

# Educação Física: atenção à saúde da criança e do adolescente

Ana Cláudia Porfírio Couto  
Gustavo Sena Sousa



**Universidade  
Federal de  
Minas Gerais**

**NESCON**  
núcleo de educação em saúde coletiva  
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG



# Educação Física: atenção à saúde da criança e do adolescente

Ana Cláudia Porfírio Couto  
Gustavo Sena Sousa

Belo Horizonte  
Nescon UFMG  
2011

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Licença Creative Commons License Deed

Atribuição-Use Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil

Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas.

Sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.

Creative Commons License Deed – <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>.

### **Universidade Federal de Minas Gerais**

Reitor: Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora: Rocksane de Carvalho Norton

#### **Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Pró-Reitor: Ricardo Santiago Gomes

#### **Faculdade de Educação**

Diretora: Samira Zaidan

#### **Pró-Reitoria de Extensão**

Pró-Reitor: João Antônio de Paula

#### **Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional**

Diretor: Emerson Silami Garcia

#### **Coordenador do Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)**

Coordenador: Fernando Selmar Rocha Fidalgo

#### **Faculdade de Medicina**

Diretor: Francisco José Penna

#### **Conselho Regional de Educação Física – CREF6 / MG**

Presidente: Claudio Augusto Boschi

#### **Faculdade de Odontologia**

Diretor: Evandro Neves Abdo

#### **Escola de Enfermagem**

Diretora: Maria Imaculada de Fátima Freitas

#### **Projeto Gráfico**

Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

#### **Diagramção**

Adriana Januário

C871e Couto, Ana Cláudia Porfírio.  
Educação física : atenção à saúde da criança e do adolescente / Ana Cláudia Porfírio Couto e Gustavo de Sena Sousa. -- Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.  
64p. : il., 22x27cm.

Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados à estratégia de Saúde da Família.

1. Educação física e treinamento. 2. Saúde da criança. 3. Saúde do adolescente. 4. Promoção da saúde. 5. Atenção primária à saúde. I. Sousa, Gustavo de Sena. II. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon). III. Título.

NLM: WS 113

CDU: 615.8

# Sumário

<b>Apresentação dos autores</b> .....	<b>05</b>
<b>Apresentação - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - Programa Ágora</b> .....	<b>06</b>
<b>Apresentação da Unidade Didática II - Unidade Didática II: Tópicos especiais em atenção básica em Saúde da Família</b> .....	<b>07</b>
<b>Introdução ao módulo</b> .....	<b>09</b>
<b>Seção 1- Responsabilidades do profissional de Educação Física na estratégia Saúde da Família</b> .....	<b>12</b>
Parte 1   A estratégia Saúde da Família: a inserção do profissional de Educação Física .....	14
Parte 2   Responsabilidades do profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio a Saúde da família (NASF) .....	17
<b>Seção 2 - Visão epidemiológica do sedentarismo</b> .....	<b>20</b>
Parte 1   Dados epidemiológicos sobre o sedentarismo de crianças e adolescentes .....	22
Parte 2   Sedentarismo .....	24
Parte 3   Comportamento sedentário .....	26

<b>Seção 3 - Determinantes e condicionantes da atividade física para crianças e adolescentes: a relação com estilos de vida e atividade física .....</b>	<b>27</b>
Parte 1   Bullying .....	29
Parte 2   Álcool, drogas ilícitas, tabaco, anabolizantes .....	32
Parte 3   Sexualidade: gravidez precoce, violência sexual .....	37
Parte 4   Obesidade .....	41
<b>Seção 4 - Orientações e recomendações para a prática de atividade física para crianças e adolescentes .....</b>	<b>46</b>
Parte 1   A prática de atividade física .....	49
Parte 2   Segurança durante as práticas com crianças e adolescentes .....	55
<b>Considerações finais .....</b>	<b>57</b>
<b>Referências .....</b>	<b>58</b>

# Apresentação dos autores

## Ana Cláudia Porfírio Couto

Professora Adjunta da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Coordenadora do Colegiado de Graduação em Educação Física (EEFFTO – UFMG). Tutora, autora conteudista e orientadora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da Faculdade de Medicina da UFMG. Doutora em Ciência do Desporto pela Faculdade de Desporto da Universidade do Porto – Portugal. Mestre em Educação Física pela Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG. Profissional de Educação Física – Licenciada pela Faculdade de Educação Física e Desporto da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

## Gustavo Sena Sousa

Tutor, autor conteudista e orientador do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Supervisor Técnico e Coordenador de Projetos de Extensão do Laboratório do Movimento da UFMG. Doutorando e Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da UFMG. Especialista em Treinamento Esportivo e Especialista em Musculação pela Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO) da UFMG. Bacharel e Licenciado em Educação Física pela EEFFTO da UFMG.

# Apresentação

## Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família Programa Ágora

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), na modalidade à distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (Nescon), com a participação da Escola de Enfermagem, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Educação e Faculdade de Odontologia. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) / Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) –, pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil/ Secretaria de Educação a Distância (UAB/CAPES) e pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). A produção desse caderno é apoiada pelo Conselho Regional de Educação Física da 6ª Região de Minas Gerais (CREF-6/ MG).

O curso integra o Programa Ágora, do Nescon, e de forma interdisciplinar, interdepartamental, interunidades e interinstitucional articula ações de ensino – pesquisa – extensão. O Programa, além do CEABSF, atua na formação de tutores, no apoio ao desenvolvimento de métodos, técnicas e conteúdos correlacionados à educação a distância e na cooperação com iniciativas semelhantes.

Direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas integrantes de equipes de Saúde da Família e com uma turma especial para profissionais de Educação Física integrantes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), o CEABSF tem seu sistema

instrucional baseado na estratégia de Educação à Distância. Esse sistema é composto por um conjunto de Cadernos de Estudo e outras mídias disponibilizadas tanto em DVD – módulos e outros textos, e vídeos –, como na Internet – por meio de ferramentas de consulta e de interatividade, facilitadores dos processos de aprendizagem e tutoria, nos momentos presenciais e à distância.

Os cadernos de estudo, como este, são resultados do trabalho interdisciplinar de profissionais da UFMG, de outras universidades e do Serviço. Os autores são especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como a vivência profissional. Todo o material do sistema instrucional do CEABSF está disponível para acesso público na biblioteca Virtual do Curso.

A perspectiva é de que esse Curso de Especialização cumpra seu importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vistas à consolidação da estratégia Saúde da Família e ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade.

A Coordenação do CEABSF pretende criar oportunidades para que alunos que concluírem o curso possam, além dos módulos finalizados, optar por módulos não cursados, contribuindo, assim, para o seu processo de educação permanente em saúde.

### **Para informações detalhadas consulte:**

CEABSF e Programa Ágora:

[www.nescon.medicina.ufmg/agora](http://www.nescon.medicina.ufmg/agora)

Biblioteca Virtual:

[www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca)



# Apresentação da Unidade Didática II

## Tópicos especiais em atenção básica em Saúde da Família

A Unidade Didática II do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), da qual faz parte esta publicação, está formada por módulos relativos a disciplinas optativas, entre as quais os profissionais em formação podem escolher um número suficiente para integralizar 210 horas (14 créditos). Com eles completa, com as 150 horas (10 créditos) de disciplinas obrigatórias cursadas na Unidade Didática I, o mínimo de 360 horas (24 créditos) necessárias à integralização da carga horária total do CEABSF.

Nesta Unidade Didática II (UD II), o propósito é possibilitar que o profissional atenda necessidades próprias ou de seu cenário de trabalho, sempre na perspectiva de sua atuação como membro de uma equipe multiprofissional. Desta forma, procura-se contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da estratégia Saúde da Família.

O leque de ofertas é amplo na UD II, envolvendo tópicos especiais de 60 horas como saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança – aspectos básicos, saúde bucal – aspectos básicos, saúde do adulto, saúde da mulher e saúde mental.

Outros módulos, de 30 horas, são ofertados visando às demandas profissionais específicas, complementando os módulos maiores, como Saúde da criança e do adolescente – doenças respiratórias, Saúde da criança e do adolescente – agravos Nutricionais; Urgências na atenção básica, Saúde do Trabalhador, entre outros. Nesse grupo incluem-se três módulos de Educação Física, referenciados à saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso.

Endemias e epidemias serão abordadas em módulos que deverão desenvolver aspectos da atenção básica para leishmaniose, dengue, doenças sexualmente transmissíveis, hepatites, tuberculose e hanseníase, entre outros. Características atuais voltadas para grandes problemas sociais, saúde ambiental, acidentes e violência também estão abordadas em módulos específicos. Família como foco da atenção primária compõe um dos módulos da Unidade

Didática II e traz uma base conceitual importante para as relações que se processam no espaço de atuação da equipe de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Por seu caráter de instrumentos para a prática profissional e para os aspectos metodológicos, três módulos são indicados a todos os alunos das demais turmas como disciplinas optativas: Iniciação à metodologia científica; Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço; e Projeto social: educação e cidadania.

Para atender bem às necessidades pessoais, sugere-se que os profissionais, antes da opção e matrículas nas disciplinas, consultem os conteúdos disponíveis na Biblioteca Virtual.

Esperamos que esta Unidade Didática II seja compreendida e utilizada como parte de um curso que representa apenas mais um momento de um processo de desenvolvimento e qualificação constantes.

**Para informações detalhadas consulte:**

CEABSF e Programa Ágora: [www.nescon.medicina.ufmg/agora](http://www.nescon.medicina.ufmg/agora)

Biblioteca Virtual: [www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca)

# Introdução ao Módulo

## Educação Física: atenção à saúde da criança e ao adolescente

Esse módulo faz parte de um conjunto de três disciplinas do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), mais direcionados aos profissionais de Educação Física. A partir do entendimento de Educação Física como parte da atenção primária à saúde, serão abordadas as particularidades dos grupos etários: Educação Física: saúde da criança e do adolescente; Educação Física: saúde do adulto e Educação Física: saúde do idoso.

A partir de agora, vamos tratar especificamente da atenção à saúde da criança e do adolescente, objeto de estudo deste caderno.

Para efeito deste módulo, trabalharemos com os conceitos da Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2009 a, b) e da Caderneta de Saúde do Adolescente, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009 c, d), que utilizam o conceito de criança como a faixa etária do nascimento aos 10 anos e adolescente como a faixa dos 10 aos 19 anos. Utilizaremos o conceito de limite superior exclusivo, ou seja, até 19 anos significa: até 18 anos, 11 meses, 29 dias, 23 horas; 19 anos inicia a categoria seguinte.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei 8069, de 13 de julho de 1990, considera como criança toda pessoa humana na faixa etária até 12 anos incompletos e adolescentes como os indivíduos entre os 12 e 18 anos. Considera-se como pré-adolescência a fase de 10 aos 12 anos. As pessoas de 18 a 25 anos podem ser denominadas de adultos jovens. Em casos expressos em lei, o ECA é aplicado excepcionalmente a pessoas até os 21 anos.

Em inglês, adolescente é teenager, ou idade dos teen, de thirteen a nineteen. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – que tem o site IBGEteen – não estabelece um conceito, mas destaca como adolescente o grupo de 13 a 19 anos de idade, em razão de sua importância social e cultural no conjunto da sociedade. No Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) adolescente se refere a pessoas de 13 a 18 anos.

### **Veja as fontes:**

ECA: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)

IBGEteen: [www.ibge.gov.br/ibgeteen/index.htm](http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/index.htm)

DeCS: <http://decs.bvs.br/>

Embora diferenças nos conceitos possam causar estranheza e alguma dificuldade nos momentos de organização das atividades, o importante é compreender que infância e adolescência ainda necessitam de muito amparo, por sua vulnerabilidade aos determinantes e condicionantes sociais.

Nos três módulos relativos à Educação Física, em sua primeira seção veremos as abordagens e intervenções da equipe de Saúde da Família na atenção à família e à comunidade, considerando, especialmente, o profissional de Educação Física inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A partir da segunda seção, nesse módulo, já serão vistos os aspectos relacionados a crianças e adolescentes, como a prevalência do sedentarismo nesta faixa etária, e suas implicações diretas e indiretas, e os determinantes e condicionantes em saúde.

Você será convidado a escrever e a discutir sobre o impacto das atividades físicas e das práticas corporais na saúde da criança e do adolescente ao ter como cenário as transformações que estão ocorrendo em nossa sociedade e nos estilos de vida.

Serão abordadas, nessas discussões, as orientações e recomendações para o desenvolvimento das práticas corporais e das atividades físicas no contexto da promoção, da prevenção e segurança em saúde, do tratamento e da reabilitação da saúde da criança e do adolescente, na sociedade brasileira.

Para discutir esses temas com os profissionais de saúde, esse módulo foi dividido em quatro seções:

Seção 1 – Responsabilidades do profissional de Educação Física na estratégia saúde da família.

Seção 2 – Visão epidemiológica do sedentarismo.

Seção 3 – Determinantes e condicionantes de saúde e relações com a atividade física para crianças e adolescentes.

Seção 4 – Orientações e recomendações para a prática de atividade física para crianças e adolescentes.

Para um bom aproveitamento dos conteúdos apresentados no módulo é importante você realizar todas as atividades propostas no Caderno, encaminhando as solicitadas no cronograma de atividades para discussão das dúvidas com o tutor e aprofundando alguns aspectos por meio da participação no Fórum. Esperamos que você, juntamente com seus colegas, compreenda o contexto e os desafios apresentados no processo de estimular, orientar e prescrever práticas corporais e atividades físicas para as crianças e os adolescentes.

Objetiva-se, com este módulo, que você seja capaz de:

- Conhecer as principais responsabilidades de um profissional de Educação Física.

ção Física na estratégia Saúde da Família.

- Conhecer os aspectos teóricos do sedentarismo e analisar o sedentarismo no contexto social e nas práticas corporais e atividades físicas.
- Discutir os determinantes e os condicionantes de saúde, influenciáveis pelo estímulo, orientação e prescrição de práticas corporais e atividades físicas no contexto familiar e comunitário.
- Compreender a importância das práticas corporais e atividade física regular e na vida das crianças e dos adolescentes.
- Aplicar as orientações e as recomendações de práticas corporais e atividades físicas a grupos de usuários crianças e adolescentes.
- Compreender os atuais desafios que estão colocados no processo de se estimular, orientar e prescrever práticas corporais e atividades físicas no contexto da promoção e da prevenção em saúde.

Vamos lá pessoal, muito ânimo, disposição e interesse, pois temos que contribuir significativamente na formação de estilos de vida saudáveis, desde a infância e adolescência, para a qualidade de vida dessa população e o prolongamento dos efeitos saudáveis na fase adulta e na terceira idade.

Além disso, temos algumas batalhas pela frente: a obesidade – mal do século – e as doenças crônicas associadas, o uso de as drogas ilícitas e estimulantes, o que assola a sociedade, a violência e os comportamentos sociais agressivos, crescentes e devastadores, e a gravidez precoce, entre outras. Ações interdisciplinares de promoção da saúde e prevenção podem ajudar na construção de uma nova sociedade, inclusiva, em que o binômio saúde e educação, abrangida a educação física, tenha papel preponderante.

# Seção 1

Responsabilidades do profissional de Educação Física na estratégia Saúde da Família

Nesta seção vamos abordar a inserção do profissional de Educação Física na estratégia Saúde da Família, bem como as responsabilidades que lhe são atribuídas, no dia a dia de atuação.

Como essa seção é comum aos três módulos relativos a Educação Física, se você já teve oportunidade de estudá-lo em outro módulo, reveja-o, em leitura dinâmica. Leia novamente os quadros.

## Parte 1

# A estratégia Saúde da Família: a inserção do profissional de Educação Física

As lutas dos trabalhadores da saúde e dos usuários por um modelo assistencial digno e justo para os brasileiros possibilitaram ao Ministério da Saúde estabelecer a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante do atual modelo assistencial e, desta forma, reorientar suas estratégias para o Sistema Único de Saúde (SUS). A Estratégia Saúde da Família foi definida como o eixo reorientador do sistema, pelo entendimento que a complexidade do cuidado da saúde humana demanda trabalho em equipe e que o indivíduo não pode ser visto como elemento isolado do contexto familiar e comunitário.

Esta mudança de lógica promove a aproximação entre as equipes dos trabalhadores da saúde e as famílias de uma área geográfica delimitada, o que possibilita uma melhor compreensão das dificuldades e potencialidades humanas e ambientais existentes no território, maior participação e responsabilização da comunidade no processo e, conseqüentemente, maior efetividade na solução dos problemas.

Um avanço de tal envergadura na visão política do modelo assistencial brasileiro gerou uma expressiva mudança no processo de trabalho dos profissionais e das equipes, pela possibilidade de reorganização das intervenções e ações. A atenção primária à saúde visa não só a recuperação da saúde do indivíduo, mas também a busca da promoção da saúde, da prevenção dos agravos que são mais frequentes na comunidade e da reabilitação funcional e psicossocial das pessoas, perto de seus familiares e amigos.

Desde a implantação das equipes de saúde da família, as orientações estiveram sempre voltadas para o cadastramento das famílias residentes no território da Unidade Básica de Saúde, na composição de uma equipe mínima, constituída por um médico, um enfermeiro, um técnico ou um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. É de fundamental importância contar com outros profissionais de saúde atuando junto às equipes de saúde da família para contribuir na solução dos problemas que a população apresenta. Essa



é uma árdua tarefa para os municípios, principalmente os de pequeno porte e com condições socioeconômicas deficitárias, o que não lhes possibilitam ter atrativos financeiros para agregar no serviço de saúde diferentes profissionais de saúde, mesmo sabendo da contribuição desses para a melhora da qualidade de assistência ofertada à população.

O Ministério da Saúde, em 2008, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a intenção de fortalecer a Estratégia Saúde da Família enquanto movimento de reorientação do modelo de atenção em nosso país, possibilitando a agregação de outros profissionais de saúde na atenção primária à saúde.

A proposta dos NASF tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica e melhorar a qualidade e a resolubilidade da atenção a saúde. Contudo, “é importante ressaltar que os NASF não são portas de entrada do sistema” é parte integrante das equipes de saúde da família (Brasil, 2009e, p. 9).

Os NASF’s são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que desenvolvem suas atividades em parceria com os todos os profissionais de Saúde da Família (SF), atuando diretamente no apoio às equipes para as quais foram cadastrados. Dessa forma, permitem ampliar o número de profissionais vinculados às equipes, como médico (ginecologista, pediatra e psiquiatra), profissional de educação física, nutricionista, acupunturista, homeopata, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Os núcleos são compostos por, no mínimo, cinco profissionais (modalidade NASF1) ou três profissionais (modalidade NASF2), de formação definida pelos gestores municipais. Devem funcionar em horário coincidente com o das equipes de Saúde da Família. A equipe do NASF1 deve realizar suas atividades vinculadas, no mínimo, a oito e no máximo, a 20 equipes de Saúde da Família, excetuando os estados da Região Norte, onde o mínimo é cinco. Para a equipe NASF2, a vinculação mínima é de uma equipe NASF para três equipes de Saúde da Família. Cabe às secretarias estaduais de saúde assessorar os municípios na definição dos territórios e na vinculação dos NASF às equipes de Saúde da Família, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASF, assessorar e realizar avaliação, assim como acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos núcleos.

Considerando os objetivos e as características do NASF inúmeras ações podem ser desenvolvidas, na perspectiva de transpor a lógica fragmentada da atenção à saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com as equipes de SF. O Ministério da Saúde, em 2009, indicou nove áreas estratégicas associadas ao NASF: saúde da criança/do adoles-

#### Para saber mais...

Para saber mais sobre NASF consulte a portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, Ministério da Saúde “Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF”. (BRASIL, 2008)  
Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_N\\_154\\_GMMS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_154_GMMS.pdf)

cente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; práticas corporais/atividade física; práticas integrativas e complementares. Analisando essas áreas estratégicas é fácil entender porque a equipe do NASF necessita apresentar um perfil multiprofissional para que o seu objetivo seja alcançado de maneira satisfatória. A integração do profissional de Educação Física deve, portanto, fortalecer e ampliar todas as possíveis intervenções da equipe de saúde.



### Atividade 1

Descreva o funcionamento do NASF no qual você está inserido. Como são feitas as intervenções do profissional de Educação Física?

Se você não estiver inserido no NASF, descreva o projeto no qual você participa e de que maneira o profissional de Educação Física atua. Que relação teria com a estratégia saúde da família?

Registre, por escrito, sua opinião. Consulte, no cronograma da disciplina, outros encaminhamentos solicitados para essa atividade.

## Parte 2

# Responsabilidades do profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Dentro da perspectiva de que as áreas estratégicas associadas ao NASF não se remetem à atuação específica e exclusiva de uma categoria profissional, o processo de trabalho será caracterizado fortemente por ações compartilhadas, visando uma intervenção interdisciplinar. Exemplificando: a área de práticas corporais/atividade física (PCAF), embora seja específica para o profissional de Educação Física, demanda ações que podem ser desempenhadas por outros integrantes da equipe do NASF, da mesma maneira que o educador físico deve participar de ações de outros grupos profissionais.

O quadro 1 apresenta as atribuições comuns a todos integrantes da equipe do NASF (BRASIL, 2009e, p.23).

Quadro 1. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): atribuições comuns aos diversos membros da equipe

1. Identificar, em conjunto com as equipes de Saúde da Família (SF) e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas.
2. Identificar, em conjunto com as equipes de SF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações.
3. Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas equipes de SF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos.
4. Acolher os usuários e humanizar a atenção.
5. Desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais, como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras.
6. Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os conselhos locais e/ou municipais de saúde.
7. Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, pôsteres e outros veículos de informação.
8. Avaliar, em conjunto com as equipes de SF e os conselhos de saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos.
9. Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF.
10. Elaborar projetos terapêuticos, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas equipes de SF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

Para além das atribuições gerais à equipe do NASF, algumas diretrizes específicas ao profissional de Educação Física foram apresentadas pelo Ministério da Saúde em 2009 e sumarizadas no Caderno de Atenção Básica n. 27: Diretrizes do NASF. Estas diretrizes, relacionadas ao conhecimento nuclear do profissional de Educação Física, não devem ser interpretadas, entretanto, como únicas e exclusivas deste profissional, mas sim como resultado da interação com todos os outros profissionais. O Quadro 2 mostra, detalhadamente, essas diretrizes para o profissional de Educação Física (BRASIL, 2009e, p.146-147).

#### Quadro 2 - Práticas Corporais/Atividade Física (PCAF): diretrizes para atuação profissional

1. Fortalecer e promover o direito constitucional ao lazer.
2. Desenvolver ações que promovam a inclusão social e que tenham a intergeracionalidade, a integralidade do sujeito, o cuidado integral e a abrangência dos ciclos da vida como princípios de organização e fomento das práticas corporais/atividade física.
3. Desenvolver junto à equipe de SF ações intersetoriais pautadas nas demandas da comunidade.
4. Favorecer o trabalho interdisciplinar amplo e coletivo como expressão da apropriação conjunta dos instrumentos, espaços e aspectos estruturantes da produção da saúde e como estratégia de solução de problemas, reforçando os pressupostos do apoio matricial.
5. Favorecer no processo de trabalho em equipe a organização das práticas de saúde na APS, na perspectiva da prevenção, promoção, tratamento e reabilitação.
6. Divulgar informações que possam contribuir para adoção de modos de vida saudáveis por parte da comunidade.
7. Desenvolver ações de educação em saúde reconhecendo o protagonismo dos sujeitos na produção e apreensão do conhecimento e da importância desse último como ferramenta para produção da vida.
8. Valorizar a produção cultural local como expressão da identidade comunitária de reafirmação do direito e possibilidade de criação de novas formas de expressão e resistência sociais.
9. Primar por intervenções que favoreçam a coletividade mais que os indivíduos sem excluir a abordagem individual.
10. Conhecer o território na perspectiva de suas nuances sociopolíticas e dos equipamentos que possam ser potencialmente trabalhados para o fomento das práticas corporais/ atividade física.
11. Construir e participar do acompanhamento e avaliação dos resultados das intervenções.
12. Fortalecer o controle social na saúde e a organização comunitária como princípios de participação política nas decisões afetas a comunidade ou população local.

Fonte: BRASIL, 2009e, p.23. (disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf))

Partindo das atribuições comuns aos integrantes da equipe do NASF e das diretrizes para atuação profissional, o NASF tem como objetivo contribuir para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a equipe de SF. Contudo, sabemos que esta situação, desejável, não acontecerá de forma espontânea e natural. Aqui cabe lembrarmos aquela experiência com macacos, provavelmente hipotética, relatada no módulo “Processo de trabalho em saúde” (FARIA, WERNECK, TEIXEIRA e SANTOS, 2009). Naquele módulo, discutimos sobre “inércia” no trabalho. Durante a reflexão sobre esta questão, ficou claro que, muitas vezes, os indivíduos ou grupos não conseguem romper com a força da cultura institucional. Por isso, é necessário que os profissionais do NASF assumam suas responsabilidades, em regime de cogestão com todos os membros das equipes de Saúde da Família e sob a coordenação do gestor local, para os processos de constante construção do Sistema Único de Saúde.

#### Para saber mais...

Recomendamos que você leia – especialmente os capítulos iniciais e as páginas 142 a 152 – o Caderno de Atenção Básica n.27, do Ministério da Saúde, sobre as diretrizes do NASF (BRASIL 2009e). Verifique sua existência na unidade de saúde: se não estiver disponível, imprima dois volumes, uma para seus colegas do NASF, na unidade, e outro para sua consulta e biblioteca. O documento está disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)

#### Para saber mais...

Considerando o contexto atual das políticas públicas de Educação e Saúde, o Conselho Federal de Educação Física publicou um documento intitulado “Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de Educação Física na atenção básica à saúde”. Este documento promove a abertura de um diálogo entre os profissionais da área. Veja e acesse esse documento na biblioteca virtual (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 2010) ou acesse o site: [http://www.listasconfef.org.br/arquivos/Livro\\_Recomendacoes.pdf](http://www.listasconfef.org.br/arquivos/Livro_Recomendacoes.pdf).

# Seção 2

Visão epidemiológica do sedentarismo

Nesta seção destacaremos a importância do desenvolvimento de estratégias para combater o sedentarismo, fenômeno crescente que se alastra na sociedade moderna. Refletiremos sobre questões relacionadas à formação de hábitos fisicamente ativos na infância e na adolescência que possam perdurar por toda a vida.

Discutiremos como os profissionais da saúde, especialmente os profissionais de educação física, podem intervir neste contexto de maneira significativa e eficiente junto à família.

Para facilitar a leitura organizamos esta seção em três partes:

- Dados epidemiológicos sobre o sedentarismo de crianças e adolescentes.
- Sedentarismo.
- Comportamento sedentário.

Após o término desta seção, você deverá ser capaz de:

- Avaliar o nível de atividade física das crianças e adolescentes atendidos na sua área de abrangência.
- Elaborar estratégias para a formação de hábitos de vida fisicamente ativos, considerando o contexto social e cultural que estão inseridos.

Agora que já lhe apresentamos o que vamos estudar, sugerimos que no decorrer desta seção você reflita junto a sua equipe sobre a importância de se desenvolver um plano de ação integrado, infância e adolescência com a família e a escola, para o objetivo de promover aumento nos níveis de atividade física de crianças e adolescentes.

Lembre-se que você é um agente transformador.

## Glossário

**Epidemiologia** é a ciência que estuda quantitativamente a distribuição dos fenômenos de saúde/doença e seus fatores determinantes e condicionantes, em um conjunto populacional. Alguns autores também incluem na definição que a epidemiologia permite ainda a avaliação da eficácia das intervenções realizadas no âmbito da saúde pública.

**Sedentarismo:** Nível habitual de atividade física menor do que 30 minutos de atividade de intensidade moderada na maioria dos dias da semana (BRASIL, 2011), ou menos de 300 minutos por semana de atividade física no deslocamento ou no lazer, para adolescentes (BIDDLE et al., 1998).

### Importante

Para a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995, apud MILBRADT, 2009) a atividade física, é necessária em todas as idades e deveria ser proporcionada a todas as crianças e adolescentes. Além disso, sugere-se que “os programas de exercícios físicos deveriam contemplar o aspecto lúdico, agradável, de forma que tais atividades se tornassem mais atraentes, levando à formação desses hábitos para toda a vida” (MILBRADT, 2009).

## Parte 1

# Dados epidemiológicos sobre o sedentarismo de crianças e adolescentes

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 70% da população mundial está sedentária e pode desenvolver obesidade, doenças cardíacas e diabetes. Atribuem-se como fatores causadores a globalização, a urbanização e o acesso facilitado da tecnologia. Vários estudos da OMS e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) destacam a prevalência crescente do sedentarismo entre crianças e adolescentes, com números alarmantes.

Dados do National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2002) – Estados Unidos – revelaram que em torno de 50% dos adolescentes são considerados sedentários. Já sob um corte realizado por Pate (2000), que avaliou 14.221 adolescentes, verificou-se que 62,4% dos adolescentes americanos eram pouco ativos.

Segundo uma pesquisa populacional realizada na Argentina sobre saúde escolar, pelo Ministério da Saúde (ARGENTINA, 2007), escolares 10 e 19 anos apresentaram o seguinte perfil de prática de atividade: 47,5% dos estudantes argentinos passaram três horas ou mais, em dias usuais, realizando atividades sedentárias (51% as meninas e 44,7% os meninos). Praticam pouca ou nenhuma atividade física durante o dia: 26,6% – nem sequer foram caminhando ou pedalando para a escola próxima de casa.

Já sobre crianças e adolescentes europeus, Martínéz, Gibney, Kearney e Martineéz-Gonzáles (1999) revelaram que o sedentarismo está presente em cerca de 57% dessa população no continente. No entanto, quando esses índices são analisados por países, podem-se observar diferenças importantes entre as nações. As prevalências podem ser menores, como de 32% a 35%, em países como Suécia, Finlândia e Irlanda, passando por valores médios, similares aos de países das Américas, de 48% a 63%, como é o caso da Inglaterra, Alemanha e França, até atingir valores de 67% na Bélgica e 83% em Portugal.

No Brasil, estudos transversais conduzidos em grandes centros urbanos



demonstram que mais de 50% das crianças e adolescentes entre 10 e 19 anos não atingem os níveis ideais de atividade física recomendados para esta população (HALLAL, BERTOLDI, GONÇALVES e VICTORA, 2006; CESHINI, FLORINDO e BENÍCIO, 2007; ROMERO, SALATER e FLORINDO, 2008; REIS et al, 2009). A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (BRASIL, 2009g) destacou que mais de 30% dos escolares (13 a 15 anos) são inativos ou insuficientemente ativos. Preocupado com o sedentarismo da população, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério do Esporte, lançou em 2009 o Plano Nacional de Atividade Física. O objetivo é ampliar de 450 para 1000 o número de municípios que desenvolvem projetos na área, além de incentivar a construção e reestruturação de espaços públicos voltados às atividades físicas, como ciclovias, praças e parques. Reduzindo, assim, a população sedentária do país.

## Atividade 2

Sua equipe já vem trabalhando com alguma estratégia específica para combater o hábito de vida sedentário? Quais são estas estratégias? Você acredita que elas são eficazes? São inovadoras ou já são reproduzidas de maneira rotineira há algum tempo? Quem avalia os resultados? Na sua área de abrangência há outras organizações e lideranças que estão ou que poderiam estar nesta rede de apoio? Registre, por escrito, sua opinião. Consulte, no cronograma da disciplina, outros encaminhamentos solicitados para essa atividade.



## Parte 2

# Sedentarismo

A partir da década de 80 a comunidade científica de todo o mundo tem alertado exaustivamente a população sobre a redução dos níveis de atividade física que vem ocorrendo na sociedade. Esse fenômeno ocorre independente do gênero ou raça e tem sido associado às mudanças culturais advindas do progresso tecnológico.

O sedentarismo é ainda mais preocupante em regiões com crescente processo de urbanização, especulação imobiliária, redução de espaços públicos, excesso de veículos motorizados e crescimento da violência, o que tem determinado intensas restrições às atividades físicas. As atividades passaram a ser em ambientes limitados. Uma criança assiste, hoje, em média, a 27 horas de TV por semana (ALVES, 2003); isso corresponde a sua principal ocupação, só sendo ultrapassada pelas horas de sono. Essas mudanças podem contribuir para o aumento da prevalência de diversas doenças crônicas.

### Glossário

**Atividade física:** Qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em gasto energético maior do que níveis de repouso.

**Exercício físico:** Atividade física previamente planejada, estruturada e repetitiva que tem por objetivo melhoria e manutenção de um ou mais componentes da aptidão física. (CASPERSEN, 1985).

### Lembre-se

A prática de atividade física somente no início da vida, embora seja importante para o desenvolvimento neuro-psico-motor, contribui pouco para o aumento da longevidade ou para a saúde nas fases subseqüentes. Para se obter benefícios significativos para a promoção de saúde e prevenção de agravos, devem-se instituir hábitos fisicamente ativos ao longo da vida.

A prática de atividade física regular na infância pode estabelecer bases para inúmeros benefícios à saúde. A longo prazo, a atividade física reduz o risco de muitas doenças crônicas, incluindo doença coronariana, diabetes e câncer. A curto prazo, tem contribuído para combater a obesidade que, atualmente, assola a maioria dos países ocidentais..

Para obter benefícios substanciais à saúde, crianças e adolescentes devem realizar pelo menos 30 minutos de atividade física, de intensidade moderada ou vigorosa, na maioria dos dias da semana. Desse modo, a Educação Física escolar, assim como outros programas específicos de educação em saúde, devem incentivar, também, a atividade física extracurricular, educando os indivíduos a praticá-las além desses espaços. Programas específicos para desenvolver hábi-

tos fisicamente ativos devem ser promovidos e continuamente avaliados. O importante é incentivar qualquer tipo de atividade que resulte em um maior gasto energético, incluindo atividades diárias realizadas em casa, na escola, com o meio de transporte – ciclismo, por exemplo, – e no lazer. Além de orientar que atividades realizadas nessas ocasiões também são válidas e irão definir, no futuro, o nível de atividade física de cada um. O processo de convencimento deve perpassar toda uma ação diante da família, pois os hábitos sedentários muitas vezes são adquiridos pela comodidade familiar e pela falta de preparo para o incentivo.

#### Lembre-se

Os maiores benefícios à saúde já emergem quando alguém altera um estilo de vida sedentário e se torna apenas moderadamente mais ativo.

As informações oferecidas em relação à frequência, duração e intensidade de atividades físicas para se obter benefícios na saúde, combinadas com o incentivo dos pais, podem contribuir para uma mudança comportamental de crianças e adolescentes em prol da saúde, refletindo em um aumento do nível de atividade física. Há amplas evidências de que o envolvimento dos pais em intervenções de educação em saúde está associada a significativos ganhos de hábitos saudáveis. Lembre-se que nessa faixa etária se constroem padrões de comportamento. Programas educacionais com pouca ou nenhuma participação dos pais não são capazes de alcançar ganhos significativos (CHRISTODOULOS, DOUDA, POLYKRATIS M. e TOKMAKIDIS, 2006).

#### Para refletir...

Como fazer da atividade física um hábito espontâneo?

### Atividade 3

#### FÓRUM

Compartilhe ações bem sucedidas que contribuíram para o aumento do nível de atividade física entre crianças e adolescentes na área de abrangência das equipes que você apoia ou no projeto que você atua. Faça uma avaliação sobre o motivo pelo qual esta experiência pode ter dado certo e se seria possível avaliar se essas mudanças foram capazes de modificar hábitos de vida. Comente a experiência de seus colegas.

Vamos discutir esta questão no fórum.



## Parte 3

# Comportamento sedentário

A meninada de Curupira está alvoroçada, todos querem ir à casa do Pedro. Aliás, ele nem sai mais de casa. O motivo: Pedro ganhou um videogame, foi presente da cartinha do Papai Noel dos Correios, uma festa só. Consequência: O tempo em frente à televisão aumentou.

### Glossário

**Comportamento sedentário** é caracterizado pela realização de atividades cuja taxa metabólica é inferior a 1,5 MET's (Metabolic equivalent of task, ou equivalente metabólico de tarefa, representando múltiplos de taxa metabólica de repouso, ou RMR – resting metabol-

As atuais campanhas de saúde pública para reduzir a doenças crônicas, como a obesidade e o diabetes tipo 2, têm sido amplamente centradas no aumento do nível de atividade física e tem-se dado pouca atenção à redução de comportamentos sedentários.

Assistir televisão é um dos principais comportamentos sedentários em qualquer faixa etária. Nas últimas décadas, paralelamente ao aumento da obesidade, tem havido um aumento constante do número de casas com vários televisores, videogames, videocassetes, aparelhos de DVD, TV a cabo, e controles remotos, bem como o número de horas gastas assistindo TV (*Nielsen Report on Television, 2006*).

Comparada com outros comportamentos sedentários, como costura, jogos de mesa, leitura, escrita e condução de um carro, assistir TV representa a menor taxa metabólica (AINSWORTH, HAKSELL e LEON, 1993). É bem conhecido que assistir televisão com duração prolongada está associada à obesidade em crianças (GORTMAKER MUST e SOBOL, 1996; ANDERSEN et al, 1998; ROBINSON, 1999).

Agora, veja que interessante: pesquisas confirmam que, independente dos níveis de atividade física, os comportamentos sedentários, em especial assistir TV, estão associados com um risco significativamente elevado de desenvolver obesidade e diabetes tipo 2. Isso enfatiza a importância da redução do tempo de assistir TV e outros comportamentos sedentários para prevenção de doenças crônicas.

# Seção 3

Determinantes e condicionantes da atividade física para crianças e adolescentes:  
a relação com estilos de vida e atividade física

Os determinantes da saúde de crianças e adolescentes estão diretamente relacionados aos fatores sociais, fisiológicos e psicossociais que interferem na formação de estilos de vida e na orientação das atividades físicas e práticas corporais. Estão diretamente relacionados aos modos de vida da sociedade dos dias atuais, como o acesso a bens de consumo que facilitam o dia-a-dia, a desapropriação do espaço público enquanto ambiente de prática de atividades físicas e de brincadeiras, mas encarado como violento e promotor de criminalidade, entre outros.

Fatores condicionantes – como violência e bullying, drogas, álcool e tabaco, sexualidade e gravidez precoce, sedentarismo, obesidade, anabolizantes – são destaque nas agendas de promoção da saúde e, também, no ambiente educativo, a fim de que haja uma melhoria na qualidade de vida da população infantil e adolescente.

A abordagem do tema vincula a relação dos determinantes e dos condicionantes em saúde com a atividade física de crianças e adolescentes de modo a se estabelecer estilos de vida saudáveis aliados à prática da atividade física.

Tais aspectos são fundamentais para que o profissional de Educação Física possa perceber a estreita relação de influência dos determinantes nos hábitos e práticas diárias de crianças e adolescentes. Deste modo, acreditamos que as proposições estratégicas relacionadas à prevenção e à promoção da saúde possam ser mais facilmente determinadas.

Objetivamos com esta seção subsidiar os profissionais a analisar os determinantes e os condicionantes de saúde influenciáveis pelo estímulo, orientação e prescrição de atividades físicas no contexto familiar e comunitário.

**Relembrando**

No módulo Processo de Trabalho em Saúde, páginas 55-56, foi trabalhado o conceito de determinante. Sugerimos que você releia esse conceito (FARIA, WERNECK, SANTOS e TEIXEIRA, 2010).

## Parte 1

# Bullying

Nesta parte trataremos especificamente da violência que assola a sociedade nos dias atuais, principalmente nas escolas, mas encontrada também nos ambientes de trabalho, nos quartéis, nas ruas, nos condomínios e em todos os outros locais em que há a relação entre pessoas.

Objetiva-se que ao final desta parte você seja capaz de conceituar o *bullying* e reconhecê-lo no seu dia a dia, bem como organizar atividades e projetos para a prevenção e o combate.

Diego, de 11 anos, é aluno da Escola Municipal de Curupira e, aparentemente, é um garoto tranquilo. Frequenta as aulas regularmente, vai à igreja, mas o NASF da equipe verde percebe que ele sempre está sozinho.

Fátima, profissional de Educação Física, que também é professora na escola, vem notando um comportamento estranho no aluno, pois não faz a aula, exceto quando as atividades são individuais. Algumas vezes ela tentou conversar com ele, mas ele sempre afirma estar cansado, com dor na perna ou que aquele jogo ou brincadeira é muito chato.

Certo dia, D. Marta chegou apavorada na UBS com seu pequeno Diego, carregado por um vizinho. Acolhida, contou que seu filho voltava para casa e foi agredido por colegas de escola. Algumas pessoas da rua que viram disseram que quatro meninos saíram da escola e, assim que Diego dobrou a esquina, o cercaram.

Os profissionais da equipe de Saúde da Família chamaram a professora Fátima na UBS, mas ela não sabia do ocorrido, embora considerasse que, provavelmente, ele estivesse sendo vítima de *bullying*.

### Atividade 4

Você encara o bullying como uma questão de saúde pública?

Registre, por escrito, sua opinião. Consulte, no cronograma da disciplina outros encaminhamentos solicitados para essa atividade.



Continuando a história, Diego melhorou e não teve complicações. O médico da equipe de Saúde da Família disse que a escola, junto com o Conselho Tutelar, deveria investigar e tomar uma medida mais séria, pois o menino poderia ter tido graves sequelas.

Diego, como muitas crianças e adolescentes, foi vítima de bullying, um problema social que extrapolou os limites da escola e deixam pais, educadores, médicos, psicólogos e justiça em alerta. É reconhecido como um problema de saúde pública, em função dos males físicos e psicológicos que são ocasionados pelos assédios e violência, fazendo com que as UBS's passem a conviver com este fenômeno, que ultrapassa os muros da educação. Não dispomos de estudos que abordem o fenômeno especificamente nos territórios da zona rural, mas é sabido que esta prática ocorre independente de onde as pessoas estejam inseridas.

A prevenção ao bullying deve começar pela capacitação dos profissionais da educação e de saúde, a fim de que saibam identificar, distinguir e diagnosticar o fenômeno, bem como conhecer as estratégias de intervenção e de prevenção.

As consequências do bullying podem ser:

**Na saúde da vítima:** depressão; estresse de desordem pós-traumática; transformação também um agressor; ansiedade; perda de autoestima; problemas de relacionamento; automutilação; suicídio; doenças psicossomáticas.

**Nas aulas de Educação Física:** agressividade e falta de respeito com os colegas e com o professor; exclusão de alunos; brigas constantes.

Para o autor: estresse; transtornos mentais; depressão.

### Glossário

O *bullying* compreende todas as formas de atitudes agressivas, intencionais e repetidas, que ocorrem sem motivação evidente, adotadas por um ou mais estudantes contra um ou mais colegas, causando dor, angústia e sofrimento. As vítimas sofrem caladas e de forma contínua. Apresentam dificuldades para reagir diante de situações agressivas e acabam retraindo-se. Experimentam sentimentos de inferioridade, vergonha, medo, tensão, desrespeito, raiva e humilhação. Geralmente têm poucos amigos, são passivos, quietos e não reagem efetivamente aos atos de agressividade sofridos, talvez devido à sua excessiva insegurança.

A atuação do profissional de educação física diante do fenômeno bullying se dá sob dois aspectos: Prevenção e combate aos acontecimentos.

Em se tratando da prevenção, devem ser implementados projetos e campanhas direcionados a estabelecer a paz no ambiente escolar de modo a estender esta relação para as comunidades.

- Implantar a educação em valores, de extrema importância nesse momento.
- Incentivar a comunidade escolar a conhecer o bullying, desenvolver projetos com conceitos, representações sociais e propostas de ação.
- Estabelecer regras de convívio.
- Definir combinados específicos para a utilização de cada espaço físico que acontecem as práticas.
- Constituir núcleos / grêmios estudantis com promoção de eventos coletivos que envolvam todas as pessoas da comunidade escolar.
- Incluir os diferentes por meio de atividades de valorização e reconhecimento



dos valores e potencialidades.

Em se tratando de combate ao bullying, quando o ambiente já está contaminado:

- Falar com as crianças / adolescentes.
- Relatar os incidentes à equipe.
- Informar os pais dos envolvidos.
- Implantar medidas de interromper comportamento intimidador e os traços ameaçadores.
- Tentar apoiar o intimidador, para alteração do seu comportamento.
- Considerar a suspensão ou mesmo a expulsão do agressor, em situações mais graves.
- Estimular a reconciliação das crianças ou jovens.

Da mesma maneira, projetos específicos devem ser estabelecidos, de modo a restabelecer a paz, resgatar a autoestima dos envolvidos e dos demais, promover valores, estabelecer as regras de convivência e possibilitar que a escola seja descontaminada.

O profissional de educação física tem possibilidade de estabelecer diferentes formas de abordagens para tratar o bullying, em ações: individuais ou coletivas, dependendo da situação e dos casos específicos. De modo geral, as abordagens serão coletivas, através dos conteúdos específicos da educação física, valendo-se deles para promover valores, desenvolver competências pessoais, sociais, cognitivas e produtivas para fortalecer a autoestima do grupo e, assim, conseguir abordar o assunto claramente e preveni-lo.

Estratégias de ação, como o ensino em duplas e a aprendizagem cooperativa (modelos de ensino) podem contribuir para a organização das atividades coletivas, fazendo com que crianças e adolescentes convivam harmonicamente em grupos e não deixem o ambiente ser contaminado com os problemas da violência.

Autores de bullying são pessoas doentes que usam suas potencialidades para destruir os outros. Necessitam de apoio: esse comportamento deve ser inibido e a pessoa neutralizada para, em seguida, ser referenciada ao serviço de atenção à saúde mental, para receber tratamento devido e não cometer novamente os abusos.

## Parte 2

# Álcool, drogas ilícitas, tabaco, anabolizantes

A relação de crianças e adolescentes com o consumo de substâncias ilícitas ou com graves repercussões à sua saúde está cada dia mais ampliada, por vários fatores, entre eles a facilidade de acesso e a falta de informação e conscientização sobre riscos e danos. O uso de drogas ilícitas, álcool e tabaco pode ser vivenciado cada vez mais cedo, mesmo diante das proibições de venda e consumo, principalmente nas comunidades mais desprovidas financeiramente. A essas, e mais especificamente relacionado à atividade do profissional de Educação Física, soma-se o uso de anabolizantes.

Ao final desta parte você deverá ser capaz de discutir, refletir e analisar acerca dos aspectos abordados, relacioná-los com a prática do profissional de Educação Física nas equipes dos NASF's, a partir de uma intervenção interdisciplinar para prevenir e combater os determinantes que interferem no uso pelos drogatícios.

### Álcool

Keli, Marlon e Júnior estão entristecidos; no último final de semana a mãe deles foi encontrada morta, caída no beco, próximo à boca de lobo. Ela havia saído na sexta à noite, com o Manuel – seu marido – e a Marli, sua sogra; foram até o bar do beco beber umas cachaças, como era de costume.

Esta família é muito conhecida lá na comunidade. A equipe do NASF sempre preocupada com eles, pois os meninos estão sempre sujos, com fome, faltam à escola constantemente e, pior ainda, agora sem mãe. O Manuel bebe muito e a avó também. Além disso, ele consome droga, ninguém sabe, ao certo, qual.

Passados alguns meses morreu a avó: mais tristeza e solidão para essas crianças. Dizem, inclusive, que o Marlon já foi visto bebendo, também.

A equipe do NASF, sempre atenta, busca conversar com a família, mas com muita dificuldade, pois nem sempre é recebida, ou o Manuel está bêbado e não compreende nada. Fátima, a profissional de Educação Física, dá aulas na escola para os meninos e sempre conversa com eles e toda a sua turma em relação à higiene, tomar banho, escovar dentes, vir para a escola limpinhos, mas, este é o problema, a família não colabora.

Marlon é o filho do meio, tem oito anos, garoto esperto, corre muito, joga uma boa bola, mas tem muita dificuldade de aprendizagem na escola, mal sabe ler e escrever o seu nome; além disso, é muito bagunceiro.

No último final de semana teve a festa junina da escola, a equipe do NASF toda esteve presente. Foi uma festança, todos muito felizes, mas o Marlon nem passou pela festa. As pessoas sentiram falta, pois, afinal, ele sempre estava presente.

Manuel chegou em casa e encontrou Marlon na porta, deitado, dormindo, ao lado dele uma garrafa de vodka. Manuel pegou o menino levou para dentro e o colocou pra dormir. No outro dia Kelli, a irmã mais velha, percebeu que tinha algo errado, o irmão ainda não tinha levantado. Ela chamou por ele, mas ele não respondeu. A menina – de apenas 14 anos – chamou o pai, que mesmo ainda embriagado do dia anterior, percebeu que tinha algo errado. Chamaram o SAMU, que ao chegar o responsável percebeu que o menino estava inconsciente, com forte hálito alcoólico. Marlon, rapidamente, foi levado ao pronto socorro.

Em junho de 2009, o Ministério da Saúde lançou o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) voltado aos 100 maiores municípios brasileiros (com mais de 250 mil habitantes), todas as capitais e sete municípios de fronteira selecionados, totalizando 108 municípios (BRASIL, 2009e). Essas cidades somam 77,6 milhões de habitantes, que correspondia a 41,2% da população nacional.

O plano busca alcançar, prioritariamente, crianças, adolescentes e jovens em situação de grave vulnerabilidade social, por meio das ações de prevenção, promoção e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas.

### Para refletir...

Para a dona de casa S.R.O., de 53 anos, é impossível se lembrar do dia 5 de outubro de 2009 sem lágrimas nos olhos. Naquela data, o filho dela, R., foi assassinado com dois tiros, quatro dias depois de completar 20 anos. O jovem era usuário de drogas e, no mesmo dia em que foi morto, estava preparando as malas para se internar em uma clínica de reabilitação. "Ele queria mudar de vida. Na noite anterior, me abraçou e disse que iria se tornar um novo homem. Que queria um futuro diferente", conta a mãe.

Pouco antes de partir para os nove meses de tratamento, que exigiram total isolamento da sociedade, R. se despediu da mãe e disse que precisava resolver algumas pendências. Por volta das 14h, S.R.O. recebeu a notícia de que o filho havia levado dois tiros à queima roupa...

### Para saber mais...

Para saber mais, consulte <http://www.fjp.gov.br/index.php/banco-de-noticias/35-fjp-na-midia/1081-o-pesadelo-que-brota-dos-numeros>, de onde o caso foi adaptado (MINAS GERAIS, 2010)

### Drogas ilícitas

O horário da saída e chegada na escola da comunidade de Curupira é uma festa, a meninada corre, brinca, se esbarram, mas é sempre muito divertido. Meninos mais velhos estão sempre na porta, a fim de arranjar uma paquerinha. Até aí tudo bem, o problema é no noturno, a escola está um alvoroço, muita confusão e desrespeito, até a polícia está sendo chamada, pois dizem que tem aluno traficando drogas lá dentro. Acontece nesta comunidade, de pobreza e moradias inadequadas, que as pessoas vão chegando e se acomodando, o tráfico de drogas aumentando e, com isso, mais pessoas envolvidas, principalmente as crianças e os adolescentes, chamados de aviões.

O consumo de drogas alarma a população: cada dia é crescente o número de crianças e adolescentes se envolvendo. É um princípio de fácil entendimento: mata a fome e causa uma sensação – mesmo que momentânea – de prazer e liberdade. O tráfico traz aos adolescentes e jovens a possibilidade de terem um tênis da moda, um celular bacana, uma calça diferente, uma blusa de time. Projetos desenvolvidos na região objetivam a prevenção e o combate às drogas. Mas é uma luta desleal: são ensinados valores e constituição de projetos de vida, ou seja, oferecidas oportunidades para médio e longo prazo. Entretanto, com o tráfico as ofertas são imediatas, o dinheiro é na hora, embora o preço que se paga pela vida em jogo não é conhecido.

Dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) da Escola Paulista de Medicina mostram que os jovens iniciam sua trajetória nas drogas cada vez mais cedo, por fatores diversos, e chamam a atenção dos profissionais da saúde para o problema, destacando a necessidade de intervenção na prevenção (<http://www.cebrid.epm.br/index.php>, 2010).

Segundo Silber e Souza (1998)

É muito difícil diferenciar a experimentação do uso freqüente, do abuso e da adição ou farmacodependência, mas é possível fazer algumas generalizações:

1º – quanto mais cedo um adolescente inicia o uso de uma substância, maior é a probabilidade do aumento na quantidade e na variedade do uso;

2º – os adolescentes são comumente menos capazes de limitar o uso do que os adultos;

3º – a experiência hoje é muito diferente do passado: o número de experimentadores é maior, surgem novas substâncias e combinações cuja sintomatologia se confunde. Além disso, as substâncias conhecidas são diferentes; por exemplo, a maconha nos anos 70 continha menos de 0,2% de THC (Delta 9 – tetrahydro – canabinol) e 20 anos após contém uma média de 6%, chegando a 14%;

4º – o uso ilegal constitui um delito;

- 5º – o jovem atribui à droga a solução de todos os seus problemas;
- 6º – no início do não há sinais e sintomas que os levem à consulta, eles aparecem como consequência do abuso e da dependência. Por isso, no começo é difícil que aceitem ajuda;
- 7º – quando há sintomas, o trabalho de reabilitação é difícil e frustrante, sendo baixo o índice de recuperação nos diferentes programas que trabalham com adictos;
- 8º – os resultados dos levantamentos apresentados revelam objetivamente que estamos frente a uma doença grave, e a única forma de não adquiri-la é a prevenção.

Em acordo ao Ministério da Saúde, os traficantes são assunto de polícia. Já os usuários devem ser cuidados pelos profissionais de saúde, pois detêm o treinamento e formas de abordagem. Um dos parceiros nesta luta é a equipe de SF, juntamente com as equipes do NASF, por meio de atividades e ações de combate, prevenção e tratamento.

### **Tabaco**

Conforme o portal do Ministério da Saúde a cada dia aumenta o número de tabagistas no mundo. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que, a cada dia, 100 mil crianças tornam-se fumantes em todo o planeta. Estes números são alarmantes, mesmo em meio a todas as campanhas, programas e projetos que são desenvolvidos de modo a prevenir e controlar o uso do tabaco.

O profissional de Educação Física pode contribuir significativamente, aliando suas atividades e promovendo campanhas de combate ao tabagismo, identificando papéis sociais e representando-os durante exposições e diálogos. Importante determinar que o tabagismo é uma moda, muitas vezes efêmera, mas duradoura nos estragos causados no organismo, que devem ser prevenidos.

### **Anabolizantes**

O uso dos anabolizantes tornou-se epidêmico em meio aos jovens interessados em musculação, podendo ser considerado um caso de saúde pública e de polícia. A cada dia mais jovens desejam um resultado rápido da musculação e se expõem a riscos na sua saúde e na mudança do corpo. Não há diferença de classe social, o uso é indiscriminado; crianças entre 9 e 13 anos de idade já têm acesso e as academias são as grandes responsáveis pela distribuição.

#### **Para saber mais...**

Recomendamos a leitura do artigo original: SILBER, T. e SOUZA, R. Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer. *Adolescência Latinoamericana*, Porto Alegre, v.1, n.3, 1998. Disponível em: < [http://ral-adolesc.bvs.br/pdf/ral/v1n3/a04\\_v01n3.pdf](http://ral-adolesc.bvs.br/pdf/ral/v1n3/a04_v01n3.pdf) > Acesso em 15 de Nov de 2010.

#### **Para refletir...**

O grupo de adolescentes descobre o tabaco, todos reunidos em uma festinha. O ato de fumar gera status social e, além disso, é uma porta para a vida adulta, deixando de lado a infância.

O profissional de Educação Física é o responsável pela orientação em relação ao uso destes medicamentos, informando às crianças e adolescentes sobre seus efeitos, discutindo os resultados nocivos à saúde, tais como problemas renais, impotência, desenvolvimento das mamas nos meninos, crescimento de pelos nas meninas, dentre outros. Ele deve incentivar a prática da atividade física saudável, de modo que as pessoas não se comprometam com ações ilegais e sujeitas a riscos e danos permanentes à saúde.

### Para refletir...

“Uma pesquisa realizada pela Universidade de Massachusetts com 975 crianças norte-americanas, entre 9 e 13 anos, traz resultados alarmantes: 32% dos garotos conheciam um colega da mesma idade que estava utilizando esteróides anabolizantes. E ainda: 2,7% dos meninos e 2,6% das meninas admitiram consumir tais substâncias. Isso significa, na melhor das hipóteses, que numa sala de aula com 50 alunos da 4ª série do ensino fundamental, pelo menos um já assume que está se drogando”.

Fonte: Boletim CONFEE 58, nov.2010. Anabolizantes: consumo vira epidemia entre jovens. Disponível em <http://www.confef.org.br/extra/conteudo/impressao.asp?id=522>

### Importante

Os esteróides anabolizantes são drogas utilizadas para substituírem o hormônio masculino Testosterona, fabricado pelos testículos. A indicação destes medicamentos se dá para pacientes com déficit na produção deste hormônio, sem a indicação médica, seu uso visa melhorar o desempenho nos esportes, aumentar a massa muscular e reduzir a gordura do corpo.

Os efeitos colaterais são diversos, tais como: redução da produção de esperma, impotência, dificuldade ou dor em urinar, calvície e crescimento irreversível das mamas (ginecomastia) – homens e meninos adolescentes. Nas mulheres e meninas adolescentes, engrossamento da voz, crescimento de pelos no corpo e face, perda de cabelo, diminuição dos seios. Em pré-adolescentes e adolescentes de ambos os sexos, bloqueio de crescimento. Em homens e mulheres de qualquer idade, aparecimento de câncer de fígado, perturbação da coagulação do sangue, alterações no colesterol, hipertensão, ataque cardíaco, acne, oleosidade do cabelo. Além disso, corre-se o risco de transmissão de HIV e Hepatites, quando compartilhadas agulhas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2006).

(Adaptado de: [http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest\\_drogas/esteroides\\_anabolizantes.htm](http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/esteroides_anabolizantes.htm))

## Parte 3

# Sexualidade: gravidez precoce, violência sexual

A sexualidade não é apenas sexo, envolve desejos e práticas relacionadas a afetividade, aos sentimentos e ao conhecimento individual (BRASIL, 2009d).

Para o profissional de Educação Física, a realidade da sensualidade e da puberdade é uma constante em seu processo de trabalho. Durante as atividades físicas, ou as práticas corporais, o corpo fica em evidência, devido à movimentação. É nesse momento que crianças maiores, adolescentes e adultos jovens – embora a situação se repita, em níveis diferentes, com adultos e idosos – enfrentam, ora encantamento e exibição, ora uma grande dificuldade, pela exposição do corpo que se modifica, o que pode gerar vergonha, culpa, ansiedade e medo.

Por outro lado, as mudanças corporais podem acarretar angústias, isolamento e hábitos que não existiam. O corpo passa a ser objeto de desejo, e gera sentimentos antagônicos: erotização, exibicionismo, autoestima positiva, fisiculturismo, ou pudor excessivo, retração, baixa autoestima e isolamento.

O profissional de saúde, especialmente o de Educação Física, tem de estar atento a essas mudanças físicas e emocionais. Como direcionar as atividades de modo que meninos e meninas sejam incluídos, física, emocional e socialmente?

Este é um desafio: profissionais de Educação Física em interface com as outras profissões, construindo saberes de modo que crianças e adolescentes possam vivenciar a sua sexualidade e, conseqüentemente, amadurecerem com mais consciência cultural e social do seu corpo.

### Atividade 5

A partir da análise realizada na atividade 3, como possibilitar que crianças e adolescentes tenham uma relação com o seu corpo, conhecendo-o, respeitando-o. Como trabalhar o individual e o coletivo nas comunidades na conscientização corporal?

Registre, por escrito, sua opinião. Consulte, no cronograma da disciplina, outros encaminhamentos solicitados para essa atividade.



### Para saber mais...

A caderneta de saúde do (a) adolescente tem boas informações sobre a gravidez precoce. Confira: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta\\_meninas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_meninas.pdf) (BRASIL, 2009 d)

### Gravidez precoce

Simone é uma bela menina, esperta, inteligente, risonha, alto astral. Morena bonita, com corpo de mulher, cresceu muito, parece que herdou a altura do avô. Anda pela comunidade de Curupira e conhece todo mundo. A equipe do NASF conta sempre com ela, para apresentar alguém, dar notícias.

De tão linda e simpática, claro arrumou um belo namorado. Anderson, primo da sua amiga, rapaz bacana, morador do Bairro das Conchas, pertinho da comunidade de Simone. Muito nova, apenas 13 anos, sua mãe ficou muito preocupada, um namorado de 18 anos, bonito.

Simone e Anderson continuaram namorando, passeavam junto aos domingos, aos feriados e dias alternados da semana. Na escola todas as amigas conversavam com ela, afinal, ela namorava um rapaz e não um coleguinha da sala.

E assim o tempo passou, até que às vésperas de Simone completar 15 anos, ela conversou com a D. Márcia, enfermeira chefe da equipe de Saúde da Família. Disse ela que estava se estranhando, pois se sentia inchada, com a barriga diferente, os seios doloridos e não menstruava já fazia um bom tempo.

D. Márcia tomou um susto: outra adolescente grávida.

Leia e reflita sobre texto a seguir, extraído do site do IBGEteen (BRASIL, 2011).

#### Jovens mães

Quando uma adolescente engravida, geralmente ela se vê numa situação não planejada e até mesmo indesejada. Na maioria das vezes a gravidez na adolescência ocorre entre a primeira e a quinta relação sexual. E quando a jovem tem menos de 16 anos, por sua imaturidade física, funcional e emocional, crescem os riscos de complicações como o aborto espontâneo, parto prematuro, maior incidência de cesárea, ruptura dos tecidos da vagina durante o parto, dificuldades na amamentação e depressão. Por tudo isso, a maternidade antes dos 16 anos é desaconselhável.

O jovem casal deve ter em mente que um filho inesperado pode significar ter que rever seus projetos de vida, interromper os estudos ou cancelando planos futuros de vida profissional. Uma criança exige atenção, amor, dedicação, além dos cuidados físicos. Durante muito tempo ela será totalmente dependente dos pais, que deverão educá-la e contribuir para a formação de seu caráter.

Nas duas últimas décadas, a incidência de casos tem aumentado significativamente ao mesmo tempo em que tem diminuído a média de idade das adolescentes grávidas. Fique atento aos itens abaixo, pois eles são as causas mais frequentes da gravidez na adolescência:

Desconhecimento dos métodos para evitar a gravidez – ainda hoje encontram-se rapazes e moças totalmente desinformados em relação aos conhecimentos elementares sobre o funcionamento do corpo humano e aos métodos para evitar a gravidez.

Método conhecido, mas não praticado – um grande número de adolescentes não usa nenhum método anticoncepcional, apesar de conhecer alguns deles.

Uso de método anticoncepcional de baixa eficiência – a falta de informação correta faz com que os adolescentes usem métodos de elevada taxa de falha como a tabelinha e o coito interrompido, que não exigem consulta médica.

Uso incorreto ou falha no uso de um método – se a jovem se esquecer de tomar a pílula ou se a camisinha se romper por uso incorreto o risco de gravidez é grande.



## Violência sexual

A violência sexual, contra uma criança ou adolescente, executada por um adulto ou por outra criança mais velha, caracteriza-se pela sua vitimização e a pessoa autora do abuso sente satisfação ou prazer diante do ato. Violência sexual é um descritor em ciências da saúde, assim definido: “É o abuso de poder, no qual o indivíduo é usado para gratificação sexual de outro indivíduo, através da indução a práticas sexuais, com ou sem violência física.” (BRASIL, s.d.)

Não há padrão para definirmos quem é o autor ou a vítima, o abuso pode estar em casa, na vizinhança, na escola, na igreja, independe de ser ou não da mesma família. As condições financeiras, sociais ou acadêmicas não estabelecem parâmetros para a violência, mas sim as questões culturais, vinculadas à virilidade representada pelo papel sexual masculino tradicional de força e poder, em contraposição ao papel sexual feminino de submissão, fraqueza e inferioridade.

Ao longo da história, em diferentes culturas, convivemos com situações de violência sexual, que resulta de um fenômeno social e cultural complexo, que infringe diretamente o direito à vida, à liberdade e, principalmente, à dignidade humana.

A vítima de violência sexual se cala diante das agressões, é o chamado pacto de silêncio, que pode ser motivado pelo medo de não ser acreditada, por medo de ser culpada pela agressão, pelo medo de que as ameaças que sofre se cumpram, motivando o agressor a continuar a violência sem que seja punido pelo ato.

Incentivar que as vítimas rompam o silêncio é o primeiro passo para a resolução dos problemas e a cessação da violência, uma vez que encorajada ela não mais permitirá o assédio e o autor (a) será devidamente enquadrado (a) nas medidas cabíveis na legislação.

Outro aspecto difícil de ser enfrentado pelos profissionais de Educação Física é o que fazer, se suspeitarem que um aluno ou aluna está sendo vítima de violência sexual.

Com base no Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA) a vítima de abuso pode ser reconhecida a partir de aspectos físicos, comportamentais e sexuais; é importante ressaltar que estes aspectos devem ser analisados sob a perspectiva macro e coletiva. Isolados, eles podem não significar a violência.

São alguns indicadores físicos: dilatação do hímen, sangramento, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, infecções e dores na região genital e abdominal. Sexuais: masturbação excessiva, conhecimento sexual que não condiz com a fase de desenvolvimento em que a criança/adolescente se encontra comportamento sexualmente explícito ou embotamento sexual. Comportamentais: isolamento, depressão, pensamentos e tendências suicidas, queda no rendimento escolar, fuga de casa, agressividade ou apatia extremas, medo, choro constante sem causa aparente, distúrbios do sono, distúrbios da alimentação, autoagressão, preocupação exagerada com a limpeza corporal, aparência desleixada, entre outros. (SANTA CATARINA, 2011)

Por fim, o que fazer? Os profissionais de Educação Física, na sua ação diária com o corpo, devem dar oportunidade para que crianças e adolescentes falem, que se expressem, que contem o que acontece com o seu corpo. Estejam atentos aos comportamentos, às mudanças bruscas, à exploração da sexualidade descontextualizada das atividades e do desenvolvimento físico e emocional dos alunos, para que possam identificar possível vítima sexual, que precisa de ajuda.

Caso algum aluno queira relatar a você que está sendo vítima sexual, procure um local e um momento tranquilo: dê atenção e apoio, faça-o sentir-se seguro e apoiado, demonstre que ele não é culpado e que você irá buscar ajuda.

Denuncie imediatamente ao Conselho Tutelar, procure a família. Lembre-se você faz parte de uma equipe: todos devem atuar coletivamente, a fim de que o objetivo seja mais facilmente alcançado.

## Parte 4

# Obesidade

### Obesidade

A obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no corpo. Um dos fatores determinantes é a relação com a ingestão de alimentos, em que a ingestão é maior do que o gasto – obesidade exógena. Há, também, embora bem menos prevalente, a obesidade causada por fatores endógenos, isto é, doenças genéticas que levam à obesidade, como por exemplo: hipotireoidismo, síndrome de Cushing, excesso de androgênios, síndromes genéticas, etc.

Na cidade de Curupira (FARIA, WERNECK, TEIXEIRA e SANTOS, 2009) podemos perceber que o aumento de peso é significativo, a equipe de Saúde da Família não sabe o motivo, o diagnóstico ainda não fora realizado, mas, hipoteticamente, acredita-se que esteja vinculado à mesma questão mundial: hábitos alimentares inadequados e aumento do sedentarismo.

As consequências são desastrosas uma vez que, com o aumento da obesidade, várias doenças são também ampliadas, como a hipertensão arterial, o diabetes, as doenças articulares.

Você pode identificar a tendência ou o sobrepeso ou obesidade instalados com métodos simples e fáceis de serem realizados, em que os dados a serem obtidos são o peso (medido sem sapatos e com o menor número de peças de roupa), a estatura e a idade.

Em crianças, o método preconizado é a verificação, na Caderneta de Saúde da Criança, da evolução da curva de peso e altura em relação à idade, para meninos e para meninas, desde o nascimento. Uma curva ascendente (acima do percentil 75, na direção do percentil 90) pode significar uma tendência para a obesidade. Compare com a curva de estatura. Se o mesmo fenômeno acontece, com estatura também no mesmo percentil, ou próxima, trata-se de uma criança grande, e não gorda. Curvas em que o peso está em percentil mais alto – acima do 75 ou do 90 – sem correspondência na curva de estatura – percentil 50 ou menos, por exemplo –, pode significar sobrepeso ou obesidade.

O método seguinte, verificação do Índice de Massa Corporal (IMC), embora possa ser aplicado desde o nascimento, tem melhor significação a partir dos dois anos de idade.

A partir do cálculo do  $IMC = (kg \div m^2)$  você poderá obter um valor e avaliar, plotando-o em um das Figuras 1 a 4, a seguir, de acordo com a idade e sexo da criança. Elas fazem parte da Caderneta de Saúde da Criança, para ambos os sexos (BRASIL, 2009a, 2009b). Observe que nessas curvas são utilizados os escores-z, ou desvio-padrão e que o conceito de adolescência abrange dos 10 aos 19 anos.

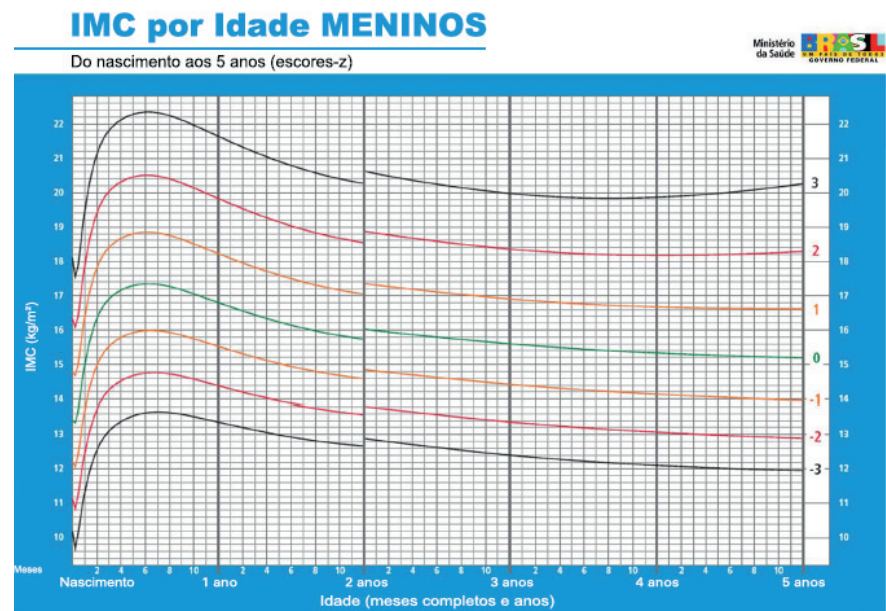
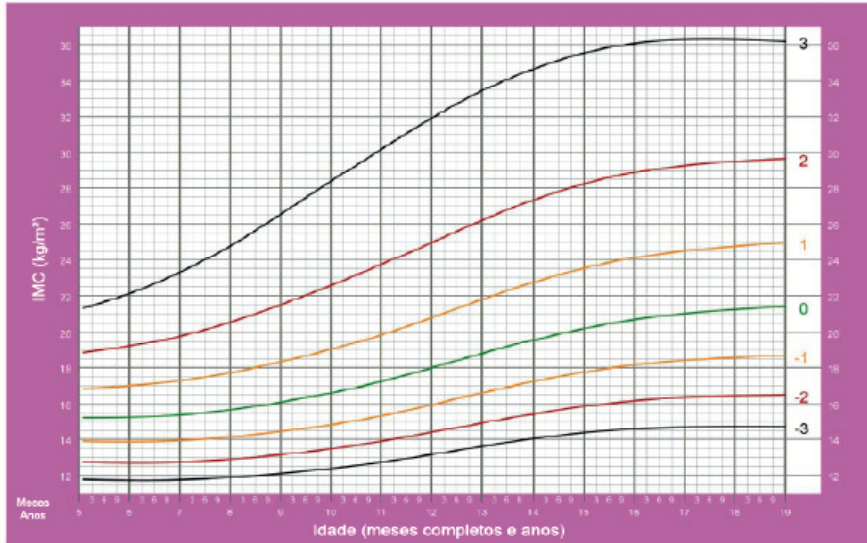


Figura 1 – Índice de Massa Corporal (IMC) para meninos, do nascimento aos cinco anos, em desvios-padrão.

### IMC por idade MENINAS

Dos 5 aos 19 anos (escores-z)

Ministério de Saúde



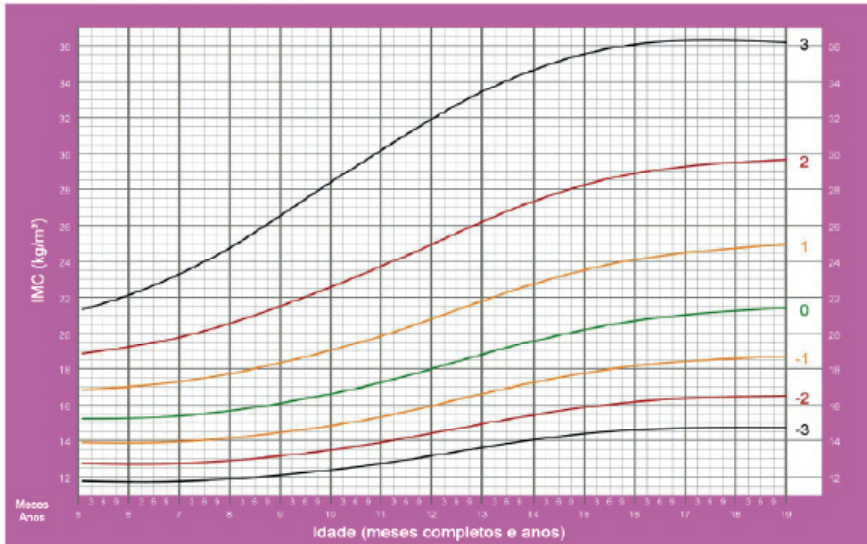
Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

Figura 2 – Índice de Massa Corporal (IMC) para meninas, dos cinco aos 19 anos, em desvios-padrão.

### IMC por idade MENINAS

Dos 5 aos 19 anos (escores-z)

Ministério de Saúde

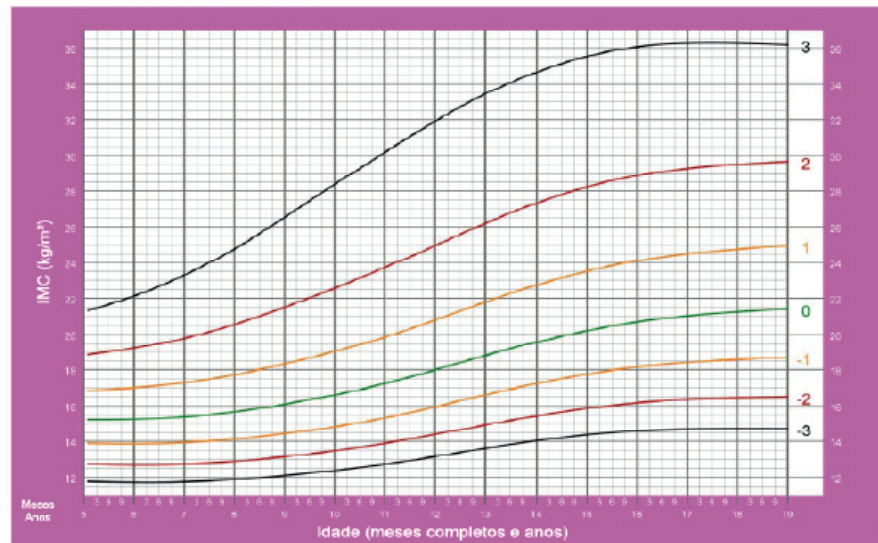


Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

Figura 3 – Índice de Massa Corporal (IMC) para meninas, do nascimento aos cinco anos, em desvios-padrão.

## IMC por idade MENINAS

Dos 5 aos 19 anos (escores-z)



Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

Figura 4 – Índice de Massa Corporal (IMC) para meninas, dos cinco aos 19 anos, em desvios-padrão.

Em adolescentes, além da comparação da evolução do peso e da estatura em curvas de crescimento, o indicador mais rápido, fácil e confiável é Índice de Massa Corporal (IMC), também componente da Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2009c) e da Caderneta de Saúde da Adolescente (BRASIL, 2009 d), dos 10 aos 19 anos, com as curvas em desvio-padrão (DP).

Por exemplo, vejamos o caso de adolescente do sexo masculino, aos 13 anos, com peso de 42 kg, e 140 cm de estatura (=1,40 m). Na prática: divida 42 por 1,40 (resultado parcial 21,42) e divida de novo por 1,40, obtendo o valor de 21,42. Veja na figura 2 que se trata de um adolescente com peso saudável, sem obesidade.

Após o cálculo do IMC, o prontuário das crianças e dos adolescentes que está na UBS deverá ser consultado, pois os registros anteriores de valores ou posições em curvas de crescimento fornecerão dados bastante relevantes para a análise final e para o diagnóstico da obesidade.

Vale ressaltar que você não deverá cuidar desse assunto individualmente, mas deve ser estabelecida uma interface com as outras profissões da equipe, de modo que o sobrepeso ou a obesidade de fato seja diagnosticado e tenha uma abordagem e tratamento eficaz.

Além das doenças já destacadas, o adolescente obeso sofre uma grande rejeição, seja ela intrínseca ou extrínseca, desenvolvendo problemas psicossociais como:

- Depressão: como causa ou consequência da obesidade.
- Dificuldade de relacionamento com amigos.
- Problemas escolares.
- Dificuldades de inserção no mercado de trabalho.
- Dificuldades quanto à prática de esportes.

O tratamento destas consequências, bem como das causas da obesidade, devem ser realizados pela equipe, visto que a intervenção deverá ser multidisciplinar, ou seja, acompanhamento psicológico, nutricional, médico e desenvolvimento de programa de atividades físicas regulares.

Encerramos mais uma seção, a qual se dedicou a abordar os aspectos relacionados aos determinantes e condicionantes da saúde da criança e do adolescente. A partir de agora, você deverá estar apto a programar as suas atividades refletindo nos determinantes abordados.

Além disso, é fundamental que você tenha compreendido a importância da prática da atividade física a fim de que você possa iniciar a seção seguinte refletindo acerca das orientações que serão apresentadas.

# Seção 4

Orientações e recomendações para a prática de atividade física para crianças e adolescentes



Nesta seção abordaremos as orientações e as recomendações para a prática da atividade física. Vamos apresentar as faixas etárias e a intervenção profissional, bem como a proposta que atualmente está vigente junto ao CONFEF. Ao final da seção você deverá ser capaz de analisar, planejar, executar e avaliar atividades e projetos específicos para crianças e adolescentes.

A base para a divisão etária nesta seção dar-se-á mediante a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (BRASIL, 1996), a qual deve ser referência para a elaboração, execução e avaliação de programas de atividade física e práticas corporais para crianças e adolescentes nos NASF's. Devem ser utilizados, também, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) os quais orientam a organização dos conteúdos e a relação de faixa etária nas práticas da Educação Física.

Importante ressaltar que a base orientadora de diagnóstico da relação peso/idade da criança e do adolescente estão referendadas pela Caderneta de Saúde da Criança e Caderneta de Saúde do (a) Adolescente. Em caso de dúvida, recorra a elas.

**Lembre-se**

Conforme a LDB a educação é dividida em Educação Infantil até os seis anos; Ensino Fundamental dos seis aos quinze e Ensino médio dos quinze aos dezoito.  
Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm)

Com base nos PCN, os conteúdos devem estar pautados na coerência da proposta a ser implementada, seja ela na escola, nas academias, nos clubes, nas escolinhas, nos projetos sociais e, agora, nos NASF's, contemplando as demandas sociais apresentadas por cada região.

A seleção e a definição dos mesmos deverão seguir parâmetros que devem estar diretamente relacionados com a efetivação dos objetivos de cada ação; como proposta, os PCN sugerem como critérios: a relevância social, as características dos alunos e a característica sociocultural de cada região.

A fim de que haja uma adequação dos conteúdos às reais necessidades dos envolvidos, os PCN's traçam uma estruturação da proposta curricular, a qual se dá pela organização do ensino em três blocos de conteúdos: desporto, jogos, lutas e ginásticas; atividades rítmicas e expressivas; cultura corporal e corporeidade.

Destaca-se que o Parâmetro Curricular Nacional (PCN) é a organização escolar que referencia o ensino das disciplinas no Brasil. No estado de Minas Gerais a referência curricular se dá a partir do Currículo Básico Comum (CBC), que distribui os conteúdos das disciplinas.

Você pode encontrar este conteúdo no Centro de Referência Virtual do Professor.

Disponível em: <http://crv.educacao.mg.gov.br/>

Ensino fundamental e Ensino médio:

[http://crv.educacao.mg.gov.br/sistema\\_crv/banco\\_objetos\\_crv/%7B922DC580-837C-4CD5-B5D4-B49F9FEB4533%7D\\_educacao%20fisica.pdf](http://crv.educacao.mg.gov.br/sistema_crv/banco_objetos_crv/%7B922DC580-837C-4CD5-B5D4-B49F9FEB4533%7D_educacao%20fisica.pdf)

Vale ressaltar que não se pode planejar as atividades da Educação Física dissociando-a da educação, pois a criança, e o adolescente que frequenta a escola é a mesma pessoa que participa de projetos sociais, como Academia da Cidade, em Belo Horizonte, e o NASF. Neste contexto, é fundamental que sejam estabelecidas relações com as várias equipes das comunidades para que as atividades sejam complementares e não concorrentes, pois desta forma atingiremos uma maior número de participantes, que deve ser sempre a nossa meta.

O ideal é estabelecer uma relação de intimidade com a atividade física, a qual é recomendada durante toda a vida, com orientação adequada por profissionais. Nesse sentido, deve-se ensinar a gostar do esporte. O processo de intervenção do profissional de Educação Física deve seguir as diretrizes propostas para as práticas corporais e a atividade física, expressas nas diretrizes do NASF. Entretanto, o aluno deve ser visto na sua integralidade.

### **Importante**

“As Práticas Corporais e Atividade Física devem ser construídas a partir de componentes culturais, históricos, políticos, econômicos e sociais de determinada localidade, de forma articulada ao espaço-território onde se materializam as ações de saúde, cabendo ao profissional de saúde a leitura abrangente do contexto onde irá atuar profissionalmente e como ator social.”, de acordo com o Caderno de Atenção Básica n. 27 (BRASIL, 2009, p.143).

Neste direcionamento, devem ser considerados os espaços públicos, bem como os grupos que já se constituíram no seu tempo de lazer, visando à socialização e a contribuição para o desenvolvimento humano dos sujeitos envolvidos.

## Parte 1

# A prática de atividade física

Nesta parte serão apresentados os aspectos fundamentais que representam a prática da atividade física. Objetiva-se discutir ainda as orientações e as recomendações de atividades físicas a grupos de usuários crianças e adolescentes com agravos e patologias específicas. Além disso, é importante destacar que ao final desta parte o profissional deverá ser capaz de elaborar e executar programas direcionados para crianças e adolescentes conforme as orientações e recomendações apresentadas.

Compete aos profissionais de Educação Física dos NASF's a interação e a integração com outros setores sociais que também se dedicam às crianças e adolescentes, isto é, escolas, projetos sociais, esportivos e de lazer, a fim de que as ações se complementem e não se sobreponham, para que crianças e adolescentes sejam atendidos integralmente e as ações façam diferença em suas vidas.

Tratando especificamente das crianças e dos adolescentes, ressalta-se a ocupação dos espaços públicos e a forma como se constituem as práticas corporais nestes espaços.

As diretrizes nos apontam que seja estabelecida a relação da promoção da saúde diante dos aspectos antropológicos, ou seja, que a cultura da comunidade esteja refletida e reflita nas atividades a serem desenvolvidas, que o corpo seja pensado de maneira global e não segmentado. Assim, as práticas devem institucionalizar-se não apenas a partir dos enfoques da mídia, mas principalmente pelo que se apresenta na região a qual o profissional vai atuar.

Os problemas que são detectados devem ser tratados por toda a equipe, de modo que as ações transcendam o tecnicismo e de fato contribuam para a definição e a resolução dos nós críticos.

É competência do profissional de Educação Física tanto a interação na equipe de SF – com base na orientação, por meio de palestras, elaboração de materiais educativos, organização de projetos –, quanto à intervenção diretiva, por meio de atividades de promoção da saúde, utilizando dos conteúdos específicos da Educação Física e incentivando um estilo de vida saudável e ativo.

Devem ser atendidas as recomendações do CONFEF (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 2010):

- Proporcionar educação permanente por meio de ações próprias do seu

### Para saber mais...

“Atribui-se ao profissional de Educação Física as competências e habilidades para diagnosticar, planejar, organizar, supervisionar, coordenar, executar, dirigir, assessorar, dinamizar, programar, desenvolver, prescrever, orientar, avaliar, aplicar métodos e técnicas motoras diversas, aperfeiçoar, orientar e ministrar sessões específicas de exercícios físicos ou práticas corporais diversas” (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 2002, p3).

campo de intervenção, juntamente com as equipes de Saúde da Família (ESF), sob a forma de coparticipação, acompanhamento e supervisão, discussão de casos e métodos da aprendizagem em serviço.

- Incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertencimento social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte, das praticas corporais de qualquer natureza e do lazer ativo.
- Promover ações ligadas aos exercícios/atividades físicas próprias do seu campo de intervenção junto aos órgãos públicos e na comunidade.
- Articular parcerias com setores da área administrativa, junto com a ESF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para a prática de exercícios/atividades físicas próprias do seu campo de intervenção.
- Promover eventos que estimulem e valorizem a prática de exercícios/ atividades físicas próprias do seu campo de intervenção, objetivando a saúde da população.

Compete ainda ao profissional, conhecer as crianças, adolescentes e suas famílias, ter acesso ao seu prontuário da UBS, analisar os aspectos vinculados às determinantes da seção anterior, a fim de que as atividades propostas sejam de fato direcionadas e canalizadas para os meios e fins necessários.

O conteúdo sobre o corpo em movimento deve ser integrante do dia a dia. Nos NASF's devemos levar em consideração um aspecto muito importante: lidamos com pessoas que precisam do apoio, da orientação e do direcionamento de um adulto. Desse modo devemos acreditar no potencial de educabilidade, ou seja, todo ser humano tem um potencial, precisa de oportunidades para desenvolvê-lo. Acredita-se, hoje, que as oportunidades estejam presentes nos projetos e nas ações que desenvolvem e que complementam o processo de educação da escola e da família. O objetivo de toda esta ação é causar um impacto na vida das pessoas. No nosso caso, em crianças e adolescentes, para que possam crescer e fazer escolhas, quando das tomadas de decisão.

Você também deve estar atento à necessidade que temos de contribuir para que as nossas crianças e os nossos adolescentes sejam protagonistas, que escrevam uma história na sua comunidade, que sejam agentes transformadores. Pensemos que protagonizar significa transferir, interferir. Queremos, também, que os nossos alunos contribuam significativamente para a participação de outros alunos e constituam uma grande rede de atividade física e saúde.

#### Para refletir...

E você, já pensou como lidar com as crianças e adolescentes do seu território? Já pensou que outras pessoas/profissionais também atuam com estas crianças? Já pensou que no Estatuto da Criança e do Adolescente o esporte e o lazer é um direito garantido?



## Atividade 6

Para criar uma grande rede de incentivo à atividade física, qual é o papel de cada um dos membros da equipe nesta tarefa? O que pode ser feito para alcançar este objetivo?

Registre, por escrito, sua opinião. Consulte, no cronograma da disciplina, outros encaminhamentos solicitados para essa atividade.

A idéia é possibilitar que as atividades não se sobreponham: vamos conhecer as escolas, os projetos e propor ações conjuntas. Considere as idéias seguintes, de modo que você possa constituir com a sua equipe o planejamento mais adequado para a sua comunidade.

- Interferir na sua formação humana de crianças e adolescentes, por meio de projetos interdisciplinares: Assim, determinem um tema – pode ser anual, semestral, mensal. Com base neste tema cada área do conhecimento irá atuar, de acordo com a sua especificidade. Lembre-se, estamos em uma rede, não podemos perder o foco e canalizar energias individualmente. O projeto pode ser desenvolvido todo em conjunto ou ter partes determinadas.
- Realizar ou organizar palestras para familiares, amigo, igreja, escola, abordando a temática do corpo, atividade física, lazer, saúde, enfim a gama de conteúdos que o profissional de Educação Física pode atuar.
- Divulgar as ações de atividade física e lazer que acontecem na cidade, por meio de informes, cartazes na igreja, na UBS, na rádio comunitária etc.
- Criar dias de alongamento na praça, caminhadas, passeios ecológicos, corrida de orientação, jogos, torneios, gincanas, com crianças e adolescentes e integração com outras faixas etárias.
- Incentivar o protagonismo, falar da importância do brincar e do lazer, de modo que as crianças e os adolescentes levem para seus pares o que aprendem com vocês, nos NASF's.

Além das ações gerais dispostas anteriormente, você deve estar apto para organizar, desenvolver e gerenciar programas de exercício físicos com sua comunidade. O CONFEF recomenda algumas intervenções, que estão descritas a seguir:

- Aferir e interpretar os resultados de respostas fisiológicas durante o repouso e durante o exercício.
- Coletar dados e interpretar informações relacionadas com prontidão para a atividade física, fatores de risco, qualidade de vida e nível de atividade física.
- Aplicar escalas de percepção subjetiva do esforço.
- Manusear ergômetros (esteira, cicloergômetro, etc) e equipamentos utilizados em programas de exercício físico.
- Manusear equipamentos usados para avaliação de parâmetros fisiológicos específicos.
- Conhecer, aplicar e interpretar testes de laboratório e de campo utilizados em avaliação física.
- Realizar testes de avaliação postural e de avaliação antropométrica.
- Prescrever exercícios físicos baseados em testes de aptidão física, desempenho motor específico, avaliação postural, índices antropométricos e na percepção subjetiva de esforço.

Você teve a oportunidade de organizar os conteúdos a serem desenvolvidos e planejar as suas ações. É importante que você esteja atento ao crescimento e ao desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, que as atividades sejam adequadas as faixas etárias e motivantes o suficiente para que os participantes sejam frequentes.

A organização didática dos conteúdos vai facilitar a sua orientação e o seu planejamento. Como exemplo, destacamos o modelo do sistema de formação esportiva (GRECO e BENDA, 1998), o qual prevê o desenvolvimento do esporte dividido por fases que vão ao encontro das diferentes faixas etárias e habilidades das crianças.

Condizente a esta proposta, os conteúdos da Educação Física são inseridos no contexto desportivo sob a forma de práticas, as quais mantêm as regras originais ou são modificadas conforme a demanda do grupo.

O método é dividido em fases, que são: a fase Pré-escolar, a fase Universal, a fase de Orientação, a fase de Direção, a fase de Especialização, a fase de Aproximação, a fase de Alto nível, a fase de Recuperação e a fase de Recreação.

A faixa etária de interesse neste módulo compreende as fases Pré-escolar até a fase de Especialização.

Em cada fase são elencados aspectos inerentes à formação dos participantes, de modo que todos os conteúdos sugeridos pela legislação sejam contemplados.

Crianças até 10 anos devem ter uma ampla variação de conhecimento corporal, por meio dos esportes, dos jogos, das ginásticas, das brincadeiras, das lu-

### Para saber mais...

Crianças a partir de seis anos podem e devem se beneficiar dos exercícios com pesos, o treinamento de força é recomendado, desde que orientado devidamente. A Academia Americana de Pediatria, o Colégio Americano de Medicina Esportiva e a Sociedade Canadense de Medicina Esportiva têm reforçado que tanto crianças quanto adolescentes se beneficiam da prática de musculação, desde que respeitados as limitações maturacionais de cada faixa etária. (leia mais sobre o assunto em: Musculação para crianças e adolescentes: bom ou ruim?). Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/noticias/conteudo.asp?id=396> (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 2011).

tas, da expressão rítmica, das danças e da cultura corporal, sem direcionamento para outra modalidade. Nesta fase também se faz extremamente importante a ação com as práticas coletivas, de modo que competências sociais sejam desenvolvidas.

Adolescentes a partir dos 11 anos devem continuar com esta amplitude de conhecimentos, mas com a universalização do ensino, mas nesta idade a opção já começa a ter destaque, bem como o interesse por determinadas práticas. Esta fase inicia-se o processo de direcionamento para uma aptidão. A especialização dar-se-á em torno dos 15 ou 16 anos.

A estratégia básica a ser perseguida pelo profissional de Educação Física referenda-se pela facilitação da aprendizagem, proporcionando que os participantes executem os gestos e vivenciem-se todas as possibilidades oferecidas pelo movimento, de modo que os conteúdos possibilitem a participação, a cooperação e a socialização, competências relacionais fundamentais para a formação humana.

Neste princípio de organização da sua intervenção seguem algumas dicas em relação aos alunos: (RINK, 1996)

- Aprende mais quem dedica mais tempo a uma boa exercitação.
- As tarefas devem ser ajustadas aos objetivos de aprendizagem e a cada um dos alunos.
- Aprende mais quem obtém uma taxa razoavelmente elevada de sucesso na realização das tarefas.
- Aprende mais quem exercita a um nível de processamento cognitivo mais elevado.

Em relação aos profissionais: (RINK, 1996)

- Os professores eficazes criam um ambiente para a aprendizagem e são comunicadores eficazes.
- Um bom desenvolvimento do conteúdo pode melhorar a aprendizagem.
- O professor pode facilitar a aprendizagem estabelecendo as prioridades nos conteúdos, determinando uma estrutura com determinada lógica e sequência progressiva e desenvolvendo as atividades do simples para o complexo, do fácil para o difícil e do conhecido para o desconhecido.

Por fim, experimente a sua criatividade e trabalhe dando oportunidade a seus alunos para que se desenvolvam sozinhos com um aparelho, sozinhos com dois aparelhos, sozinhos com três aparelhos, em duplas, trios e grupos.

É muito importante que você conheça seus alunos, leia os prontuários, converse com os ACS, e com a equipe da Saúde da Família, pois as crianças e os

adolescentes são pessoas únicas, atendida pelo médico, pela escola e por você!

Outro aspecto durante a intervenção é convencer a todos sobre a importância do lazer, para a saúde, a socialização e a educação. É garantido na Constituição, mas esquecido por muitos, por falta de tempo, de dinheiro e de vontade. Você precisa cumprir este papel, incentivar que as crianças e adolescentes tenham este tempo dedicado a fazerem o que querem, o que gostam e você pode contribuir, mostrando lugares da comunidade que são públicos e ideais para o lazer, praças, quadras, parques, cachoeiras etc. Importante é a conscientização e a geração de interesse nesta prática.

Esteja atento à legislação, ao código de ética da sua profissão e tenha sempre em mente que, independente de onde você esteja inserido, você é e sempre será um educador, não podendo fechar os olhos para a formação humana daqueles envolvidos. Você deve contribuir para que valores sejam promovidos e esta pessoa se torne um cidadão de fato e de direito.

As recomendações e orientações estão postas, agora depende de você, profissional atuante. Lembre-se, você deverá ser capaz de discutir os atuais desafios que estão colocados no processo de se estimular, orientar e prescrever atividades físicas no contexto da promoção e da prevenção em saúde.



## Parte 2

# Segurança durante as práticas com crianças e adolescentes

A organização das atividades deve incluir a segurança durante as práticas, uma vez que crianças e adolescentes necessitam de uma orientação para o curso de suas vidas.

A segurança está delineada pelos cuidados que devem ser adotados pelos profissionais durante as atividades. Atitudes simples podem evitar acidentes indesejados e a atenção constante é aliada ao sucesso do trabalho.

Neste direcionamento, objetiva-se dar subsídios para que o profissional conheça os aspectos que envolvem a segurança durante a prática da atividade física, de modo a desenvolver os seus projetos sem correr riscos.

Para que as práticas transcorram com tranquilidade sugerimos que os aspectos abaixo sejam observados:

- Algum aluno apresenta alguma doença transmissível?
- Algum aluno apresenta alguma doença crônica (alguns exemplos: epilepsia, diabetes, disfunção renal, hipertensão, problemas cardíacos, imunodepressão, doença reumática, asma, dentre outras) Maiores informações acerca de doenças crônicas você pode obter na unidade básica de saúde (UBS) como o médico, ou no portal do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)).
- O espaço é seguro? O piso é escorregadio? O piso apresenta depressões? Existem gradis ou alambrados?
- A piscina é segura? Os alunos ficam de pé no fundo? Existem equipamentos de segurança na área da mesma?
- Os equipamentos são seguros? Existem materiais tóxicos? Os objetos são pontiagudos?

Para evitar acidentes observe os seguintes aspectos:

- Esteja atento a seus alunos.
- Em caso de travessias de ruas e avenidas faça uma corrente; caso esteja sozinho seja o último ou, se possível, fique no meio sinalizando para os carros e espere que todos passem, não deixe criança para trás.

### Para saber mais...

Os aspectos relacionados à segurança podem ser consultados no site do Ministério da Saúde - Caderneta da Saúde da Criança (BRASIL, 2009 a, b) e no site da Sociedade Brasileira de Pediatria, trabalho de Vera Lucia Venacio Gaspar – Segurança nos esportes (GASPAR, s.d.). Disponível em: <[http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=21&id\\_detalle=2892&tipo\\_detalle=s](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalle=2892&tipo_detalle=s)>

- Esteja atento a todos os alunos, sempre; em uma simples desviada da atenção para outro assunto um acidente pode acontecer.

- Caso esteja na piscina conte sempre os alunos, não permita que brinquem de um subir no outro ou de caldinho, a água pode ser fatal.

- Prepare-se para a aula, leve água, materiais, lista de chamada, enfim tudo que irá precisar, de modo que não precise abandonar a turma para buscar algo que tenha esquecido.

- Evite os bate papos durante as atividades, concentre-se, pois o aluno se espelhará em você.

Estes são alguns aspectos levantados aqui para você refletir. O fundamental é que você esteja atento durante toda atividade para que o inesperado não aconteça. Mesmo seguindo medidas de segurança os acidentes podem acontecer, um aluno pode cair, pode machucar, pode beber água na piscina, pode passar mal. Diante dessas situações o que fazer?

Os primeiros socorros podem salvar uma vida. Caso você não tenha habilidade sugerimos que faça um curso de socorros urgentes, que os batalhões do Corpo de Bombeiros oferecem.

**Curso de primeiros socorros:** informação disponível em: <http://www.bombeiros.mg.gov.br/component/content/article/521-curso-basico-de-primeiros-socorros.html>

Emergências: telefone 192 (SAMU) ou 193 (bombeiros)

Listamos algumas dicas em caso de acidente:

- Mantenha sempre a calma.
- Verifique a gravidade do acidente.
- Verifique os sinais vitais.
- Não movimente a vítima, caso tenha havido queda.
- Em caso de crise convulsiva, vire a pessoa de lado, mantenha a cabeça sem impactos, espere a crise findar, após encaminhe a vítima à UBS – não se apavore, esta doença não é transmissível.

- Utilize sempre as luvas de procedimento.

- Reanime a vítima, caso julgue que tem condições de fazê-lo.

- Em caso de afogamento, retire a pessoa da água, coloque-a de lado e pressione o diafragma, de modo que a água seja expelida, busque os sinais vitais, reanime-a com respiração boca a boca – mantendo a cabeça de lado, de modo que a água não seja aspirada – complemente com massagem cardíaca e busque ajuda da emergência médica.

- Busque ajuda imediata com os serviços de emergência, mantendo a vítima tranquila, sem movimentação ao seu redor;

- Não utilize de nenhum padrão de primeiros socorros caso você não saiba fazê-lo ou não se sinta seguro.

Crianças e adolescentes requerem cuidados, um bom acompanhamento e, acima de tudo, uma orientação adequada por profissional capacitado e responsável. Lembre-se um bom planejamento conduz o trabalho ao sucesso e à obtenção dos resultados previstos.



### Atividade 7

Como atividade final deste módulo você deverá elaborar um planejamento de atividades para um grupo de crianças e adolescentes, que já foram diagnosticadas obesas. Elabore as normas de segurança a serem observadas pelo grupo de profissionais e alunos.

Registre, por escrito, sua opinião. Consulte, no cronograma da disciplina, outros encaminhamentos solicitados para essa atividade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao final deste módulo.

Esperamos que sua atuação profissional neste campo de conhecimento o leve a realizar grandes transformações no âmbito da atenção primária. Você teve a oportunidade de compreender e discutir as principais responsabilidades do profissional de Educação Física na estratégia Saúde da Família. Conheceu dados epidemiológicos do sedentarismo e discutiu as orientações e as recomendações de atividades físicas para crianças e adolescentes. Refletiu sobre alguns determinantes e condicionantes em saúde, assim como, sua relação com atividades físicas e estilo de vida.

Esperamos que você tenha adquirido conhecimento e visão crítica suficiente para contribuir na solução de problemas cotidianos enfrentados junto à sua equipe. Agora você é capaz de discutir com propriedade sobre questões relacionadas à Educação Física e sua indispensável contribuição na saúde da criança e do adolescente.

Lembre-se sempre do nosso desafio:

**Desenvolver estratégias eficazes que proporcionem a formação de hábitos saudáveis em crianças e adolescentes capazes de perdurarem por toda a vida.** Desta maneira, contribuiremos efetivamente na promoção da saúde e na prevenção de doenças relacionadas ao sedentarismo.

# Referências

## Leituras recomendadas

BRASIL. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008. p. 47. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_N\\_154\\_GMMS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_154_GMMS.pdf)  
Acesso em: 6 mar 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 27. **Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2009e. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf). Acesso em: 6 jan. 2011.

FARIA, H.P.; WERNECK, M.A.F.; TEIXEIRA, P. F.; SANTOS, M. A. . **Processo de trabalho em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed. Disponível em: [www.nescon.medicina.ufmg.br](http://www.nescon.medicina.ufmg.br). Acesso em: 6 mar. 2011

LOPES NETO,A.; MONTEIRO FILHO,L.; SAAVEDRA L.H.(coord). ABRAPIA. **Programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes** – 2005. Disponível em:< <http://www.observatoriodainfancia.com.br/IMG/pdf/doc-154.pdf> >. Acesso em: 6 mar. 2011.

SILVA, F.M. (org.). **Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de educação física na atenção básica à saúde.** CONFEEF, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: [http://www.listasconfef.org.br/arquivos/Livro\\_Recomendacoes.pdf](http://www.listasconfef.org.br/arquivos/Livro_Recomendacoes.pdf). Acesso em: 6 mar. 2011.

## Outras referências

AINSWORTH B.E. et al. Compendium of physical activities. classification of energy costs of human physical activities. **Med Sci Sports Exerc.** 1993;25:71-80. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8292105>>. Acesso em: 6 mar. 2011.

ALVES, J.G.B. Atividade física em crianças: promovendo a saúde do adulto. **Rev.bras.Saúde Matern.Infantil**. Recife, 3 (1): 5-6, jan, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n1/a01v03n1.pdf>>. Acesso em 6 mar. 2011.

ANDERSEN R.E. et al. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children. **JAMA**. 1998;279:938-942. Disponível em:<http://jama.ama-assn.org/content/279/12/938.full.pdf>. Acesso em 6 mar. 2011.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Presidencia de la nación. Encuesta mundial de salud Escolar. Buenos Ayres, 2007. Disponível em: [www.msal.gov.ar/htm/site.../encuesta-mundial-salud-escolar.pdf](http://www.msal.gov.ar/htm/site.../encuesta-mundial-salud-escolar.pdf). Acesso em: 6 mar. 2011.

BIDDLE, S.; CAVILL, N.; SALLIS, J. **Young and active? Young people and health-enhancing physical activity – evidence and implications**. London: Health Educ Author; 1998.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 23 de dezembro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm)> acesso em 04 de Fev. de 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGEteen**. Brasília, 2011. Disponível em: [www.ibge.gov.br/ibgeteen/index.htm](http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/index.htm). Acesso em: 6 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, 2011. Disponível em <http://decs.bvs.br/>. Acesso em: 6 mar.2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança - Menino**. Brasília, 2009 a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Caderneta%20Menino.pdf>. Acesso em: 6 mar 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança – Menina. Brasília, 2009 b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Caderneta%20Menino.pdf>. Acesso em: 6 mar 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde do Adolescente**. Brasília, 2009 c. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta\\_meninos.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_meninos.pdf). Acesso em 12/01/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Adolescente**. Brasília, 2009 d. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta\\_meninas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_meninas.pdf). Acesso em 12/01/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. PEAD 2009 - 2011. **Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool voltado a crianças, adolescentes e jovens em situação de grave vulnerabilidade social**. Brasília, 2009f. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano\\_emergencial\\_tratamento.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_emergencial_tratamento.pdf). Acesso em 6 mar. 2011

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE**. Rio de Janeiro, 2009g. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>. Acesso em 8 mar. 2011.

CASPERSEN C.J.; POWELL K.E.; CHRISTENSEN G.M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Rep** 1985; 100:126-131. Apud EUPHIX. Physical activity. Definitions and scope. Disponível em: [http://www.euphix.org/object\\_document/o5426n27422.html](http://www.euphix.org/object_document/o5426n27422.html). Acesso em: 6 mar. 2011.

Centro de Referência Virtual do Professor. Desenvolvido por Secretaria Estadual de Educação. Apresenta produtos e serviços para os professores da Rede Estadual de Ensino. Disponível em: <http://crv.educacao.mg.gov.br>. Acesso em 13 Fev. 2011.

CESCHINI F.L.; FLORINDO A.A.; BENÍCIO M.H.D.A. Nível de atividade física em adolescentes de uma região de elevado índice de vulnerabilidade juvenil. **Rev Bras Ci e Mov** 2007;15:67-78. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=522068&indexSearch=ID>. Acesso em: 6 mar 2011.

CHRISTODOULOS A.D.; DOUDA H.T.; POLYKRATIS M.; TOKMAKIDIS S.P. Attitudes towards exercise and physical activity behaviours in Greek schoolchildren after a year long health education intervention. **Br J Sports Med** 2006;40:367–371. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16556796>>. Acesso em: 6 mar. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, **Documento de intervenção do Profissional de Educação Física**. Brasília, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. Boletim CONFEF 58, nov.2010. Anabolizantes: consumo vira epidemia entre jovens. Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/conteudo/impresao.asp?id=522> . Acesso em 10 Fev. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. Musculação para crianças e adolescentes: bom ou ruim? CONFEF, 2011. Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/noticias/conteudo.asp?id=396>. Acesso em: mar.2011.

FANTE, C. **Fenômeno Bullying: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz**. Campinas: Verus Editora, 2005. 224p.

GASPAR V.L.V. Sociedade Brasileira de Pediatria. Segurança nos esportes, Disponível em: [http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=21&id\\_detalhe=2892&tipo\\_detalhe=s](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=2892&tipo_detalhe=s) Acesso em 06 de Mar de 2011.

GORTMAKER S.L. et al. Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150:356-362. **Arch Pediatr Adolesc Med**. 1996;150:356-362. Disponível em: < <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/abstract/150/4/356>>. Acesso em: 6 mar 2011

GRECO, P.J.; BENDA, R. **Iniciação Esportiva Universal**. Editora UFMG, Belo Horizonte. Vol. 1 e 2.1998

HALLAL PC, BERTOLDI AD, GONÇALVES H, VICTORA CG. Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. **Cad Saude Pública**. 2006;22:1277-87

MARTINÉZ JA, GIBNEY HUFB, KEARNEY MJJ, MARTINEÉZ-GONZÁLES MA. Physical activity, sedentary lifestyle and obesity in the European Union. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23: 1192-1201.

MILBRADT, S. N. et al. Influência da atividade física e sua relação com o sedentarismo em crianças e adolescentes em idade escolar. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, Nº 132, 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd132/atividade-fisica-e-sua-relacao-com-o-sedentarismo.htm>>. Acesso em: 6 mar. 2011

MINAS GERAIS. Fundação João Pinheiro. **O pesadelo que brota dos números**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://www.fjp.gov.br/index.php/banco-de-noticias/35-fjp-na-midia/1081-o-pesadelo-que-brota-dos-numeros>, Acesso em: 6 mar. 2011.

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP), Center for Disease Control and Prevention, USA. Promot Educ. 2002; 9: 155, 165, 175-6.

NIELSEN REPORT ON TELEVISION. New York, NY: Nielsen Media Research; 2006. Disponível em: [http://www.thinktv.com.au/media/Articles/Nielsen\\_Media\\_Reports\\_TV's\\_Popularity\\_Is\\_Still\\_Growing.pdf](http://www.thinktv.com.au/media/Articles/Nielsen_Media_Reports_TV's_Popularity_Is_Still_Growing.pdf). Acesso em 10 mar 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Aborda aspectos relacionados ao tabagismo. Disponível em: <http://www.who.int/topics/tobacco/es/> Acesso em: 12 de Jan de 2011.

PATE R.R.; TROST S.G.; LEVIN S.; POWDA M. Sports participation and health-related behaviors among US youth. **Arch Pediatr Adolesc Med** 2000; 154: 904-11. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a10v63n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a10v63n3.pdf). Acesso em: 6 mar. 2011.

RINK, J. **Effective instruction in physical education**. In S. Silverman.; C. Ennis (Eds.), Student Learning in Physical Education. Illinois:Human Kinetics. 1996.

REIS RS, HINO AAF, FLORINDO AA, ANEZ RR, DOMINGUES MR. Association between physical activity in parks and perceived environment: a study with adolescents. *J Phys Act Health* 2009;6:503-9. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19842465>>. Acesso em: 6 mar. 2011.



ROBINSON T.N.. Reducing children's television viewing to prevent obesity. JAMA. 1999;282:1561-1567. Disponível em: < [http://data.edupax.org/precede/public/Assets/divers/documentation/4\\_defi/4\\_015\\_SMART\\_Obesity.pdf](http://data.edupax.org/precede/public/Assets/divers/documentation/4_defi/4_015_SMART_Obesity.pdf)>. Acesso em: 9 mar. 2011.

ROMERO A.; SLATER B.; FLORINDO A.A. Determinantes do índice de massa corporal em adolescentes de escolas públicas de Piracicaba, São Paulo. Cien Saude Colet 2008;1:1-20. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=490454&indexSearch=ID>>. Acesso em: 6 mar. 2011.

SANTA CATARINA. Poder Judiciário. Portal da Infância e da adolescência. Dúvidas frequentes. Florianópolis, 2011., s.p. Disponível em: <http://www.tj.sc.gov.br/infjuv/duvidas.html>. Acesso em: 6 mar. 2011.

SILBER, T. e SOUZA, R. **Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer**. Adolescencia Latinoamericana, Porto Alegre, v.1, n.3, 1998. Disponível em: <<http://ral-adolesc.bvs.br/pdf/ral/v1n3/a04v01n3.pdf>> . Acesso em: 15 de Nov de 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA. Departamento de Psicobiologia. São Paulo, 2006. Disponível em: [http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest\\_drogas/esteroides\\_anabolizantes.htm](http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/esteroides_anabolizantes.htm) Acesso em: 02 de Dez 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/FIMS. Committee on Physical Activity for Health. Exercise for health. Bolletín of the World Health Organization, v. 73, n. 2, p. 1-17, 1995. Apud MILBRADT, S.N. et al. Influência da atividade física e sua relação com o sedentarismo em crianças e adolescentes em idade escolar. <http://www.efdeportes.com/> **Revista Digital** - Buenos Aires - Año 14 - Nº 132 - Mayo de 2009. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd132/atividade-fisica-e-sua-relacao-com-o-sedentarismo.htm>. Acesso em: 6 mar. 2011.





---

Apoio

---



Ministério da Educação



Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde



---

Realização

---



UFMG

