

# Atividade física nas prioridades da OMS: ensaio teórico a partir da determinação social de saúde

Physical activity in who priorities: theoretical essay based on social health determination

Actividad física en prioridades de la oms: prueba teórica de la determinación de la salud social



**Wedson Guimarães Nascimento**

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Rio Claro, São Paulo, Brasil.  
E-mail: wedsonge@gmail.com



**Erik Vinicius de Orlando Dopp**

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Rio Claro, São Paulo, Brasil.  
E-mail: erikvinicius06@gmail.com



**Ana Elisa Messetti Christofoletti**

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Rio Claro, São Paulo, Brasil.  
Email: anaelisamchr@gmail.com



**Priscila Missaki Nakamura**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais,  
Muzambinho, Minas Gerais, Brasil.  
E-mail: pri\_nakamura@yahoo.com.br



**Heitor Martins Pasquim**

Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.  
E-mail: hpasquim@gmail.com

**Resumo:** Pretende-se debater a indução internacional de políticas de promoção de atividade física no Brasil, tomando o plano de ação global da OMS, *More Active People For a Healthier World*, como documento

norteador, o Sistema Único de Saúde como contexto, e a perspectiva da determinação social da saúde como fundamentação teórica. Advoga-se deslocar a inatividade física do combate às DCNT para integrar as atividades físicas no âmbito do lazer às políticas de promoção de saúde na Atenção Primária, tomando as condições crônicas como processo de mediação. Reconhecemos que as orientações da OMS têm forte poder de indução, todavia não garantem resultados. Estudos futuros poderão mapear como os gestores cumpriram o plano de ação da OMS, tendo em vista o contexto de saúde brasileiro.

**Palavras Chave:** Sistema Único de Saúde; Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Brasil.

**Abstract:** It is intended to discuss the international induction of physical activity promotion policies in Brazil, taking the WHO global action plan, More Active People for a Healthier World, as a guiding document, the Unified Health System as context, and the perspective of social determination of health as a theoretical foundation. We advocate displacing the physical inactivity of NCD combat to integrate physical activity with health promotion policies in Primary Care, taking chronic conditions as a mediation process. We recognize that the WHO guidelines have strong inducing power, but it does not guarantee results. Future studies may map how managers have complied with the WHO action plan, in view of the Brazilian health context.

**Keywords:** Unified Health System; Public Health; Primary Health Care; Brazil.

**Resumen:** Su objetivo es discutir la inducción internacional de políticas de promoción de la actividad física en Brasil, tomando el plan de acción global de la OMS, Personas más activas para un mundo más saludable, como documento guía, el Sistema de salud unificado como contexto y la perspectiva de Determinación social de la salud como fundamento teórico. Abogamos por desplazar la inactividad física del combate de ENT para integrar la actividad física con las políticas de promoción de la salud en Atención Primaria, tomando las condiciones crónicas como

un proceso de mediación. Reconocemos que las directrices de la OMS tienen un fuerte poder inductor, pero no garantizan resultados. Los estudios futuros pueden mapear cómo los gerentes han cumplido con el plan de acción de la OMS, en vista del contexto de salud brasileño.

**Palabras clave:** Sistema Único de Salud; Salud Pública; Atención primaria de salud; Brasil.

Submetido em: 05-11-2019

Aceito em: 28-07-2020

## Introdução

A Organização Mundial da Saúde – OMS – propôs para 2019 dez ações prioritárias a serem desenvolvidas com o objetivo de ampliar o acesso, a cobertura e a proteção contra emergências em saúde. As ações têm como foco a poluição ambiental e as mudanças climáticas, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT, a pandemia de gripe, o ebola, a relutância ao vacinar, a dengue, o HIV/AIDS, a atenção aos cenários de fragilidade e vulnerabilidade, a resistência antimicrobiana e a Atenção Primária à Saúde – APS.

A atividade física é citada de forma direta na prioridade referente às DCNT por meio do seu conceito negativo (inatividade física) que, de fato, vem sendo descrita como uma emergência de importância internacional (KOHL 3RD *et al.*, 2012). A inatividade física é frequentemente associada às DCNT e a própria OMS justifica que ela se apresenta como um dos fatores de risco para o aumento das ocorrências de DCNT, juntamente com o uso do tabaco e do álcool, das dietas pouco saudáveis e a poluição do ar (ONU, 2019).

Com a meta global de reduzir em 10% da inatividade física até 2025 e 15% até 2030, a agência internacional especializada em saúde anuncia apoio aos países para ampliar e fortalecer respostas que visam minimizar os impactos negativos desse comportamento para a saúde. A OMS promete uma nova estrutura de monitoramento global que apoiará os países e acompanhará o progresso na implementação de políticas. Os relatórios de progresso sobre implementação e impacto serão apresentados na Assembleia Mundial da Saúde em 2021, 2026 e 2030.

Para orientar ações em nível nacional e regional que visam reduzir a inatividade física e o comportamento sedentário, a organização apresentou um plano de ação global (2018-2030) intitulado *More Active People For a Healthier World* (WHO, 2018), lançado em junho de 2018. O documento foi escrito por meio de consulta internacional, envolvendo governos e diversos grupos de interesse,

e pode ser encontrado no site da OMS, o qual contém o documento oficial completo na língua inglesa e três versões resumidas: inglês, russo e português do Brasil.

O plano de ação global descreve quatro objetivos: criar sociedades ativas – normas sociais e atitudes; criar ambientes ativos – espaços e lugares; criar pessoas ativas – programas e oportunidades; e criar sistemas ativos – governança e facilitadores da ação política. Recomenda-se ainda duas dezenas de ações políticas que abordam determinantes culturais, ambientais e individuais da inatividade física. Sugere que o progresso em direção às metas seja monitorado usando dois indicadores: a prevalência de atividade física entre adultos e adolescentes (11 a 17 anos), encorajando todos os países a diminuir a inatividade física geral; e reduzir disparidades que reproduzam grupos populacionais menos ativos.

Os objetivos e as ações estão articulados a uma abordagem sistêmica. Essa abordagem propõe o desenvolvimento de esforços integrados, pois reconhece a interligação e a interação existente entre as estratégias que podem contribuir para a redução da inatividade física e do comportamento sedentário (WHO, 2018).

No caso brasileiro, as ações em saúde pública estão submetidas ao Sistema Único de Saúde – SUS, um complexo sistema que toma a saúde como um direito universal, garantido mediante políticas e ações do estado, o qual, por sua vez, tem a APS e, mais especificamente, a Estratégia Saúde da Família – ESF – como organizadora do modelo de atenção à saúde da população. O modelo adota a estratégia das Redes de Atenção à Saúde – RAS, que se articula por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado na saúde e superar o modelo piramidal e fragmentado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Tratando-se especificamente das políticas públicas que valorizam a atividade física no SUS, o Brasil alterou a Lei nº 8.080 (Legislação do SUS) para incluir a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde (Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013) (BRASIL, 2013). Antes disso, implementou a promoção

de atividades físicas como política pública que compõe as ações da APS. Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção de Saúde – PNPS (2006) – é um marco, pois foi a primeira em âmbito nacional a apresentar ênfase das Práticas Corporais / Atividades Físicas – PC/AF – na rede básica de saúde e na comunidade. Ação reforçada pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC (2006), e por novos programas que consolidaram a inclusão do profissional de Educação Física na APS, como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB, em 2008, e o programa Academia da Saúde em 2011.

Além disso, compondo as ações do sistema de saúde, o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNTs no Brasil, 2011-2022 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), também reconhece as contribuições da atividade física no controle das DCNT e tem como meta aumentar a atividade física no lazer em 10%. Meta que, segundo resultados disponíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018), indicam que, apesar do subfinanciamento do SUS, que limita todas as políticas em saúde, foi alcançada.

Dito isso, este ensaio teórico pretende debater a indução internacional de políticas de promoção de AF no Brasil, tomando o plano de ação global (2018-2030) “*More Active People For a Healthier World*” da OMS como documento norteador, o sistema de saúde brasileiro como contexto e a determinação social da saúde como fundamentação teórica.

## Atividade física e as condições crônicas na atenção primária à saúde brasileira

Desde logo é importante apontar que a transição epidemiológica no Brasil não ocorre de acordo com a expectativa de transição experimentada pelos países desenvolvidos ou de capitalismo central. Isto é, velhos e novos problemas de saúde coexistem. O Brasil vive uma situação de tripla carga de doenças em que se manifes-

tam, simultaneamente, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e doenças parasitárias; as causas externas – acidentes e violência; e as DCNT (GBD, 2019). Observamos uma crise da saúde que, segundo Mendes (2018a, 2018b), se explica pela incoerência entre uma situação de saúde complexa e uma resposta que simplifica a totalidade social através de ações fragmentadas.

Concordamos com Eugênio Mendes (2012), que aponta a necessidade de elaborar cuidados voltados para as condições crônicas. Destaca-se que condição crônica é diferente de doença crônica, uma vez que condição crônica refere-se ao processo de atenção à saúde que vai além dos cuidados com as DCNT em si, pois considera outras condições associadas a elas, como as doenças metabólicas, bucais e infecciosas não erradicadas; circunstâncias oriundas da maternidade e do período perinatal; o suporte à saúde frente às necessidades dos ciclos de vida, os transtornos mentais; as limitações físicas e estruturais, e as situações de saúde decorrentes de enfermidades. Ou seja, é um tipo de atenção voltada ao sofrimento associado a essas condições e não ao padrão biomédico da doença (MENDES, 2012). Segundo Mendes (2018a), a tipologia clássica de doenças transmissíveis e DCNT é incapaz de dar suporte à organização dos sistemas de atenção à saúde, apesar de acolhida pela OMS.

Há necessidade, portanto, de compreender e se apropriar das características e dinâmicas do contexto e do sistema de saúde brasileiro, considerando a complexidade das políticas e estratégias já existentes para traçar respostas às necessidades sociais de saúde na atualidade. Reconhecer essa complexidade significa, frente às prioridades apresentadas pela OMS, deslocar o compromisso que associa a redução da inatividade física e o comportamento sedentário da prioridade referente ao combate às DCNT para integrar PC/AF nas políticas e programas de promoção da saúde e para o cuidado interprofissional e intersetorial das condições crônicas.

Importante destacar que propor esse deslocamento em direção às condições crônicas não significa ignorar os dados robustos que apontam correlação entre a inatividade física e o comporta-

mento sedentário e as DCNT, tampouco ignorar o fato de que o comportamento ativo é um indicador de fortalecimento da saúde, senão reconhecer PC/AF como direito, e promovê-las para além do gasto energético e da prevenção (negação da doença), obtendo benefícios em saúde como consequência de uma vida melhor. Segundo Barata (2016, p. 29), “os estilos de vida ou os comportamentos individuais são apenas as evidências mais imediatas de todo o processo de determinação-mediação”.

Os discursos oficiais enfatizaram por muito tempo os benefícios que a atividade física poderia trazer para a sociedade, no entanto menosprezam o fato de que melhorias nas condições de vida reduziram a inatividade física, como mostra o relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2017). Historicamente, isso favoreceu o entendimento de que o indivíduo tem dever de cuidar da própria saúde para responder problemas que a sociedade não quer ou não pode resolver. A iniquidade no acesso aos programas brasileiros de atividade física denuncia diferenças fundamentais de classe social, gênero e raça, que devem ser observadas. Ignorar esse processo dialético de determinação-mediação favorece desentendimentos e frustrações para aqueles que estão convictos da necessidade de fortalecer a saúde da população.

Além disso, a simplificação que associa linearmente a inatividade física às DCNT tende a reforçar um processo de trabalho em saúde com uma prática educativa de caráter normativo, verticalizado e focalizado na doença. É comum a utilização de recomendações padrões, que ignoram a realidade material e a subjetividade, inclusive o fato de que as adaptações orgânicas geradas pela prática de AF não são objetivas no sentido cartesiano, o que torna as recomendações únicas um desafio (CARVALHO, 2019) e uma limitação para as ações desenvolvidas no sistema de saúde e políticas públicas que buscam o desenvolvimento de ações dialógicas e com foco nas condições crônicas. Interessante notar ainda que tal simplificação tende a contribuir com discurso bélico de guerra ou

combate às doenças. Esse discurso pode culpabilizar, quiçá criminalizar pessoas.

Reconhecemos, entre as disputas de poder que existem no campo da saúde que podem obstaculizar o deslocamento proposto aqui, a influência do neodesenvolvimentismo, relativo à resistência do estado em manter e promover os direitos sociais para favorecer o incentivo ao consumo (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2019). Movimento que prioriza as políticas de austeridade que geram e reforçam o desmonte crônico do SUS, que, por sua vez, coloca em evidência as diferentes concepções de universalidade em saúde.

Essa posição apareceu na temática para o Dia Mundial da Saúde (7 de abril) de 2019: "Saúde universal: para todas e todos, em todos os lugares". Ressalta-se, porém, que a ideia de saúde universal da OMS passa pela concepção de "cobertura universal", que parte do pressuposto de que a população está disposta a pagar por serviços de saúde, ao contrário dos princípios dos sistemas universais, como o SUS, que compreende a saúde como um direito universal garantido pelo estado (MENDES, 2018b). O ataque à universalidade enfraquece o sistema e ignora o princípio da integralidade, propondo a oferta de pacotes básicos de serviços de saúde. Portanto, fazendo com que ações focalizadas ganhem força.

A exemplo, tratando-se da promoção das PC/AF na APS, juntamente com o fim do financiamento do NAFS-AB pelo Programa Previne Brasil, o Programa Brasil em Movimento, lançado pelo governo em 2019, que visa à promoção dessas práticas por meio de um aplicativo, pode representar retrocessos, dificultando a universalização das PC/AF e sua promoção frente ao princípio da integralidade, gerando limitações dos direitos sociais, a precarização do trabalho, a fragmentação, o reducionismo e o ataque ao SUS (CBCE, 2019).

Esse cenário nos faz questionar se a abordagem sistêmica adotada pela OMS dá conta de transformar a realidade complexa

da disputa de interesses que submete as PC/AF no Brasil às ações focalizadas.

Ressaltamos que a proposta de desenvolver ações integradas voltadas para as PC/AF não é novidade no Brasil. No SUS, a articulação entre as esferas do governo e setores governamentais visando à promoção de melhores condições de vida e da saúde propõe e incentiva o incremento de ações intersetoriais e conjuntas entre saúde, meio ambiente, educação, urbanismo, entre outras, para contemplar as necessidades e demandas de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A abordagem sistêmica da OMS frente à ênfase nas DCNT vai ao encontro do que Garbois, Sodr e e Dalbello-Ara ujo (2017) afirmam ao descrever a influência da perspectiva positivista empregada na no ção dos “determinantes sociais”. Segundo eles, essa visão decompõe o social em vários fatores e camadas para estudar as relações de causa e efeito, gerando um olhar reducionista para os fen menos sociais e conseqüentemente para o processo saúde-doença. Essa perspectiva tende a posicionar os fatores de risco e prote ção isoladamente, sendo capazes de apreender apenas fatores aleatórios, paradoxo que resulta frequentemente na sua redu o   unicausalidade (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Reforçar essa fragmenta o   propor uma a o contrária aos princípios e diretrizes do SUS que prezam pela integralidade, além de reduzir a capacidade política dos atores sociais que buscam garantir a saúde e o acesso às PC/AF no lazer como um direito e de forma livre, no qual o sujeito e o coletivo têm liberdade para dar os próprios sentidos para o envolvimento, não estando, portanto, necessariamente, condicionados às melhorias no padrão biomédico das DCNT.

Soma-se o fato de que, ao falar de diminuir a inatividade física geral, o documento aponta que atividades realizadas nos domínios do transporte, trabalho e doméstico também podem ter impactos positivos na saúde, podendo representar uma possível barreira ao movimento de efetiva o do direito social   fruic o

do lazer e à promoção do caráter de livre envolvimento (MENDES, 2018a). Tendo em vista que, tal proposição corrobora discursos que apontam para o reconhecimento e valorização de qualquer AF como estratégia para melhoria da saúde, isso pode levar ao entendimento equivocado de que o aumento de atividades realizadas no deslocamento, no trabalho e em casa sempre têm impactos positivos na saúde.

No entanto, cabe ressaltar que, apesar de mencionar que todos os domínios da atividade física trazem benefícios para a saúde, a OMS pondera que as realizadas no âmbito do trabalho e doméstico podem não ter benefícios psicológicos e sociais. Isso pode justificar o fato de as ações propostas pela organização estarem mais voltadas para o âmbito do lazer e do deslocamento.

No Brasil, a promoção das PC/AF está atrelada aos princípios de um sistema universal de saúde que a reconhece como um dos determinantes e condicionantes da saúde, portanto um direito da população e dever do estado. Sendo assim, não cabe ao governo e aos profissionais de saúde responsabilizar a população pela AF no âmbito do transporte, trabalho e doméstico a fim de gerar melhorias na saúde, mas sim promover a liberdade de escolha, minando os limites impostos pela falta de recursos financeiros, tempo, espaços, entre outros, para o envolvimento com as práticas (PNUD, 2017).

Buscar melhorias no âmbito do transporte, desenvolvendo estratégias que incentivem o deslocamento ativo, deve estar atrelada à garantia do direito à cidade que, por sua vez, se apresenta de forma complexa, relacionada a um modelo de urbanização caótico que, entre outras coisas, gera a segregação da população mais pobre frente aos interesses das classes dominantes (SÁ, 2016). Debater as prioridades frente às formas de deslocamento usual deve ser parte do processo de efetivação desse direito, e os benefícios da prática de AF nesse domínio, consequência.

Por fim, resistir às políticas de austeridade na saúde é tarefa cotidiana e política que não se esgota no processo de trabalho

dos profissionais da saúde. O movimento popular de saúde teve papel fundamental na construção do SUS e continuará tendo na sua defesa. Cabe destacar que nosso sistema de saúde não deve ser pensado a partir dos interesses do capital financeiro, simplesmente da lógica custo/efetividade. Os ideais e bandeiras históricas do SUS consolidaram como referência a noção de custo/eficácia social (SANTOS, 2018).

## Considerações finais

Historicamente, o debate hegemônico sobre a promoção de atividade física simplificou sua determinação social em múltiplas relações de causa e efeito, o que invisibiliza a formação social concreta de grupos que vivem desigualdades na atualidade. No caso brasileiro, ignora-se iniquidades sociais que comprometem a formulação de ações e políticas, esbarrando na ênfase individualizante.

Sendo assim, advoga-se o deslocamento do compromisso em reduzir a inatividade física e o comportamento sedentário para o combate às DCNT, como aponta a OMS, para o compromisso em promover práticas corporais e atividades físicas para responder necessidades associadas às condições crônicas de saúde. Isto é, integrar as PC/AF às políticas e programas para a promoção da saúde na APS com base nas suas características e princípios nos parece uma alternativa coerente e necessária frente ao contexto brasileiro. Portanto, em nível nacional, assim como o SUS, deve-se propor políticas públicas e ações de caráter universalista e integral. Nesse sentido, deve-se privilegiar o envolvimento com as práticas que carregam sentido coletivo no âmbito do lazer por meio de seu caráter livre, priorizando o cuidado interprofissional e intersetorial.

As ações recomendadas pela OMS foram desenvolvidas por meio de uma robusta base de evidências científicas, bem como de

evidências baseadas em práticas, avaliação e demonstração de impacto, o que tem forte poder de indução. Todavia isso não é uma garantia de resultado. Estudos futuros poderão mapear como os gestores brasileiros vão cumprir e adaptar os compromissos do plano de ação, tendo em vista o contexto, as características e as políticas públicas já vigentes no sistema de saúde brasileiro.

## Referências

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016. 120 p.

BRASIL. Lei no 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, 24 set. 2013.

CARVALHO, F. F. B. Recomendações de atividade física para a saúde (pública): reflexões em busca de novos horizontes. **Abcs Health Sciences**, Santo André, v. 44, n. 2, p. 131-137, 2019. <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v44i2.1199>.

CBCE - DN (Colégio Brasileiro De Ciências Do Esporte). CBCE. Nota técnica 4 - gtt políticas públicas do cbce: Práticas Corporais em tempos de distanciamento social e coronavírus. Rio Grande do sul, 2020. Disponível em: <http://www.cbce.org.br/noticias-detalle.php?id=1445>. Acesso em: 26 set. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). Consensus. O direito à saúde e a proposta de cobertura universal. *In*: CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Opinião - O direito à saúde e a proposta de cobertura universal**. Brasil, 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/o-direito-saude-e-proposta-de-cobertura-universal/>. Acesso em: 13 abr. 2019.

GARBOIS, J. A.; SODRE, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, mar. 2017.

GBD. **Global burden of disease study 2017**. 2017. disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2017>. Acesso em: 30 abr. 2019.

KOHL 3RD, H. W. *et al.* The pandemic of physical inactivity: global action for public health. **The Lancet**, United Kingdom, v. 380, n. 9838, p. 294-305, July/2012.

MENDES, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-436, Fev. 2018a.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 515 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf). Acesso em: 29 abr. 2019.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Prom. da saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-3, 2018b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p. v. 1. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf). Acesso em: 20 jan. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (dcnt) no brasil 2011-2022**. 1. ed. Brasília; 2011. 160 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf). Acesso em: 20 jan. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **O SUS no seu município**: Garantindo saúde para todos. 1. ed. Brasília: [s. n.], 2004. 40 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_sus.pdf). Acesso em: 21 abr. 2019.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.

ONU (Estados Unidos). Organização das Nações Unidas. OMS define 10 prioridades de saúde para 2019. *In*: **Organização das Nações Unidas**. [S. l.], 13 jan. 2019. Disponível em: <https://na-coesunidas.org/oms-define-10-prioridades-de-saude-para-2019/>. Acesso em: 16 jan. 2019.

PNUD (Brasil). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Movimento é vida!** atividades físicas e esportivas para todas as pessoas. 1. ed. Brasília, 2017. 201 p. Disponível em: [http://movimentoevida.org/wp-content/uploads/2017/09/PNUD\\_RNDH\\_completo.pdf](http://movimentoevida.org/wp-content/uploads/2017/09/PNUD_RNDH_completo.pdf). Acesso em: 20 jan. 2019.

SÁ, T. H. **Como estamos indo?** Estudo do deslocamento ativo no Brasil. 2016. Tese

(Doutorado em Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). **Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world: at-a-glance**. World Health Organization. 1. ed. Genebra/Suíça: WHO, 2018. 104 p., v. 1. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1138597/retrieve>. Acesso em: 16 jan. 2019.

## Publisher

Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Educação Física e Dança. Publicação no Portal de Periódicos UFG. As ideias expressadas neste artigo são de responsabilidade de seus autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores ou da universidade.