



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE TECNOLOGIA
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE
PRODUÇÃO**

**O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PESSOAL DA
SAÚDE COMO SUPORTE PARA O PLANEJAMENTO
INDIVIDUAL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Andréa Rodrigues Marques

Santa Maria, RS, Brasil

2011

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PESSOAL DA SAÚDE COMO SUPORTE PARA O PLANEJAMENTO INDIVIDUAL

Andréa Rodrigues Marques

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Área de Concentração em Gerência de Produção, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM-RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Engenharia de Produção

Orientador: Prof. Dr. Rolando Juan Soliz Estrada

**Santa Maria, RS, Brasil
2011**

© 2011

Todos os direitos autorais reservados a Andréa Rodrigues Marques. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita com autorização por escrito do autor.

Endereço: Rua Cel. Niederauer, nº 1440/09, Bairro Rosário, Santa Maria- RS, 97.015-122

Fone (055) 9962-7487; E-mail: marquesnutri@hotmail.com

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Tecnologia
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a dissertação de Mestrado

**O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PESSOAL DA SAÚDE COMO
SUPORTE PARA O PLANEJAMENTO INDIVIDUAL**

elaborada por
Andréa Rodrigues Marques

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Engenharia de Produção

COMISSÃO EXAMINADORA:

Rolando Juan Soliz Estrada, Dr.
(Presidente/Orientador)

Julio Cezar Mairesse Siluk, Dr.

Maria Isabel Pimenta Lopes, Dr^a.

Santa Maria, 19 de dezembro de 2011.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me fazer acreditar que tudo tem um sentido.

Ao Professor Doutor Rolando Juan Soliz Estrada, meu orientador, pelo qual tenho muita admiração.

À minha família, pela amor incondicional.

Aos amigos Eliana Venturini, Janaina Soares, Maria Amália Rodrigues, Taiana Côrrea, Vanessa Rota e Bruno Turner pelo apoio nos momentos mais críticos.

Aos colegas do Núcleo de Gestão Empresarial (NGE), pela parceria e relacionamentos gratificantes, especialmente, à Michele, pelo companheirismo.

À Direção e grupo de nutricionistas do Hospital Universitário de Santa Maria, por me incentivarem e proporcionarem condições favoráveis à realização do mestrado.

Ao coordenador, professores, funcionários e colegas do Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção (PPGEP), pela receptividade.

*“Somos o que fazemos.
Mas somos, principalmente,
o que fazemos para mudar o que somos”.*

(Eduardo Galeno)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção
Universidade Federal de Santa Maria

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PESSOAL DA SAÚDE COMO SUPORTE PARA O PLANEJAMENTO INDIVIDUAL

AUTORA: ANDRÉA RODRIGUES MARQUES

ORIENTADOR: ROLANDO JUAN SOLIZ ESTRADA

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 19 de dezembro de 2011.

A saúde está relacionada ao aumento da qualidade de vida e longevidade, contribuindo para que o indivíduo tenha equilíbrio em todas as áreas da sua vida pessoal. Neste contexto, o presente estudo consiste em desenvolver um Modelo de Planejamento Estratégico Pessoal da Saúde, para manter ou melhorar a saúde individual. O estudo tomou como base o Planejamento Estratégico e o Modelo de Planejamento Estratégico de Estrada (2006); Planejamento Estratégico Pessoal e Modelos de Planejamento Estratégico Pessoal, que mencionam os aspectos determinantes modificáveis da saúde. A metodologia constituiu-se de pesquisa de natureza qualitativa, com objetivo e caráter exploratório. O delineamento dos procedimentos, para a coleta de dados, do ponto de vista técnico, foi a pesquisa bibliográfica. A análise da fundamentação teórica permitiu estabelecer os elementos essenciais para a composição do Modelo de Planejamento Estratégico Pessoal da Saúde proposto. Para facilitar a compreensão, o modelo proposto foi dividido em duas categorias: biológica e psicossocial. A primeira composta por três elementos: controle clínico, nutrição e condicionamento físico, e a segunda envolvendo o conceito de resiliência (resposta adaptativa ao estresse), dividindo-se em três tipos: acadêmica, emocional e social. Percebeu-se que o Modelo de Planejamento Estratégico Pessoal da Saúde proposto, pode contribuir para promoção da saúde e prevenção de doenças, pois sistematiza os elementos da saúde e as suas respectivas recomendações técnico científicas, orientando as pessoas à prática de hábitos saudáveis.

Palavras-chave: Planejamento Estratégico. Planejamento Estratégico Pessoal. Modelo de Planejamento Estratégico Pessoal da Saúde.

ABSTRACT

Master Degree Dissertation
Graduate Program in Production Engineering
Federal University of Santa Maria

PERSONAL HEALTH STRATEGIC PLANNING AS HOLDER FOR THE INDIVIDUAL PLANNING

AUTHOR: ANDRÉA RODRIGUES MARQUES

MASTERMIND: ROLANDO JUAN SOLIZ ESTRADA

Date and Place of the defense: Santa Maria, December 19, 2011.

Health is related to the growth of life quality and longevity, helping people to have equilibrium in all personal life areas. In this context, the actual study consists in to develop a Personal Health Strategic Planning Model, to establish or to improve individual health. The study was based on the Strategic Planning and the Planning Model of Estrada (2006); Personal Strategic Planning and Models of Personal Strategic Planning, which tells about the changeable variables of Health. The adopted work methodology was the qualitative research, with exploratory objective and exploratory character. The procedure design adopted for to collect data, from the technical point of view, was the biographic research. The theoretical analysis let to establish the main elements for the composition of the Personal Health Strategic Planning Model purposed. To improve the understanding of this study, the purposed model is composed on two types: biological and psychosocial. The first one is composed by three elements: clinical control, nutrition and fitness, and the second one is composed by the resilient concept (stress adaptive answer), which is divided on three types: academic, emotional and social. It was possible to see that the Personal Health Planning can contribute for the Health promotion and the sickness prevention, because it systematizes the elements of Health and its scientific technical recommendations, guiding people to have healthy habits.

Key-words: Strategic Planning. Personal Strategic Planning. Personal Health Strategic Planning Model.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Planejamento Estratégico, de Estrada.....	18
Figura 2 – Fórmula do sucesso e da felicidade sem estresse.....	21
Figura 3 – O Paradigma dos 7 Hábitos.....	23
Figura 4 – Modelo de Souza – Tipologia dos sonhos	27
Figura 5 – Modelo do Equilíbrio de Tempo (de acordo com Seiwert/Peseschkian).....	30
Figura 6 – Pirâmide de sucesso em busca da eficácia.....	31
Figura 7 – Áreas do Planejamento Estratégico Pessoal, do Modelo de Estrada de PEP.....	33
Figura 8 – Modelo de Planejamento Estratégico Pessoal, de Estrada.....	34
Figura 9 – Pirâmide Alimentar Americana.....	42
Figura 10 – Pirâmide alimentar Americana adaptada para o Brasil	44
Figura 11 – Pirâmide da Alimentação Saudável	45
Figura 12 – Pirâmide Alimentar americana Reformulada (2005).....	46
Figura 13 – Modelo de Planejamento Pessoal da Saúde Proposto.....	69
Figura 14 – Pirâmide do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos.....	79
Figura 15 – Pirâmide do Condicionamento Físico para a Saúde.....	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias analíticas do estudo	62
Quadro 2 – Estudos resultantes da pesquisa sistemática na <i>Internet</i> sobre gestão da saúde	64
Quadro 3 – Classificação do estado nutricional de adultos.....	71
Quadro 4 – Circunferência da cintura de acordo com o gênero caucasianos.....	71
Quadro 5 – Valores de referência do colesterol HDL para indivíduos > 20 anos de idade	72
Quadro 6 – Valores de referência do triglicerídeo para indivíduos > 20 anos de idade	73
Quadro 7 – Valores de Referência da pressão arterial	73
Quadro 8 – Valores de glicose plasmática para o diagnóstico de Diabetes e seus estágios pré-clínicos	74
Quadro 9 – Recomendação calórica para diferentes sexos, idades e níveis de atividade física...	80
Quadro 10 – Número de porções de cada grupo alimentar para cada nível calórico	80
Quadro 11 – Grupos de alimentos, com exemplos e porções	81
Quadro 12 – Valores de referência do percentual de gordura corporal total para adultos	83
Quadro 13 – Resumo dos tipos de Resiliência com respectivas características e coping	90

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1.1. Justificativa	14
1.2 Problemática	15
1.3 Objetivos	15
1.3.1 Objetivo Geral	15
1.3.2 Objetivos Específicos	15
1.4 Estrutura do trabalho	16
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 Planejamento Estratégico (PE)	17
2.1.1 Modelo Estrada	17
2.2 Planejamento Estratégico Pessoal (PEP)	19
2.2.1 Modelos de Planejamento Estratégico Pessoal	20
2.2.1.1 Modelo de Cygler	20
2.2.1.2 Modelo de Covey	23
2.2.1.3 Modelo de Souza	26
2.2.1.4 Modelo de Sweirt	29
2.2.1.5 Modelo de Planejamento Estratégico Pessoal, de Estrada	32
2.2.2. Considerações sobre os modelos	35
2.3. Saúde Biológica	36
2.3.1. Controle Clínico	36
2.3.2. Nutrição	39
2.3.2.1. Proteínas	39
2.3.2.2. Gorduras	40
2.3.2.3. Carboidratos	40
2.3.2.4. Vitaminas e minerais	40
2.3.2.5. Guias alimentares	41
2.3.2.5.1. Guia alimentar do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (1992)	42
2.3.2.5.2. Guia alimentar Americano adaptado para o Brasil (1999)	43
2.3.2.5.3. Guia de alimentação da Harvard Medical School (2002)	45
2.3.2.5.4. Guia alimentar do Departamento de Agricultura dos Estados Unido reformulado (2005)	46
2.3.3. Exercícios Físicos	47
2.3.3.1. Benefícios dos exercícios físicos	47
2.3.3.2. Aptidão Física	49
2.3.3.2.1. Resistência Cardiorrespiratória	49
2.3.3.2.2. Resistência Muscular Localizada	50
2.3.3.2.3. Flexibilidade	51
2.3.3.2.4. Composição Corporal	51
2.4. Saúde Psicossocial	52
2.4.1. Resiliência	53
2.4.1.1. Divisão da Resiliência de acordo com Luthar	55
2.4.1.1.1. Resiliência Acadêmica	55
2.4.1.1.2. Resiliência Emocional	56
2.4.1.1.3. Resiliência Social	56
2.4.1.1.4. Resiliência de acordo com Carmello	57
2.4.1.1.5. Considerações acerca da divisão da Resiliência	57
2.4.2. Coping	58

3. METODOLOGIA	59
3.1 Classificação da pesquisa	60
3.2 Categorias analíticas do estudo	61
3.3 Coleta, organização e análise dos dados.....	62
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	64
4.1 Caracterização da produção sobre saúde	64
4.2 Análise dos modelos de Planejamento Pessoal	65
4.3 Apresentação dos elementos que serviram de referência ao Modelo proposto	66
5. MODELO DE PLANEJAMENTO PESSOAL DA SAÚDE PROPOSTO ..	68
5.1 Saúde biológica	70
5.1.1 Controle clínico	70
5.1.1.1 Índice de Massa Corporal (IMC).....	70
5.1.1.2 Circunferência da cintura (CC).....	71
5.1.1.3 Perfil lipídico	72
5.1.1.3.1 Colesterol HDL	72
5.1.1.3.2 Triglicerídios	72
5.1.1.4 Pressão arterial.....	73
5.1.1.5 Glicemia de jejum.....	73
5.1.2 Nutrição	74
5.1.2.1 Qualidade.....	75
5.1.2.1.1 Alimentos Protetores	75
5.1.2.1.2 Alimentos de Risco.....	76
5.1.2.2 Quantidade.....	77
5.1.2.2.1 Refeições	78
5.1.2.2.2 Porções	78
5.1.2.3 Guia de Nutrição.....	78
5.1.3 Condicionamento Físico	82
5.1.3.1 Exercícios de Resistência Cardiorrespiratória	82
5.1.3.2 Exercícios de Resistência Muscular Localizada.....	82
5.1.3.3 Exercícios de Flexibilidade	83
5.1.3.4 Composição Corporal.....	83
5.1.3.5 Guia de atividade física	84
5.2 Saúde psicossocial	85
5.2.1 Resiliência	85
5.2.1.1 Resiliência Acadêmica	86
5.2.1.2 Resiliência Emocional	86
5.2.1.3 Resiliência Social	87
5.2.2. Coping	88
5.2.2.1. Coping Resiliência Emocional	88
5.2.2.2. Coping Resiliência Acadêmica.....	89
5.2.2.3. Coping Resiliência Social.....	90
6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	91
6.1 Conclusões.....	91
6.2 Recomendações	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94

INTRODUÇÃO

O panorama mundial da saúde reflete a influência da inserção da mulher no mercado de trabalho, com redução das taxas de fecundidade e natalidade; da tecnologia, através dos novos recursos da medicina, que proporcionam o aumento da expectativa de vida.

As pessoas estão mais sedentárias, através da utilização dos aparelhos eletrônicos para facilitar o cotidiano, como o controle remoto, telefone sem fio, carros com vidro elétrico etc. A indústria alimentícia obteve grande crescimento, disponibilizando alimentos ricos em gorduras, açúcares e calorias, que exigem pouco tempo de preparo. O nível de estresse aumentou consideravelmente, pois as pessoas estão mais sujeitas a elevados níveis de exigências em todos os aspectos da vida. Esse processo resultou no aumento da prevalência das doenças da modernidade ou crônicas não transmissíveis (DCNT), que são as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (GARCIA, 2004).

Este novo perfil de doenças evidencia a necessidade de novas formas de cuidado da saúde dos indivíduos, que poderão ser otimizadas pelo planejamento.

O Planejamento Estratégico (PE) significa o ato ou efeito de planejar e, ainda, a atividade de organização, para qualquer projeto, de acordo com métodos específicos (FERREIRA, 2004).

Sendo assim, o Planejamento Estratégico é uma ferramenta que contribui no sentido, de pensar antecipadamente, não apenas as ações que devam ser tomadas, mas a sua missão, a sua visão, os seus objetivos, as estratégias e os programas individuais. Esta ferramenta é muito utilizada nas empresas e, atualmente, também está sendo utilizada na vida pessoal.

O Planejamento Estratégico Pessoal (PEP) é uma metodologia para a gestão de vida, que inclui mudanças de hábitos e atitudes, promovendo maior organização pessoal, otimização do tempo e dos meios, incrementando as capacidades pessoais e hábitos positivos (COSTA, 2005).

No planejamento, as decisões tomadas no presente vão refletir no futuro. Para auxiliar a pessoa, nesse processo de organização e tomada de decisão, o Planejamento Estratégico Pessoal é a ferramenta mais indicada (KOTLER, 1986).

O Planejamento Estratégico Pessoal torna-se cada vez mais importante e desperta interesse em diversas áreas. De acordo com Amâncio (2006), é quase impossível que um indivíduo, ou um profissional, tenha sucesso sem um planejamento, pois a sorte, embora seja um importante componente do sucesso e da felicidade, não pode, isoladamente, garantir os mesmos.

Para Pires (2005), o Planejamento Estratégico Pessoal é a chave para a autorealização e o sucesso pessoal, incluindo a motivação e a estabilidade pessoal e profissional. Esse planejamento provoca no indivíduo a necessidade de fazer uma parada para refletir sobre sua própria vida, levando-o a questionar-se sobre seu modo de viver, seus valores, seus princípios, fatores críticos de sucesso e/ou de fracasso, bem como das competências essenciais que lhe possam fornecer vantagem competitiva.

Uma variável de crescente importância, no Planejamento Pessoal Individual, é a saúde, considerada, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como bem estar biopsicosocial e não meramente a ausência de doença. Ela deve ser considerada o suporte do Planejamento Estratégico Pessoal, pois favorece o equilíbrio dos demais aspectos da vida. Está relacionada à qualidade e expectativa de vida das pessoas, para que elas tenham condições de estabelecer planos a curto, médio e longo prazo em todas as áreas do Planejamento Estratégico Pessoal.

1.1. Justificativa

A transição epidemiológica, aumento da população de idosos, em relação à população de jovens, altera os tipos de doenças da população, com aumento das doenças crônicas não transmissíveis.

As doenças crônicas não transmissíveis são as maiores causas de mortalidade e incapacidade, no mundo, sendo responsável por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais, portanto, serão priorizadas nesta pesquisa, por serem consideradas epidemias mundiais (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

O estresse também está associado ao desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis, pois sob estresse intenso, o organismo libera o hormônio cortisol, que desencadeia um processo hormonal em cascata, aumentando a pressão arterial, frequência cardíaca, glicose sanguínea, peso corporal.

Portanto é necessário estabelecer os elementos e métodos que favorecem a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis.

Nesse contexto, como contribuição, este estudo pode ser o suporte do Planejamento Individual, com a elaboração de um Modelo de Planejamento Pessoal da Saúde, que possibilite às pessoas aumentarem a expectativa e a qualidade de vida.

Assim, após a análise das teorias, fez-se necessário, primeiro, delimitar e, depois, apresentar e discutir o problema de pesquisa.

1.2. Problemática

A problematização do tema é a etapa mais importante do estudo, pois, somente com uma abordagem clara e precisa o problema será passível de investigação.

A vida é um processo dinâmico e progressivo, capaz de gerar transformações física, psicológica e social constantemente, tornando-se necessário reavaliar periodicamente as prioridades.

A questão é que se cria um ideal de vida mais qualitativa, como se fosse algo utópico e inatingível. É necessário criar alternativas realistas em busca de uma vida mais saudável e feliz, através de uma atitude mais positiva com ações em saúde.

Nesse viés, algumas questões vêm à tona quando se tenta minimizar ou solucionar tal dificuldade: ‘Que elementos devem ser considerados para manter ou melhorar a saúde?’ ‘Quais são os elementos determinantes e modificáveis da saúde?’ ‘Que fatores devem ser avaliados?’

Tais considerações conduziram o problema de pesquisa, o que está embasado na seguinte questão: Que modelo de Planejamento Pessoal da Saúde poderá contribuir para manter ou melhorar a saúde pessoal?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo Geral

Desenvolver um Modelo de Planejamento Pessoal da Saúde para manter ou melhorar a saúde individual.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Estabelecer os elementos determinantes e modificáveis, para manter ou melhorar a saúde.
- Selecionar parâmetros de avaliação da saúde.
- Elaborar recomendações técnico-científicas para a implementação do Modelo.

1.4. Estrutura do trabalho

Esta dissertação está estruturada em seis capítulos.

Capítulo 1: apresenta a introdução do estudo, que abrange a contextualização do tema proposto, o problema da pesquisa e a descrição dos objetivos a serem atingidos.

Capítulo 2: trata sobre a revisão de literatura, que envolve Planejamento Estratégico, sua contextualização e modelo de referência. Também aborda o Planejamento Estratégico Pessoal, com descrição de modelos que fazem referência a saúde, e dos fatores que determinem e modifiquem a saúde.

Capítulo 3: descreve a metodologia, na qual estão descritos a classificação da pesquisa, as categorias analíticas do estudo e os procedimentos de coleta, organização e análise dos dados.

Capítulo 4: apresenta a discussão dos dados e a caracterização da produção sobre modelos de Planejamento Pessoal, que referenciam a saúde e os fatores que determinem e modifiquem a mesma. Além disso, apresenta os elementos que serviram de referência ao Modelo proposto.

Capítulo 5: apresenta o Modelo de Planejamento Pessoal da Saúde proposto.

Capítulo 6: refere-se às conclusões e recomendações.

O presente trabalho teve a colaboração de profissionais das áreas de medicina, educação física, nutrição e psicologia, através de profissionais de cada uma das áreas: Jacira Bueno Garofallo, Eliana Venturini, Maria Amália Rodrigues, Taiana Côrrea e Janaina Soares.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para atender aos objetivos desta dissertação, é necessário o embasamento de algumas teorias que contribuam e sustentem o trabalho.

Este capítulo tem como finalidade apresentar referencial sobre Planejamento Estratégico, Planejamento Estratégico Pessoal e fatores determinantes e modificáveis da saúde.

2.1. Planejamento Estratégico (PE)

O Planejamento Estratégico é um processo gerencial contínuo, que permite às organizações: estabelecerem o caminho a ser seguido, prevenindo imprevistos, no intuito de otimizar recursos e resultados; analisarem os ambientes interno e externo; estabelecerem objetivos viáveis; elaborarem estratégias diretivas, para delineamento do caminho mais adequado a ser seguido e proporem ações para atingir metas (OLIVEIRA, 1999).

O Planejamento Estratégico é frequentemente, apresentado na forma de modelos, sendo que estes possuem etapas e fases semelhantes, com algumas diferenças conceituais e de terminologia.

Devido à facilidade de compreensão dos termos e metodologia, será descrito o Modelo de Planejamento Estratégico de Estrada (2006).

2.1.1. Modelo de Estrada

O Professor Dr. Rolando Juan Soliz Estrada é pesquisador e coordenador do NGE (Núcleo de Gestão Empresarial), da Universidade Federal de Santa Maria, e presta consultoria nas áreas de Gestão Estratégica, Planejamento Estratégico (PE), Mudança Organizacional e Planejamento Estratégico Pessoal (PEP), em empresas e universidades nacionais e internacionais.

O Modelo de Planejamento Estratégico, proposto por Estrada (2006), é composto de quatro etapas: *Avaliação, Formulação, Implementação e Aprendizagem*. Essas etapas estão interligadas e interagem entre si, pela condução do processo de mudança organizacional e pelo monitoramento e retroalimentação, conforme demonstra a Figura 01.



Figura 1 – Modelo de Planejamento Estratégico, de Estrada
Fonte: Estrada (2006, p. 67)

A primeira etapa é a *Avaliação*, que busca levantar aspectos quantitativos e qualitativos da organização, fazendo um diagnóstico em relação à ‘Cultura e Poder’. Também avalia aspectos referentes ao crescimento econômico, posicionamento no mercado, processos internos, pessoas e responsabilidade social da organização.

Concluída a avaliação das relações de poder e da cultura da empresa, é feita uma ‘Avaliação Organizacional’, que indicará qual é a situação atual da organização, auxiliando na definição da visão de futuro.

A segunda etapa, denominada *Formulação* estabelece a ‘Visão de Futuro’, focada no que a empresa pretenda atingir (valores essenciais, missão ou finalidade básica, supermetas), bem como análise dos ‘Ambientes Interno e Externo’. Após, são levantadas as ‘Questões Estratégicas’.

A terceira etapa é a *Implementação*, que desdobra as questões estratégicas em ‘Planos de Ação’, são os passos prioritários que deverão ser cumpridos para que as estratégias estabelecidas sejam concretizadas. Os planos deverão conter a pessoa responsável pela ação e gerenciamento da atividade, prazo, orçamento e indicador de controle dos resultados no decorrer da execução, data de realização, orçamento e prioridade de execução. O ‘Controle Estratégico’ deve medir, quantitativamente, os planos desenvolvidos durante o planejamento, para orientar e dar suporte às ações corretivas necessárias, garantindo o alcance da visão de futuro.

A quarta etapa é chamada *Aprendizagem* e refere-se à ‘Inovação’ promovida pelo crescimento técnico e comportamental, decorrente da mudança organizacional. As informações adquiridas, durante a mudança, são canalizadas por meio do monitoramento contínuo, para retroalimentar as etapas, de modo que a organização esteja sempre aprimorando as estratégias e ações, que estão sendo implantadas, para atingir a Visão de Futuro estabelecida.

Posteriormente, será explanada a definição de Planejamento Estratégico Pessoal e os Modelos de Planejamento Estratégico Pessoal que abordam a saúde.

2.2. Planejamento Estratégico Pessoal (PEP)

Planejar a vida significa conhecer o caminho que se está percorrendo, estabelecer onde se deseje chegar, e definir o que deva ser feito para atingí-lo. Assim, torna-se essencial o autoconhecimento, para estabelecer os sonhos, os propósitos, as preferências e os talentos, para, em seguida, definir missão, metas, estratégias e ações individuais. Dessa forma, a pessoa estará melhor estruturada para enfrentar os desafios, evitando ficar vulnerável a outras pessoas, circunstâncias e fatores externos (AUGUSTIN, 2008).

O Planejamento Estratégico Pessoal é a bússola decisiva na travessia rumo ao futuro, pois, quando o que a pessoa estiver fazendo não tiver sentido, o planejamento é o fator orientador para continuar na trilha certa (SHIBATA, 2007).

O sistema de planejamento incentiva a incorporação de hábitos mais racionais à administração do tempo e da vida do indivíduo. Os benefícios da organização pessoal, direcionando mais tempo para as atividades que alavanquem maiores resultados. Esse processo requer habilidades que poderão ser aprendidas e desenvolvidas (PROENÇA, 2003).

A visão pessoal para o futuro; direção clara para a carreira; criação de oportunidades; aumento da segurança; preparação para a aposentadoria; a construção e a manutenção de uma

vida equilibrada, balanceada e a oportunidade de envolver outros no bem estar do seu futuro são alguns dos benefícios do planejamento (MORRISEY,1992).

Para concretizar os planos a curto, médio e longo prazo, de forma mais eficiente e eficaz, é necessário planejamento. Além de proporcionar muitos outros benefícios, não existe o melhor modelo de Planejamento Estratégico Pessoal, o que existe são sugestões. O modelo adotado deve ser o que melhor se adapte ao modo de vida e à realidade da pessoa. É importante lembrar que quem tiver uma visão clara, seguir o caminho traçado e desenvolver objetivos de vida, estará em melhores condições de dar sentido e direção a seu viver e tornar-se mais feliz (NAVARRO, 2006).

O Planejamento Pessoal é a capacidade de organizar os recursos e adaptá-los no tempo, de forma lógica, sequencial e eficaz para atingir um objetivo. Para isso, é necessário dividir o longo caminho a ser percorrido em vários trechos menores, tornando possível dar um passo após o outro (SANTOS, 2009).

2.2.1. Modelos de Planejamento Estratégico Pessoal

Para embasar a pesquisa proposta, foram selecionados alguns modelos que denotam uma preocupação relevante com a saúde.

2.2.1.1. Modelo de Cygler

O autor do Modelo é Jimmy Cygler, é empresário, formado em Administração de Marketing, pela Universitá Haptuhá, em Israel. Ela atua como professor, autor, palestrante e diretor responsável da revista Database Marketing (DBM).

Seu modelo, *A fórmula do sucesso e da felicidade, sem estresse*, divide o Planejamento Estratégico Pessoal em cinco áreas: *Tempo, Energia, Tarefas, Índivíduo e seus Relacionamentos, e conquistas nas diversas dimensões da vida* (física, material, emocional, intelectual, espiritual e social).

Ele enfatiza que essas áreas devem ser gerenciadas para tornarem os indivíduos mais produtivos, eficientes e equilibrados. Essas áreas poderão ser trabalhadas isoladamente, de acordo com a necessidade, estando envolvidas em um contexto maior, que envolve *o Ser, o Fazer, o Ter e o Viver*, conforme ilustrado na Figura 2.

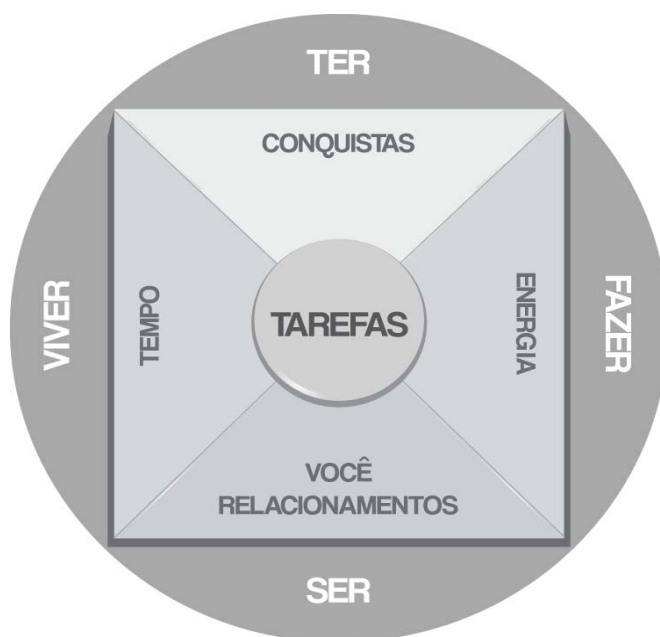


Figura 2 – Fórmula do sucesso e da felicidade sem estresse
 Fonte: Cygler (2005, pg. 19)

A relação entre *ser*, *ter*, *fazer* e *viver* são prioritárias para que se viva com sucesso e felicidade, sem estresse (Cygler, 2005, p. 17). Sob essa perspectiva, as cinco áreas são apresentadas a seguir:

A primeira área, *Tempo*, é considerada pelo autor como fator importante a todas as pessoas, uma vez que as pessoas deverão gerenciá-lo para conseguirem administrar sua vida, dentro do período disponível, e aumentarem suas chances de sucesso em todas as áreas.

Foram estabelecidos cinco passos para a utilização do tempo: ‘(1) identificar o que faz com o seu tempo; (2) saber o que deveria fazer com o seu tempo; (3) discernir entre o importante e o urgente; (4) mudar seus hábitos e utilizar o tempo a seu favor e (5) tornar estes hábitos uma constância na sua vida’.

A segunda área é a *Energia*, considerada fundamental para atingir um alto desempenho. O autor propõe quatro níveis de energia: ‘física, emocional, mental e espiritual’, que estão intrinsecamente ligadas e abaixo descritas:

A ‘energia física’ envolve o grau satisfatório de condicionamento físico, respiração correta, descanso adequado e alimentação equilibrada e saudável.

A ‘energia emocional’ envolve a pessoa que possua bom humor e cultive boas emoções, tendo maiores condições de superar adversidades, pois impulsiona as realizações através da positividade.

A ‘energia mental’ envolve os pontos: educação e cultura. A energia mental direciona a pessoa e estimula a criatividade.

A ‘energia espiritual’ é a base das demais energias, uma vez que envolve conjunto de valores, objetivos e interesses pessoais nos quais a pessoa acredita, dando-lhe senso de direção e motivando-a a continuar no seu caminho.

A terceira área corresponde às *Tarefas*, sendo necessário priorizá-las em relação à ‘eficiência e eficácia’. É importante destacar que eficácia é diferente de eficiência. A primeira área trata sobre o que a pessoa deve ou não fazer, a segunda, de como fazer. Após definir as tarefas certas, o próximo desafio é escolher o que priorizar, pois uma decisão equivocada é o maior motivo da ineficácia, para a pessoa, porque a impede de chegar ao sucesso e a felicidade.

A quarta área refere-se ao *Indivíduo* (intrapessoal) e *seus relacionamentos* (interpessoal). A parte do *indivíduo*, refere-se ao ‘espaço interno’ (como a pessoa deve organizar e clarear os seus pensamentos); resistência a mudanças (mudanças são vitais à sobrevivência da pessoa em todos os campos da vida); disciplina (ponte entre os objetivos da pessoa e as suas conquistas); aptidões emocionais (derivam do conceito de inteligência emocional, caracterizam a maneira como as pessoas lidam com suas emoções e com as das pessoas ao seu redor) e pré-ocupação (diz que o ser humano é o único, na natureza, que se pré-ocupa, e isso não é positivo, pois a pessoa não vive o agora).

A parte de *relacionamentos* refere-se à ‘interdependência’ das pessoas. Conforme o autoconhecimento individual aumenta, o indivíduo descobre forças e fraquezas e que, para sobreviver, precisa da ajuda dos outros seres humanos. O enfoque é na rede de relacionamentos, por meio das quais a pessoa constrói e mantém sua rede para obter sustentação, apoio e informações valiosas.

A quinta área refere-se a *Conquistas* nos seus variados aspectos: ‘físico, material, emocional, intelectual e espiritual’.

A ‘conquista física’ corresponde a manter-se saudável por meio de boa alimentação, de exercícios físicos, de respiração adequada, de descanso, relaxamento apropriado e tratamentos preventivos, ter bem-estar, energia e beleza.

No aspecto ‘material’, que diz respeito às conquistas relativas a dinheiro, ações, imóveis, carros, jóias e outros bens, que está relacionado com reputação e relacionamentos.

Na questão ‘emocional’, refere-se a condutas, sentimentos, emoções, comportamentos e atitudes; O aspecto ‘intelectual’, ligado ao conhecimento adquirido por meio do estudo e do aprendizado; O ‘espiritual’ é o aspecto mais elevado das conquistas, diz respeito a obter

consciência, espiritualidade e autoconhecimento através da reflexão, da meditação, da oração e da dedicação a causas nobres.

O autor afirma que as pessoas não podem passar por este mundo sem deixar um legado. Todos precisam de um sentido para a vida. Pensar em legado traz, antes de tudo, benefícios para a própria pessoa, pois sua vida adquire tal dimensão e profundidade que jamais seriam alcançadas se ela estivesse pensando somente em si.

2.2.1.2. Modelo de Covey

Sthefen R. Covey, é Doutor em Administração, pela Brigham Young University, e atua como consultor, professor e autor. É reconhecido, mundialmente, como uma referência em liderança, eficácia pessoal e relacionamentos.

O modelo possui uma abordagem de dentro para fora com foco na eficácia pessoal e interpessoal. É um processo de evolução, que leva a formas progressivamente mais elevadas de independência e interdependência como mostra a Figura 3.

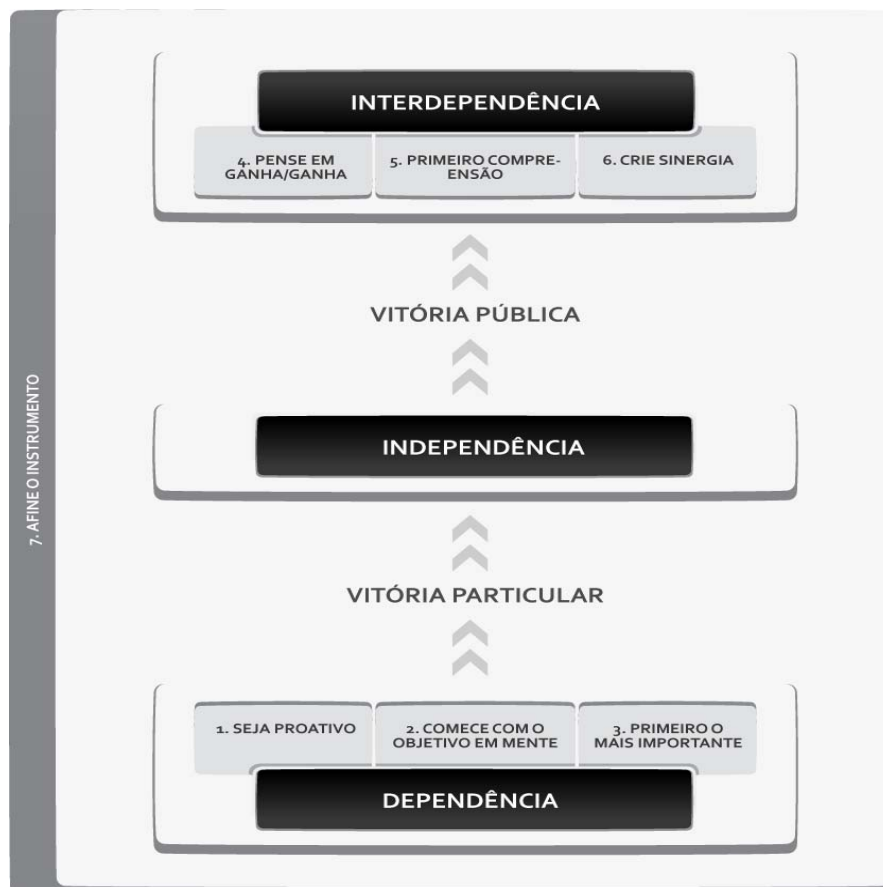


Figura 3 - O Paradigma dos 7 Hábitos

Fonte: Covey (2007, pg. 70)

O modelo é dividido em 4 partes: *Conceitos do Modelo, Vitória Particular, Vitória Pública e Renovação*. Cada parte está dividida em ‘hábitos’ conforme descrito a seguir.

A primeira parte estabelece alguns *conceitos para a compreensão do modelo*. O primeiro é sobre a palavra ‘hábito’, que, conforme Covey (2007, p. 58), é a “intersecção entre o conhecimento, a habilidade e o desejo” onde o conhecimento é o que fazer e o porquê; a habilidade é o como fazer, e o desejo é a motivação, o querer fazer. Para que algo se torne um hábito, esses três elementos precisam estar presentes.

São apresentados os ‘hábitos altamente eficazes’ do Modelo, Segundo o autor, os hábitos estão baseados em princípios, que levam a resultados positivos a longo prazo. Após, é apresentado o modelo elaborado pelo autor (Figura 03)

A segunda parte refere-se aos ‘hábitos 1, 2 e 3’, e representam a *Vitória Particular*, hábitos que envolvam o próprio comportamento da pessoa, que vem antes da vitória pública.

‘O hábito 1’, considerado o principal, refere-se a ‘proatividade’, que significa muito mais do que tomar a iniciativa, implica que a pessoa é a responsável pela sua própria vida, pois o seu comportamento resulta de decisões por ela tomadas, e não das condições externas.

‘O hábito 2, começar com o objetivo em mente’, refere-se à criação mental (princípio de que todas as coisas são criadas duas vezes: há uma criação mental, ou inicial, e uma criação física, ou segunda criação. Ter um objetivo na mente significa começar tendo uma compreensão de onde se vai chegar. Esse hábito também cita os princípios de liderança pessoal, onde o autor enfatiza que liderança e gerenciamento são duas coisas diferentes. Enquanto liderança vem primeiro, trabalha com objetivos, e não é uma experiência isolada, o gerenciamento vem em segundo lugar e trabalha com métodos.

‘O hábito 3’, primeiro o mais importante, pode ser considerado a ‘segunda criação, a elaboração física, a implementação dos hábitos 1 e 2’. Enquanto a liderança resolve o que é mais importante, o gerenciamento coloca o mais importante em primeiro lugar. Esse hábito trabalha com questões ligadas à administração do tempo e da vida, e com a delegação de poderes, focando a capacidade individual de gerenciamento.

A terceira parte do modelo, aborda a *Vitória Pública*, que é uma interação eficaz, que traz resultados benéficos para todos os envolvidos, uma vez que estimula o trabalho conjunto, a comunicação entre as pessoas e resultados que se trabalhassem isoladamente, seriam incapazes de conceber. Os ‘hábitos 4, 5 e 6’ referem-se a *Vitória Pública* e agem juntos, para desenvolverem a interdependência.

O ‘hábito 4, pensar em ganha-ganha’, diz que a ‘transição gradativa de dependência para independência e interdependência’ desenvolve potencialidades, e a pessoa encontra-se

em posição de influenciar as outras. Covey (2007) alega que este hábito implica em vantagens para todos os envolvidos. O hábito da liderança interpessoal eficaz exige visão, iniciativa proativa, segurança, orientação, sabedoria e poder, que provem de uma liderança pessoal, centrada nos princípios.

O ‘hábito 5, procurar primeiro compreender, depois ser compreendido’ é a base para a comunicação interpessoal eficaz. Saber como ser compreendido é a outra metade do hábito 5, e também é importante para obtenção de vantagens mútuas.

O exercício de todos os outros hábitos prepara a pessoa para o ‘hábito 6, criar sinergia’. Esta atividade é a mais dinâmica da vida, através da manifestação de todos os outros hábitos vistos em conjunto. Os hábitos anteriores foram preparatórios para criar a sinergia, cuja essência é valorizar as diferenças entre as pessoas, respeitá-las, investir nos pontos fortes e compensar as fraquezas. A sinergia está relacionada ao trabalho em equipe.

A quarta parte trata da *Renovação e ‘hábito 7 - Afinar o Instrumento’*, envolvendo todos os outros hábitos do paradigma, porque é ele quem os torna possíveis. Significa parar afinar o instrumento (exercer as quatro dimensões da natureza do ser humano, com regularidade e consistência, de forma equilibrada e sensata). É o hábito do aprimoramento contínuo e criador do espiral ascendente do amadurecimento. É a renovação, ou seja, uma renovação regular e equilibrada das quatro dimensões básicas da vida: ‘física, espiritual, mental e social/emocional’.

As dimensões física, mental e espiritual estão estreitamente ligadas aos hábitos 1, 2 e 3, enquanto a dimensão social/emocional é baseada nos hábitos 4, 5 e 6. Afinar o instrumento nas dimensões física, espiritual e mental é uma prática chamada de *Vitória Particular Diária*, que gera resultados, valores e afeta as decisões e os relacionamentos.

A ‘dimensão física’ trata de cuidar, eficazmente, do corpo, através da ingestão de alimentos saudáveis, exercitar o corpo de forma constante, descansar e relaxar o suficiente, e praticar exercícios regularmente.

A ‘dimensão espiritual’ é o eixo da pessoa, é o comprometimento com o seu sistema de valores. Trata-se de uma área muito pessoal e se nutre das fontes que inspiram e elevam, a pessoas, vinculando-a às verdades eternas de toda a humanidade. A ‘dimensão mental’ aborda a educação formal, que trabalhada de forma permanente, amplia e abre perspectivas para a pessoa.

As ‘dimensões sociais e emocionais’ estão interligadas porque a vida emocional da pessoa é, principalmente, desenvolvida no relacionamento com os outros. Sua renovação não exige tempo, podendo ser conseguida através das interações normais, cotidianas, com as

pessoas. O processo de auto-renovação precisa incluir a renovação equilibrada nas quatro dimensões da natureza da pessoa. Porém, somente se tornará eficaz quando todas as dimensões estiverem equilibradas. Omitir qualquer uma das áreas provocará consequências negativas nas outras, pois estão interrelacionadas.

2.2.1.3. Modelo de Souza

César Souza é um dos palestrantes e consultores mais solicitados do país. Foi executivo no Brasil e no exterior, e atualmente é presidente da Empreenda (empresa de consultoria em estratégia, marketing e RH), também atua como conselheiro pessoal de líderes empresariais, educacionais e comunitários, em vários países do mundo. É formado em Administração, foi sócio, com Michael Porter, da empresa Monitor Group, também é escritor e autor de várias colunas de revistas e jornais.

Souza apresenta a obra, *Você é do Tamanho de seus Sonhos*, que encoraja a pessoa a transferir seu sonho para o papel, e após para a realidade, através de estratégias e ações, visando a realização dos projetos pessoais, profissionais, familiares, empresariais e comunitários, de maneira prática e objetiva.

O modelo enfatiza tanto o porto (aonde a pessoa deseja chegar) quanto a travessia (como chegar lá), já que, para ter sucesso, essas duas variáveis devem ser levadas em consideração.

O autor aborda o primeiro elemento de sua metodologia, *o sonho*, como uma metáfora do desejo, realização pessoal, aspiração, desafio. Procura resgatar, na pessoa, a sua capacidade de sonhar e de empreender mudanças, para materializar seus projetos. Assim como as circunstâncias e os desejos, os sonhos também estão em constante mutação. Por isso, é importante que a pessoa não se apegue a um único objetivo, e tenha múltiplos sonhos. As várias aspirações poderão conviver em paz, sem desperdício de energia, contando que se tenha organização.

O autor acredita que o sonho é a primeira etapa do Planejamento Estratégico Pessoal. Visto sob este aspecto, a origem do sonho de uma pessoa está diretamente ligado às suas necessidades. Assim, além das cinco abordadas por Maslow, Souza acrescenta uma sexta necessidade, a espiritual, desenvolvendo o modelo que chamou de *Tipologia de sonhos*, com os principais grupos de sonhos que uma pessoa possa ter, e que estão enumerados, de forma aleatória, pois todos têm o mesmo valor conforme demonstrado na Figura 4.

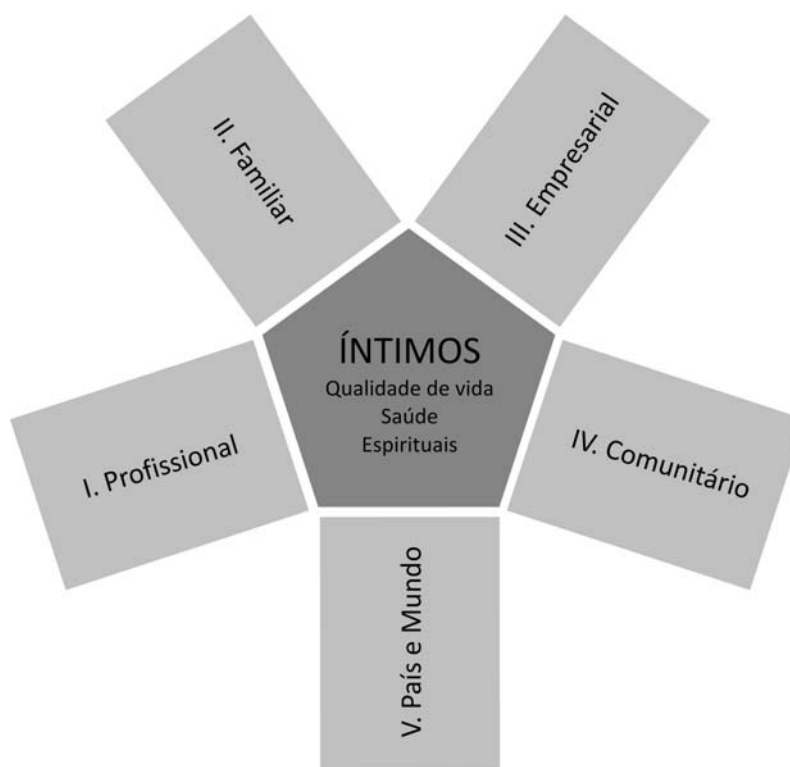


Figura 04 – Modelo de Souza - Tipologia dos sonhos
 Fonte: Souza (2003, p. 52)

Os sonhos, para a *vida profissional*, referem-se a ter uma ‘profissão que seja satisfatória, com reconhecimento e respeito’.

Para a *vida familiar*, referem-se ao ‘amor e respeito, pelos e dos membros da família, ao relacionamento com o cônjuge, lazer, apoio familiar e à educação’.

Em relação a *empresa*, o sonho é que ela seja ‘reconhecida como uma organização lucrativa, eficaz, ética, renovadora, pioneira e que faça a diferença’, levando em consideração as aspirações dos investidores, da diretoria, dos líderes e dos empreendedores. Porém, para obter sucesso, deve-se unir os sonhos do líder, ou acionista da empresa, da sua equipe de trabalho e dos seus clientes.

Os sonhos para a *vida comunitária* iniciam com a intenção de ‘implementar projetos que gerem satisfação à comunidade, estimulem o desenvolvimento local, estejam engajadas e atuem em causas ecológicas’. Dessa forma, cria-se solidariedade entre os seres humanos.

Estendendo para o *país e o mundo*, objetiva o ‘combate às injustiças sociais, à miséria e desigualdade entre os povos’.

Os sonhos *íntimos* são a alavanca das aspirações nas outras esferas, pois sem eles a pessoa não terá energia para lutar por seus projetos. Eles envolvem aspectos essenciais como a ‘qualidade de vida, a saúde, o desenvolvimento espiritual e o bom humor’.

Após definir os sonhos, a próxima etapa é a pessoa voltar-se para o futuro e imaginar onde quer estar, qual sua próxima atividade e o que deve fazer até lá. Definido aonde se quer chegar, o próximo passo é decidir como fazer isso. Assim, o caminho envolve estratégia, ou seja, se não houver ações claras e direcionadas tudo poderá continuar do jeito que está. Para empreender os sonhos são necessários gestos conscientes, disciplina e determinação.

É necessário conhecer suas competências, depois de identificadas, definir a estratégia. A pessoa deve combinar o planejamento da travessia, com o porto de chegada, para descobrir qual o seu estilo pessoal, uma vez que esse será o diferencial que determinará seu grau de sucesso.

São considerados cinco estilos possíveis: acomodado, planejador sem foco, realizador afobado, realizador moderado e realizador pleno. Esses cinco estilos podem misturar-se e variarem, de acordo com as situações. É importante que a pessoa identifique seu estilo pessoal, para que possa trabalhar o que falta e aproximar-se do realizador pleno.

Após definir o seu estilo pessoal, é necessário transformar os sonhos em projetos, e estes em ações. A metodologia de Souza permite que a pessoa analise a situação real para projetar a situação desejada, através de ações estruturadas e direcionamento das metas. Dessa forma, o primeiro passo, para concretizar o sonho, é formalizá-lo no papel e definir as ações concretas, para a materialização da situação desejada.

No planejamento deve-se listar alguns sonhos, e descrevê-los e colocá-los em ordem de prioridades, no que se refere à: saúde, vida profissional, condição financeira, vida familiar, relações sociais, participação na comunidade, causas sociais e ecológicas e projetos para o país e para o mundo. Após, a pessoa deve listar alguns sonhos que gostaria de realizar a partir de agora, selecionando os três sonhos que considerar mais importantes, do de maior importância ao de menor. É fundamental que a pessoa materialize sua emoção e envolva-se com seu sonho, para que possa desenvolver ações concretas que tragam resultados positivos.

Para os três sonhos escolhidos devem ser escritas ações e um quadro relacionando os compromissos para o próximo ano, identificando a linha de ação, os recursos, o apoio e a data para a realização. A metodologia apresentada por Souza não limita a quantidade de sonhos que uma pessoa possa ter. O que realmente vai importar é a sua capacidade de concretizar esses sonhos.

2.2.1.4. Modelo de Seiwert

Lothar J. Seiwert é um reconhecido especialista da Alemanha, no gerenciamento do tempo. É um palestrante e instrutor muito requisitado. Possui uma empresa de assessoria e consultoria, Seiwert Institut GmbH, em Heidelberg, especializada em assuntos sobre administração do tempo e liderança.

O autor estabelece uma nova cultura sobre o tempo, onde gerenciá-lo abrange mais do que classificar prioridades, significa autogerenciamento e estruturação ativa da vida, uma vez que não se pode gerir o tempo, mas sim as pessoas.

Em um mundo acelerado, o gerenciamento do tempo significa manter um ritmo ao invés de viver em velocidade. Para tal, é necessário concentrar-se naquilo que é realmente importante, tanto na vida profissional como na privada, ou seja, colocando em equilíbrio a vida profissional e a pessoal.

De acordo com estudos transculturais, realizados por Nossrat Peseschkian, Seiwert apresenta o *Modelo do Equilíbrio de Tempo* (ver Figura 05), composto por quatro categorias, que se encontram em dependência recíproca, caso ocorra desequilíbrio em apenas uma, influenciará todas as demais.

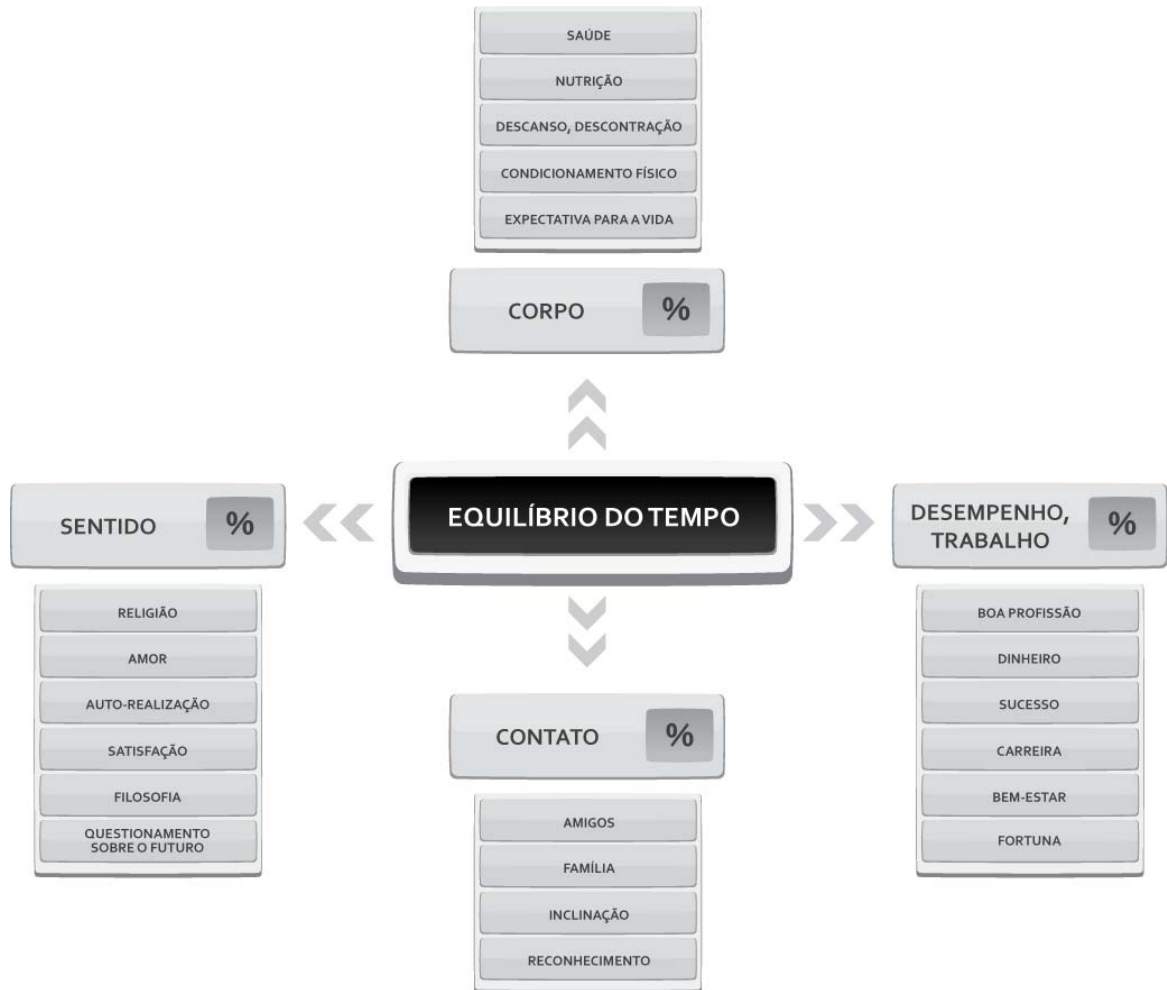


Figura 05 - Modelo do Equilíbrio de Tempo (de acordo com Seiwert/Peseschkian)
 Fonte: Seiwert (2004, p. 58)

A primeira categoria refere-se ao *Desempenho/Trabalho*, que diz respeito ao engajamento nas atividades profissionais, senso de responsabilidade e manter-se atualizado e em desenvolvimento. Inclui elementos como ‘profissão, dinheiro, sucesso, carreira, bem-estar e fortuna’.

A segunda categoria diz respeito ao *Corpo*, manutenção ou restauração da saúde. Compreende elementos como ‘nutrição, descanso, descontração, condicionamento físico e expectativas de vida’.

A terceira categoria é o *Contato*, referindo-se à valorização das relações pessoais. Envolve os ‘relacionamentos com os amigos e com a família, além de elementos como inclinação e reconhecimento’.

A quarta categoria, *Sentido*, trata da dedicação aos valores que dão sentido à vida e aos objetivos perseguidos. Busca o equilíbrio e a harmonia entre as quatro categorias.

Compreende os elementos ‘religião, amor, auto-realização, satisfação, filosofia e questionamento sobre o futuro’.

Seiwert complementa que, neste Modelo, está claro não existir separação entre âmbito profissional e privado, as mesmas constituem uma unidade. Para que a pessoa estabeleça o autogerenciamento, o autor recomendada a utilização da *Pirâmide de Sucesso em Busca da Eficácia*, composta por sete passos, que demonstra de maneira seqüencial, na Figura 6, como a pessoa poderá viver melhor seu cotidiano.

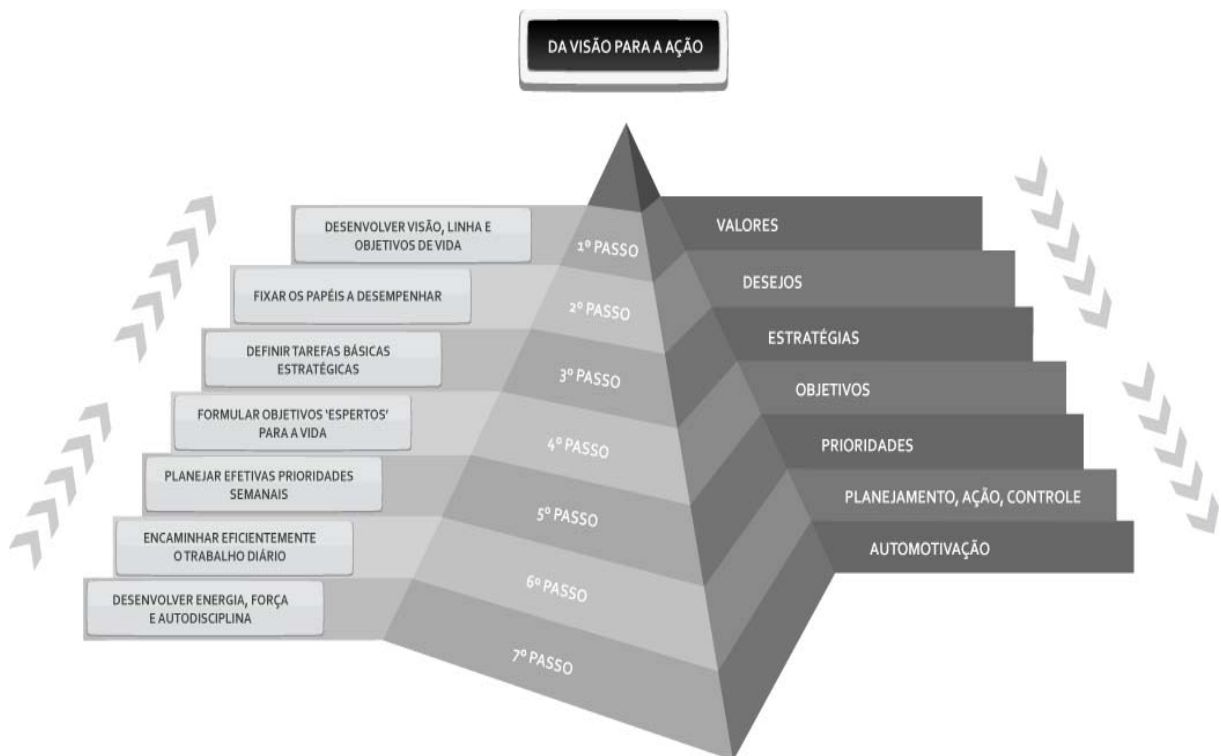


Figura 06 – Pirâmide de sucesso em busca da eficácia
Fonte: Seiwert (2004, p. 67)

Os setes passos recomendados pelo autor, para a implementação do Modelo estão apresentados abaixo:

- 1) A pessoa deve estabelecer sua visão de vida, sua linha pessoal e profissional e esquematizar seus objetivos.
- 2) Devem ser definidos os papéis a serem desempenhados, que auxiliarão na visão a longo prazo, de maneira concreta.
- 3) Devem ser formuladas estratégias pessoais adequadas e tarefas essenciais para, então concentrar-se nas atividades que tragam resultado e possam auxiliar a pessoa a progredir mais rápido.

- 4) A transformação dos desejos de longo prazo e suas tarefas estratégicas em objetivos concretos para o futuro profissional e pessoal, devem ser elaborados para um período de três a cinco anos, mas também como plano anual, tomando por base o modelo de equilíbrio de tempo e os papéis que a pessoa desempenha em sua vida.
- 5) A pessoa deve concentrar-se nas atividades prioritárias semanais, para melhor dispor de seu tempo.
- 6) O dia é a unidade de tempo em que a pessoa vive, e quanto mais a pessoa puder planejar seu dia, melhor poderá direcioná-lo, para atingir seus objetivos e valorizar as consequências diárias na concretização das tarefas.
- 7) Desenvolver energia, força e autodisciplina para obter o sucesso diário. A autodisciplina é uma das melhores formas de conseguir mais tempo na vida, e é importante para que a pessoa obtenha equilíbrio entre suas obrigações e recompensas.

Os passos apresentados permitem à pessoa alcançar maior soberania de tempo e, conseqüentemente, o autogerenciamento eficaz. Para finalizar, o autor acrescenta que as pessoas são diferentes e dá orientações para gerenciar o tempo de acordo com os diversos tipos de estruturas de personalidade, pois estes influenciam a maneira como a pessoa lida com o tempo.

2.2.1.5. Modelo de Planejamento Estratégico Pessoal de Estrada

O Planejamento Estratégico Pessoal é um método de gestão de vida, que surgiu da necessidade de o ser humano de buscar seu desenvolvimento pessoal, progresso e crescimento por meio do autoconhecimento. Consiste em uma ferramenta útil, a qual propicia a pessoa conhecer-se, organizar-se, administrar melhor o seu tempo e estabelecer objetivos pessoais, na busca de maior equilíbrio e resultados nas diferentes áreas de sua vida.

O Modelo Estrada, de PEP, foi dividido em cinco áreas: *Planejamento Familiar*, *Planejamento de Negócios Pessoais*, *Planejamento da Participação Social*, *Planejamento Profissional* e *Planejamento Individual*.

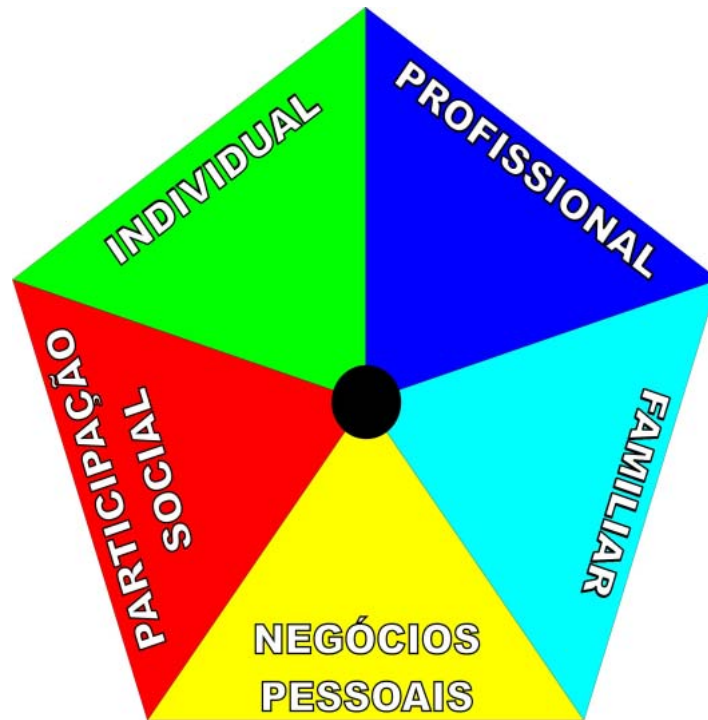


Figura 7 – Áreas do Planejamento Estratégico Pessoal, do Modelo Estrada
Fonte: Estrada, Neto e Augustin (2011)

Essas cinco áreas estão interligadas, ou seja, uma interfere no equilíbrio da outra. Para desenvolver cada uma dessas áreas, elas foram subdivididas em campos (Figura 8). Cada campo trata de aspectos relevantes para aquele planejamento, permitindo que a pessoa elabore um plano que vá ao encontro de seus objetivos e aspirações. Nesse caso, as metas estabelecidas são uma verdadeira auto reflexão do indivíduo.

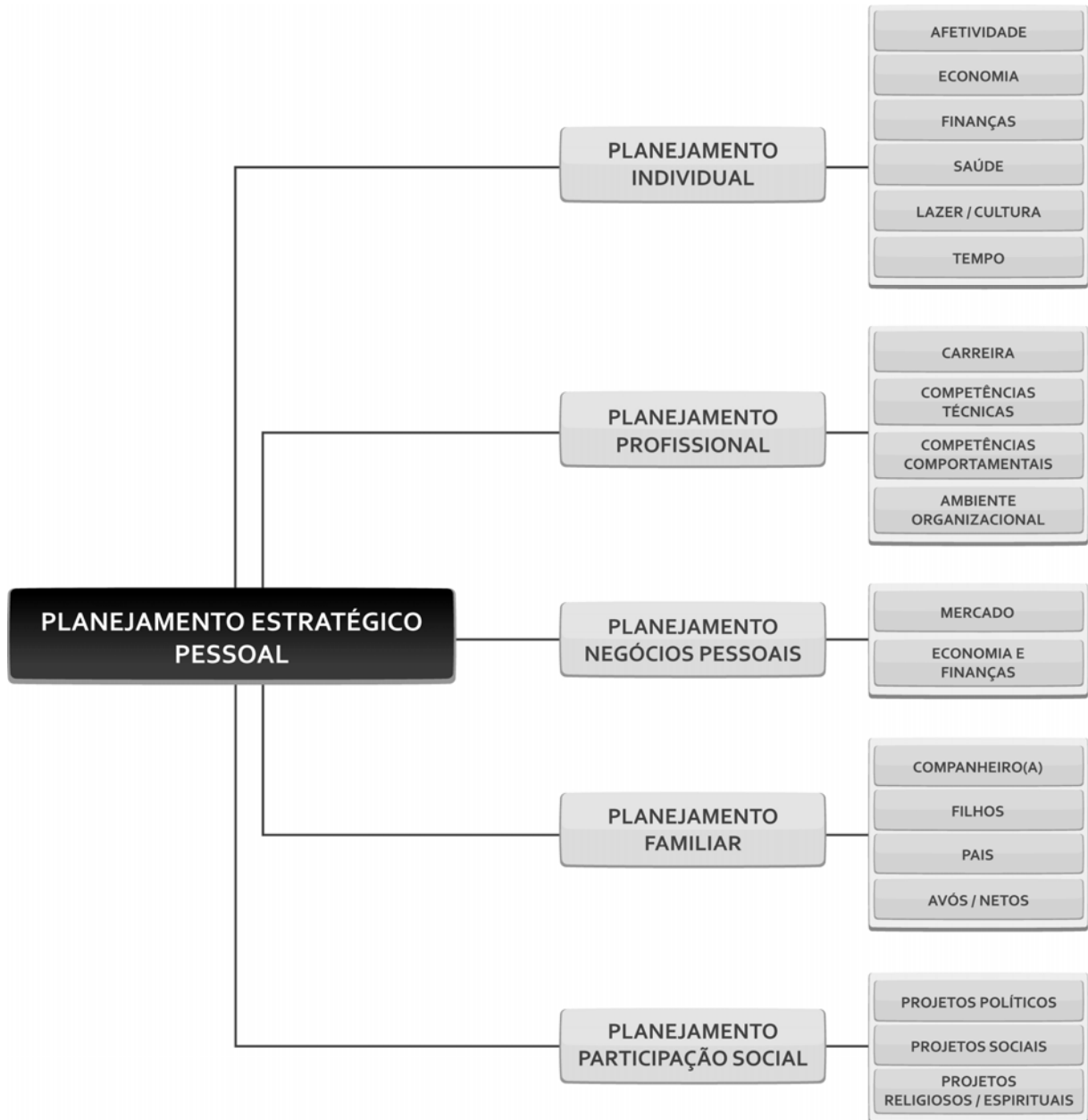


Figura 8 – Modelo de Planejamento Estratégico Pessoal, de Estrada
 Fonte: Estrada, Neto e Augustin (2011)

A pessoa deve descrever seus alvos para todas as áreas, tão completamente quanto possível, sendo necessário priorizá-los e estabelecer um plano estratégico para alcançá-los. Nesse modelo, o indivíduo pode iniciar seu planejamento por qualquer uma das cinco áreas, realizando, conforme o seu interesse. Por isso, a importância dessa divisão em áreas distintas.

Os cinco planejamentos podem ser trabalhados conjunta ou separadamente, o que torna o modelo flexível. Além disso, não existe uma sequência a ser seguida, ou pré-requisitos para a implementação dos planejamentos.

O *Planejamento Familiar* deve aprimorar as relações com ‘o (a) companheiro(a), filhos, pais, avós e netos, em questões como dependência e individualidade’. É importante inserir estas pessoas, pois elas participam da trajetória de vida de cada ser humano. Portanto, a família consiste em um grupo de pessoas envolvidas por laços consangüíneos, de adoção e/ou de afetividade.

O *Planejamento de Negócios* instrui a pessoa em relação ao ‘mercado’, e aspectos ‘econômico/financeiro’. Conhecer o ‘mercado’ é o primeiro passo para o sucesso de uma empresa, envolvendo aspectos como ‘produto e segmento’. Na ‘economia/finanças’, os elementos são o ‘patrimônio, rentabilidade e lucratividade’, fundamentais à vida organizacional.

O *Planejamento da Participação Social* abrange projetos que busquem engajamento do indivíduo com seus valores, crenças, participação na sociedade e desenvolvimento de relacionamentos interpessoais. São ‘projetos políticos, sociais e religiosos/espirituais’.

O *Planejamento Profissional* envolve o estabelecimento de metas adequadas e alinhadas com as expectativas profissionais e com o plano de carreira. Este planejamento trabalha em quatro campos: ‘Carreira’, que envolve os elementos função, cargo e remuneração; ‘Competências Técnicas’, que são formadas por conhecimentos e por habilidades; ‘Competências Comportamentais’, que tratam dos elementos autoconhecimento, emoção, comunicação, aprendizagem, liderança; e ‘Ambiente Organizacional’, que é constituído por pessoas, local, instalações físicas e equipamentos.

O *Planejamento Individual* envolve a análise de características particulares, já que cada ser humano é único e diferenciado. Promove o autoconhecimento e a definição de ações prioritárias para a pessoa. Este processo permite que esta analise sua vida e perceba quais aspectos deseja mudar, desenvolver, manter ou atingir. *Ele envolve seis campos: ‘Afetividade, Economia, Finanças, Tempo, Lazer/Cultura e Saúde’.*

Em relação à saúde, o modelo de Planejamento Estratégico Pessoal de Estrada (2011) envolve duas esferas: mental e física. Ele enfatiza a saúde física, com os seguintes elementos: alimentação, atividade física, controle médico.

2.2.2. Considerações sobre os modelos em relação à saúde

Os modelos de Planejamento Estratégico Pessoal apresentam dois aspectos comuns: nutrição e condicionamento físico. Também enfatizam as dimensões psicológicas/emocionais

e sociais, com foco no equilíbrio biológico (físico) e psicossocial. Porém, nenhum modelo estabelece uma metodologia completa para a implementação dos aspectos da saúde. Para embasar esta pesquisa, serão aprofundados todos os elementos citados neste parágrafo.

2.3. Saúde Biológica

Na saúde biológica serão abordados os seguintes tópicos: Controle Clínico, Nutrição e Condicionamento Físico.

2.3.1. Controle Clínico

O Controle Clínico destina-se a avaliar os parâmetros relacionados à Obesidade e Síndrome Metabólica, pois favorecem o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis.

A Obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, e a Síndrome Metabólica é um transtorno complexo, representando fatores de risco cardiovasculares (CUPPARI, 2009).

Em 2002, o Ministério da Saúde (MS) financiou o primeiro estudo de carga de doença, para traçar o perfil das doenças mais prevalentes no País. Nesse estudo, as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis pelas maiores proporções de anos de vida perdidos por morte prematura (59,0%), e anos de vida convivendo com as sequelas das doenças (74,7%) (MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L. de et al, 2006).

As doenças crônicas não Transmissíveis são, predominantemente, as doenças cardiovasculares, diabete melito, câncer e doenças respiratórias crônicas (ALOYZIO A; AZAMBUJA, M.I.R, 2004).

A doença cardíaca coronária resulta da ausência de fluxo sanguíneo na rede de vasos que circundam o coração e suprem o miocárdio. Sua principal causa é a aterosclerose, a que envolve mudanças estruturais e composicionais na camada mais interna das grandes artérias. A aterosclerose é a principal causa de ataque cardíaco, acidente vascular cerebral e gangrena das extremidades. As artérias mais afetadas são a aorta abdominal e as artérias coronária e cerebral (MAHAN, L. K; ESCOTT-STUMP, S., 2005).

Conforme a Organização Pan–Americana da Saúde (2003), o diabete melito é causado por uma deficiência do pâncreas, quer redução da produção do hormônio insulina ou dificuldade de executar suas funções. A insulina é o hormônio responsável pelo metabolismo

e pelo aproveitamento do carboidrato pelas células do organismo, para gerar energia. A sua ausência, ou atuação deficiente, resulta num excesso de açúcar no sangue (hiperglicemia crônica), causando prejuízos ao organismo.

Conforme Frank (2002), o diabetes melito é dividido em dois tipos: diabetes melito insulino-dependente ou tipo I e diabetes melito não-insulino-dependente ou tipo II. O diabetes melito tipo I ocorre devido a incapacidade do organismo produzir insulina, afetando apenas 10% dos diabéticos. Responsável por 90% do total de diabetes melito tipo II costuma instalar-se em adultos com excesso de peso. Embora esses indivíduos normalmente tenham concentrações adequadas ou elevadas de insulina, não conseguem utilizá-la de forma apropriada, devido a disfunção das células β e à resistência à insulina nos tecidos periféricos como músculo, fígado e gordura.

O câncer é um processo de múltiplos estágios que foram divididos, didaticamente, em três fases progressivas: envolvendo iniciação, promoção e progressão do tumor. O início da doença se deve à transformação da célula, produzida pela interação de substâncias químicas, radiação ou vírus com o ácido desoxirribonucléico (DNA) celular. A transformação ocorre rapidamente, mas a célula resultante permanece inativa, por um período variável, até que seja ativada por algum agente promotor. Durante a promoção, as células iniciadas multiplicam-se, formando um tumor discreto. A próxima fase é a progressão, que leva, eventualmente, a um fenótipo maligno, com capacidade para invasão tecidual e metástase (MAHAN, L. K; ESCOTT-STUMP, S., 2005).

A doença pulmonar crônica obstrutiva é caracterizada pela presença de bronquite crônica, enfisema, ou ambos, levando ao desenvolvimento de obstrução da via aérea. A bronquite crônica é definida pela tosse produtiva crônica no mínimo durante 2 anos, e manifesta-se em mais de 50% deste período. O Enfisema é uma condição do pulmão, caracterizada pelo alargamento permanente, anormal, do alvéolo, acompanhado por destruição de suas paredes.

O parâmetro para avaliar a Obesidade, é o Índice de Massa Corporal (IMC), onde é considerado obeso o indivíduo que apresentar IMC ($\text{Peso corporal/ Altura} - \text{m}^2$) igual ou superior a 30.

O parâmetro da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1990) caracterizou a Síndrome Metabólica (SM) pela associação de tolerância à glicose prejudicada/diabetes melito e/ou resistência insulínica, além de dois ou mais dos seguintes fatores: hipertensão arterial sistêmica (valores superiores a 140/90mmHg); hipertrigliceridemia (concentrações plasmáticas maiores que 150mg/dl) e/ou concentrações séricas de colesterol HDL-c

(inferiores a 35mg/dl e 39mg/dl, em homens e mulheres, respectivamente); obesidade central (definida por relação cintura-quadril superior a 0,90 para o sexo masculino e 0,85 para o feminino) e/ou Índice de Massa Corporal (definido como o resultado da divisão da massa corporal, em quilogramas, pela estatura, em metros, ao quadrado) maior que 30kg/m²; microalbuminúria (taxa de excreção urinária de albumina maior ou igual a 20µg/min, ou razão albumina: creatinina maior ou igual a 30g/mg) (SANTOS, C. R.; PORTELLA, E. S; AVILA,S. S, et al, 2006).

Porém, em 2001, o *National Cholesterol Education Program* (NCEP) e a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (I-DBSM) descreveram o diagnóstico de síndrome metabólica, determinado pela presença de três ou mais das seguintes afecções: obesidade abdominal (determinada por valores de circunferência de cintura superiores a 102cm e 88cm, em homens e mulheres, respectivamente), hipertensão arterial sistêmica (definida por níveis pressóricos iguais ou maiores que 130/85mmHg), tolerância à glicose prejudicada (glicemia de jejum entre 110 e 125mg/dl), hipertrigliceridemia (valores iguais ou superiores a 150mg/dl) e baixas concentrações sanguíneas de colesterol HDL-c (inferiores a 40mg/dl para homens e 50mg/dl para mulheres) (CUPPARI, 2009).

Segundo Lorenzo et al., a definição do *National Cholesterol Education Program* detecta maior número de indivíduos em risco de diabetes (48,7%) que a definição da OMS (41,3%), uma vez que a síndrome metabólica constitui um fator de desenvolvimento de diabete melito (SANTOS, C. R.; PORTELLA, E. S; AVILA,S. S, et al, 2006).

A Federação Internacional de Diabete também estabeleceu um critério, onde a gordura abdominal é o principal fator, com a presença de duas ou mais das seguintes condições: trigliceridemia ≥ 150 mg/dl ou tratamento específico para essa anormalidade lipídica, níveis sanguíneos de colesterol HDL < 40 mg/dl para homens ou < 50 mg/dl para mulheres, ou tratamento específico para anormalidade previamente diagnosticada e glicemia de jejum ≥ 100 mg/dl, ou diagnóstico prévio de DM tipo II (IDF, 2005) (TEIXEIRA, P.J.R.; ROCHA, F.L, 2007).

O diagnóstico de Síndrome Metabólica, proposto pela Federação Internacional de Diabete, apresentou frequências superiores a análises envolvendo a população norte-americana e indiana. A Federação Internacional de Diabetes destacou a circunferência da cintura como fator essencial para o diagnóstico de SM e também reduziu o parâmetro de referência da mesma, comparados ao *National Cholesterol Education Program* e I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Porém, apesar desses

valores reduzidos, não se obteve aumento de complicações cardiovasculares (SANTOS, C. R.; PORTELLA, E. S; AVILA, S. S, et al, 2006).

Além disso, a equivalência de padrões antropométricos proposta para populações distintas, vem sendo indicada como possível fator causador de viés nessas análises (NAKAZONE, M. A; PINHEIRO, A; BRAILE, M. C. V. B., 2007).

Não existe um consenso entre as entidades internacionais, pois apresentam divergências conceituais em virtude da complexidade dos fatores causais e das diferentes manifestações clínicas e abordagens terapêuticas, o que dificulta a delimitação epidemiológica do problema (VIEIRA, C. M; TURATO, E. R., 2010).

As causas da obesidade e síndrome metabólica são multifatoriais, envolvendo componentes genéticos e ambientais, porém é consenso que a nutrição e o condicionamento físico são fatores determinantes e modificáveis na prevenção e tratamento das mesmas.

2.3.2. Nutrição

Nutrição é a ciência que estuda os alimentos, seus nutrientes, bem como sua ação, interação e balanço, em relação à saúde e doença, além dos processos pelos quais o organismo ingere, absorve, transporta, utiliza e excreta os nutrientes.

Nutrientes são substâncias que estão inseridas nos alimentos e possuem funções variadas no organismo. São eles: proteínas, gorduras, carboidratos, vitaminas e minerais. Podem ser encontrados em diferentes alimentos, por isso deve-se variar, ao máximo, na alimentação diária. (CUPPARI, 2005).

2.3.2.1. Proteínas

As proteínas são compostas por aminoácidos e possuem função estrutural, no organismo, pois constituem músculos, hormônios, enzimas e anticorpos. As fontes de proteínas animais são carnes, ovos e laticínios. As fontes de proteínas vegetais são as leguminosas (feijões) e oleaginosas (castanhas, nozes e amêndoas) (MCKEITH, 2009).

2.3.2.2. Gorduras

As gorduras são compostos químicos orgânicos, que compreendem os triglicerídios, fosfolipídios e esteróides. Participam na manutenção da temperatura corporal; transportam vitaminas lipossolúveis e constituem a membrana celular. Também possuem função energética (MCKEITH, 2009). Sua divisão e respectivas fontes alimentares são: gorduras *monoinsaturada* (óleo de girassol, canola, azeite de oliva, abacate, nozes), *poliinsaturada* (castanhas, nozes, amêndoas, semente de linhaça, atum, arenque, salmão, truta, sardinha e cavala) *saturada* (óleo de coco, amendoim, alimentos industrializados, carnes gordas e miúdos, laticínios integrais) e *trans* (margarinas, massas folhadas, salgadinhos de pacote, biscoito recheado, sorvete, batata frita, pratos congelados).

2.3.2.3. Carboidratos

Os carboidratos são compostos formados por carbono, hidrogênio e oxigênio. Promovem energia, ao organismo, e asseguram a utilização eficiente de proteínas e lipídios. São divididos em simples e complexo. Os carboidratos simples (açúcares e alimentos que o contêm) são rapidamente digeridos em moléculas de glicose. (GARCIA, 2004).

Os carboidratos complexos, também chamados de carboidratos refinados ou brancos (arroz, batata, polenta, massas em geral, pães, bolachas) são digeridos mais lentamente em relação aos carboidratos simples (GARCIA, 2004).

A fibra é o termo utilizado para designar os carboidratos não-digeridos (arroz, pão, massa integrais). Esse é o tipo de carboidrato que possui a absorção mais lenta (WILLETT, 2002). Os vegetais também possuem fibras em sua composição.

2.3.2.4. Vitaminas e minerais

Além das fibras, os vegetais e frutas também possuem vitaminas e minerais: as vitaminas são substâncias orgânicas necessárias em pequenas quantidades, para crescimento e manutenção da vida. Segundo a sua solubilidade, classificam-se em hidrossolúveis: vitaminas do complexo B (B1, B2, B6, B12), ácido fólico e Vitamina C e lipossolúveis: vitaminas A, D, E e K (MCKEITH, 2009).

Os minerais são compostos químicos inorgânicos necessários em pequenas quantidades, para crescimento, conservação e reprodução do ser humano. Os mais conhecidos são: cálcio, ferro, magnésio, zinco e iodo (MCKEITH, 2009).

2.3.2.5. Guias alimentares

Para estimular a nutrição saudável, os órgãos governamentais e entidades transformaram as recomendações nutricionais técnico-científicas em guias de dieta. São expressos de forma clara e de fácil compreensão, embora as recomendações sejam baseadas em grupos alimentares e em números e tamanhos de porções, o objetivo é assegurar a ingestão adequada de nutrientes (SANABRIA, MOLINA, FISHER, 2005).

A combinação dos nutrientes presentes nos alimentos possui propriedades sinérgicas nas relações de saúde, mais do que os nutrientes isolados. Portanto, os padrões alimentares refletem o todo e/ou as combinações de consumo, o número de refeições e os hábitos alimentares. Ou seja, a análise da totalidade dos padrões alimentares fornece descrição mais acurada da exposição nutricional real (NEWBY, MULLER, HALLFRISCH, 2003).

Nos estudos epidemiológicos, a metodologia comum, para avaliar os padrões alimentares, é por grupos de alimentos, baseada nas correlações de ingestão. Este método é útil para determinar a frequência dos tipos de alimentos consumidos (NEWBY, TUCKER, 2004).

Várias metodologias podem ser empregadas para conduzirem a análise por agrupamento. O método que parece mais sensível é o uso de porções de alimentos. O número de porções de frutas e hortaliças, por exemplo, tem sido associado com a incidência mais baixa de doenças, como certos tipos de câncer e doença cardiovascular (BAILEY, GUTSCHALL, MITCHELL, 2006).

O agrupamento de alimentos, através de várias fontes de dados de uma população-alvo, incluindo informações do estado nutricional, padrões de dieta, práticas de consumo, disponibilidade e custo dos alimentos, auxilia na avaliação da adequação da dieta ingerida. Neste sistema, os alimentos são reunidos em grupos básicos, de acordo com a semelhança no conteúdo de nutrientes (TRUSWELL, 1999).

A apresentação dos alimentos divididos em grupos de acordo com seu nutriente principal, permite uma associação mais fácil dos alimentos por nomes populares e as respectivas porções em unidades ou medidas caseiras, ou seja, na forma como o indivíduo costuma ingerir o alimento. A adoção das medidas usuais de consumo, para cada um dos

alimentos, está sempre vinculada à informação do respectivo peso em gramas, proporcionando uma dimensão não só do tamanho como também do peso médio do alimento (MARTINS, 2008).

Serão apresentados, a seguir, os principais guias alimentares que servem como padrão de referência para avaliar a dieta através de grupos de alimentos.

2.3.1.1.1. Guia alimentar americano do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (1992)

O guia é uma representação gráfica da alimentação saudável, no formato de pirâmide, facilitando a utilização do sistema de agrupamento. O objetivo é orientar o público a fazer opções dietéticas que mantenham a saúde e diminuam o risco de doenças crônicas não transmissíveis. A principal característica da Pirâmide Alimentar é a flexibilidade. O uso da Pirâmide está baseado em três palavras: equilíbrio, variedade e moderação.

É um esboço do consumo diário, não uma prescrição rígida, apenas um guia geral para a escolha de uma dieta saudável, conforme apresentado na Figura 9.

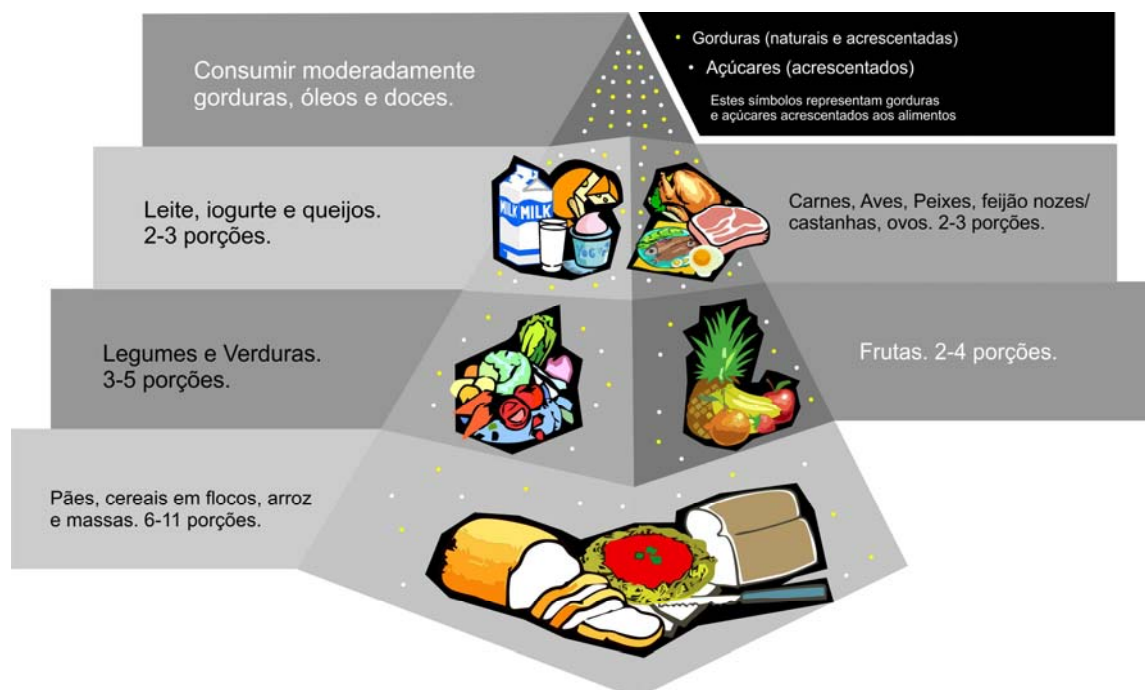


Figura 9 – Pirâmide Alimentar Americana

Fonte: Departamento de Agricultura dos Estados Unidos e Organização Mundial de Saúde, 1992

Para garantir que todos esses nutrientes estejam presentes na dieta, estabeleceu-se o consumo das porções diárias de alimentos que compõe a pirâmide alimentar.

A pirâmide alimentar recomenda consumir de 6 a 11 porções de carboidratos, quantidades generosas de verduras e legumes, de 3 a 5 porções, de 2 a 4 porções de frutas, de 2 a 3 porções de laticínios e, pelo menos, duas porções diárias do grupo das carnes e feijões, incluindo a carne vermelha ao lado das aves, peixes, nozes/castanhas e ovos.

As recomendações, em termos de porções, são feitas para atender aos indivíduos adultos saudáveis. O número de porções, de cada grupo, são dependentes das necessidades de energia, que variam conforme idade, sexo e atividade física.

A pirâmide preconiza a redução de gordura, mas não especifica o tipo. As gorduras poliinsaturadas são essenciais para a saúde e podem diminuir o risco de doenças crônicas não transmissíveis. Ao promover a exclusão de todas as gorduras e óleos, a pirâmide dá uma orientação equivocada, no desejo de simplificar as informações.

2.3.2.5.2. Guia alimentar americano adaptado para o Brasil (1999)

Após a repercussão favorável da pirâmide alimentar americana, foi realizada uma adaptação para o Brasil, conforme Figura 10.

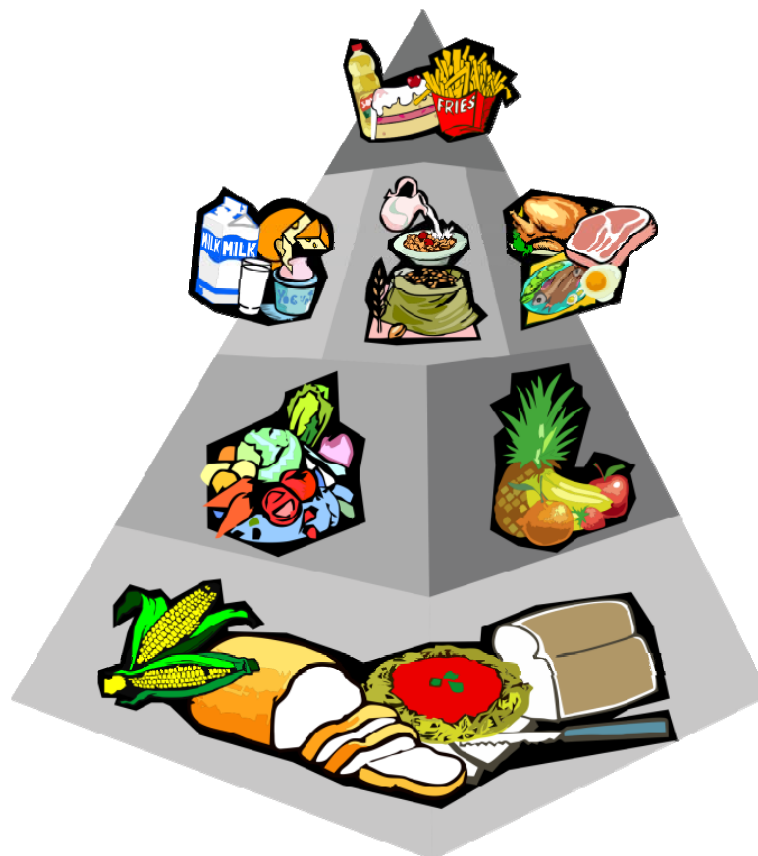


Figura 10 – Pirâmide alimentar Americana adaptada para o Brasil.
Fonte: PHILLIP, 1999.

O número de porções de cereais é menor (5-9) do que a preconizada, inicialmente, na pirâmide americana (6-11). As porções de frutas foram aumentadas, de 3 a 5, e também as hortaliças, de 4 a 5 porções.

Na Pirâmide adaptada para o Brasil, as carnes e ovos encontram-se em um grupo separado das leguminosas, pois as mesmas são comuns na alimentação do brasileiro, principalmente o feijão. As oleaginosas, tipo amendoim, foram inseridas neste grupo.

Os alimentos como óleos e gorduras sólidas, açúcares e doces devem ter seu consumo moderado. As legendas para óleos (gota) e açúcares (cubo) estão distribuídas por todos os níveis da pirâmide, para demonstrar que eles fazem parte da composição de vários alimentos. Os óleos e gorduras (1 a 2 porções) e os açúcares (1 a 2 porções) foram colocados separadamente, tendo suas porções determinadas, para orientar sobre a quantidade a ser ingerida.

Nesta adaptação, foram aumentadas as porções de alimentos saudáveis e típicos do país, por já fazerem parte do hábito do brasileiro e pela facilidade de acesso.

2.3.2.5.3. Guia de alimentação da Harvard Medical Scholl (2002)

Guia foi elaborado por Walter Willett, pesquisador de renome internacional, que atua como chefe do Departamento de Nutrição da Escola de Saúde Pública de Harvard e professor de medicina da Harvard Medical School. O guia está demonstrado na Figura 11.

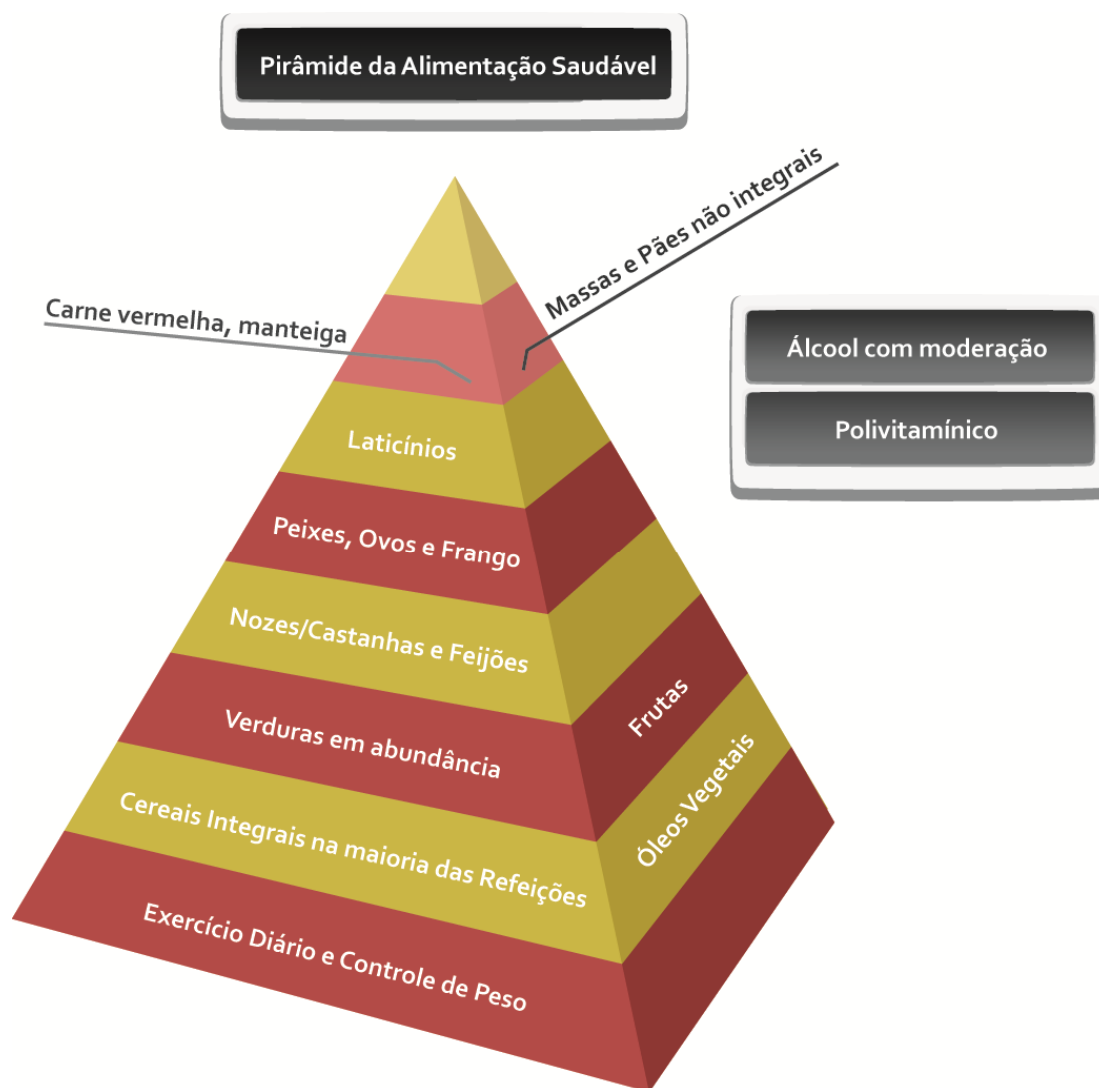


Figura 11 - Pirâmide da Alimentação Saudável
Fonte: Coma, Beba e Seja Saudável, 2002.

Nesta versão, a base da pirâmide é ocupada pelos exercícios físicos e o controle de peso, vindo depois os cereais integrais e os óleos vegetais, no nível acima estão as hortaliças e frutas, depois as leguminosas e as frutas oleaginosas, acima peixes, ovos e frango, após leite e derivados. No topo, os carboidratos não integrais, junto com a carne vermelha e manteiga. Este guia também recomenda a complementação de vitaminas e uma pequena dose de bebida alcoólica.

Ela baseia-se no fato de que os carboidratos não integrais são quebrados rapidamente no intestino e se transformam em açúcar. A elevação do açúcar no sangue poderá levar à compulsão alimentar e a problemas cardiovasculares. Por essa razão, os carboidratos estão na ponta da pirâmide. Porém, é importante lembrar que dificilmente o carboidrato é consumido sozinho, normalmente é consumido com outros alimentos que contêm proteínas e gorduras e, desta forma, sua absorção não é tão rápida, evitando a elevação da glicemia.

2.3.2.5.4. Guia alimentar do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos reformulado (2005)

A nova Pirâmide Americana foi revisada e publicada em 2005, incluiu na representação gráfica, a integração da alimentação e da atividade física. O gráfico é formado de faixas verticais, uma para cada grupo alimentar, distinguidos pelas larguras e cores. As diferentes larguras das faixas sugerem a proporção do alimento que uma pessoa deve ingerir, de cada grupo alimentar conforme demonstrado na Figura 12.

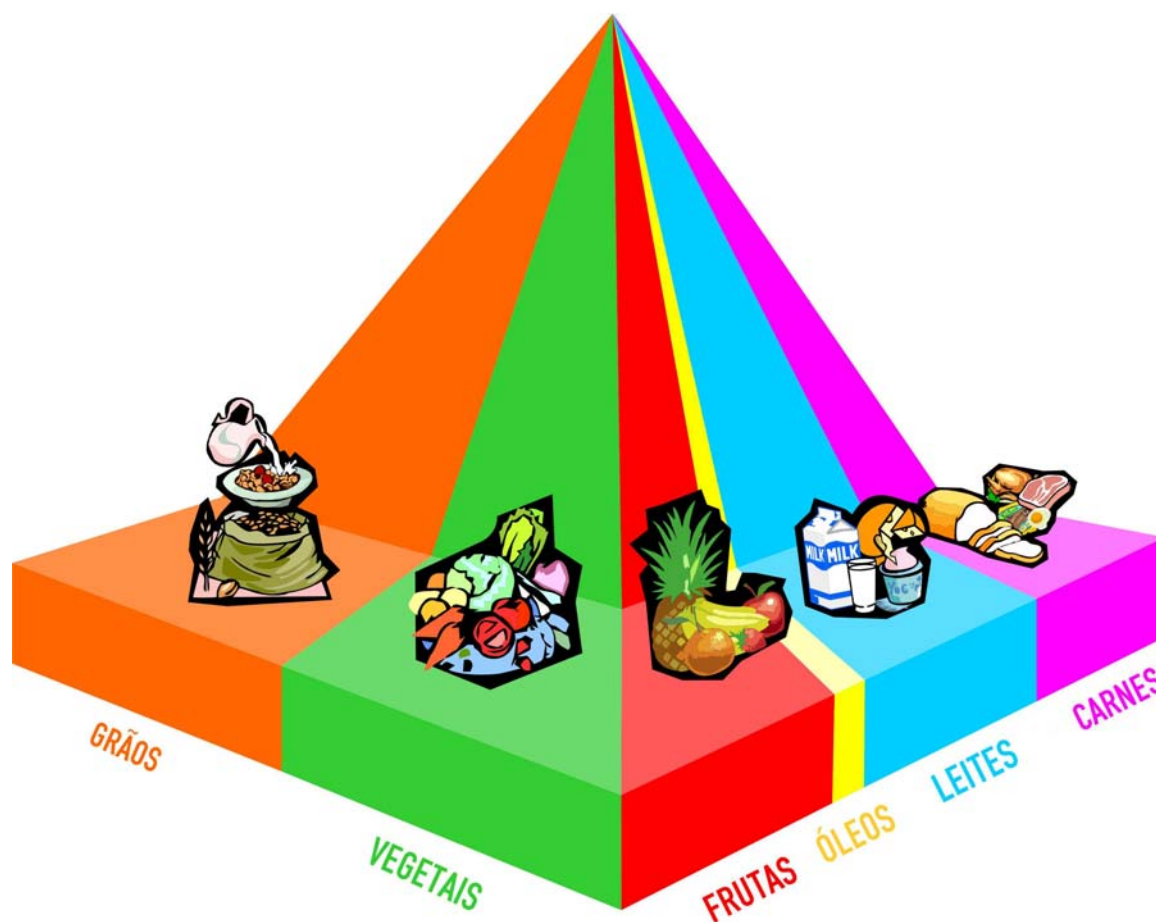


Figura 12 – Pirâmide Alimentar Americana Reformulada, 2005.

Fonte: Adaptada Departamento de Agricultura dos Estados Unidos e Organização Mundial de Saúde, 2005.

A pirâmide Americana de Alimentos foi dividida em seis grupos: 1) Grãos; 2) Hortaliças; 3) Frutas; 4) Leite e Substitutos; 5) Carnes e Substitutos e 6) Óleos.

No topo, mais estreito, estão os alimentos ricos em açúcares adicionados e gorduras sólidas. Quanto mais ativo o indivíduo, mais os alimentos pertencentes ao topo de cada faixa podem estar presentes em sua dieta.

2.3.3. Exercícios físicos

O exercício físico é toda a atividade física planejada, estruturada e repetitiva, que tem por objetivo a melhoria e a manutenção de um ou mais componentes relacionados à saúde (GUEDES, 1995).

A prática regular de exercícios físicos tem sido recomendado por diferentes associações de saúde, no mundo, como o *American College of Sports Medicine*, os *Centers for Disease Control and Prevention*, a *American Heart Association*, o *National Institutes of Health*, o *US Surgeon General*, a Sociedade Brasileira de Cardiologia, entre outras, para a prevenção e reabilitação de doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas (CIOLAC, GUIMARÃES, 2004).

Tem sido demonstrado que a prática regular e adequada de exercícios físicos apresenta efeitos benéficos ao organismo de seus praticantes, na prevenção e tratamento dos fatores condicionantes da síndrome metabólica: hipertensão arterial, resistência à insulina, diabetes melito, dislipidemia e obesidade, pois promove estímulos cardíaco, pulmonar, muscular e contribui, igualmente, para o bem estar psicológico. (CIOLAC, GUIMARÃES, 2004).

2.3.3.1. Benefícios dos exercícios físicos

De acordo com o *American College of sports Medicine* (2010), os exercício físicos praticados regularmente produzem muitos benefícios à saúde conforme descritos abaixo:

- Melhora nas funções cardiovascular e respiratória, através do aumento do consumo máximo de oxigênio, como resultado das adaptações centrais e periféricas; diminuição da ventilação/ minuto para intensidade máxima absoluta de exercício; diminuição do gasto de oxigênio do miocárdio para intensidade submáxima; diminuição da frequência cardíaca e pressão arterial em intensidade submáxima; aumento da densidade capilar na musculatura

esquelética; aumento do limiar de exercício para o acúmulo de lactato sanguíneo e aumento do limiar de exercício para o início dos sinais ou sintomas de doenças (angina, isquemia)

-Redução de risco de doenças coronarianas, pela redução na pressão arterial de repouso; aumento da taxa de colesterol de alta densidade (HDL) e redução de triglicérides séricos; redução da gordura corporal total e intra abdominal; melhoria na tolerância à glicose e redução da adesividade e agregação plaquetária.

- Diminuição da morbidade e mortalidade:

A) Prevenção primária (intervenções para prevenir ocorrências iniciais):

- Aumento da atividade e/ou índices de aptidão física relacionada à saúde estão associadas com menores taxas de morte por doença arterial coronariana;

- Aumento da atividade e/ou índices de aptidão física relacionados à saúde estão associados com menores taxas de incidência de doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, osteoporose, câncer de cólon e de mama e doença da vesícula biliar;

B) Prevenção secundária (após um evento cardíaco):

- Doenças cardiovasculares e outras causas de mortalidade são reduzidas, em portadores de infarto do miocárdio que participem de treinamentos para a reabilitação cardíaca, especialmente como componente de redução multifatorial de fatores de risco;

- Diminuição da ansiedade e depressão;

- Funções físicas melhoradas e uma vida independente em pessoas idosas;

- Sentimentos realçados de bem estar;

- Melhoria no desempenho no trabalho, lazer, atividades físicas;

- Redução de riscos de quedas e de lesões provocadas por quedas;

- Prevenção ou minimização de limitações funcionais, especialmente em idosos;

- Terapia para muitas doenças crônicas.

Modificações dietéticas acompanhadas de programa de exercícios físicos aeróbios otimizam as mudanças do perfil lipoprotéico plasmático. Os efeitos dos exercícios sobre os valores do colesterol HDLC, colesterol LDL-C e triglicéridos, tem corroborado para alterações variáveis após treinos com no mínimo quatro semanas de duração, com indivíduos sem sobrepeso, sendo os estudos ainda insuficientes para uma posição definitiva em relação a subgrupos, como o caso de obesos e idosos. O resultados observados são mais expressivos em homens com baixo colesterol HDL-C, elevada trigliceridemia e obesidade abdominal. Tanto a prática de exercícios de alta, como de baixa intensidade, realizados em faixas de 85% a 90%, e em torno de 50% a 70% do consumo máximo de oxigênio, respectivamente, podem reduzir

os triglicerídios e aumentar o colesterol HDL-C (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS E DIRETRIZ DE PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE, 2001).

A III Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemia e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose (2001), destacam outros benefícios: melhora da condição cardiorrespiratória, melhora da composição corporal (percentual de massa gorda e magra no organismo), redução da obesidade, do estresse e pressão arterial.

A prática dos exercícios físicos promove o desenvolvimento de diferentes capacidades físicas, denominadas ‘Aptidões’.

2.3.3.2. Aptidão física

O conceito utilizado por Barbanti (1990, p. 11) diz que “é a capacidade de executar tarefas diárias com vigor e vivacidade, sem fadiga excessiva e com ampla energia para apreciar as ocupações dos momentos de lazer e para enfrentar emergências imprevistas”. Aptidão física, para Roberts & Robregs (2002, p. 4), “é um estado de funcionamento do corpo caracterizado pela capacidade de tolerar o estresse do exercício”. Concisamente, para o *American College of sports Medicine* (2010), aptidão física é “uma série de atributos que as pessoas têm ou adquirem que se relacionam com a capacidade de realizar atividades físicas”.

A aptidão física compreende resistência cardiorrespiratória, composição corporal, a flexibilidade e a resistência muscular (BARBANTI, 1990; GUEDES, 1995).

A aptidão física relacionada à saúde estaria representada pelos componentes que tenham alguns aspectos que possam ser parâmetros de boa saúde e/ou baixo risco para o desenvolvimento prematuro de doenças, especialmente hipocinéticas – aquelas associadas à inatividade física (MCARDLE; KATCH; KATCH, 1998).

Pela importância do que foi revelado anteriormente, torna-se bastante clara a necessidade de uma descrição mais aprofundada de cada um dos componentes da aptidão física voltados à saúde, para melhor compreendê-los.

2.3.3.2.1. Resistência Cardiorrespiratória

Para inúmeros estudiosos de aptidão física, a resistência cardiorrespiratória é o componente mais relevante da aptidão relacionada à saúde, podendo ser definida como “a capacidade de continuar ou persistir em tarefas prolongadas que envolvam grandes grupos

musculares. É uma capacidade dos sistemas circulatório e respiratório para se ajustar e se recuperar dos esforços do corpo em exercício” (BARBANTI, 1990, p. 14).

A resistência cardiorrespiratória está relacionada à função do coração, dos pulmões, dos vasos sanguíneos e do músculo esquelético, para a troca de gases e dos metabólitos no sangue, e troca gasosa dos metabólitos entre o sangue e o músculo esquelético (ROBERTS; ROBERGS, 2002).

Os exercícios físicos envolvendo resistência de longa duração desenvolvem o condicionamento cardiorrespiratório, auxiliando na redução e manutenção do peso corporal e da gordura. Esses exercícios requerem um esforço prolongado e contínuo, envolvendo, normalmente, vários grupamentos musculares durante a atividade (NOVAES; VIANNA, 2003).

O tipo de exercício de condicionamento cardiorrespiratório são os aeróbicos, como nadar, pedalar, caminhar e correr.

2.3.3.2.2. Resistência Muscular Localizada

É considerada a qualidade física que permite, a um indivíduo, realizar, num maior tempo possível, a repetição de uma determinada ação muscular com a mesma eficiência (TUBINO; MOREIRA, 2003, p. 215).

É uma valência física que proporciona condições para as ações musculares sejam continuadas, mesmo que a intensidade das contrações seja elevada e possa influir negativamente no fornecimento de oxigênio e na eliminação rápida de produtos tóxicos musculares resultantes. É importante ressaltar que a mesma é uma qualidade física e abrange continuação de esforços musculares, tanto em condições anaeróbicas como aeróbicas.

Melhor especificando, resistência cardiorrespiratória geral é caracterizada pela maior capacidade do sistema cardiovascular; abrange mais de um sétimo da musculatura esquelética; é delimitada, principalmente, pela absorção máxima de oxigênio e utilização periférica do mesmo, enquanto a resistência muscular localizada não tem influência sobre a capacidade de performance de resistência e implica uma participação inferior a um sétimo da massa muscular total (NOVAES; VIANNA, 2003).

Os tipos de exercícios de resistência muscular são os de fortalecimento dos principais grupos musculares, como musculação, pilates, ginástica localizada.

2.3.3.2.3. Flexibilidade

É uma capacidade motora determinada pela genética e pelo meio ambiente (exercícios de alongamento e estilo da vida). É expressa pela maior medida possível de movimento de um grupo músculo-articular, sem provocar lesões (ACHOUR JUNIOR, 2002, p. 527). É uma qualidade que pode ser evidenciada pela amplitude dos movimentos, das diferentes partes do corpo, num determinado sentido (TUBINO; MOREIRA, 2003, p. 217).

Complementado, a flexibilidade é responsável pela execução voluntária de um movimento de amplitude angular máxima, por articulação ou conjunto de articulações, dentro de limites morfológicos (TUBINO; MOREIRA, 2003).

A flexibilidade depende da mobilidade e da elasticidade articular. A mobilidade é expressa pelas propriedades anatômicas das articulações, enquanto a elasticidade muscular é revelada pelo grau de alongamento dos músculos envolvidos (TUBINO; MOREIRA, 2003).

A flexibilidade é um componente da aptidão física relacionada à saúde. Os indivíduos que apresentem índices de flexibilidade mais elevados tendem a mover-se com maior facilidade e são menos suscetíveis a lesões, quando submetidos a esforços físicos mais intensos, e geralmente apresentam menor incidência de problemas na esfera osteo-mio-articular (GUEDES; GUEDES, 1995). O tipo de exercício de flexibilidade é o alongamento.

2.3.3.2.4. Composição Corporal

A composição corporal é o quarto componente da aptidão física, que está relacionada à saúde, pois relaciona a quantidade e a distribuição da gordura corporal. O treinamento da aptidão física, pela prática de exercícios físicos promove benefícios para a saúde, entre eles, com relação à composição corporal, pelo aumento da massa corporal livre de gordura e a diminuição da porcentagem de gordura corporal, o aumento da eficiência de trabalho, uma menor susceptibilidade para doenças, além da melhora da aparência física e menor incidência de problemas relacionados à obesidade.

Reduzir a quantidade de gordura e/ou aumentar a quantidade de massa muscular estão entre os anseios de grande parte dos praticantes de exercícios físicos. Essa preocupação pode ser notada não somente do ponto de vista estético, mas também do ponto de vista de qualidade de vida dos indivíduos, já que a obesidade está associada a um grande número de doenças crônico-degenerativas (COSTA, 2001).

2.4. Saúde Psicossocial

O cérebro e o sistema imunológico estão interligados, novas técnicas possibilitaram a identificação da intrincada rede que permite essa troca contínua de sinais. As substâncias químicas, produzidas pelas células de resposta imunológica, enviam mensagens para o cérebro, que, por sua vez, manda sinais químicos ao sistema imune (KRAFT, 2006).

O cérebro e o sistema imunológico podem tanto estimular como inibir um ao outro. As células imunes produzem citocinas (sinais químicos) que estimulam o hipotálamo através da corrente sanguínea, ou via nervos, de qualquer parte do corpo. O *hormônio liberador de corticotropina (CRH)*, produzido no hipotálamo, ativa a liberação de cortisol, o que ajusta o sistema imunológico. O *hormônio liberador de corticotropina*, que age no tronco encefálico, estimula o sistema nervoso parassimpático, inervando os órgãos imunes e regulando a resposta inflamatória em todo o corpo. A ruptura dessa comunicação, em qualquer via, leva a uma maior suscetibilidade a doenças e complicações imunes (KRAFT, 2006).

Essa comunicação pode ser afetada pelo estresse, conjunto de reações orgânicas e psíquicas de adaptação, quando exposto a qualquer estímulo que o excite, irrite, amedronte ou o faça sentir muito feliz. O estresse não é uma doença, é apenas a preparação do organismo para lidar com as situações que se apresentem, sendo, então, uma resposta do mesmo a um determinado estímulo, o qual varia de pessoa para pessoa (KRAFT, 2006).

No entanto, a literatura normalmente utiliza o termo para enfatizar as adversidades negativas (TABOADA LEGAL, MACHADO,2006).

A Organização Mundial de Saúde afirma que o estresse é uma "epidemia global". A vulnerabilidade individual e a capacidade de adaptação são muito importantes na ocorrência e agravamento do estresse. O desenvolvimento do estresse depende tanto da personalidade do indivíduo como de seu estado de saúde (equilíbrio orgânico e mental), por isso nem todos desenvolvem o mesmo tipo de resposta diante dos mesmos estímulos (TESSARI, 2005).

Vários estudos mostram que a repetição das situações competitivas contribui para o aumento do estresse fisiológico e psicológico. Se a situação de tensão for constante, e a pessoa estiver desequilibrada, pode aumentar os riscos do aparecimento de doenças. As doenças associadas são: infecções, inflamações e doenças auto-imunes, relacionadas, entre outros, a distúrbios de humor, fatores ambientais e excesso de trabalho (KRAFT, 2006).

O estresse também está relacionado às doenças crônicas não transmissíveis, assim, na doença cardiovascular poderá causar aterosclerose acelerada e oclusão coronariana associada a níveis elevados de colesterol, triglicerídios e ácidos graxos livres, aumento no fibrinogênio,

haptoglobina, seromucóides plasmáticos, agregação e adesão plaquetária, plicitemia e coagulação sanguínea acelerada. Ainda mais significativa é a identificação do infarto do miocárdio, na ausência de oclusão coronariana significativa, devido à liberação excessiva de noradrenalina nas terminações do miocárdio. Já se demonstrou que isso produz um tipo específico de dano microscópico ao miocárdio parecendo ser idêntico em animais de laboratório e também em humanos, que foram a óbito por morte cardíaca súbita, como resultado de uma situação de estresse agudo. Além disso, há indícios abundantes de que o estresse emocional grave e agudo, após um desastre natural ou a perda de um ente querido, poderá resultar em hipertensão, ataque cardíaco ou morte súbita (ROSSI, PERREWÉ & SAUTER, 2005).

Quando percebido o estresse, deve-se tentar eliminá-lo. Porém, em nosso mundo complexo, nem sempre é possível. No entanto, surge uma nova perspectiva, se não se pode eliminar o estresse, deve-se adaptar a ele da melhor maneira (SANTOS, 2006).

Nessa perspectiva, a partir de um movimento liderado pelo ex-presidente da *American Psychological Association*, Martin Seligman, a psicologia insurgiu contra o enfoque sobre os aspectos psicopatológicos (doenças mentais) do ser humano e abriu espaço para estudar, cientificamente, o desenvolvimento das virtudes e a busca da felicidade. Mais especificamente, a Psicologia Positiva compõe os processos das qualidades e emoções positivas do ser humano, por tanto tempo ignoradas pelo conhecimento acadêmico (SANTOS, 2006)

A ‘saúde’ passa a ser o novo objeto da psicologia. A saúde psicossocial, sob enfoque da Psicologia Positiva, abrange a qualidade de vida de acordo com os métodos investigativos das ciências da saúde. Ela representa uma forma de complementar a psicologia e a saúde mental (SELIGMAN, CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

2.4.1. Resiliência

Resiliência é uma adaptação positiva, gerando resistência e condições de enfrentamento às adversidades, pela qual se rompe um padrão e cria-se novas formas de ajuste psicossocial, podendo dar maior eficácia e flexibilidade às atividades de promoção de saúde, trazendo novo enfoque à compreensão do desenvolvimento humano, pela capacidade de vencer adversidades e situações traumatizantes, ultrapassando leituras deterministas que ressaltam em sequelas possíveis da exposição ao risco (SELIGMAN, CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

Neste contexto, a resiliência, refere-se à capacidade de enfrentar e ressignificar situações estressantes, de modo que o estressor deixe de ser encarado como tal. Tal situação

capacita o indivíduo a lidar de maneira mais satisfatória com futuras situações de estresse, pois "uma situação de sofrimento ou conflito pode fortalecer a pessoa diante de outras situações semelhantes, gerando-lhe um menor nível de estresse." (TABOADA' LEGAL, MACHADO, 2006).

A Psicologia Positiva observou existirem traços, nos seres humanos, que agem como defesas contra doenças mentais. Além disso, um dos pressupostos básicos, da Psicologia Positiva, é sua visão do ser humano como essencialmente auto-organizado, autogovernável e adaptativo (GIACOMONI, 2002).

Algumas pesquisas que focam as habilidades de um sujeito de forma descontextualizada partindo do ponto onde a resiliência é considerada enquanto traço ou característica de personalidade, estariam mais propensas a identificar fatores inatos no processo resiliente (TABOADA' LEGAL, MACHADO, 2006).

No entanto, recentes investigações, em torno da resiliência, mostraram ser, esse, um fenômeno comum, por ser resultante da capacidade elementar do ser humano de se adaptar às condições do seu meio (MASTEN, GARMEZY, 1985).

Assim, algumas teorias evidenciam o meio social como responsável, enquanto favorecedor de determinados pensamentos ideológicos e práticas sociais do dia a dia . Elas afirmam que a resiliência se caracteriza por ser uma habilidade social que pode (e deve) ser aprendida e estimulada (TABOADA' LEGAL, MACHADO, 2006).

A resiliência, como um construto psicológico, passou de uma idéia de resistência absoluta ao estresse a uma idéia de resistência relativa, cujas bases são tanto constitucionais como ambientais, variando de acordo com as circunstâncias e o momento que se está vivendo (RUTTER, 2003).

A adaptação positiva tem um sentido ativo. Assim, o indivíduo assimila características do ambiente e, nesse mesmo ato de assimilar, já o modifica, produzindo, em seguida, uma resposta que transformará as características do próprio ambiente.

Grotberg (1995) conclui que os indivíduos resilientes saem transformados do enfrentamento de uma situação traumática. Segundo ele, existe uma interface entre resiliência e criatividade, a qual é utilizada para o enfrentamento da adversidade, porque a solução criativa encontrada transforma-se em conduta resiliente.

Reinmoeller e Van Baardwijk (2005) ratificam com ideia de que resiliência está totalmente relacionada à capacidade de um indivíduo se autorrenovar, no limiar de sua vida, por meio da inovação.

Kalawski e Haz (2003) explicam que existem vários mecanismos envolvidos no processo de enfrentamento das adversidades, com sintomas externalizantes, voltados para a ação, e internalizantes, focados ao pensamento e à emoção. Os mecanismos que desencadeiam os sintomas externalizantes e internalizantes são diferentes, portanto recomenda-se estudar as resiliências separadamente.

Para abordar as diferentes dimensões do ser humano e seus mecanismos de respostas às situações, foi estabelecida uma divisão, a qual considera três tipos de resiliência.

2.4.1.1. Divisão da Resiliência de acordo com Luthar

Luthar (2003) sugeriu que a pesquisa em resiliência deveria enfocar três tipos distintos de resiliência: acadêmica, emocional e social.

2.4.1.1.1. Resiliência Acadêmica

Refere-se às habilidades de resolução de problemas e à aprendizagem de novas estratégias cognitivas (LUTHAR, 2003).

Na resiliência acadêmica, citada por Luthar (2003), também podem ser encontradas características observadas dentro das organizações, como descrito por Conner (1995) que são:

1. Positividade – característica que define as pessoas que encaram a vida com perseverança e veem como um grande desafio o perigo. Têm claro que a vida é repleta de oportunidades e ameaças, porém, além de verem o perigo como um desafio, sabem que cada experiência é uma fonte de aprendizado e por isto mesmo sabem e encaram o mundo como algo dinâmico;

2. Foco – define as pessoas que sabem onde estão e onde querem chegar; tem objetivo e meta, estabelecendo assim um fim certo;

3. Flexibilidade – identificada em pessoas que não se prendam a uma única alternativa para solucionar problemas ou atingir objetivos, tendo sempre uma segunda opção, no caso de a primeira falhar; também reconhecem seus pontos positivos e negativos, suas possibilidades e limitações;

4. Organização – característica de pessoas que consigam definir a prioridade de suas tarefas, mesmo em meio ao caos, desenvolvendo várias atividades com muito sucesso;

5. Pró-atividade – identifica pessoas que sejam a favor do trabalho, que possuem iniciativa própria sem necessitar de incentivos externos e vêm, na necessidade de mudança, oportunidade para inovar.

2.4.1.1.2. Resiliência Emocional

Refere-se às experiências que promovam a autoestima, senso de auto-eficácia, à capacidade para lidar com mudanças e adaptações (LUTHAR, 2003).

Destaque, dentre os atributos, a autoestima positiva, que favorece a capacidade de adaptação ao meio e o bem estar emocional. Conceituada como a opinião acerca de si, somada ao autoconceito, ao valor ou sentimento que se tenha de si mesmo, amor próprio, autovalorização, e todos os demais comportamentos e pensamentos que demonstrem a confiança, a segurança e o valor que o indivíduo dá a si nas relações e interações com outras pessoas e com o mundo. Então, não se está falando apenas de um sentimento que se tenha de si mesmo, mais que isso, está-se a falar de pensamentos e comportamentos que se tenha com relação a si mesmo (TESSARI, 2005).

A autoestima positiva favorece a resistência à adversidade, na forma como o indivíduo lida com situações críticas. Permite recuperação mais rápida e com poucas sequelas emocionais, escolhas mais acertivas e autonomia (TESSARI, 2005).

De acordo com Bandura (1995), o senso de autoeficácia, refere-se a crenças nas próprias capacidades para organizar e executar comportamentos necessários para lidar com situações prospectivas envolvendo elementos estressantes, ambíguos e imprevisíveis. As crenças de autoeficácia influenciam os pensamentos, os sentimentos, a auto-motivação e a ação, podendo determinar a decisão pessoal, quanto ao início de um comportamento de enfrentamento, o seu tempo de duração e a quantidade de esforço despendido em tal comportamento.

2.4.1.1.3. Resiliência Social

A resiliência social é caracterizada por desenvolver um senso de pertencer a um grupo, o que aumenta sua motivação para a tarefa e a melhoria no desenvolvimento desta (Hutz, Koller, & Bandeira, 1996).

Patterson (1993) caracteriza resiliência através de processos, por meio das qualidades identificadas, nos indivíduos, como estruturadas no seio familiar, com as situações adversas

oferecidas nesse meio com a possibilidade de identificar os processos de risco e os processos de proteção.

A idéia de ambientes facilitadores de resiliência é discutida por Flach (1997) através das seguintes características: estruturas coerentes e flexíveis; respeito; reconhecimento; garantia de privacidade; tolerância às mudanças; limites de comportamentos definidos e realistas; comunicação aberta; tolerância aos conflitos; busca de reconciliação; sentido de comunidades e empatia.

2.4.1.4. Resiliência de acordo com Carmello

Carmello (2008) sistematizou a resiliência em 4 níveis divididos em:

- Padrões de conduta: positivo, proativo, focado, flexível e organizado, elucidados por Daryl Conner.

- Características predominantes em resilientes (protagonismo, criatividade, gosto por mudanças, elevada autoestima e autoeficácia, senso de humor e equilíbrio emocional).

- Fatores de promoção (modelo de desafio, vínculos significativos, mentes solucionadoras e sentido de propósito).

- Atributos de sustentação (eu sou, eu estou, eu tenho, eu posso). *Eu sou* e *eu estou* são consideradas forças intrínsecas do indivíduo, ao passo que *eu tenho* é uma força ou atributo do ambiente social e *eu posso* relaciona-se as habilidades de aprendizagem e capacitação.

O quarto nível, chamado “atributos de sustentação”, foi adaptado, do conceito de Edith Grotberg, para o ambiente organizacional (CARMELLO, 2008).

2.4.1.5. Considerações acerca da divisão da Resiliência

Luthar e Zelazo (2003) enfatizam que o êxito em um dos tipos de resiliência não pode ser generalizado para os outros tipos. Dessa forma, ainda que se refira a um processo único, a resiliência concerne à dimensões do ser humano que não apresentar exatamente os mesmos mecanismos (internalizantes e externalizantes), portanto necessitam de diferentes estratégias de enfrentamento (Cohen, Moffitt, Caspi, & Taylor, 2004).

2.4.2. Coping

O *coping*, é o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais empreendidos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situação de estresse (YUNES & SZYMANSKI 2001).

Pelo que se depreende, *coping* é uma resposta que poderia funcionar como moderadora dos efeitos negativos do estresse, integrando os processos de resiliência do indivíduo. Resultados de pesquisas contemporâneas sugerem que as pessoas poderão ou não, apresentar processos resilientes em situações de estresse, influenciados pelo *coping utilizado* e características de personalidade (BOEKAERTS, 1996).

O *coping* é uma estratégia para adaptação a circunstâncias adversas ou estressantes. Sendo Resiliência o estudo das pessoas que se adaptam/superam as adversidades, e Coping o estudo das estratégias utilizadas pelas pessoas, frente às adversidades, as mesmas estão intimamente relacionadas (TABOADA, LEGAL E MACHADO, 2006).

3. METODOLOGIA

O presente trabalho de pesquisa foi desenvolvido sob coordenação e orientação do Professor Doutor Rolando Juan Soliz Estrada.

Neste capítulo será abordado o caminho metodológico para atingir os objetivos propostos à realização desta pesquisa.

A sociedade busca respostas para os fenômenos que interferem em seu meio. A natureza humana e sua curiosidade motivaram o surgimento de inúmeras teorias, as quais descreviam verdades limitadas, mas reveladoras para o conhecimento de cada época.

Segundo Demo (2000), há tantos acordos quanto polêmicas sobre o que seja ciência, revelando a dúvida ser a parte central da sua existência. Não que ela seja propriamente duvidosa, mas é impossível fazer ciência sem polêmica. O ser humano vive a buscar respostas e não aceita a limitação do saber, a sua existência e o meio que o envolve encantam-no e, ao mesmo tempo, despertam-no para agir em prol da ciência.

Em visão obtida na antiguidade, aparecem dois horizontes não científicos: o senso comum e a ideologia. Contraposto a isso, tem-se o uso do questionamento sistemático que valoriza o processo de elaboração argumentada, teórico e prático que promove, sobretudo, a unificação da ciência no seu todo, mantendo, assim, um caminho para todos os meios estudados pelas ciências (DEMO, 2000).

O conceito de ciência sofreu várias transformações no decorrer das eras, até que, atualmente, entende-se ser uma sistematização de conhecimentos, um conjunto de proposições logicamente correlacionadas sobre o comportamento de certos fenômenos que se deseje estudar, ou um conjunto de atividades e atitudes lógicas e sistemáticas, para o conhecimento do objeto da pesquisa, capaz de ser submetido à verificação (MARCONI e LAKATOS, 2003).

Segundo Marconi e Lakatos (2003), as ciências possuem:

- a) Objetivo ou finalidade: é a preocupação em distinguir a característica comum ou as leis gerais que gerem determinados eventos.
- b) Função: é o aperfeiçoamento que promove, através do conhecimento, a relação do homem com o seu mundo.
- c) Objeto: pode ser dividido em:
 - a. Material – o que será estudado, analisado, interpretado ou verificado e

- b. Formal – o enfoque específico, em face das diversas ciências que possuam o mesmo objeto material.

A pesquisa ora desenvolvida, classifica-se nas *Ciências Factuais Sociais*, pois pesquisa fatos da realidade, de forma racional, objetiva, analítica, comunicável, sistemático, aberta e útil.

Marconi e Lakatos (2000, p. 44) alertam que “não há ciência sem o emprego de métodos científicos”. Entretanto, a utilização de uma metodologia é muito mais que a escolha de métodos e técnicas de investigação, pois compreende uma visão de mundo, em sua totalidade, observada pelo pesquisador.

Vários são os conceitos utilizados para conceituar o que seja método. Para Trujillo Ferrari (1974, p. 24) método é a forma de proceder ao longo do caminho”. O método científico “quer descobrir a realidade dos fatos e esses, ao serem descobertos, devem, por sua vez, guiar o uso do método. O método científico pode ser entendido como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento (GIL, 1999).

Neste capítulo, é apresentada a classificação da pesquisa, as categorias analíticas do estudo e a coleta, organização e análise dos dados.

3.1. Classificação da pesquisa

Quanto ao método de abordagem, a pesquisa caracteriza-se como *Indutiva*. De acordo com Lakatos e Marconi (2003), a indução é um processo mental, por intermédio do qual, partindo de dados particulares, infere-se uma verdade geral ou universal, não contida nas partes examinadas. Portanto, o objetivo dos argumentos indutivos é levar a conclusões cujo conteúdo seja muito mais amplo do que o das premissas nas quais se basearam.

No método indutivo, “parte-se da observação de fatos ou fenômenos cujas causas se deseja conhecer. A seguir, procura-se compará-los com a finalidade de descobrir as relações existentes entre eles. Por fim, procede-se à generalização” (GIL, 1999, p. 29).

De acordo com Minayo (2007) esta pesquisa social é de natureza qualitativa. Para o autor, a abordagem qualitativa preocupa-se com a realidade que não possa ser quantificada. Este tipo de estudo aprofunda-se no significado das ações e relações humanas, não perceptíveis e captáveis em equações, médias e estatísticas.

A pesquisa desta dissertação é *exploratória*, pois segundo Triviños (1987, p. 109), “os estudos exploratórios permitem ao investigador o aumento de sua experiência em torno de determinado problema” que, aqui, representa como *construir um modelo de planejamento*

estratégico pessoal da saúde para manter ou melhorar a saúde das pessoas. Gil (2009, p. 41) diz que “estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado”.

Os estudos exploratórios têm, como finalidade principal, desenvolver e alterar conceitos, para formulação de problemas mais precisos ou hipóteses para pesquisas futuras. As pesquisas e o delineamento dos procedimentos adotados para a coleta de dados, do ponto de vista *técnico*, segundo Gil (2009), podem ser: bibliográfica, documental, pesquisa-ação, pesquisa participante, experimental, levantamento, estudo de corte, estudo de campo, estudo de caso e pesquisa *ex-post-facto*. A partir desta classificação, esta pesquisa caracteriza-se como *bibliográfica*.

A técnica de pesquisa bibliográfica apresenta-se como a mais adequada para este estudo, pois sistematiza o seu desenvolvimento com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, ou seja, material acessível ao público em geral (VERGARA, 1997).

Fachin (2006, p. 125) complementa o pensamento de Vergara (1997), dizendo que a pesquisa bibliográfica refere-se “ao conjunto de conhecimentos humanos reunidos nas obras. Tem como base fundamental conduzir o leitor a determinado assunto e a produção, coleção, armazenamento, reprodução, utilização e comunicação das informações coletadas para o desempenho da pesquisa”.

Gil (2009, p. 45) afirma que a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de “permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”.

Dessa forma, neste trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica para analisar modelos e, a partir daí, criar um modelo próprio, que *analisa modelos de Planejamento Estratégico Pessoal (PEP) e fatores relacionados à saúde, com vistas à construção de um modelo de Planejamento Estratégico Pessoal da Saúde*.

Devido à complexidade do tema saúde, que envolve diversas áreas e profissionais, foi necessário auxílio técnico para embasar este estudo. Portanto os profissionais da área de Medicina, Educação Física, Nutrição e Psicologia, foram representados pelos respectivos profissionais, Jacira Bueno Garofallo, Eliana Venturini, Maria Amália Rodrigues, Taiana Côrrea e Janaina Soares.

3.2. Categorias analíticas do estudo

A proposta de incluir a saúde no Planejamento Estratégico Pessoal (PEP), como base para uma das áreas do PEP, área individual, partiu da análise do Planejamento Estratégico e seus modelos e do Planejamento Estratégico Pessoal e seus modelos.

Para atingir os objetivos propostos foram incluídos três constructos: *Planejamento Estratégico*, como suporte metodológico, baseado no modelo de Planejamento Estratégico de Estrada (2006); *Planejamento Estratégico Pessoal*, com aporte conceitual principal no Modelo Estrada de Planejamento Estratégico Pessoal (ESTRADA, NETO E AUGUSTIN, 2011), e *saúde*, como suporte teórico baseado, principalmente, nos modelos de Estrada, Cygler, Covey, Souza e Seiwert. O Quadro 4 mostra os indicadores ligados a esses constructos.

Constructos do estudo	Objetivos específicos relacionados	Modelos Selecionados
Planejamento Estratégico	Descrever um modelo de PE, como base metodológica para implementação do estudo.	<i>Fases de PE</i> : diagnóstico, formulação, implementação e aprendizagem, de acordo com o Modelo de Planejamento Estratégico Organizacional de Estrada.
Planejamento Estratégico Pessoal	Analisar e descrever modelos de Planejamento Estratégico Pessoal, como apoio conceitual da pesquisa.	<i>Áreas de atuação da pessoa</i> : individual, familiar, profissional, negócios pessoais e participação social de acordo com o Modelo de Planejamento Estratégico Organizacional de Estrada.
Saúde	Analisar e descrever os modelos de PEP que incluam a saúde, como suporte teórico para a construção da proposta de Modelo de Planejamento Estratégico Pessoal da Saúde.	Elementos da saúde: Biológica/Física e psicológica/emocional e social: Estrada, Cygler, Covey, Souza e Seiwert .

Quadro 1 – Categorias analíticas do estudo

Fonte: Elaborado pelo autor com base nas referências mencionadas.

3.3. Coleta, organização e análise dos dados

O levantamento bibliográfico é o material constituído por dados primários e secundários, que possam ser utilizados pelo pesquisador. Abrange toda a bibliografia já tornada pública, em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, até mesmo veículos de

comunicação oral como rádio, fita, filmes, CDs, entre outros. Sua intenção é possibilitar o direto do pesquisador com o material escrito referente a determinado assunto.

Esta técnica foi utilizada através de livros, artigos, dissertações e teses. A busca foi realizada por aquisição, empréstimo e busca eletrônica (Google Acadêmico, Portal Periódicos Capes e Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações).

Foram eliminados, da pesquisa, materiais que, após leitura, não estavam de acordo com o objetivo do estudo ou estavam repetidos.

O material foi escolhido de acordo com o foco específico no objeto da pesquisa. Selecionada a bibliografia, foi realizada uma leitura geral dos textos, organizando informações e idéias de forma sistemática (GIL, 2009).

Para finalizar, foi realizada a interpretação do material para a adaptação de idéias dos autores em relação à pesquisa. Dessa forma, foi possível utilizar as informações para a construção da proposta de Modelo de Planejamento Pessoal da Saúde como Suporte para o Planejamento Individual.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este capítulo contempla três itens: caracterização do Planejamento Estratégico baseado no modelo de Planejamento Estratégico de Estrada (2006), caracterização do Planejamento Estratégico Pessoal, análise dos modelos de Planejamento Estratégico Pessoal que referenciam a saúde, e explanação dos elementos essenciais que serviram de referência para desenvolver o Modelo proposto.

4.1. Caracterização da produção sobre saúde

Apesar da significativa quantidade de publicações científicas sobre saúde, poucos autores abordaram os aspectos práticos para a implementação dos conhecimentos, através da utilização de instrumentos que permitissem às pessoas planejarem e gerenciarem sua saúde de forma estratégica.

Os referenciais citados no Quadro abaixo são os principais estudos que embasaram o presente trabalho, resultantes da pesquisa sobre Planejamento da Saúde.

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR(ES)	ANO	TIPO	PAÍS
Fatores dietéticos na prevenção e tratamento de comorbidades associadas à síndrome metabólica.	SANTOS, C. R.;PORTELLA, E. SAVILA,S. S.	2006	Artigo	Brasil
Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais	TEIXEIRA, P.J.R.; ROCHA, F.L.	2007	Artigo	Brasil
Prevalência de síndrome metabólica em indivíduos brasileiros	NAKAZONE, M. A; PINHEIRO,A; BRAILE, M. C. V. B.	2007	Dissertação	Brasil
Comparative strategies for using cluster analysis to assess dietary patterns.	BAILEY, R,L; GUTSCHALL, M, O; MITCHELL,D,C.	2006	Artigo	E.U.A
Guidelines for exercise testing and prescription.	LIPPNCOTT, WILLIAMS E WILKINS.	2010	Guidelines	E.U.A
Exercício físico e síndrome metabólica	CIOLAC, E. G; GUIMARÃES, G. V.	2004	Artigo	Brasil

Dietary Guidelines for Americans	DEPARTMENT OF AGRICULTURE	2005	Guidelines	EUA
Habitar a Rua: Compreendendo os Processos de Risco e Resiliência	SANTOS, L. L.	2006	Dissertação	Brasil

Quadro 2 – Estudos resultantes da pesquisa sistemática na *Internet* sobre gestão da saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2. Análise dos modelos de Planejamento Pessoal

Foram selecionados cinco modelos de Planejamento Pessoal, que citavam saúde, descritos na fundamentação teórica como suporte para a construção do modelo proposto.

No aspecto conceitual, os modelos de Planejamento Estratégico Pessoal possuem semelhanças e diferenças. Foram selecionados cinco modelos de Planejamento Estratégico Pessoal, que citavam saúde, descritos na fundamentação teórica como suporte para a construção do Modelo proposto. a seguir explanadas

O modelo Estrada (2011) é um método de gestão de vida para promover o desenvolvimento das pessoas. Para tal, o Planejamento Estratégico Pessoal foi dividido em 5 áreas: Profissional, Familiar, Negócios Pessoais, Participação Social e Individual. A saúde está inserida na área de Planejamento Individual, e os elementos considerados relevantes para uma vida saudável foram: Alimentação, Atividade Física e Controle Médico.

O modelo de Cygler (2005) engloba o ser, o ter, o fazer e o viver, mas estes elementos contextuais não são citados na descrição do modelo. Divide o Planejamento Pessoal em cinco áreas e enfatiza que para alcançar o sucesso e a felicidade, é necessário o equilíbrio entre as mesmas. Neste modelo a saúde insere-se na área da energia física, que envolve o condicionamento físico, respiração, descanso e alimentação.

O modelo de Covey (2007) trabalha com os princípios fundamentais da eficácia humana, nos quais a felicidade e o sucesso se baseiam, pois acredita que o indivíduo precisa primeiro, mudar sua percepção e paradigma, para depois transformar seus relacionamentos, evoluindo gradativamente da dependência para a independência e, finalmente, a interdependência. No modelo através dos princípios de auto-renovação equilibrada, é destacada a importância de manter em equilíbrio as quatro dimensões do indivíduo: física, mental, espiritual e social/emocional. O autor enfatiza a importância deste hábito porque torna todos os outros possíveis. Também considera que investir em si mesmo, é o único instrumento que as pessoas possuem para lidarem com a vida e contribuírem para a humanidade.

O autor descreve, no modelo, os elementos necessários para o equilíbrio do indivíduo e estabelece algumas recomendações, incompletas, para a implementação dos elementos. Por exemplo, estabelece que para ter equilíbrio físico é necessário ingerir alimentos saudáveis, mas não cita, na descrição do modelo, quais os alimentos saudáveis. Os exercícios físicos são divididos em três áreas, mas as recomendações completas (tipo, frequência e volume) são citadas apenas em uma das áreas.

No *Modelo de Souza* (2003 e 2004) são abordadas várias áreas da vida da pessoa, de acordo com a Pirâmide de Necessidades, de Maslow, acrescida de uma sexta necessidade, a espiritual. Essas áreas são caracterizadas como os principais grupos de sonhos, dos indivíduos, com seus respectivos elementos. O autor destaca a importância de possuir vários sonhos.

A saúde foi referenciada no centro do modelo, nos sonhos íntimos, juntamente com os sonhos de qualidade de vida e espirituais. Porém não são estabelecidos os elementos essenciais para alcançá-la.

O Modelo do Equilíbrio do Tempo, proposto por Seiwert (2004), é dividido em quatro categorias, com termos diferenciados em relação aos demais modelos estudados. Essas categorias devem estar equilibradas, pois estão interligadas e uma influencia o desempenho da outra. O autor cita os elementos que compõem cada categoria, mas não explica detalhadamente cada categoria.

Em relação à saúde, salienta a importância de manter ou recuperá-la, estabelecendo os elementos necessários (nutrição, descanso/descontração, condicionamento físico e expectativa de vida).

Posteriormente, apresenta a Pirâmide de Sucesso em Busca da Eficácia, de forma geral, para a implementação do Planejamento Pessoal. Finalizando, o autor explica que o tipo de personalidade da pessoa pode influenciar na utilização do seu tempo.

4.3. Apresentação dos elementos que serviram de referência ao Modelo proposto

O embasamento conceitual, existente na literatura sobre a temática, contemplou os principais autores de modelos de Planejamento Estratégico Pessoal.

Os modelos de Planejamento Pessoal utilizados são amplos, porém não são aprofundados no aspecto saúde. Alguns apenas citam a saúde, colocando-a no centro do modelo, ao passo que outros modelos enfatizam a influência da saúde nas demais áreas.

Alguns modelos avançam e citam os elementos necessários para a saúde, outros fazem algumas recomendações gerais, porém bastante incompletas.

A intenção de fornecer um Modelo de Planejamento Pessoal, específico para a saúde é, além de desdobrar os elementos essenciais, fornecer as recomendações técnico-científicas para a implementação.

Esse empenho possibilitou a elaboração de diretrizes que embasem os requisitos do Modelo proposto, como segue: Abranger os elementos importantes no Planejamento Pessoal da Saúde; facilitar o planejamento e a aplicação dos conceitos sobre saúde, por meio de um método lógico seqüencial, e possibilitar o desenvolvimento de outras pesquisas com base no Modelo proposto.

De acordo com a pesquisa bibliográfica, sobre Planejamento Pessoal da Saúde, foi possível verificar a presença de elementos fundamentais para a elaboração do Modelo proposto. Eles foram divididos em biológicos e psicossociais. Os elementos biológicos são: *controle clínico*, que consiste em avaliar os fatores condicionantes das doenças crônicas não transmissíveis; *nutrição*, consiste em estabelecer a qualidade e quantidade dos alimentos que devem ser ingeridos; *condicionamento físico*, estabelece os tipos de exercícios necessários para promover benefícios a saúde. O elemento chave da saúde psicossocial é a *resiliência*, (capacidade de adaptar-se, de forma positiva, ao estresse), e sua divisão em três tipos: acadêmica, emocional e social.

5. MODELO DE PLANEJAMENTO PESSOAL DA SAÚDE PROPOSTO

Este modelo foi elaborado com base no conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera a saúde como bem estar biopsicossocial, e não somente a ausência de doença.

Fundamentou-se na relação recíproca entre a psique, corpo e ambiente social (SEIWERT, 2004).

A saúde deve ser interpretada de forma ampla, como parte da qualidade de vida, na qual devam ser garantidos o exercício e a prática do direito à saúde adequados às necessidades dos indivíduos, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Em síntese, em termos da determinação causal, pode-se dizer que representa o conjunto de relações e variáveis que determinam o estado de saúde e doença de uma população, que se modifica nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade (ALMEIDA , CASTRO & VIEIRA, 1998)

Para facilitar a compreensão, o Modelo foi sistematizado em duas categorias: biológica e psicossocial. Portanto, considera as dimensões biopsicossociais relacionadas ao binômio saúde-doença. Dessa forma, atua na perspectiva da saúde como um objetivo a ser alcançado ou mantido por meio de instrumentos metodológicos, para a orientação de sua conduta, decisões, estratégias e ações de intervenção na realidade (SANTOS; DA ROS; CREPALDI, 2006).

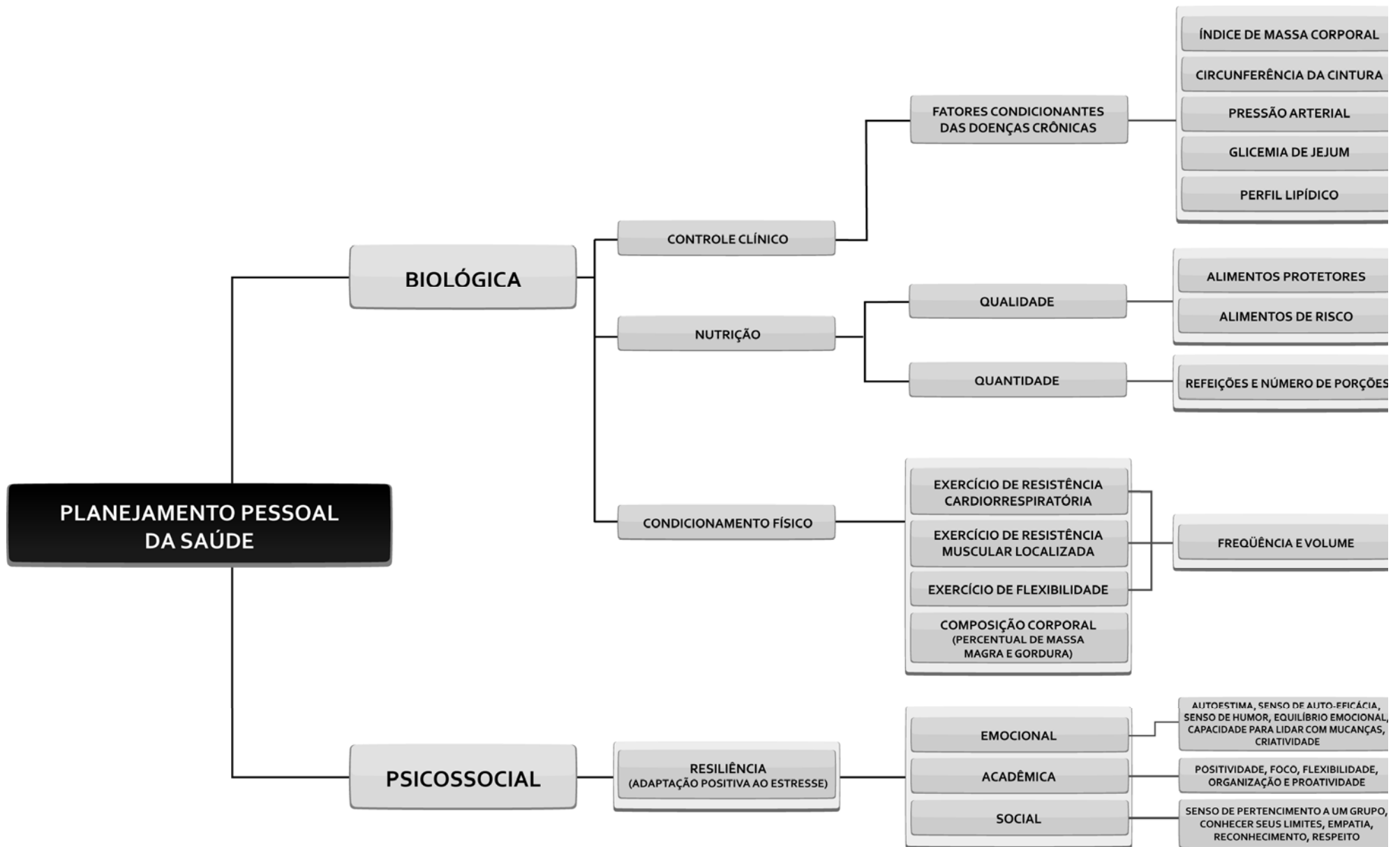


Figura 13 - Modelo de Planejamento Pessoal da Saúde proposto.
 Fonte: Elaborado pela autora.

5.1. Saúde biológica

Neste modelo, os pontos considerados relevantes são *Controle Clínico*, *Nutrição e Condicionamento físico*, tendo em vista o Modelo em questão.

No controle clínico, serão abordados os fatores condicionantes da saúde, para prevenir ou tratar as doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, doenças respiratórias crônicas). Na nutrição, serão consideradas as características para planejar uma alimentação saudável, ou seja, a qualidade, dividida em alimentos protetores e de risco, e quantidade, através das refeições e número de porções de alimentos. Para aprimorar o condicionamento físico, voltado à manutenção e recuperação da saúde, serão abordados os tipos, frequência e volume de exercícios físicos necessários.

5.1.1. Controle clínico

O controle clínico refere-se à avaliação dos fatores condicionantes das doenças crônicas não transmissíveis.

A Obesidade e Síndrome Metabólica são fatores que alteram o metabolismo e aumentam o risco do desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis.

Neste modelo, os parâmetros adotados, para classificar a Síndrome Metabólica, foram os de acordo com o *National Cholesterol Education Program* (NCEP) e da I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (I-DBSM), pela praticidade e melhor correlação com as doenças crônicas não transmissíveis. Envolve a presença de três ou mais fatores: circunferência de cintura, pressão arterial sistêmica, glicemia de jejum e perfil lipídico (triglicerídios, colesterol LDL e colesterol HDL).

Para avaliar o risco de obesidade, foi utilizado o Índice de Massa Corporal, estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Abaixo, serão abordados os parâmetros separadamente.

5.1.1.1. Índice de Massa Corporal (IMC)

O Índice de Massa Corporal é uma medida importante do estado nutricional dos indivíduos. É considerado um dos métodos mais simples para a utilização, pois é obtido a partir da divisão da massa corporal em quilogramas, pela estatura em metro, elevada ao quadrado (kg/m^2). O enfoque do Índice de Massa Corporal está relacionado à obesidade e ao

sobrepeso, com uma proporção relativa de peso maior que a desejável para a altura, pois valores acima do recomendado estão relacionados ao aumento do risco de desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis, conforme elucidados no Quadro 2.

Classificação	IMC (Kg/m²)	Risco de Doenças crônicas
Normal/eutrofia	18,5 a 24,9	-
Sobrepeso	≥ 25	Baixo
Pré-obesidade	25 a 29,9	Média
Obesidade Grau I	30 a 34,9	Moderado
Obesidade Grau II	35 a 39,9	Alto
Obesidade Grau III	≥ 40	Muito alto

Quadro 3: Classificação do estado nutricional de adultos
Fonte: World Health Organization (1998)

5.1.1.2. Circunferência da cintura (CC)

Estudos indicam que a forma pela qual a gordura está distribuída pelo corpo é mais importante que a gordura corporal total, na determinação do risco individual de doenças. Por essa razão, em indivíduos obesos ou com tendência à obesidade, é fundamental lançar mão de indicadores que determinem esse tipo de distribuição (CUPPARI, 2005).

É de importância clínica identificar a distribuição de gordura, visto que a obesidade central ou abdominal está intimamente associada ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Os valores limítrofes de circunferência da cintura, associados ao desenvolvimento de complicações metabólicas, relacionadas à obesidade, estão demonstrados no Quadro 4.

Risco de complicações metabólicas associadas à obesidade		
Sexo	Risco Elevado	Risco muito elevado
Homem	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mulher	≥ 80 cm	≥ 88 cm

Quadro 4: Circunferência da cintura de acordo com o gênero em caucasiano.
Fonte: World Health Organization (1998).

5.1.1.3. Perfil lipídico

O perfil lipídico refere-se à dosagem sanguínea dos triglicerídios, colesterol total, Colesterol LDL e colesterol HDL. Os níveis alterados de lipídios sanguíneos são conhecidos como dislipidemias.

Serão considerados os lipídios que pertencem ao critério da *National Cholesterol Education Program* e I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, para caracterizar a Síndrome Metabólica. Os lipídios incluídos foram os triglicerídios (TG) e o Colesterol HDL.

5.1.1.3.1. Colesterol HDL

O HDL colesterol é conhecido como bom colesterol, por não estar envolvido na formação das placas que obstruam as artérias. Além disso, tem efeito protetor, pois faz o transporte reverso do colesterol, retira o colesterol dos tecidos e o leva para o fígado, onde é eliminado ou reaproveitado. Ultimamente, tem-se considerado que baixos níveis de HDL-colesterol representam maior fator de risco do que o colesterol total e LDL-colesterol (mau colesterol) elevados. O parâmetro de referência do colesterol HDL, para homens e mulheres, está exposto no Quadro 5.

HDL- Fator protetor das doenças crônicas	
Sexo	Valores
Homem	>40 mg/Dl
Mulher	>50 mg/Dl

Quadro 5: Valores de referencia do Colesterol HDL para indivíduos > 20 anos.

Fonte: I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (2004)

5.1.1.3.2. Triglicerídios

É uma gordura de interesse na avaliação do metabolismo lipídico, visto estar diretamente relacionada ao consumo de certos tipos de alimentos que contém carboidratos simples. O parâmetro, em categorias, está demonstrado no Quadro 6.

Lípides	Valores	Categoria
Triglicerídeos TG	< 150	Ótimo
	150- 200	Limítrofe
	200- 499	Alto
	≥500	Muito alto

Quadro 6: Valores de referencia do Triglicerídeo para indivíduos > 20 anos.

Fonte: III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001).

5.1.1.4. Pressão arterial

O sangue, é bombeado pelo coração para os todos órgãos do corpo, através das artérias. É empurrado contra a parede dos vasos sanguíneos, sendo essa tensão gerada na parede das artérias, denominada pressão arterial. Para verificar a pressão arterial, tem-se de observar dois números, o número maior é a pressão arterial sistólica, pressão do sangue nos vasos, quando o coração se contrai ou bombeia o sangue impeli-lo para o resto do corpo. O número menor, chamado pressão diastólica, pressão do sangue, nos vasos, quando o coração está na fase de relaxamento (GARCIA, 2004).

Evitar o aumento da pressão é fundamental para reduzir os efeitos da síndrome metabólica. Os parâmetros de classificação da pressão arterial (>18 anos) e recomendações para seguimento com prazos máximos, estão expostos no Quadro 7.

Classificação	Pressão Sistólica	Pressão Diastólica
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85 – 89

Quadro 7: Valores de Referência da pressão arterial

Fonte: IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2004)

5.1.1.5. Glicemia de jejum

Um dos processos metabólicos primordiais do organismo é a transformação de alimentos em energia e calor, necessários para o funcionamento de todas as células do corpo. Usa-se, para a conversão em energia, os nutrientes presentes nos alimentos ingeridos

contendo carboidratos, proteínas e gorduras. A insulina, hormônio secretado pelo pâncreas, tem a função de auxiliar o organismo a usar os alimentos como fonte de energia.

Porém, na síndrome metabólica favorece a resistência à insulina (não consegue utilizá-la de forma eficiente) ou pouca quantidade de insulina, podendo ocasionar o aumento da glicose sanguínea, conhecida como hiperglicemia.

Valores de glicose sanguínea, acima do recomendado, caracterizam um quadro de risco para o desenvolvimento do diabetes. A glicemia de jejum deve manter-se em inferior a 110 mg/dl.

O quadro abaixo apresenta os valores diagnósticos de glicemia para diabetes e estágios pré-clínicos.

Categorias	Jejum	2h após 75g glicose	Casual
Glicemia de jejum alterada	>110 e < 126	< 140 (se realizada)	
Tolerância à glicose Diminuída	< 126 e	≥ 140 e < 200	
Diabetes	≥ 126 ou	>200 ou	≥ 200 (com sintomas clássicos)

Quadro 8: Valores de glicose plasmática (mg/dL) para diagnóstico de Diabetes e seus estágios pré-clínicos
Fonte: American Diabete Association (1998)

Os fatores condicionantes e seus respectivos parâmetros de avaliação citados acima, são fundamentais para o reconhecimento da síndrome metabólica. É uma prática clínica importante para o implemento da mais eficaz forma de tratamento e prevenção: modificação do estilo de vida através da nutrição e condicionamento físico.

5.1.2. Nutrição

As evidências epidemiológicas estão continuamente estabelecendo correlações dos efeitos de nutrientes, que podem modificar processos celulares, com efeitos fisiológicos protetores e de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis.

Para promover estes efeitos protetores e reduzir os riscos, as estratégias nutricionais estão associadas à qualidade e quantidade de alimentos ingeridos.

5.1.2.1. Qualidade

Para facilitar a compreensão dos conceitos de nutrição, em relação aos tipos de alimentos e seus nutrientes, foi criado, neste modelo, a seguinte divisão: Alimentos Protetores e Alimentos de Risco para a saúde.

5.1.2.1.1. Alimentos Protetores

Os Alimentos Protetores da saúde são necessários para o desenvolvimento e crescimento normais dos indivíduos, prevenção e tratamento de doenças. Eles possuem nutrientes que agem de formas variadas no organismo que, se combinados, atuam de forma sinérgica nas relações de saúde.

Os grupos de alimentos protetores e seus respectivos nutrientes são:

- *Vegetais* (vitaminas, minerais e fibras);
- *Frutas* (vitaminas, minerais e fibras);
- *Grãos integrais* (fibras);
- *Carnes brancas* (proteínas e gorduras poliinsaturadas);
- *Laticínios semi desnatados ou desnatados* (proteínas e minerais);
- *Óleos vegetais* (gorduras monoinsaturadas e poliinsaturadas);

As *vitaminas* são essenciais na transformação de energia, ainda que não sejam fontes, intervêm na regulação do metabolismo e favorecem as respostas imunológicas, dando proteção ao organismo. Os *minerais* contribuem na formação dos tecidos, intervêm na regulação dos processos corporais, favorecem a transmissão dos impulsos nervosos e a contração muscular (MCKEITH, 2009).

As proteínas são compostas por aminoácidos e possuem função estrutural, no organismo, pois constituem músculos, hormônios, enzimas e anticorpos. As fontes de proteínas animais são carnes, ovos e laticínios. As fontes de proteínas vegetais são as leguminosas (feijões) e oleaginosas (castanhas, nozes e amêndoas) (MCKEITH, 2009).

A *fibra* retarda a decomposição dos carboidratos em moléculas de açúcar, garantindo que os níveis de açúcar e insulina no sangue subam mais lentamente e atinjam níveis mais

baixos, reduzindo o risco de diabetes. Um processo de digestão mais longo também significa que a pessoa não voltará a sentir fome tão cedo, favorecendo o controle do peso corporal.

As fibras diminuem as chances de doenças cardíacas, pois reduzem níveis de colesterol total e LDL sanguíneo, através da dissolução das fibras nos fluidos do intestino e formação de uma massa pegajosa e viscosa semelhante a uma gelatina, que aprisiona os ácidos graxos ou gorduras da bile ricos em colesterol e os prende às fezes (WILLETT, 2002).

As gorduras *monoinsaturadas* são benéficas à saúde, pois têm a capacidade de reduzir os níveis do colesterol LDL e aumentar os níveis de colesterol HDL no sangue. As principais fontes alimentares são: óleos de girassol, canola e principalmente oliva, abacate e nozes (GARCIA, 2004).

As *polinsaturadas* são divididas em ácidos graxos ômega 3 e ácidos graxos ômega 6. Os ácidos graxos ômega 3 estão relacionados à redução dos níveis sanguíneos de triglicerídios e colesterol LDL. Também contribuem para menor formação de coágulos no sangue (que ajudam no entupimento das artérias), reduzem o risco de trombose, arritmias e morte súbita. As principais fontes alimentares são: semente de linhaça e óleos de peixes de água salgada e gelada (atum, arenque, salmão, truta, sardinha e cavala). Indicam ainda o consumo de soja e derivados, óleo de canola, noz, linhaça e óleos feitos a partir dessas nozes e sementes, porque são boas fontes de ômega 3. Os ácidos graxos ômega 6 precisam estar equilibrados com os ácidos graxos ômega 3 para garantirem um efeito protetor no organismo em relação ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares. As principais fontes alimentares são os óleos de origem vegetal em geral (soja, milho, girassol, canola, margarinas vegetais), cacau e dendê (GARCIA, 2004).

As gorduras monoinsaturadas e poliinsaturadas, em temperatura ambiente, são benéficas à saúde, porém quando levadas a altas temperaturas, como frituras, sofrem uma alteração em sua composição química e tornam-se saturadas (GARCIA, 2004).

5.1.2.1.2. Alimentos de Risco

Os Alimentos de Risco estão relacionados ao desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis.

Os grupos de Alimentos de Risco e seus respectivos nutrientes são:

- *Carnes vermelhas* (gordura saturada);
- *Laticínios integrais* (gordura saturada);
- *Alimentos industrializados* (carboidratos simples, gordura trans e saturada);

- *Doces* (carboidratos simples).

As gorduras sólidas (saturada, trans) estão associadas ao ganho de peso e a alteração do perfil lipídico de forma negativa, aumento do colesterol LDL, aumento dos triglicerídios e redução do colesterol HDL no sangue.

As gorduras saturadas são sólidas à temperatura ambiente e estão relacionadas ao aumento do colesterol LDL e do colesterol total no sangue. As principais fontes alimentares são: óleo de coco, óleo de amendoim, gorduras presentes em bolachas recheadas e demais industrializados, carnes gordas, ovos, miúdos (fígado, rim, coração), embutidos (salsicha, lingüiça, salame) laticínios integrais (leite, queijo iogurte, creme de leite), sorvete, chocolate manteiga de cacau, etc (WILLETT, 2002).

As gorduras do tipo trans são gorduras poliinsaturadas que sofreram o processo de hidrogenação (solidificação do óleo vegetal na presença de hidrogênio e partículas de níquel). O uso da gordura trans permite que os alimentos sejam consumidos em temperatura ambiente e conservados por mais tempo. Além de aumentar a durabilidade, ela também acentua o sabor e a textura, deixando tudo mais crocante e apetitoso. Porém, este tipo de gordura provoca a redução do colesterol HDL e aumento do colesterol LDL sanguíneo. As principais fontes alimentares são os produtos industrializados e de confeitaria (margarina, pães, massas e salgadinhos folhados, salgadinhos de pacote, biscoitos recheados, sorvete, batata frita, bolos industrializados e pratos congelados) (WILLETT, 2002).

Os carboidratos simples são rapidamente absorvidos pela corrente sanguínea, elevando os níveis de glicose e insulina. Esta elevação pode resultar em mecanismos de compulsão alimentar e propensão ao acúmulo de gordura, com maior facilidade pelo organismo. Esta rápida absorção também aumenta os níveis de triglicerídios, reduz os níveis do colesterol HDL e aumenta as chances do desenvolvimento do diabetes.

5.1.2.2. Quantidade

Além da qualidade, a quantidade também é muito importante no processo de saúde, tendo em vista que os alimentos protetores devem ser ingeridos em quantidades muito superiores aos alimentos de risco.

Os elementos estratégicos, em relação à quantidade, são as refeições e o número de porções.

5.1.2.2.1. Refeições

Uma frequência regular no número de refeições, três refeições principais (café da manhã, almoço e jantar); e três lanches intermediários (manhã, tarde e noite), mantém o processo de digestão por mais tempo, favorecendo a atuação do metabolismo e, conseqüentemente, aumentando o gasto de energia para digerir o alimento.

Essa estratégia, em relação as refeições, também favorece uma seleção mais criteriosa dos alimentos, pois se as refeições possuírem intervalos de tempos menores, a pessoa não vai sentir muita fome entre as refeições e terá mais autocontrole.

5.1.2.2.2. Porções

O tamanho da porção de alimento está relacionado a ingestão de calorias e peso corporal. Neste Modelo, os alimentos são dispostos em grupos de alimentos, com os alimentos e as porções de alimentos expressas em medidas caseiras, para facilitar a adesão a padrões alimentares mais saudáveis.

5.1.2.2.3. Guia de Nutrição

Para facilitar a adesão ao Modelo proposto, foi realizada uma adaptação do Guia Alimentar Americano, reformulado em 2005. Possui a forma gráfica de pirâmide formada de faixas verticais, uma para cada grupo alimentar, distinguidos pelas larguras e cores.

As diferentes larguras das faixas sugerem a proporção do alimento que uma pessoa deve ingerir de cada grupo alimentar. Ou seja, as faixas mais largas representam alimentos que devem ser ingeridos em maior quantidade, no dia. Aquelas mais finas representam a recomendação de menores quantidades. As diferentes larguras servem para dar essa noção de quantidade entre os grupos, mas não proporções exatas entre eles.

O estreitamento da faixa, da base até o topo, de cada grupo alimentar, representa a moderação. Ou seja, é recomendado ingerir os alimentos mais saudáveis em maior quantidade.

No topo, estão os açúcares e gorduras sólidas, carne vermelha e laticínios integrais conforme mostra a Figura 14.

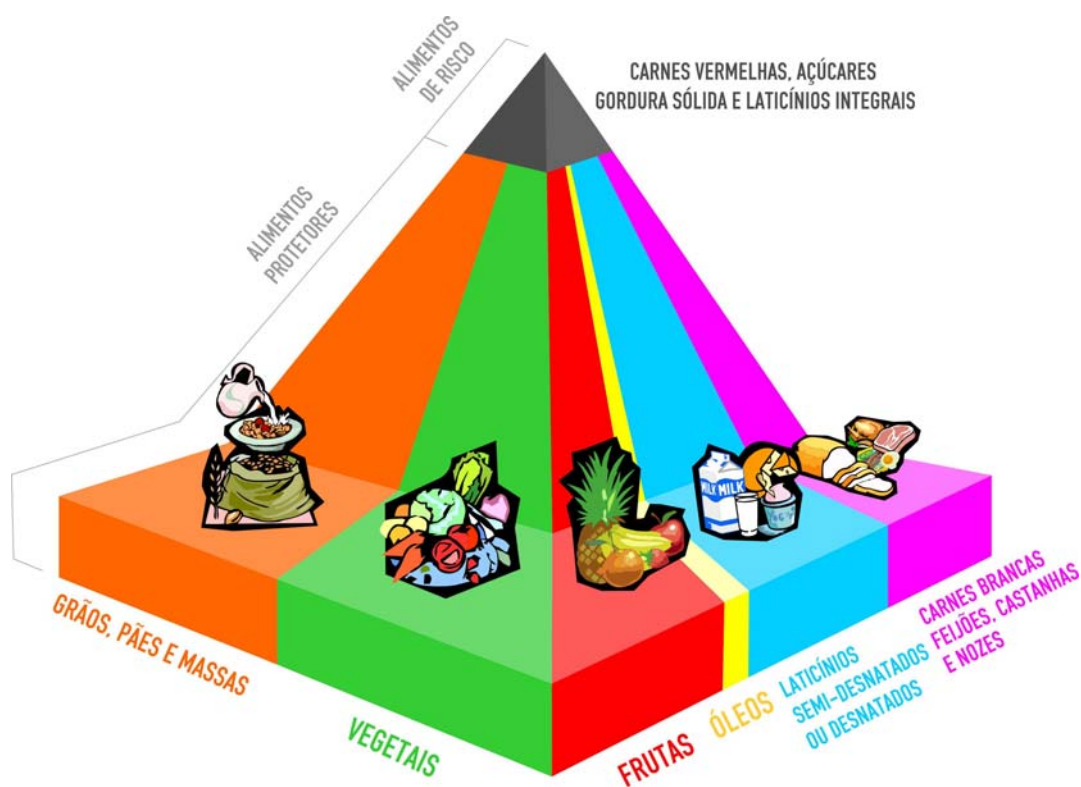


Figura 14: Pirâmide do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos.
 Fonte: Adaptado Departamento de Agricultura dos Estados Unidos 2005.

A base da pirâmide foi dividida em seis grupos: 1) Grãos, massas e pães; 2) Vegetais 3) Frutas; 4) Óleos 5) Laticínios semi-desnatados ou desnatados; 6) Carnes brancas, feijões, castanhas e nozes. O topo possui os alimentos com açúcares e gorduras sólidas adicionados nas preparações de alimentos, carne vermelha e laticínios integrais. Quanto mais ativo é o indivíduo, mais os alimentos pertencentes ao topo de cada faixa poderão estar presente em sua dieta. Esse é o conceito de ‘permissão de calorias controladas’, ou seja, existem maiores possibilidades da introdução de alimentos ricos em lipídios e açúcares, em um padrão saudável de alimentação, desde que a ingestão calórica total seja controlada.

A quantidade de alimentos, que devem ser ingeridos diariamente, dependerá de fatores como sexo, altura, idade, nível de atividade física, preferências alimentares e intolerâncias

Será apresentada uma tabela com 13 divisões, de acordo com a recomendação calórica média para diferentes sexos, idades e níveis de atividade física (Quadro 9).

Varição calórica (Kcal)		
Faixa Etária	Sedentários	Ativos
Homens		
19 a 30 anos	2.400	3.000
31 a 50 anos	2.200	3.000
+ 51 anos	2.000	2.800
Mulheres		
19 a 30 anos	2.000	2.400
31 a 50 anos	1.800	2.200
+ 51 anos	1.600	2.200

Quadro 9: Recomendação calórica para diferentes sexos, idades e níveis de atividade física
Fonte: Departamento de Agricultura dos Estados Unidos 2005.

A partir da variação calórica, é identificada, no Quadro 10, o número de porções recomendadas para cada grupo de alimento.

População	Adultos a partir de 19 anos								
	1600	1800	2000	2200	2400	2600	2800	3000	3200
Nível calórico total/dia (Kcal)									
Porções de grãos	5	6	6	7	8	9	10	10	10
Porções de vegetais	4	5	5	6	6	7	7	8	8
Porções de frutas	3	3	4	4	4	4	5	5	5
Porções de leite	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Porções de carnes	2,5	2,5	3	3	3,5	3,5	4	4	4
Porções de óleos (colher chá)	3	4,5	5	5,5	6	6	7	8	9
Calorias (Kcal) permitidas/dia Alimentos de Risco	165	132	195	267	290	362	410	426	512

Quadro 10: Número de porções recomendadas de cada grupo alimentar para cada nível calórico.
Fonte: Departamento de Agricultura dos Estados Unidos 2005.

Os exemplos de padrões alimentares não são prescrições, mas ilustrações de proporções saudáveis para a dieta. Os números exemplificados são médias das necessidades dos grupos etários, porém, variam para cada indivíduo, por questões genéticas e ambientais.

Segue abaixo o quadro 11, os grupos de alimentos protetores (exemplos) e suas respectivas porções em medidas caseiras.

Grupo dos grãos (dar preferência aos alimentos integrais) – Equivalente a 1 porção	
Pão de sanduiche/ integral	1 fatia
Pão de cachorro quente, francês/integral	½ unidade
Biscoito salgado/integral	4 unidades
Bolo simples sem recheio/integral	1 fatia fina
Biscoito doce pequeno sem recheio/integral	4 unidades
Arroz ou macarrão/ integral	4 colheres de sopa
Panqueca/integral	1 unidade pequena
Grupo das verduras - Equivalente a 1 porção	
Verduras cozidas (couve, cenoura)	4 colheres de sopa
Verduras cruas picadas (tomate, pepino, pimentão)	½ xícara
Verduras folhosas cruas (alface, radite)	1 prato de sobremesa
Grupo das frutas - Equivalente a 1 porção	
Maçã, banana, pêsego, laranja	1 unidade
Mamão, melão, melancia	1 fatia
Salada de frutas	½ xícara
Suco puro	¼ copo
Grupo dos latic;inios semi-desnatados ou desnatados - Equivalente a 1 porção	
Leite, iogurte	1 copo
Requeijão ou queijo ralado	2 colheres de sopa
Queijo ricota	2 fatias
Grupo das carnes - Equivalente a 1 porção	
Peixe	1 filé pequeno
Frango	1 coxa ou ¼ peito
Grupo dos óleos - Equivalente a 1 porção	
Oliva, canola, soja, milho	1 colher de chá

Quadro 11: Grupos de alimentos, com exemplos e porções.
Fonte: Departamento de Agricultura dos Estados Unidos 2005.

5.1.3. Condicionamento Físico

Para desenvolver o Condicionamento Físico, que atenda a todos os componentes de garantia da saúde, será necessário praticar exercícios de Resistência Cardiorrespiratória, Resistência Muscular Localizada e Flexibilidade.

5.1.3.1. Exercícios de Resistência Cardiorrespiratória

São exercícios cíclicos que envolvem grandes grupos musculares, recomendados para aprimorar a aptidão cardiovascular e/ou reduzir o peso corporal. Os principais tipos de exercícios são: caminhada, ciclismo, remo, ginástica aquática, nadar, correr.

No entanto, para obter os benefícios dos exercícios físicos, devem ser observados o tipo de exercício, frequência, intensidade e volume.

A frequência recomendada é de 3 a 5 vezes, distribuídos em 150 a 300 minutos por semana. Se a intensidade for moderada, devem ser realizados exercícios, ao menos, 5 vezes por semana. Se a intensidade for vigorosa, devem ser realizados exercícios durante 3 vezes por semana. O exercício deve ser realizado em período de 20 a 60 minutos por sessão.

5.1.3.2. Exercícios de Resistência Muscular Localizada

São aqueles que visam desenvolver aptidão muscular. Os principais tipos são: musculação, pilates, ginástica localizada com pesos e treinamento com bandas elásticas. Assim como os exercícios de resistência cardiorrespiratória, os de resistência muscular localizada também devem observar o tipo do exercício, frequência e volume.

A frequência recomendada é de 2 a 3 vezes por semana, com 48h de intervalo entre as sessões, envolvendo grandes grupos musculares: ombros, peitoral, membros inferiores, quadril, abdômen.

Cada grupo muscular deve ser trabalhado entre 2 a 4 séries. Para aumentar o volume muscular, o exercício de resistência muscular deve permitir que o indivíduo complete de 8-12 repetições, para cada série, com uma carga de trabalho que cause dificuldade. Se o objetivo for aumentar a resistência muscular, o treinamento deverá ser de 15-25 repetições, com carga de trabalho proporcional (ACSM, 2010).

5.1.3.3. Exercícios de Flexibilidade

Envolve o maior número de grupos musculares e visa desenvolver a amplitude articular. Para obter os benefícios dos exercícios físicos, na saúde, devem ser observados o tipo do exercício, frequência e volume. Os principais tipos de exercícios de flexibilidade são conhecidos como exercícios de alongamento. A recomendação é de 2 a 7 vezes por semana por aproximadamente 10 minutos. Cada exercício deve durar de 15-60 segundos.

5.1.3.4. Composição Corporal

O treinamento da aptidão física, pela prática de exercícios, promove benefícios essenciais para a saúde, entre eles, com relação à composição corporal, aumento da massa corporal magra ou livre de gordura, diminuição da porcentagem de gordura corporal, aumento da eficiência de trabalho, menor susceptibilidade à doenças crônicas não transmissíveis, além da melhora da aparência física.

O acompanhamento longitudinal dos compartimentos corporais, de massa magra e gordura corporal, possibilita compreender suas modificações resultantes de várias alterações metabólicas, além de identificar, precocemente, os riscos à saúde associados a níveis excessivamente altos ou baixos de gordura corporal total e a perda de massa muscular.

Os valores de referência de gordura corporal, associados ao desenvolvimento de riscos nutricionais, estão apresentados abaixo:

Risco de doenças e desordens	Gordura corporal (%)	
	Homens	Mulheres
Desnutrição	≤ 5	≤ 8
Abaixo da média	6-14	9-22
Média	15	23
Acima da média	16-24	24-31
Risco de doenças associadas á obesidade	≥ 25	≥ 32

Quadro 12: Valores de referência do percentual de gordura corporal total para adultos.
Fonte: CUPPARI, 2005.

Existem três métodos utilizados na prática clínica, de baixo custo e não invasivos, para mensurar a gordura corporal.

A espessura da dobra cutânea compreende a espessura da pele e tecido adiposo, em locais específicos do corpo (tricipital, bicipital, tórax ou peitoral, abdominal, subescapular, suprailíaca e coxa), através de técnica e aparelho específico (plicômetro). Após a mensuração, utiliza-se equações, para que por meio dessas, calcule-se o percentual de gordura corporal.

A gordura corporal total também pode ser estimada por meio de medição de circunferências corporais e aplicação dos valores obtidos em equações específicas, que variam de acordo com o sexo e a faixa etária. Esse método pode ser útil em indivíduos muito obesos, nos quais a aferição das dobras cutâneas é limitada pelo excesso de tecido adiposo.

Outro método é a bioimpedância elétrica, através da resistência dos tecidos corporais à passagem de uma corrente elétrica, que não é capaz de apontar alterações fisiológicas. Portanto, a bioimpedância elétrica é utilizada para determinar a água corporal total e, posteriormente, estimar a massa livre de gordura e o percentual de gordura.

Tão importante quanto avaliar é reavaliar. A reavaliação fornece dados para o acompanhamento e controle do indivíduo, além de auxiliar a equacionar e conduzir de maneira mais segura e precisa o programa de treinamento.

De acordo com a literatura (FONTOURA, FORMENTIN, ABECH, 2008), noventa dias, em geral, constitui um prazo conveniente de reavaliação, no qual o indivíduo sofre adaptações fisiológicas. No entanto, esse período depende e está diretamente relacionado a alguns fatores: frequência de treinamento, objetivos de treinamento, idade e grau de condicionamento inicial do indivíduo.

5.1.4. Guia de atividade física

Este guia reúne as quatro aptidões necessárias para adquirir condicionamento físico, que são: Resistência Muscular Localizada, Resistência Cardiorrespiratória, Flexibilidade e Composição Corporal. Além disso, estabelece as recomendações necessárias para implementá-las, através dos tipos de exercícios, frequência e volume de execução.

O guia não é uma prescrição, mas uma recomendação de exercícios para proporcionar benefícios à saúde da população em geral.

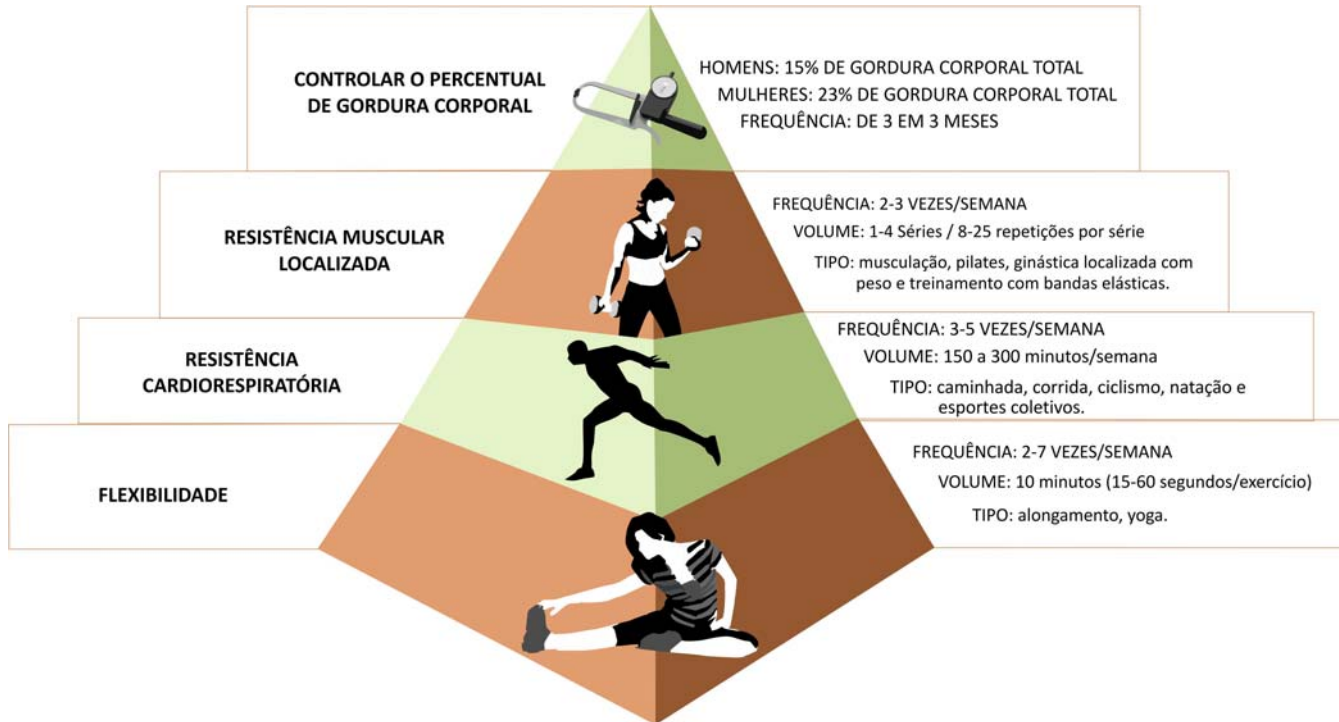


Figura 15 – Pirâmide do Condicionamento Físico para a Saúde.
Fonte: Elaborado pela autora.

5.2. Saúde psicossocial

Neste modelo a saúde psicossocial está centrada na psicologia positiva, através do conceito de Resiliência, caracterizada pela capacidade de o indivíduo adaptar-se positivamente ao estresse. Este é o conceito da resiliência na medicina e psicologia positiva, que se trata de um desenvolvimento focado nos recursos saudáveis e inteligentes de que a pessoa dispõe, e não em doenças.

5.2.1. Resiliência

A resiliência é uma resposta adaptativa positiva ao estresse, envolvendo não apenas as características da pessoa, mas também o sistema de relações que a envolve. Essa adaptação tem um sentido ativo, pois o indivíduo assimila as características do ambiente e modifica-o, produzindo uma resposta que transformará suas atitudes e o ambiente (DESLANDES & JUNQUEIRA, 2003).

De acordo com Luthar (1993), e com complementação conceitual de Carmello (2008), este Modelo vai focar três tipos distintos de *Resiliência: Acadêmica, Emocional e Social*,

pois a mesma pessoa pode ser mais ou menos resiliente em cada um dos três tipos, e alterar sua resiliência se as circunstâncias forem diferentes.

5.2.1.1. Resiliência Acadêmica

A Resiliência Acadêmica refere-se às habilidades de resolução de problemas e à aprendizagem de novas estratégias cognitivas. As características abordadas, neste Modelo, são: *positividade, foco, flexibilidade, organização e pro-atividade*.

A *positividade* é característica das pessoas que encaram a vida como um processo complexo, mas repleto de oportunidades. Ativam pensamentos, emoções e ações que favoreçam a melhoria do bem-estar ou o desenvolvimento de circunstâncias favoráveis para encarar a situação da melhor maneira diante da realidade existente.

O *Foco* corresponde a uma visão clara do que a pessoa quer realizar, concentra energia para focar propósitos e objetivos relevantes, evitando pensamentos e ações irrelevantes, que somente desgastam e desperdiçam energia, minimizando os resultados.

A *Flexibilidade* é identificada em pessoas que não possuem uma única opção para resolver problemas ou obter resultados. Possuem habilidade de produzir e criar alternativas, sem desconectar-se do seu propósito. Também reconhecem seus pontos positivos e negativos e suas possibilidades e limitações.

A *Organização* é característica de pessoas que consigam definir a prioridade de suas tarefas, através de princípios que as ajudem identificar a situação, reconhecer os processos e recursos, avaliar soluções e promover ações com prazos.

A *proatividade* refere-se a ter iniciativa própria, sem necessitar de incentivos externos que as auxiliem a mudar e/ou inovar. As pessoas proativas promovem as mudanças, ao invés de se defenderem delas.

5.2.1.2. Resiliência Emocional

A Resiliência Emocional está relacionada às experiências que promovem a *auto-estima, senso de auto-eficácia, senso de humor, equilíbrio emocional e capacidade para lidar com mudanças e adaptações, e criatividade*.

A *auto-estima* elevada é uma característica comum a pessoas ou grupos que têm capacidade de respeitar, valorizar e amar a si mesmas (CARMELLO, 2008). Ela permite a

adaptação mais rápida ao estresse e com poucas sequelas emocionais, características de escolhas mais acertivas e autonomia.

De acordo com Albert Bandura (1995) a *auto-eficácia* é uma característica comum a pessoas ou grupos que tenham a capacidade de criar um método para alcançar os objetivos estipulados.

O *equilíbrio emocional* (inteligência emocional) é uma característica atribuída a pessoas ou grupos que tenham capacidade de sentir, entender e aplicar, eficazmente, o poder e a perspicácia de suas emoções como fonte de energia, informação, conexão e influência humana.

O *senso de humor* é a característica atribuída a pessoas ou grupos capazes de expressarem, verbal e comportamentalmente, elementos hilariantes, causando tranquilidade e prazer, para si e para as outras pessoas.

Para *lidar com mudanças e adaptações*, as pessoas resilientes têm uma perspectiva diferente no modo de encarar a realidade, com estratégias mais atraentes e eficazes, tornando-se mais capacitadas a enfrentarem situações de imprevisibilidade. A possibilidade de se perceber como protagonista e reconhecer a verdadeira dimensão do problema favorecem e ampliam a visão de mundo, aumentando as possibilidades de enfrentamento (CARMELLO, 2008).

Neste contexto, a criatividade é uma característica atribuída a pessoas ou grupos que atuem no sentido de transformar e/ou construir idéias, objetos e ações em algo diferente e inovador, buscando novos padrões de solução e crescimento (CARMELLO, 2008).

Grotberg (1995) conclui que os indivíduos resilientes saem transformados do enfrentamento de uma situação traumática. Segundo ele, existe uma interface entre resiliência e criatividade, que é utilizada para o enfrentamento da adversidade, porque a solução criativa encontrada transforma-se em conduta resiliente.

5.2.1.3. Resiliência Social

A Resiliência Social envolve o *senso de pertencer a um grupo*, uma família e possuir amigos. Algumas atitudes são importantes para adaptar-se as adversidades sociais: *conhecer os seus limites, empatia, reconhecimento e respeito*.

Na vida adulta, as pessoas se descobrem interdependentes com o meio, precisam se relacionar para sobreviver, precisam dos outros, e os outros delas. A maturidade emocional se

faz quando percebem esta difícil e delicada interrelação, pois para se relacionarem precisam conhecer seus limites e os limites dos outros.

A sociedade estabelece normas referentes à sua cultura e os indivíduos estabelecem regras necessárias à saúde emocional. Está-se todo o tempo se relacionando em diferentes papéis sociais, quanto maior sua clareza sobre seus potenciais, limites e responsabilidades, maior sua capacidade para perceber o outro como ele é, pois torna-se capaz de trocar de papel e ser empático, colocar-se no lugar do outro, entendendo melhor suas motivações e atitudes.

O psiquiatra Frederick Flach observou, em seus pacientes resilientes, que aqueles que melhor reagem emocionalmente, depois de uma tragédia, são os que habitualmente partilham suas experiências de forma verbal, ou uns com os outros e ou com amigos, ou líderes e ou terapeutas compreensivos. A aceitação incondicional do indivíduo como pessoa, principalmente por aqueles por quem tem grande apreço, e as de redes sociais de apoio, possibilitam a adoção de condutas resilientes. As pessoas se recompõem mais rapidamente quando vivenciam relações de reconhecimento e respeito e quando há empatia e comunicação aberta.

Resilientes preocupam-se com a construção de canais abertos de comunicação, com ambientes suficientemente maduros e honestos, voltados à alta qualidade das relações. Mantêm conversas estratégicas em busca de constante acordo sobre alinhamento de propósitos, interesses pessoais e coletivos, premiações e consequências de atos inconvenientes ou inadequados. Buscam, sempre, atitudes de apoio emocional, ou seja, a construção de um modelo de confiança e confirmação nas competências dos protagonistas .

5.2.2. *Coping*

Coping é definido pelos autores como um conjunto de estratégias e esforços cognitivos e comportamentais, a funcionarem como moderadores dos efeitos negativos do estresse, estando integrados aos processos de resiliência do indivíduo.

De acordo com as características comportamentais estabelecidas para cada tipo de resiliência, foram criadas, neste Modelo, estratégias para enfrentar o estresse.

5.2.2.1. *Coping* Resiliência Emocional

As estratégias comportamentais, para adaptação ao estresse, incluem:

- Buscar o *autoconhecimento*, pois permite entender e identificar o que acontece que o faça sentir-se ou valorizado (pontos fortes) ou desvalorizado (pontos fracos), e a partir desse levantamento do fato, ou dos fatos, estabelecer alternativas de ações para determinadas circunstâncias, para não ser tomado pelos sentimentos de desvalorização.

- Aderir a *atividades prazerosas*, ou onde se tenham um bom desempenho e se é valorizado. Assim, fortalece-se a autoestima, não pela resolução do problema, mas pelo aumento de atividades que produzam sensações positivas e validem o que se é e o que se faz;

- Praticar o *autocuidado*, valorizar a si mesmo e sua individualidade, esforçando-se em atividades que promovam felicidade, como cuidar da auto-imagem, dançar, ler um bom livro, permitir-se ser cuidado, amado e sentir-se especial.

- Acreditar em sua capacidade de avaliação e enfrentamento das adversidades.

- Permitir-se chorar, sentir dor, dormir, descansar, recuperar-se e retornar ao seu estado de excelência. A maturidade emocional possibilita distinguir fantasia de realidade. É preciso viver o luto pelos desejos irrealizáveis, onipotentes, calcados na fantasia, e pelos prazeres que são perdidos pelo amadurecimento, buscando alternativas para a obtenção de satisfação no momento presente, não deixando que pereçam as ricas lembranças que mantenham vivo o passado.

- Avaliar a situação (percepção, interpretação e resignificação da situação), mobilizar-se (empreendimento de esforços cognitivos, emocionais e comportamentais para enfrentar, maximizar, minimizar, modificar) e administrar as exigências externas (ameaças e desafios ilusórios), para que controle ou domine a situação, antes que por ela seja dominado.

5.2.2.2. Coping Resiliência Acadêmica

As estratégias para moderar os efeitos do estresse são:

- Transformar as ameaças em oportunidades e aprendizado, assumindo o papel de co-responsável.

- Concentrar a energia em objetivos relevantes e que tragam resultados.

- Adaptar seu comportamento para ajustar-se a outras posições ou novas situações.

- Gerenciar seu tempo a partir da identificação de prioridades);

- Ter iniciativa e inovar sem a necessidade de estímulos externos.

5.2.2.3. Coping Resiliência Social

As estratégias de resiliência social incluem:

- Conversar e discutir sobre suas questões, sem julgamento, interpretação ou moralidade.
- Ter um propósito, uma causa maior do que interesses pessoais.
- Assumir o compromisso de descobrir quais atitudes e ações precisam ser mudadas, quais devem ser mantidas e quais devem ser descartadas.
- Estabelecer procedimentos e relacionamentos baseados em confiança, respeito e empatia.

Foi elaborado um quadro resumido, com os tipos de resiliência, suas características e seu respectivo coping (Quadro 13).

Resiliência Acadêmica	Resiliência Emocional	Resiliência Social
<p>Características: Positividade, Foco, Flexibilidade, Organização Proatividade.</p>	<p>Características: Autoestima, Senso de Autoeficácia, Senso de Humor, Equilíbrio Emocional Capacidade para lidar com mudanças; Criatividade.</p>	<p>Características: Senso de pertencimento a um grupo, Conhecer os seus limites, Empatia, Reconhecimento Respeito.</p>
Coping	Coping	Coping
<p>Estratégias: - Transformar ameaças em oportunidades; - Concentrar energia no que traz resultado; - Adaptar comportamentos para determinadas circunstâncias; - Priorizar o tempo; - Inovar.</p>	<p>Estratégias: - Buscar o autoconhecimento; - Realizar atividades prazerosas; - Investir no autocuidado; - Acreditar em sua capacidade de enfrentar situações de adversidade; - Permitir-se chorar, sentir dor, dormir, descansar e recuperar-se.</p>	<p>Estratégias: - Ter um propósito maior que interesses pessoais; - Estabelecer procedimentos e relacionamentos baseados em confiança, respeito e empatia.</p>

Quadro 13 – Resumo dos tipos de Resiliência, com respectivas características e coping.
Fonte: Elaborado pela autora.

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

6.1. Conclusões

O planejamento da saúde incentiva a gestão de hábitos saudáveis para a promoção de qualidade de vida, prevenindo e auxiliando na recuperação da saúde, pois em torno de dois terços do controle da saúde baseiam-se nas escolhas pessoais quanto ao estilo de vida e, um terço por componentes genéticos.

A saúde é o suporte para a realização dos objetivos das demais áreas do Planejamento Pessoal, pois promove, entre outros, o aumento da autoestima, que afeta quase todos os aspectos da vida. Quando as pessoas sentem-se bem consigo mesmas, tem relacionamentos mais satisfatórios, com maior interação social e familiar. Esta interação promove o aumento da longevidade em até 20%. Também tornam-se mais produtivas no trabalho e sentem-se mais animadas e com maior capacidade para enfrentar as adversidades.

O presente estudo teve como objetivo propor um Modelo de Planejamento Pessoal da Saúde, que mantenha ou melhore a saúde individual. Para isso, estabeleceu-se objetivos específicos que contribuíram para o desenvolvimento do Modelo proposto.

O primeiro objetivo específico alcançado, ao serem estabelecidos quais elementos são determinantes e modificáveis, para manter ou melhorar a saúde, através de análise dos referenciais teóricos, foram selecionados e divididos em biológicos (físicos), que são o controle clínico, a nutrição e o condicionamento físico; e psicossociais, que são a resiliência (resposta adaptativa ao estresse) e seus tipos: emocional, acadêmica e social.

Esta divisão fundamentou-se no conceito da Organização Mundial da Saúde, que considera a saúde no contexto biopsicossocial, pois estas duas esferas do indivíduo biológica, psicossocial estão interrelacionadas através de complexos mecanismos hormonais.

A nutrição saudável, condicionamento físico e atitude positiva favorece uma vida mais saudável e longa, pois dobram as chances de sobreviver mais vinte anos em comparação a indivíduos que não fazem escolhas alimentares saudáveis, são sedentários e negativos.

Porém, o desequilíbrio de um dos componentes afeta o outro, desencadeando conseqüências negativas à saúde. O estresse crônico aumenta o risco de morte por derrame ou doença cardíaca. Também altera o sistema imunológico, o que reduz a capacidade de combater gripes e infecções. Para algumas pessoas, o estresse afeta o sistema digestivo e leva a doenças que vão da úlcera gástrica à síndrome do cólon irritável. O estresse pode ainda

e elevar o nível de açúcar no sangue, que é um risco para o desenvolvimento de diabetes. O peso corporal e os níveis de obesidade também se elevam com o estresse crônico, já que o mesmo pode estimular a leptina, hormônio do apetite.

Embora aquilo que desencadeia o estresse muitas vezes esteja fora do nosso controle, a resiliência (adaptação positiva ao estresse), o modo como percebemos um fato causador de estresse e o modo como reagimos a ele determinam diretamente seu impacto sobre a saúde.

O segundo objetivo específico foi alcançado quando se estabeleceu os parâmetros de avaliação da saúde. Os parâmetros biológicos selecionados foram os parâmetros que caracterizam a síndrome metabólica e obesidade. E os parâmetros psicossociais envolvem as atitudes e comportamentos resilientes, necessários para a adaptação positiva ao estresse. Estes parâmetros são condicionantes para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis, que são as principais causas de mortalidade e incapacidade da população mundial.

Os parâmetros da síndrome metabólica são: circunferência da cintura, pressão arterial, glicose de jejum e triglicerídios. Os parâmetros das resiliências acadêmica, emocional e social são atitudes e comportamentos necessários para adaptar-se ao estresse de forma positiva

A adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática de exercícios físicos e a adaptação positiva ao estresse promovem benefícios à saúde, pois auxiliam na manutenção de valores desejáveis dos parâmetros de avaliação da saúde para a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

Este objetivo possibilitou o controle dos parâmetros de saúde, desta forma, estabeleceu-se metas mensuráveis para a saúde.

O terceiro objetivo específico foi alcançado quando da seleção e adaptação das recomendações técnico-científicas para a implementação do Modelo, através das referências bibliográficas mais atualizadas, de acordo com órgãos e entidades reconhecidas, mundialmente, na área da saúde.

Foram analisados os modelos de Planejamento Estratégico Pessoal existentes na literatura, que fossem relevantes para o desenvolvimento da pesquisa. Porém, nenhum dos modelos estudados proporciona suporte técnico para implementação.

Nesta pesquisa, esses aspectos foram aprofundados, com vistas à conscientizar sobre a importância da adoção de atitudes e hábitos que proporcionem o aumento da longevidade, com qualidade em todas as áreas da vida.

O estudo da saúde no Planejamento Estratégico Pessoal ,através do Modelo proposto, proporciona conhecimentos, recomendações científicas e práticas, sobre saúde, inseridos em

uma estrutura metodológica, facilitando a aplicação dos conhecimentos e controle, do indivíduo, para uma vida saudável.

Para garantir a implementação do modelo proposto, foram utilizados três instrumentos complementares: o guia de nutrição, adaptado do Guia Alimentar Americano (Figura 14), e outros dois instrumentos elaborados pela autora, o Guia de condicionamento físico (Figura 15) e o Quadro com o Coping para cada resiliência (Quadro 13).

Portanto esta pesquisa cumpriu o objetivo, criar um modelo que facilite a aplicação dos conhecimentos e recomendações técnico científicas para manter ou melhorar a saúde individual.

6.2. Recomendações

O tema saúde é complexo e está em constante aprimoramento, portanto, necessita revisão, complementação e aprofundamento do estudo, por meio de novas pesquisas científicas.

Sugere-se, para estudos futuros, a implementação do modelo proposto através de um teste piloto, por meio de sua aplicação em pessoas, criando indicadores de resultados e avaliando os seus efeitos.

O Modelo poderá ser adaptado para as pessoas em diferentes fases da vida: infância, adulta e terceira idade, com o propósito de abordar as características e necessidades específicas destes grupos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHOUR J. A. **Exercícios de alongamento**: anatomia e fisiologia. São Paulo: Manole, 2002.
- AMERICAN DIABETE ASSOCIATION. **Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes melito**. *Diabete Care* 1998.
- ALMEIDA , E. S; CASTRO, C. G. J; VIEIRA, C. A.L. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**. O Conceito de Saúde e do Processo Saúde–Doença. 1998. Disponível em: www.mp.to.gov.br/.../o-conceito-de-saude-e-do-processo-saude-doenca. Acesso em 5 out. 2011.
- ALOYZIO A; AZAMBUJA, M.I.R; Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 833-840, 2004.
- AMANCIO, J. L. **Planejamento Pessoal**, 2006. Disponível em: <http://www.aapsa.com/artigos.asp?id_artigo=97> Acesso em 19 abr. 2011.
- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Guidelines for exercise testing and prescription**. Philadelphia: Lippncott, Williams e Wilkins, 2010.
- AUGUSTIN, E. S. **Planejamento pessoal como base e ligação para o planejamento estratégico organizacional**. 2008. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção-PPGEP) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria-RS.
- BAILEY, R,L; GUTSCHALL, M, O; MITCHELL,D,C et al. Comparative strategies for using cluster analysis to assess dietary patterns. **J Am Diet Assoc**. p. 1194-1200, 2006.
- BANDURA, A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. **Educational Psychologist**, p. 117-148, 1995.
- BARBANTI, V.J. **Aptidão Física**: um convite à saúde. Paulo: Manole, 1990.
- BOEKAERTS, M. Coping with stress in childhood and adolescence. **Handbook of coping** (pp. 452-484). New York: Wiley, 1996.
- CARMELLO, E. **Resiliência**: A transformação como ferramenta para construir empresas de valor. São Paulo: Gente, 2008.
- CIOLAC, E. G; GUIMARÃES, G. V; Exercício físico e síndrome metabólica. **Rev Bras Med Esporte**. Vol. 10, n. 4 – Jul/Ago, 2004.

COHEN, J. K., MOFFITT, T. E., CASPI, A., & TAYLOR, ALAN. Genetic and environmental process in young children's resilience and vulnerability to socioeconomic deprivation. **Child Development**, p. 651-668, 2004.

CONNER, D. R. **Gerenciando na velocidade da mudança**. Rio de Janeiro: Infobook, 1995.

COSTA, R. F; **Composição corporal**: Teoria e prática da avaliação. Barueri/ São Paulo, Manole, 2001.

COSTA, C. **Por que escrever um Planejamento Estratégico Pessoal?**, 2005. Disponível em: <<http://www.plugmasters.com.br/sys/materias/279/1/Planejamento:-Por-que-escrever-um-Planejamento-estrat%E9gico-Pessoal%3F>> [acessado em 03/03/2011].

CYGLER, J. **Quem mexeu na minha vida?** A fórmula do sucesso e da felicidade, sem estresse. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

COVEY, S. R **Os 7 hábitos das pessoas altamente eficazes**. 30 ed., Rio de Janeiro: Best Seller, 2007.

CUPPARI, L. **Guia de Nutrição**: Nutrição clínica no adulto. Barueri: São Paulo, Manole, 2 ed. 2005.

CUPPARI, L. **Nutrição**: nas doenças crônicas não transmissíveis. Barueri: São Paulo, Manole, 2009.

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DESLANDES SF, JUNQUEIRA MFP. Resiliência e maus tratos à criança. **Caderno de Saúde Pública**, 2003.

DEPARTMENT OF AGRICULTURE (USDA). **Dietary Guidelines for Americans**. 2005.

I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, volume 84, suplemento I, 2004.

III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS E DIRETRIZ DE PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, volume 77, suplemento III, 2001.

IV. DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, volume 82, suplemento IV, 2004.

- ESTRADA, R. J. S. **A Eficiência e a Eficácia da Gestão Estratégica: do Planejamento Estratégico à Mudança Organizacional**. 2006. 132 f. Tese (Pós-Doutorado em Administração) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- ESTRADA, R. J. S; NETO, L. M; AUGUSTIN, E. S. Planejamento Estratégico Pessoal. *Revista de Ciências da Administração*. Vol. 13, n.30 - maio/agosto, 2011.
- FACHIN, Odília. **Fundamentos de metodologia**. São Paulo, Saraiva, 2006.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 3.ed. Curitiba: Nova Fronteira, 2004.
- FLACH, F. **Resiliência: a arte de ser flexível**. São Paulo: Saraiva, 1997.
- FONTOURA, A.S; FORMENTIN, C. M; ABECH, E. A. **Guia prático de Avaliação Física: uma abordagem didática, abrangente e atualizada**. São Paulo: Phorte, 2008.
- FRANK, A.A ; SOARES, E. A. **Nutrição no envelhecer**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.
- GARCIA, E. M; **Cuidado, olha o crachá no prato: como ter uma vida e alimentação saudável mesmo com as pressões do seu trabalho**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- GIACOMINI, C. H. Bem-estar subjetivo infantil: Conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação. Dissertação de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo:Atlas, 1999.
- _____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009
- GROTBERG, E. **A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit**. The Hague: The Bernard van Leer Foundation, 1995.
- GUEDES, D.P. e GUEDES, J.E.P. **Exercício físico na promoção da saúde**. Londrina: Midiograf, 1995
- HUTZ, C. S., KOLLER, S. H., e BANDEIRA, D. R. **Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco**. Porto Alegre: ANPEPP, 1996.
- KALAWASKI, J. P. & HAZ, A. M. Dónde está la resiliencia? Una reflexión conceptual. **Revista Interamericana de Psicología**, p. 365-372, 2003.
- KOTLER, P. **Administração de Marketing: análise, planejamento e controle**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1986.

- KRAFT, U. Esgotamento Total. **Revista Mente & Cérebro**. Ano XIV, n. 161. São Paulo, 2006.
- LUTHAR, S. S. e ZELAZO, L. B. Research on resilience: An integrative review. **Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities**. Cambridge: University Press, 2003, p. 510-545.
- MAHAN, L. K; ESCOTT-STUMP, S. **Krause: alimentos, nutrição & dietoterapia**. 11ed. São Paulo: Roca, 2005.
- MALTA, D. C; CEZÁRIO, A. C; MOURA, Lenildo de et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. volume 15, n. 3, jul-set, 2006.
- MARTINS, C; **Avaliação do estado nutricional e diagnóstico**. Paraná/Curitiba: Nutroclínica, 2008.
- MARCONI, Marina Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MASTEN, A. S.; GARMEZY, N. Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In: LAHEY, B. B.; KAZDIN, A. E. **Advances in clinical child psychology**. New York: Plenum Press, 1985.
- MCARDLE, W.D; KATCH, F.I.; KATCH, V.L. **Fisiologia do Exercício**: energia, nutrição e desempenho humano. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- MCKEITH, G; **A bíblia da alimentação: o guia de A a Z para uma vida mais saudável**. Rio de Janeiro: elsevier, 2009.
- MINAYO MC. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.
- MORRISEY, G. L. **Creating Your Future**: personal strategic planning for professionals. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers, 1992.
- NAKAZONE, M. A; PINHEIRO,A; BRAILE, M. C. V. B. Prevalência de síndrome metabólica em indivíduos brasileiros pelos critérios do *National Cholesterol Education Program*. Revista da **Associação Médica Brasileira**. v.53 n.5 set./out., 2007.

- NAVARRO, Leila. **Planejamento Estratégico Pessoal**. Curso Online de Planejamento Estratégico Pessoal, 2006. Disponível em: <http://www.leilanavarro.com.br/palestrante_curso_pep/index.html> Acesso em 1º mar. 2011.
- NEWBY, P.K; MULLER, D; HALLFRISCH, J, et al: Dietary patterns and changes in body mass index and waist circumference in adults. **Am J Clin Nutr** p. 1417-1425, 2003.
- NEWBY, P.K; TUCKER, K, L; Empirically derived eating patterns using factor or cluster analysis: A review. **Nutr Rev** p. 177-203, 2004.
- NOVAES, J.S. e VIANNA, J.M. **Personal training na academia**. 2ed. Rio de Janeiro: Shape, 2003.
- OLIVEIRA, D. P. R. **Excelência na administração estratégica: a competitividade para administrar o futuro das empresas**. São Paulo: Atlas, 1999.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, 2003.
- PATTERSON, G. Ordely change in a stable world: the antisocial trait as a chimera. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1993.
- PHILIPPI, S, T; LATTERZA, A. R; RIBEIRO, L.C; Pirâmide Alimentar Adaptada: guia para a escolha dos alimentos. **Ver. Nutr.**, 1999.
- PIRES, N. **Planejamento Estratégico Pessoal**, 2005. Disponível em: <<http://www.eap.ap.gov.br/imagens/download/planejamento.ppt>> Acesso em 28 ago. 2011.
- PROENÇA, J. **Planejamento Pessoal: otimização do tempo com o Pocket PC**. São Paulo: IEditora, 2003.
- REINMOELLER, P.; VAN BAARDWIJK, N. **The Link Between Diversity and Resilience**. MIT Sloan: Management Review, 2005.
- ROBERTS, R.S e ROBERGS, S.O. **Princípios fundamentais de fisiologia do exercício: para aptidão, desempenho e saúde**. São Paulo: Phorte, 2002.
- ROSSI, A. M; PERREWÉ, P. L; SAUTER, S. L. **Stress e Qualidade de Vida no Trabalho: Perspectivas Atuais na Saúde Ocupacional**. São Paulo: Atlas, 2005.
- RUTTER, M. **Genetic influences on risk and protection: Implications for understanding resilience**. Cambridge: University Press. 2003.

- SANABRIA, M.C; MOLINA V; FISHER, M; **Guias alimentares**. São Paulo: Manole, 2005.
- SANTOS, A. H. **Planejamento Pessoal**: guia para alcançar suas metas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- SANTOS, C. R.; PORTELLA, E. S; AVILA,S. S, et al. Fatores dietéticos na prevenção e tratamento de comorbidades associadas à síndrome metabólica. **Revista de Nutrição**. v.19 n.3 Campinas maio/jun. 2006.
- SANTOS, L de M; DA ROS, M. A ; CREPALDI, M. A; Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev. Saúde Pública**. vol.40 no.2 São Paulo Apr., 2006.
- SANTOS, L. L. **Habitar a Rua**: Compreendendo os Processos de Risco e Resiliência. Dissertação de Mestrado, 2006.
- SELIGMAN, M. E. P; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive Psychology: An introduction. **American Psychologist**, p. 5-14, 2000.
- SHIBATA, L. H. **Planejamento e vida**, 2007. Disponível em: <http://www.bernhoeft.com/bernharqcom/artconsult/co11_planvida.htm> Acesso em 08 ago, 2010.
- SOUZA, C. **Você é do tamanho de seus sonhos**: estratégias para concretizar projetos pessoais, empresariais e comunitários. São Paulo: Gente, 2003.
- _____. **O momento da sua virada**: estratégias que definem o sucesso de pessoas e empresas. São Paulo: Gente, 2004.
- SEIWERT, L. J. **Se tiver pressa, ande devagar**. São Paulo: Fundamento Educacional, 2004.
- TABOADA, G. N; LEGAL, E, J; MACHADO,N. Resiliência: em busca de um conceito. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. V 16 n.3 dez., 2006.
- TEIXEIRA, P.J.R.; ROCHA, F.L. / Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.34, n.1, São Paulo, 2007.
- TESSARI, O. I. **Dirija Sua Vida sem Medo**: Caminhos para Solucionar os Seus Problemas. São Paulo: Editora Letras Jurídicas, 2005
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TRUJILLO FERRARI, Alfonso. **Metodologia da ciência**. 3.ed. Rio de Janeiro: Kennedy, 1974.

TRUSWELL, A, S; Dietary goals and guidelines: National and Internacional perspectives. 9th ed. Balllmore: Wilhams & Wilklns, 1999 .

TUBINO, M.J.G. e MOREIRA, S.B. **Metodologia científica do treinamento desportivo**. 13 ed. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. Rio de Janeiro: Atlas, 1997.

VIEIRA, C. M; TURATO, E. R. Percepções de pacientes sobre alimentação no seu processo de adoecimento crônico por síndrome metabólica: um estudo qualitativo). **Revista de Nutrição**. V 23, n.3, May/June, 2010.

WILLET, W.C; **Coma, beba e seja saudável: o fim dos tabus com dicas e receitas que vão mudar seus hábitos alimentares**. Rio de janeiro: campus, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. **World Health Organization;(WHO Technical Report Series 894)**. Geneva, 1998.

YUNES M, SZYMANSKI H. **Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, p. 13-42, 2001.