ao longo da vida. Existe ainda um consenso entre os pesquisadores desta linha de que são múltiplos os fatores que determinam a qualidade de vida tanto pessoal quanto comunitária. E esses fatores são: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade (ZAMAI, 2009).

A interpretação de qualidade de vida pode diferir-se entre as pessoas com características individuais e condições de vida similares, pois as pessoas têm interpretações individuais sobre o tema.

Há parâmetros individuais e sócio-ambientais que podem influenciar a qualidade de vida de indivíduos ou grupos populacionais, que segundo Nahas (2003) conforme representado no quadro abaixo.

| QUALIDADE DE VIDA | |
|-------------------------------------|------------------------|
| Parâmetros Socio-Ambientais | Parâmetros Individuais |
| Moradia, transporte e segurança | Hereditariedade |
| Assistência Médica | Estilo de vida |
| Condições de trabalho e remuneração | Hábitos alimentares |
| Educação | Controle de estresse |
| Opções de Lazer | Relacionamento |
| Meio Ambiente | Comportamento |
| Dentre outros | Dentre outros |

Segundo Matsudo (2000) os principais benefícios da atividade física e do exercício na qualidade de vida são os efeitos antropométricos e neuromusculares, os efeitos metabólicos e os efeitos psicológicos.

Costa *et al.* (2003) dizem que a prática de exercícios regulares, além dos benefícios fisiológicos, acarreta benefícios psicológicos, tais como: melhor sensação de bem estar, humor e auto-estima, assim como, redução da ansiedade, tensão e depressão.

A prática de atividade física regular tem sido reconhecida por seus efeitos saudáveis nos praticantes no que diz respeito à saúde, bem-estar e a qualidade de vida das pessoas que a pratica. (ACSM, 1998; PORTO; RASO, 2007; ZAMAI, 2009; ZAMAI e BANKOFF, 2010).

Quanto aos efeitos os efeitos metabólicos podem ser verificados pelo aumento do volume sistólico, diminuição da frequência cardíaca no repouso e no trabalho submáximo, aumento da potência aeróbia e da ventilação pulmonar, diminuição da pressão arterial, melhoria do perfil lipídico e da sensibilidade a insulina. E por fim os efeitos psicológicos que estão relacionados com a diminuição do estresse e ansiedade, melhoria da tensão muscular e da insônia, diminuição do consumo de medicamentos, melhora das funções cognitivas, da socialização e da auto-estima.

Para Vilarta (2004), a qualidade de vida de muitas pessoas poderia sofrer modificações significativas se alguns de seus hábitos fossem alterados ao lado de implementações de ações preventivas de saúde que pudesse gerar um estilo de vida saudável.

Dantas (1999), buscando responder em que medida a atividade física proporcionaria uma desejável qualidade de vida, sugere que programas de atividade física bem organizada podem suprir as diversas necessidades individuais, multiplicando as oportunidades de se obter prazer e, conseqüentemente, otimizar a qualidade de vida.

Lopes e Altertjum (1999) escrevem que a prática da caminhada contribui para a promoção da saúde de forma preventiva e consciente. Vêm na atividade física um importante instrumento de busca de melhor qualidade de vida.

O Manifesto de São Paulo para a promoção de atividades físicas nas Américas (2000) destaca a necessidade de inclusão da prática de atividade física no cotidiano das pessoas de modo a promover estilos de vida saudáveis rumo à melhoria da qualidade de vida. (ZAMAI, 2000).

Fora dos círculos acadêmicos, os meios de comunicação constantemente veiculam informações a respeito da necessidade de o homem contemporâneo melhorar sua qualidade de vida por meio da adoção de hábitos mais saudáveis em seu cotidiano.

Neste contexto, a Federação Internacional de Educação Física/FIEP, elaborou o “Manifesto Mundial de Educação Física - 2000”, o qual representa um importante acontecimento na história da Educação Física, pois pretende reunir em um único documento as propostas e discussões efetivadas, no âmbito desta entidade, no decorrer do século XX (ASSUNPÇÃO *et al.*, 2002).

O manifesto expressa os ideais contemporâneos de valorização da vida ativa, ou seja, ratificam a relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida e prioriza o combate ao sedentarismo como objetivo da Educação Física (formal e não formal) por meio da educação para a saúde e para o lazer ativo de forma continuada.

De um modo geral os governos em parceria com outros órgãos devem continuar implantando políticas para aumentar a participação individual em alguma atividade física, seja entre criança, adolescentes, adultos jovens, de meia idade e idosos, com o intuito de melhorar a saúde e a qualidade de vida da população, tanto no geral quanto no específico, como, por exemplo, no setor de trabalho.

A exemplo disso pode-se perceber que o Programa Mexa-se UNICAMP tem contribuído para a melhoria da saúde e da qualidade de vida dos participantes nas várias atividades físicas oferecidas diariamente, como já constados nas coletas de dados efetuadas ao longo dos seis anos, ou seja:

Em recente tabulação de dados do Programa Mexa-se (2010) os participantes avaliados no mês de dezembro apontaram que as práticas da atividade física executada junto ao programa (2-3 vezes por semana) contribuíram para:

- Melhorar o desempenho das atividades cotidianas no setor de trabalho (Sexo Feminino) 85,2% e (Sexo Masculino) 70,5%;
- Diminuir do peso corporal em ambos os sexos 55,5%;
- Diminuir da pressão arterial 42,5%;
- Diminuir % de gordura e do RCQ 44,5%;
- Diminuir das dores articulares e desconfortos físicos no trabalho 75,0%;
- Ganho de flexibilidade durante o período 83,0%;

- Melhora da qualidade de vida, da saúde e bem estar dos participantes 90,5%.

As atividades oferecidas pelo Programa Mexa-se tem contribuído consideravelmente para diminuição do IMC, pois em um grupo com 110 participantes encontrou-se redução de 23,8 para 23,4 quando comparados com Pitanga (2004). Em relação ao RCQ nos grupos pesquisados após envolvimento nas atividades físicas propostas diminuíram de 0,78 para 0,77 ficando num valor considerado normal.

Como pode ser observado no quadro abaixo também houve diminuição das dobras cutâneas:

Média geral das dobras cutâneas dos participantes na avaliação e reavaliação. Programa Mexa-se, 2009.

| Avaliação Abril-2009 | | | | | | | |
|----------------------------------|------------|----------------|------------|----------|--------------|---------------|----------------|
| Bicipital | Tricipital | Sub-es-capular | Supraílica | Abdô-men | Axilar Média | Pantur-riilha | Medial da coxa |
| 9,2 | 20,2 | 22,7 | 17,0 | 31,3 | 18,6 | 14,5 | 26,8 |
| Reavaliação Setembro-2009 | | | | | | | |
| Bicipital | Tricipital | Subes-ca-pular | Supraílica | Abdô-men | Axilar Média | Pantur-riilha | Medial da coxa |
| 8,9 | 19,8 | 22,3 | 16,7 | 30,7 | 18,0 | 14,0 | 26,5 |

De acordo com informações de Petroski (1999) as médias das dobras cutâneas bicipital, tricipital, subescapular, supra ílica, abdômen, axilar média, panturrilha, medial da coxa apresentaram diferença consideráveis quando comparadas na reavaliação. Esses dados evidenciam a importância do Programa porque comprova a melhoria da qualidade de vida e da saúde dos trabalhadores da UNICAMP que participam das atividades.

Participantes dos grupos de consciência corporal e dança de salão, forró e samba relataram que tem percebido diminuição de estresse, melhora no desenvolvimento das atividades no trabalho e no relacionamento com as pessoas que as rodeiam, tanto no trabalho quando no ambiente familiar, além destes fatores, tem percebido que as dores articulares e os desconfortos físicos tem diminuído de forma satisfatória (ZAMAI e BANKOFF, 2010).

Outros dados importantes encontrados em pesquisas realizadas pelo Programa Mexa-se desde a sua implantação destacamos que houve diminuição da pressão arterial, diminuição no uso de medicamentos e em consultas médicas, pois conforme relatam os participantes. Eles também perceberam que diminuíram os gastos em farmácias e com consultas médicas e diminuição com gastos em convênios, como é o caso da Unimed com fator de utilização mensal (ROMÃO e ZAMAI, 2010; BURGUÊS e ZAMAI, 2011).

Assim, deve-se, portanto conscientizar e estimular a população universitária sobre a prática de atividades físicas como fator de promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis com apresentação de vídeos e seqüência de imagens com chamadas nos circuitos de TV dos bancos instalados dentro do campus.

Criar e oferecer novas sistemáticas para aumentar o nível e a regularidade da prática de atividades físicas nos espaços existentes na universidade.

Trabalhar no sentido de criar novos espaços e oferecer orientações sobre práticas saudáveis de vida sobre o risco de uso indiscriminado do tabaco, álcool e medicamentos, controle de peso corporal, aferição constante da pressão arterial e glicemia com postos para medição em locais como tenda do Programa Mexa-se, Cecom-HC, , restaurantes, cantinas bibliotecas com divulgados através de folder e cartazes, conscientizando a comunidade da Universidade Estadual de Campinas e todos da comunidade sobre a importância da atividade física, da alimentação saudável para o bem-estar bio-psico-social e melhora da qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- ALLSEN, P. E.; HARRISON, J. M.; VANCE, B. Exercício e qualidade de vida: uma abordagem personalizada. Barueri: Editora, 2001.
- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Programa de condicionamento físico da ACMS. 2 ed. São Paulo: Manole, 1999.

- ASSUMPÇÃO, L. O. T.; MORAIS, P. P.; FONTOURA, H. Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida. Notas Introdutórias. Revista Efdeportes, Buenos Aires, año 8, n. 52, sep. 2002.
- BANKOFF, A. D. P. *et al.* Programa de convivência e atividade física na Unicamp: responsabilidade social em ação. In: VILARTA, R. *et al.* Qualidade de vida e fadiga institucional. Campinas: IPES, 2006.
- BARBOSA, J. A. S. Estudo sobre o nível de participação, num programa de atividade física e saúde e suas relações com as doenças crônicas não transmissíveis e a qualidade de vida: um estudo de caso. 2003. 159f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- BARBOSA, J. A. S.; BANKOFF, ADP. Estudo do nível de participação num programa de atividade física e suas relações com as doenças crônicas não transmissíveis.: Revista Movimento & Percepção, Espírito Santo de Pinhal, v. 9, n. 12, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agita Brasil: guia para agentes multiplicadores. Brasília, 2001.
- _____. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. Rev Saúde Pública, v. 36, p. 254-256, 2002.
- BURGUÊS, V.; ZAMAI, C.A. Análise dos benefícios da prática de atividades físicas para grupos especiais do Programa Mexa-se. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Educação Física, Universidade Paulista, Campinas, 2011.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Rio de Janeiro: Ciência da Saúde Coletiva, v. 5, n. 1, 2000.
- _____. Promoção da saúde da família. Revista Programa Saúde da Família, p 50-63, 2002.
- CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-relates research. Public Health Reports, Rockville, v. 100, n. 2, p.172-9, 1985.

- CARVALHO, Y. M. O “mito” da atividade física e saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.
- CASTIEL, L. D. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria ‘comunidade’. Revista de Saúde Pública, v. 38, n. 5, p. 615-22, 2004.
- COSTA, I. T. A importância da atividade física para a manutenção da saúde e os principais fatores que motivam professores, alunos e funcionários de duas universidades brasileiras a praticarem exercícios. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v. 8, n. 1, p. 52-61, 2003.
- DANTAS, E. H. M. Fatores efetivos indispensáveis para o sucesso nos programas de atividade física para a 3ª idade. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v. 2, n. 2, p. 75-82, 1999.
- DEL VECCHIO, F. B. *et al.* Análise multivariada da interação entre qualidade de vida e capacidades físicas. Acta Med Port, v. 20, p. 131-137, 2007.
- GHORAYEB, N.; BARROS, T. O exercício: preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos. São Paulo: Atheneu, 1999.
- GOLÇALVES, A.; VILARTA, R. Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas. Barueri: Manole, 2004.
- KON, R.; CARVALHO, Y. M. Saúde e atividade física: temas de caráter introdutório. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Manual de condutas médicas. Brasília, 2002.
- LOPES, F. J. G.; ALTERTHUM, C. C. Caminhar em busca da qualidade de vida. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v. 21, n. 1, p. 861-866, set. 1999.
- MARIS, S. Educação física escolar: ênfase em atividade física. Andradina: Disponível em: http://www.stellamarisdf.com.br/det_menu.php?id=174>. Acesso em: 12 out. 2007.

- MATSUDO, V. K. R. *et al.* Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v. 10, p. 41-50, 2002.
- _____. Avaliação do idoso: física & funcional. Londrina: Midiograf, 2000.
- MONTEIRO W. D. Aspectos fisiológicos e metodológicos do condicionamento físico na promoção da saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, Londrina, v. 1, n. 3, 1996.
- MONTEIRO, M. F.; SOBRAL FILHO, D. C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. *Rev Bras Med Esporte*, v. 10, n. 6, p. 513-516. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/index.php?lang=gn>> Acesso em: 23 abr. 2007.
- NAHAS, M. V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2003.
- NIEMAN, D. C. Exercício e saúde. São Paulo: Manole, 1999.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial para a alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003.
- PITANGA F. J. G. Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde. São Paulo: Phorte, 2004.
- PORTO, R. de M.; RASO, V. A importância da atividade física para portadores de esclerose múltipla e obesos. *Rev. Bras de Obs. Nut e Emag*, v. 1, n. 1, p. 80-89, 2007.
- ROMÃO, E.R.; ZAMAI, C.A. Estudar os benefícios da atividade física entre colaboradores da Unicamp. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Educação Física, Universidade Paulista, Campinas, 2010.
- SABA, F. Mexa-se: atividade física, saúde e bem-estar. São Paulo: Takano, 2003.
- SALVE, M. G. C.; BANKOFF, A. D. P. Análise da intervenção de uma programa de atividade física nos hábitos de lazer. *Revista de Saúde Ocupacional*, v. 28, n. 105/106, p. 73-81, 2004.

- SEEDHOUSE, D. Health promotion: philosophy, prejudice and practice. New York: John Wiley and Sons; 1997.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Caderno de Saúde Pública, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/index.php?lang=gn>>. Acesso em: 23 abr. 2006.
- SIGERIST, H. The University at the Crossroad., Nova York: Henry Schumann Publisher, 1956.
- THEOBALD, M. V.; DIETRICH, S. H. C. Análise dos benefícios da atividade física em pacientes com depressão do sexo feminino em idade de 22 a 55 anos no Centro de Atenção Psicossocial de Sidrolândia/MS. 2007. Disponível em: <<http://www.fes.br/revistas/agora/files/2007/AG-2007-50.pdf>> Acesso em: 12 out. 2007.
- VILARTA, R. Qualidade de vida e políticas públicas: saúde, lazer e atividade física. Campinas: IPES, 2004.
- WAISSMANN, W. Desigualdade social e atividade física. In: BAGRICHEVSK, Y.M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. A saúde em debate na educação física. Blumenau: Edites, 2003.
- WEINECK, J. Biologia do esporte. Barueri: Manole, 2005.
- _____. Atividade física e esporte para que? Barueri: Manole, 2003.
- ZAMAI, C. A. Atividade física e saúde: estudo do conhecimento de professores de educação física do ensino fundamental através da educação a distância. 2000. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, 2000.
- _____. *et al.* Estudo dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre funcionários. Conexões, Campinas, v. 6, n. 1, p. 14-30, 2008.

ZAMAI, C.A. Impacto das atividades físicas nos indicadores de saúde de sujeitos adultos: Programa Mexa-se. Tese de doutorado. Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, 2009.

ZAMAI, C.A.; BANKOFF, A.D.P. Nível de atividade física e indicadores de qualidade de vida de colaboradores da Unicamp: Análise através do Programa Mexa-se Unicamp XI Simpósio Nordestino de Atividade Física & Saúde, 2010, Aracaju - Sergipe. XI Simpósio Nordestino de Atividade Física & Saúde: da evidência à intervenção. Aracaju - Sergipe: UFS, 2010.