

Rastreamento do Sedentarismo em Adultos e Intervenções na Promoção da Atividade Física na Atenção Primária à Saúde

*Autoria: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Sociedade Brasileira de Clínica Médica
Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte
Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação*

Elaboração Final 7 de agosto de 2009

Participantes: Pinto MEB, Daudt C, Stein AT, Castro Filho ED, Lopes AC, Nahas RM, Pereira CF

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Foram realizadas duas estratégias de busca que abordaram o rastreamento do sedentarismo e as intervenções para diminuir o sedentarismo que poderiam ser utilizadas na atenção primária à saúde. A primeira estratégia de busca realizada no PubMed, SUMSEARCH em 13 de julho de 2006, para intervenções para a promoção da prática da atividade física regular em adultos saudáveis e sedentários foi (*sedentary*[All Fields] OR *sedentarism*[All Fields]) AND (*intervention*[All Fields] OR *advice*[All Fields] OR *counseling*[MeSH]) AND (“*motor activity*”[MeSH] OR “*physical activity*”[MeSH] OR “*physical fitness*”[MeSH] OR *exercise*[MeSH]) AND (“*health promotion*”[MeSH] OR “*primary health care*”[MeSH] OR “*primary prevention*”[MeSH] OR “*health education*”[MeSH]). Essa busca resultou em 128 artigos; foram então acrescentados os *limits*: *All Adult: 19+ years, Humans e Field: Title/Abstract* e as línguas inglesa, italiana, espanhola e portuguesa, resultando em 40 artigos. A seguir, pelos *abstracts*, foram selecionados 29 trabalhos relevantes quanto à questão clínica. A estratégia de busca feita na Cochrane resultou em 6 revisões sistemáticas relacionadas às intervenções para a promoção da prática de atividade física. As palavras utilizadas foram: *exercise, primary care, health promotion e counseling*. A segunda estratégia de busca realizada no PubMed, SUMSEARCH em 20 de novembro de 2006, foi para o rastreamento de sedentarismo em adultos saudáveis na atenção primária à saúde, utilizando as seguintes palavras: “*Exercise*”[MeSH] AND (*questionnaire* OR *assessment tool* OR *questions*) AND (*sedentary* OR *sedentarism*) NOT (*osteoporosis* OR *cancer* OR *diabetes* OR *hypertension* OR *low back pain* OR *obesity* OR *depression*), resultando em 191 artigos. Foram então acrescentados os *limits*: *All Adult: 19+ years, Humans e Field: Title/Abstract* e as línguas inglesa, italiana, espanhola e portuguesa, resultando em 94 artigos, destes foram selecionados 26 que eram relevantes ao assunto em questão pelo título e pelo *abstract*. Na Cochrane, essa mesma busca não resultou em nenhum artigo (*sedentarism, exercise, assessment tool*). Critérios de inclusão e exclusão: foram incluídos os artigos metodologicamente adequados, estudos com seguimento de pelo menos seis semanas de acompanhamento, com delineamento de ensaios clínicos randomizados, nas línguas: inglesa, portuguesa, espanhola ou italiana. Alguns artigos citados como referência dos artigos originais foram incluídos pela relevância do tema para essa diretriz. Foram excluídos todos os estudos que abordassem populações com doenças específicas, como portadores de diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, obesidade, osteoporose, etc.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVOS:

O objetivo desta diretriz clínica é orientar os médicos de família e comunidade a rastrear o sedentarismo em adultos, identificar as barreiras para a prática de atividade física e identificar as melhores intervenções para a modificação do hábito dos pacientes em exercitar-se. As perguntas a serem respondidas são: Como rastrear o sedentarismo em adultos na atenção primária? Quais as barreiras para a prática de atividade física regular? Qual a melhor intervenção em relação ao sedentarismo para orientar os pacientes adultos saudáveis?

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

INTRODUÇÃO

No Brasil, aproximadamente 70% dos adultos são sedentários¹(D); na cidade de Porto Alegre, 56% das mulheres e 37% dos homens²(C) têm esse perfil. Indivíduos fisicamente ativos tem morbidade e mortalidade menor por diversas doenças crônico-degenerativas (câncer, diabetes tipo 2, hipertensão, doenças cardiovasculares) do que indivíduos sedentários. Isto também ocorre quando comparados indivíduos com sobrepeso ou obesidade ativos com indivíduos sedentários com peso normal, sendo a atividade física tão importante quanto a obesidade e o sobrepeso como preditores de mortalidade, pelo menos entre os homens³(B). Os benefícios da atividade física, principalmente aqueles de intensidade moderada (Quadro 1), são observados em diversos estudos populacionais.

A prática de atividade física tem sido considerada um dos componentes mais importantes na modificação do risco em indivíduos acometidos por comorbidades decorrentes ou associadas à inatividade. Essa é uma estratégia importante, tanto na prevenção como no tratamento das doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral, alguns tipos de câncer, osteoporose, depressão e desequilíbrio no perfil lipídico⁴(D).

Nos Estados Unidos, sedentarismo e dietas com baixo valor nutricional são responsáveis por 16% das causas de morte⁵(B) e, são causa global de, aproximadamente, 22% das doenças isquêmicas⁶(D). Custam quase 24,4 bilhões de dólares por ano ao sistema de saúde norte-americano⁷(B).

No Brasil, o risco adicional de doenças crônicas, desabilidades e aumento da utilização dos serviços de saúde para população brasileira, que envelhece progressivamente, se consolidam ainda mais pela falta de programas específicos de promoção da saúde e prevenção de doenças. Concomitantemente, o risco para essa população envelhecida pode ser observado também na dificuldade de implementar intervenções efetivas no estilo de vida desses indivíduos, tais como a prática de atividade física regular e alimentação saudável⁸(D). Apesar de todos os benefícios observados

a partir desses hábitos, esse segmento populacional é relatado na literatura como o mais sedentário⁹(D).

A recomendação do Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM) para este tema, com objetivo de diminuir os percentuais de incidência de morbidade e de mortalidade, é de que indivíduos adultos devam praticar pelo menos 30 minutos de atividade física de moderada intensidade, cinco vezes ou mais por semana¹⁰(D), sendo a mesma recomendação feita pelo departamento de saúde do Reino Unido¹¹(D). Estudos mostram que apenas 21% a 34% dos adultos norte-americanos alcançam os níveis de caminhada recomendados em saúde pública^{12,13}(B). Apenas 50% dos adultos sem doença cardíaca que iniciam um programa de atividade física se mantêm ativos depois de três meses¹⁴(D).

Os indivíduos relatam que a impossibilidade de praticar exercícios intensos é, principalmente, devido ao medo de lesões, reduzida autoconfiança, falta de energia, falta de tempo e custo elevado¹⁵(B). Outras barreiras perceptíveis que servem de impedimento para fazer parte de programas de caminhada ou simplesmente para incluí-la como parte de suas atividades diárias são: aparência (desconforto pelo aumento da sudorese, falta de roupas apropriadas ou o desgaste das roupas do dia-a-dia), calçado desconfortável e falta de um local adequado perto de sua residência (ausência de calçadas, tempo gasto no deslocamento até o local da atividade, volumes que carregam, falta de local seguro para a prática de exercícios e esportes). Embora esses relatos sejam relevantes, a caminhada, como principal atividade física a ser prescrita, é uma alternativa segura sustentada por vários fatores: socioeconômicos (pelo seu

baixo custo, podendo ser realizada em locais públicos, ao ar livre ou dentro de casa), culturais e psicológicos (pela formação de grupos, estimulando o convívio social, elevação da autoconfiança e diminuição do medo de lesões). Dessa forma, a caminhada pode ser praticada de forma regular e inserida no dia-a-dia, como parte das tarefas essenciais do indivíduo¹⁶(B).

O Modelo Transteórico de Mudança é descrito com um modelo integrado e compreensivo das mudanças de comportamento baseado nas teorias da psicoterapia¹⁷(B). Existem cinco “estágios de mudança” de adoção e manutenção da atividade física: pré-contemplação (sedentário, sem intenção de mudar); contemplação (sedentário, seis meses de intenção); pré-participação (atividade irregular e intenção); ação (atividade regular por pelo menos seis meses); manutenção (ativo regularmente por mais de seis meses)¹⁸(D).

RASTREAMENTO DO SEDENTARISMO EM ADULTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Não existe evidência conclusiva quanto à forma de mensurar atividade física na atenção primária à saúde, como existe para outras situações como alcoolismo e tabagismo¹⁹(D). Existem alguns instrumentos utilizados para investigar a frequência de atividade física²⁰⁻²³(B). O Questionário Internacional de Atividade Física (*International Physical Activity Questionnaire* – IPAQ) foi desenvolvido por um grupo de vários países, incluindo o Brasil, para ser um questionário padrão para avaliar o nível de atividade física das populações e produzir informações comparáveis no mundo inteiro. Foram propostas duas versões para o IPAQ, uma curta, com nove questões, e outra longa, com 31²⁴(B), que apresentam resultados

Quadro 1

Classificação da intensidade do exercício tendo como base 20 a 60 minutos de exercícios aeróbios (caminhada, corrida, natação)

Intensidade	METs*	Frequência cardíaca máxima (% da FCmáx)**	Consumo máximo de VO_2 (% de $VO_{2máx}$ ***)	Escala de Borg****	Exemplos
Muito baixa	< 3	< 35	< 30	< 10	
Baixa	3-6	35 - 59	30 - 49	11 - 12	Caminhar lentamente (1,6 a 3,2 km/h)
Moderada	> 6	60 - 79	50 - 74	13 - 14	Caminhar rapidamente (4,8 a 6,4 km/h)
Alta		80 - 89	75 - 84	14 - 16	Caminhar rapidamente com carga em plano
Muito alta		> 90	> 85	> 16	inclinado; correr

* METs – taxa de equivalente metabólico: 1MET equivale a 3,5 mL de O_2 /kg.min.⁻¹; ** FCmáx ou FC alvo pode ser obtida pela fórmula: $220 - idade \times \% \text{ intensidade}$; *** Importante considerar para uma FC máx. um percentual de intensidade máximo; -**** Escala de percepção subjetiva de esforço.

semelhantes em algumas avaliações^{24,25}(B) e distintos em outras²⁶(B). Ele foi validado para diferentes línguas, inclusive para o português por Hallal et al.²⁶(B)²⁷(D), sendo utilizado como instrumento de avaliação da atividade em vários estudos epidemiológicos^{22,28}(B).

Uma avaliação sobre o nível de atividade física foi testada através de duas perguntas na prática de médicos de família e demonstrou ser factível para utilização em atenção primária, com validade e confiabilidade moderada²⁹(B). Ao comparar as duas perguntas com três perguntas (Quadro 2) o resultado foi semelhante³⁰(B). Esses estudos validaram as respostas às perguntas sobre atividade física, por meio de resultados medidos por um acelerômetro

(instrumento que mede os movimentos do indivíduo calculando a atividade física desempenhada). O tempo de consulta dispendido nessa avaliação foi de 1 a 2 minutos.

A utilização de apenas uma pergunta sobre atividade física (“No último mês, além do seu trabalho regular, você realizou qualquer atividade física ou exercício, como correr, exercícios de resistência, jardinagem ou caminhar como exercício?”) não distingue indivíduos sedentários daqueles que são ativos realizando atividades de trabalho, deslocamento ou em casa³¹(B). Utilizar uma pergunta que quantifique as atividades de lazer que provocam suor para determiná-las como parâmetro de atividade física realizada não demonstra boa correlação com a

Quadro 2

Recomendações e evidências no rastreamento de atividade física em adultos

Rastreamento	Grau de recomendação
A avaliação sobre atividade física realizada não deve abordar apenas as horas de lazer, devendo ser indagado também sobre as atividades executadas durante o trabalho profissional e em casa. Não deve ser perguntado apenas sobre a atividade física realizada nas horas de lazer	31 (B)
Utilizar a versão de curta do IPAQ (9 questões): para avaliar atividade física realizada no lazer, em trabalho em casa, no trabalho e durante deslocamentos	22,28 (B)
Realizar duas perguntas e utilizar o escore para classificar o nível de atividade física: A) Quantas vezes na semana você, normalmente, realiza 20 minutos de atividade física vigorosa que faça você suar ou ofegar (por exemplo, correr, carregar volumes pesados, cavar, aeróbica, andar de bicicleta rapidamente): a) 3 vezes/semana (4); b) 1-2 vezes/semanas (2); c) nenhuma (0); B) Quantas vezes por semana você normalmente realiza atividade física moderada por 30 minutos ou caminhada que aumente a frequência cardíaca ou a respiração (cortar a grama, carregar volumes leves, ciclismo em ritmo regular, tênis de duplas): a) 5 ou mais vezes/semana (4); b) 3-4 vezes/semana (2); c) 1-2 vezes/semana (1); d) nenhuma (0) ESCORE: ≥ 4 atividade suficiente < 4 atividade insuficiente	29,30 (B)
Utilizar três perguntas para avaliar a atividade física de adultos: 1) Quantas vezes por semana você normalmente faz 20 minutos de atividade física vigorosa que faça você suar ou ofegar (por exemplo, correr, carregar volumes pesados, cavar, aeróbica, andar de bicicleta rapidamente): a) 3 vezes/semana; b) 1-2 vezes/semanas; c) nenhuma 2) Quantas vezes por semana você normalmente caminha 30 minutos ou mais? (caminhar de um lugar para outro por exercício, lazer ou recreação): a) 5 ou mais vezes/semana; b) 3-4 vezes/semana; c) 1-2 vezes/semana; d) nenhuma 3) Quantas vezes por semana você normalmente realiza atividade física moderada que aumente a sua frequência cardíaca ou respiratória? (por exemplo, carregar volumes leves, andar de bicicleta): a) 5 ou mais vezes/semana; b) 3-4 vezes/semana; c) 1-2 vezes/semana; d) nenhuma	30 (B)

utilização de uma pergunta direta sobre as atividades físicas desempenhadas pelo indivíduo²⁰(B).

PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA EM ADULTOS

O aconselhamento associado à prescrição individualizada de caminhadas utilizando a frequência cardíaca (intensidades moderada e alta) está diretamente relacionado à melhora da capacidade cardiopulmonar dos adultos saudáveis a médio e longo prazo (24 meses)³²(A).

Auxiliar os pacientes a mudar seu estilo de vida, incluindo nos seus hábitos diários a prática da atividade física, é uma tarefa difícil para os profissionais da área da saúde. Os médicos, tanto pelo seu papel na promoção de saúde e prevenção de doenças, quanto pela característica de atendimento longitudinal e continuado, tem a oportunidade de mudar o contexto funcional e fisiopatológico de indivíduos sedentários, assumindo a importante tarefa de otimizar o manejo deste fator de risco para a maioria das doenças crônico-degenerativas³³(A).

Os médicos devem estar comprometidos com a ideia de promover a saúde por meio da atividade física. A literatura mostra que os médicos que realizaram treinamento específico de aconselhamento sobre atividade física (*Activity Counseling Trial*) (Quadro 3) executaram esta atividade em 99% dos seus pacientes, adultos e idosos, utilizando 3 a 6 minutos do tempo destinado às consultas que não eram de problemas agudos^{34,35}(B), mostrando que esse tipo de abordagem é acessível e aceitável. A possibilidade de

encaminhamento dos indivíduos a um centro de recreação e lazer ou a um órgão específico para maiores esclarecimentos sobre o assunto auxilia a manter atividade num curto prazo de tempo (menos de seis meses)³⁶(A). Embora as informações sejam satisfatórias para o esclarecimento de dúvidas dos pacientes, isso não influencia a adesão à prática de atividade física em 12 meses³⁶(A).

Uma revisão sistemática de estudos realizados em países como Estados Unidos e Austrália, onde a atenção primária é realizada por pediatras, clínicos gerais e também por médicos de família, aponta que apenas o aconselhamento do médico quanto à prática da atividade física não é um meio efetivo para produzir um aumento relevante na quantidade de atividade física realizada pelos seus pacientes³⁷(B). Entretanto, existem algumas evidências sobre a eficácia a curto e médio prazo (até seis meses) na mudança para prática de atividade física^{38,39}(A)⁴⁰(B) do aconselhamento de 2 a 3 minutos nas consultas abordando os benefícios de exercitar-se, incentivando a prática de exercício moderado e orientando os pacientes sobre lesões possíveis ou existentes.

A utilização de uma intervenção simples por escrito via correio, baseada em uma mensagem de vida ativa, é um método efetivo para auxiliar jovens sedentários a modificar o “estágio de mudança” de hábito em relação atividade física, quando acompanhados por sete meses⁴¹(B). A busca de dispositivos que possam auxiliar o indivíduo a monitorar a sua capacidade de melhora pode servir de estímulo para manutenção de hábitos mais saudáveis, como a própria caminhada. Dentre estes, o pedômetro (equipamento que conta o número de passos dado pelo indivíduo) é um dispositivo portátil

de fácil utilização e baixo custo³³(A). Para aqueles que podem adquiri-lo, pode servir de estímulo para aumentar a adesão à caminhada (em todos os momentos do dia), pois quantifica a distância que este indivíduo foi capaz de percorrer, servindo como adjuvante às orientações do médico. Além disso, podem ser acrescentadas outras estratégias que estimulem ainda mais o indivíduo, como a distribuição de folhetos (exemplo no Anexo 1) sobre os cuidados e os benefícios da prática de atividade física³³(A).

Em alguns países, o reforço telefônico (IMPACT), esclarecendo dúvidas, sugerindo maneiras de vencer as barreiras que impedem a manutenção do nível de atividade física, é uma estratégia adjuvante a palestras e folhetos informativos para mulheres de baixa renda⁴²(A). O aconselhamento baseado no Modelo Transteórico de Mudança¹⁷(B) realizado por conversa, via telefone, com uma central de computador programada, aumenta o número de passos realizados diariamente em adultos acompanhados por três meses⁴³(A), sendo um sistema de baixo custo. Não existem estudos sobre reforço telefônico no contexto brasileiro.

A utilização de prescrição de programas de exercícios específicos para cada paciente como STEP⁴⁴(A), “*Green Prescription*”³⁹(A)⁴⁵(B), IMPACT⁴²(A)³⁴(B), a serem realizados em horários de lazer, apresenta benefícios para a saúde, no seguimento de seis meses a um ano, assim como, pode aumentar a adesão à prática continuada de exercício físico⁴⁴(A). O aconselhamento verbal mais escrito (*Green prescripton*) apresenta melhor desempenho no aumento da prática de atividade física em comparação com aconselhamento somente verbal³⁹(A).

PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS

Indivíduos idosos são menos ativos e se beneficiam mais com as intervenções relacionadas à maior mobilidade por meio da prática de atividades físicas regulares. Isso é verdadeiro, considerando o seu maior risco cardiovascular, perdas funcionais e problemas de saúde mental (queda na autoestima, perda de memória), consequências diretas da falta de estímulo e inatividade. A inserção de “*Green Prescription*” (orientação e prescrição de exercício de acordo com a faixa etária, condições de saúde, capacidade e atividades diárias), além de reforço por telefone e material escrito a cada mês, provou ser bastante eficaz em promover uma mudança nos hábitos de exercício de indivíduos com mais de 65 anos, aumentando a adesão à prática a atividade física e o gasto energético, melhorando a qualidade de vida e diminuindo o número de hospitalizações⁴⁵(B).

A utilização de mecanismos que melhorem as capacidades do indivíduo e estimulem sua autossuficiência, somada à percepção de que o exercício físico contribui para tornar isso possível, traz um sentimento de bem-estar e autoconfiança, que gera, por parte deste indivíduo, adesão e comprometimento com as estratégias traçadas⁴⁶(B)⁹(D).

A indicação de um programa de esporte recreativo (com variação da atividade realizada em cada sessão) para indivíduos entre 55 e 65 anos, sugerindo atividades mais aeróbicas, estimula a prática de atividade física também como lazer, melhorando a capacidade aeróbica e a saúde geral do indivíduo⁴⁷(B).

Os programas de atividade física realizados em casa parecem ter aderência superiores aos

Quadro 3

Recomendações e evidências na intervenção de adultos sedentários para aumentar o nível de atividade física

Intervenção	Grau de recomendação
Utilização de instrumento de monitoramento da evolução da caminhada (pedômetro ou podômetro) como incentivo	32,33 (A)
Aconselhamento do médico de família e comunidade com duração de 2-3 min (identificando a importância e a relevância do exercício regular para cada sujeito; orientando sobre exercício moderado; abordando preocupações com lesões) associado à entrega de folheto de reforço (padronizado ou individualizado)	37,40 (B)
Treinamento específico dos médicos para aconselhar sobre atividade física (2-6 minutos na consulta, abordando a suplantação das barreiras, mudança de estágio de ação)	34,35 (B)
Intervenções que envolvem estratégias para a modificação de hábitos (definição de metas, automonitoramento, “transposição de barreiras”, orientação sobre assuntos relacionados à prática de exercícios, como aquecimento, formas de evitar lesões, etc) e enfatizam as atividades físicas moderadas	32 (A) ¹⁴ (D)

que são realizados em centros específicos, especialmente a longo prazo⁴⁸(A). Essa pode ser uma estratégia importante para vencer a barreira, citada pelos indivíduos, da inexistência de locais públicos adequados para atividade física próximos à sua residência.

PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NA COMUNIDADE

As ações fortemente recomendadas no âmbito de atuação da atenção primária nas comunidades, no que tange à promoção da atividade física, são⁴⁹(D):

- Amplas campanhas de educação e aconselhamento direcionadas para a comunidade local, com utilização da mídia;
- Intervenções de apoio social localizadas nas comunidades, levando em conta aspectos culturais;
- Prática de esportes nas escolas, durante e fora das aulas de educação física;
- Programas adaptados a cada indivíduo para a mudança de hábitos de saúde;

- Criação ou melhoria das instalações para a prática de atividade física combinada com o desenvolvimento de atividades de lazer informal;
- Segurança nos bairros e nos ambientes externos, tornando-os mais adequados e seguros⁹(D).

Entretanto, não existe evidência suficiente do aumento da prática de atividade física por meio de uma abordagem familiar de apoio à mudança de hábitos⁴⁹(D). Também não há evidência suficiente para serem recomendadas grandes campanhas publicitárias de massa⁴⁹(D). Quanto às atividades educativas durante as aulas nas escolas não existe evidência suficiente em relação à diminuição do tempo de lazer gasto com televisão e jogos de videogame, tanto em adolescentes quanto em crianças⁴⁹(D).

AValiação DA MUDANÇA DE SEDENTÁRIO PARA FÍSICAMENTE ATIVO

Pode ser utilizado como critério para considerar o sucesso na mudança de hábitos de indivíduos adultos previamente sedentários, o fato deles se manterem ativos fisicamente por um período mínimo de seis meses¹⁰(D). O pedômetro pode ser utilizado para monitorar a evolução da caminhada, seja como prática esportiva, seja como meta para aumentar a atividade física diária (pela contagem do número de passos realizados). Esse tipo de instrumento serve como estímulo psicológico ao usuário, para que mantenha o programa de atividade física proposto^{32,33}(A).

RECOMENDAÇÕES PRINCIPAIS

Há uma variação muito grande entre os estudos quanto ao impacto das intervenções de mudanças de hábitos da atividade física no cenário da atenção primária à saúde, assim como evidência da importância e eficiência de intervenções como orientações sistemáticas nas consultas para manutenção em longo prazo desta mudança de hábito e, consequentemente, estilo de vida. Entre elas, indicar formas de superar as barreiras para a prática de exercícios, informar sobre os benefícios da prática continuada, fornecer prescrição específica de exercício com metas, contar com outros profissionais no incentivo da mudança do hábito (por telefone, por folhetos e/ou pessoalmente) e utilizar instrumentos de monitoramento da evolução (pedômetro).

Anexo 1

Orientação para usuários Atividade Física: como começar?

Por que eu devo praticar exercícios?

A prática de exercício físico previne as doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, osteoporose, obesidade e outros problemas de saúde. Aumentar a quantidade de atividade física praticada auxilia você a viver mais e com mais qualidade. Também é uma forma de queimar calorias e controlar o seu apetite.

Todos devem praticar exercícios?

A atividade física beneficia praticamente todas as pessoas. A maioria das pessoas pode iniciar gradualmente a praticar exercícios moderados. Se você pensa que pode ter alguma

razão pela qual você não possa praticar exercícios de forma segura, procure o seu médico antes de iniciar um novo programa de exercícios. O seu médico precisa saber se você tem pressão alta, problemas cardíacos, artrite, diabetes ou sente-se tonto frequentemente ou tem dor no peito.

Que tipo de exercícios eu devo fazer?

Exercícios que aumentam os batimentos cardíacos e usam grandes grupos musculares (pernas e braços) são os preferenciais. Escolha uma atividade que lhe traga prazer e que você possa iniciar de forma gradual e aumentar de intensidade quando se sentir confortável realizando-a. A caminhada é uma boa escolha, assim como a dança, andar de bicicleta, jogar futebol e nadar. Você pode escolher diferentes atividades para realizar durante uma mesma semana. Utilizar as escadas no lugar do elevador, descer algumas paradas antes do seu destino e completá-lo caminhando, cuidar do jardim e brincar com os filhos ao ar livre são boas formas de começar a ser mais ativo.

Quanto eu devo me exercitar?

Inicie exercitando-se três ou mais vezes por semana, por 20 minutos ou mais. Você deve aumentar gradativamente até a meta de realizar atividade física 5 ou mais vezes por semana, por pelo menos 30 minutos de intensidade moderada. Exercitar-se com um familiar ou um amigo pode ser estimulante para permanecer num programa de exercícios e torná-lo mais divertido e prazeroso.

Qual a intensidade que eu devo me exercitar?

Você deve iniciar sempre com uma atividade num ritmo confortável e só deve aumentá-la quando estiver acostumado a executá-la. O seu médico ou um profissional de educação física pode auxiliá-lo a estabelecer metas de intensidade de acordo com os batimentos cardíacos.

Se tiver qualquer dúvida, procure informações com o seu médico.

REFERÊNCIAS

1. Bloch KV, Lessa J. Fatores de risco cardiovasculares e para o diabetes mellitus. In: Lessa I, ed. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1998. p.43-72.
2. Achutti A, Achutti VR. Risk factors for atherosclerosis. Elements for describing the situation in Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol 1994;63:427-31.
3. Blair SN, Brodney S. Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. Med Sci Sports Exerc 1999;31(11 Suppl):S646-62.
4. Francis KT. Status of the year 2000 health goals for physical activity and fitness. Phys Ther 1999;79:405-14.
5. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA 2004;291:1238-45.
6. World Health Organization. World Health Report 2002. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/en/>
7. Colditz GA. Economic costs of obesity and inactivity. Med Sci Sports Exerc 1999;31(11 Suppl):S663-7.
8. US Department of Health and Human Services. Physical activity and health. A report of the Surgeon General. Washington: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, and National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996. Disponível em: www.cdc.gov/nccdhp/sgr/pdf/chap5.pdf
9. Schutzer KA, Graves BS. Barriers and motivations to exercise in older adults. Prev Med 2004;39:1056-61.
10. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA 1995;273:402-7.
11. Department of Health, Physical Activity Health Improvement and Prevention. At least five a week: evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. London: Chief Medical Officer Annual Report; 2004.
12. Rafferty AP, Reeves MJ, McGee HB, Pivarnik JM. Physical activity patterns among walkers and compliance with public health recommendations. Med Sci Sports Exerc 2002;34(8):1255-61.
13. Eyler AA, Brownson RC, Bacak SJ, Housemann RA. The epidemiology of walking for physical activity in the United States. Med Sci Sports Exerc 2003;35(9):1529-36.
14. Dishman RK. Motivating older adults to exercise. South Med J 1994;87:S79-82.

15. Allison KR, Dwyer JJ, Makin S. Perceived barriers to physical activity among high school students. *Prev Med* 1999;28:608-15.
16. Dunton GF, Schneider M. Perceived barriers to walking for physical activity. *Prev Chronic Dis* 2006;3:A116.
17. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-5.
18. Prochaska JO, Marcus BH. The transtheoretical model: applications to exercise. In Dishman RK, ed. *Advances in exercise adherence. Cahampaign: Human Kinetics*;1994. p.161-80. 
19. Little P, Margetts B. Dietary and exercise assessment in general practice. *Fam Pract* 1996;13:477-82.
20. Dominguez-Berjon F, Borrell C, Nebot M, Plasencia A. Physical activity assessment in population surveys: can it really be simplified? *Int J Epidemiol* 1999;28:53-7.
21. Varo JJ, Martínez-González MA, De Irala-Estévez J, Kearney J, Gibney M, Martínez JA. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *Int J Epidemiol* 2003;32:138-46.
22. Rzewnicki R, Vanden Auweele Y, De Bourdeaudhuij I. Addressing overreporting on the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) telephone survey with a population sample. *Public Health Nutr* 2003;6:299-305.
23. Iqbal R, Rafique G, Badruddin S, Qureshi R, Gray-Donald K. Validating MOSPA questionnaire for measuring physical activity in Pakistani women. *Nutr J* 2006;5:18.
24. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35:1381-95.
25. Pardini R, Matsudo SM, Araújo T, Matsudo VR, Andrade E, Braggion G. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. *Rev Bras Ciênc Mov* 2001;9:45-51.
26. Hallal PC, Victora CG, Wells JCK, Lima RC, Valle NJ. Comparison between short and full-length International Physical Activity Questionnaires. *J Phys Activ Health* 2004;1:227-34.
27. Hallal PC, Victora CG. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Med Sci Sports Exerc* 2004;36:556.
28. Hallal PC, Matsudo SM, Matsudo VK, Araujo TL, Andrade DR, Bertoldi AD. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. *Cad Saude Publica* 2005;21:573-80.
29. Marshall AL, Smith BJ, Bauman AE, Kaur S. Reliability and validity of a brief physical

- activity assessment for use by family doctors. *Br J Sports Med* 2005;39:294-7.
30. Smith BJ, Marshall AL, Huang N. Screening for physical activity in family practice: evaluation of two brief assessment tools. *Am J Prev Med* 2005;29:256-64.
31. Macera CA, Ham SA, Jones DA, Kimsey D, Ainsworth BE, Neff LJ. Limitations on the use of a single screening question to measure sedentary behavior. *Am J Public Health* 2001;91:2010-2.
32. Duncan GE, Anton SD, Sydean SJ, Newton RL Jr, Corsica JA, Durning PE, et al. Prescribing exercise at varied levels of intensity and frequency: a randomized trial. *Arch Intern Med* 2005;165:2362-9.
33. Stovitz SD, VanWormer JJ, Center BA, Bremer KL. Pedometers as a means to increase ambulatory activity for patients seen at a family medicine clinic. *J Am Board Fam Pract* 2005;18:335-43.
34. Albright CL, Cohen S, Gibbons L, Miller S, Marcus B, Sallis J, et al. Incorporating physical activity advice into primary care: physician-delivered advice within the activity counseling trial. *Am J Prev Med* 2000;18:225-34.
35. Pinto BM, Goldstein MG, DePue JD, Milan FB. Acceptability and feasibility of physician-based activity counseling. The PAL project. *Am J Prev Med* 1998;15:95-102.
36. Harrison RA, Roberts C, Elton PJ. Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity one year later? A randomized controlled trial. *J Public Health (Oxf)* 2005;27:25-32.
37. Lawlor DA, Hanratty B. The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. *J Public Health Med* 2001;23:219-26.
38. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326:793.
39. Swinburn BA, Walter LG, Arroll B, Tilyard MW, Russell DG. The green prescription study: a randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *Am J Public Health* 1998;88:288-91.
40. Bull FC, Jamrozik K. Advice on exercise from a family physician can help sedentary patients to become active. *Am J Prev Med* 1998;15:85-94.
41. Woods C, Mutrie N, Scott M. Physical activity intervention: a transtheoretical model-based intervention designed to help sedentary young adults become active. *Health Educ Res* 2002;17:451-60.
42. Albright CL, Pruitt L, Castro C, Gonzalez A, Woo S, King AC. Modifying physical activity in a multiethnic sample of low-income women: one-year results from the IMPACT (Increasing Motivation for Physical ACTivity) project. *Ann Behav Med* 2005;30:191-200.

43. Pinto BM, Friedman R, Marcus BH, Kelley H, Tennstedt S, Gillman MW. Effects of a computer-based, telephone-counseling system on physical activity. *Am J Prev Med* 2002;23:113-20.
44. Petrella RJ, Koval JJ, Cunningham DA, Paterson DH. Can primary care doctors prescribe exercise to improve fitness? The Step Test Exercise Prescription (STEP) project. *Am J Prev Med* 2003;24:316-22.
45. Kerse N, Elley CR, Robinson E, Arroll B. Is physical activity counseling effective for older people? A cluster randomized, controlled trial in primary care. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1951-6.
46. Brassington GS, Atienza AA, Perczek RE, DiLorenzo TM, King AC. Intervention-related cognitive versus social mediators of exercise adherence in the elderly. *Am J Prev Med* 2002;23(2 Suppl):80-6.
47. de Jong J, Lemmink KA, Stevens M, de Greef MH, Rispens P, King AC, et al. Six-month effects of the Groningen active living model (GALM) on physical activity, health and fitness outcomes in sedentary and underactive older adults aged 55-65. *Patient Educ Couns* 2006;62:132-41.
48. Ashworth NL, Chad KE, Harrison EL, Reeder BA, Marshall SC, Ashworth Nigel. Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;Issue 1. Art. N°: CD004017. DOI: 10.1002/14651858.CD004017.pub2.
49. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med* 2002;22:67-72.