

JOÃO PEDRO DA SILVA JUNIOR

“Agita São Paulo” um Programa de Atividade Física para
saúde na Comunidade.

Dissertação apresentada ao Curso de
Pós-Graduação da Faculdade de
Ciências Médicas da Santa Casa de São
Paulo para obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva

SÃO PAULO

2015

JOÃO PEDRO DA SILVA JUNIOR

“Agita São Paulo” um Programa de Atividade Física para
saúde na Comunidade.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Programas e Serviços no Âmbito da Política de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José da Silva Guedes;

Co-Orientadora: Profa. Dra. Sandra Mahecha Marcela Matsudo.

SÃO PAULO

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**

Silva Junior, João Pedro da

“Agita São Paulo” um programa de atividade física para saúde na comunidade./ João Pedro da Silva Junior. São Paulo, 2015.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Programas e Serviços no Âmbito da Política de Saúde

Orientador: José da Silva Guedes

Co-Orientadora: Sandra Mahecha Marcela Matsudo

1. Promoção da saúde 2. Atividade motora 3. Exercício 4.

Estudos de intervenção 5. Políticas públicas

BC-FCMSCSP/33-15

ATA DE DEFESA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Candidato: João Pedro da Silva Junior (201302262)

Às dez horas do dia vinte e dois de maio de dois mil e quinze, nesta Faculdade, teve lugar a sessão pública de Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, para obtenção do Título de MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, Área de Concentração em Programas e serviços no âmbito da política de saúde, do aluno JOÃO PEDRO DA SILVA JUNIOR, que apresentou o trabalho intitulado "Agita São Paulo" um programa de Atividade Física para saúde na comunidade" sob orientação do Professor Doutor Jose da Silva Guedes, com arguição realizada pela banca examinadora composta pelos professores doutores Jose da Silva Guedes, Nivaldo Carneiro Junior, Victor Keihan Rodrigues Matsudo; contando ainda, como membros suplentes, Nelson Ibanez e Douglas Roque Andrade. Terminada a arguição, os examinadores fizeram o seguinte relatório:

O candidato fez uma apresentação completa e bem ilustrada, demonstrando conhecimento do tema respondendo de forma adequada as questões colocadas. A banca sugere revisão do texto em pontos indicados pelos membros.

À vista deste resultado, a banca examinadora declarou o candidato aprovado, passando agora esta Ata ao Colegiado Superior da Faculdade para homologação do referido Título.

Nada mais havendo, a Presidência da Mesa, o professor doutor Jose da Silva Guedes declarou encerrada a sessão, da qual eu, Priscile Foster, lavrei a presente ata que passo a assinatura das presentes.

São Paulo, 22 de maio de 2015.

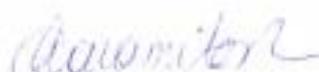
Prof. Dr. Jose da Silva Guedes (FCMSCSP)

Prof. Dr. Nivaldo Carneiro Junior (FCMSCSP)

Prof. Dr. Victor Keihan Rodrigues Matsudo (Não Vinculado a IES)






Priscile Foster


Prof. Dr. Luiz Henrique Amaral

DEDICATÓRIA

A minha mãe Maria Helena André (in Memória), pelo incentivo a educação e busca de se tornar um ser humano produtivo e digno e principalmente pelas lições e exemplos deixados.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por ter me dado, saúde, equilíbrio e força para completar mais essa jornada.

A **Nilza** que substituiu um espaço deixado pela minha mãe de maneira sem igual, pela minha adoção de corpo alma e coração.

Ao **meu pai** João Pedro e **irmãos** Gianpaulo, Pedro Henrique e Leonardo (in memoria) pelo apoio constante, compreensão em todos os momentos.

A **minha família** (Avós, Tias, Primas, Primos, Primas e aos meus sobrinhos João Vitor, Dandhara, Marcos Gabriel, Clara, Laura, Carolina, Rafaela, Vitória e Tamires) pela força e carinho dispensado e pela inspiração de me tornar um ser humano cada vez melhor.

A **minha segunda família** CELAFISCS, Victor Matsudo, Sandra Marcela Maecha, Timóteo Leandro Araújo, Douglas Roque Andrade, Gláucia Braggion, Rosangela Marin, Luís Carlos de Oliveira, Leonardo José da Silva, Mauricio Santos, Gerson Ferrari, Carlos Calmona, Edson Lima, Flavio Biazoto, Manoel Mangabeira, por terem sido responsáveis pelo meu começo nessa área aguçando a minha "volúpia do saber", pelo constante apoio, torcida e carinho que me receberam nesta casa.

Meus **queridos amigos** Andrea Martins, Michele Barbosa, Andreia Pinez, Olga Lopes, Renata Batista, Sandra Regina, Norilton Soares (in memória), Marlene Emiliano, Tânia França, pela força que cada um de sua maneira me deu para cumprir mais esta etapa da minha vida, vocês fazem parte de cada página deste trabalho.

Meus **companheiros** de CELAFISCS Luís Fabiano, Diogo, Josivaldo, Leandro Rezende, Tatiane Ferrari, Carolina Gonzáles, Daniele Diniz, Ingrid Regina, Claudinéia, que também serviram de inspiração e motivação na minha caminhada científica.

Meus **Amigos** que não nominalmente citados, mas que moram no meu coração muito obrigado pela força e carinho.

Aos meus **amigos e companheiros** de pós-graduação, Tanira Barros, Andrea Carvalho, Andréia Nascimento, Iza Sconza Glória Maria, Mara Martins, Karina Kiso, Alexandre, Vivian Oliveira, Jader Pacio, Leila Saad, sem vocês essa pós não teria o mesmo brilho e alegria.

Ao **Rafael Mancini** meu companheiro de sempre nessa jornada, meu Muito Obrigado seria muito pouco para dizer o que representou nesta etapa, mas levo o maior prêmio, sua amizade.

Aos Professores **Nivaldo Carneio, Nelson Ibanez e Rita Barradas** que tanto contribuíram para construção deste trabalho, com a tranquilidade, maturidade e alegria só me proporcionaram bons momentos dentro da faculdade, sem essas participações este trabalho não seria o mesmo.

Ao **Prof. José da Silva Guedes** por abrir as portas da pós-graduação e por me proporcionar crescimento, amadurecimento, aprender a lidar com obstáculos e por me ajudar a trabalhar minha ansiedade e paciência.

Aos **professores** e **funcionários** do Departamento de Saúde Coletiva, muito obrigado pela convivência, troca de experiências, pela alegria e pela ajuda de sempre.

A Direção e **coordenação** da pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo principalmente do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, muito obrigada por me receberem de portas abertas, dando todo respaldo necessário.

RESUMO

Incentivo para que a atividade física regular tem sido considerada uma importante linha de ação em saúde pública, estimulando iniciativas de larga abrangência populacional, tais como programas e campanhas que visam promover estilos de vida ativos. Neste estudo, faremos algumas considerações sobre o processo de adesão à atividade física regular e as linhas de ação usualmente adotada em programas de promoção da atividade física. Descobrimos que estes programas objetivos, estratégias e avaliação estão focadas no incremento de atividade física da população e conhecimento dos benefícios da atividade física. Neste trabalho, fazemos apresentação e descrição programa de adesão à prática regular de atividades físicas e sobre as ações, estratégias e resultado da promoção da atividade física do Agita São Paulo através do Exercício Físico e do Esporte. Identificamos que os objetivos, estratégias e avaliações dos programas enfocam o aumento do nível de atividade física da população e a ampliação de seus conhecimentos sobre os benefícios da atividade física.

Palavras – chave: Atividade Física, Políticas Públicas, Adesão.

ABSTRACT

Incentive for regular physical activity has been considered an important line of action in public health, stimulating initiatives with wide population reach such as programs and campaigns aimed at promoting active lifestyles. On the present paper, we make some considerations about the process of adherence to regular physical activity and the lines of action usually adopted in physical activity promotion programs. We found that these programs objectives, strategies and evaluation are focused on the increment of population physical activity and knowledge of physical activity benefits. Given the complexity of physical activity adherence, we believe that it is necessary to increase the number of variables on which actions and evaluation of programs should be based. In our opinion, besides the number of physically active individuals, variables such as facilities availability, accessibility and quality should be considered in order to demonstrate the effectiveness of lines of action adopted, improving the design and evaluation of physical activity promotion programs with wide population reach.

Key words Physical exercise, Public policies, Adherence.

ÍNDICE

Lista de abreviaturas	12
Lista de tabelas e quadros	13
Lista de logos e figuras	14
1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	24
3. METODOLOGIA	25
4. RESULTADOS	26
REVISÃO - EXPERIÊNCIAS DE PROGRAMAS PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA: NO MUNDO E NO BRASIL:	26
4.1 Canadá: ParticipACTION	26
4.2 VERB	27
4.3 CATCH	27
4.4 SPARK	28
4.5 Let's Move	29
4.6 Inglaterra – ACTIVE FOR LIFE	30
4.7 ACTIVE AUSTRÁLIA	32
4.8 MUÉVETE BOGOTÁ	32
4.9 BRASIL - ACADEMIAS DA CIDADE/SAÚDE	33
4.10 PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE EM RECIFE	34
4.11 PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DE ARACAJU	35
4.12 PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE EM BH	35
4.13 Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) Vitória – ES	36
4.14 CuritibaAtiva PR	37
4.15 DIA DO DESAFIO	38
4.16 MOVE BRASIL	39
4.17 PROGRAMA LAZER ATIVO	40
5 PROGRAMA AGITA SÃO PAULO	43
5.1 Origem do Programa Agita São Paulo	43
5.2 Lançamento do Programa Agita São Paulo	47
5.3 Estrutura do Programa Agita São Paulo	49
5.4 O Nome e a Mensagem do Programa	51

5.5	Estratégias e públicos alvos do Programa Agita São Paulo	53
5.5.1	AGITA “TRABALHADOR”	53
5.5.2	AGITA “GALERA” DIA DA COMUNIDADE ATIVA	56
5.5.3	AGITA “IDOSO”	58
5.6	Dia Mundial e Estadual da Atividade Física	60
5.7	Aspectos de Marketing Social - Materiais Educacionais	62
5.8	Modelo Lógico do Programa Agita São Paulo	63
6.	REDES / PARCERIAS DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO	67
6.1	Carta São Paulo	67
6.2	Reunião de Colegiado Estadual	69
6.3	MUNICIPALIZAÇÃO	70
7.	REDES (NACIONAIS E INTERNACIONAIS)	75
7.1	Agita Brasil	78
7.2	Rede de Atividade Física das Américas (RAFA–PANA)	79
7.3	Rede Agita Mundo Network	81
8.	IMPACTO DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO	84
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS:	96
9.1	SUGESTOES	101
10.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	103

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSM - American College of Sport Medicine.

AF- Atividade Física.

ASCM- Colégio Americano de Medicina Esportiva.

CARMEN- Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis.

CDC- Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos.

CELAFISCS- Centro de Estudo do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul.

CENP – Coordenadoria de Ensino e Normas Pedagógicas.

DCNT- Doenças Crônicas não Transmissíveis.

DMAF- Dia Mundial da Atividade Física.

DRS- Departamento Regional de Saúde.

FIEP- Federação Internacional de Educação Física.

ICSSPE - Conselho Internacional de Ciências do Esporte e Educação Física.

NAF- Nível de atividade física.

NASF- Núcleo de Saúde da Família.

OMS- Organização Mundial da Saúde.

OPAS- Organização Pan Americana da Saúde.

PSF- Programa Saúde da Família.

SEE - Secretaria de Estado da Educação.

SES-SP- Secretaria de Estado da Saúde - São Paulo.

SUS- Sistema Único de Saúde.

UBS- Unidade Básica de Saúde.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Custos atribuídos a inatividade física e obesidade no Canadá.	21
Quadro 1 - Caracterização de Programas Nacionais e Internacionais de promoção de atividade Física.	42
Tabela 2 - Número de Registros e Tema da Celebração do Dia Mundial da Atividade Física.	61
Quadro 2 - Modelo Lógico do Programa Agita São Paulo.	63
Tabela 3 - Capacitação dos interlocutores municipais do Programa Agita São Paulo 2011-2012.	72
Tabela. 3 Redes internacionais de programas de atividade físicas do Agita Mundo Network.	73
Quadro 3 - Redes internacionais de programas de atividade físicas do Agita Mundo Network.	83
Quadro 4- Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde do quadriênio 2008 a 2011 no Eixo VII – SES, 2008.	87
Quadro 5 – Programa Agita São Paulo no Relatório do Banco Mundial	89

LISTA DE LOGOS E FIGURAS

LOGOS DE PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA NO BRASIL PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA NO MUNDO

Logo do Programa Participaction	26
Logo do Programa Verb	27
Logo do Programa Catch	27
Logo do Programa Spark	28
Logo do Programa Let's move	29
Logo do Programa Active for Life	30
Logo do Programa Active Austrália	32
Logo do Programa Muévete Bogotá	32
LOGOS DE PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA NO BRASIL	
Logo Academias da Cidade/Saúde	33
Logo do Programa CuritibaAtiva	37
Logo da Campanha Dia do Desafio	38
Logo do Campanha Move Brasil	39
Logo do Programa Programa Lazer Ativo	40
Figura 1 Estrutura organizacional do Programa Agita São Paulo	50
Logo do Programa Agita São Paulo	51
Mascote do Programa Agita São Paulo	51
Logo do Programa TST em Movimento	54

Figura. 2 Material Educativo do Programa Agita São Paulo – Cartaz de incentivo a utilização de escadas	55
Logo do Programa Serviço Social da Indústria (SESI) Agita Indústria.	55
Figura 2 - Programa Agita Galera: Descrição cronológica das intervenções em escolares no Estado de São Paulo	62
Figura 3 - Materiais Educativos do Programa Agita São Paulo.	66
Figura 4 - Gestão Móvel do Modelo Ecológico para Promoção de Atividade Física	69
Figura 5 - Municípios parceiros do Programa Agita São Paulo	72
Figura 6- Departamentos Regionais de Saúde de São Paulo	72
Logo da Rede de Atividade Física das Américas (RAFA-PANA)	72
Figura. 7 Estrutura Rede de Atividade Física das Américas	71
Logo do Programa Agita Brasil	78
Logo da Rede de Atividade Física das Américas	79
Figura 8 - Estrutura Rede de Atividade Física das Américas.	80
Figura. 9 Cursos de Atividade Física e Saúde Pública RAFA- PANA	81
Logo da Rede Agita Mundo Network	81
Relatório do Banco Mundial	89

1. INTRODUÇÃO

A inatividade física nos últimos anos tem aumentado de maneira epidêmica, refletindo diretamente no aumento dos índices de morbimortalidade das doenças crônicas. O sedentarismo por si só responde por milhões de mortes por todo mundo (WHO, 2002). Entretanto, apesar se tratar de um problema universal que afeta indistintamente países ricos e pobres, foi somente em 1992 que a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a American Heart Association reconheceram o sedentarismo como um fator de risco independente (BIJNEN e CASPERSEN, 1994).

O sedentarismo é uma epidemia mundial que compromete em torno de 60-70% da população do planeta. É considerado problema de saúde pública, associado com milhões de óbitos globalmente, e por 75% das mortes por doenças crônicas nas Américas (WHO, 2002). Além disso, é fator de risco para doenças crônicas, como diabetes tipo 2, hipertensão, hipercolesterolemia, obesidade, doença cardiovascular, osteoporose, algumas formas de câncer (colo e mama), cálculos biliares e depressão (KATZMARZYK et al., 2000).

Existem evidências de que a Atividade Física (AF) tem uma ação preventiva em relação à morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas e em especial às doenças cardiovasculares. Para determinar a dimensão dessa associação KRUGER et al., (2006) analisaram os dados de 6.360 adultos trabalhadores que responderam à pesquisa nacional sobre atividade física e perda de peso, realizada em 2002 nos Estados Unidos.

A maioria dos empregados foi classificada como sedentária (sentados ou em pé) quando se analisou somente o tempo dispêndio de energia durante a jornada de trabalho: sendo 54,7% dos homens e 67,8% das mulheres. A mesma porcentagem de homens e mulheres (25,6%) estava em ocupações que envolviam caminhar, sendo que 19,6% dos homens e 6,8% das mulheres relataram realizar atividades pesadas de trabalho. No entanto, quando os outros componentes que compõem o estilo de vida (atividades na casa, no transporte e no tempo de lazer) foram levados em consideração, 45,7% entre os funcionários que trabalhavam sentados ou em pé, 49,6% dos que reportaram

caminhar no trabalho e 59,7% entre os trabalhadores envolvidos em atividades pesadas foram classificados como regularmente ativos.

As análises de regressão evidenciaram que tanto homens quanto mulheres que trabalhavam em serviços que envolviam atividades pesadas foram quase duas vezes e meia (*odds ratio*, OR: 2,4: 1,8-3,1) mais regularmente ativos do que aqueles que exerciam funções sentadas ou em pé na maior parte do tempo. E as associações apresentadas apontam para uma proteção para doenças cardiovasculares.

Mesmo em idosos diversos estudos apontam os efeitos benéficos da prática regular da atividade física durante o processo de envelhecimento. (Matsudo, et al., 2006); Esses efeitos podem ser observados em diferentes aspectos, segundo MATSUDO et al., (2000) os efeitos antropométricos usualmente referidos são o controle ou diminuição da gordura corporal, manutenção ou incremento da massa muscular, aumento da força muscular e da densidade óssea, fortalecimento do tecido conetivo e melhora da flexibilidade. Os efeitos metabólicos incluem o aumento do volume de sangue circulante, da resistência física (em 10-30%) e da ventilação pulmonar, diminuição da frequência cardíaca em repouso e no trabalho submáximo e da pressão arterial, melhora nos níveis de colesterol HDL e diminuição dos níveis de triglicérides, colesterol total e LDL, dos níveis de glicose sanguínea contribuindo na prevenção e controle do diabetes.

A literatura refere ainda benefícios sobre o sistema imunológico, estando associados a menor risco de alguns tipos de câncer (côlon, mama e útero), diminuição de marcadores anti-inflamatórios associados às doenças crônicas, diminuição do risco de doença cardiovascular, acidente vascular cerebral tromboembólico, hipertensão, diabetes tipo 2, osteoporose e obesidade (KATZMARZYK et al., 2004). Além dos efeitos biológicos são mencionados efeitos cognitivos e psicossociais incluindo melhora da autoestima, imagem corporal, estado de humor, tensão muscular e insônia, prevenção ou retardo do declínio das funções cognitivas (memória, atenção), diminuição do risco de depressão, diminuição do estresse, ansiedade e depressão, consumo de medicamentos e incremento na socialização. (RAVAGLIA, et al., 2008; BARNES, et al. 2007; MENG e D'ARCY 2013; ORTEGA e LEE et al. 2010).

A atividade física apresenta ainda efeitos benéficos sobre quedas com redução de risco de quedas e lesão pela queda, aumento da força muscular dos membros inferiores e coluna vertebral, melhora do tempo de reação, sinergia motora das reações posturais, velocidade de andar, mobilidade e flexibilidade. (MALMBERG et al, 2006; NELSON et al, 2007; REJESKI et al, 2006). Ainda a atividade física apresenta efeito terapêutico no tratamento de doença coronariana, hipertensão, enfermidade vascular periférica, diabetes tipo 2, obesidade, colesterol elevado, osteoartrite, claudicação e doença pulmonar obstrutiva crônica, manejo de desordens de ansiedade e depressão, demência, dor, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral; e efeito profilático no tromboembolismo venoso, dor lombar e constipação (THOMAS et al, 2002; RODDY et al; 2005).

Na análise longitudinal de 12 anos com 3.206 homens e mulheres maiores de 65 anos de idade, os indivíduos que eram fisicamente ativos ocasionalmente tiveram um risco de mortalidade para todas as causas 28% menor do que os fisicamente inativos. O risco de quem fazia atividade física uma ou mais vezes por semana foi 40% menor em relação aos sedentários, ressaltando que mesmo a atividade física irregular está associada à diminuição do risco de morte em idosos (SUNDQUIST et al., 2004).

Com medidas mais objetivas do nível de atividade física, MANINI et al., (2005) mensurando o gasto energético com água duplamente marcada em 302 idosos, acompanhados por seis anos, encontraram uma mortalidade de 67% menor nos indivíduos mais fisicamente ativos. Seguindo essa linha de pesquisa, INOUE et al., (2006) analisando em indivíduos acima de 65 anos de idade o nível de atividade física (NAF) e o risco de mortalidade em cinco anos, encontraram associação significativa entre essas variáveis, verificando que os sujeitos que não relataram atividades físicas em casa tiveram risco de mortalidade quase duas vezes maior (1,7- 2,1) do que os envolvidos neste tipo de atividades, mesmo quando ajustado por outras variáveis como idade, sexo e incapacidade funcional.

Da mesma forma, foi encontrado que o nível de condicionamento físico em idosos é um fator preditor de mortalidade e independente da adiposidade abdominal ou total (SUI et al., 2007). O risco de doença de Parkinson, que afeta

de forma importante a capacidade funcional, também tem sido associado à atividade física. Estudo com mais de 125.000 sujeitos mostrou que a AF na idade adulta jovem foi inversamente relacionada com o risco de Parkinson 60% menos risco nos homens que realizavam atividade física vigorosa mais de 10 meses por ano (CHEN et al., 2005).

Dados populacionais de representatividade nacional sobre níveis de atividade física entre crianças no Brasil, em estudo realizado em escolas públicas de São Paulo verificaram altas prevalências de comportamento sedentário escolares (SILVA, et al., 2000; BRACCO, et al., 2006).

Estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro em 1996 verificou que 38,6% dos meninos e 63,4% das meninas, entre 12 e 20 anos de idade, nunca realizavam atividades físicas como forma de lazer (GOMES et al., 2001). Em Pelotas, Rio Grande do Sul, verificou que 58,2% de sedentarismo entre crianças de 10 a 12 anos. (HALLAL et al., 2006).

Os níveis de atividade física em jovens vêm diminuindo nos últimos anos, contribuindo para o surgimento de diabetes mellitus, hipertensão arterial e síndrome metabólica. As recomendações para crianças de atividade física diária atualmente não vêm sendo atendidas por 80% dos jovens, tendo como consequência o aumento de excesso de peso e da obesidade, e baixos níveis de aptidão física (FERRARI et al., 2012).

A atividade física em adolescentes está associada a benefício para a saúde a curto e longo prazo. A atividade física pode ocorrer em vários domínios e é influenciada por uma rede complexa de fatores. Estudo recente analisou fatores sociodemográficos e comportamentais associados à atividade física em adolescentes brasileiros. A amostra representativa incluiu 109.104 estudantes brasileiros no último ano do ensino fundamental de 2.842 escolas. (REZENDE, ET AL., 2014)

A frequência semanal e duração de atividade física foram avaliadas. Foram estudados vários fatores sociodemográficos e comportamentais. A análise de regressão de Poisson múltipla foi utilizada para testar a associação entre atividade física e as variáveis sociodemográficas e comportamentais. A maioria dos alunos (97,0%) estava engajados em atividade física em pelo menos um dos domínios estudados, especialmente em aulas de educação física na escola (81,7%) e atividade física de lazer (67,5%). No entanto, apenas 29% dos

adolescentes alcançaram o nível recomendado de atividade física de 60 min/dia ou 300 min (STRONG et al. 2006).

Entre os adolescentes que atingiram o tempo mínimo recomendado para a atividade física, os vários domínios contribuíram nas seguintes proporções para a atividade física total: a atividade física de lazer 12,5% (IC 95% 11,17-13,97), o deslocamento ativo 1,63% (CI 95% 1,59-1,67), e educação física na escola 1,36% (IC 95% 1,29-1,44). A frequência semanal de todas as atividades foi maior entre os meninos do que entre meninas. Além disso, quase dois terços (61,8%) dos estudantes passou mais de duas horas por dia em comportamentos sedentários; a prevalência de comportamentos sedentários foi semelhante entre meninos e meninas (59,0 e 64,5%, respectivamente). Nível total de atividade física, atividade física de lazer e deslocamento ativo foram associados com escores nutricionais superiores (ROMEIRO et al., 2014).

No Brasil um estudo recente teve como objetivo avaliar o impacto da inatividade física sobre as principais doenças não transmissíveis (DNT), a mortalidade por todas as causas e a expectativa de vida, por região e perfil sócio demográfico. Ao estimar a fração atribuível populacional (PAF) para a inatividade física associada a doenças coronarianas, diabetes tipo 2, câncer de mama, câncer de cólon e mortalidade por todas as causas. A prevalência de inatividade física do brasileiro estimada pela Pesquisa Nacional em Amostra de Domicílios (PNAD) em 2008 e dados de risco relativo disponíveis na literatura. No Brasil, 3-5% de todas as principais doenças crônicas podem ser atribuídas ao sedentarismo e 5,31% de todas as causas de mortalidade, variando entre 5,82% na região sudeste e 2,83% na região sul. Eliminando a inatividade física seria possível aumentar a expectativa de vida em média 0,31 anos (REZENDE et al, 2014).

As projeções não são animadoras, pois podemos chegar a 41 milhões de mortes no mundo em 2015 por conta das doenças crônicas, representando um aumento de 17% em comparação a 2010. (NHBLI, 2010). Projeções apontam um gasto direto astronômico com as doenças cardiovasculares nos Estados Unidos. Os valores chegarão a 818 bilhões de dólares em 2030 se ações preventivas não forem adotadas.

Além de estar associado com diversas enfermidades crônicas, não é menos importante o custo econômico do sedentarismo. Estudo realizado no Reino Unido constatou que a inatividade física leva a um custo anual de (£ 8.2 bilhões). Esse valor foi quase o dobro da obesidade (£ 4.2 bilhões), mais que o dobro do alcoolismo (£ 3.9 bilhões) e quatro vezes mais que o tabagismo (WEILER e STAMATAKIS 2010).

Somente nos EUA o sedentarismo é responsável por aproximadamente 334.000 mortes por ano. O custo do sedentarismo alcançaria de 24 a 72 bilhões de dólares por ano, ou seja, 2,4 % a 5,0 % dos gastos com saúde. Em geral nos EUA, um paciente sedentário custa 1500 dólares a mais que um paciente ativo. Em relação aos ativos, os pacientes sedentários permanecem 38% a mais de tempo internados em hospitais, requerem 5.5% a mais de visitas médicas, 13% a mais de serviços de especialistas e 12% a mais de visitas de enfermeiros (OLDRIDGE et al., 2008).

Uma revisão analítica de estudos no Canadá determinou os custos econômicos associados com a inatividade física e a obesidade. Foi realizada mediante meta-análise dos estudos existentes e analisando tanto os custos diretos quanto os custos indiretos resultantes da doença, incapacidade no trabalho associada à lesão ou a morte prematura. Segundo os valores obtidos pelos autores, os custos indiretos atribuídos à inatividade física foram mais que o dobro que os custos diretos conforme destacados na tabela abaixo:

Tabela.1 – Custos atribuídos a inatividade física no Canadá (KATZMARZYK e GLEDHILL et al., 2000).

FATOR RISCO	Custos diretos	Custos indiretos	TOTAL
Inatividade física	\$1,6	\$3,7	U\$ 5,3
Obesidade	\$1,6	\$2,7	U\$ 4,3

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004) lançou por meio de assembleia mundial, a estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, estimulando os países membros a desenvolverem programas nacionais de promoção de atividade física em combate ao sedentarismo (WORLD BANK, 2005). Já no Brasil podemos destacar no Sistema Universal de Saúde (SUS), que através da alteração feita na redação de sua legislação em 2013, no artigo

3º da lei 8080 acrescenta a atividade física, como um dos determinantes e condicionantes da saúde. No art. 3º da lei os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (MINISTERIO DA SAUDE BRASIL, 2013).

O enfrentamento das doenças crônicas requer mais do que intervenções farmacológicas ou cirúrgicas. É necessário fortalecer as propostas de promoção da saúde que incluem a redução do sedentarismo, a alimentação saudável, a redução do tabagismo e do consumo de álcool (Kohl et al., 2004). Assim propostas terapêuticas farmacológicas ou cirúrgicas não bastariam, pois por trás das doenças crônicas, que respondem por mais de 70% dos gastos com saúde em nosso país, são atribuídos ao comportamento, em que estão à frente, o sedentarismo, a má alimentação e o tabagismo (REGO et al., 1990).

Ainda a autora destaca que dados da década de 90, Estado de São Paulo demonstrava que cerca de 69,3% dos homens e mulheres possuíam um estilo de vida sedentário, entre indivíduos de 18 a 70 anos de idade (REGO et al., 1990). Um estilo de vida sedentário afeta em torno de 50% a 80% da população mundial está associado com as principais doenças crônicas. da população mundial está associado com as principais doenças crônicas. Por isso estimular o estilo de vida ativo é fundamental para prevenir estas doenças (PRATT et al., 2000).

Denomina-se Atividade Física (AF) qualquer movimento corporal que seja resultado da contração muscular voluntária, que leve a um gasto energético acima dos valores de repouso. Chamamos o *Exercício*: subcategoria da atividade física que é planejada, estruturada e repetitiva; resultando na melhora ou manutenção de uma ou mais variáveis da aptidão física. *Aptidão física*: é considerado não como um comportamento, mas uma característica que o indivíduo possui ou atinge para realizar as atividades da vida diária sem prejuízo a saúde e que envolve variáveis como a potência aeróbica, força muscular,

composição corporal e flexibilidade. Já o *Esporte*: é subcategoria da atividade física que envolve desempenho e competição (CASPERSEN et al., 1985).

Com o objetivo de promover de atividade física para população, conhecimento dos benefícios de uma vida ativa; em três públicos alvos: escolares, trabalhadores e idosos (MATSUDO et al 2008). O Programa Agita São Paulo foi idealizado pela equipe de profissionais de saúde e pesquisadores, lançado em dezembro de 1996 pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS por solicitação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Desenvolvido para enfrentar o sedentarismo, o programa utilizou estratégias de múltiplos níveis, para promover a mensagem sobre os benefícios da atividade física e coordenou diversas atividades de intervenção para criar várias oportunidades, para os milhões de habitantes do Estado de São Paulo. Nos seus 18 anos de existência acabou por se converter em uma política pública estadual de incentivo a prática de atividade física. Buscou-se através deste estudo documentar a implementação do Programa Agita São Paulo que promoveu diversas estratégias de promoção atividade física no Estado de São Paulo no período de 1997-2013.

2 – OBJETIVOS

Documentar a implementação e desenvolvimento das estratégias de promoção da atividade física do Programa Agita São Paulo no Estado de São Paulo no período de 1997-2013.

1- Objetivo Geral: Descrever as características gerenciais do programa e sua forma de implementação.

2- Objetivos específicos:

2.1 Descrever processos de implementação e gestão da rede estadual de promoção de atividade física;

2.2 Descrever os aspectos de negociação entre os atores parceiros, e as características organizacionais que favoreceram ou dificultaram esse trabalho;

2.3 Descrever processos de criação e gestão da rede estadual de promoção de atividade física;

2.4 Descrever e pontuar os indicadores de impacto;

3- METODOLOGIA

Tipo de pesquisa: Estudo descritivo baseado em análise documental.

Para a realização da análise documental utilizou-se “ Mining data From Documents” (Merriam 2009) seguiu-se análise de documentos proposta por (VICTORA et al., 2000). Da leitura de cada documento foram extraídos elementos que permitam caracterizar cada um dos objetivos acima mencionados a fim de possibilitar a construção de uma narrativa coerente sobre os mesmos.

Uma vez realizada a etapa descritiva, as informações foram cotejadas com dados de literatura científica pertinente e com textos teóricos de organização de programas para permitir a análise de um ponto de vista administrativo. O texto definitivo foi construído de modo a responder aos objetivos gerais e específicos bem como visando o registro histórico das fases de desenvolvimento do Programa Agita São Paulo.

Foi constituída uma “biblioteca” ou acervo de documentos de interesse incluindo:

- a) Artigos científicos ou de divulgação sobre o Programa Agita São Paulo;
- b) Relatórios de desenvolvimento das atividades;
- c) Manuais do programa;
- d) Materiais educativos e de divulgação das atividades;
- e) Cartas de adesão firmadas com os parceiros.

4. RESULTADOS: REVISÃO DAS EXPERIÊNCIAS DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA: NO MUNDO E NO BRASIL.

No mundo diversos modelos de promoção da atividade física e suas subcategorias foram implementadas, dentre elas destacamos os principais programas, em ordem cronológica que tiveram influência ou não com o Programa Agita São Paulo, mas retratam parte do contexto histórico das intervenções em atividade física.

4.1 CANADÁ: PARTICIPACTION

O ParticipACTION é o mais antigo programa de promoção de atividade física populacional no mundo é a voz nacional de atividade física e participação esportiva no Canadá. Originalmente estabelecido em 1971, o ParticipACTION, após breve interrupção no início dos anos 2000, foi re-lançado em 2007 para ajudar a evitar a crise iminente da inatividade física que enfrenta o Canadá. Como uma organização nacional sem fins lucrativa exclusivamente dedicada a inspirar e apoiar uma vida saudável e ativa para os canadenses, desenvolve suas ações com os seus parceiros, que incluem instituições dos setores, do esporte, atividade física, recreação, governo e patrocinadores, para inspirar e apoiar os canadenses a se mover mais. ParticipACTION é generosamente apoiado pela Departamento de Esporte do Canadá.



Vamos andando! É a mensagem simples que ParticipACTION utiliza para alcançar os canadenses de todo o país. Movendo-se mais acreditam ser a chave para a criação de um Canadá mais feliz e saudável, aproveitando as belezas naturais do país. Sonham com um país onde a atividade física seja uma parte central da vida por décadas e não apenas mais um item de uma lista de coisas a para fazer. Tem como objetivo maior criar uma nação onde a atividade física diária é não só uma prioridade, mas também algo tão natural quanto uma brincadeira de criança. Nessa empreitada o ParticipACTION se coloca ao lado dos Canadenses, sendo um parceiro, uma inspiração, o seu treinador, que nunca deixará dúvidas de como fazê-lo.

Objetivos estratégicos para garantir a atividade física, como um fator determinante da saúde, uma prioridade na agenda nacional: a- Inspirar os

canadenses a se moverem mais e inspirar a sociedade para tornar o hábito mais fácil de ser realizado, b- Desenvolver um legado de colaboração e parceria com o setor, c- Atrair investimentos significativos para o setor e d- Gerenciar e operar com os mais altos padrões de eficiência e profissionalismo.

O ParticipACTION é regido por um Conselho de Administração Voluntária, composto de líderes proeminentes e influentes dentro de seus respectivos campos. Os setores representados incluem negócios, educação, entretenimento, mídia, serviço social, governo, saúde, atividade física, esporte e lazer e pesquisa. ParticipACTION também tem dois grupos consultivos : o grupo de Conteúdo e Capacitação e grupo de Pesquisa (PARTICIPACTION, 2013).

4.2 VERB

Nos Estados Unidos destacamos quatro programas voltados para os jovens. O primeiro deles é o VERB, criado pelo CDC que teve preciosa elaboração científica e de cuidados de mídia voltados para grupos específicos, como negros, hispânicos e orientais, além dos anglo-saxões, sendo uma campanha multicultural, de marketing nacional e social. Usava toda uma terminologia e valores próprios das crianças e adolescentes (VERB™ É o que você faz), tendo obtido um impacto impressionante no aumento do nível de atividade física dos escolares. Em um dos estudos foram selecionadas 12 escolas com aproximadamente 7785 alunos (idade: 12,2 anos em média) avaliados em 3 momentos (2004, 2006 e 2007). Os resultados mostraram um aumento significativo na participação em AF vigorosa que passou de 31,8% para 41,2% e uma diminuição de 26,1% para 14,4% entre aqueles que respondiam não terem se envolvido com AF de intensidade vigorosa. (MCDERMOTT e DAVIS et al., 2010).Inacreditavelmente o governo americano decidiu descontinuar o programa, sob a alegação de que o projeto já se mantinha efetivo.



4.3 CATCH

Incentivado pelo pesquisador Dr. James Sallis, o CATCH e o SPARK (SALLIS et al., 1997, 1999), são programas voltados para o ambiente escolar, com etapas e metas



bem definidas. Ambos usam evidências científicas para a criação de estratégias principalmente junto aos profissionais de Educação Física, com o objetivo de aumentar o tempo de atividade física real tanto durante as aulas de Educação Física como no ambiente escolar e no pós-escola. CATCH (Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health) teve como objetivo concentrar em intervenções como forma de prevenção primária da doença cardiovascular em crianças (LUEPKER et al., 1996).

Lançado em 96 escolas de todas as regiões dos EUA (48 no grupo intervenção e 48 no grupo controle), em que se trabalhou componentes de atividade física, nutrição, educação em saúde e prevenção do tabagismo, oferecendo às crianças o controle sobre suas escolhas relativas à nutrição e atividade física, envolvendo a fixação de metas (Kelder, et al., 2005). Atualmente em mais de 8500 escolas em diversos formatos, ganhando o reconhecimento do Instituto de Medicina e do CDC em função de ter se mostrado um programa eficaz para diminuir a taxa de excesso de peso e obesidade infantil, bem como a aumentar os níveis de AF.

4.4 SPARK

SPARK foi identificado pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) como um modelo nacional para os programas destinados a aumentar a atividade física e combater a obesidade infantil.



SPARK começou como um programa de educação física (EF) no ensino fundamental baseado em pesquisa, incluindo mais recentemente também o ensino médio, além de programas específicos no pós-aula (recreação ativa), na primeira infância (idades 3-5), a escola coordenada a ações de saúde (ou seja, de bem-estar para o pessoal, educação nutricional, e meio ambiente, e na coordenação da escola saudável).

O SPARK não preocupa - se apenas com o aumento da atividade física durante EF, mas também com a promoção e a generalização da atividade física além das aulas. O SPARK foi iniciado em 1989 com um grande incentivo pela Universidade de San Diego, com apoio do Instituto Nacional de Saúde (NIH). O pacote curricular incluía planos anuais divididos em quatro semanas de duração.

Uma aula padrão tinha duas partes: uma com foco na aptidão física e saúde e outra com foco em habilidade motora / esporte.

O envolvimento da família é fortemente incentivado mediante boletins mensais, a lição de casa requer uma participação da família e pontos extras para ser ativo com membros da família. O SPARK foi homenageado como um programa exemplar do Departamento de Educação dos EUA, dentre outros reconhecimentos. Foi identificado pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) como um modelo nacional para os programas destinados a aumentar a atividade física e combater a obesidade infantil (SALLIS., et al 1991).



4.5 LET'S MOVE

Mais recentemente, o Governo Americano decidiu partir para o combate a obesidade infantil e lançou o programa Let's Move, que tem o total apoio da primeira dama dos EUA, Michelle Obama e o respaldo de diversos pesquisadores de ponta daquele país.

“Vamos!” é uma iniciativa global, lançada pela primeira-dama, dedicada a resolver o problema da obesidade em uma geração, de modo que as crianças nascidas hoje vão crescer saudáveis e capazes de perseguir seus sonhos. Combinando estratégias globais, com bom senso, vai se dar aos pais a informação útil e promover ambientes que suportam escolhas saudáveis. Fornecer alimentos mais saudáveis nas escolas. Garantir que cada família tenha acesso a alimentos saudáveis e acessíveis e, ajudar as crianças a se tornarem mais ativas fisicamente.

No lançamento da iniciativa, o presidente Barack Obama assinou um memorando presidencial criando o primeiro - Task Force on Childhood Obesity para realizar uma revisão de todos os programas individuais e políticas relacionadas com a nutrição infantil e atividade física e desenvolver um plano de ação nacional para maximizar recursos federais e definir parâmetros de referência.

As recomendações da Força-Tarefa se concentram nos cinco pilares do Let's Move!: 1- Criar uma infância saudável para as crianças, 2- Capacitar os pais e cuidadores, 3- Fornecer alimentos saudáveis nas escolas, 4- Melhorar o

acesso aos alimentos saudáveis, a preços acessíveis e 5- Aumentar a atividade física. O programa acredita que todo mundo tem um papel a desempenhar na redução da obesidade infantil, incluindo os pais e gestores da educação, funcionários envolvidos em todos os níveis de governo, escolas, profissionais de saúde, organizações comunitárias com suas crenças e empresas do setor privado. Essa participação é fundamental para garantir um futuro saudável a todas as crianças. Uma das fortes abordagens desse programa é reforçar a necessidade da atividade física ser realizada com o componente familiar dentro e fora da casa (LET´S MOVE, 2009).



4.6 INGLATERRA – ACTIVE for LIFE

Em 1995, a Health Education Authority (agência nacional de promoção da saúde) foi solicitada pelo Ministério da Saúde, a executar uma campanha de três anos de promoção da saúde pela implementação da atividade física de intensidade moderada baseada nas novas recomendações do ACSM e do CDC. A campanha foi norteadada no conceito de marketing social, definido como “o desenho”, implementação e controle de programas destinados a aumentar a aceitabilidade de uma ideia ou prática social, em um ou mais grupos alvo.

O programa “ACTIVE FOR LIFE” visou especificamente, aumentar o conhecimento e aceitação da nova recomendação e contribuir para o aumento da participação. A campanha utilizou ferramentas de marketing social (incluindo publicidade e relações públicas) para se comunicar diretamente com os grupos-alvo definidos na população. Integrou essa educação pública baseada em mídia de massa, com um extenso programa de apoio à saúde e outros profissionais em seu trabalho, ao nível comunitário e interpessoal. A campanha também foi parte de um programa mais amplo de iniciativas sobre atividade física, incluindo a investigação e desenvolvimento de políticas.

A campanha foi precedida por uma série de seminários de educação profissional para divulgar a nova mensagem da AF para a saúde. Uma rede de 8.500 profissionais foi encorajada a promover a atividade física para o público através de projetos locais em um modelo "cascata". Esta rede foi apoiada com informações, fichas, boletins, resultados de pesquisa, orientação, seminários e

subvenções. Recursos de campanha (incluindo cartazes, folhetos, cartões postais, dois sites e outros itens promocionais) foram desenvolvidos para divulgar a principal mensagem da campanha para os grupos prioritários específicos.

Estes foram definidos a partir de dados nacionais de AF e incluiu: a- mulheres jovens com idade entre 16-24 anos; b- homens de meia idade na faixa entre 45-55 anos, c- homens e mulheres com idade superior a 50 anos. Estes grupos foram alvo em fases distintas da campanha. Inicialmente foi utilizado um anúncio de TV de 40 segundos, denominado "Os jogos de 30 minutos", desenvolvido a partir de grupos focais.

A propaganda destacou a importância de atividades como caminhadas, ciclismo e jardinagem para a saúde e enfatizou o elemento da recomendação de 30 minutos. O anúncio foi ao ar ao longo de um período de seis semanas na primavera de 1996 através de um número de canais comerciais, focando as classes sociais C, D e E, tendo um custo total de dois milhões de libras esterlinas.

A segunda fase da campanha começou em 1997 e destinava-se a homens e mulheres com idade de 50 anos ou mais. Na TV o anúncio foi repetido em julho de 1997, uma vez que a avaliação do ano anterior havia mostrado que o anúncio foi recebido mais favoravelmente por pessoas mais velhas. Outra publicidade incluiu campanhas em tabloides destinados a homens de meia idade.

A terceira fase da campanha (1998) foi destinada aos jovens com idades entre 16-24 anos, com anúncios em revistas femininas, em vez de propaganda na TV. Em cada fase, a publicidade foi reforçada com um extenso programa de relações públicas e promoções, incluindo encontros com a mídia, lançamentos na imprensa nacional, shows nacionais, concursos, promoções no local de trabalho e co-promoções com grandes varejistas e fabricantes.

O impacto infelizmente, apesar de todo esse rico aparato de promoção, não houve nenhuma evidência que nos dois anos subsequentes o ACTIVE FOR LIFE melhorasse o nível de atividade física, seja na população como um todo ou em qualquer subgrupo. As conclusões devem ser cautelosas por causa da ausência de um grupo controle, que iria abordar a contribuição de tendências seculares, assim como chama a atenção para a necessidade de ser realista sobre o tempo que se leva para mudar padrões sociais de comportamento.

Lamentavelmente o programa foi então descontinuado (ACTIVE FOR LIFE, 1998).

4.7 ACTIVE AUSTRÁLIA

A Austrália tem uma tradição em programas na promoção da atividade física populacional, como o renomado “Active Austrália”. O governo australiano está empenhado em promover estilos de vida saudáveis, abordando a obesidade e tomando medidas preventivas para melhorar a saúde de todos os australianos.



As diversas iniciativas foram: a- Prepare-se para - Hábitos de vida saudáveis para crianças, b- O Programa Nacional de Stephanie Alexander Kitchen Garden, c- Espaços e Locais Saudáveis, c- Aprender com sucesso Iniciativa Comunitária de Obesidade, d- Informações de peso saudável e de recursos (ROBERTSON et al., 2002).



4.8 MUÉVETE BOGOTÁ

Muévete Bogotá foi o “primeiro filho” do Programa Agita São Paulo desenvolvido fora do país. Lançado em 1998, trata-se de uma intervenção educacional e promocional, que visa que os habitantes daquela cidade acumulem pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos vigorosa por semana nos adultos e 1 hora por dia em crianças e adolescentes.

A cobertura e disseminação do programa são obtidas através de diferentes ações levadas a efeito por instituições parceiras, coordenadas pelo Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD) de Bogotá. Dentre elas cita-se: Escuelas Activas, Módulos RAFI (Atividade Física Recomendação), Mueva el Trabajador e eventos especiais como promotores de Formação Atividade Física, o Dia Mundial da Atividade Física e Reuniões Saudáveis e Ativas.

Todos os domingos e feriados, das 7h às 14h, Bogotá torna-se o maior parque linear do mundo, abrigando mais de um milhão de pessoas de diferentes

idades que ocupam mais de 140 km de ruas bloqueadas para o uso de bicicleta, corrida, skate ou simples caminhada. Trata-se da famosa ciclovia de Bogotá cuja avaliação tem mostrado um impacto positivo sobre o incremento do nível de atividade física. (IDRD, 1998)

BRASIL

No Brasil existem diversas intervenções que buscam elevar o nível de atividade física da população. Vamos aqui lembrar apenas aqueles que receberam a avaliação por meio de parceria entre Ministério da Saúde, CDC, Projeto GUIA e Universidades brasileiras. Descrevemos as principais evidências das avaliações dos programas populacionais de atividade física no Brasil. Diferentes metodologias de avaliação foram utilizadas, desde inquéritos telefônicos, estudo combinando metodologias qualitativas e quantitativas, resgate histórico, modelo lógico, observação sistemática de atividades realizadas em espaços urbanos e estudo pré e pós-intervenção. São eles Academia da Saúde (nível nacional) e programas municipais: Programas Academia da Cidade (PAC) de Recife-PE, Aracaju (SE) e Belo Horizonte (MG), Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), de Vitória (ES) e CuritibaAtiva de Curitiba-PR. Também incluímos O Dia do Desafio, embora não seja um programa na acepção da palavra, o Move Brasil e o Lazer Ativo.

4.9 ACADEMIAS DA CIDADE/SAÚDE

O Programa Academia da Saúde, criado pela Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011, tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de pólos com infra-estrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de hábitos de vida saudável.



Para estimular a prática de exercícios físicos nas cidades brasileiras, o Ministério da Saúde incentiva municípios a implantar pólos com infra-estrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de atividade física, lazer e modos de vida saudáveis. Atualmente, 308 academias já foram concluídas, um total de 2.866 projetos previstos para beneficiar a população de

2.259 municípios. Já foram repassados R\$ 173 milhões. (BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

4.10 PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE EM RECIFE

A partir de um projeto baseado na experiência do Viva Melhor, intitulado: Exercício e Saúde (1996), a Prefeitura Municipal de Recife e sua Secretaria de Saúde desenvolveram, a partir de 2002, o Programa Academia da Cidade – PAC. O programa é de base comunitária e tem o objetivo de estimular a prática da atividade física e promover a qualidade de vida junto à população. O PAC está articulado com o programa Saúde da Família e com a área de Saúde Mental e tem investido na infraestrutura da cidade, recuperando espaços físicos e praças, parques, jardins e praias.

Atualmente, 16 espaços urbanos são pólos e tem sido muito bem avaliados pela população e pela vizinhança das áreas dos pólos. Profissionais especializados conduzem as atividades físicas. Entre os que já participaram do programa, 91% deixaram de participar por motivos pessoais e apenas 9% por motivos relacionados ao programa. As principais causas relatadas foram a falta de tempo (38%), presença de doenças (16%) e distância até o pólo (16%). A maioria relatou que ficou sabendo do programa por ter visto um pólo (65%) ou por meio de outra pessoa (29%). Quando perguntados sobre a principal razão para a participação no programa, 66% responderam que o principal motivo era a melhoria da saúde. O tempo médio de participação dos usuários no programa foi de 28 meses, sendo que a maioria frequenta os espaços do PAC quatro vezes ou mais por semana.

Indivíduos que participam ou participaram do PAC têm probabilidade 3,1 vezes maior de praticar AF no período de lazer, durante 150 minutos por semana, ou mais, que aqueles que nunca fizeram parte do programa. No que se refere à caminhada, a chance da prática durante pelo menos 150 minutos por semana, foi de 2,7 maiores para os frequentadores do programa que para aqueles que nunca participaram do PAC Recife. O fato de morar próximo a um polo não mostrou qualquer associação com a probabilidade de praticar atividade física em geral ou, especificamente, caminhada no tempo livre. Por fim, ter visto

alguma atividade ou ter ouvido falar do programa esteve associado ao dobro da possibilidade de atingir 150 minutos por semana de atividade física no lazer ou caminhada especificamente (AMORIM et al., 2001).

O programa tem servido de inspiração para diversas cidades no país e também nos Estados Unidos. O PAC será reproduzido pelo CDC na cidade de San Diego, Califórnia, pelo seu caráter inovador, em função da experiência avaliativa demonstrar sua efetividade (AMORIM et al., 2001; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2011).

4.11 PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DE ARACAJU

O Programa Academia da Cidade – PAC de Aracaju é uma estratégia desenvolvida por meio da parceria entre o Núcleo de Pesquisa em Aptidão Física de Sergipe – “NUPAFISE”, o Departamento de Educação Física – DEF da Universidade Federal de Sergipe – UFS e a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju – SMS/PMA. O programa foi implantado em abril de 2004, com o objetivo de proporcionar à população aracajuana a adoção de um estilo de vida mais ativo, tendo como ação prioritária o estímulo e a orientação para a prática regular de atividade física.

Para atingir esse objetivo, o programa desenvolve atividades em 15 locais denominados de polos, três dias por semana, em distintos bairros da cidade, em um protocolo composto por aferição de pressão arterial e frequência cardíaca, alongamento, orientação de caminhada/corrida, ginástica, ioga, Lian Gong, dança, atividades recreativas e outras específicas de cada comunidade.

4.12 PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE EM BELO HORIZONTE.

As Academias da Cidade em Belo Horizonte (BH) são espaços públicos de promoção da saúde, com orientação da prática de atividade física e nutricional. De 2006 a 2008, 22 iniciativas para a implantação de Academias da Cidade foram identificadas. A partir de 2008, as academias integraram-se às atividades do NASF. Na construção do programa de governo da gestão da Prefeitura de BH, que se iniciou em 2009, as Academias da Cidade foram

consideradas prioridade e o compromisso assumido foi totalizar 48 academias até 2012, dentro de um compromisso com o projeto “BH Mais Saudável”.

Cada Academia da Cidade, já instalada, possui equipe composta por um professor e cinco estagiários de Educação Física, funcionando de segunda a sábado, com turmas pela manhã, a tarde e à noite, com aulas de 60 minutos de duração. As academias, em geral, possuem sala de ginástica, sala de avaliação física e nutricional, pista para caminhada no entorno ou próxima ao espaço.

Reconhecendo a limitação das academias para atender a demanda populacional, é estimulada a prática autônoma da atividade física a ser realizada em ambientes urbanos alternativos. O conjunto das evidências apresentadas traz uma mensagem positiva sobre o impacto que essas intervenções podem ter na população brasileira, no combate aos males do sedentarismo, mas principalmente em função dos benefícios da atividade física. Aliás, a visão médica da análise dos resultados precisa sempre ser evitada ou colocada em termos parciais, pois os benefícios psicológicos, sociais e emocionais desses programas, embora dificilmente medidos, são imensos.

Para tanto, as práticas propostas pelos programas comunitários de atividade física devem buscar ser o mais atrativas possível. As informações sugerem ainda que a realização das atividades do programa em espaços públicos favorece a uma melhor utilização desses espaços pela comunidade. Assim, é necessário que os espaços públicos estejam qualificados para atender às necessidades específicas da população, já que as atividades que são desenvolvidas por homens e mulheres nas diferentes faixas etárias são distintas.

Deve-se destacar que as ações comunitárias que têm como direcionamento a prática regular de atividades físicas apresentam-se como instrumento muito relevante para a construção de políticas e para a implantação de estratégias de promoção da saúde como também no tratamento coadjuvante das enfermidades (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2011).

4.13 SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO AO EXERCÍCIO (SOE) VITÓRIA - ES

O Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) oferece aulas gratuitas de alongamento, ioga, hidroginástica, ginástica localizada e voleibol máster (para

maiores de 40 anos), além de caminhada e dança. As aulas são ministradas por professores e estagiários de Educação Física em módulos instalados em parques, praças e outros espaços públicos. O serviço tem o objetivo de orientar e incentivar a prática regular e correta de exercícios; combater o sedentarismo e auxiliar na prevenção e tratamento de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis.

Qualquer pessoa pode participar: basta comparecer a um dos módulos, no horário das atividades. Não há limite mínimo nem máximo de idade. Antes de iniciar a atividade física, o aluno passa por uma avaliação individualizada. A equipe do SOE verifica as condições físicas e de saúde do aluno, levando em consideração, entre outras coisas, os fatores de risco coronariano. Não havendo nenhuma restrição com relação à prática da atividade pretendida, a pessoa é liberada para frequentar as aulas.

Com 2.023 entrevistas, o inquérito telefônico de Vitória avaliou o conhecimento e exposição ao SOE. Um total de 29% da população investigada já ouviu falar do SOE. Desses, 56,6% relataram ter acesso a módulos próximos a sua residência. Entre os domicílios sorteados para o estudo, 3,0% tinha algum morador frequentando o programa e 1,5% dos respondentes foram frequentadores regulares nos últimos 30 dias. Em 7,0% dos domicílios algum indivíduo já havia frequentado o SOE (REZENDE et al., 1997).

4.14 CuritibAtiva PR

O CuritibAtiva é um programa especial de promoção, orientação e avaliação da atividade física que objetiva atingir toda a população de Curitiba por meio de informação, do aconselhamento, do incentivo e de oportunidades para a prática de atividades físicas, objetivando mudanças de comportamento. O principal objetivo do programa consiste em orientar a população sobre a importância da atividade física como instrumento para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.



Classificado como “Estratégia de política e planejamento de promoção de atividade física na comunidade” pela revisão sistemática do projeto Guia (Hoehner, Soares et al. 2008) o programa foi criado e implementado pela

Secretaria Municipal de Esporte e Lazer – (SMEL), de Curitiba, em 1998. Dentre as ações destacam-se a distribuição de materiais educativos sobre atividade física (folhetos, GUIA e Dicas de Saúde para o Idoso) e a avaliação de práticas de estilos de vida e da aptidão física dos participantes.

Para melhor atingir a população, mesmo no período de férias, o programa lançou, em 1999, o CuritibAtiva Verão, que consistia em atividades com orientação e música nos parques, nas praças, nos estacionamentos e nos Centros de Esporte e Lazer da Cidade, que foram as precursoras dos “aulões de ginástica” que ocorrem atualmente nos diversos centros esportivos da cidade. O programa CuritibAtiva registrou suas experiências em dois livros. O primeiro foi editado, em 2005, com o título CuritibAtiva: gestão das cidades voltada à promoção da atividade física, esporte, saúde e lazer e o segundo, em 2008, com o título CuritibAtiva: política pública de atividade física e qualidade de vida de uma cidade

Dentre os principais resultados obtidos ressalta-se: a) o aumento de espaços para o lazer da população e de instalações públicas com acesso a serviços destinados à comunidade, b) integração com variados setores da prefeitura, que maximizam a utilização de equipamentos urbanos para alcançar a população, c) o conhecimento e a participação nas ações da Prefeitura Municipal de Curitiba para a promoção da atividade física na população são elevados e aumentam quando a residência fica próxima aos equipamentos urbanos; d) embora os parques e as praças sejam muito utilizados, os locais que apresentam melhor qualidade são mais frequentados e utilizados para atividade física (HOEHNER e SOARES, 2008).

4.15 DIA DO DESAFIO

O Dia do Desafio foi criado no Canadá e é difundido mundialmente pela The Association For International Sport for All (TAFISA), entidade de promoção do esporte para todos, sediada na Alemanha. É uma campanha de incentivo à prática regular de atividades físicas em benefício da saúde e acontece anualmente na última quarta-feira do mês de maio, por meio de ações comunitárias. O SESC SP coordena o evento no Continente Americano desde 2000. O convite à atividade física se estende a todos, envolvendo o poder público



de cada cidade, as instituições da sociedade civil, empresas, voluntários locais e os próprios participantes.

HISTÓRIA: Durante o rigoroso inverno canadense de 1983, quando a temperatura chegava aos 20 graus negativos, o Prefeito de Toronto sugeriu uma ação que necessitava da colaboração de todos. A ideia propunha que, às 15 h, todos apagassem as luzes, saíssem de casa e caminhassem durante 15 minutos ao redor do quarteirão mais próximo. Era um convite ao exercício do corpo. Além de estimular a realização de atividade física, a iniciativa ocasionou a economia de energia que pôde ser calculada pelo número de pessoas envolvidas nas atividades. No ano seguinte, a experiência foi compartilhada com a cidade vizinha e ambas realizaram a caminhada juntas, na mesma data e horário. Estava lançado o espírito que definiria o programa do Dia do Desafio.

A ideia teve sequência e em 2010 o evento completou 15 anos no Brasil e tem oferecido à oportunidade de mobilização coletiva em torno da atividade física, tendo grande receptividade das municipalidades brasileiras. (TAFISA, 1980)

4.16 MOVE BRASIL

MOVE Brasil é uma campanha que nasceu para reforçar aos brasileiros a importância da prática de esporte e atividades físicas em todas as idades. A proposta é que as pessoas percebam que o esporte, além de melhorar a qualidade de vida, promove o desenvolvimento social. Durante os próximos anos, os

parceiros da campanha realizarão ações conjuntas relacionadas ao esporte e atividades físicas sempre estimulando o desenvolvimento social e respeitando os direitos e a diversidade cultural dos brasileiros.

São eles: Serviço Social do Comércio (SESC), Ministério do Esporte, Ministério da Saúde, Associação Cristã de Moços (ACM/YMCA), os Atletas pela Cidadania, a Autoridade Pública Olímpica (APO) e a Associação Internacional de Esporte e Cultura (ISCA). Objetivo: Aumentar o número de brasileiros praticantes de esportes e atividades físicas até 2016. Facilitar o acesso aos



esportes e atividades físicas; Construir uma rede de parceiros para difundir a mensagem e Difundir os esportes e as diversas práticas corporais entre a população para que cada um possa encontrar a que lhe dá mais prazer.

São duas principais frentes de ação: a prática em si e a difusão das mensagens. Para começar, a pessoa e/ou a empresa pode fazer parte do aplicativo de Rede Social por campanha e por dispositivo da própria rede manifestar o apoio a iniciativa “curti” (facebook.com/campanhamovebrasil). Lá é possível encontrar dicas de atividades e espaços onde praticar, sendo também uma fonte de estímulos para que cada um possa levar mais gente ao movimento. “Além disso, inclui relatos e reportagens sobre bons projetos e situações de mudança de vida por meio do esporte”. Cada um pode contribuir de uma maneira diferente, que esteja adequada à sua prática cotidiana e à sua área de atuação (MOVEBRASIL, 2012).

4.17 PROGRAMA LAZER ATIVO

O programa Sesi Lazer Ativo tem o objetivo de informar, incentivar e oportunizar aos trabalhadores da indústria a adoção de um estilo de vida mais ativo e saudável. São ações e programas socioeducativos, de prevenção, lazer e bem-estar que promovem a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores. O Lazer Ativo surgiu de uma parceria entre o Sesi-SC e o NuPAF/UFSC, tendo inicialmente o propósito da realização de um diagnóstico de base estadual visando traçar um perfil do estilo de vida dos industriários catarinenses.



O desenvolvimento deste estudo revelou uma prevalência de inatividade física no lazer de 46,2%, além de elevada exposição a outras condutas de risco a saúde de, tais como o abuso de bebidas alcoólicas (45,4%) e o tabagismo (20,6%). Visando intervir nesta realidade, decidiu-se pela implantação, em 1999, do Lazer Ativo - um programa abrangente de promoção da saúde e qualidade de vida com foco na promoção da atividade física e de estilos de vida saudáveis para o trabalhador da indústria e os seus familiares.

As intervenções do programa se materializavam nos serviços prestados pelo SESI as empresas através de diferentes estratégias: informação (distribuição de panfletos, palestras, cursos); motivação (aconselhamento, avaliação); e criação de oportunidades para que os sujeitos pudessem experimentar comportamentos relacionados a saúde (eventos pontuais, modificação ambiental, ginástica na empresa, prática esportiva). Em 2004, cinco anos após implantação do Lazer Ativo, decidiu-se pela realização de uma réplica do levantamento estadual.

Os resultados evidenciaram significativa redução na proporção de trabalhadores expostos a inatividade física no lazer, tabagismo e abuso de álcool. A partir da divulgação destes resultados, começou então o processo de disseminação da metodologia do programa para os demais estados brasileiros. Na atualidade, o Lazer Ativo está sendo desenvolvido como estratégia de promoção em todos os Departamentos Regionais do SESI (Estados e Distrito Federal) (NAHAS et al., 2010) .

A mensagem do Lazer Ativo e “Na matemática da vida: 5 + 5 + 5 = Mais Saúde” e veicula uma ideia simples, de que pequenas modificações em fatores do estilo de vida podem trazer significativos benefícios a saúde e qualidade de vida das pessoas. O primeiro “5” está relacionado a prática regular (5 dias) de atividades físicas. O segundo à alimentação saudável (5 porções de frutas e verduras por dia). O terceiro ao controle do estresse (5 minutos para você a cada dia). Para cada um destes fatores, o conteúdo da mensagem veicula três informações principais: (a) critério comportamental a ser atingido; (b) benefícios potenciais que podem ser alcançados; e, (c) dicas para alcançar o critério comportamental desejado (NAHAS et al., 2010).

Desde a implantação do Programa Agita São Paulo em 1997 o CELAFISCS tem dado assessorias internacionais que tem servido para a implementação de alguns programas de promoção de atividade física. Destacamos as assessorias feitas para: Nacionais - Ministério da Saúde (2000 a 2001) na elaboração de um Programa Nacional de Atividade Física, Petrobras (2002 a 2003) na implantação de um programa de promoção da atividade física, diagnóstico do nível de atividade física dos funcionários e do nível de aptidão física. E internacionais Risaralda Activa – INDEPORTES – Julho 2001, Colômbia, Rede Colombiana de Atividade Física - Outubro 2002, Ministério

Educação do Uruguai – Setembro de 2001. Assim para sintetizar as diversas intervenções destacamos no quadro 1 as principais características dos programas citados.

Quadro 1- Caracterização de Programas Nacionais e Internacionais de promoção de Atividade Física

Nacionais			
PROGRAMAS	ANO	SETORES RESPONSÁVEIS	INTERVENÇÃO
ACADEMIA DA SAÚDE	2011	<u>GOVERNAMENTAL</u> Ministério da Saúde	Pólo – infraestrutura para programas estruturados de AF; Capacitação de profissionais; 308 pólos construídos e 2.866 projetos para serem implantados.
ACADEMIA DA CIDADE EM RECIFE	2002	<u>GOVERNAMENTAL</u> Prefeitura de Recife - Secretaria Municipal de saúde de Recife	Revitalizar espaços físicos (praças, parques e jardins). 16 polos de atividades, modelo que esta sendo copiado pelo E.U.A San Diego.
ACADEMIA DA CIDADE EM ARACAJU	2004	<u>GOVERNAMENTAL</u> Secretaria Municipal de Saúde a Aracajú - Universidade Federal de Aracajú – Departamento de Educação Física - NUPAFISE- Núcleo em Aptidão Física de Sergipe	Atividades estruturadas 3 dias por semana (alongamento, ginástica, caminhada, dança e dança); Aferição de pressão arterial.
ACADEMIA DA CIDADE BELO HORIZONTE	2006	<u>GOVERNAMENTAL</u> NASF	Orientação nutricional e AF; Todos os dias da semana em três períodos; 48 espaços com aulas estruturadas de ginástica.
SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO AO EXERCÍCIO (SOE) VITÓRIA - ES	2006	<u>GOVERNAMENTAL</u> Prefeitura de Vitória	Aulas estruturadas (ioga, caminhada, dança hidroginástica, vôlei máster).
CURITIBATIVA	1998	<u>GOVERNAMENTAL</u> (SEMEL) Secretaria Municipal de Esporte e Lazer de Curitiba	Promoção, orientação e avaliação da AF; Mudança de estágio de comportamento (aconselhamento) Materiais Educativos; Pioneiros a trabalhar aulas estruturadas ao ar livre.
INTERNACIONAIS			
PARTICIPACTION - Canadá	1971	<u>GOVERNAMENTAL / PRIVADO</u> Instituto Esporte, Atividade Física, Recreação e Patrocinadores.	Sensibilização através de mensagem Conhecimento dos benefícios da Atividade Física para população geral
VERB - EUA	2000	<u>GOVERNAMENTAL</u> CDC	Mídia Marketing nacional/ social; Escolares- (negros, hispânicos e asiáticos).
CATCH - EUA	1997	<u>GOVERNAMENTAL</u> Universidade do Texas – Escola de Saúde Pública	Escolares; Prevenção primária das doenças cardiovasculares; Combater a obesidade.
SPARK - EUA	1989	<u>GOVERNAMENTAL</u> Programa para Disciplina de Educação Física	Crianças a partir de 3 anos; Intervenção pós-aula/ contra turno; Aumento do nível de Atividade Física; das Aulas de Educação Física; Aumento da Participação da Família.
LET'S MOVE - EUA	2009	<u>GOVERNAMENTAL</u> Pesquisadores de Universidades dos E.U.A	Combate à obesidade; Oferecer alimentos naturais e saudáveis; Aumentar o nível de atividade física.
ACTIVE FOR LIFE Inglaterra	1995	<u>GOVERNAMENTAL</u> Ministério da Saúde Agencia Nacional de Promoção de Saúde	Mídia de massa – TV / Web site Aumento do conhecimento dos benefícios da atividade física recomendação Capacitação de 8.500 profissionais de saúde; Materiais educativos
ACTIVE AUSTRÁLIA Austrália	1997	<u>GOVERNAMENTAL</u> Instituto de Saúde	Promoção do estilo de vida saudável; Combater a obesidade; Crianças.
MUÉVETE BOGOTÁ - Colômbia	1998	Governmental Instituto distrital de Recreacion y Deporte (IDRD)	Educacional, Promocional; disseminando a recomendação de atividade física.
DIA DO DESAFIO	2000	The Association for International Sport for all (TAFISA) SESC	Campanha para sensibilização da importância da atividade física; Competição entre grupos e ou instituições visando que alcance mais números de pessoas em uma determinada atividade física durante um dia de competição.
MOVE BRASIL	2012	Ministério dos Esportes (ACM/YMCA) Associação Crista dos Moços	Campanha pela mídia social, sobre a importância da pratica de esportes e atividade física até 2016.
PROGRAMA LAZER ATIVO	1999	SESI –SC Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) Departamento de Educação Física - Núcleo de Prescrição de AF- NUPAF	Programa destinado a empresas; Palestras de sensibilização e motivação e avaliação da AF; Materiais educativos.

5 PROGRAMA AGITA SÃO PAULO

Uma parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) com mais de 300 instituições governamentais, não governamentais que se dedica ao incentivo a prática de Atividade Física no Estado de São Paulo (MATSUDO et al., 2005).

Surgiu através da iniciativa do gestor estadual da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que de maneira visionária, entende a Secretaria, não como um órgão que cuide apenas de doenças, mas sim que possibilite o cuidado e que promova saúde da população. Então convida equipe de pesquisadores do CELAFISCS para elaborar um programa que atendesse esta necessidade.

5.1 ORIGEM DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO

Instituição que contava com 20 anos em de 1994 na criação e elaboração do programa, completou 40 anos de existência em 2014, sempre investigou a relação entre atividade física e saúde em quatro grandes dimensões: na recuperação, na manutenção, na promoção e na “excelência”. Como reflexo do que sucedia internacionalmente, nos primeiros anos de sua existência o centro estudava bastante os aspectos da performance esportiva de alto rendimento. Assim, desde garotos das escolinhas de esporte até os melhores atletas do Brasil puderam ser submetidos a uma rotina de avaliação TARAPANOFF e MATSUDO (1977), servindo esses dados para estudos voltados às variáveis fisiológicas, como a potência aeróbica e potência anaeróbica. Naquela época foi criado o Teste de 40 Segundos MATSUDO, (1977), primeiro produto de exportação do CELAFISCS, que foi adotado em vários países, como na Argentina, onde milhões de escolares foram submetidos ao teste brasileiro.

O conhecimento do “normal” brasileiro fascinava os integrantes do CELAFISCS daquela época, que passaram então a fazer um ambicioso projeto de avaliação das características de aptidão física, que buscava atender grandes populações, estabelecendo os critérios padrão de referência (as “curvas”) de crescimento e desenvolvimento de escolares de ambos os sexos. Para tanto foi necessário amadurecer uma bateria de testes viável às condições dos países

em desenvolvimento e assim foram procuradas medidas simples, mas com a maior validade, reprodutibilidade, objetividade e que tivessem alta aplicabilidade. Nesse cenário surgia a bateria do CELAFISCS, cristalizada no primeiro livro da instituição: Testes em Ciência do Esporte (MATSUDO et., 1982).

Depois de conhecer a “normalidade” dos nossos jovens, procurou se determinar esses mesmos perfis em escolares que se envolviam em níveis progressivos de prática esportiva, partindo das escolinhas, passando pelas equipes inferiores, municipais e nacionais. Esse esquema piramidal propiciou o desenvolvimento da Estratégia Z MATSUDO et al., (1985), base do Modelo Biológico para Diagnóstico, Prescrição e Prognóstico de Aptidão Física, que viria a propiciar o Grande Prêmio de Medicina Esportiva dos Jogos Olímpicos de Barcelona, em 1992. A vocação para trabalhos populacionais se refletiu na criação das Curvas de Crescimento a partir uma amostra (n=7200) de 7-18 anos (MATSUDO, 1992). A partir de então foram realizado trabalhos de comparação da Aptidão Física com outras cidades, outros estados, outros países – Cuba-Colômbia-Guatemala. (MATSUDO et a., 1980; TARAPANOFF et al 1980; DUARTE et al., 1986; SESSA et al., 1988).

O CELAFISCS sempre teve como missão a promoção da pesquisa na área da Atividade Física como instrumento de melhora da qualidade de vida. Assim, sua produção de pesquisas se voltou para: a- Promover e incrementar a investigação científica relacionada com o efeito da atividade física sobre a saúde do ser humano nas várias etapas da vida, b- Determinar os índices de aptidão física nas áreas biológicas, psicológica e social da população brasileira de esportistas e não esportistas, assim como avaliar e prescrever treinamento de grupos de esportistas e sedentários, c- Formar recursos humanos para promover a formação e especialização de profissionais na área de Ciências do Esporte e d-Promover um estilo de vida ativo, saudável e feliz. Um cuidado especial foi tomado com a tradução do conhecimento gerado para a aplicação a população geral ou de esportistas, ou seja, um reforço a um dos valores do centro: o compromisso com a mudança social.

A vocação para a formação e disseminação do conhecimento científico produzido, sempre estiveram presentes na instituição, visto que desde a

fundação o centro mantém o Estágio de Formação Básica em Pesquisa de Ciências do Esporte, hoje com 262 profissionais formados de diversas áreas da saúde: Medicina, Nutrição, Fisioterapia, Educação Física Enfermagem, Psicologia etc. O CELAFISCS coordena ainda o Simpósio Internacional de Ciências do Esporte, evento mais tradicional da área na América Latina, hoje alcançando sua 38 edição. O Simpósio Internacional de Ciências do Esporte foi um local irradiador de propostas e ações na área de promoção da atividade física, sendo ali gerados, a Rede Agita Brasil, o Manifesto de Promoção da Atividade Física nas Américas, a Rede de Atividade Física das Américas (RAFA-PANA) e ainda o Agita Mundo Network.

Já a relação do CELAFISCS com a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), se deu através do fundador Dr. Victor Keihan Rodrigues Matsudo, médico formado nesta instituição da sexta turma que durante as aulas ministradas no curso de Puericultura, que contava com conteúdo Da importância da AF para a saúde da população. O secretário de saúde que estimula a criação do agita , Prof Dr Jose da Silva Guedes , era professor da FCMSCSP e estimulava o professor de pediatria social que um programa de estímulo da AF deveria ser criado.

Com o passar dos anos, os pesquisadores do CELAFISCS e de todo o mundo foram observando por um lado o grande determinismo genético da aptidão física e por outro que a população mais que precisando de aptidão física estava carente de atividade física; com as implicações negativas para a saúde. Naquele momento, as evidências científicas mundiais apontavam a melhor relação entre movimento humano e saúde; e passou a dedicar atenção progressiva ao tema.

Por solicitação do Dr. José da Silva Guedes, então recém-empossado Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, o grupo foi convidado a desenvolver um programa que combatesse sedentarismo e promovesse atividade física no Estado. Instalava-se a dúvida, pois o CELAFISCS nascido sob a égide da ditadura militar, nunca havia trabalhado com instituições públicas, sob desconfiança de seus objetivos. Mas reconhecendo a trajetória profissional e pessoal do Dr. Guedes o Centro aceitou o desafio.

Vários eram os desafios que tiveram que ser encarados na criação do programa, pois havia uma escassez de trabalhos científicos na promoção da atividade física em países em desenvolvimento e a dimensão populacional do Estado de São Paulo compreendia à época uma população de quase 36 milhões de habitantes, numa área de 248,8 km², com 645 municípios. Por outro lado, a região metropolitana de São Paulo era a segunda maior do mundo, com mais de 16 milhões de habitantes.

O processo de planejamento levou dois anos (1995 – 1996). O CELAFISCS durante toda a sua história sempre priorizou o trabalho em equipe, que explica em muito o bom trânsito com as parcerias intelectuais e institucionais que ajudaram na criação do Agita. Com investimentos do próprio centro buscaram parcerias de profissionais dos principais centros de pesquisa na área como o “Center for Disease Control and Prevention” (CDC) dos Estados Unidos, o “Health Education Authority”, na Inglaterra; do Participaction, do Canadá e do Programa “Active for Life” Austrália, cujo principal objetivo era obter experiências de outras nações e programas internacionais.

Parcerias Intelectuais Nacionais: Estratégia foi convidar líderes de instituições importantes – Go Tani (USP);– Antônio Carlos Bramante – Maria Beatriz Rocha Ferreira – Toninha (UNICAMP); Antônio Carlos Prado (SESC); Turíbio Barros Leite (UNIFESP); Luís dos Anjos (UFRJ); Lamartine Pereira da Costa (UGF); Laércio Pereira (UNICAMP); Markus Vinicius Nahas (UFSC); Dartagnan Pinto Guedes (UEL) e Joares Alves (UFSC) quebrando assim a resistência natural dessas instituições com uma nova iniciativa. Outro aspecto foi aproveitar o que já havia sido feito no Brasil de bom e de ruim na promoção de atividade física. Assim foi fundamental a adesão do Dr. Lamartine Pereira da Costa, que havia sido o “guru” do programa Mexa-se que era um programa promoção de AF para os militares, pioneiro no Brasil.

Parceiras Intelectuais Internacionais, foram convidados: Carl Caspersen (CDC- ATLANTA), definiu a AF foi o primeiro convidado, James Sallis (UNIVERSIDADE DE SAN DIEGO); Rod Dishman (UNIVERSIDADE DO TEXAS); William Haskell (UNIVERSIDADE DE STANFORD). Ainda foram realizadas visitas, Inglaterra (Nick Cavil) para conhecer o programa “Active for Life”; Austrália (Adrian Bauman) para conhecer o “CATCH” e o “SPARK” e

realizado também visita ao Canadá (Mike Booth), para conhecer o primeiro programa de AF - "PARTICIPACTION".

Ainda contando com a parceria institucional do American College of Sport Medicine (ACSM) foi possível contar com apoio dos renomados pesquisadores formou-se os Assessores Eventuais; Steven Blair (UNIVERSIDA CAROLINA DO SUL), Mike Pratt (CDC- ATLANTA) e criador do programa "Verb", Bill Kohl (UNIVERSIDADE DO TEXAS), I-Min Lee (UNIVERSIDADE DE HARVARD). Estas parcerias foram classificadas como determinantes uma grande estratégia para criação, pois possibilitou uma grande diversidade de discussão quando ao contexto, foco, modelo de intervenção.

5.2 LANÇAMENTO DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO

O Programa Agita São Paulo começou sua criação no início de 1995, lançado em dezembro de 1996 e implantado em fevereiro de 1997, com os objetivos de combater o sedentarismo no Estado de São Paulo, aumentando o nível de atividade física e de conhecimento sobre os benefícios para a saúde na adoção de um estilo de vida ativo. Esses propósitos seriam alcançados também pelo aumento do número de cidades no estado de São Paulo com programas de incentivo à prática de atividade física. O Programa Agita São Paulo é o resultado de um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) e o CELAFISCS.

Outro ponto de fundamental importância para o desenvolvimento do programa foi, o apoio político do gestor estadual vinculação direta como programa prioritário e reconhecimento do governo:

- a- O programa ficou vinculado ao Gabinete, denominado como Projeto Especial, esta característica possibilitou que o plano de ações, envio de recursos e relatórios, fosse entregue diretamente ao secretário. Atualmente, após 18 anos ininterruptos, o Programa Agita São Paulo mantém essa prioridade após quatro diferentes gestões;

- b- Colaboração das demais Secretarias na realização dos “Mega eventos”, Secretaria de Estado da Educação de São Paulo (SEE-SP), como exemplo celebração do Dia Mundial da Comunidade Ativa “Agita Galera” que há 17 anos, é realizado com a participação destas secretarias de estado, será detalhado posteriormente no texto;

Destacamos ainda participação do Programa Agita São Paulo em outra ação da SES-SP e da Sociedade Brasileira de Cardiologia, o Programa Alimentação Saudável, lançado em 2013 e que alcançou 92 mil alunos, em 128 escolas estaduais da capital e Grande São Paulo. E nos documentos das diversas ações estratégicas e instituíram a pratica do Programa Agita São Paulo como ação para alcançar os objetivos do programa, que vão desde combater a obesidade, melhoria nutricional da merenda, diminuindo o sódio, o açúcar, além de aumentar as fibras e os produtos integrais. (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DE SÃO PAULO, 2013);

- c- Posteriormente Assinatura do decreto instituindo do Dia Estadual da Atividade Física Nº 46.664/2002 pelo Governador do estado de São Paulo;
- d- Participação do programa, no planejamento quadrienal da SES-SP 2008-2011 no eixo 7 da área de promoção da saúde onde estão presentes as metas da área de atividade física, bem como no planejamento operativo de 2009 (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2008);

Outro ponto que vale ser destacado é que desde o início do programa, buscou-se torná-lo não dependente exclusivamente da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP), que inicialmente custearia o primeiro ano do programa. Foi tentando o financiamento junto a Federação da Indústria do Estado de São Paulo (FIESP), encontro entre o presidente da entidade, o coordenador do programa e o secretario de saúde (Mario Amato, Matsudo, Guedes), que resultou apenas no apoio institucional, porém sem recursos financeiros.

- e- Devido ao grande impacto de mídia não paga, advinda dos “Mega Eventos”, estabelecido no planejamento estratégico do Programa

Agita São Paulo, em diversos meios de comunicação que cobriram amplamente o primeiro “mega evento”: Dia Mundial da Comunidade Ativa – “Agita Galera”. O evento que envolveu 6.500 escolas simultaneamente, sem investir diretamente nenhum recurso financeiro, surpreendendo departamento de comunicação da (SES-SP) e o secretário que passa apoiar, integralmente o Programa.

5.3 ESTRUTURA DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO:

O programa é composto por dois comitês: O Comitê Científico e o Comitê Executivo.

Comitê Científico: consiste em profissionais brasileiros e de outros países que possuam uma formação acadêmica e experiência na área da atividade física, incluindo a promoção. Estes profissionais ajudam a estabelecer a fundamentação científica e as atividades desenvolvidas de acordo com os focos do programa. São eles Assessores do Programa Agita São Paulo:

Maria Beatriz Rocha Ferreira (UNICAMP) Antonio Carlos Bramante (UNICAMP), Carlos Alberto Machado, Go Tani (USP), Dartagnan Pinto Guedes (UEL), Markus Nahas (UFSC), Alberto Ogata (ABQV), Laercio Elias Pereira, José da Silva Guedes (FCMSCSP) e Luiz Porto (UNB). Esse comitê normalmente se reúne uma vez ao ano para discutir as principais diretrizes do programa, avaliando os relatórios das intervenções realizadas durante o ano, com especial atenção aos três focos do programa: escolar, idoso e trabalhador.

Fizeram ainda parte desse comitê em algum momento: Antônio Lancha Junior (USP), Antônia Bankoff (UNICAMP), Claudio Gil Soares Araujo (UERJ), Dante de Rose (USP), Denise Mirás (FAAP), Flavio de Próspero (ABQV), Gilberto Carazzato (FMUSP), Joao Batista Freire (UNICAMP), Manoel Tubino (FIEP), Marco Vívolo (EPM), Maria Fátima Duarte (UFSC), Mauro Guiselini (USP), Osmar de Oliveira (PUC-SP), Silene Okuma (USP) e Silvia Corazza.

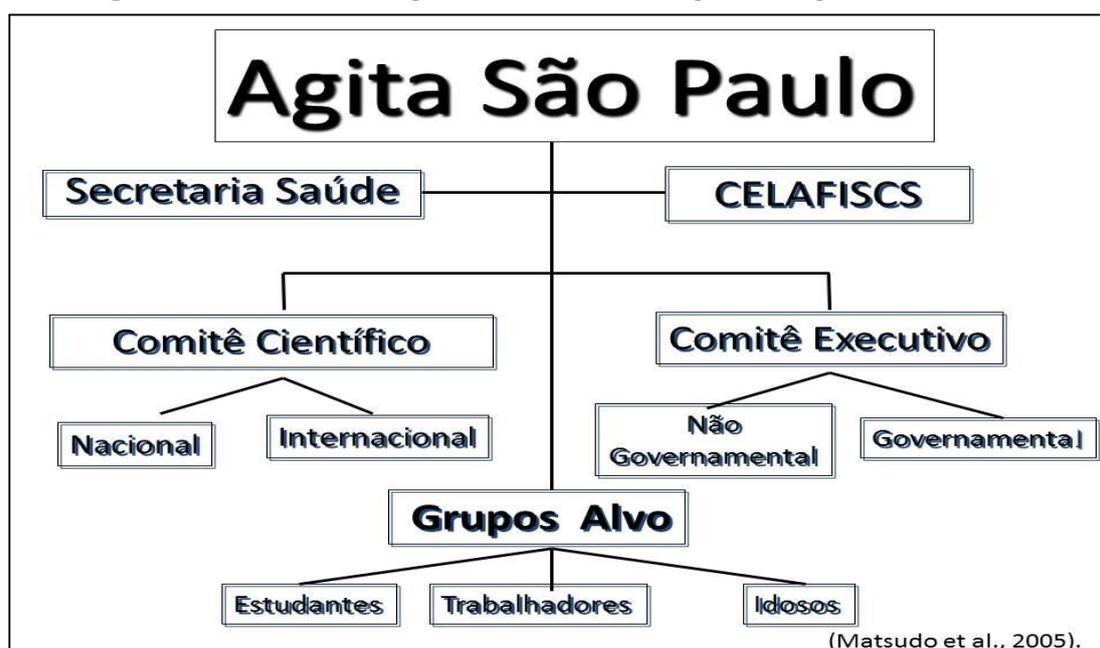
Assessores internacionais: Carl Caspersen (CDC de Atlanta), Adrian Bauman (UNIVERSITY OF SIDNEY), Harold W. Kohl (UNIVERSITY OF TEXAS), James Sallis (UNIVERSITY OF CALIFORNIA, SAN DIEGO), Nick Cavill (ENGLAND HEALTH AUTHORITY), Steven Blair (UNIVERSITY OF SOUTH

CAROLINA), Rod Dishman (UNIVERSITY OF GEORGIA AT ATHENS) e Michael Pratt (CDC-ATLANTA). Foram ainda consultados: Ilkka Vuori e Pekka Puska (TKK Institute, Finlândia), I-Min Lee, William Haskell (University of Stanford), Art Salmon (Participaction, Canada).

Comitê Executivo incluiu inicialmente 16 instituições, que evoluíram para 30 na implantação do Programa e evoluiu até 300 organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, que têm construído o programa e são diretamente responsáveis pelo planejamento, organização e execução de diversas atividades, aprova novos membros e realiza uma atualização científica com informações de promoção da atividade física, realizando um processo de educação continuada com todos os parceiros e reunindo-se mensalmente há 18 anos, com participação entusiástica de seus membros e podendo ser considerado o “coração” do Agita São Paulo.

No Comitê Executivo circula o “Agita News”, um boletim produzido mensalmente pelo CELAFISCS, que descreve as atividades desenvolvidas pelo comitê executivo. O Programa também está associado com outras instituições de vários departamentos estaduais, federais, municípios, universidades públicas e privadas, associações e organizações de profissionais de saúde, empresa e prestadores de serviço (MATSUDO et al., 2005). Oda essa estrutura que compõe o Programa Agita São Paulo pode ser melhor exemplificada conforme a figura 1:

Figura 1 – Estrutura organizacional do Programa Agita São Paulo.



Anualmente é realizada Reunião de Assessores do Programa Agita São Paulo onde o Comitê científico nacional e internacional, composto desde há elaboração do programa, desde 2004 atua de maneira permanente auxiliando na avaliação e orientação da coordenação do programa. Assim anualmente acontece à reunião Assessores Científicos do Programa Agita São Paulo, surgiu com objetivo de avaliar os relatórios das intervenções realizadas durante o ano, no grupo foco do programa: escolar, idoso e trabalhador, para orientação as ações estratégicas do Programa Agita São Paulo.

5.4 O NOME E A MENSAGEM DO PROGRAMA

Inicialmente, através da contribuição de um grupo de acadêmicos, a primeira opção de nome foi “Exercício e Saúde!”. Depois de mais três meses de discussões conseguiu-se colocar um acento agudo e assim passou a se chamar “Exercício é Saúde”. Foi quando faltavam apenas 10 ou 15 dias para lançamento oficial que o nome “*Agita*” foi trazido após dois anos de estudos por uma empresa de marketing, resultado foi mais uma parceria vitoriosa. É uma expressão idiomática que representa não só mover o corpo para a saúde física, mas também para a saúde mental e social, ou seja, cidadania ativa.



O “Meiorito” mascote conceitual do Programa foi desenvolvido a partir de conceitos, socioculturais, pois o paulista é conhecido por sua “obsessão” por horários e por isso o uso do relógio, em verdade um despertador. Os ponteiros não estão exatamente nos 30 minutos, atendendo a recomendação de se realizar “pelo menos” 30 minutos de atividade física ao dia. O boneco é gordinho, indicando uma atenção a esse grupo de risco cada vez mais numeroso, apontando que a população alvo não era a dos já “sarados”. E o sorriso, ponto mais marcante e importante, pois o programa prima pelo estímulo da atividade física com prazer, com alegria, característica da população brasileira (comportamento do prazer) (MATSUDO et al., 2004).



Para mensagem do programa foi adotada da posição do American College of Sports Medicine e da Organização Mundial da Saúde, de que todo cidadão adulto deve realizar pelo menos 30 minutos de atividade física em pelo menos cinco dias da semana, de intensidade moderada, de forma contínua ou acumulada; sendo que benefícios maiores serão obtidos por envolvimento superior a este valor. (PATE et al., 1995). Poderiam ser feitos em uma única sessão ou em múltiplas sessões de no mínimo 10 minutos cada.

Dessa forma o gasto energético pode vir de atividades da vida diária como caminhar, subir e descer escadas etc (FULTON et al., 1997). Estas atividades ainda poderiam ser alcançadas como forma de transporte, no local de trabalho e durante o tempo de lazer. Mais recentemente também se inclui a sugestão de exercícios de força muscular e alongamentos. Em grupos em que houver possibilidade de maior controle, são recomendadas atividades intensas, por 25 minutos de duração, três vezes por semana (HASKELL et al., 2008).

Em função do reconhecimento precoce de sua validade pela OMS e do impacto de suas iniciativas, o Programa Agita São Paulo, tornou-se um modelo para programas similares em outros estados do Brasil e em outros países da América Latina. O Muévete Bogotá representou o resultado de uma assessoria oferecida pelo CELAFISCS para a municipalidade da capital da Colômbia e foi o primeiro “filhote” do Agita São Paulo. Da mesma forma surgiram o Muéva-se Pues, de Medellín, o Aovermos Argentina, o Movamonos Ticos, da Costa Rica e o Mexa-se de Portugal.

O programa usa a estratégia dos estágios de comportamento descritos como modelo transteórico (Prochaska, 1982), que assume que as trocas de comportamento acontecem passo a passo, do estágio pré - contemplativo ao contemplativo, de preparação, de ação e de manutenção. Além disso, o Agita reforça o uso do modelo “Um Passo Adiante”, em que se solicita aos sedentários para que passem a fazer alguma coisa; àqueles que já o fazem, que passem a fazer regularmente; e àqueles que fazem regularmente que mantenham-se fazendo sem prejuízos à saúde (MATSUDO et al., 2004).

5.5 ESTRATÉGIAS E PUBLICOS ALVO DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO.

O Programa incentiva uma variedade de eventos permanentemente ao longo do ano. No entanto, em duas ou três ocasiões ao ano, o Programa organiza “megaeventos”, que servem como uma vitrine de suas ações de forma mais incisiva, alcançando os meios de comunicação e as autoridades de saúde e educação, assim como milhões de participantes diretos e indiretos (MATSUDO et al., 2005).

Os objetivos de organizar megaeventos são: a- estabelecer metas conjuntas com os parceiros, b- fortalecimento das redes Inter setoriais, c- sensibilização da população para tema central do programa, d- gerar mídia espontânea não paga, e- visibilidade local para os diferentes programas vinculados ao Agita São Paulo, f- formação de novas redes de apoio, g- disseminação da mensagem e h- lançamento de novos programas.

5.5.1 AGITA “TRABALHADOR”

Com o objetivo de sensibilizar os indivíduos para uma mudança de comportamento no sentido da adoção de um estilo de vida mais ativo e saudável. O trabalhador é um dos focos centrais de intervenção, ao lado de escolares e idosos

A intervenção oferece diversas alternativas para promoção no ambiente de trabalho entende que o produto de uma empresa é, de alguma forma, reflexo da saúde de seus trabalhadores, seja naqueles em cargos executivos ou nos envolvidos em trabalhos mais braçais. Dessa forma, o futuro da instituição depende cada vez mais da qualidade de vida de seus profissionais (MATSUDO et al., 2007).

A atividade física ocupacional (AFO) é definida como aquela realizada como parte do trabalho, usualmente durante as oito horas de um dia de trabalho. Considerando que os adultos gastam boa parte do tempo no trabalho, a atenção ao tema é estratégica em termos de saúde pública, além do que sua avaliação diagnóstica poderá indicar que grupos precisam ser estimulados a ser fisicamente ativos no local e fora do trabalho. Uma das propostas de atividade física mais acessível, sem dúvida a mais “democrática” e de mais fácil

implementação em termos de custo é a caminhada. O uso de medidor de passos (pedômetro, passímetro) trouxe uma melhor possibilidade de análise desse comportamento, principalmente na dimensão de AFO (MATSUDO et al., 2007).

Pioneiramente o Programa Agita São Paulo em parceria com a Associação Brasileira de Qualidade de Vida – (ABQV), fundamenta as propostas de atividades físicas considerando as evidências científicas existentes sobre os efeitos benéficos nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e cognitivos do indivíduo. Desta forma utiliza as estratégias de intervenção mais atualizadas para oferecer em diferentes etapas da vida do adulto a melhor alternativa de atividade física para a promoção da saúde e da qualidade de vida.

Ao longo dos últimos dez anos, o programa Agita São Paulo tem desenvolvido ações de intervenção na sociedade com diversas instituições parceiras do Agita vêm procurando disseminar os conceitos e mensagens do programa. Destacamos dentre elas o trabalho realizado no Tribunal Superior do Trabalho (TST) que lançou, em maio de 2004, o Programa TST em



Movimento na cidade de Brasília, tendo como público-alvo aproximadamente 1.800 servidores. Está integrado ao Programa de Qualidade de Vida do TST, desenvolvido pelo serviço de saúde da instituição. Ao analisar os resultados iniciais desta intervenção, no primeiro ano foi encontrado que 45% eram irregularmente ativos, sendo que 57% apontavam a falta de tempo como razão para não fazerem atividade física. Foram realizadas ações pontuais, como caminhada coletiva, aplicação dos questionários e o estímulo ao uso das escadarias (Dia da Escada com o Pedômetro).

A análise dos resultados indicou que 14.566 lances da escada foram subidos e 14.675 descidos, o que equivaleria a um gasto energético de aproximadamente 469.902 kcal. Cada integrante percorreu em média 6,6 andares/dia. A ação conseguiu grande impacto e adesão: houve 93% de participação das unidades. Cartazes com mensagens promovendo a mudança de comportamento têm sido utilizados mais recentemente como estratégia simples e de baixo custo no incentivo para pessoas se tornarem mais ativas no seu dia-a-dia. O programa procurou verificar o impacto do uso de cartazes na

figura 2, abaixo em usuários e funcionários do prédio da Secretaria de Estado da Saúde em São Paulo. Durante duas semanas não consecutivas e em três momentos (sem cartaz, com cartaz e novamente sem o cartaz), as escadas principais da instituição foram monitorizadas. A avaliação da amostra de 282 pessoas encontrou uma mudança positiva de 13% entre a fase sem cartaz inicial e a final, com os homens usando mais a escada do que as mulheres (ARAÚJO et al., 2002).



Figura. 2 Material Educativo - Cartaz educativo de incentivo ao aumento da atividade física utilizando as escadas



Logo do Programa Serviço Social da Indústria (SESI) Agita Indústria.

As Intervenções baseadas em modelos ecológicos de promoção da atividade física, que contemplam não só os fatores intrapessoais, mas também aqueles ligados ao ambiente social e físico são fundamentais. A gestão móbil desse modelo proposta pelo Agita São Paulo tem trazido algum impacto, como a construção de pistas de caminhadas dentro da planta de indústrias, como a Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental (CETESB), a Petrobrás (Macaé), a Roche, a Novartis, a São Paulo Transportes (SPTRANS), entre outras.

Nesses termos, algumas municipalidades, como Sorocaba, Santos, Ilhabela e São José dos Campos têm investido em ciclovias que facilitam o transporte ativo dos trabalhadores. O aproveitamento de novos instrumentos tanto mecânicos (pedômetros) como eletrônicos (intra/internet) poderá ajudar na construção de intervenções mais eficazes. (MATSUDO et al., 2007).

Nesse cenário, faz parte a atenção à responsabilidade social, ou seja, cuidado com toda a cadeia de produção, que vai desde a origem dos insumos até o destino final dos restos do produto. Em 2006, o Dia Mundial da Atividade Física foi celebrado com o tema: Atividade Física e Responsabilidade Social, enriquecido pela parceria entre o Agita São Paulo e o Instituto Ethos de Responsabilidade Social; e, em 2007, o tema focou atividade física no local de trabalho, reforçada por outra aliança entre o Agita São Paulo e a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP) que redundou no lançamento do programa (SESI) Agita Indústria.

5.5.2 AGITA “GALERA” DIA DA COMUNIDADE ATIVA

Celebrado sempre na última semana do mês de Agosto desde sua implantação tem se dedicado as discussões sobre os benefícios da prática regular da atividade física durante a fase escolar, envolvendo até 6.500 escolas públicas do Estado de São Paulo (com mais de 6 milhões de alunos e 250 mil professores). O Programa “Agita Galera” encontra-se dentro do Programa “Agita São Paulo” o qual foi originado pelo Programa Educação + Saúde: Não Existe Melhor Remédio, nascido da ação conjunta entre as Secretarias de Estado da Educação e da Saúde, com o objetivo de socializar os mais recentes conhecimentos técnico-científicos sobre saúde/doença e incentivar a população para a prática de ações preventivas.

O Projeto é desenvolvido ininterruptamente há dezessete (17) anos pela Secretaria de Estado da Educação em parceria com o CELAFISCS e apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A proposta básica do Projeto está apoiada na filosofia que defende a garantia de melhor qualidade de vida através da prática diária de pelo menos 60 minutos (consecutivos ou acumulados) de atividade física.

Desde 1997 é realizado um megaevento (ação pontual), na última sexta-feira do mês de agosto, em todas as Escolas da Rede Pública Estadual de Ensino, “o dia do AGITA GALERA”. Nesse dia são realizadas por alunos e professores, atividades físicas diferenciadas, dentro da Escola ou em seu entorno, atividades essas previstas no Currículo de Educação Física do Estado

de São Paulo, acompanhadas de propostas de reflexão sobre a importância das atividades corporais e motoras para a promoção e manutenção da Saúde de toda a comunidade escolar. Trata-se de um dia de celebração, sensibilização e valorização das atividades comumente realizadas pelos alunos durante as aulas de Educação Física. Em várias escolas existem, além das ações pontuais do Dia do Agita Galera, são incentivadas que se tornem em ações permanentes, realizadas pela escola, com o mesmo objetivo, em uma periodicidade (semanal, mensal, bimensal, etc), até que a mesma se torne ações permanentes.

Objetivos gerais do Programa: a- Aumentar o nível de conhecimento da população escolar sobre a importância da adoção de um estilo de vida ativo para a saúde; b- E aumentar o envolvimento da população escolar com a prática de atividades físicas em seu dia-a-dia; c- Incentivar e orientar a promoção de atividade física nas instituições do sistema público de ensino do Estado de São Paulo, durante as aulas de Educação Física e também fora da Escola; d- Participar dos eventos conjuntos às áreas de interesse comuns a Atividade Física, não só na área da Educação como também nas áreas de Saúde, Esporte, Ambiente Saudável, Transporte Ativo e Qualidade de Vida; e- Contribuir para implementação de soluções das questões de infraestrutura no que se refere ao Ambiente Físico (natural e construído) nas unidades escolares. (MATSUDO et al., 1999).

Objetivos específicos do Programa Agita Galera: a-Criar Comissão Executiva para desenvolvimento do Programa Agita Galera com representantes da Coordenadoria de Ensino e Normas Pedagógicas (CENP), Coordenadoria de Gestão e Ensino Grande São Paulo (COGESP), Coordenadoria de Ensino do Interior (CEI), Setor de Informática da sede da SEE e o CELAFISCS, que deverá se reunir periodicamente; b- Capacitar recursos humanos para atuação como multiplicadores do programa nas instituições de ensino; c- Criar e desenvolver material educativo para sensibilização do público alvo do objeto em questão; d- Criar e aplicar instrumento de avaliação de impacto das ações do Programa (Matsudo et al., 1999).

Figura 3- Programa Agita Galera: Descrição cronológica das intervenções em escolares no Estado de São Paulo.



O Impacto do Agita Galera, após 10 anos de realização, medido através do levantamento realizado pelo CELAFISCS em amostras representativas de todo o estado demonstrou que os escolares da rede pública sabiam melhor a recomendação de atividade física que os escolares da rede privada (onde não há Agita Galera), em termos de duração, frequência, intensidade e modo. E esse conhecimento melhor redundou também em um nível de atividade física maior: escolares de escolas públicas (onde acontece o Agita Galera) eram 34% mais ativos que escolares de escolas privadas “onde não acontece o Agita Galera” (ANDRADE et al., 2006).

5.5.3 AGITA “IDOSO”

Na medida em que as condições gerais de vida e o avanço da ciência têm contribuído para controlar e tratar muitas das doenças responsáveis pela mortalidade, a população, tanto dos países desenvolvidos como da maioria dos países em desenvolvimento, tem incrementado, nos últimos anos, a sua expectativa de vida. Essa tendência global tem levado a que a ciência, os pesquisadores e a população, em geral, procurem, cada vez mais, “soluções”

para tentar minimizar, ou, se possível, evitar os efeitos negativos do avanço da idade cronológica no organismo. Cada vez mais se pesquisam formas de deter ou retardar o processo do envelhecimento ou estratégias que garantam uma manutenção da capacidade funcional e da autonomia, nas últimas décadas da vida. As pesquisas realizadas, nos últimos 20 anos têm analisado praticamente todos os aspectos referentes à saúde, às aptidões físicas, às doenças e ao processo de envelhecimento. (MATSUDO S et al., 1995).

Devido a que grandes partes das evidências epidemiológicas sustentam um efeito positivo de um estilo de vida ativo e/ou do envolvimento dos indivíduos em programas de atividade física e exercício na prevenção e minimização dos efeitos deletérios do envelhecimento, os cientistas enfatizam, cada vez mais, a necessidade de que a atividade física seja parte fundamental dos programas mundiais de promoção da saúde. Não se pode pensar hoje em dia, em “prevenir” ou minimizar os efeitos do envelhecimento sem que além das medidas gerais de saúde, inclua-se a atividade física. Essa preocupação tem sido discutida não somente nos chamados países desenvolvidos ou do primeiro mundo, como também nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

O surgimento de iniciativas internacionais para tornar essa discussão um foco independente e, não mais, como parte de outros assuntos pode ser confirmado pelas seguintes evidências: a- a criação, em 1994, de um periódico internacional, o “Journal of Aging and Physical Activity” específico para discutir esses aspectos; b- a estruturação de um Programa de Envelhecimento Saudável, pela Organização Mundial da Saúde; c- a elaboração das Guias para Atividade Física em Pessoas Idosas (Guias de Heidelberg), pela Organização Mundial da Saúde; d- a publicação em 1998 do Posicionamento Oficial de Exercício e Atividade Física para Pessoas Idosas, pelo Colégio Americano de Medicina Esportiva; e- a instituição, em agosto de 1999, da International Society for Aging and Physical Activity (ISAPA) e, conseqüentemente, a formalização da realização a cada quatro anos, do Congresso Mundial de Envelhecimento e Atividade Física; f- a designação de 1999 como o Ano Internacional do Idoso, pela Organização Mundial da Saúde; g- a publicação, pelo Governo dos Estados Unidos, de um Guia de Exercícios para pessoas idosas e, mais recentemente h- a proposta da Organização Mundial da Saúde em publicar uma enciclopédia com as iniciativas internacionais de promoção de atividade física no idoso, após o

WHO Meeting on Active Ageing, realizado em Hong Kong, de 26-29 de Abril de 1999. (MATSUDO, S et al., 2000).

O CELAFISCS tem dedicado atenção especial, ao estudo da relação entre envelhecimento, atividade física e aptidão física. Dando continuidade a esses estudos no nosso Centro considerando a pouca disponibilidade de dados longitudinais, em 1997, a ideia de iniciar um projeto longitudinal, para analisar o efeito do processo de envelhecimento na aptidão física, nível de atividade física e capacidade funcional. Surgiu, assim, o Projeto Longitudinal de Aptidão Física e Envelhecimento de São Caetano do Sul, que inclui a avaliação de variáveis antropométricas e neuromotoras da aptidão física, avaliação da capacidade funcional, mensuração do nível de atividade física, avaliação de variáveis psicológicas (autoimagem, perfil de estado de humor, depressão) e avaliação da ingestão alimentar e do nível de atividade física (MATSUDO S et al., 2001).

Devido às necessidades e especificidades dessa população a recomendação de atividade física disseminada pelo Programa Agita São Paulo incluía a realização de exercícios: a- Aeróbico: 30 min./dia em intensidade moderada por no mínimo 5 dias/sem ou - 25 min./dia vigorosa 3 dias/sem; b- Força Muscular total de 8 – 10 exercícios , por no mínimo 2 dias por semana, utilizar grandes grupos musculares , totalizar 10-15 repetições em uma escala de percepção de esforço 5-6 e 7-8; c- Flexibilidade por no mínimo 2 dias/semana, durante 10 min./dia e d- Equilíbrio todos os dias por pelo menos 10min/dia (NELSON et al., 2007).

5.6 DIA MUNDIAL E ESTADUAL DA ATIVIDADE FÍSICA (DMAF)

Nas últimas décadas, o sedentarismo tem sido enfrentado como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas: como enfermidades cardiovasculares, hipertensão, diabetes e obesidade. É reconhecido como um dos principais inimigos da saúde pública no mundo, não só pela sua alta prevalência como pela altíssima mortalidade, confirmada por recente publicação da Organização Mundial da Saúde, que aponta como o segundo fator de risco de morte dentre as 19 principais. (LEE et al., 2012).

Em função do impacto positivo do desde 1997 com a implantação do Programa Agita São Paulo pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com a Coordenação técnico-científica do CELAFISCS, o programa foi adotado como estratégia nacional de promoção da saúde por meio da prática regular de atividade física. Em 2002 o Governador do Estado pelo decreto 4666-4 instituiu o “Dia Estadual da Atividade Física” a ser celebrado anualmente no dia 6 de abril. Internacionalmente, inspirada pelo progressivo reconhecimento do Agita São Paulo, Organização Mundial da Saúde – OMS no mesmo ano decidiu celebrar o Dia Mundial da-Saúde com o slogan: Agita Mundo: Move for Health. Para demonstrar o apreço pelo Agita São Paulo, a Diretora Geral da OMS veio a São Paulo para dar início as celebrações do Dia Mundial da Saúde daquele ano. Em função do sucesso das celebrações, a OMS decidiu durante a 54^a Assembleia Mundial da Saúde em 2002, que o Move for Health Day deveria passar a ser celebrado anualmente. Em outubro do mesmo ano, durante o Simpósio de Ciências do Esporte do CELAFISCS, com a presença de diversas autoridades de distintos países nascia, inspirado pelo Agita São Paulo o “Agita Mundo Network”. Essa rede decidiu na mesma ocasião celebrar o Dia Mundial da Atividade Física (DMAF) a partir de então, no dia 6 de abril.

Tabela 2 - Número de Registros e Tema da Celebração do Dia Mundial da Atividade Física (2010-2015).

Ano	Tema de celebração Dia Mundial da Atividade Física	Continentes	Países	Número de eventos
2010	Cidades Ativas Vida Saudavel!	5	79	2040
2011	Atividade Física sem fronteiras!	4	49	1334
2012	Juntos para uma vida ativa e feliz!	5	34	989
2013	Atividade Física sem Barreiras!	5	52	1012
2014	Atividade Física Gol de Placa um Gol de Saúde!	5	36	957
2015	Sedentarismo é Doença Atividade Física é Saúde!	5	31	2225

Como o Programa tem muito claro que os “Mega eventos” não são por si só suficientes para efetivar a mudança de comportamento em relação à atividade física, atividades permanentes de promoção da mensagem estão claramente determinadas e fazem parte das ações que uma instituição parceira pode realizar, dentro da própria instituição ou na comunidade, com ou sem recursos financeiros (MATSUDO et al., 2008).

5.7 ASPECTOS DE MARKETING SOCIAL - MATERIAIS EDUCACIONAIS

Os benefícios biológicos e as formas de adotar ou manter o estilo de vida ativo estão listados nos materiais educativos do Programa (folders, cartazes, pirâmides, adesivos, manuais) que têm sido elaborados especificamente para cada um dos focos do Programa que são os escolares, trabalhadores e idosos. (Matsudo., et al, 2008).



Figura 4 - Materiais Educativos do Programa Agita São Paulo.

Dentre os materiais do programa, o “Agitol”, ou a “fórmula do estilo de vida ativo”, ganha lugar de destaque, pois foi desenvolvido pela cultura tradicional de “prescrever um remédio para cada problema de saúde” e pode ser “tomado” em doses de 30, 15 ou 10 minutos de atividades físicas, apresentando um típico formato farmacêutico (caixa de remédio). Esse bom senso de humor fez o “Agitol” popular entre os profissionais da saúde, e um bom exemplo para encorajar a mudança dos “tratamentos” tradicionais para uma posição de “promoção a saúde”.

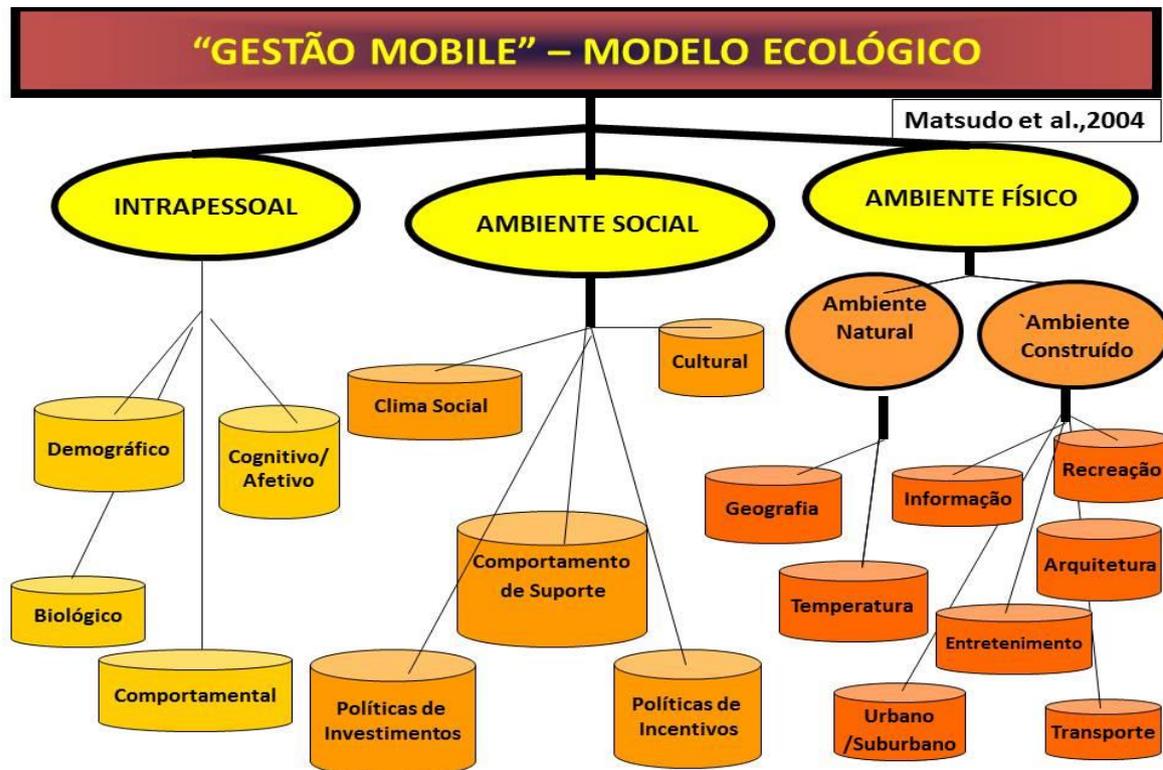
Um outro fator importante do programa é seu slogan: a imprensa procura primar pela isenção quanto às coisas de estado e assim jornalistas recusaram a fazer parte do comitê executivo, mas se prontificaram em ajudar via mídia espontânea. Nesse sentido, um profissional da Folha de São Paulo editou um texto sob um título que resumia o propósito do programa e que passou a ser o slogan do mesmo: Trinta Minutos Fazem a Diferença!

O Agita São Paulo, com auxílio de diversas instituições parceiras do programa, adotou o modelo ecológico como estratégia de intervenção, sendo que para sua gestão desenvolveu uma gestão móvel, que procura de forma dinâmica contemplar intervenções que vão se ajustando de acordo com a demanda hierárquica dos componentes do modelo (Figura 5). Como exemplo lembramos que tradicionalmente se procura aumentar o nível cognitivo sobre um comportamento, com a esperança ingênua de que as pessoas o implementem. Na “gestão móvel” procura-se concomitante abordar diversos determinantes de atividade física, ou seja, na medida em que uma ação fosse bem sucedida ao lidar com o fator intrapessoal, esse fator por exemplo “perderia o peso” ou a importância hierárquica de gestão para outro fator (por exemplo, ambiente construído), que passaria então a receber uma maior atenção da coordenação do programa (por exemplo, em termos de alocação de recursos pessoais e financeiros (MATSUDO et al., 2004).

Nesse sentido, a gestão móvel do modelo ecológico proposto por SALLIS e OWEN (1997) na figura abaixo, permite acoplar cada iniciativa perante um dos determinantes da atividade física, quer seja intrapessoal, ambiente social como do ambiente físico natural ou construído. No programa Agita São Paulo buscou-se através de modo integrado, realizar um programa de promoção de atividade física para uma megapopulação, que envolvesse de forma sincronizada todos os fatores do modelo ecológico.

Para tanto, a sinergia da coordenação do programa com a experiência e prática de instituições parceiras. Com técnicas de empoderamento, pode-se obter entusiasmo desse grupo em abraçar cada um de seus componentes; Intervenções com fatores intrapessoais: Demográfico, Cognitivo- Afetivo, Biológico e Comportamental; Intervenções com os fatores do Ambiente Social: Clima Social, Cultural, Biológico, Comportamento Suporte, Política de Investimento e Política de incentivos; Intervenções com fatores do Ambiente Físico que são subdivididos em: Ambiente Natural: Geografia e Temperatura e Ambiente Construído: Informação, Recreação, Arquitetura, Entretenimento, Transporte e Urbano /Suburbano (MATSUDO et al., 2004).

Figura - 5 Gestão Mobile do Modelo Ecológico para Promoção de Atividade Física, (Matsudo., et al 2004)



Propostas terapêuticas farmacológicas ou cirúrgicas por si não somente bastariam, pois por trás das doenças crônicas que respondem por mais de 70% dos gastos com saúde em nosso País, ocorre devido ao comportamento, em que tendo diversos fatores como o sedentarismo, a má alimentação e o tabagismo (BANK WORLD, 2005).

Diagnosticar, prescrever e monitorar o nível de atividade física de seus pacientes. As propostas atuais sugerem incluir em sua anamnese um questionário, dos quais o IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física) desenvolvido pela OMS, CDC e o CELAFISCS e demais 12 centros mundiais durante quatro anos, apresenta vantagens: ter duas formas (curta e longa, possibilidade de estimar o gasto calórico, de classificação (sedentário, irregularmente ativo, ativo e muito ativo), maior chance de comparações e estar adaptado para nosso meio (PARDINI et al., 1998).

Assim se percebe que, além do trabalho direto com os pacientes, os profissionais de saúde devem estar prontos a desempenhar uma nova responsabilidade: a de participar na luta por condições que propiciem sucesso de sua prescrição; que permitam ao paciente cumprir recomendação “realmente fazer” e não apenas saber o que seria bom fazer. Por isso, intervenções mais modernas de promoção de atividade física não centram sua atenção apenas na pessoa, mas também ao seu entorno, uma abordagem ecológica cuja sua gestão “mobile” e extremamente pertinente neste contexto (MATSUDO.,et al., 2004).

6. REDES / PARCERIAS

Para se enfrentar um problema que envolvia 70% da população de um estado com quase 40 milhões de habitantes, evidentemente que seria ingênuo pensar que uma instituição, quer fosse ela uma secretaria de estado, uma grande empresa ou universidade isoladamente poderiam ganhar a batalha. Assim, após o período inicial de colaboração dos principais centros de pesquisa na área, optou-se por adotar a estratégia de estabelecimento de parcerias institucionais. As parceiras englobam instituições governamentais, não-governamentais e empresas privadas e representam o fator chave para o crescimento do Programa Agita São Paulo ao longo destes 18 anos de existência.

Outro importante consenso foi utilizar técnicas em “empoderamento”, que aproveita proposta dos programas existentes ao invés da criação de novos.

6.1 CARTA SÃO PAULO

Outra estratégia que se mostrou extremamente efetiva, foi solicitação de assinatura de um documento muito simples, a Carta São Paulo de Promoção de Atividade Física, que transformava eventuais apoios verbais e um documento que perenizava o compromisso institucional. (MATSUDO et al., 2008) Esse documento tornou-se no primeiro das Américas na promoção da atividade física populacional.

Com a assinatura desse documento a instituição se tornava parceira do Programa Agita São Paulo, que conta hoje com cerca de 480 instituições parceiras (governamentais, não governamentais e do setor privado), comprometidas com a realização da promoção de atividade física no estado de São Paulo. A carta São Paulo pode ser classificada como selo de compromisso de parceria.

As instituições que tenham interesse em planejar e desenvolver ações voltadas à Promoção de Atividade Física e Saúde poderá contar com a assessoria técnica-científica da equipe do CELAFISCS, que coordena o Programa, participar das reuniões periódicas do Colegiado, tendo a oportunidade de compartilhar ideias com representantes e interlocutores do

Programa em segmentos distintos, participar de cursos específicos promovidos especialmente para a rede de parceiros, utilizar a mensagem, logotipo e mascote do programa, apoio de material educativo para eventos próprios do calendário do Agita, espaço para relatar as experiências na edição anual do Livro de Boas Práticas na Promoção de Atividade Física para a População, além de uma palestra com dos profissionais que integram a equipe técnico-científica do Programa. Sendo o Agita São Paulo um Programa do Governo do Estado, a parceria será firmada sem qualquer vínculo financeiro ou custo para as instituições, seja de âmbito público ou privado. A única exigência é a assinatura da **“Carta de São Paulo sobre Exercício é Saúde”** que é baseada em dois mecanismos de participação:

A- Sem necessidade de recursos financeiros diretos da parceria:

Colocação da Mensagem e logotipo do Programa Agita São Paulo nas embalagens dos produtos da entidade; 2- Colocação da Mensagem e logotipo do Programa nos Hollerith dos funcionários da entidade; 3- Colocação da Mensagem e logotipo do Programa em boletins internos e jornais Institucionais da entidade; 4- Colocação da Mensagem e logotipo do Programa como proteção de telas de computador e mensagens internas da entidade; 5- Diagnóstico do nível de atividade física dos funcionários de sua entidade e outro fatores de risco associado; 6- Viabilização de palestras do Programa para os diversos níveis hierárquicos de funcionários da entidade; 7- Colocação em papéis de lembretes internos da entidade a mensagem do Programa; 8- Afixação de material em prédios da entidade; 9- Colocação do Programa com a "Home Page" de sua entidade; 10- Promover concurso entre os funcionários e filhos abordando o tema Atividade física e saúde ; 11- Promover ações que enfoque a questão da atividade física, saúde e qualidade de vida dos funcionários e familiares; 12- Colocação da mensagem do Programa em “gravações telefônicas de espera” de sua entidade e 13- Veiculação da mensagem do Programa Agita São Paulo, junto com as propagandas de sua entidade.

B- Com necessidade de recursos financeiros diretos da parceria,

1- Impressão de material educacional do Programa como cartazes, folders, marcadores de páginas, imãs de geladeira, pirâmides, dentre outros; 2- Confeção de leques promocionais; 3- Impressão de manual do Programa Agita São Paulo para distribuição à população e formadores de opinião da sociedade. 4- Promover a "**Semana da Caminhada**" ou "**da atividade física**" na sua entidade e outras atividades que envolvam ações de lazer comunitário; 5- Impressão de panfletos do modo "easy-read" para serem entregues em escolas, hospitais, supermercados, dentre outros; 6- Confeção de chaveiros e canetas com a logomarca de sua entidade e do Programa; 7- Realização de vídeo para veiculação na mídia; 8- Produção de camisetas do Programa; 9- Confeção de bonés e viseiras com a marca de sua entidade e do Programa; 10- Propaganda na mídia escrita através de jornais de grande circulação com ambas as marcas; 11- Confeção de selos adesivos do Programa; 12- Patrocínio de evento científico; 13- Impressão de marcadores de páginas e 14 Confeção de cartões postais do Programa.

Cada instituição compromete-se a colaborar na promoção de atividade física e pode optar por estratégias com ou sem recursos financeiros. Mas, cada parceiro que faz parte deste programa, tem autonomia para o planejamento das ações e de que forma serão implementadas, monitoradas e avaliadas. Ainda comprometendo - se seguir o calendário de megaeventos e participando das reuniões mensais do programa. Esta forma de gestão do programa tem garantindo um trabalho Inter setorial e a formação de redes, que são um dos princípios da promoção de saúde.

6.2 REUNIÃO DE COLEGIADO ESTADUAL

As reuniões do Comitê Executivo, também conhecido como Colegiado realizadas pela coordenação e parceiros do Programa Agita São Paulo acontecem desde fevereiro de 1997, durante 2 horas, geralmente nas primeiras terças feiras do mês, entre fevereiro e dezembro. Atualmente o programa acumula 396 horas de reunião.

Nessas reuniões , as instituições discutem as principais ações do Agita, onde diferentes setores da sociedade, como educação, esportes, saúde, indústria, comércio e serviços estão representados. O Programa desenvolveu um conjunto de ações para dar suporte aos parceiros na implantação do programa, tais como: atualizações científicas, com apresentação dos estudos mais recentes publicados mundialmente, assim como apresentações das ações feitas no último mês e as programadas para o próximo, possibilitando a um rico intercâmbio..

A disseminação das diversas ações do Programa tem sido efetuada principalmente pela publicação mensal conhecida como “AGITA NEWS” de forma impressa e digital. Contendo as seguintes informações: a- atividades desenvolvidas pelo programa, b- atividades desenvolvidas pelos parceiros do programa, c- novidades relacionadas com a promoção da atividade física, d- atualização científica; calendário das atividades. As notícias são agrupadas em Agita São Paulo (atividades realizadas no estado de São Paulo); Agita América e Agita Mundo. O Agita News é impresso para utilização dos parceiros durante as reuniões e disponível no site do programa.

6.3 MUNICIPALIZAÇÃO

Após oito anos de programa Agita São Paulo, a partir de fevereiro de 2005 o programa passou a realizar encontros específicos com os representantes regionais e municipais, principalmente do setor público e da área da saúde. Esta necessidade foi advinda dos interlocutores regionais reconhecimento do município como responsável pela definição de políticas de saúde por meio dos DRS constituição de interlocução regional semelhança com as articuladoras da AB e tem como objetivo discutir estratégias de municipalização de políticas de promoção de atividade física. A Secretaria de Estado da Saúde após 2007 passou a ter 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS).

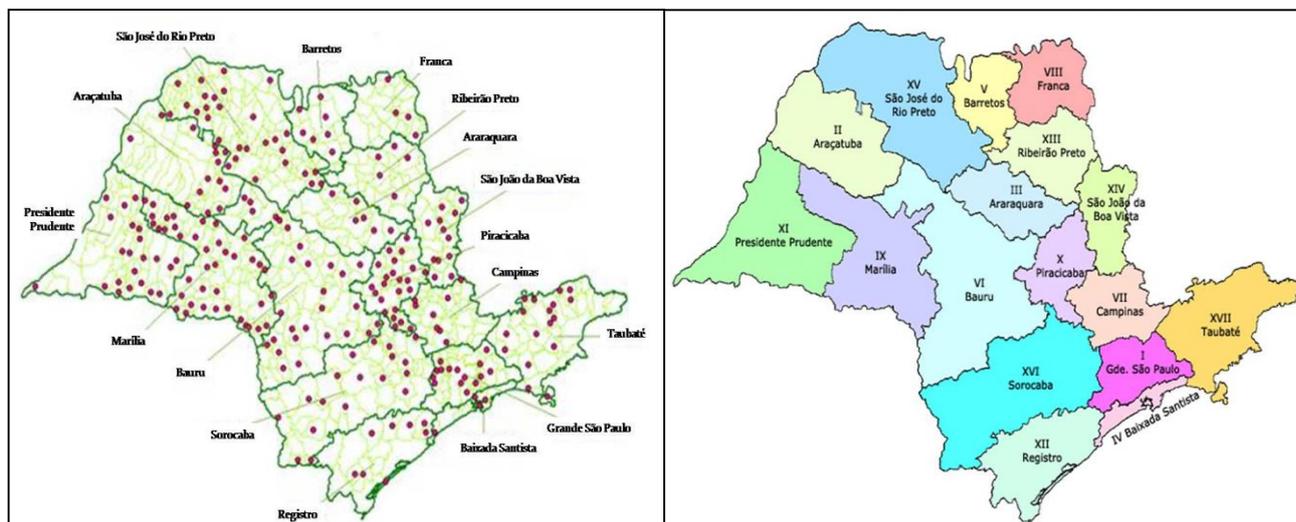
Cada um conta com interlocutores do Programa Agita São Paulo; Esses interlocutores desempenham funções vitais para o sucesso do programa, pois representam a ligação entre os municípios de sua área de abrangência, como no DRS de Bauru, e a coordenação do Agita. Essas interlocutoras trazem mensalmente um relato das ações realizadas e as demandas da sua região e

levam as novidades da coordenação e a agenda de ações macro e micro destinadas as suas populações. São fundamentais também pois colaboram com a disseminação dos conceitos e das estratégias do programa (ANDRADE, 2010).

Boa parte dos DRS mantém colegiados regionais com a participação de representantes municipais das cidades pertencentes de cada região, parceiras ou não do programa. Nesses colegiados são discutidas as estratégias de ações para promover a atividade física na população, bem como incentivar a implementação de indicadores de avaliação do resultado e do processo destes programas (ANDRADE et al, 2010). Após a primeira análise documental das cartas São Paulo de adesão até ano de 2007, o programa contava com cerca de 350 parceiros, sendo que destes 150 eram municípios.

Figura 6- Municípios parceiros do Programa Agita São Paulo, 2007

Figura 7- Departamentos Regionais de Saúde de São Paulo, 2007



O Programa Agita São Paulo se insere na ações de Promoção de Saúde através da Atividade Física da Secretaria de Estado da Saúde, tendo como legislação Estadual DECRETO Nº 46.664/2002, que prioriza a ampliação das ações e modelos de intervenções a serem desenvolvidas pelos municípios em conjunto com os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), sendo parte do Plano Estadual de Saúde 2008-2011.

No planejamento quadrienal da SES-SP 2008-2011 no eixo 7 da área de promoção da saúde estão presentes as metas da área de atividade física, bem como no planejamento operativo 2009 (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2008). Para integrar as lideranças regionais e municipais o

Programa Agita São Paulo mantém reuniões mensais com estes interlocutores e treinamentos regionais com o objetivo de fortalecer a rede de promotores da atividade física, respeitando as características e necessidades no âmbito regional do Estado de São Paulo isto garante que a diversidade cultural, econômica e social dos municípios, seja uma oportunidade de identificar diferentes soluções para aumentar o nível de atividade física da população. Assim, cada um dos municípios envolvidos com o Programa estabelece suas próprias estratégias de intervenção, sendo as secretarias municipais de saúde, as grandes aliadas na sustentação deste programa. Neste período no ano de 2010, o programa contabilizava (233) municípios parceiros.

Outro ponto forte na história recente do Programa Agita São Paulo, foi apoio da coordenação dos DRS fortalecimento dos treinamentos , agentes agita vinculação com as linhas de cuidados nas redes. Os treinamentos visam atender os municípios representados por profissionais de diversas áreas da saúde, denominados interlocutores regionais do Programa Agita São Paulo ou “Agentes Agita”. Eles desenvolvem ações ligadas a atividades físicas nos municípios em Unidades Básica de Saúde (UBS), Programa Saúde da Família (PSF), Núcleo de Saúde da Família (NASF) e outros grupos da sociedade civil e pública, tendo como objetivo principal a ampliação e reestruturação das redes, através da assinatura da Carta São Paulo, da divulgação da mensagem e de estratégias, elaboração de apoio aos gestores.

Na primeira formação da história do programa foi denominado “**Curso Estadual de multiplicadores do Programa Agita São Paulo**” primeiro curso para capacitação de gestores de programas de atividades físicas, iniciando assim a municipalização do programa. Na primeira edição 2005 (78) profissionais, a segunda edição 2006 (82) profissionais, a terceira edição 2007 (36) profissionais, a quarta edição 2008 (105) profissionais, a quinta edição 2009 (87) profissionais, totalizando nesta iniciativa total 388 multiplicadores “Agente Agita”

As capacitações durante anos de 2011-2012 resultaram em um aumento quantitativo apreciável nas cartas de adesão novas ou renovadas: em 2011 (143), 2012 (93), 2013 (9), totalizando com cartas anteriormente assinadas 478

municípios assinaram a Carta de Adesão do Programa Agita São Paulo, que representa que 67% dos municípios do estado de São Paulo assinaram a Carta São Paulo de adesão ao Programa. Para a coordenação do programa além dos números alcançados, os principais “ganhos” estrategicamente com as capacitações realizadas, estão nos profissionais que atuando com atividades físicas no estado que foram capacitados, que pode ser observado na Tabela 3 abaixo:

Tabela 3. Número de interlocutores municipais por departamento regional do Programa Agita São Paulo 2011-2012.

Departamento Regional de Saúde	Número de profissionais Treinados
Grande São Paulo	60
Araçatuba	42
Araraquara	24
Baixada Santista	22
Campinas	37
Franca	49
Marília	83
Presidente Prudente	20
Ribeirão Preto	35
São Jose do Rio Preto	88
Bauru	36
Sorocaba	29
Registro	70
Barretos	37
São João da Boa Vista	46
Taubaté	32
Piracicaba	30
Total:	740

Ao utilizarmos a análise documental verificamos que o processo de municipalização é um objetivo do Programa Agita São Paulo, mas foi organizado oficialmente somente no planejamento estratégico dos anos de 2005 e 2006. Em 1997 o programa já contava com 6 prefeituras parceiras. Detectamos que das 645 cidades paulistas, o PASP em julho de 2009 contava com 260 (40%) cidades parceiras, sendo que 145 (22%) realizaram a assinatura em 2009, destas 5% realizaram o cadastramento em função das trocas dos gestores por eleições municipais. Receberam verba do Ministério da Saúde, 66 cidade (10%) e destas 46 (70%) eram parceiras do Programa Agita São Paulo (ANDRADE, 2010).

Ainda ANDRADE (2010) em entrevistas com as interlocutoras regionais do Programa Agita São Paulo, identificaram dificuldades de envolvimento com o tema pelas DRS e municípios. Segundo os interlocutores, apesar de terem relação com várias DRS, ainda sentiam falta de envolvimento da grande maioria e de muitos municípios com o Programa, consequência em parte, do desinteresse de alguns prefeitos, das mudanças administrativas e da falta de empenho de profissionais de saúde que não sentem que é um programa de sua competência, refletindo na falta de espaço físico e recursos para a atividade.

Na visão dos coordenadores do programa Agita São Paulo o processo de municipalização do Programa Agita São Paulo, foi constituído ao longo desses 13 anos sob uma perspectiva da participação dos interlocutores regionais e municipais, além dos seus diversos parceiros de âmbito governamental e não governamental. Realizaram ações que promoveram o empoderamento, compartilhamento do conhecimento científico da área, produzido ou não pelo CELAFISCS e as experiências acumuladas por todos os seus atores. Possibilitaram, trabalhando desta maneira, a criação de uma rede autossustentável, ainda que não seja financeira, mas de tecnologia social para o enfrentamento dos problemas de saúde pública com intenção clara de desenvolver a autonomia local no processo de criação, planejamento, implantação, monitoramento e avaliação de políticas locais de promoção da AF. (ANDRADE, 2010).

7. REDES (NACIONAIS E INTERNACIONAIS)

Influência do programa Agita São Paulo para outros estados e fora do Brasil. A partir desta mobilização no Estado de São Paulo, outros municípios do Brasil e do Exterior, influenciados pelo Programa Agita São Paulo e apoiados pelo CELAFISCS, organizaram ações similares, como por exemplo, os programas: Mexe Campina (PB), Agita Bahia (BA), Agita Canelas (RS), Agita Cornélio – Cornélio Procópio (PR), Agita Maués (AM), Agita Nova Lima (MG), Agita Bocaiuva (MG), e Agita Campo Grande (MS) entre outros. No Exterior, o programa Muévete Bogotá foi concebido com o apoio e assessoria do CELAFISCS e do Programa Agita São Paulo. Ainda houve participação na implementação dos programas Active Trinidad Tobago, A Moverse Argentina, Risaralda Activa, na Colômbia e Movamonos Ticos, da Costa Rica. .

Em 1998, somado a este apoio para outros estados e países, o Ministério da Saúde pela Divisão de Doenças Crônicas Degenerativas cria o Comitê técnico científico, com apoio de diversos especialistas da área de Educação Física e Medicina Esportiva, com objetivo de elaborar uma política nacional de promoção da Atividade Física e o programa Agita São Paulo por meio de seu coordenador Geral, Dr. Víctor Matsudo participa deste comitê, apresentando o programa como um modelo possível de ser seguido e adaptado para formulação desta política nacional, criando o Agita Brasil.

Antecedendo a criação do Agita Brasil é necessário ressaltar a grande contribuição do Programa Agita São Paulo para o mundo com a aprovação em outubro de 1999, durante o Simpósio de Ciências do Esporte do CELAFISCS, do “Manifesto de São Paulo para a Promoção da atividade Física nas Américas”. (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2000). Esse Manifesto foi resultado de discussões e sugestões realizadas durante o XXI e o XXII Simpósios Internacionais de Ciências do Esporte em São Paulo (1998-1999). Estes eventos tiveram por objetivo divulgar orientações gerais para a promoção da atividade física na população, a partir de diretrizes internacionais e com a contextualização cultural, indispensáveis para o sucesso dessas iniciativas. Houve a participação de representantes das Américas e da Europa, da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), do Centro de Controle

e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos –(CDC), do Colégio Americano de Medicina Esportiva (ACSM), do Conselho Internacional de Ciências do Esporte e Educação Física (ICSSPE), do Conselho Panamericano de Ciências do Esporte, da Federação Internacional de Educação Física (FIEP), da Confederação Sul-Americana de Medicina Desportiva, do Ministério da Saúde (Brasil), da Secretaria de Estado da Saúde - São Paulo (SES-SP), do Programa Agita São Paulo (Assessores Nacionais, Internacionais e Instituições Parceiras), do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) entre diversos especialistas do Brasil e do exterior.

Esse documento teve como objetivo incentivar outras ações nacionais, regionais ou locais para a promoção da atividade física no âmbito governamental e não governamental. Foi endossado por diversos órgãos, internacional e nacional, sendo adotado como documento oficial do Programa: Conjunto de ações para Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis – CARMEN, para área de atividade física. Esse programa da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), tem como objetivo combater os diversos fatores de risco à saúde, entre eles: álcool, tabagismo, diabetes, hipertensão, excesso de peso e inatividade física.

Em princípio, as diretrizes gerais ora recomendadas partem de propostas internacionais, tais como:

- Princípios respeito cultura, aumentar oportunidades apoio institucional, parcerias aspirações locais pesquisa referência básica Respeitar a cultura e tradições de cada região, como também dar prioridade às novas intervenções locais, incluindo políticas governamentais de saúde, educação e esporte que favoreçam atividades físicas voluntárias e autônomas.
- Aumentar oportunidades para iniciação e manutenção de comportamentos ativos, ao longo do ciclo vital, sempre na perspectiva de auto realização e modo de vida saudável e alegre.
- Buscar apoio institucional para as diferentes iniciativas, enfatizando a comunicação social e o estabelecimento de parcerias entre instituições.
- Considerar as aspirações locais e específicas de cada grupo alvo, procurando priorizar as pessoas desprivilegiadas, física e

mentalmente, como também respeitar as diferenças socioculturais e econômicas, quando da realização de intervenções.

- Incentivar a pesquisa científica na área da promoção de saúde, por meio de atividades físicas, principalmente no âmbito da inclusão de grupos vulneráveis da sociedade e de mudança cultural dos grupos de risco definidos pelo sedentarismo.
- Dar a devida atenção às administrações locais de governo, enfatizando o ambiente escolar, tendo como grupo alvo as crianças e ou adolescentes, para a consolidação de um modo de vida saudável por meio da prática de atividades físicas e experiências de lazer.
- Criar meios de informação, esclarecimento e mobilização de líderes governamentais, políticos e empresariais no sentido de apoiar esta chamada à ação e as demais que se sucederão em diferentes regiões e países.
- Divulgar as experiências locais e nacionais de modo a criar modelos de intervenção e exemplos de manejo institucional a fim de se criar uma base educacional de longo prazo para as intervenções ora recomendadas.
- Focalizar, com absoluta prioridade, a constituição de redes de instituições, tanto para a propagação de aspirações e realizações práticas, como para a formação de alianças estratégicas visando a promoção de saúde por meio de atividades físicas.
- Materializar as redes por vias de políticas, estratégias, programas, capacitação de multiplicadores, ampla comunicação social e veiculação de exemplos bem sucedidos de intervenção.

Em resumo, o Manifesto representava uma convocação de pessoas, grupos e instituições das Américas coloca em destaque a diferenciação de condições sociais, educacionais e de saúde, existentes em todos os países do continente e almeja alcançar uma vida mais saudável, como exercício de cidadania e inserção entre as necessidades básicas de nossas populações.

7.1 PROGRAMA AGITA BRASIL

Reconhecendo o impacto do Agita em São Paulo, o Ministério da Saúde por meio do ministro José Serra, resolveu em no ano de 2000 criar o Agita Brasil, com o apoio do Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, e do coordenador do Programa Agita São Paulo. Foi



Foi possível uma articulação, para utilização do modelo, do Programa Agita São Paulo já reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma estratégia possível de promoção de atividade física para países desenvolvidos e ou em desenvolvimento em todo o país.

O Programa Agita Brasil ficou associado ao Plano de reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus e pressupunha uma ação Inter setorial da saúde, da educação e do esporte, dentre outros setores. Com foco especial àqueles segmentos expostos ao risco de doenças crônicas, o programa tinha as seguintes características; aplicabilidade fácil, baixo custo e alto benefício na promoção da saúde (MINISTERIO DA SAÚDE, 2002).

Os objetivos do programa vinculados às DANT e bem menos audaciosos do que na sua essência, e interessantes: a- Divulgação de informações relativas aos benefícios da atividade física e promover o envolvimento da população nesta prática, b- Promover atividades que induzam os integrantes a adotarem um estilo de vida fisicamente ativo, c- Constituir-se em um instrumento de sustentabilidade e efetividade das ações de prevenção e controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e d- Desenvolver estudos e formular metodologias nacionais capazes de comprovar benefícios e avaliar o impacto de promoção da atividade física na alteração de hábitos de vida e no controle e prevenção das DCNT (MINISTERIO DA SAÚDE, 2002).

O Programa Agita Brasil do Ministério da Saúde estabeleceu parcerias com os gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS, além de contar com o respaldo técnico científico do CELAFISCS para o desenvolvimento de ações de educação e promoção da saúde. Desde a sua implantação de 2000 até 2002, o Programa Agita Brasil realizou 25 oficinas no país, abrangendo de 540 municípios, entre os quais profissionais da área de

saúde, predominando médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistente sociais, professores de educação física, agentes comunitários e representantes comunitários, totalizando 2.214 multiplicadores. Destes, 50,7% eram vinculados às instituições governamentais municipais, 28,6% organismos governamentais estaduais e 18,6% eram profissionais provenientes de outras instituições (MINISTERIO DA SAÚDE, 2002).

Em função da troca do governo federal, houve uma reorientação política e partidária do novo Governo Federal e as ações do programa Agita Brasil foram interrompidas.

7.2 REDE DE ATIVIDADE FÍSICA DAS AMÉRICAS RAFA – PANA

Paralelo a estes acontecimentos foi criado pelo CELAFISCS e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC), e mais diversas instituições do continente, a Rede de Atividade Física das Américas - RAFA / The Physical Activity Network of the Americas - PANA, (RAFA-PANA). Foi lançado no ano de 2000 e confirmando a liderança do CELAFISCS e do Programa Agita São Paulo, a coordenação da RAFA-PANA ficou sob a responsabilidade do Dr Victor Matsudo desde então até os nossos dias.

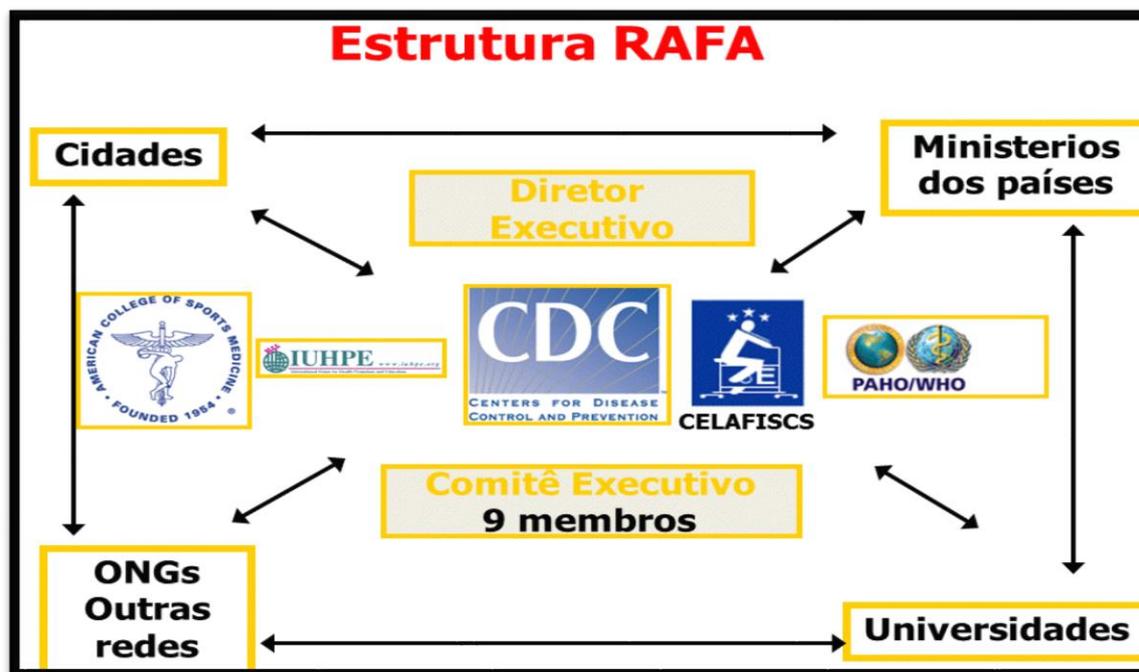


A RAFA representa a “rede de redes nacionais”, integrando membros de instituições públicas e privadas, nacionais e internacionais, para promover a saúde e a qualidade de vida através da atividade física. A RAFA trabalha com seus membros para desenvolver compartilhar e coordenar estratégias, que fortaleçam os esforços e incrementem o conhecimento e os níveis de atividade física entre a população das Américas.

A RAFA compõe-se de um Comitê Executivo e de quatro comitês operacionais, cujos nomes e funções, são os seguintes: 1- Objetivos e Planejamento: Plano estratégico e operacional apoiar a estratégia global da OMS; 2- Advocacia: Contatar/persuadir governos, pessoas com poder de decisão para promoção de AF nas Américas; 3- Capacitação: Desenvolver capacidade e habilidades entre membros de RAFA para promover AF; e 4-

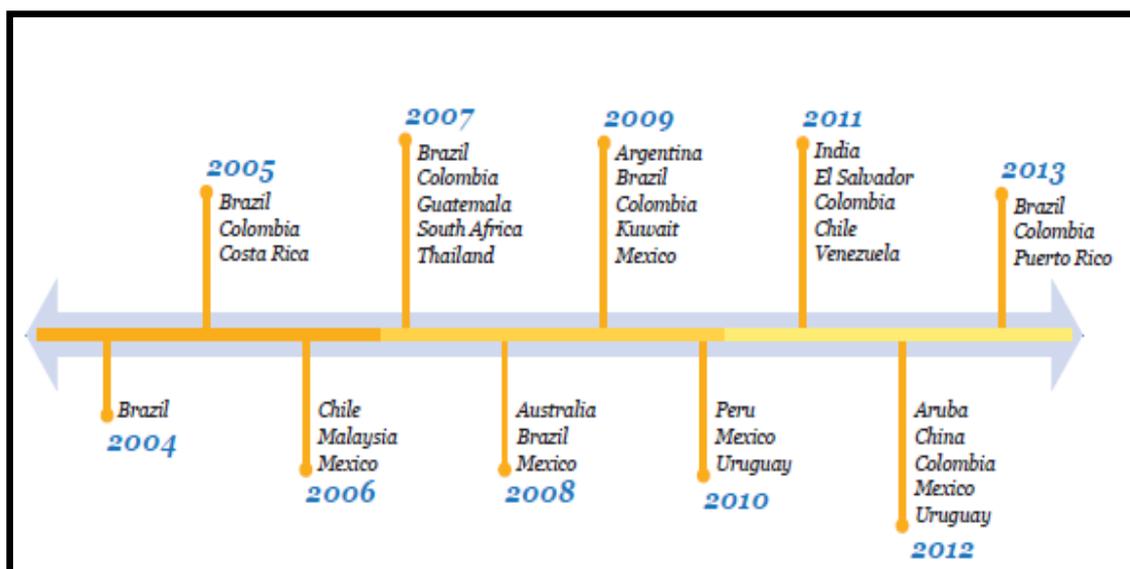
Pesquisa e Desenvolvimento: aumentar/facilitar a capacidade de pesquisa na área de atividade física na América Latina. Toda esta rede segue a seguinte estrutura conforme é destacado na figura 8.

Figura 8 - Estrutura Rede de Atividade Física das Américas.



Em 2004, o CELAFISCS e o Agita São Paulo lança pela primeira vez fora dos Estados Unidos o Curso de Promoção de Atividade Física e Saúde Pública, Assim, em parceria com CDC de Atlanta e o International Union for Health Promotion and Health (IUHPE), a primeira edição foi realizada em Ilhabela-SP. Logo depois outras edições foram realizadas na Colômbia, na Costa Rica, no Chile, no México, e outros países (Figura 9), compreendendo 18 edições que formaram mais de 900 profissionais.

Figura. 9 Cursos de Atividade Física e Saúde Pública RAFA-PANA 2004- 2013



7.3 REDE AGITA MUNDO NETWORK

Um grupo de instituições Nacionais e Internacionais se reuniram no XXV Simpósio Internacional de Ciências do Esporte em São Paulo e concordaram que uma organização independente era necessária para estimular a promoção global da atividade física e coordenar o Dia “Move for Health”. As instituições reunidas recomendaram fortemente a formação rede voltada para a promoção da atividade física, para o cumprimento dessas metas.



O objetivo do Agita Mundo Network é promover atividade física como um comportamento saudável para pessoas de todas as nações. Além disso, seus propósitos incluem: a- Estimular a pesquisa, encorajar a disseminação da informação sobre os benefícios para a saúde da prática da atividade física e de estratégias efetivas para aumentar o nível de atividade física; b- defender a atividade física e saúde e dar suporte para o desenvolvimento nacional e regional de programas e redes de promoção de atividade física.

Os objetivos específicos da Agita Mundo network são: a- Defender a atividade física e saúde mediante o Dia Mundial da Atividade Física, assim como

outros eventos baseados na comunidade e megaeventos e informar os formadores de opinião sobre a importância da atividade física para as políticas públicas, b- Disseminar amplamente mensagem clara simples e consistente sobre os benefícios para a saúde e sociais dos pelo menos 30 minutos de atividade física moderada todos os dias, c- Estimular a criação de redes regionais e internacionais para a promoção da atividade física e prover o contato entre essas redes, d- Compartilhar boas experiências, estratégias efetivas e programas mediante os websites, reuniões, workshops e publicações; e- Promover e disseminar a informação sobre as abordagens inovadoras para desenvolver alianças no mundo para promoção da atividade física e da boa saúde.

Um dos momentos importantes dessa Rede se deu em maio de 2004, quando a OMS aprovou o documento intitulado: Estratégia Global sobre alimentação, atividade física e saúde – OMS utilizando vários princípios do programa sugere a ampla discussão para formulação de políticas públicas na área da alimentação saudável e promoção da atividade física e propõe ações no âmbito local e nacional e mundial (WHO, 2004). Muitas destas estratégias sugeridas neste documento já eram utilizadas pelo Programa Agita São Paulo desde o seu lançamento em 1996.

Assim foi possível a unificação de diversas experiências de promoção da atividade física, culminando assim na formação da denominada Ação Global da Atividade Física contando com a participação das seguintes redes destacadas no quadro 3.

Quadro 3 - Redes internacionais de programas de atividade físicas do Agita Mundo Network.

REDES INTERNACIONAIS DE PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA			
AGITA MUNDO NETWORK			
LOGO	REDE	COORDENADOR	INSTITUIÇÃO
	<u>HEPA EUROPE</u> Rede Europeia de Atividade Física	Brian Martin	University of Zurich, Suíça
	<u>APPAN</u> Rede Asiática da Atividade Física	Adrian Bauman	University of Sydney, Austrália
	<u>AFPAN</u> Rede Africana de Atividade Física	Vicki Lambert	University of Cape Town, Africa do Sul
	<u>RAFA-PANA</u> Rede de Atividade Física das Américas	Sandra Matsudo Victor Matsudo Mike Pratt Jim Whitehead	CELAFISCS, Brasil CELAFISCS, Brasil CDC. EUA ACSM EUA
	<u>DUBAI SPORTS COUNCIL</u> Unidos dos Emirados Árabes	Nasser Al Rahma Jasem Ramadan	University of Kuwait

O Dia Mundial da Atividade Física já está em sua décima quarta edição, com objetivo de reunir pessoas chaves dos países de todos continentes, que promovem políticas de promoção de atividade física, Em 2006 foi publicado, pelo CELAFISCS e pelo Agita São Paulo, publicação do livro Best Practices for Physical Activity Promotion reunindo as experiências bem sucedidas nas Américas na área de promoção da atividade física.

8. IMPACTO DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO

A Política Nacional de Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2006) tem como uma das ações específica para prática corporal / atividade física de responsabilidade dos gestores federais, estaduais e municipais, abordando os temas: Alimentação saudável, Prevenção e controle do tabagismo, redução da morbidade e mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, Redução da morbidade e mortalidade por acidentes de trânsito, Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável.

Podemos verificar que o Programa Agita São Paulo encontra diversas ações e objetivos contidos nesta política. Das principais sugestões destacamos Política Nacional de Promoção da Saúde, referente às práticas corporais e atividade física, o Programa Agita São Paulo desde seu lançamento em 1997 já vinha desenvolvendo no Estado de São Paulo, diversas atividades incluídas na política nacional como, por exemplo:

Ações na rede básica de saúde e na comunidade:

1. Capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdo de promoção à saúde e práticas corporais / atividade física na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo.
2. O Pacto com gestores do Sistema Único de Saúde (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.
3. Incentivar articulações Inter setoriais 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 caminhada; segurança e outros).

Ações de aconselhamento / divulgação

1. Organizar os serviços de saúde de forma a desenvolver ações de aconselhamento junto a população, sobre os benefícios de estilo de vida saudáveis.

2. Desenvolver campanhas de divulgação estimulando modos de viver saudáveis e objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis

Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros

1. Estimular a formação de redes horizontais de troca de experiências entre municípios.
2. Estimular a inserção e fortalecimento de ações existentes no campo das práticas corporais em saúde na comunidade.
3. Resgatar as práticas corporais / atividades físicas de forma regular nas escolas, universidades e demais espaços públicos.
4. Articular parcerias estimulando práticas corporais / atividade física no ambiente de trabalho.

Ações de monitoramento e avaliação

1. Desenvolver estudos e formular metodologias capazes de produzir evidencia e comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais / atividades físicas no controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.
2. Estimular a articulação com instituições de ensino e pesquisa para monitoramento e avaliação das ações no campo das práticas corporais / atividade física.

Outra ação, no campo da Política Pública, que tem auxiliado na consolidação da Inclusão da atividade física como uma estratégia fundamental de promoção da saúde no Brasil foi o pacto pela saúde que possui 3 dimensões: Pacto pela vida; Pacto de defesa pelo Sistema Único de saúde (SUS) e o Pacto de Gestão. Entre os Pontos no Pacto pela Vida a promoção de saúde recebe destaque assim como a atenção básica a saúde, espaço que atividade física já ocupava importante papel, assinalado por diferentes profissionais de saúde de diferentes níveis. Esse documento (MINISTERIO DA SAUDE, 2006) apresenta os seguintes objetivos:

- a- Elaborar e implementar uma Política de promoção da saúde de responsabilidade dos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal);

- b- Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo;
- c- Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade físicas já existentes e apoiar a criação de outros;
- d- Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;
- e- Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que complete as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006;

As ações descritas acima, entre outras, ajudaram na fundamentação da Política Nacional de promoção da Saúde produzida pelo Ministério da Saúde do Brasil, finaliza em julho de 2006, a qual resgata a promoção de estratégias adequadas para o combate do tabagismo, incentivo a alimentação saudável e a prática da atividade física. A inclusão da promoção da atividade física como uma estratégia de Política Pública no campo da saúde tem se apoiado geralmente em; Aumento da morbidade e mortalidade das doenças crônicas degenerativas não transmissíveis; Princípio da Promoção da Saúde; Custo da inatividade física, efetividade da prática de atividade física na saúde; Baixo custo dos programas de atividade física comparados com outras intervenções.

Outro grande indicador positivo é o compromisso com as metas relacionadas à atividade física explicitados no Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo do quadriênio 2008 a 2011 no Eixo VII: Incentivo ao desenvolvimento de ações de Promoção em Saúde no SUS, conforme o quadro abaixo, apresentando uma meta audaciosa para o processo de municipalização (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO., 2008).

Quadro 4- Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde do quadriênio 2008 a 2011 no Eixo VII – SES, 2008.

META/RESULTADO ESPERADO

8. Aumentar em 100% no quadriênio o número de organizações parceiras que adotem ações do programas de estímulo à atividade física.

Ações Estratégicas

- A. Dar continuidade e ampliar as ações do programa Agita São Paulo, objetivando a divulgação da importância da atividade física.
- B. Estimular os municípios e outras entidades (empresas, órgãos governamentais, escolas dentre outras.) na adoção de programas locais de estímulo à atividade física.
- C. Salientar os componentes de atividade física para populações específicas: idosos, mulheres, adolescentes, trabalhadores etc.
- D. Incluir o conhecimento sobre a importância da atividade física nos fóruns de treinamentos e capacitação dos técnicos e equipes de saúde estaduais e municipais
- E. Participar e divulgar a importância da atividade física na mídia e nos eventos e datas relacionadas com a saúde (Dia Mundial de Saúde, Semana da Mulher etc.).
- F. Levar o Programa “Agita” para os eventos realizados, divulgando o programa ou as atividades desenvolvidas, através da mídia, bem como nas unidades de saúde com cartazes e faixas, Proposta da V Conferencia Estadual de Saúde nº 45.
- G. Implementar ações de promoção à saúde e qualidade de vida da população e do trabalhador em saúde com programas de atividade física, com objetivos de redução e utilização de medicamentos para hipertensão arterial, prevenção de obesidade e diabetes e reduzir os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – lesões por esforços repetitivos e outras doenças crônicas. Propostas da V Conferencia Estadual de Saúde nº 141

No Brasil, há pouca informação sobre o impacto financeiro e econômico de sua crescente carga de doenças não transmissíveis e dos custos e da efetividade de abordagens políticas alternativas. Em recente trabalho que procurou focar essa agenda, o Banco Mundial examinou quatro atividades de prevenção primária: Entre elas o Programa Agita São Paulo, o tratamento da hipertensão arterial com medicamentos de primeira linha, um aumento nos impostos sobre o tabaco, que resultou em um aumento de 10% no preço dos cigarros, e o aconselhamento médico de fumantes. Essas atividades focalizam três fatores de risco: a inatividade física, a hipertensão arterial e o tabagismo, os quais são chave para a incidência e a predominância de cinco DCNTs, incluindo a doença isquêmica de coração, as doenças cerebrovasculares, o diabetes mellitus, a doença crônica de obstrução pulmonar, além do câncer de traqueia, brônquios e pulmões (BANCO MUNDIAL, 2005).

O BANCO MUNDIAL (2005) identificou o Programa Agita São Paulo como uma das melhores relações custo-efetivo, apresentando um custo de apenas US\$246 por DALY prevenido, sendo a intervenção que apresentou o menor valor. O tratamento anti-hipertensivo teve uma eficiência de custo mais baixa, de US\$1.498 por DALY, mas ainda bastante vantajoso. O aconselhamento médico para fumantes foi menos custo-efetivo se comparado aos outros, de US\$9.360,00 por DALY prevenido (Intervenções com custos por DALY de menos de duas vezes o PIB per capita de um País são, geralmente, consideradas altamente custo-efetivas). Esta análise do Banco Mundial constatou que a proposta do Agita São Paulo aplicada em um Estado ou município é um excelente investimento em saúde pública. Ele foi considerado econômico e uma ótima opção em termos de custo-efetividade (custo por DALY economizada) conforme destacado no quadro 5 abaixo (BANCO MUNDIAL, 2005).

Quadro 5 – Programa Agita São Paulo no Relatório do Banco Mundial 2005.

Curto Prazo (próximo três anos)	Médio Prazo (de quatro a sete anos)	Impacto Esperado
<p>Expandir campanhas comunitárias para a promoção da atividade física para outras grandes áreas metropolitanas.</p> <p>Garantir a existência de atividade física e exercícios nos programas de educação física nas escolas.</p> <p>Incentivar programas de incentivo à atividade física no local de trabalho (por exemplo, utilização das escadas ao invés dos elevadores).</p> <p>Avaliar o impacto dos atuais programas municipais e estaduais de atividade física.</p>	<p>Expandir ainda mais os programas abrangentes de atividade física comunitária.</p> <p>Integrar mensagens sobre atividade física e dieta saudável no currículo escolar.</p> <p>Incorporar medidas para encorajar a caminhada e o ciclismo no planejamento das cidades – calçadas bem iluminadas, ciclovias separadas, áreas de uso exclusivo de pedestres nas cidades, passarelas de pedestres e quebra-molas e outras medidas para reduzir a velocidade dos automóveis.</p> <p>Criar comunidades "caminháveis".</p>	<p>Para todas as medidas: aumento na atividade física, reduções no excesso de peso e na obesidade. Reduções nas doenças coronarianas, derrames, diabetes e diversos tipos de câncer. Reduções nas perdas associadas de produtividade.</p> <p>Economias sendo feitas. As campanhas comunitárias abrangentes economizam recursos (programas como o Agita São Paulo custam bem menos que o tratamento utilizando medicamentos). Análises feitas neste relatório calculam que a expansão do Agita São Paulo para cobrir 25% da população economizaria 135.800 DALYs e teria uma efetividade de custo de \$247 por DALY.</p>

8 IMPACTO DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO

Como um dos objetivos do Programa é o aumento do NAF da população, bem como o aumento do conhecimento dos benefícios da atividade física, desde a implementação do Programa Agita São Paulo, realiza alguns levantamentos, a vigilância do nível de AF no Estado de São Paulo, que foram determinantes e nortearam as ações do programa através de evidências científicas.

Destacamos inicialmente a vigilância da AF, visto que é o sedentarismo é prevalente e fator de risco para mortalidade e custoso, acompanhar este comportamento é necessário, assim a vigilância possibilita a organização de estratégia para este comportamento de risco, em um artigo que teve como objetivo analisar o nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o sexo, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento Foram entrevistados 2001 indivíduos de 14 a 77 anos de idade (953 sexo masculino e 1048 do feminino) em julho de 2002, correspondendo a uma amostra estratificada quanto ao sexo, grupo etário e nível socioeconômico.

Os indivíduos foram selecionados de 29 cidades de grande, médio e pequeno porte no estado; e as entrevistas foram distribuídas segundo as características encontradas na população do Estado de São Paulo. O questionário utilizado para determinar o nível de atividade física foi a versão 8 do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) na forma curta, com a aplicação de entrevista referente à semana anterior, contendo perguntas em relação à frequência e duração da realização de atividades físicas moderadas, vigorosas e da caminhada. Os indivíduos foram classificados em muito ativo, ativo, irregularmente ativo e sedentário.

O sedentarismo foi maior nas classes A (55,3%) e E (60%), sendo que nas classes B, C e D a porcentagem variou de 42% a 49%. Os resultados demonstraram similaridade entre os gêneros, sendo 54,5% e 52,7% de homens e mulheres considerados ativos e muito ativos, respectivamente. Quando analisados por região, as pessoas do litoral foram mais ativas (66,5%) que as do interior (53,4) e do que os da área metropolitana 39,4%. O NAF não diferiu entre os grupos etários, sendo que a maior parte dos ativos (55,3%) estava no grupo

mais jovem (15 – 29 anos), 52,5% no grupo de 30 – 49 anos; 53,6% no grupo de 50 – 69 anos e 47% no grupo acima de 70 anos.

A classificação do NAF segundo o nível socioeconômico evidenciou que os grupos A e E apresentaram maior prevalência de indivíduos que não alcançaram a recomendação, sendo o fato mais evidente no grupo E. A porcentagem de indivíduos ativos foi maior entre aqueles que conheciam o programa Agita São Paulo (54,2%) que entre aqueles não conheciam o Programa (31,9%); e, por outro lado, a porcentagem de insuficientemente ativos (sedentários e irregularmente ativos) foi muito maior entre quem não conhecia (69,0%) o Programa que entre aqueles que o conheciam (45,8%). Concluímos que os níveis relativamente menores de sedentarismo no estudo que os apresentados em levantamentos anteriores, provavelmente, reflete a inclusão da caminhada e da atividade física no modelo IPAQ, e/ou o potencial interesse na promoção da atividade física observada nos últimos anos. Entretanto a prevalência de sedentarismo ainda é alta e deve ser prevenida através de campanhas (MATSUDO S et al., 2002).

Dado mais recente, de caráter populacional realizado pelo Programa Agita São Paulo, buscou discutir sobre um dos objetivos principais do programa de diminuição do nível de atividade física, a pesquisa teve objetivo foi verificar a tendência temporal da prática da atividade física no estado de SP, Brasil: 2002-2008 discute-se o papel do Agita São Paulo. Através do estudo tendência com dados transversais realizados em 2002, 2003, 2006, e 2008, no Estado de São Paulo, Brasil, utilizando abordagens de amostragem comparáveis e tamanhos de amostras semelhantes.

Em todos os levantamentos, a atividade física foi medida usando a versão curta do “International Physical Activity Questionnaire”. Foram geradas pontuações para atividades físicas semanais, separados de curta e moderada e intensidade vigorosa; Foram utilizados os pontos de corte de 0 a 150 min/sem. Além disso, foi criada uma categoria chamada de atividade física total pela soma desses três tipos de atividade. Utilizado modelos de regressão logística para ajustar tendências temporais para as diferentes variáveis sociodemográficas.

A prevalência de nenhuma atividade física diminuiu de 9,6% em 2002 para 2,7% em 2008, Considerando que a proporção de indivíduos abaixo do limiar de 150 min diminuiu de 43,7% em 2002 para 11,6% em 2008. Essas tendências foram

explicadas, principalmente, pelo aumento da caminhada e de intensidade moderada atividade física. Os aumentos na atividade física foram ligeiramente maiores entre as mulheres do que entre os homens. Modelos de regressão logística confirmaram que estas tendências não se devem às diferentes composições das amostras. Conclusões: os níveis de atividade física estão aumentando no Estado de São Paulo. Considerando-se que os poucos dados disponíveis no Brasil usando o mesmo instrumento indicar exatamente a tendência oposta e que Agita São Paulo principalmente incentivo do envolvimento na atividade física de intensidade moderada, parece que pelo menos parte das tendências descritas aqui são explicados pelo Agita Programa de São Paulo (MATSUDO et al., 2008).

Dados publicados de um artigo de revisão, dos países em desenvolvimento em países em desenvolvimento onde foram excluídos, países de alta renda e as intervenções de atividade física foram definidos como abordagens sistemáticas para aumentar a qualquer um dos vários domínios da atividade física (ocupação, transporte, tarefas domésticas, de lazer), usando uma variedade de estratégias de intervenção (por exemplo, sensibilização, educação, desenvolvimento de habilidades, aumento da prática de atividade física).

Com foco na promoção da atividade física em particular, ou de promoção de estilo de vida saudável, tendo atividade física como um dos componentes, além de outros fatores de estilo de vida (por exemplo, dieta, uso de tabaco, álcool consumo). A revisão, os elementos das melhores práticas de intervenções para promover atividade física nos países em desenvolvimento foram identificados após a síntese da atividade física existentes baseadas em intervenções. Assim os artigos publicados sobre intervenções de atividade física nos países em desenvolvimento foram pesquisados nos bases de dados incluindo Medline, CINAHL e Embase. A estratégia de pesquisa foi restrita a trabalhos publicados em língua inglesa entre janeiro de 1980 e Março de 2005. Além disso, uma revisão da literatura "cinzenta" foram excluídos. Dentre as diversas iniciativas apontadas nestes documentos o Programa Agita São Paulo é evidenciado como uma intervenção bem sucedida junto Muevete Bogota e Rede de Atividade Física das Américas (WHO, 2008).

Outro estudo que teve como objetivo apresentar revisão sistemática para avaliar as bases das evidências atuais concernentes às intervenções para aumentar a atividade física na América Latina usando um processo modificado do Community Guide (Guia da Comunidade) e desenvolver recomendações baseadas em evidências para as intervenções em atividade física no período entre 1980 e 2006: Biblioteca Virtual de Saúde (que inclui LILACS, MEDLINE, MEDCARIB, OPAS/OMS, PAHO e WHOLIS); SCIELO; PubMed; CAPES (banco de dados de teses); e NUTESSES (banco de dados de teses). Para identificar os estudos de intervenções em atividade física foi feita uma busca utilizando 16 termos de pesquisa em português, espanhol e inglês, incluindo atividade física, condicionamento físico, aptidão cardiorrespiratória, capacidade aeróbica, caminhada, intervenção na comunidade, promoção da saúde, esporte, atividade motora, estilo de vida sedentário, inatividade, atividades de lazer, exercícios, programa de exercícios, atividade moderada e atividade vigorosa.

Na busca em inglês foram acrescentados outros termos incluindo América Latina, Brasil, Colômbia, Argentina, Chile, Bolívia, Venezuela, Peru e México. Foram também localizados outros artigos, relatórios governamentais e teses por pesquisa manual nas listas de referências bibliográficas dos artigos identificados. O levantamento da literatura identificou 903 artigos julgados por pares e 142 teses brasileiras relacionadas a` atividade física, das quais 19 foram selecionadas para abstração completa. Somente para aulas de educação física nas escolas a magnitude das evidências obtidas na América Latina foi suficiente para apoiar a recomendação da atividade. Programa Agita São Paulo aparece com maior impacto de modelo de atividade física para comunidade e o estudo ainda conclui que necessidade de avaliações rigorosas das intervenções promissoras para aumentar a atividade física na América Latina (CHRISTINE et al., 2008).

Estudo de caso realizado por GAIL et al., (2006) sobre o conhecimento de jovens em relação aos benefícios da atividade física para saúde: um estudo de caso brasileiro. Apresentou os resultados de um inquérito por questionário de conhecimentos sobre a relação da atividade física para a saúde entre os adolescentes participantes de um programa de intervenção de atividade física com base na comunidade, em São Paulo, Brasil (Agita Galera).

Foi utilizado método qualitativo pela Análise de conteúdo indutivo e foram aplicados os métodos quantitativos para analisar o respostas dos participantes para duas perguntas abertas sobre os benefícios de saúde de atividade física e os objetivos educacionais da intervenção.

A amostra de adolescentes tinha idade entre 14-18 anos e envolvido no Agita Galera, predominantemente do sexo masculino (59%), brancos (69%), 16 anos de idade ou menos (82%) e tinham uma taxa relativamente elevada do nível de atividade física 3,7h / semana, e 60% da amostra relataram três ou mais sessões por semana de atividade física, superior ao mínimo recomendado. Mais do que 75% de todos participantes afirmaram que os benefícios de saúde (de algum tipo) são alcançados através da participação em atividade física. Mais de 50% dos participantes relataram que o objetivo da intervenção era para educar as pessoas sobre a importância de um estilo de vida ativo e saudável. Adolescentes compreendem a relação da atividade física para a saúde que se refletem no seu conhecimento; suas escolhas de estilo de vida.

Os resultados das características adotadas pelo programa Agita São Paulo se deve ao papel das parcerias na promoção da atividade física. A experiência de Agita São Paulo também foi citada em um comentário especial cujo tema: Uma vida saudável precisa de governança global? Que diversos fatores do estilo de vida saudável dever ser alcançado, abuso de álcool, tabaco, doenças cardiovasculares e diabetes, câncer, dieta e atividade física. E das estratégias citadas para promoção da atividade física um modelo possível e de grande impacto foi atribuído ao programa Agita São Paulo. Devido à prioridade dada prevenção de DCNT exige engajamento de vários setores do governo, da indústria, da filantropia e da sociedade. Uma estratégia eficaz seria coordenar os ministérios das finanças, educação, trabalho e planejamento urbano. Um bom exemplo é o Agita São Paulo programa no Brasil, elogiado pela OMS e copiado em outros países da América Latina, incentivando instituições para promover a atividade física na comunidade. (LAWRENCE et al., 2014). Como também citado por FIORAVANTI et al., (2012):

Programa de atividade Física brasileiro registra benefícios para a saúde. Uma iniciativa para aumentar a quantidade de atividade

física realizada no Brasil está melhorando a saúde dos cidadãos e fornecendo um modelo para outras nações.

Segundo (ANDRADE ET AL., 2010). O Programa Agita São Paulo como vimos conquistou diversos reconhecimentos nacionais e internacionais valendo-se de uma proposta possível de promoção da atividade física bem sucedida (PAHO, et al 2002; BULL et al., 2004; BANCO MUNDIAL, 2005 e BALMAN et al., 2006). Como qualquer construção de intervenção humana é também alvo de críticas que podemos destacar em alguns tópicos: a- É um programa cartesiano, normativo, com uma visão de saúde estritamente biológica, b- O programa não utiliza verdadeiramente os princípios de promoção de saúde; c- É um programa essencialmente midiático; d- Usa uma política de “culpabilização da vítima”, responsabilizando o indivíduo pelo comportamento sedentário; e- Não considera os determinantes sociais do processo saúde doença; f- Inibe a participação social; g- Disfarça-se de iniciativa afinada ao Sistema Único de Saúde, h- Não apresenta uma proposta pedagógica para educação Física Escolar; e i- Realiza somente eventos pontuais (CARVALHO et al., 2001; EXNEFF., et al 2009; FRAGA et al., 2006; DARIDO et al., 2007; FERREIRA et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2009; e GÓIS JUNIOR et al., 2007).

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Documentar a implementação do Programa Agita São Paulo, possibilitou reorganizar historicamente, através da análise documental, abordar as contribuições dadas por esta intervenção que ocorreu tanto em âmbito estadual foco deste estudo, como também em âmbito nacional e internacional.

Foi possível através dos artigos, teses, manuais, materiais educativos, da equipe de coordenação juntamente com diversos outros estudos de revisão sistemáticas, transversais, de caso e inferenciais os resultados obtidos, pelo programa Agita São Paulo. Apresentados de acordo com os grupos focos da intervenção do Programa Agita São Paulo (crianças, trabalhador e idoso):

- a- O aumento do conhecimento dos benefícios da atividade física para saúde, b-aumento do nível de atividade física. Ainda o programa foi citado em diversos artigos, posicionamentos e manuais e etc, como uma estratégia exitosa e um modelo a ser seguido que pelas suas características tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, marco também evidenciado quando recebe a chancela da OMS.

Outros indicadores registrados analisados apontam o apoio dado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que de maneira visionária elabora uma proposta de não somente tratar doenças as em promover saúde utilizando a atividade física como também uma ferramenta de combate ao sedentarismo muito prevalente na população no Estado de São Paulo e o combate às doenças crônicas. Transformando está proposta em política estadual, respaldados documentos, decretos leis, parte do plano de metas e pactos da Secretaria de Estado a Saúde. Toda esta experiência foi ainda fortalecida e elaborada por um conglomerado de universidades, pesquisadores e especialistas, que trabalharam na uniformidade de estratégias utilizando experiências prévias de intervenções em atividade física no âmbito nacional e internacional.

O Processo de criação dado ao Programa Agita São Paulo, de maneira que a coordenação ficasse a cargo do Centro de Pesquisa, possibilitou um fácil transito entre especialistas da área da atividade física, muitos deles coordenadores ou gestores de programas de incentivo a pratica de atividade

física, com semelhanças ao Programa Agita São Paulo. Ainda podemos atribuir um cuidado especial a tradução do conhecimento gerado para a aplicação a população geral ou de esportistas, ou seja, um reforço a um dos valores do CELAFISCS: o compromisso com a mudança social.

Quanto à gestão do Programa Agita São Paulo, é possível destacar a inovação do gerenciamento quanto à elaboração e acompanhamento das estratégias de intervenção, que é realizada pelos comitês científico e executivo: Comitê científico nacional e internacional que durante a elaboração e após no acompanhamento das ações na Reunião Anual de Assessores Científicos do Programa Agita São Paulo, onde realizam avaliação permanente dos processos, viabilizam um processo de reflexão dos acertos e ou mudanças de rotas, ou continuidade dos modelos de intervenção. Podemos citar algumas contribuições decisivas:

- 1- Processo de municipalização do programa Agita São Paulo, quando a gestão começa a ocorrer em reunião específica, durante o colegiado mensal, com os interlocutores do DRS;

As interlocutoras do Programa desempenham funções vitais para o sucesso do programa, pois representam a ligação entre os municípios de sua área de abrangência. Essas interlocutoras trazem mensalmente um relato das ações realizadas e as demandas da sua região e levam as novidades da coordenação e a agenda de ações macro e micro destinadas as suas populações. São fundamentais também, pois colaboram com a disseminação dos conceitos e das estratégias do programa transformando um trabalho em rede. Diversos departamentos contém um colegiado regional do Programa Agita São Paulo ou utilizando de um colegiado já existente para a gestão da pauta do Programa. Trabalhando assim um elemento chave do programa que é o aspecto cultural.

Neste processo de municipalização é descrito alguns “entraves” falta de envolvimento da grande maioria de gestores e de muitos municípios com o Programa, consequência em parte, do desinteresse de alguns prefeitos, das mudanças administrativas e da falta de empenho de profissionais de saúde que não sentem que é um programa de sua competência, refletindo na falta de espaço físico e recursos para a atividade

- 2- Capacitações dos gestores municipais, quanto a conteúdo e forma, evidenciados na Criação do Curso de Multiplicadores de São Pedro, Treinamentos das interlocutoras regionais do Programa Agita São Paulo Treinamentos nos Departamentos Regionais de Saúde de São Paulo (2011- 2012);
- 3- Comitê executivo do Programa Agita São Paulo, dadas pelas parcerias institucionais as organizações parceiras englobam instituições governamentais, não-governamentais e empresas privadas e representam o fator chave para o crescimento do Programa Agita São Paulo. Outra estratégia que se mostrou extremamente efetiva, foi solicitação de assinatura de um documento muito simples, a Carta São Paulo de Promoção de Atividade Física, que transformava eventuais apoios verbais e um documento que perenizava o compromisso institucional. Participação entusiástica de seus membros e que pode ser considerado o “coração” do Agita São Paulo. As reuniões do Comitê Executivo, também conhecido como Colegiado, realizada pela coordenação e parceiros do Programa Agita São Paulo acontecem desde fevereiro de 1997, durante 2 horas, geralmente nas primeiras terças feiras do mês, entre fevereiro e dezembro. Atualmente o programa acumula 396 horas de reunião. No Comitê Executivo circula o “Agita News”, um boletim produzido mensalmente pelo CELAFISCS, que descreve as atividades desenvolvidas pelo comitê executivo.
- 4- A adoção do modelo ecológico como estratégia de intervenção, sendo que para sua gestão desenvolveu uma gestão móbil, que procura de forma dinâmica contemplar intervenções que vão se ajustando de acordo com a demanda hierárquica dos componentes do modelo.
- 5- Outro importante consenso da coordenação do Programa foi utilizar técnicas em “empoderamento”, que aproveita as propostas de programas existentes ao invés da criação de novas.
- 6- A criação de rede ainda no âmbito nacional em 1998, somado a este apoio para outros estados e países, o Ministério da Saúde pela Divisão de Doenças Crônicas Degenerativas cria o Comitê técnico científico, com apoio de diversos especialistas da área de Educação Física e Medicina Esportiva, com objetivo de elaborar uma política nacional de promoção da

Atividade Física. Reconhecendo o impacto do Programa Agita em São Paulo, o Ministério da Saúde por meio do ministro José Serra, resolveu em no ano de 2000 criar o Agita Brasil, com o apoio do Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, Dr. José da Silva Guedes e do coordenador do Programa Agita São Paulo Dr. Victor Matsudo

- 7- O documento que teve como objetivo incentivar ações nacionais, regionais ou locais para a promoção da atividade física no âmbito governamental e não governamental. Foi endossado por diversos órgãos, internacional e nacional, sendo adotado como documento oficial do Programa: Conjunto de ações para Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis – CARMEN, é necessário ressaltar a grande contribuição do Programa Agita São Paulo para o mundo com a aprovação em outubro de 1999, durante o Simpósio de Ciências do Esporte do CELAFISCS, do “Manifesto” de São Paulo para a Promoção da atividade Física nas Américas”.
- 8- No ano de 2000 é confirmando a liderança do CELAFISCS e do Programa Agita São Paulo, a coordenação da RAFA-PANA ficou sob a responsabilidade do Dr. Victor Matsudo desde então até os nossos dias. A RAFA representa a “rede de redes nacionais”, integrando membros de instituições públicas e privadas, nacionais e internacionais, para promover a saúde e a qualidade de vida através da atividade física.
- 9- Em 2004, o CELAFISCS e o Agita São Paulo lançam pela primeira vez fora dos Estados Unidos o Curso de Promoção de Atividade Física e Saúde Pública. Assim, em parceria com CDC de Atlanta e o Internacional Union for Health Promotion and Health (IUHPE), a primeira edição foi realizada em Ilhabela - SP. Logo depois outras edições foram realizadas na Colômbia, na Costa Rica, no Chile, no México, e outros países. Um dos momentos importantes dessa Rede se deu em maio de 2004, quando a OMS aprovou o documento intitulado: Estratégia Global sobre alimentação, atividade física e saúde. Este documento após ampla discussão com diversos especialistas incluindo o Dr. Victor Matsudo representando Programa Agita São Paulo / Agita Brasil sugere a ampla discussão para formulação de políticas públicas na área da alimentação

saudável e promoção da atividade física e propõe ações no âmbito local e nacional e mundial

- 10- Com o objetivo de promover atividade física como um comportamento saudável para pessoas de todas as idades, nações e características. Estimular a pesquisa, encorajar a disseminação da informação sobre os benefícios para a saúde da prática da atividade física e de estratégias efetivas para aumentar o nível de atividade física, defenderá a atividade física e saúde e dar suporte para o desenvolvimento nacional e local de programas e redes de promoção de atividade física. Na história da promoção da AF mundial, grupos de instituições Nacionais e Internacionais se reuniram no XXV Simpósio Internacional de Ciências do Esporte em São Paulo e concordaram que uma organização independente era necessária para estimular a promoção global da atividade física e coordenar o Dia “Move for Health”. Nascia então Agita Mundo Network.

O Programa incentiva uma variedade de eventos permanentemente ao longo do ano. No entanto, em duas ou três ocasiões ao ano, o Programa organiza “megaeventos”, que servem como uma vitrine de suas ações de forma mais incisiva, alcançando os meios de comunicação e as autoridades de saúde e educação, assim como milhões de participantes diretos e indiretos. Assim podemos afirmar que na recente história global da promoção de atividade física Programa Agita São Paulo tem influência sobre as criações de redes internacionais e ainda podemos citar que a política estadual de acordo com os documentos, já esteve presente 74% dos municípios do Estado de São Paulo.

9.1 SUGESTÕES

Muito se tem conseguido alcançar desde desenvolvimento do Programa Agita São Paulo, vale ressaltar que o programa chega a maioria (18 anos) com enorme desafios, possíveis elaborar inúmeras sugestões:

Ampliar a construção de material educativos para além do grupo focal utilizando o conhecimento da literatura sobre os benefícios de outras doenças crônicas como câncer, obesidade e hipertensão a exemplo do programa “Agita Positivo” elaborado junto CRT/AIDS de São Paulo. Para isso envolver demais departamentos e coordenadorias da Secretaria de Estado da Saúde com (Vigilância, Promoção e Planejamento), para auxílio das linhas de cuidado ou programas específicos para demandas da Secretaria como Linha de cuidado do Idoso;

Garantir a sustentabilidade da formação e Capacitação de Recursos humanos na promoção de atividade física, utilizando a estrutura já existente de intervenções não presenciais, tanto para gestores da atenção básica, promoção e prevenção de doenças etc.

Contar com o apoio do departamento de coordenação dos DRS e dos diretores dos DRS que facilitem e viabilizem a continuidade do envolvimento das interlocutoras;

Participar de maneira presencial (pontualmente) / não presencial das reuniões de Colegiados Regionais realizadas pelas interlocutoras para apoio nas sensibilizações e importância das ações desenvolvidas; utilizar as experiências bem sucedidas dos municípios de uma determinada região para auxílio na sensibilização da elaboração e gestão de outros parceiros da mesma região.

Ampliar as capacitações dos gestores diferenciando os níveis de experiência, elaborar uma diferenciação básica ou intermediária para reflexão e organização de estratégias para diferentes necessidades encontradas, envolver as interlocutoras nas resoluções de dificuldades de gestão dos programas;

Criar parcerias com outras instituições públicas, privadas e ou ONGs que contemple demais temas ligados a Promoção da Saúde como Alimentação

Saudável, Combate Tabagismo, Abuso de Álcool de Drogas para que possa utilizar a rede seus canais de comunicação e fortalecer outros programas.

Programar e elaborar outros modelos de avaliações gerenciais, que possibilitem verificar outras facilidades e ou dificuldades, orientar ou redirecionar outras estratégias, envolver demais membros na Assessoria Nacional, como profissionais da própria Secretaria de Estado da Saúde para auxílio e empoderamento do Programa Agita São Paulo. Recursos para além dos levantamentos do NAF, e conhecimento da população.

Utilizar as mídias ou redes sociais como um canal possível, de sensibilização e promoção da atividade física.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACTIVE FOR LIFE. **Evaluating the Active for Life Campaign**, England, 1999.
2. ANDRADE DR, CESCHINI FL, ARAUJO J, **Physical activity (PA) level of adolescents from schools with and without and intervention of a PA promotion program**. In: International Congress on Physical Activity and Public Health, p. 143, 2006..
3. ANDRADE DR, CESCHINI FL, ARAÚJO JÚNIOR JF e MATSUDO VKR. **Physical activity level in adolescents from schools with and without Agita Galera Program Intervention**. In: International Congress on Physical Activity and Public Health; 2006 April 17 – 20; Atlanta, Georgia:
4. Centers for Disease Control and Prevention, **Association of State & Territorial Chronic Disease Program Directors**. p.137, 2006.
5. ANDRADE DR. **Processo de Municipalização do Programa Agita São Paulo**, Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública., TESE. 2010.
6. ARAÚJO T, BERTOTO B, MATSUDO S, **Influence of fixing a poster in increasing stair climbing use in work site**. Med Sci Sports Exerc;p34-37, 2002.
7. Banco Mundial. **Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Unidade de Gerenciamento do Brasil Unidade de Gestão do Setor de Desenvolvimento Humano Região da América Latina e do Caribe Relatório** n. 32576-BR. Brasília; 2005.
8. BAUMAN AE, REIS RS, SALLIS JF, WELLS JC, LOOS RJ, MARTIN BW, **Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?** Lancet;380(9838):258-71, 2006.
9. BRACCO MM, COLUGNATI FAB, PRATT M, TADDEI JAAC. **Modelo hierárquico multivariado da inatividade física em crianças de escolas públicas. Multivariate hierarchical model for physical inactivity among public school children**. J Pediatr (Rio de J). 2006;82(4):302-7.

10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, BRASIL. 2011. Acessado em abril 2013
<http://www.infraestruturaurbana.com.br/solucoestecnicas/11/artigo245145-1.asp>).
11. BULL FC; BELLEW B; SCHOPPE S; BAUMAN AE. **Developments in National Physical Activity Policy: an international review and recommendations towards better practice.** J Sci Med Sport; vol. 7 n.1: 93- 104, 2004.
12. CARVALHO, Y.M. **Atividade física e saúde: onde está e quem é o sujeito da relação?** Rev. Bras. Cienc. Esporte, v. 22, n. 2, p. 9-21, jan. 2001.
13. CASPERSEN CJ, POWELL KE, CHRISTENSON GM. **Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research.** Public health reports.vol;100 n.2 p.126-31.1985
14. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, **Campaign Case Study, Nation Social Marketing Centre** (<http://www.cdc.gov/youthcampaign/>), acessado abril, 2013.
15. CHEN H, ZHANG SM, SCHWARZSCHILD MA, HERNÁN MA, ASCHERIO A. **Physical activity and the risk of Parkinson disease.** *Neurology.* Vol 64, n 4, p:664-669 2005.
16. Christine M. Hoehner, PhD, MSPH, Jesus Soares, ScD, Diana Parra Perez, CPT, Isabela C. Ribeiro, PhD, MSc, Corinne E. Joshua, MA, MPH, Michael Pratt, MD, MPH, Branka D. Legetic, MD, PhD, MPH, Deborah Carvalho Malta, MD, PhD, Victor R. Matsudo, MD, PhD, Luiz Roberto Ramos, MD, PhD, Eduardo J. Simões, MD, MSc, MPH, Ross C. Brownson, PhD **Intervenções em Atividade Física na América Latina Uma revisão sistemática.** American Journal of Preventive Medicine vol. 34, n.3, p:224–33 2008.
17. da SILVA RC, MALINA RM. **Nível de atividade física em adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.** Cad Saude Publica. Vol. 16, n 4, p:1091-7, 2000.
18. DARIDO, SC; RODRIGUES, ACB E SANCHES NETO, L. **Saúde,**

- educação física escolar e a produção de conhecimentos no Brasil.**
In: XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e II Congresso Internacional de Ciências do Esporte, 16 a 21 de setembro, Pernambuco, 2007.
19. de REZENDE LF, RABACOW FM, VISCONDI J YK, LUIZ OC, MATSUDO VK, LEE IM. **Effect of Physical Inactivity on Major Non-Communicable Diseases and Life Expectancy in Brazil.** J Phys Act Health. Vol 4 n.17, 2014 .
20. DUARTE, C.R **Avaliação da velocidade** in Teste Matsudo V.K.R (ed) Teste de Ciências do Esporte. CELAFISCS, SP, 1982.
21. EXNEEF - EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Nota Pública sobre o Agita Galera.** Disponível em: <<http://listas.cev.org.br/pipermail/cevsaudc/2006-August/000460.html>> Acesso em 10 de outubro de 2009.
22. FERRARI TK, FERRARI GL, DA SILVA JR JP, DA SILVA LJ, OLIVEIRA LC, MATSUDO VK. **Modifications of adiposity in school-age children according to nutritional status: a 20-year analysis.** J Pediatr (Rio J). vol. 88n.3, p:239-45 2012.
23. FERREIRA M.S. **Agite Antes de Usar... A Promoção da Saúde em Programas Brasileiros de Promoção da Atividade Física: o caso do Agita São Paulo,** 2008 Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, abril de 2008.
24. FRAGA, A.B. **Exercício da Informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa.** Campinas: Autores Associados; 2006.
25. FULTON JE, MASSE LC, HEESCH KC, **Comparison of energy expenditure in intermittent and continuous physical activity.** Med Sci Sports Exerc.vol.29n. 5, p:155, 1997.
26. Fioravanti C.H **Promotion physical Activity in America,** The Lancet Vol 380 n. 21, julho, 2012.

27. GOMES VB, SIQUEIRA KS, SICHIERI R. **Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro.** Cad Saude Publica. Vol 17n.4,p.:969-76, 2001.
28. GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E PROGRAMA AGITA SÃO PAULO. **Manifesto de São Paulo para a promoção da atividade física nas Américas.** São Paulo; 2000.
29. HALLAL PC, WELLS JC, REICHERT FF, ANSEMI L, VICTORA CG. **Early determinants of physical activity in adolescence: prospective birth cohort study.** BMJ. Vol 332, n.7548, p.1002-7, 2006.
30. HOEHNER CM, RIBEIRO IC, PARRA DC, REIS RS, AZEVEDO MR, HINO AA. **Physical activity interventions in Latin America: expanding and classifying the evidence.** American Journal of Preventive Medicine; vol. 44, n.3, p:31-40, 2008.
31. INSTITUTO DISTRITA DE RECREACIÓN Y DESPORTE (IDRD-1998) , www.idrd.gov.co Acessado em abril de 2013.
32. KATZMARZYK PT, JANSSEN I. **The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update.** Can J Appl Physiol. Vol 29, n.1, p:90-115, 2004.
33. KELDER, S., D. M. HOELSCHER, **The CATCH Kids Club: a pilot after-school study for improving elementary students' nutrition and physical activity.** Public Health Nutr vol. 8, n.2, p 133-140, 2005.
34. KOHL HB. **Current recommendations of physical activity for health benefits.** In: I Curso Internacional de Atividade Física e Saúde Pública; jul 5-11; Ilhabela, São Paulo, Brasil; 2004.
35. LAWRENCE O. **Gostin Healthy living needs global governance** Nature, vol 5, n11, p. 147-149, 2014.
36. LUEPKER, L., C. BENGTSSON, **Physical activity levels and changes in relation to longevity. A prospective study of Swedish women;** Am J Epidemiol vol 1: p. 54-62; 1996.

37. MATSUDO, S.M., ANDRADE, E.L e MATSUDO, V.K.R. **Performance neuromotora em mulheres ativas. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.** Vol. 1, n.2, p: 5-14,1995.
38. MATSUDO S, MATSUDO V, ANDRADE D, **Physical Activity Promotion: Experiences and Evaluation of the Agita São Paulo Program Using the Ecological Mobile Model.** Journal of Physical Activity and Health. Vol.1, p: 81-97, 2004.
39. MATSUDO, V.K.R. Livre Docência: **Critérios Biológicos, Prescrição e Prognóstico de Aptidão Física em escolares de 7 a 18 de Idade,** Universidade Gama Filho, 1992.
40. MATSUDO, V.K.R., SESSA, M. TARAPANOFF, S M.P.A **Comparação de valores de aptidão física de escolares de áreas industriais e litorâneas em desenvolvimento,** Rev. Brás. Ciências do Esporte vol 1 n.31, p.:30-34, 1977.
41. MATSUDO, V.K.R **Bateria de Testes de aptidão Física geral** Rev. Brás. Ciências do Esporte vol 2 n.1, p:36-40, 77, 1985.
42. MATSUDO S, MATSUDO V, ARAÚJO T, ANDRADE D, OLIVEIRA L, SANTOS M, SILVA L, **Do Diagnóstico a ação: A Experiência do programa Agita São Paulo na promoção de estilo de vida ativo.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. Vol.13, n.3, p78-184, 2008.
43. MATSUDO SMM, MATSUDO VKR, ANDRADE DR, ARAÚJO TL, ANDRADE E, OLIVEIRA LC, **Physical activity promotion: experiences and evaluation of the Agita São Paulo program using the ecological mobile model.** J Phys Act Health. Vol.1, n.1, p: 81-97, 2004.
44. MATSUDO V, GUEDES J, MATSUDO S, ANDRADE D, ARAUJO T, OLIVEIRA L, **Políticas de intervenção: a experiência do Agita São Paulo na utilização da gestão móvel do modelo ecológico na promoção da atividade física .** Rev. Brás Cien e Mov vol. 13n.3, p:99-108, 2005.
45. MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R. e BARROS NETO, T.L. **Impacto do**

- envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física.** Rev. Bras. Ciên e Mov., Brasília, vol.8 n.4, p: 21 – 32, 2000.
46. MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R. e BARROS NETO, T.L. **Atividade física envelhecimento: aspectos epidemiológicos.** Rev. Bras. Med. Esporte, vol. 7, n1, p: 2 – 13, 2001.
47. MATSUDO V, GUEDES J, MATSUDO S, ANDRADE D, **Policy interventions: the experience of Agita São Paulo in using “mobile management” of the ecological model to promote physical activity.** In: Oja P, Borms J, editores. Health Enhancing Physical Activity. Berlin: International Council of Sport Science and Physical Education;. p. 427-40, 2004.
48. MATSUDO VK, **Testes em Ciência do Esporte** ed.1982.
49. MATSUDO VKR, RIVET RE, PEREIRA MHN. **Standard score assessment on physique and performance of Brazilian athletes in a six tried competitive sports model.** J Sports Sci. vol. 5 .n.4 49-53,1987.
50. MATSUDO V, ANDRADE D, MATSUDO S, **Impact of a community-school intervention program on physical activity behavior of male and female adolescents.** Med Sci Sports Exerc; vol. 31, n5, p :272, 1999.
51. MERRIAN, S **Qualitative Reserch, Revised and Expanded from Qualitative Research and Case study Applications in Education,** 2009.
52. MCDERMOTT, R. J., J. L. DAVIS, **Increasing physical activity in children 8 to 12 years old: experiences with VERB Summer Scorecard.** *Percept Mot Skills.* Vol 111, n.1, p: 240-248, 2010.
53. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de promoção da saúde.** Brasília; 2006.
54. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013) http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
55. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de promoção da atividade física “Agita Brasil”: Atividade Física e sua contribuição**

- para a qualidade de vida.** Rev. Saúde Pública, vol. 36, n2, p:254-256, 2002;.
56. MOVE BRASIL (<http://www.movebrasil.org.br/>) 2012. Acessado em abril 2013.
57. NAHAS MV, SIQUEIRA FV, FACCHINI LA, SILVEIRA DS, PICCINI RX, TOMASI E, **Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação a saúde.** Cadernos de saúde pública; vol. 25, n.1, p:203-13.2010.
58. OLDRIDGE, N. B. **"Economic burden of physical inactivity: healthcare costs associated with cardiovascular disease."** Eur J Cardiovasc Prev Rehabil vol. 15, n.2, p: 130-139, 2008.
59. OLIVEIRA LC, CESCHINI FL, ANDRADE DR, ARAUJO JUNIOR JF, MATSUDO VK. **Prevalence of physical inactivity and associated factors among high school students from state's public schools.** Jornal de pediatria; vol 85, n.4, p:301-6, 2009.
60. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Agita São Paulo-- una coalición multisectorial en salud.** [Pan American Health Organization. Agita São Paulo-A Multisectorial Coalition in Health]. Washington: Pan American Health Organization; 2003.
61. PARDINI, R.; MATSUDO, S. M. M.; ARAÚJO, T. L.; MATSUDO, V. K. R.; ANDRADE, E.; BRAGGION, G.; ANDRADE, D.; OLIVEIRA, L.; FIGUEIRA JR, A.; RASO, V. **A mensuração do nível de atividade física em grandes grupos populacionais requer instrumentos de fácil aplicação, boa precisão e de baixo custo. Este estudo faz parte de um grande esforço internacional para validar o questionário internacional de atividade física (IPAQ) proposto pela Organização Mundial da Saúde (1998).**
62. PARTICIPATION – RESEARCH. <http://www.participaction.com/splash/> acessado em abril, 2013.
63. PATE, R.R. **Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the**

- American College of Sports Medicine.** Journal of American Medical Association, vol.273, n.5, p: 402-407, 1995.
64. PRATT. M . **Premature mortality from heart diseases in Brazil. A comparison with other countries.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Vol. 70 n.5, p: 321-325, 2000.
65. REGO R, BERARDO F, RODRIGUES R, OLIVEIRA A, OLIVEIRA B, VASCONCELLOS C, AVENTURATO O, MONCAU C, RAMOS L. **Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: Inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP** (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. Rev. Saúde Pública vol. 24, p: 277-285, 1990.
66. REZENDE, L. **SOE-Vitória, ES: Sete anos de sucesso com uma ideia simples, eficaz e de baixo custo.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte. Vol.3 n.3, 1997.
67. ROBERTSON R, JEPSON R, SHEPHERD A, MCINNES R. **Recommendations by Queensland GPs to be more physically active: which patients were recommended which activities and what action they took. Australian and New Zealand.** Journal of public health; vol 35, n.6, p:537-42 2002.
68. ROMEIRO. C, AZEREDO CM, CANELLA DS, CLARO RM, DE CASTRO IR, LEVY RB, LUIZ Odo C. **Sociodemographic and behavioral factors associated with physical activity in Brazilian adolescents.** BMC Public Health. Vol. 21, n.14 p:485.489, 2014.
69. SALLIS JF, OWEN N. **Ecological models.** In: **Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editores. Health behavior and health education: theory, research and practice.** 2ª ed. San Francisco: Jossey-Bass; p. 403-24. 1997.
70. SALLIS, J., MCKENZIE T. **Physical Education's Role in Public Health** Research Quarterly for Exercise and Sport. Vol. 62, n. 2, p: 124-137 -1991.
71. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Plano estadual de saúde. Quadriênio 2008 – 2011.** São Paulo; 2008.
72. SECRETARIA DO ESTADO DE EDUCAÇÃO, **PROGRAMA ALIMENTAÇÃO SAUĐAVEL,** 2013. www.educacao.sp.gov.br. Acessado

abril, 2013

73. SESSA M., DUARTE C e ALMEIDA A, **Teste de impulsão vertical, horizontal e de velocidade**. Rev Bras. Medicina do Esporte vol. 3, n.4, p: 163-167, 1978.
74. SUSAN GAIL ZIEFF, CLAUDIA MARIA GUEDES, e JAMES WILEY **Youth Knowledge of Physical Activity Health Benefits: A Brazilian Case Study** The Scientific World JOURNAL. Vol. 6, p: 1713–1721, 2006.
75. SUI X, LAMONTE MJ, LADITKA JN, **Cardiorespiratory fitness and adiposity as mortality predictors in older adults**. JAMA. Vol. 298, n.21, p :2507- 16, 2007.
76. TALES AMORIM C, AZEVEDO MR, HALLAL PC. **Physical activity levels according to physical and social environmental factors in a sample of adults living in South Brazil**. Journal of physical activity & health. Vol 7, n.2, p:204-12, 2001.
77. THE ASSOCIATION FOR INTERNATIONAL SPORT FOR ALL (TAFISA).1980 <http://ww2.sescsp.org.br/diadodesafio/sobre/apresentacao>, acessado em fevereiro, 2015.
78. VICTORIA, C G, KANUATH, D R E NAZARETH, M. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: Uma introdução ao tema**. – Porto Alegre: Tomo Editorial, p: 72. 2000
79. WEILER, R. e STAMATAKIS "Physical activity in the UK: a unique crossroad?" Br J Sports Med vol. 44, n.13, p: 912-914,2010.
80. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on diet, physical activity and health. FIFTY-SEVENTH**. World Health Assembly. WHA57.17. Cidade; May 2004.
81. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION **Review of Best Practice in Interventions to Promote Physical Activity in Developing Countries**, 2005