

Promoção da atividade física e da alimentação saudável e a saúde da família em municípios com academia da saúde

CDD. 20.ed. 613.7
796.027

<http://dx.doi.org/10.1590/1807-55092016000400913>

Alex Antonio FLORINDO*
Priscila Missaki NAKAMURA**
José Cazuzza de FARIAS JÚNIOR***
Fernando Vinholes SIQUEIRA****
Rodrigo Siqueira REIS*****
Danielle Keylla Alencar CRUZ*****
Pedro Curi HALLAL****

*Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

**Instituto Federal Sul de Minas Gerais, Murambinho, MG, Brasil.

***Departamento de Educação Física, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

****Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

*****Prevention Research Center, Brown School, Washington University in St. Louis, St. Louis, MO, United States of America.

*****Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

Resumo

Os objetivos do presente estudo foram: 1) Descrever as prevalências de ações de promoção da atividade física e da alimentação saudável e as características da estratégia de saúde da família em municípios brasileiros que receberam recursos para o desenvolvimento do programa Academia da Saúde; e 2) Verificar as prevalências dessas ações segundo a presença de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de profissionais de educação física e nutricionistas nas equipes. Foi realizada entrevista telefônica em 2012 com gestores de saúde de municípios de todo o Brasil que receberam recursos para o desenvolvimento do Academia da Saúde. Foram descritas as frequências (%) das características da saúde da família e das ações de atividade física e de alimentação saudável e calculadas as prevalências em municípios com e sem NASF e com e sem profissionais de educação física e nutricionistas nas equipes. O teste do qui-quadrado foi usado para avaliar as associações. Do total de 5.570 municípios brasileiros em 2012, 2.074 (37,2%) receberam recursos, e destes, 44,1% (n = 914 gestores) responderam as entrevistas. A maioria dos municípios não tinha NASF (61,5%), mas estava desenvolvendo ações de atividade física (84,1%) e de alimentação saudável (83,9%). O parceiro público mais citado foi o setor educação. A prevalência de ações de atividade física (91,5%, p < 0,001) e de alimentação saudável (88,2%, p = 0,006) foi maior nos municípios que tinham NASF em comparação com os que não tinham. A prevalência de ações na atenção básica foi maior nos municípios com profissionais de educação física e com nutricionistas nas equipes. Os NASF contendo profissionais de educação física e nutricionistas são importantes para a promoção da atividade física e da alimentação saudável nos municípios.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Educação Física; Nutrição.

Introdução

O perfil epidemiológico e os problemas de saúde da população brasileira mudaram ao longo do último século no Brasil¹⁻². Estudos longitudinais têm mostrado diminuição na mortalidade infantil, bem como melhorias nos níveis educacionais, aumento da cobertura de saneamento básico, melhorias nas habitações e aumentos nas coberturas de vacinação³. Estas mudanças contribuíram para o aumento na expectativa de vida da população. No entanto, de forma concomitante, houve aumento do excesso de peso corporal e da morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis².

Atualmente no Brasil, mais de 50% dos adultos têm excesso de peso, 14,8% são tabagistas e 79,8% não consomem pelo menos cinco ou mais porções de frutas, verduras ou legumes⁴. As doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes, cânceres e as doenças renais são as principais causas de morte hoje no Brasil⁵. Além disso, inquéritos feitos em amostras de adultos das capitais brasileiras têm indicado que 60% dos adultos não praticam nenhum tipo de atividade física no lazer e por volta de 85% das pessoas não praticam pelo menos 150 minutos de atividade física neste domínio⁶⁻⁷.

Estudo recente ressaltou a gravidade destes problemas no mundo, mostrando que o excesso de peso corporal, o tabagismo, a inatividade física e o baixo consumo de frutas e vegetais estão entre os principais fatores de risco para doenças⁸. Portanto, os problemas de saúde atuais são de grande complexidade, incluem entre as suas principais causas fatores de risco que estão relacionados ao estilo de vida das pessoas e que podem ser modificados, exigindo dessa forma ações amplas de enfrentamento que priorizem os fatores determinantes da saúde. A lei orgânica da saúde no Brasil coloca como determinantes do processo saúde-doença a alimentação, habitação, educação, lazer, transporte, renda, trabalho, ambiente, serviços básicos de saúde e saneamento básico e a prática de atividade física⁹⁻¹⁰, sendo que, a promoção da saúde tem como objetivo atuar diretamente na melhora destes determinantes por meio de uma combinação de apoios educacionais, comportamentais, sociais e ambientais, com participação popular e controle social¹¹⁻¹². Neste sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde apresenta princípios e diretrizes para a melhora dos determinantes da saúde e para o enfrentamento dos problemas que afetam a Saúde Pública no Brasil e coloca o Sistema Único de Saúde (SUS) como um importante condutor deste processo¹³.

O SUS tem como uma das principais políticas de atenção básica a Estratégia Saúde da Família, a qual foi implementada em 1994, inicialmente com as equipes compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, as quais vêm contribuindo para melhorar a atenção básica em saúde, principalmente por mudar o foco do atendimento individual, baseado no modelo biomédico e curativo, para um foco de saúde coletiva, voltado à prevenção primária de doenças e promoção da saúde¹⁴⁻¹⁵. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgiram em 2008¹⁶ como

parte da Estratégia de Saúde da Família e tendo como objetivo de melhorar a integralidade do cuidado, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade relacionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças no âmbito do SUS, mediante o matriciamento e apoio às ações no território onde as equipes de saúde atuam, incluindo outras categorias profissionais neste nível de atenção, por exemplo os nutricionistas e profissionais de educação física.

No ano de 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Academia da Saúde, que tem como objetivo contribuir para a promoção da saúde, com a produção de cuidado e com modos de vida saudáveis na população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados¹⁷⁻¹⁸. Além disso, também no ano de 2011, o Plano Nacional para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis estabeleceu como uma das suas diretrizes a promoção da saúde, que engloba a promoção da atividade física, a promoção da alimentação saudável, do envelhecimento ativo, da prevenção e controle do tabagismo e do consumo excessivo de álcool¹⁹.

No entanto, ainda são escassos estudos descritivos quantitativos sobre ações de promoção da atividade física e da alimentação saudável nos municípios brasileiros, principalmente analisando a participação dos NASF nestas ações. Dado que este tipo de diagnóstico é primordial para o acompanhamento da implementação das políticas de saúde, os objetivos do presente estudo foram: 1) descrever as prevalências de ações de promoção da atividade física e da alimentação saudável e as características da estratégia de saúde da família em municípios brasileiros que receberam recursos para o desenvolvimento do programa Academia da Saúde; e 2) verificar as prevalências dessas ações segundo a presença de NASF e de profissionais de educação física e nutricionistas nas equipes.

Método

Este estudo faz parte de uma pesquisa multicêntrica intitulada "Academia da Saúde: avaliação de programas de promoção da atividade física no Brasil". O estudo foi realizado entre dezembro de 2011 e novembro de 2014. Os dados apresentados neste artigo referem-se a um inquérito transversal realizado com os principais gestores de saúde (Secretários, Subsecretários, Diretores, Superintendentes, Coordenadores) de municípios contemplados com

recursos do Ministério da Saúde para o desenvolvimento do Programa Academia da Saúde nos anos de 2011 e 2012. Até julho de 2012, havia um total de 2.074 municípios contemplados com recursos para a implantação do programa Academia da Saúde em todo o país (37,2% do total de 5.570 municípios brasileiros). As entrevistas com os gestores foram realizadas por empresa especializada em coleta de dados, usando o sistema de entrevista telefônica

assistida por computador. Este procedimento é utilizado pelo sistema de vigilância em saúde do Ministério da Saúde do Brasil (VIGITEL)⁴.

O questionário utilizado durante a entrevista com os gestores foi elaborado pelo grupo de pesquisadores do projeto, tendo como base os documentos da Política Nacional de Promoção da Saúde¹³ e a Portaria que criou o Programa Academia da Saúde¹⁷. A versão final do instrumento foi composta por 68 questões divididas em sete blocos: 1) Informações gerais do gestor respondente; 2) Estrutura da rede de atenção básica e da saúde da família do município; 3) Ações de promoção da saúde do município; 4) Conhecimento do gestor sobre o programa Academia da Saúde; 5) Informações sobre a implementação do programa Academia da Saúde no município; 6) Resultados esperados para o programa Academia da Saúde; 7) Questões sobre novas submissões para pedido de recursos para o programa Academia da Saúde. O presente artigo trabalhou com as informações obtidas nos blocos um, dois e três.

O cadastro do telefone dos municípios contemplados foi disponibilizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde para a empresa responsável pela realização da coleta de dados. Inicialmente, a empresa fazia o primeiro contato telefônico com as Secretarias Municipais de Saúde e tentava agendar a entrevista com o respectivo Secretário ou com o principal gestor da saúde do município (Diretores, Coordenadores, Gerentes, ou Superintendentes de Saúde). Na ausência ou indisponibilidade de um destes, a entrevista foi realizada com outro profissional

responsável pelo Programa Academia da saúde. Foram feitas, em média, cinco tentativas para encontrar ou realizar a entrevista com os gestores nos municípios.

O número de habitantes por município foi obtido com base no cadastro do Censo Demográfico do ano de 2010²⁰.

As análises estatísticas dos dados compreenderam a distribuição por frequências (absolutas e relativas) das informações relacionadas às características da Estratégia de Saúde da Família e dos NASF nos municípios, das ações de promoção da atividade física e da promoção da alimentação saudável realizadas de forma geral e implementadas na atenção básica.

Foram avaliadas as prevalências de ações de promoção da atividade física e de promoção da alimentação saudável realizadas de forma geral e implementadas na atenção básica e a associação destas prevalências segundo a presença ou ausência de NASF nos municípios.

Foram calculadas as prevalências das ações de promoção da atividade física implementadas na atenção básica e associação com a presença de profissionais de educação física nas equipes de NASF e a prevalência das ações de promoção da alimentação saudável e a associação com a presença de profissionais de nutrição nas equipes de NASF.

Todas as associações foram calculadas pelo teste de qui-quadrado adotando-se como valor significativo $p < 0,05$. Todas as análises estatísticas foram realizadas no “software” SPSS versão 15.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas (protocolo n. 151.238).

Resultados

Do total de 2.074 municípios que receberam recursos de 2011 a 2012 para o desenvolvimento do Programa Academia da Saúde, 44,1% (n = 914 gestores) responderam as entrevistas. Com relação às perdas, em 34,5% dos casos houve problemas de contato com os municípios, pois os telefones permaneceram ocupados ou ninguém atendeu, em 18,1% dos casos o cadastro dos telefones estavam errados ou permaneceram mudos e em 2,4% não se conseguiu agendar oficialmente a entrevista via telefone fixo com o responsável pela saúde dos municípios. Em menos de 1% dos casos houve recusa ou não se conseguiu realizar a entrevista após o agendamento.

Verificou-se que a maior parte dos entrevistados foi composta por Secretários de Saúde ou Diretores/

Coordenadores/Gerentes/Superintendentes de Saúde (85,3%), com idade até 39 anos (55,4%), do sexo feminino (68,1%), com ensino superior (77,3%), tempo de formação de até 10 anos (60,7%) e que estava na gestão há até quatro anos (76,5%).

Com relação aos municípios, 82% tinham até 49 mil habitantes, 33,4% eram do sudeste, 25,9% do sul, 24,1% do nordeste, 10,5% do centro-oeste e 6,1% do norte.

Com relação às características da Estratégia de Saúde da Família (TABELA 1), metade dos municípios tinha até três equipes. A maioria dos municípios tinha cobertura de estratégia saúde da família acima de 80%, mas 61,5% não possuía NASF. Os nutricionistas foram a terceira categoria mais presente nas

equipes e os profissionais de educação física foram a quinta categoria mais presente. A maioria dos núcleos tinha estrutura com computador, telefone para todos

os tipos de ligações e internet de alta velocidade, mas somente metade dos NASF dispunham de material bibliográfico com documentos da área de saúde.

TABELA 1 - Descrição da formação e da estrutura das equipes de Estratégia Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família nos municípios que receberam recursos para o desenvolvimento do Programa Academia da Saúde nos anos de 2011 e 2012.

Variável	%
Número de equipes de saúde da família nos municípios	
Uma equipe	13,9
De duas a três equipes	32,4
De quatro a sete equipes	27,0
Oito ou mais equipes	26,7
Percentual de cobertura de saúde da família nos municípios	
≤ 49 %	11,3
De 50 a 80 %	20,4
≥ 81 %	68,3
Presença de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) nos municípios	
Municípios com NASF	38,5
Municípios sem NASF	61,5
Quantidades de NASF nos municípios*	
Apenas um núcleo	77,8
Dois ou mais núcleos	22,2
Tipos de NASF nos municípios*	
NASF tipo 1	68,4
NASF tipo 2	31,6
Classes de profissionais que compõe as equipes de NASF**	
Psicólogos	77,8
Fisioterapeutas	74,6
Nutricionistas	65,2
Assistentes sociais	55,8
Educação física	49,9
Fonoaudiólogos	33,9
Farmacêuticos	29,1
Terapeutas ocupacionais	14,2
Médicos veterinários	1,0
Informações sobre os recursos para equipes dos NASF trabalharem nos municípios**	
Computador em funcionamento e acessível	98,9
Telefone disponível para todos os tipos de ligações	96,6
Lista atualizada das portarias do Ministério da Saúde	81,5
Internet de alta velocidade	77,5
Material bibliográfico sobre promoção da saúde	74,6
Pessoal técnico para elaboração de projetos	63,8
Material bibliográfico sobre programas de atividade física	52,4
Biblioteca atualizada com documentos da área da saúde	47,6

*Somente para municípios com NASF;
**Somente para municípios com NASF: as respostas para cada um destes itens variou entre 0 a 100%.

A TABELA 2 descreve características específicas da promoção da atividade física e de alimentação saudável. As classes profissionais mais citadas na participação de ações de promoção da atividade física e da alimentação saudável na atenção básica foram, respectivamente, os profissionais de educação física e os nutricionistas. A secretaria pública mais citada como parceira para estas ações foi a de educação, existia participação popular na maioria das ações e a maioria dos municípios não tinha parcerias fora os setores públicos.

TABELA 2 - Descrição da estrutura de ações de promoção da atividade física e da alimentação saudável nos municípios que receberam recursos para o desenvolvimento do Programa Academia da Saúde nos anos de 2011 e 2012.

Variável	%
Classe profissional mais citada nas ações de promoção da atividade física na atenção básica à saúde*	
Profissionais de Educação Física	64,7
Classe profissional mais citada nas ações de promoção da alimentação saudável na atenção básica à saúde*	
Nutricionistas	69,9
Municípios com parcerias do setor saúde com outras secretarias para ações de promoção da atividade física	65,5
Municípios com parcerias do setor saúde com outras secretarias para ações de promoção da alimentação saudável	82,6
Secretaria pública mais citada como parceira em ações de promoção da atividade física	
Educação	79,4
Secretaria pública mais citada como parceira em ações de promoção da alimentação saudável	
Educação	77,3
Municípios com parcerias com outros setores da sociedade para o desenvolvimento da promoção da atividade física	36,1
Municípios com parcerias com outros setores da sociedade para o desenvolvimento da promoção da alimentação saudável	34,6
Principal parceiro fora o setor público nas ações de promoção da atividade física	
Organizações não governamentais	55,0
Principal parceiro fora o setor público nas ações de promoção da alimentação saudável	
Organizações não governamentais	55,8
Municípios com participação popular nas ações de promoção da atividade física	89,8
Municípios com participação popular nas ações de promoção da alimentação saudável	86,9

Observou-se que 84,1% destes municípios realizavam ações de promoção da atividade física e 85,4% ações de promoção da alimentação saudável. Quanto à implementação destas ações na atenção básica à saúde, 89,3% dos municípios tinham ações implementadas de promoção da atividade física e

83,9% tinham ações implementadas de promoção da alimentação saudável.

As prevalências de ações de promoção da atividade física e de ações de promoção da alimentação saudável foram mais prevalentes e associadas com a presença de NASF nos municípios (FIGURA 1).

*Associação pelo teste de qui-quadrado, $p < 0,05$.

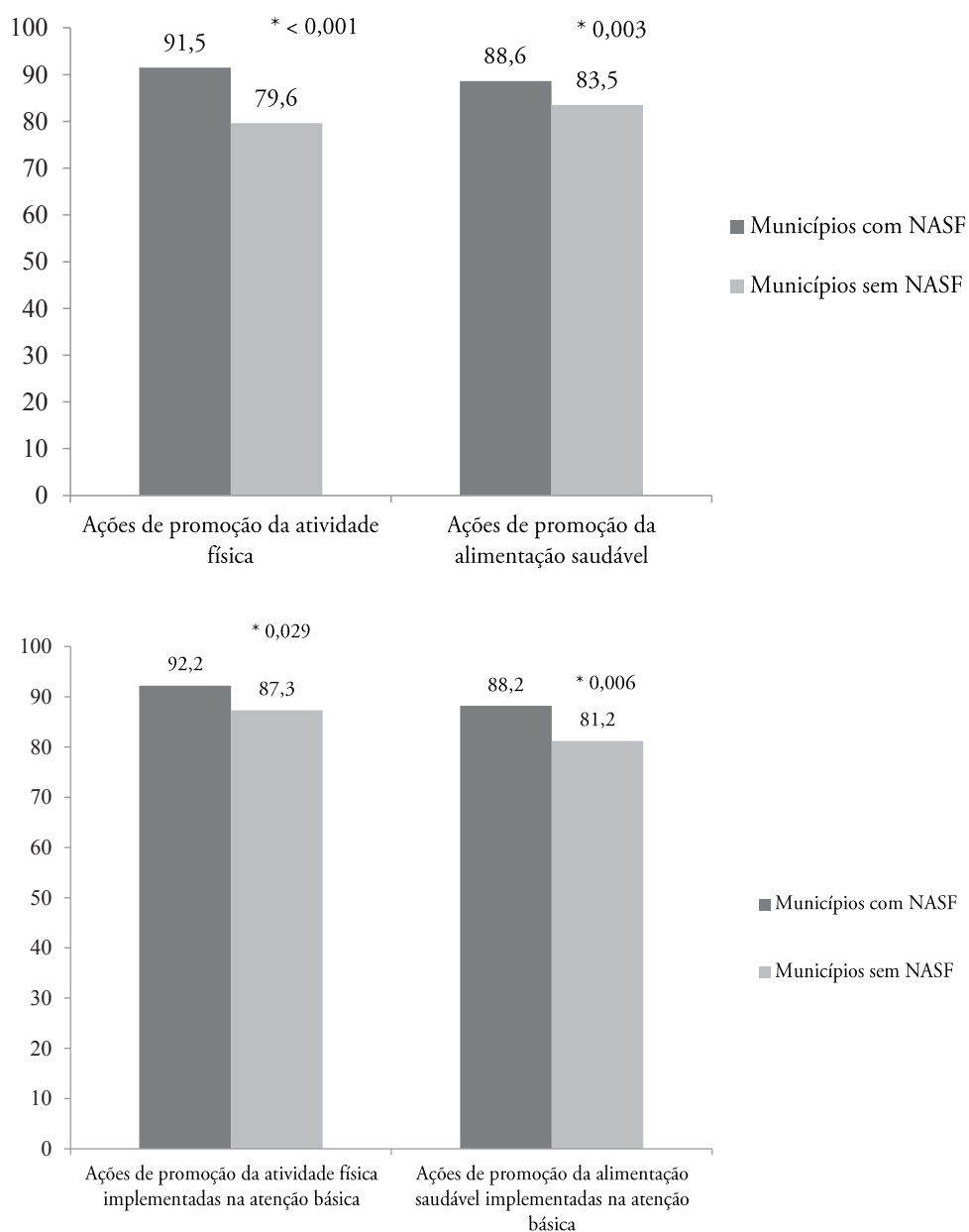


FIGURA 1 - Prevalência (%) de ações gerais e de ações implementadas na atenção básica à saúde de promoção da atividade física e da alimentação saudável e associações com a presença ou ausência de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) nos municípios.

As ações de promoção da atividade física implementadas na atenção básica foram mais prevalentes em municípios onde os NASF tinham profissionais de educação física, assim como as ações de promoção

da alimentação saudável implementadas na atenção básica foram mais prevalentes em municípios onde os NASF tinham profissionais de nutrição (FIGURA 2).

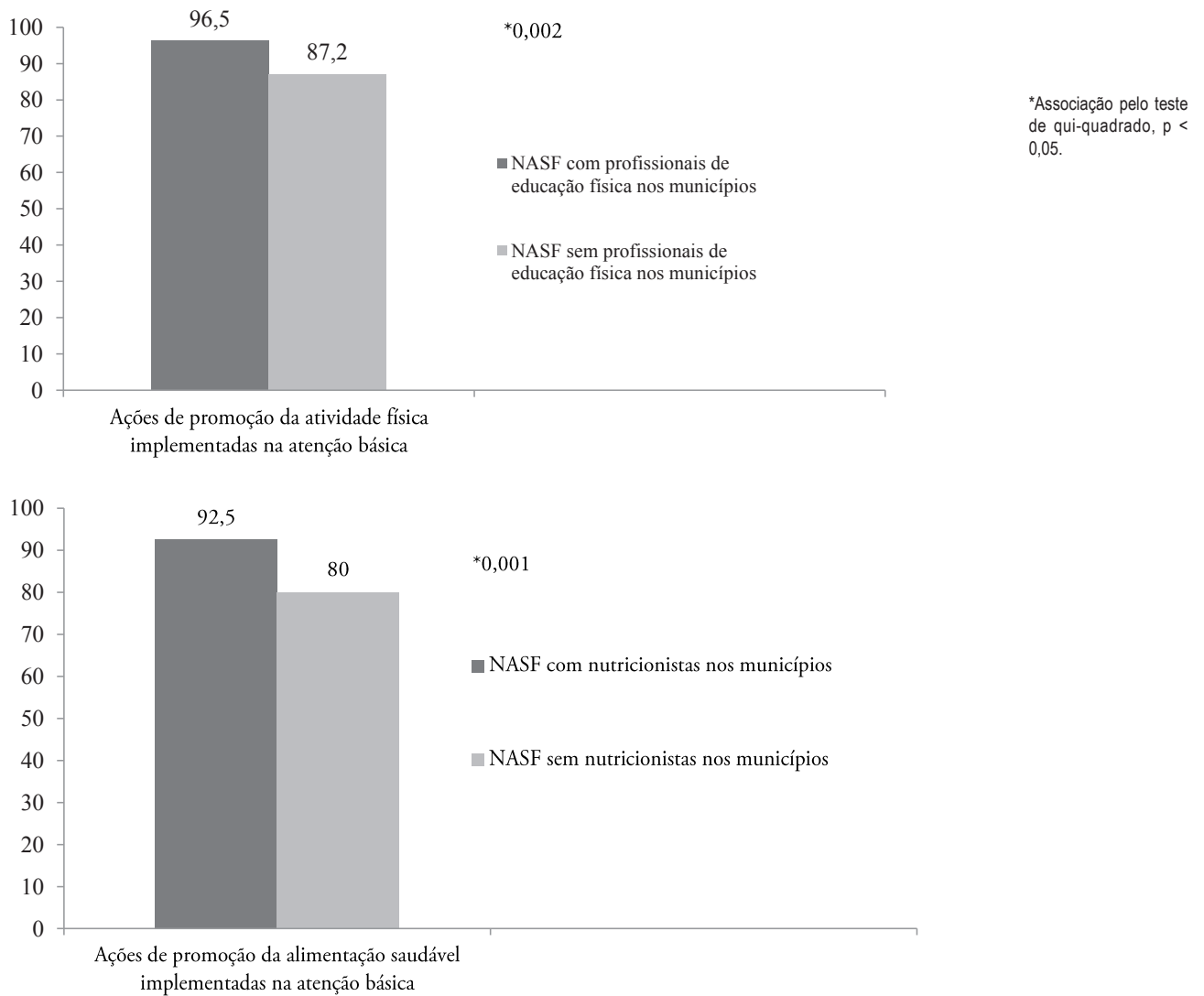


FIGURA 2 - Prevalência de ações de promoção da atividade física e da alimentação saudável implementadas na atenção básica e associações com presença de profissionais de educação física e de nutrição nas equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) nos municípios.

Discussão

Os principais resultados deste estudo mostraram a prevalência de ações de promoção da atividade física e de alimentação saudável foi maior nos municípios que tinham NASF e que tinham profissionais de educação física (para as ações de atividade física) e de nutrição (para as ações de alimentação saudável) nas equipes de NASF.

Este estudo mostrou que 61% dos municípios contemplados com recursos para o desenvolvimento do Programa Academia da Saúde nos anos de 2011 e 2012 não tinham NASF. O fato da portaria 2.684 de 8 de novembro de 2013 do Ministério da Saúde¹⁸

colocar que os polos dos programas Academia da Saúde devem estar vinculados aos estabelecimentos de saúde de referência da atenção básica e, caso possuam NASF, deve haver esta vinculação a estes núcleos, reforça a necessidade da implantação de NASF nestes municípios.

A maioria dos municípios investigados neste estudo já realizava ações de promoção da atividade física e de promoção da alimentação saudável. A prevalência destas ações foi alta e este resultado indica que os municípios analisados no presente estudo estão no caminho adequado para cumprir alguns objetivos

estabelecidos no Plano Nacional de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Ministério da Saúde, dado que a promoção da atividade física e da alimentação saudável faz parte do eixo de promoção da saúde deste plano¹⁹. É interessante ressaltar que intervenções de promoção da alimentação saudável e da prática de atividade física são extremamente importantes para se prevenir diversos fatores de risco que estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade no mundo^{8,21}.

Informações sobre prevalências e tipo de ações de promoção da atividade física e de alimentação saudável realizadas por municípios brasileiros ainda são escassas. Na revisão de literatura para o presente estudo, foram encontradas somente duas pesquisas realizadas no Brasil que tem dados comparativos²²⁻²³. AMORIM et al.²² pesquisaram 1.354 municípios que receberam recursos do Ministério da Saúde entre 2005 e 2009 para o desenvolvimento de ações da rede de promoção da saúde. Do total de 1.000 municípios que responderam ao inquérito, 74,8% estavam realizando ações de promoção da atividade física, valores inferiores aos encontrados no presente estudo. RAMOS et al.²³ pesquisaram as ações de promoção da saúde que eram realizadas em unidades básicas de saúde em todo o Brasil. As principais ações foram, respectivamente, promoção de ambientes saudáveis (77,7%), promoção de alimentação saudável (72%), controle do tabagismo (54,4%), controle do uso abusivo de álcool (41,6%) e por último a promoção da atividade física (39,8%).

Mas é importante ressaltar que RAMOS et al.²³ entrevistaram os gerentes e coordenadores das unidades, os quais têm maior proximidade com o trabalho desenvolvido na prática em comparação com os secretários e gestores dos municípios, os quais têm uma noção mais ampla e geral. Apesar da possibilidade de existência de um relato superestimado das ações de promoção da alimentação saudável e de atividade física por parte dos gestores entrevistados no presente estudo, acredita-se que os municípios que fizeram parte desta amostra se destaquem nas ações de promoção da saúde em relação a outros municípios brasileiros, principalmente pelo fato de já terem o histórico de aprovação para ações do programa Academia da Saúde.

As classes profissionais mais citadas na participação das ações de promoção da atividade física foram os profissionais de educação física e nas ações de promoção da alimentação saudável foram os nutricionistas. Estes profissionais têm sido apontados como de extrema relevância para a promoção da saúde no SUS. Inquérito feito com amostra de profissionais

que atuavam em unidades básicas de saúde no Brasil no ano de 2011 mostrou que médicos e enfermeiros consideraram os profissionais de educação física como principais responsáveis pela promoção da atividade física dentro das equipes²⁴. Estudo de revisão sistemática recente ressaltou a o crescimento da participação dos profissionais de educação física nas ações realizadas no âmbito da atenção básica à saúde no Brasil²⁵. Com relação a promoção da alimentação saudável, JAIME et al.²⁶ apontaram que as ações de alimentação e nutrição foram fortalecidas com a inserção dos nutricionistas nas equipes de NASF.

A maioria dos municípios tinha parceria com secretarias públicas para o desenvolvimento de ações de promoção da atividade física e de alimentação saudável, indicando que, como preconizam os documentos da Política Nacional de Promoção da Saúde e do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, intervenções intersetoriais são extremamente importantes para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis^{13, 19}. O setor público mais citado como parceiro foi o da educação. O inquérito realizado por AMORIM et al.²² mostrou que as ações de comunicação, informação e educação foram as mais prevalentes em municípios que receberam recursos do Ministério da Saúde para desenvolver programas de atividade física até 2009, o que vai ao encontro com os resultados obtidos no presente estudo, mostrando a importância deste setor nas ações de promoção da saúde no Brasil. JAIME et al.²⁶ mostraram que o setor da educação tem sido um dos parceiros de intersetorialidade das ações de alimentação e nutrição no Brasil.

Neste sentido, o próprio Guia Alimentar para a População Brasileira coloca que estratégias de educação alimentar e nutricional, quando direcionadas para o apoio de pessoas, famílias e comunidades, contribuem para o fortalecimento do direito dos indivíduos à alimentação saudável²⁷. Acredita-se que esta parceria com o setor educacional é muito importante, pois contribui para fortalecer e facilitar a autonomia das pessoas no processo de promoção da saúde. No entanto, a mesma não pode ficar limitada a palestras ou orientações, como foi evidenciado por RODRIGUES et al.²⁵ no estudo de revisão sistemática sobre ações dos profissionais de educação física na atenção básica. Estas ações educacionais devem assumir concepções de promoção da saúde, não sendo baseadas somente em transmissão de informações, mas sim, buscando processos de fortalecimento e enfrentamento de barreiras para adoção de estilos de vida saudáveis²⁸⁻³⁰.

A maioria dos municípios investigados no presente estudo não tinha parceria com outros setores da sociedade fora os setores públicos. A promoção de comportamentos saudáveis no âmbito populacional é bastante complexa e não deveria ficar restrita somente aos setores públicos. Apoios de outros setores da sociedade, como o setor privado (empresas e Universidades), ou mesmo o sistema S (SESC e SESI, por exemplo) são importantes e estas parcerias devem ser estimuladas pelo Ministério da Saúde nestes municípios. Dentre os municípios que tinham parcerias fora os setores públicos, a maioria recebia o apoio de organizações não governamentais. De acordo com RAMOS et al.²³, a presença de organizações não governamentais foi extremamente importante para as políticas de saúde no campo da Aids, na saúde da mulher e na saúde mental³¹. Os resultados do presente estudo mostram que as organizações não governamentais também são importantes para ações de promoção da alimentação saudável e da atividade física nos municípios.

A participação popular nas ações de promoção da atividade física e da alimentação saudável foi muito relatada pelos gestores. Este tipo de resultado alinha-se com as recomendações da Política Nacional de Promoção da Saúde¹³, que sugere a realização de ações interdisciplinares e de controle social, bem como o "Advocacy" estabelecido pelo Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis¹⁹, mostrando que ações deste tipo perpassam o setor tradicional de saúde relacionado à assistência. No entanto, estudos qualitativos são necessários para se conhecer melhor como acontece a participação popular nestas ações nos municípios.

Um dos resultados mais importantes do presente estudo foi mostrar que a prevalência de ações de promoção da atividade física e da alimentação saudável foi maior em municípios com a presença de NASF e com maior cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Corroborando com os dados encontrados, estudo recente que investigou as características de ações de promoção da atividade física em amostra representativa de unidades básicas de saúde em todo o Brasil, mostrou que a prevalência de intervenções de atividade física foi maior em unidades que estavam em municípios que tinham NASF³². O Ministério da Saúde vem ampliando o número de equipes de NASF no Brasil. Por exemplo, o site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde³³ mostra que o número de equipes de NASF aumentou de 457 equipes em 2008 para 1973 equipes em 2012. Este investimento contribui para complementar o

trabalho da atenção básica nos territórios e para melhorar a promoção da saúde, fortalecendo ações interdisciplinares e intersetoriais.

Houve maior prevalência de ações de promoção da alimentação saudável e de promoção da atividade física implementadas na atenção básica nos municípios onde, respectivamente, os NASF tinham a presença de nutricionistas e profissionais de educação física nas equipes. Estudo descritivo dos programas que faziam parte da rede de promoção da saúde no Brasil mostrou que os profissionais de educação física eram os principais responsáveis pela coordenação das atividades nos municípios²². Boa parte das intervenções de promoção da atividade física realizadas em unidades básicas de saúde no Brasil também já são coordenadas por profissionais de educação física³². Gestores da saúde e profissionais que atuam na atenção básica também já reconhecem os profissionais de educação física como muito importantes nas ações de promoção da atividade física no SUS^{24, 34}. Com relação às ações de alimentação saudável, observa-se que houve um avanço da vigilância alimentar e nutricional no SUS³⁵ e a inserção dos nutricionistas na atenção básica foi importante para as ações de diagnóstico da segurança alimentar e nutricional nos territórios e, mais recentemente, para as ações de promoção da alimentação saudável, com atuação multiprofissional e interdisciplinar nos NASF^{26, 36-37}.

Os nutricionistas e os profissionais de educação física são importantes agentes qualificadores da promoção da atividade física e de alimentação saudável no âmbito do SUS, pois tem o potencial de trabalhar com estas ações numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial^{28, 30}. Entretanto, ressalta-se que a quantidade de profissionais nutricionistas e de educação física ainda é baixa pela demanda que se exige de ações interdisciplinares de promoção da atividade física e da alimentação saudável no âmbito populacional³⁷⁻³⁸.

A principal limitação deste estudo foi a baixa taxa de resposta obtida no inquérito com os gestores dos municípios. O estudo foi realizado no segundo semestre de 2012 e próximo às eleições municipais, o que provavelmente tenha provocado a baixa disponibilidade para a entrevista e dificuldade para encontrar os gestores. No entanto, algumas características da amostra dos municípios onde os gestores não foram entrevistados foi similar aos municípios que foram investigados no presente estudo, pois a maioria tinha até 49 mil habitantes (81,9%) e não tinha NASF (74%).

Um dos principais resultados deste estudo foi mostrar que os NASF podem contribuir para ações de promoção da atividade física e da alimentação

saudável em municípios que já estão mais voltados para ações de promoção da saúde, como estes investigados no presente estudo, e que profissionais de educação física e nutricionistas nas equipes de NASF também são importantes para estas ações nos municípios. No entanto, estudos qualitativos são necessários para que se aprofunde o esclarecimento de algumas evidências obtidas no presente estudo, como por exemplo, como são os NASF e os profissionais que compõem as equipes em alguns destes municípios, como acontece a participação popular nas ações ou como o setor de educação ou as organizações não

governamentais participam das ações. Além disso, são necessários novos inquéritos nestes municípios para acompanhar a implementação do Programa Academia da Saúde e verificar a efetividade das ações deste programa em indicadores de atividade física e de alimentação saudável na população.

A ampliação das equipes de NASF com profissionais que tem potencial de qualificar ações de promoção da atividade física e de alimentação saudável, como os profissionais de educação física e nutricionistas, é um caminho para se melhorar intervenções de promoção da saúde no SUS.

Nota

O autor Rodrigo Siqueira Reis faz parte do programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal do Paraná.

Abstract

Promotion of physical activity, healthy eating and family health in municipalities with health gym

The present study aimed at: 1) describing the prevalence of actions to promote physical activity and healthy eating and describing the characteristics of family health strategies in Brazilian municipalities funded to implement the "Health Gym Program"; and 2) verifying the prevalence of these actions according to the presence of Family Health Support Centers (FHSC) and the presence of physical education professionals and nutritionists in the health family teams. We conducted telephone interviews with public health managers in 2012 in all cities funded to implement the "Health Gym Program". We described the frequencies (%) of the family health teams' characteristics and of the physical activity and healthy eating actions, and we calculated the prevalence in municipalities with and without FHSC, and in municipalities with and without physical education professionals and nutritionists in the teams. We used the chi-square test to evaluate the associations. Out of a total of 5,570 municipalities in Brazil in 2012, 2,074 (37.2%) were funded to implement the program, and amongst them, 44.1% (n = 914 public health managers) participated in the survey. Most of the municipalities did not have FHSC teams (61.5%), though reported developing physical activity (84.1%) or healthy eating actions (83.9%). The education sector was referred to as a public partner in most actions. The prevalence of physical activity (91.5%, $p < 0.001$) and healthy eating (88.2%, $p = 0.006$) actions was higher in cities with FHSC than in their counterparts. The prevalence of primary care actions was higher in municipalities that had physical education professionals and nutritionists in teams. Having FHSC with physical education professionals and nutritionists is an important factor for promoting physical activity and healthy eating.

KEY WORDS: Health promotion; Health teams support centers; Physical Education; Nutrition.

Referências

1. Buchalla CM, Waldman EA, Laurenti R. A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2003;6:335-44.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde; 2008. (Série Pactos pela Saúde 2006).
3. Santos IS, Barros AJ, Matijasevich A, Domingues MR, Barros FC, Victora CG. Cohort profile: the 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Int J Epidemiol.* 2011;40:1461-8.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL: Brasil - 2011 - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2012.
5. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet.* 2011;377:1949-61.
6. Florindo AA, Hallal PC, Moura EC, Malta DC. Practice of physical activities and associated factors in adults, Brazil, 2006. *Rev Saúde Públ.* 2009;43 Suppl 2:65-73.
7. Hallal PC, Knuth AG, Reis RS, et al. Time trends of physical activity in Brazil (2006-2009). *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14 Suppl 1:53-60.
8. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012;380:2224-60.
9. Brasil. Lei n. 12.864 de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (25 set. 2013);Sec.1:5.*
10. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (20 set. 1990);Sec.1:18055.*
11. Candeias NM. The concepts of health education and promotion: individual and organizational changes. *Rev Saúde Públ.* 1997;31:209-13.
12. World Health Organization. A discussion document on the concept and principles of health promotion. *Health Promot.* 1986;1:73-6.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde; 2006.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2003;3:113-25.
15. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet.* 2011;377:1778-97.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União, Brasília (4 mar. 2008);Sec.1:38-42.*
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 719 de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília (8 abr. 2011);Sec.1:52.*
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília (8 nov. 2013);Sec.1:37-8.*
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Análise de Situação de Saúde; 2011.
20. IBGE. Informações sobre os municípios brasileiros. Brasília: IBGE; 2013. [citado 30 nov. 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>.
21. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet.* 2012;380:219-29.
22. Amorim TC, Knuth AG, Cruz DKA, Malta DC, Reis RS, Hallal PC. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. *Rev Bras Ativ Fis Saúde.* 2013;18:63-74.
23. Ramos LR, Malta DC, Gomes GAO, et al. Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. *Rev Saúde Públ.* 2014;48:837-44.

24. Florindo AA, Mielke GI, Gomes GAO, et al. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. *BMC Public Health*. 2013;13:794.
25. Rodrigues JD, Ferreira DKS, Silva PA, Caminha IO, Farias Júnior JC. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2013;18:5-15.
26. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev Nutr*. 2011;24:809-24.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica; 2014.
28. Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Rev Ciênc Saúde*. 2008;1:33-42.
29. Moretti AC, Westphal MF, Bogus CM. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. *Saúde Soc*. 2009;18:346-54.
30. Scabar TGP AF, Pelicioni MCF. Atuação do profissional de educação física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. *J Health Sci Inst* 2012;30:411-8.
31. Ramos S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. *Ciênc Saúde Colet*. 2004;9:1067-78.
32. Gomes GAO, Kokubun E, Mielke GI, et al. Characteristics of physical activity referral programs in primary health care in Brazil. *Cad Saúde Públ*. 2014;30:2155-68.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consultas: equipes. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde; 2013. [citado 30 nov. 2013]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp.
34. Andrello E, Loch MR, Calciolari Júnior A, Reichert FF. Atividade física e saúde pública sob o olhar de secretários municipais de saúde. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2012;17:206-11.
35. Coutinho JG, Cardoso AJC, Tora N, et al. A organização da vigilância alimentar e nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. *Rev Bras Epidemiol*. 2009;12:688-99.
36. Canella DS, Silva ACS, Jaime PC. Produção científica sobre nutrição no âmbito da atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão de literatura. *Cienc Saude Colet*. 2013;18:297-308.
37. Mancuso AMC, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na atenção básica à saúde em um grande centro urbano. *Cienc Saude Colet*. 2012;17:3289-300.
38. Santos SFS, Benedetti TRB. Cenário de implantação do núcleo de apoio à saúde da família e a inserção do profissional de educação física. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2012;17:188-94.

Agradecimentos

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo financiamento concedido para a realização da pesquisa e a Wellcome Trust pelo financiamento concedido para o pesquisador Pedro Curi Hallal.

ENDEREÇO

Alex Antonio Florindo
Escola de Artes, Ciências e Humanidades
Universidade de São Paulo
R. Arlindo Béttio, 1000
03828-000 - São Paulo - SP - BRASIL
e-mail: aflorind@usp.br

Recebido para publicação: 10/03/2014
1a. Revisão: 28/05/2015
2a. Revisão: 14/09/2015
3a. Revisão: 19/10/2015
Aceito: 20/10/2015