

TESE DE DOUTORADO

**A EDUCAÇÃO FÍSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):
EFETIVIDADE DE UMA INTERVENÇÃO DE BASE
COMUNITÁRIA PARA PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA E
SAÚDE**

Marcus de Almeida Gomes



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

Marcus de Almeida Gomes

**A EDUCAÇÃO FÍSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):
EFETIVIDADE DE UMA INTERVENÇÃO DE BASE
COMUNITÁRIA PARA PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA E
SAÚDE**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física na subárea de Atividade Física relacionada à Saúde do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Doutor em Educação Física.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima da Silva Duarte

Florianópolis
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Gomes, Marcius de Almeida

A EDUCAÇÃO FÍSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):
EFETIVIDADE DE UMA INTERVENÇÃO DE BASE COMUNITÁRIA PARA
PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE / Marcius de Almeida
Gomes ; orientadora, Maria de Fátima da Silva Duarte -
Florianópolis, SC, 2013.

189 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Desportos. Programa de Pós-Graduação em
Educação Física.

Inclui referências

1. Educação Física. 2. Educação Física. 3. Atividade
Motora. 4. Atenção Primária. 5. Efetividade. I. Duarte,
Maria de Fátima da Silva. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Educação Física.
III. Título.

Marcus de Almeida Gomes

**A EDUCAÇÃO FÍSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):
EFETIVIDADE DE UMA INTERVENÇÃO DE BASE
COMUNITÁRIA PARA PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA E
SAÚDE**

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de “Doutor em Educação Física”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física, área de concentração Atividade Física Relacionada à Saúde.

Florianópolis, 14 de Março de 2012.

Prof. Fernando Diefenthaler, Dr.

Coordenador do Programa de Pós Graduação em Educação Física

Banca examinadora:

Prof^a. Maria de Fátima da Silva Duarte (Orientadora), Dr^a.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Francisco José Gondim Pitanga, Dr.
Universidade Federal da Bahia

Prof. Douglas Roque Andrade, Dr.
Universidade de São Paulo

Prof^a. Rosane Carla Rosendo da Silva, Dr^a.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Juarez Vieira do Nascimento, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha querida mãe, Eleonora de Almeida Gomes, pela presença constante, pelas palavras de força, de conforto, de esperança, e pela luz que ilumina e acolhe a cada amanhecer, mostrando o caminho da verdade e da vida.

A meus queridos irmãos, George Antonio de Almeida Gomes e Francine de Almeida Gomes, meus maiores orgulhos. Como foi muito bom saber a importância da família no processo da vida, na alegria ou na tristeza, na saúde ou na doença!

Um muito obrigado é pouco.
A Sérgio Roberto (“Sossó”), meu pai, *in memoriam*, pelo exemplo de homem solidário e profissional dedicado, e de bem com a vida, no qual sempre me espelharei;
Às minhas especiais e iluminadas filhas, Melissa Gomes e Marcella Luana, por servirem como fonte de motivação e alegria para continuar vivendo e lutando por dias melhores. Desculpem-me pelas ausências, pelas decisões e pela distância física.
Superamo vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, e aos irmãos de luz e aos Orixás, pela vigia constante e pela fé que não nos deixa vacilar. Salve, São Jorge! Salve, Ogum da Ronda! Salve, Senhor do Bonfim!

Aos amigos (as) Martina Rolim, Jorge Both e Gelcemar Farias, pelo acolhimento e pelo apoio sempre presente. E ao amigo Cazuya e família um obrigado especial, por ter estendido a mão quando mais precisei neste processo, com acolhimento e palavras de apoio e de tranquilidade.

Aos colegas do CDS e do PPGEF, em especial Aldemir Smith, Joris Pazin, Lisiane Poeta, Carmem Beck, Ilca Diniz, Miguel Bacheladenski, Maria Angélica, Elusa Santina e Diego Augusto, Mayara Hörner e Ricardo Amboni pela convivência e experiências compartilhadas.

Ao meu padrinho e compadre Professor José Carlos Lima de Souza “Gallo” que mesmo na ausência e na distância, se fez presente com a lembrança de suas lições e conquistas na sua trajetória profissional.

Ao PPGEF/CDS/UFSC, pela oportunidade de conviver parte de uma vida (sete anos) com pessoas especiais e extremamente competentes e dedicadas à formação acadêmica e produção científica da área da educação física de nosso país: Adair Lopes, Markus Nahas, Juarez Nascimento, Rosane Rosendo, Édio Petroski, Sidney Farias, Elenor Kunz, Giovani Pires, Edson Souza, Adriano Borgatto, Tânia Benedeti, entre tantos outros.

Aos membros da banca, Prof. Dr. Francisco José Gondim Pitanga, Prof. Dr. Douglas Roque Andrade, Prof.^a Dr.^a Rosane Carla Rosendo da Silva, Prof. Dr. Juarez Vieira do Nascimento e a Prof.^a Dr.^a Débora Alves Feitosa pelas contribuições.

À UNEB/ Campus XII e aos colegas de departamento pelas reflexões permanentes do nosso papel e do nosso fazer como docentes de uma universidade pública.

Aos colegas Cláudio, Deiry, Geiza, Tuca e Valmir e aos estudantes bolsistas de extensão e de iniciação científica da Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física (LEPEAF), pelo apoio e pelas indagações e inquietações durante este processo de qualificação.

Aos estudantes da coleta e do Programa Ação e Saúde Guanambi pelo envolvimento e dedicação durante a intervenção e coleta de dados da pesquisa. Meu muito obrigado com carinho a cada um de vocês.

Aos usuários do Programa Ação e Saúde Guanambi, que têm sido a fonte para minhas inquietações e produções na condição de um futuro pesquisador de fato e de direito. Desejo continuar colaborando para a consolidação do programa no município e na região como uma política pública.

Aos profissionais das Equipes de Saúde da Família, do NASF e da coordenação da Atenção Básica da Prefeitura Municipal de Guanambi, por acreditar neste projeto e na possibilidade de construirmos uma saúde melhor para o município.

À Escola de Saúde da Família Visconde de Saboia (Sobral, CE), em especial ao amigo André Luís Façanha, pela oportunidade de conhecer um pouco mais a história do nosso Sistema Único de Saúde.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e à Pró Reitoria de Pós Graduação da UNEB, pelo apoio logístico durante a minha qualificação, sendo de suma importância para a “tranquilidade” no desenvolvimento da pesquisa e da formação.

À minha orientadora, um ser humano, mãe, amiga, uma profissional com qualidades diferenciadas e sensíveis a todos os que a cercam. Professora Maria de Fátima da Silva Duarte, agradecer é pouco, reconhecimento e agradeço pelo apoio constante nos momentos mais difíceis neste processo, sou privilegiado em ter tido a oportunidade de con“viver” com a senhora durante este período de formação. Muito obrigado, Fafá, por ser este grande exemplo!

E aos profissionais de saúde e colegas de educação física que acreditam na construção e no fazer da promoção da saúde. Vamos tentar construir algo melhor para a saúde pública do país, porque assim podemos!

“(…) Acredito em fatos, não em intenções;
Acredito em atitudes, não em discursos;
Acredito em posturas éticas, não em regras de moral;
Acredito em fazer acontecer, não em esperar que aconteça;
Acredito em criatividade, não em obstáculos. (...)
(...) Toda transformação começa caótica e desconfortável.
Os caminhos conhecidos são seguros e fáceis, mas só conduzem a lugares onde já estamos e não desejamos ficar. O caminho do novo é cheio de riscos, surpresas e cansaço, mas sempre premia os que o escolhem, com chance de descobrirem e experimentarem a vida que imaginaram viver.”

Geraldo Eustáquio de Souza

RESUMO

A EDUCAÇÃO FÍSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): EFETIVIDADE DE UMA INTERVENÇÃO DE BASE COMUNITÁRIA PARA PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

Autor: Marcius de Almeida Gomes

Orientadora: Maria de Fátima da Silva Duarte

A expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família por todo o país têm garantido importantes conquistas, que possibilitaram a ampliação de suas ações com a inserção de outros profissionais envolvidos na promoção da saúde. Apesar de reconhecida como uma das profissões da área da saúde desde 1998, só após dez anos a educação física foi convidada a participar das políticas de saúde do SUS. Como novo espaço de atuação para a educação física, torna-se necessária a construção de um novo fazer, considerando os métodos, as técnicas e os procedimentos sistematicamente e historicamente adotados pelos profissionais pioneiros no SUS, e as mudanças constantes do perfil de doença da população. Neste sentido, esta pesquisa investigou sobre o processo de formação continuada e de intervenção da educação física para promoção da saúde na atenção básica, buscando implementar, desenvolver e avaliar a efetividade de um programa de intervenção, de base comunitária, com a população atendida pela Estratégia Saúde da Família quanto aos indicadores de saúde, barreiras para a prática de atividade física, percepção do programa, comportamento e nível da atividade física, além de outros indicadores. Mesmo com a adesão baixa às atividades práticas nas unidades básicas de saúde e da pouca visibilidade do Programa Ação e Saúde por parte da população, observou-se que os resultados comprovaram a efetividade para mudança de comportamento para atividade física e saúde em adultos na atenção primária, com resultados mais efetivos nos homens, e com uma maior redução do comportamento inativo nas mulheres. Quanto às barreiras para atividade física, as estratégias utilizadas pelo Pro Ação e Saúde demonstraram ser efetivas, onde os adultos apresentaram mudanças significativas para a maioria das barreiras entre o *survey* pré e pós, com a redução significativa para maioria das barreiras entre as mulheres quando comparadas aos homens. Apesar da efetividade comprovada da

estratégia utilizada, em curto prazo (12 meses), sobre os indicadores de saúde, e os comportamentos e barreiras para atividade física em adultos e a percepção do programa, nota-se que, para se constituir o fazer da educação física, faz-se necessária uma maior compreensão do cotidiano da atenção primária e das bases teóricas que sustentam esse espaço chamado Sistema Único de Saúde. Logo, intervir com a educação física (atividade física) na perspectiva da promoção da saúde significa ampliar o conhecimento para além das questões biológicas e focar a atenção no desenvolvimento de habilidades e atitudes, que estimulem a construção do empoderamento. No Brasil, o maior desafio para os profissionais de educação física que desejam atuar na atenção primária, é identificar metodologias eficazes e efetivas para a rotina do SUS, pois, apesar de termos um modelo de atenção à saúde, como a Estratégia Saúde da Família, em constante crescimento e com boa resolubilidade, por outro lado ainda temos a limitação dos profissionais de saúde sobre a compreensão e entendimento do fazer de promoção da saúde.

Palavras-chave: Educação Física. Atividade Motora. Atenção Primária. Promoção da Saúde. Comunidade. Barreiras. Efetividade.

ABSTRACT

PHYSICAL EDUCATION IN THE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): EFFECTIVENESS OF AN INTERVENTION COMMUNITY-BASED FOR PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH PROMOTION

Author: Marcius de Almeida Gomes

Advisor: Maria de Fátima da Silva Duarte

In the last years the practices and in health cares has suffered constant changes and / or reformulations. The expansion and consolidation of Health of the Family Strategy n the whole country have been guaranteeing important conquests, which made possible the enlargement of their actions with the insertion of other professionals involved in the promotion of the health. In spite of the been recognized as one of the professions of the health area since 1998, only ten years after the physical education is invited to participate in the politics of health of SUS. As the new space for the performance of physical education, it becomes necessary the construction of a new action, considering the methods, the techniques and the systematically and historically procedures adopted by the pioneering professionals in SUS, and the constant changes of the profile of disease of the population. Therefore, to intervene with the physical education (physical activity) in the perspective of the promotion of the health means to enlarge the knowledge besides the biological subjects and to focus the attention in the development of abilities and attitudes, that stimulate the construction of the empowerment. In this sense, this research Intended to Investigate on the process of continuous formation and Intervention of the physical education for the promotion of health in the basic attention, searching to implement, develop and evaluate the effectiveness of an Intervention program, of community basis, with the population assisted by the Family Health Strategy as for the health indicators: barriers for the practice of physical activity, perception of the program, the behavior and level of physical activity, besides other Indicators. Even with the low adhesion to the practical activities in basic health units and the low visibility of the and Health Action Program by the population, It was observed that the results proved the effectiveness of behavior change for physical activity and health in adults in primary care, with more

effective results for men, and with the greater reduction of inactive behavior among women. For the barriers for physical activity, the strategies used by program demonstrated to be effective, where the adults resented significant changes for most of the barriers between the survey pre and pos, with significant reduction for the majority barriers among of the women when compared to the men. Just for perception of the social barriers (extensive day of work, family commitments and domestic chores) and the fear of injuring among the women, and barriers for the behavioral and physics among the men there were not significant changes. In spite of the proven effectiveness of the strategy used, in short period (12 months), on the indicators of health, and the behaviors and barriers for physical activity in adult and perception of program, noticed that it is doing to constitute the physical education, It Is Necessary done the correct understanding of the larger daily of the primary attention of the theoretical bases and which sustain this space called SUS. In Brazil, the largest challenge for the physical education professionals who want to act in the primary attention is to identify effective and affective methodologies for the routine of the SUS, because, in spite of we have a model of attention to health to the Health of the Family Strategy in constant growth and with good resolution, on the other hand we still have the health professionals' limitation on the correct comprehension and correct understanding of the action of promotion of health.

Key Words: Physical Education. Motor Activity. Primary Care. Health Promotion. Community. Barriers. Effectiveness.

LISTA DE FIGURAS

Página

CAPÍTULO 2

- Figura 1. Mapa da cidade de Guanambi, Bahia, Brasil com a representação das áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitarios de Saúde (PACS/PSF).....42
- Figura 2. Representação da distribuição da amostra da população atendida pela Estratégia Saúde da Família nas zonas urbana e rural de Guanambi, Bahia, Brasil (survey pré e pós- intervenção). 43
- Figura 3. Organograma da coleta de dados da pesquisa sobre a efetividade de um programa de intervenção, de base comunitária, de educação física e saúde na atenção básica, Guanambi, Bahia, Brasil, survey pré e pós-intervenção (seguimento de um ano). 44
- Figura 4. Fluxograma das atividades pedagógicas, oficinas e módulos teóricos do curso de formação continuada em agentes de atividade física para estratégia saúde da família (CFCAAF).....51
- Figura 5. Organograma de desenvolvimento do protocolo de orientação de atividade física por Gomes e Duarte adaptado..... 52
- Figura 6. Cronograma de desenvolvimento da pesquisa sobre a efetividade de um programa de intervenção de Educação Física e saúde na atenção básica, adaptado de Gomes e Duarte..... 53
- Figura 7. Etapas da pesquisa com os respectivos procedimentos estatísticos.54

CAPÍTULO 3

- Figura 1. Modelo Lógico do Programa Ação e Saúde Guanambi: educar, conscientizar, praticar e multiplicar. 70

LISTA DE QUADROS

Página

CAPÍTULO 2

Quadro 1.	Dimensões, indicadores e as suas respectivas referências, e a fase de aplicação para cada dimensão.	48
-----------	--	----

CAPÍTULO 3

Quadro 1.	A Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física (LEPEAF) e os seus 10 anos de incentivo a prática de atividade física em Guanambi e Região.....	64
-----------	--	----

LISTA DE TABELAS

Página

CAPÍTULO 3

ARTIGO 2

Tabela 1.	Caracterização das mulheres pertencentes às áreas de abrangência da ESF, Guanambi (BA), Brasil, 2007.	82
Tabela 2.	Relação dos estágios de mudança de comportamento para atividade física (EMCAF) e as variáveis sócio-demográficas e de saúde em mulheres de baixa renda pertencentes às áreas de abrangência da ESF, Guanambi (BA), Brasil, 2007.	83
Tabela 3.	Razão de Chance (OR) e intervalo de confiança de 95% dos estágios de mudança de comportamento para atividade física e exercício (EMCAF) associados às variáveis sócio-demográficas e de saúde em mulheres de baixa renda pertencentes às áreas de abrangência da ESF, Guanambi (BA), Brasil, 2007.	84

ARTIGO 3

Tabela 1.	Caracterização da amostra quanto ao nível de atividade física no lazer e os indicadores sociodemográficos, quantidade de barreiras e comportamento para atividade física (linha base).....	99
Tabela 2.	Percepção das barreiras para atividade física em adultos inativos no lazer, pré e pós intervenção, de base comunitária, na atenção primária, Brasil (seguimento de um ano).....	100
Tabela 3.	Percepção das barreiras para atividade física em adultos ativos no lazer, pré e pós intervenção, de base comunitária, na atenção primária, Brasil (seguimento de um ano).....	102

ARTIGO 4

Tabela 1.	Características sócio-demográficas de adultos atendidos pela Estratégia Saúde da Família na zona urbana em cidade do Alto Sertão Baiano, Bahia, Brasil.	116
Tabela 2.	Efetividade de uma intervenção, de base comunitária, de atividade física e saúde na atenção primária, Bahia, Brasil, pós- intervenção (seguimento de um ano) sobre os indicadores de saúde em adultos, por sexo.	117

Página

Tabela 3.	Efetividade de uma intervenção, de base comunitária, de atividade física e saúde na atenção primária, Bahia, Brasil, pós- intervenção (seguimento de um ano) sobre o aconselhamento e o comportamento para atividade física em adultos, por sexo.	120
Tabela 4.	Efetividade de uma intervenção, de base comunitária, de atividade física e saúde na atenção primária, Bahia, Brasil, pós- intervenção (seguimento de um ano) sobre a percepção dos adultos, por sexo, das atividades do Pro Ação e Saúde	121

SUMÁRIO

Página

CAPÍTULO 1

1	INTRODUÇÃO	23
1.1	O problema do estudo e a sua relevância	23
1.2	Justificativa.....	27
1.3	Objetivos do estudo.....	27
1.4	Qual é a tese?	28
1.5	Definição de termos	28
1.6	Estruturação da tese de doutorado.....	31
1.7	Referências.....	31

CAPÍTULO 2

2	METODOLOGIA	39
2.1	Caracterização do município e seus indicadores na atenção básica em saúde	39
2.1.1	<i>Aspectos Ambientais e Econômicos no período de 2009 e 2010</i>	40
2.2	Etapas do estudo	40
2.2.1	<i>Primeira Etapa</i>	40
2.2.2	<i>Segunda Etapa (Estudo Principal)</i>	41
2.2.2.1	Modelo do estudo	41
2.2.2.2	População e amostra	41
2.2.2.3	Coleta de dados.....	43
2.2.2.4	Variáveis do estudo.....	45
2.2.2.5	Procedimentos das fases do protocolo de intervenção	46
2.2.2.6	Descrição da proposta de intervenção.....	46
2.2.2.6.1	Curso de Formação em Agentes de Atividade Física para Estratégia Saúde da Família (CFAAF)	47
2.2.2.7	Análise estatística	54
2.2.2.8	Questões éticas	55

CAPÍTULO 3

3	RESULTADOS	61
3.1	Artigo 1: Incentivo à prática de atividade física e saúde na atenção primária: 10 Anos de parceria entre universidade e município no alto sertão baiano	61

3.2	Artigo 2: Atividade física em mulheres de baixa renda na atenção primária.....	75
3.3	Artigo 3: Percepção das barreiras para atividade física na atenção primária: Pro Ação e Saúde, Bahia, Brasil	93
3.4	Artigo 4: Efetividade de uma intervenção de atividade física na atenção primária: Pro Ação e Saúde, Bahia, Brasil.....	111

CAPÍTULO 4

4	CONCLUSÃO	131
4.1	CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
	ÍNDICE DE APÊNDICES	137
	ÍNDICE DE ANEXOS	139

CAPÍTULO 1

1 INTRODUÇÃO

1.1 O PROBLEMA DO ESTUDO E A SUA RELEVÂNCIA

Desde o final do século XX e início do século XXI, as práticas em saúde vêm sofrendo constantes mudanças, desde as suas bases conceituais, com alterações de paradigmas^{1,2} até as iniciativas da saúde pública, que nos convidam a refletir sobre o como lidar não mais apenas com a doença (ações medicalizadas), mas também com a construção de novos procedimentos e metodologias para a promoção da saúde³.

No Brasil isto pode ser evidenciado a partir da criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1994, pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), que teve como principal propósito a reorganização da prática de atenção à saúde e em substituição ao modelo tradicional. Em consonância com os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), nomeadamente universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, a ESF é um modelo de assistência à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, que desenvolve ações de promoção e proteção à saúde, por meio de equipes de saúde e com importantes estratégias na atenção primária⁴.

Como porta de entrada do SUS, a atenção primária no Brasil apresentou importantes mudanças e passou a ser área que concentra esforços, programas e investimentos no país^{5,6}.

A expansão e consolidação da ESF por todo o país têm garantido importantes conquistas, que possibilitaram a ampliação de suas ações com a inserção de diversos profissionais envolvidos na promoção da saúde, e que pode ser confirmado com a criação e implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁷.

O NASF surge com o intuito de agregar outros profissionais de saúde, os quais não fazem parte da equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde e que, quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental⁴. Um dos propósitos do NASF é potencializar as ações de prevenção e promoção à saúde na atenção primária, obedecendo às demandas das áreas de abrangências das equipes de saúde da família⁷.

Apesar de reconhecida como uma das profissões da área da saúde desde 1998, a Educação Física somente após dez anos foi convidada a participar das políticas de saúde do SUS (NASF/2008), de forma efetiva e com caráter estratégico, com a inclusão de toda a comunidade adstrita, evitando a restrição de suas ações apenas às populações já adoecidas ou mais vulneráveis⁷. Porém, há de se considerar que provavelmente esta inserção tardia seja justificável e possa ser elucidada em dois pontos específicos, que necessitam de um debate aprofundado. Primeiro, será que a formação do profissional de Educação Física atende às necessidades do SUS? E segundo, de que forma aconteceria a atuação desse profissional no SUS?

Sem dúvida, a atuação na saúde pública, em especial aquela pautada em iniciativas da promoção da saúde, requer uma formação especializada, devido principalmente às diferenças marcantes em nossa sociedade e aos inúmeros problemas sociais que o Brasil enfrenta. Como novo espaço de intervenção profissional para a Educação Física, torna-se necessária a construção de um novo fazer, considerando os métodos, as técnicas e os procedimentos sistematica e historicamente adotados pelos profissionais pioneiros no SUS, e as mudanças constantes do perfil de doença da população.

Ao mesmo tempo, há de se reconhecer que, como importante estratégia para a saúde pública⁸, o estímulo à prática da atividade física regular, como um forte componente à promoção da saúde, representa a principal justificativa para inserção do profissional de Educação Física nas políticas públicas de saúde.

Nos últimos anos, o incentivo à prática da atividade física tem ganhado espaço nos meios científicos, não apenas para as questões medicalizadas (prevenção e tratamento de doenças), mas também avançando na construção e reflexão dos aspectos relacionados à melhoria da saúde e da qualidade de vida no cotidiano das pessoas e da comunidade. Isso pode ser confirmado pelo grande volume de evidências sobre os benefícios da atividade física para a saúde⁹⁻¹², e pela implantação em diversos países, como Canadá, Inglaterra, Suécia, Nova Zelândia, Estados Unidos, Brasil, de programas de promoção da atividade física¹³⁻¹⁶.

Apesar dessas inúmeras evidências, quando se trata de identificar quais as possibilidades de intervenção do professor de Educação Física para o contexto da promoção da saúde^{17, 18}, em específico na atenção primária no Brasil, ainda se depara com uma série de inquietações do como e o que fazer neste novo espaço de atuação, tornando-se necessário refletir sobre questões metodológicas e pedagógicas, que

favoreçam a prática efetiva da promoção da saúde e o desenvolvimento dos seus campos de intervenção que atendam aos princípios doutrinários estabelecidos pelo SUS.

Entre as bases conceituais da Carta de Otawa de 1986, a promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, e apresenta cinco campos de atuação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde¹⁹.

Assim, intervir na perspectiva da promoção da saúde significa, para a Educação Física (atividade física), ampliar o conhecimento para além das questões biológicas e focar a atenção no desenvolvimento de habilidades e atitudes que estimulem a construção o empoderamento, pois fazer com que a atividade física, como componente essencial da saúde e qualidade de vida, possa chegar à toda a população, independente de cor e condição social, representa um desafio para as políticas públicas de saúde.

Estudos que abordam a associação da inatividade física com outros indicadores de saúde no Brasil vêm crescendo^{20, 21}, e paralelamente a esse aumento nota-se que a identificação dos diversos subgrupos expostos ao sedentarismo facilita a elaboração de políticas de incentivo à prática da atividade física. Entretanto, na América Latina e no Brasil ainda são poucos os estudos de intervenção em adultos que avaliam, de forma sistemática e rigorosa²², não apenas as mudanças biológicas provocadas pela atividade física e exercício, mas também os efeitos positivos das estratégias e procedimentos utilizados em programas de intervenção com atividade física.

Em outros países, como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, entre outros, a aplicação de estudos de intervenção e a avaliação do seguimento têm sido comuns, a exemplo do desenvolvimento de alguns programas como: o Project ACTIVE²³, o Project GRAD²⁴, o ACTIVE FOR LIFE²⁵, o PACE²⁶, o PROACTIVE²⁷, WISEWOMAN Program²⁸, ProActive UK²⁹.

A atenção primária em saúde também tem sido um espaço de diversas intervenções^{23, 24, 26-31}, não só para melhorar o comportamento para atividade física, mas principalmente para redução dos fatores de risco a doenças crônicas²².

As intervenções na atenção primária apresentam importantes resultados para: variáveis metabólicas e antropométrica^{32,33}, a

progressão na mudança de comportamento³³⁻³⁷, os indicadores de percepção da saúde^{36, 38}, o aumento do suporte social^{26, 33, 34} e aumento nos níveis de atividade física^{32, 33, 36, 38- 40}, com aplicação de diversas estratégias (aconselhamento baseado em teorias comportamentais, utilização de material impresso, acompanhamento pessoal e comunitário, face-a-face, por internet, por correio ou por telefone, etc.)^{30, 41}.

Mas, apesar da efetividade comprovada dessas intervenções, existem alguns questionamentos quanto à generalização dos resultados, à sustentabilidade, à disseminação e à aplicação dessas intervenções para a rotina da saúde pública^{42, 43} e da atenção primária^{44, 45}.

Algumas dessas intervenções demonstram que o emprego de teorias e modelos em pesquisas das ciências sociais e comportamentais sobre atividade física tem aumentado. Porém, com a premissa básica de que a mudança de comportamento é um processo e não um evento, o Modelo Transteorético (TTM) de Marcus e Simkin⁴⁶ tem sido extensivamente aplicado em intervenções para atividade física e exercício¹⁵, com resultados significativos em diferentes grupos populacionais⁴⁷.

A compreensão das teorias comportamentais para o desenvolvimento de um protocolo de intervenção na atenção básica serve para identificar as influências sobre o sujeito quanto à tomada de decisões e oportunidades. Essas teorias apresentam alternativas para minimizar as dificuldades (obstáculos) encontradas para adoção do comportamento, determinando estratégias para compreender atitudes e comportamentos relacionados à atividade física e exercício. Mas, observa-se, também, que, dentre as propostas e iniciativas de promoção da saúde no Sistema Único de Saúde, especificamente na atenção básica, estratégias pedagógicas e educacionais têm merecido um importante destaque⁴⁸.

Face ao exposto, e com as exposições anteriores e nas evidências na literatura específica sobre as contribuições da Educação Física para a promoção da saúde, os seguintes problemas nortearam a aplicação do estudo: *Qual o impacto de uma intervenção de Educação Física para o âmbito da saúde pública? E quais as contribuições da intervenção da Educação Física na atenção primária, considerando a formação continuada e o viés da promoção da saúde?*

1.2 JUSTIFICATIVA

As transformações e as mudanças conceituais no campo da saúde que vêm acontecendo no Brasil desde 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje como uma Estratégia nacional, favorecem uma melhor compreensão do papel da Educação Física no SUS. Porém, é possível destacar que esta atuação tem acontecido de forma tímida e pontual, o que tem dificultado a abrangência das ações.

Além da formação restrita para atuar com as demandas da promoção da saúde na atenção primária, há uma carência de pesquisas no Brasil, no âmbito da saúde pública, que avaliem a efetividade ou impacto dos programas e das metodologias sobre os aspectos comportamentais (estilo de vida), econômicos (custo/efetividade) e/ou fisiológicos (fatores de risco a doenças) relacionados à intervenção do profissional da Educação Física, e não apenas sobre os aspectos do desenvolvimento de atividades físicas.

Compreendendo o momento histórico e oportuno da Educação Física como área da Saúde, especificamente com o SUS (NASF, 2008), a realização desta pesquisa justifica-se pela necessidade de amadurecer e nortear o debate que perpassa desde a atuação profissional até as possibilidades de intervenção de Educação Física na atenção primária.

1.3 OBJETIVOS DO ESTUDO

1.4.1- Geral

- Implementar, desenvolver e avaliar um programa de intervenção, de base comunitária, de educação física e saúde com a população adulta atendida pela Estratégia Saúde da Família (linha base);

1.4.2- Específicos

- Descrever a linha histórica e as ações promovidas pela Laboratório de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física (LEPEAF), nos seus 10 anos de existência, destacando o funcionamento e o modelo lógico do Núcleo de Promoção de Atividade Física e Saúde para intervenção na atenção primária (NPAFS) na cidade de Guanambi, BA.

- Identificar as prevalências dos estágios de mudança de comportamento para atividade física e do exercício (EMCAF), e a associação dos comportamentos inativo (pré-contemplação e contemplação) e irregularmente ativo (preparação) com variáveis

sóciodemográficas e de saúde em mulheres de baixa renda na atenção primária;

- Descrever o grau de percepção das barreiras, os estágios de mudança de comportamento relacionados à prática de atividade física e do exercício (EMCAF), o nível de atividade física (linha base) e de outros indicadores de saúde;

- Avaliar a efetividade de uma intervenção, de base comunitária (*survey* pré e pós), sobre a percepção das barreiras para a prática de atividade física e o nível de atividade física em adultos atendidos pela atenção primária (*seguimento*); e

- Avaliar a efetividade de uma intervenção, de base comunitária (*survey* pré e pós), sobre as condições de saúde, de atividade física e da percepção do programa de educação física e saúde em adultos atendidos pela atenção primária (*seguimento*);

1.4 QUAL É A TESE?

O aumento crescente dos estudos relacionados à prática da atividade física e saúde, bem como, os estudos que tratam sobre o aumento da prevalência de sedentarismo no mundo reforçam a necessidade de refletir sobre as experiências e sobre os mecanismos existentes para estimular a população na adoção de modos de vida saudáveis e ativos fisicamente.

Neste processo histórico e diante da inserção da educação física nas estratégias resolutivas do Sistema Único de Saúde no Brasil, elementos da prática pedagógica (educação popular/freiriana) e comportamental (mudança de comportamento), a partir da formação continuada (formação em campo), se mostram como mecanismos importantes para a construção do fazer (intervenção) da educação física, com ações para promoção da saúde e conseqüentemente para o Sistema Único de Saúde.

1.5 DEFINIÇÃO DE TERMOS

Ações de Atividade Física/Práticas Corporais - Ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a

formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos⁴⁹.

Adultos aparentemente saudáveis – são pessoas com idade entre 18 e 65 anos, com um estado de saúde estável, fisicamente independentes e sem caso de disfunção orgânica crônica.

Atividade Física – é definida como o movimento corporal produzido pela contração do músculo esquelético que eleva substancialmente o dispêndio de energia do corpo⁵⁰. Está inserida na Política Nacional de Promoção da Saúde como um eixo de intervenção para promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde.

Atenção básica - foi definida, em documento do Ministério da Saúde (1999), como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de Saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação”⁵¹.

Agente Comunitário de Saúde – é um trabalhador que integra a equipe de saúde local, auxiliando as pessoas a cuidarem da própria saúde, por meio de ações individuais e coletivas⁵¹.

Barreiras para Atividade Física - são motivos, razões ou desculpas declaradas pelo indivíduo e que representam um fator negativo em seu processo de tomada de decisão para os diversos comportamentos⁵².

Empoderamento – é a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nessa área, ou seja, a aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de sua saúde¹.

Exercício Físico – é uma subclasse de atividade física que é definida como o movimento corporal planejado, estruturado e repetitivo executado com a finalidade de aprimorar ou de manter um ou mais componentes da aptidão física⁵³.

Efetividade em Saúde - Probabilidade de que indivíduos de uma população definida obtenham um benefício da aplicação de uma tecnologia em saúde direcionada a um determinado problema em condições reais de uso⁴⁹.

Inatividade – é a não aderência a um padrão regular de atividade física⁵³.

Intervenções de Saúde Pública – servem para promover ou proteger a saúde ou para a prevenção de doenças na comunidade ou nas populações⁵⁴.

Modelo Transteorético – descreve a mudança de comportamento (o hábito de fumar, o controle de peso, os hábitos alimentares e a adoção de estilo de vida ativo) como um processo no qual os indivíduos progredem por meio de uma série de fases discretas ou estágios de mudança⁵⁵.

Práticas corporais - são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica. São possibilidades de organização, escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, que sejam compreendidas como benéficas à saúde de sujeitos e coletividades, incluindo as práticas de caminhadas e orientação para a realização de exercícios, e as práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, como: a capoeira, as danças, o Tai Chi Chuan, o Lien Chi, o Lian Gong, o Tui-ná, a Shantala, o Do-in, o Shiatsu, a Yoga, entre outras⁶.

Políticas Públicas - são ações que têm como finalidade resgatar a cidadania e diminuir as diferenças sociais, cuja função principal é atender às necessidades coletivas, bem como prover o acesso da população em geral aos serviços sociais, sem custos financeiros, pois esses serviços são custeados principalmente com recursos públicos, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida, por meio da sua democratização⁴⁹.

Promoção da Saúde - processo que visa a capacitar as pessoas para aumentar o controle sobre a qualidade de vida e saúde, apoiando-se no desenvolvimento pessoal e social por meio da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais^{6, 56}.

Territorialização/Território - é um espaço vivo, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em razão de identidades comuns, sejam elas culturais, sociais ou outras⁴⁹.

1.6 ESTRUTURAÇÃO DA TESE DE DOUTORADO

Com base na Norma PPGEF/CDS/UFSC 02/2008 do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina- PPGEF/CDS/UFSC, que dispõe sobre instruções e procedimentos normativos para elaboração e defesa de dissertações e teses, esta tese foi desenvolvida e estruturada no modelo alternativo, incluindo um capítulo sobre a metodologia e os aspectos éticos do referido estudo. Como parte dos resultados da investigação serão apresentados no capítulo 3 representando os artigos publicados (Artigos 1 e 2) e a serem publicados (Artigos 3 e 4) oriundos da tese como seguem:

Artigo	Descrição
1	Incentivo à prática de atividade física e saúde na atenção primária: 10 anos de parceria entre universidade e município no Alto Sertão Baiano
2	Atividade Física em mulheres de baixa renda na atenção primária
3	Percepção das barreiras para atividade física na atenção primária: Pro Ação e Saúde, Bahia, Brasil
4	Efetividade de uma intervenção de atividade física na atenção primária: Pro Ação e Saúde, Bahia, Brasil.

E, por fim, o sétimo capítulo que apresenta a conclusão e as considerações finais, com base no objetivo principal proposto para o desenvolvimento da tese.

1.7 REFERÊNCIAS

1. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. D. Czeresnia & C.M. Freitas, (Org.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, pp. 9-14.
2. Czeresnia D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. Cadernos de Saúde Pública, 1999; 15 (4): 701-710.

3. Campos RO . A promoção a saúde e a clínica: o delíma “promocionista”. In: Castro AM, Malo M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2006, p. 62-74.
4. Brasil MS. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Governo Federal; Ministério da Saúde; 1994.
5. Brasil MS. Agita Brasil: programa nacional de promoção da atividade física. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, Governo Federal: Ministério da Saúde, 2002a.
6. Brasil MS. *Política Nacional de Promoção da Saúde*, Portaria nº 687/GM, 30/03/2006, Brasília, Governo Federal: Ministério da Saúde.
7. Brasil MS. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008.
8. Haskell WL, Lee I-M, Pate RP, *et al.* A. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007;116: 000–000.
9. Caspersen CJ. Physical Activity Epidemiology: Concepts, Methods, and Applications to Exercise Science. In: American College of Sports Medicine (Series). *Exercise and Sport Sciences Reviews* 1989; 17: 423-473.
10. Sallis JF, Bauman A, Pratt M. Environmental and policy interventions to promote physical activity. *American Journal Preventive Medicine* 1998; 15 (4): 379-397.
11. Hill JO, Sallis JF, Peters JC. Economic analyses of eating and physical activity: a next step for research and policy change. *American Journal Preventive Medicine* 2004; 23(3S): 111-116.
12. Pratt M, Macera CA, Sallis JF, O’Donnell M, Frank LD. Economic Interventions to promote physical activity: application of the SLOTH model. *American Journal Preventive Medicine* 2004; 27(3S): 136-145.
13. Rütten A, Abel T, Kannas L, Von Lengerke T, Luschen G, Diaz JAR, Vinck J, Van Der Zee J. Self reported physical activity, public health, and perceived environment: results from a

- comparative European study. *Journal Epidemiology Community Health* 2001; 55(2): 139–146.
14. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *American Journal Preventive Medicine* 2002; 22(4S): 67-72.
 15. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, Stone EJ, Rajab MW, Corso P, Task Force Community Preventive Services. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *American Journal Preventive Medicine* 2002; 22(4S): 73-107.
 16. Malta DC, Castro AM, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JD *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2009; 18(1):79-86.
 17. Quint FO, Matiello Jr. E, Martinez JFN, Bacheladenski MS. Reflexões sobre a inserção da Educação Física no programa de saúde da família. *Revista Motrivivência* 2005; 17(24): 81-95.
 18. Gomes MA. Orientação de Atividade Física em Programas de Saúde da Família: uma Proposta de Ação. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Centro de Desportos, UFSC, 2007, 200 p.
 19. Organização Pan-Americana de Saúde. Carta de Ottawa: primeira conferência internacional sobre promoção da saúde, 2006. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva>. Acessado em: [12/10/2008].
 20. Hallal PC, Dumith SC, Bastos JP, Reichert FF, Siqueira FV, Azevedo MR. Evolucao da pesquisa epidemiologica em atividade fisica no Brasil: revisão Sistemática. *Rev Saude Publica* 2007; 41(3):453-460.
 21. Dumith SC. Physical activity in Brazil: a systematic review. *Cad. Saude Publica* 2009; 25 Sup 3:S415-S426.
 22. Hoehner CM, Soares J, Perez DP, Ribeiro IC, Joshu CE, Pratt M, Legetic BD, Malta DC, Matsudo VR, Ramos, LR, Simões EJ, Brownson RC. Intervenções em Atividade física na America Latina: uma revisão sistemática. *American Journal of Preventive Medicine* 2008;34 (3):224–33.

23. Dunn AL, Marcus BH, Kampert JB, Garcia ME, Kohl HW, Blair SN. Reduction in cardiovascular disease risk factors: 6-month results from Project Active. *Preventive Medicine* 1997;26(6): 883-892.
24. Calfas KJ, Sallis JF, Nichols JF, Sarkin JA, Johnson MF, Caparosa S, Thompson S, Gehrman CA, Alcaraz JE. Project GRAD: Two-Year Outcomes of a Randomized Controlled Physical Activity Intervention Among Young Adults. *American Journal of Preventive Medicine* 2000;18 (1): 28-37.
25. Hillsdon M, Cavill N, Nanchahal K, Diamond A, White IR. National level promotion of physical activity: results from England's ACTIVE for LIFE campaign. *Journal Epidemiology Community Health* 2001; 55 (10): 755-761.
26. Calfas KJ, Sallis JF, Zabinski MF, Wilfley DE, Rupp J, Prochaska JJ, Thompson S, Pratt M, Patrick K. Preliminary Evaluation of a Multicomponent Program for Nutrition and Physical Activity Change in Primary Care: PACE for Adults. *Preventive Medicine* 2002, 34, 153-161.
27. Williams K, Prevost AT, Griffin S, Hardeman W, Hollingworth W, Spiegelhalter D, Sutton S, Ekelund U, Wareham N, Kinmonth AL. The ProActive trial protocol: a randomised controlled trial of the efficacy of a family-based, domiciliary intervention programme to increase physical activity among individuals at high risk of diabetes. *BMC Public Health* 2004, 48 (4), 1-12.
28. Besculides M, Zaveri H, Hanson C, Farris R, Gregory-Mercado K, Will J. Best Practices in Implementing Lifestyle Interventions in the WISEWOMAN Program: Adaptable Strategies for Public Health Programs. *Am J Health Promot* 2008; 22 (5):322-328.
29. Kinmonth Ann-Louise, Nicholas J Wareham NJ, Hardeman W, Sutton S, Prevost AT, Fanshawe T, Williams KM, Ekelund U, Spiegelhalter D, Griffi SJ. Efficacy of a theory-based behavioural intervention to increase physical activity in an at-risk group in primary care (ProActive UK): a randomised trial. *Lancet* 2008; 371: 41-48.

30. Eakin EG, Smith BJ, Bauman AE. Evaluating the Population Health Impact of Physical Activity Interventions in Primary Care—Are We Asking the Right Questions?. *Journal of Physical Activity and Health*, 2005; 2: 197-215.
31. Smith BJ. Promotion of physical activity in primary health care: update of the evidence on interventions. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 2004; 7 (1): Supplement: 67-73.
32. Pazoki R, Nabipour I, Seyednezami N, Imani SR. Effects of a community-based healthy heart program on increasing healthy women's physical activity: a randomized controlled trial guided by Community-based Participatory Research (CBPR). *BMC Public Health* 2007; 7: 216.
33. Armit CM, Brown WJ, Marshall AL, Ritchie CB, Stewart G, Trost SG, *et al.* Randomized trial of three strategies to promote physical activity in general practice. *Preventive Medicine* 2009; 48: 156–163.
34. Calfas KJ, Sallis JF, Oldenburg B, French M. Mediators of change in physical activity following an intervention in primary care: PACE. *Preventive Medicine* 1997; 26:297–304.
35. Jimmy G, Martin BW. Implementation and effectiveness of a primary care based physical activity counselling Scheme .*Patient Education and Counseling* 2005; 56: 323–331.
36. Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa Ação e Saúde Floripa- BRASIL. *RBAFS* 2008;13(1): 44-56.
37. Kallings LV, Leijon ME, Kowalski J, Hellénus ML, Stahle A. Self-reported adherence: a method for evaluating prescribed physical activity in primary health care patients. *Journal of Physical Activity and Health*, 2009; 6: 483-492.
38. Simões EJ, Hallal P, Pratt M, Ramos L, Munk M, Damascena W, *et al.* Effects of community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. *Am J Public Health* 2009; 99:68-75.
39. Harland J, White M, Drinkwater C, Chinn D, Farr L, Howel D. The Newcastle exercise project; a randomized controlled trial of

methods to promote physical activity in primary care, *BMJ* 1999; 319:828-832.

40. Wen LM, Thomas M, Jones H, Orr N, Mpreton R, *et al.* Promoting physical activity in woman: evaluation of a 2-year community-based intervention in Sydney, Austrália. *Health Promotion Internacional* 2002; 17(2):127-137.
41. Rose SB, Beverly AL, Elley CR, Dowell AC, Fenton AJ. The “Women’s lifestyle study “, 2-year randomized controlled trial of physical activity counseling in primary health care: rationale and study. *BMC Public Health* 2007; 7:166.
42. Ballew P, Brownson1 RC, Joshu DH, Heath GW, Kreuter MW. Dissemination of effective physical activity interventions: are we applying the evidence? *Health Education Research* 2010; 25(2): 185–198.
43. Thacker SB, Ikeda RM, Giesecker KE, Mendelsohn AB, Saydah SH, Curry CW, *et al.* The evidence base for public health-informing policy at the Centers for Disease Control and Prevention. *Am J Prev Med* 2005;28(3):227–233.
44. Eaton CB, Lapane KL, Garber CE, Gans KM, Lasater TM, Carleton RA. Effects of a community-based intervention on physical activity:The Pawtucket Heart Health Program. *American Journal of Public Health* 1999; 89 (11):1741-1744.
45. Hillsdon M, Foster C, Naidoo B, Crombie H. The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults. NHS, Health Development Agency, Evidence briefing 1st edition – February 2004. Disponivel em: www.hda.nhs.uk/evidence. Acessado em:10/12/2010.
46. Marcus BH, Simkin LR. The trans-theoretical model: applications to exercise. *Medicine Science Sports Exercise* 1994; 26 (11): 1400-1404.
47. Spencer L, Adams TB, Malone S, Roy L, Yost E. Apllying the transtheoretical model to exercise: a systematic and comprehensive review of the literature. *Health Promotion Practice* 2007; 7 (4): 428-443.

48. Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. Saúde Pública* 2003, 19 (5):1527-1534.
49. Brasil MS. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
50. Caspersen CJ, Powell KE, Christensen GM. Physical activity, exercise and Physical Fitness: definitions and distinctions for health research. *Public Health Reports* 1985; 100(2): 126-131.
51. Brasil MS. *Política Nacional de Atenção Básica*. Portaria nº 648/GM, de 28/03/2006, Brasília, Governo Federal: Ministério da Saúde.
52. Sallis JF, Owen N. *Physical Activity & Behavioral Medicine*. Califórnia: Sage Publications, 1999.
53. US Department of Health and Human Services. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
54. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal Epidemiology Community Health* 2002; 56(2): 119-127.
55. Prochaska JO, DiClemente CC (1983). The stages and processes of self-change in smoking: Towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51(3): 390-395.
56. Brasil MS. Projeto promoção da saúde. As cartas da promoção da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, Governo Federal: Ministério da Saúde, 2002.

CAPÍTULO 2

2 METODOLOGIA

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E SEUS INDICADORES NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Guanambi é um município de médio porte, com cerca de 1.301.799 km², localizado no Centro Sul baiano, aproximadamente a 780 km da capital (Salvador), tendo como base econômica a indústria, a pecuária e a agricultura. A população residente é de aproximadamente 80 mil habitantes, com uma expectativa de vida de 66,85 anos. A principal causa de mortalidade em adultos está relacionada às complicações no aparelho circulatório (27,3%). Em 2007 identificou-se uma prevalência de inatividade física de 51% e de excesso de peso de 42,1% na população adulta¹. O índice de desenvolvimento humano (IDH) é de classificação média, obtendo o valor de 0,701 (IBGE, 2009)². O IDH de Guanambi é aproximado ao valor apresentado pelo estado da Bahia, com 0,742 (19º do ranking nacional) e inferior ao do Brasil, com 0,813.

Como referência em saúde para os municípios de sua microrregião, oferecendo atendimento de média e alta complexidade, o município de Guanambi dispõe de um sistema de informação permanentemente alimentado e atualizado que permite o levantamento de dados dos últimos anos, além do acompanhamento e avaliação dos avanços da qualidade dos serviços oferecidos. Com investimentos em saúde em torno de 35% do recurso municipal, possui 37 estabelecimentos de saúde e apresenta uma cobertura de 96,95% do Programa de Agentes Comunitários (PACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa cobertura é garantida pelas 14 unidades básicas de saúde distribuídas pela zona rural (03) e urbana (11), com 14 equipes, compostas por médicos, dentistas, enfermeiras e mais de 170 agentes comunitários de saúde.

O município de Guanambi ainda conta com um serviço de referência e contrarreferência para as Unidades de Saúde da Família (USF) e apresenta os seguintes programas implantados: HIPERDIA, SISPRENATAL, SISVAN, SISPF, Crescimento e Desenvolvimento, entre outros.

2.1.1 Aspectos Ambientais e Econômicos no período de 2009 e 2010

No período de realização da pesquisa, 2009 e 2010, o município de Guanambi decretou (Decreto Municipal nº 185) estado de emergência pelo prazo de 120 (cento e vinte) dias devido à seca que atingiu a população da região. Os principais reservatórios de Ceraíma e de Poço do Magro estavam com um baixo nível de água, o que comprometeu sistematicamente o abastecimento da comunidade, com racionamento e controle do fornecimento de água nos domicílios.

Com relação às questões econômicas, desde 2008, a cidade de Guanambi e região vêm recebendo grandes investimentos, com a implantação de duas grandes empresas: BAMIN e RENOVA ENERGIA. A Bahia Mineração (BAMIN) atua com exploração de minérios, principalmente o ferro, e desde 2010 oferece cursos de capacitação e qualificação profissional, com mais de 5000 vagas, para a população adulta nas regiões Sul e Sudoeste da Bahia, e pretende até 2013 fazer um investimento de 16,7 milhões de reais³. A Empresa Renova Energia iniciou os trabalhos na região em 2010 para a implantação de 14 parques eólicos e com investimentos em torno de 3,5 bilhões de reais, gerando emprego e renda para toda a região. Também nesse mesmo período o governo do estado da Bahia iniciou as obras da Adutora do Algodão, que trará água do Rio São Francisco para toda a região, e também em conjunto com o Programa de Aceleração e Crescimento (PAC) do governo federal, deu início à construção da Ferrovia Oeste-Leste, obra esta que deverá consumir R\$ 7,4 bilhões dos investimentos do PAC.

De fato, assume-se que o fenômeno da seca e os investimentos que chegam a Guanambi e à região desde 2009 influenciam o comportamento econômico, cultural e social da população adulta, com abertura do mercado de trabalho e com êxodo urbano pela falta de água.

2.2 ETAPAS DO ESTUDO

2.2.1 Primeira Etapa

Com o objetivo de identificar a prevalência e a relação do comportamento para atividade física e outros indicadores em adultos, utilizou-se o banco de dados secundário do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Saúde Municipal, referente à primeira pesquisa domiciliar realizada em oito áreas de abrangência na zona urbana da

cidade de Guanambi, Bahia, em 2007^{5, 6}, sob orientação do pesquisador principal (item 3.2 - Artigo 2). Os instrumentos aplicados neste inquérito⁷, os procedimentos de coleta de dados, as variáveis investigadas e a aplicação do estudo podem ser observados nos trabalhos de Gomes e colaboradores^{5, 6}.

2.2.2 Segunda Etapa (Estudo Principal)

2.2.2.1 Modelo do estudo

Para avaliar a efetividade de um programa de intervenção de Educação Física e saúde com a população de adultos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, quanto ao nível da atividade física, barreiras para atividade física, comportamentos de saúde e de outros indicadores, foi desenvolvido um estudo de intervenção, de base comunitária, com pré e pós (*before and after*)⁸.

Segundo Escosteguy (2005), o estudo de intervenção visa a provocar uma modificação intencional em alguns aspectos do estado de saúde dos indivíduos, através da introdução de um esquema profilático ou terapêutico. Como característico de um estudo de intervenção, o ensaio em comunidade tem como unidade de alocação a receber a medida preventiva ou terapêutica a comunidade inteira⁸. Para Thomas e Nelson (2002), este tipo de pesquisa é amplamente utilizado na educação e nas ciências comportamentais. O seu valor está baseado na premissa de que os problemas podem ser resolvidos e as práticas melhoradas por meio da observação, análise e descrição objetivas e completas⁹.

2.2.2.2 População e amostra

A população do estudo foi composta por adultos aparentemente saudáveis, com idade entre 20 e 65 anos, atendidos pelas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família (USF) e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do município de Guanambi (BA) (Figura 1). As unidades de saúde da família em Guanambi (BA) funcionam em onze localidades diferentes dentro da cidade (setor urbano), e o PACS em quatro localidades, distribuídas pelo centro e nos distritos. Participaram da amostra deste estudo os adultos atendidos pelas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família (USF) pertencentes à área urbana (11 UBS) e ao PACS centro (Apêndice A).

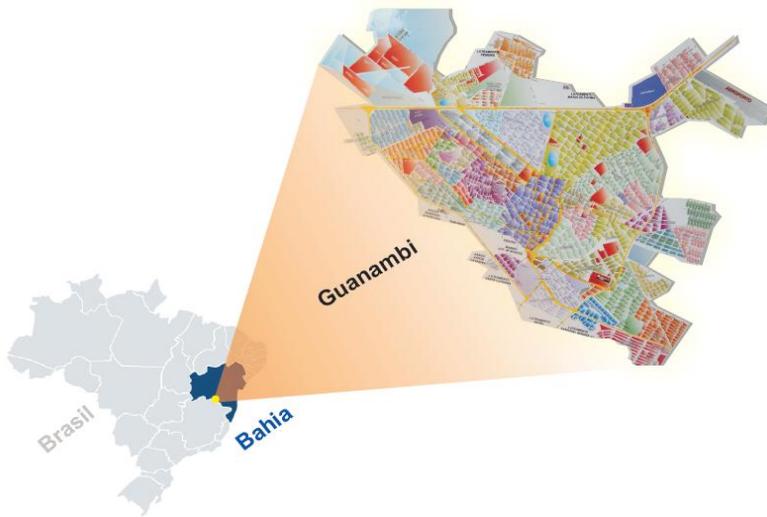


Figura 1. Mapa da cidade de Guanambi, Bahia, Brasil com a representação das áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS/PSF).

A fim de garantir representatividade e demonstrar as diferenças significativas nas observações, a amostra indicada para aplicação deste estudo é de 1856 adultos (Apêndice B). Para determinação desta amostra tomou-se como base para o cálculo amostral uma população finita de 43.045 adultos atendidos pela Estratégia Saúde da Família e pelo PACS¹⁰, com estimativa de prevalência de inatividade física de 45% e de erro amostral de 3%, para um nível de significância de 95%. A seleção da amostra foi realizada por meio do método de amostragem por conglomerados (domicílios) em estágios múltiplos¹¹.

Para a estratificação da amostra por domicílios, foram respeitadas as normas das equipes de saúde da família, em particular, os critérios utilizados pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), sendo a amostra distribuída proporcionalmente ao número de adultos em cada área de abrangência das USF (Apêndice C). Depois de identificada a área de abrangência da USF, foram sorteados o setor, a rua e o lado de entrada dos entrevistadores para início da coleta. Os domicílios foram escolhidos conforme os procedimentos apresentados pelo INCA/Brasil¹², com critérios de alternância, casa sim, casa não, sendo entrevistado um adulto ou dois adultos de sexos diferentes em uma única visita. As

perdas e recusas foram identificadas para o processo da análise amostral, variando de 8,17% no *survey* pré (2009) e 11,84% no *survey* pós (2010) (Figura 2).

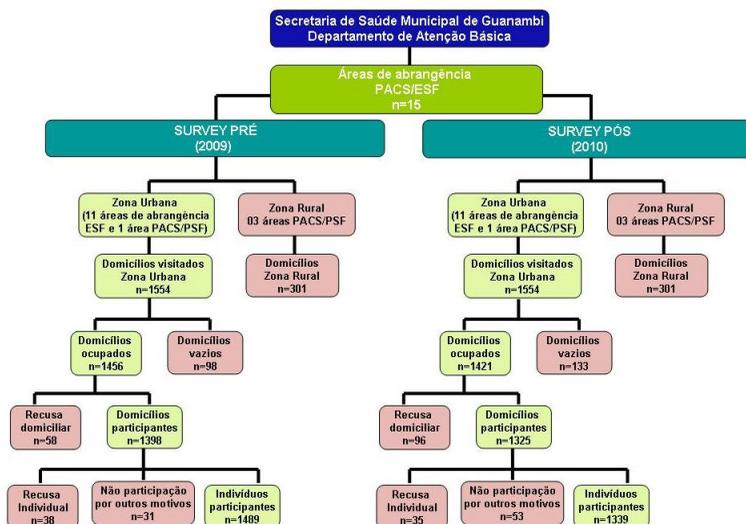


Figura 2. Representação da distribuição da amostra da população atendida pela Estratégia Saúde da Família nas zonas urbana e rural de Guanambi, Bahia, Brasil (*survey* pré e pós-intervenção).

Após as visitas realizadas nos domicílios, a amostra do estudo ficou composta por 1489 adultos no *survey* pré e de 1339 adultos no *survey* pós, representando um poder amostral de aproximadamente 97% e de 82% respectivamente (Figura 2).

2.2.2.3 Coleta de dados

A Figura 3 apresenta as etapas de coleta de dados da pesquisa sobre efetividade de um programa de intervenção de educação física e saúde na população atendida pela Estratégia Saúde da Família na cidade de Guanambi, Bahia, Brasil, *survey* pré e pós-intervenção (seguimento de um ano).

A coleta de dados se deu em dois momentos distintos, entre os meses de setembro e novembro de 2009, e de setembro e novembro de

2010, considerando o período de 12 meses da intervenção (Figura 3). O desenvolvimento do estudo aconteceu a partir da parceria da Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física com o Núcleo de Promoção de Atividade Física e Saúde (NPAFS) do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Guanambi, Bahia, Brasil, e sob a coordenação do pesquisador principal.

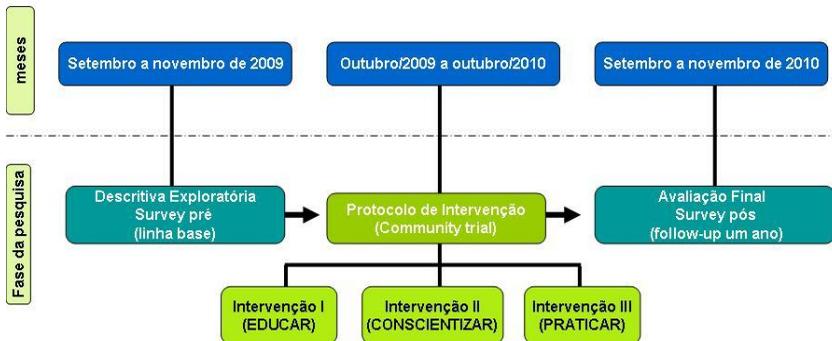


Figura 3. Organograma da coleta de dados da pesquisa sobre a efetividade de um programa de intervenção, de base comunitária, de educação física e saúde na atenção básica, Guanambi, Bahia, Brasil, *survey* pré e pós intervenção (seguimento de um ano).

O NPAFS foi criado em 2008, com o objetivo de disseminar e orientar a população sobre a importância da prática regular de atividade física e adoção de hábitos saudáveis. O projeto de implantação do NPAFS foi aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (Resolução CIB nº197/2008) (Anexo 1) e pelo Conselho Municipal de Saúde, e conta com o apoio da Universidade do Estado da Bahia por meio da Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física (LEPEAF) e com financiamento do Ministério da Saúde do Brasil, por meio das Portarias Ministeriais nº79 de 23 de setembro de 2008¹³ e nº 139 de 11 de agosto de 2009¹⁴ (Capítulo 3).

Para as coletas de dados, o estudo contou com a participação de 40 entrevistadores, de ambos os sexos, estudantes do curso de Educação Física e de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), que atuaram em duplas nas visitas domiciliares. Antes do início da coleta de dados, os entrevistadores foram submetidos a um curso de capacitação durante uma semana (40 horas), ministrado pelo

pesquisador principal, com estudo piloto, quando se tratou sobre os procedimentos para aplicação dos questionários e padronização na aplicação. As visitas domiciliares aconteceram de segunda a sábado, em diferentes horários. Todos os entrevistados receberam explicação sobre o objetivo e desenvolvimento do estudo, e foram solicitados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D) para início das entrevistas domiciliares.

2.2.2.4 Variáveis do estudo

Para as duas etapas de coleta de dados, *survey* pré (linha base) e *survey* pós (avaliação final), aplicou-se um questionário estruturado, em forma de entrevista, contendo 127 questões (Apêndice E). As dimensões, os indicadores e as suas respectivas fontes, bem como a fase de aplicação de cada dimensão estão representados no Quadro 1.

Apesar de os instrumentos utilizados já terem sido validados e aplicados em pesquisas populacionais e/ou em similares^{1, 7, 15-17}, o procedimento de coleta e os questionários deste estudo foram pré-testados e padronizados em estudo piloto e foram submetidos aos processos de validação de face e conteúdo, com três especialistas da área e uma equipe de saúde da família, utilizando como referência os procedimentos metodológicos apresentados por Farias Jr., Pires e Lopes¹⁸.

Com a finalidade de avaliar os procedimentos de coleta, realizou-se, em 2007, um estudo transversal, de base populacional domiciliar, em adultos de ambos os sexos, com faixa etária entre 20 e 69 anos, residentes em oito áreas de cobertura da ESF, existentes na cidade de Guanambi (BA)⁵.

O nível de atividade física dos adultos foi avaliado utilizando-se a versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física – (IPAQ)^{16, 19}. Um escore de atividade física em minutos por semana foi construído, somando-se os minutos despendidos em caminhada e atividades de intensidade moderada com os minutos despendidos em atividades de intensidade vigorosa, multiplicados por dois. Tal estratégia é utilizada por outros estudos^{20, 21}, e considera as diferentes intensidades de cada atividade e está de acordo com as recomendações atuais quanto à prática de atividade física^{19, 22, 23}. A avaliação do IPAQ se deu a partir dos escores dos quatro domínios: lazer, deslocamento, atividades domésticas e atividade física total.

2.2.2.5 Procedimentos das fases do protocolo de intervenção

O protocolo de intervenção aconteceu conforme as iniciativas do NPAFS e foi dividido em três fases distintas, como seguem^{7, 30, 31}:

1-Fase Descritiva Exploratória ou Avaliação Diagnóstica-realizada com as informações coletadas no *survey* pré (linha base), quando foi identificado o perfil da população adulta da área urbana atendida pela Estratégia Saúde da Família quanto às variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais relacionadas à saúde;

2- Fase de Intervenção- contou com três módulos de ação, com duração de quatro meses cada um, com os respectivos conteúdos e atividades de ação. A intervenção foi baseada no modelo, nas recomendações e nas estratégias para orientação de atividade física em PSF apresentadas por Gomes e Duarte^{7, 30, 31}. Os módulos de ação são fundamentados no Modelo Transteorético (*Transtheoretical Model*) de base comportamental, com a teoria para mudança de comportamento²⁸ e na teoria pedagógica de Paulo Freire³². A proposta de intervenção foi representada em três módulos (educar, conscientizar e praticar) caracterizados pelos estágios de mudança de comportamento (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção) (Apêndices F, G e H).

3-Fase de Avaliação Fina/Follow-up- nessa fase foram identificadas as contribuições (efetividade) da intervenção para a população atendida pelas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família (USF), com reaplicação dos instrumentos utilizados na linha base (Quadro 1).

2.2.2.6 Descrição da proposta de intervenção (FASE 2)

Para a realização da intervenção, foram constituídos grupos de atividade física com a participação das equipes de saúde da família pertencentes às 12 USF da região urbana da cidade de Guanambi (BA), além de 24 estudantes do curso de Licenciatura Plena em Educação Física da Universidade do Estado da Bahia, que foram distribuídos em duplas pelas UBS. Durante o período de intervenção, os alunos de Educação Física participaram do curso de formação em agentes de atividade física para Estratégia Saúde da Família (ESF), com duração de 320 horas. Por meio de uma ação extensionista desenvolvida pela Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão da Universidade do Estado da Bahia,

Departamento de Educação, Campus XII, o *Curso de Formação em Agentes de Atividade Física para ESF* tem como objetivo capacitar e aproximar alunos e profissionais de Educação Física da temática relacionada ao SUS. Durante o curso os alunos desenvolvem atividades práticas a fim de refletir sobre a prática efetiva e transformadora, considerando as bases teóricas da promoção da saúde^{33,34}.

2.2.2.6.1 Curso de Formação em Agentes de Atividade Física para Estratégia Saúde da Família (CFAAF)

O curso dos agentes de atividade física tem o intuito de preparar alunos da graduação (Pedagogia, Educação Física e Enfermagem) e professores de educação física para atuar e compreender a dinâmica do SUS e as possíveis contribuições para a saúde da população. O curso reforça a prática da extensão universitária como possibilidade de formação e permite uma interlocução entre a teoria e a prática, em que estabelece uma relação com os determinantes sociais e as ações de promoção da saúde proposta pela política do SUS^{33,34}.

As atividades de campo e as oficinas práticas subsidiam os professores e alunos para atuação crítica e reflexiva da realidade encontrada nas áreas de abrangência. Para as iniciativas práticas, utiliza-se da teoria problematizadora de Paulo Freire³² (educação popular) e de algumas iniciativas comportamentais²⁸.

Quadro 1. Dimensões, indicadores e as suas respectivas referências, e a fase de aplicação para cada dimensão.

Dimensão	Indicadores	Referências	Avaliação da concordância/ Valor Kappa (Gomes, 2007)7	Período de aplicação	
				Linha base (Survey pré)	Após 12 meses (Survey pós)
Informações pessoais	Nome, sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação ocupacional.	24	Ótima / 0,963	x	x
Indicadores de saúde e comportamento preventivo	Aspectos da saúde, comorbidades, histórico com medicamentos, vida profissional, estresse, sono, situação do peso corporal, uso do fumo e de bebidas alcoólicas, informações sobre o PSF, realização de exames laboratoriais e prevenção do câncer.	24, 25, 26	Ótima / 0,903	x	x
Barreiras para a prática de atividade física	Informações sobre a frequência de fatores que interferem ou dificultam a prática regular de atividade física e exercício	27	Boa / 0,614	x	x
Estágios de mudança de comportamento para atividade física e exercício	Autorrelato da percepção quanto à adoção da prática regular de atividade física	28	Ótima / 0,803	x	x
Classificação econômica	Informações referentes ao nível de escolarização do chefe da família, empregada mensalista e posse de utensílios.	29	Ótima / 0,894	x	
Nível de atividade física	Determinação do nível de atividade física nas dimensões do trabalho, lazer, deslocamento e atividades domésticas.	16, 17	Validação de face e conteúdo	x	x
Avaliação da intervenção	Avaliar a satisfação, conhecimento, interesse de participação, qualidade das informações, frequência nas atividades e conhecimento do programa.	7	Validação de face e conteúdo	x	x
Hábitos Alimentares	Identificar os hábitos nutricionais quanto ao consumo de frutas, verduras, gorduras e outros alimentos.	26	Validação de face e conteúdo	x	

Dentro da sua estrutura organizacional, o CFAAF apresenta os seguintes objetivos:

- 1) Qualificar professores e estudantes de educação física e áreas afins para atuarem no SUS, na lógica do modelo assistencial proposto pela Estratégia Saúde da Família, construindo iniciativas adequadas para a realidade enfrentada pelas comunidades adstritas;
- 2) Estimular a apropriação das normas e diretrizes do SUS, estimulando as ações de inter e multidisciplinaridade entre as formações envolvidas;
- 3) Explorar e refletir sobre as contribuições da educação física e das outras áreas envolvidas com o tema promoção da saúde, utilizando das estratégias comportamentais e pedagógicas;
- 4) Desenvolver o processo educativo em saúde, como prática social, histórica e política que considere o perfil sócioepidemiológico da comunidade e a participação popular na apropriação da práxis cotidiana como objeto de trabalho e a sua transformação em uma práxis crítica, criativa e emancipatória;
- 5) Incentivar a produção científica na área da promoção da saúde e do SUS, relacionando as áreas envolvidas com o curso;
- 6) Incentivar a criação de políticas públicas voltadas para a área deste conhecimento específico;
- 7) Implementar e avaliar programas de intervenção implantados durante o curso de formação voltados para a área da promoção da saúde da população atendida pela Estratégia Saúde da Família na cidade Guanambi;
- e 8) Reforçar a indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão, por meio de práticas integrativas e reflexivas das ações universitárias.

A carga horária total do curso foi distribuída no período de 12 (doze) meses, incluído neste o período destinado a atividades de campo, desenvolvimento dos módulos teóricos e das oficinas pedagógicas, e a elaboração do relatório final de conclusão de curso (RFCC). Os módulos teóricos (13) são compostos por temas das ciências sociais, humanas e da saúde, com destaque para o aprofundamento da política do SUS e para a aproximação com o conhecimento específico, que são ministrados por professores universitários e profissionais que atuam no SUS. Os módulos oferecidos tiveram como objetivo fundamentar a prática com os alunos, com o intuito de assegurar e inter-relacionar os temas específicos da promoção da saúde e do SUS com a área de atuação, e foram organizados em dois blocos como apresentado na Figura 4. No processo de desenvolvimento dos módulos teóricos aconteceram nove oficinas pedagógicas. As oficinas pedagógicas serviram como ferramentas para o desenvolvimento das atividades na população adstritas na ESF, e foram assim apresentadas: 1) Jogos Cooperativos, 2) Avaliação I, 3) Construção do

Fazer, 4)Dança e Ginástica, 5)LIBRAS, 6)Esportes Adaptados, 7)Jogos Regionais e Populares, 8)Saúde Mental e Educação Física, 9)Lazer e Saúde e 10)Avaliação II (Figura 4).

Diretamente ligadas às intervenções do Núcleo de Promoção de Atividade Física e Saúde (NPAFS) da Prefeitura Municipal de Guanambi, por meio do Programa Ação e Saúde Guanambi: educar, conscientizar e praticar, as atividades de campo foram reforçadas com o acolhimento dos alunos pelas equipes das UBS e com a aproximação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na realização da territorialização das áreas de abrangência e da população adstrita das UBS, e com o apoio matricial das equipes de saúde da família abordando a temática atividade física, alimentação saudável e promoção da saúde.

Para a proposta de intervenção foram adotadas as recomendações e as estratégias para orientação de atividade física em Programa Saúde da Família apresentada por Gomes e Duarte^{7, 30}, com algumas adaptações quanto: à ampliação da população envolvida, às ações realizadas por profissionais de Educação Física em formação e ao tempo para os módulos de ação, que passaram a ser de quatro meses cada um. Durante a intervenção foram distribuídas cartilhas educativas com conteúdos específicos (Figura 5) sobre a prática da atividade física e hadoção de hábitos saudáveis, onde os agentes de atividade física baseavam suas intervenções educativas nas UBS.

As Figuras 5 e 6 apresentam o organograma e o cronograma da intervenção adaptados por Gomes e Duarte^{7, 30}, respectivamente.

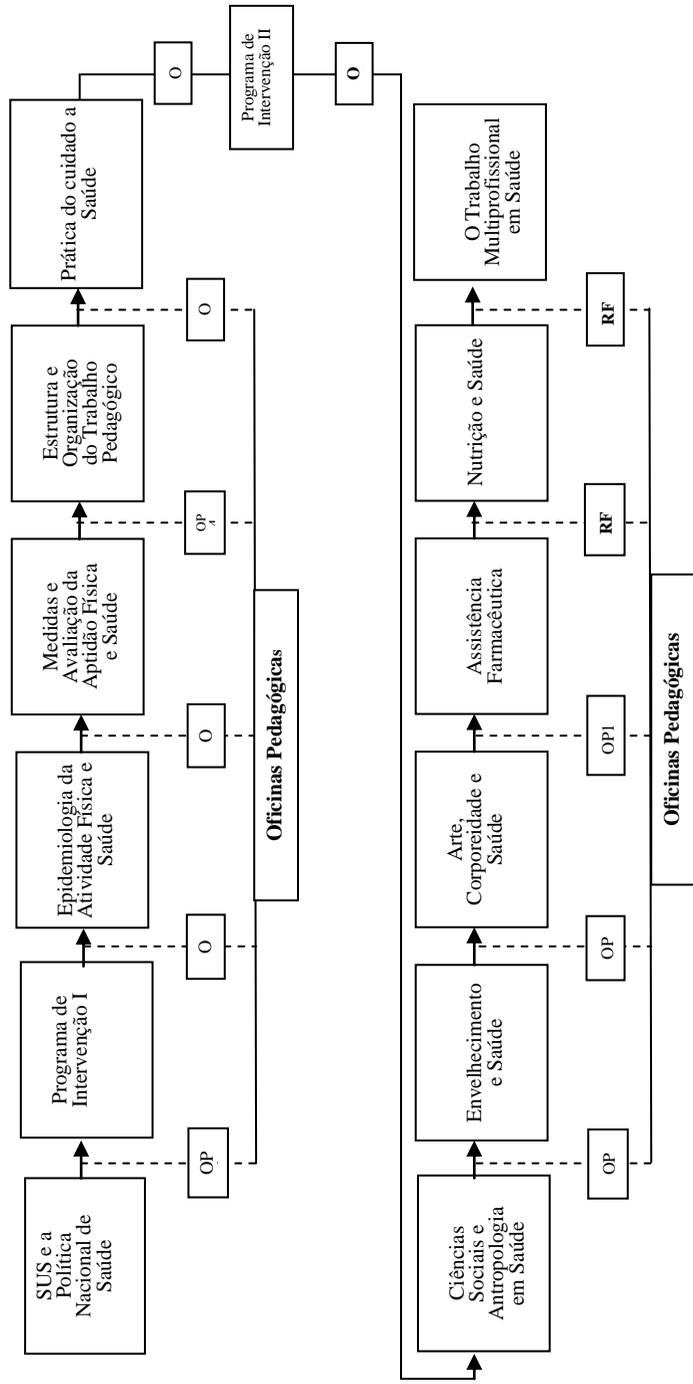


Figura 4. Fluxograma das atividades pedagógicas, oficinas e módulos teóricos do Curso de Formação Continuada em Agentes de Atividade Física para Estratégia Saúde da Família (CFCAAF).

Fase	I (Exploratória)	II (intervenção)			III (Avaliação Final e de seguimento)
Módulo de ação Período (MESES)	-	Educar	Conscientizar	Praticar	-
Atividades	Aplicação de questionário domiciliar e convite de participação	Palestra educativa, entrega de cartilha informativa, orientação domiciliar, grupos de atividade nas USF			Aplicação de questionário domiciliar
Objetivo	Identificar o perfil sociodemográfico da população e as suas características para a prática de atividade física.	Informar sobre as contribuições da AF regular para a saúde	Discutir e refletir sobre as barreiras para a prática de AF	Orientar para manter-se ativo fisicamente	Identificar as mudanças variáveis nas pesquisas após a aplicação do protocolo
Resultado esperado	Convite aos participantes e explicação da proposta do projeto de ação.	Compreensão sobre os benefícios da AF para a saúde, refletindo sobre a realidade da comunidade.	Reflexão sobre as barreiras e de possíveis alternativas para reduzi-las ou eliminá-las	Adoção e/ou aumento da prática da atividade física	-
Fase	Identificação e convite dos participantes	Recomendações para a prática regular de AF e de exercício físico	Autonomia e mudança de comportamento para AF	Formação de grupos focais	Descobertas das mudanças e ganhos obtidos com AF
Atividades extras	Entrega de folder explicativo do projeto e cartão de participação	-	Medida de massa corporal, estatura e circunferência de cintura em domicílio	Explicação sobre a aplicação da escala subjetiva de esforço (Borg)	-

Figura 5. Organograma de desenvolvimento do protocolo de orientação de atividade física por Gomes e Duarte adaptado. 7, 30, 31

Fases	Módulos	Descritiva exploratória Linha Base	Intervenção												Avaliação Final						
			Educar				Conscientizar				Praticar										
Atividades		Realização da Territorialização e início da coleta de dados do Inquérito domiciliar e implantação do Projeto	Capacitação das ACS	Entrega das cartilhas	Palestras educativas e visitas domiciliares	Avaliação de processo				Capacitação das ACS	Entrega das cartilhas	Entrega das cartilhas e visitas de orientação	Avaliação de processo				Capacitação das ACS	Entrega das cartilhas	Entrega das cartilhas e visitas de orientação	Aplicação dos questionários (follow-up)	
			OUT-DEZ/2009	JAN/2010	FEV-MAI/2010	JUN-AGO/2010	SET/2010														
			01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12							
			Meses																		
			Nº de meses																		

Figura 6. Cronograma de desenvolvimento da pesquisa sobre a efetividade de um programa de intervenção de Educação Física e saúde na atenção básica, adaptado de Gomes e Duarte^{7,30,31}.

2.2.2.7 Análise estatística

Para caracterização da amostra foram empregados procedimentos de estatística descritiva: distribuição em frequências e percentuais, intervalos de confiança de 95% (IC95%), cálculo de medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão).

Quanto à avaliação da efetividade da intervenção sobre o comportamento para atividade física e de outras variáveis de saúde, aplicou-se o teste t para amostras independentes, e o teste do Qui quadrado, para identificar as mudanças entre o *survey* pré (linha base) e *survey* pós (seguimento de um ano) intervenção (Figura 7).

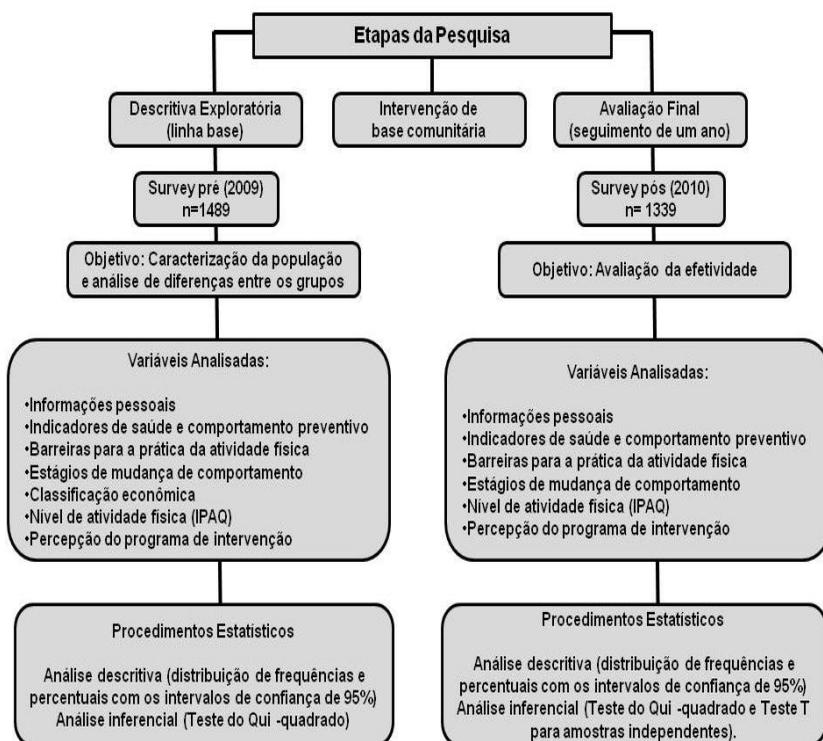


Figura 7. Etapas da pesquisa com os respectivos procedimentos estatísticos.

Os dados foram organizados na planilha de cálculo Excel, versão XP, e analisados no programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 12.0, e no programa STATA 8.0. O nível de significância adotado foi de 95% ($p \leq 0,05$).

2.2.2.8 Questões éticas

Os procedimentos e a aplicação do estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Processo nº 733) (Anexo 2), e mediante solicitação (Apêndices I e J) e autorização do Departamento de Atenção Básica da Prefeitura Municipal de Guanambi (BA) (Anexo 3) e autorização do Departamento de Educação, Campus XII da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) (Anexo 4).

REFERÊNCIAS

1. Gomes MA, Duarte MFS, Pereira JS, Borgatto AF, Poeta LS. Inatividade física habitual e fatores associados em população nordestina atendida pela estratégia saúde da família. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2009; 11(4): 365-372.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População e Domicílios-Censo 2000 com divisão territorial 2001. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>. Acessado: [14/07/2010].
3. Bahia Mineração. Minas de Talentos. Disponível em: <http://www.bamin.com.br/minadetalentos/index.php>. Acessado em: [14/07/2011].
4. Renova Energia Eólica. Disponível em: <http://www.renovaenergia.com.br/>. Acessado em: [14/07/2011].
5. Gomes MA, Duarte MFS, Pereira JS, Borgatto AF, Poeta LS. Inatividade física habitual e fatores associados em população nordestina atendida pela estratégia saúde da família. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2009; 11(4): 365-372.
6. Gomes MA, Duarte MFS, Pereira JS, Silva RCR, Pinto GP. Atividade física em mulheres de baixa renda na atenção primária. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 2010; 15(4): 247-253.

7. Gomes MA. Orientação de Atividade Física em Programas de Saúde da Família: uma Proposta de Ação. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Educação Física, Centro de Desportos, UFSC, 2007, 200 p.
8. Escosteguy CC. Estudos de Intervenção. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2005: 151-160.
9. Thomas JR, Nelson JK. Métodos de pesquisa em atividade física. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
10. Prefeitura Municipal de Guanambi. Secretaria Municipal de Saúde, Plano Plurianual de Saúde do Município de Guanambi 2006/2009, 2009; 72p.
11. Earl B. Métodos de Pesquisas de *Survey*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999, 519p.
12. Brasil, Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro:INCA; 2004.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria N° 79, de 23 de setembro de 2008.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria N° 139, de 11 de agosto de 2009.
15. Mendonça BCA, Toscano JJO, Oliveira ACC. Programa Academia da Cidade de Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde 2009; 14(3) :211-216.
16. IPAQ.Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms. 2005. Disponível em: www.ipaq.ki.se. Acessado em: 13/07/2008.
17. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Questionário internacional de atividade física(IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde 2001, 6 (2):05-18.

18. Farias Jr, J.C.; Pires, M.C. e Lopes, A.S. (2002). Reprodutibilidade de um questionário para o levantamento de informações sobre comportamentos relacionados à saúde em adolescentes. *Rev. Bras. Ciên. e Mov.* 10 3): 43-48.
19. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, *et al.* International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35:1381-95.
20. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35:1894-900.
21. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, *et al.* Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 25(1): 203-213.
22. Haskell WL., Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair S, Franklin BA *et al.* Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007; 116 (9): 1081-1093.
23. U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity and health: a report of the surgeon general. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População e Domicílios - Censo 2000 com divisão territorial 2001. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>[2008 jul 14].
25. Calfas KJ, Sallis JF, Nichols JF, Sarkin JA, Johnson MF, Caparosa S, Thompson S, Gehrman CA, Alcaraz JE. Project GRAD: Two-Year Outcomes of a Randomized Controlled Physical Activity Intervention Among Young Adults. *American Journal of Preventive Medicine* 2000,18(1), 28-37.

26. Brasil MS. Vigitel Brasil 2008: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. In: Ministério da Saúde. Brasília 2009.
27. Martins MO, Petroski EL. Mensuração da percepção de barreiras para a prática de atividades físicas: uma proposta de instrumento. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano* 2000, 2(1), 58-65.
28. Marcus BH, Simkin LR. The trans-theoretical model: applications to exercise. *Medicine Science Sports Exercise* 1994, 26(11), 1400-4.
29. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2003). Critério de Classificação Econômica no Brasil (ABA/ABIPEME). São Paulo. Disponível em: <http://www.anep.org.br/mural/anep/04-12-97>. Acesso em: 10/09/2009.
30. Gomes MA, Duarte MFS. Orientação de Atividade Física na Estratégia Saúde da Família: Estratégias e Recomendações. In: Duarte MFS, Gomes MA, Poeta LS, Pazin J. Organizadores. *Atividade Física e Saúde em Diversos Contextos*. Salvador: EDUNEB/Florianópolis: EDUFSC, 2009, p.141-160.
31. Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa Ação e Saúde Floripa - BRASIL. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2008;13(1):44-56.
32. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários para a prática docente*. São Paulo: Paz & Terra; 1996.
33. Gomes MA, Duarte MFS. Formação Continuada de Educadores Físicos para Estratégia Saúde da Família (ESF): uma Proposta para Promoção da Saúde. In: II Congresso Catarinense de Saúde Coletiva, 2008, Florianópolis. 20 anos de SUS: desafios políticos, éticos e operacionais. Florianópolis: PPGSP/ Departamento de Saúde Pública, 2008b. Anais do evento digitalizado.
34. Gomes MA, Duarte MFS. Formação Continuada de Agentes de Atividade Física e promoção da saúde: uma interlocução com a extensão universitária. Anais da XVI Semana Acadêmica de Ensino, Pesquisa e Extensão - Universidade e Sustentabilidade:

Educação, Saúde e Gestão como espaços de intervenção.
Pág.437. ISSN: 2179-0973.

CAPÍTULO 3

3 RESULTADOS

3.1 ARTIGO 1: INCENTIVO À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: 10 ANOS DE PARCERIA ENTRE UNIVERSIDADE E MUNICÍPIO NO ALTO SERTÃO BAIANO¹

RESUMO

O objetivo deste trabalho é descrever o histórico e as ações promovidas pela Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física (LEPEAF) da Universidade do Estado da Bahia, nos seus 10 anos de existência, destacando o funcionamento e o modelo lógico das atuais iniciativas com o Núcleo de Promoção de Atividade Física e Saúde (NPAFS) da Prefeitura Municipal de Guanambi. Pautada pela indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e extensão, a LEPEAF desenvolveu mais de oito projetos e dois programas, e atualmente em parceria com o NPAFS, atende de forma regular, em 13 áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família, em torno de 800 pessoas nas diversas faixas etárias, três vezes por semana, avaliando, desenvolvendo, estimulando e disseminando a promoção da atividade física e da alimentação saudável, por meio de diversas atividades.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Atividade Motora. Extensão Universitária. Atenção Primária.

INTRODUÇÃO

A construção de políticas públicas e intervenções de atividade física passaram a ser prioridade nas políticas de promoção da saúde^{1,2} devido principalmente ao crescente comportamento de inatividade física da população e a associação dessa inatividade com inúmeras doenças e com fatores de risco de doenças cardiovasculares³.

¹ Artigo publicado na Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. 2011, 16(03): 266-270. Coautores: Cláudio Bispo de Almeida –UNEB (BA); Maria de Fátima da Silva Duarte- PPGEF/UFSC.

Diante da relevância do tema os crescentes aumentos nos números das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) no mundo, a OMS (2002) propôs a implementação da Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. Esta estratégia é a espinha dorsal da OMS e seus estados-membros com outros atores, dentre eles o Brasil, na promoção global de mudanças que visam à alimentação saudável e atividade física, cujo objetivo é prevenir as doenças crônicas e promover a saúde da população⁴.

Como parte da Política Nacional de Promoção da Saúde e com base nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Ministério da Saúde desde 2005 tem procurado incentivar a criação de projetos de intervenção e políticas públicas para a promoção da atividade física e alimentação saudável nos municípios brasileiros por meio da atenção básica⁵.

Mas, apesar das discussões recentes sobre a atuação do profissional de educação física na Atenção Básica no Brasil, desde 2001 algumas intervenções^{6, 7, 8} e pesquisas^{9, 10} têm discutido o tema da promoção da atividade física e saúde nesse contexto, desde o papel e a atuação da educação física na Estratégia Saúde da Família (ESF)^{8, 9, 11} até a formação desses profissionais para a saúde pública^{10, 12}.

Portanto, o objetivo deste trabalho é descrever a linha histórica e as ações promovidas na atenção primária pela Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física da Universidade do Estado da Bahia, nos seus 10 anos de existência no Alto Sertão baiano, destacando o funcionamento e o modelo lógico das atuais iniciativas com o Núcleo de Promoção de Atividade Física e Saúde da Prefeitura Municipal de Guanambi.

DESENVOLVIMENTO

Breve Histórico da Lepeaf - 10 Anos

Criada em 22 de agosto de 2001, no Departamento de Educação Campus XII da Universidade do Estado da Bahia (UNEB XII), a Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física (LEPEAF) surgiu com o objetivo de coordenar, orientar, promover e incentivar a realização de ações de estudo, pesquisa e extensão na área de atividade física relacionada à saúde.

Pautada na indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão, destaca-se nesses 10 anos a relação estabelecida com os órgãos municipais para o desenvolvimento de projetos que estimulem e

discutam as condições de saúde da população e a prática de atividade física (Quadro 1).

Dentre os projetos desenvolvidos em parceria, merece atenção o trabalho pioneiro da prática de atividade física no Sistema Único de Saúde (SUS), que desde 2001 atende a população coberta pelas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁶, e mais recentemente a criação do Núcleo de Promoção da Atividade Física e Saúde do município. Além dos projetos citados anteriormente, a *LEPEAF* vem desenvolvendo outras iniciativas pontuais como: “*Projeto Verão Guanambi*”, com atendimento à população, esclarecendo sobre a importância da atividade física relacionada à saúde; e o “*Centro de Exercício Físico*” (*CEFU*) com orientação de exercícios físicos que estimulem o desenvolvimento da aptidão física relacionada à saúde, com prescrição de atividades de força e treinamento aeróbico para a população carente.

O Núcleo de Promoção de Atividade Física e Saúde (NPAFS)

A criação e implantação do NPAFS aconteceram por meio da parceria entre o Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Guanambi e a *LEPEAF*, da Universidade do Estado da Bahia, Campus XII, e por meio de financiamento adquirido pela Portaria Ministerial (CGDANT/DASIS/SVS/MS) N° 139 de 11 de agosto de 2009. Guanambi é um município de médio porte, com cerca de 1.301.799 km², localizado no Centro Sul baiano, aproximadamente a 780 km da capital (Salvador). A população residente é de aproximadamente 78 mil habitantes, com uma expectativa de vida de 66,85 anos. A principal causa de mortalidade em adultos está relacionada às complicações no aparelho circulatório (27,3%). Em 2007 identificou-se uma prevalência de inatividade física de 51% e de excesso de peso de 42,1% na população adulta¹³.

Como parte da política pública do município de Guanambi, o NPAFS apresenta como objetivo fomentar, desenvolver, estimular, disseminar e avaliar a promoção da prática da atividade física e alimentação saudável. Para suas estratégias de intervenção, o NPAFS considera não apenas a prevenção e/ou tratamento das DANT, mas também as práticas constantes e dinâmicas da promoção da saúde nos mais diversos contextos, a fim de possibilitar a construção de ambientes e adoção de comportamentos saudáveis que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população atendida pela atenção básica.

Quadro 1. A Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física (LEPEAF) e os seus 10 anos de incentivo à prática de atividade física em Guanambi e Região.

Ano	ATIVIDADE	Público/produto/atividade
2001	Criação da Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física da Universidade do Estado da Bahia (LEPEAF/UNEB XII) com cadastro no CNPq (22/08/2001). Implantação de atividade física nos PSFs em parceria com o Departamento de Saúde Coletiva de Guanambi por meio do programa HIPERDIA em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS).	12 alunos e 02 professores envolvidos 120 idosos atendidos
2002	Criação do Projeto Viva Bem, com ampliação das intervenções de atividade física para seis UBS e no centro de convivência do idoso. Criação do Centro de Exercício Físico da UNEB (CEFU) com avaliação e orientação de exercícios resistidos. Projeto Verão Guanambi: Saúde em Qualquer Estação (1ª edição) com mobilização da população para o tema atividade física e saúde	400 idosos atendidos 100 adultos atendidos 800 atendimentos
2003	Projeto Viva Bem ganha o caráter de programa e, em conjunto com as Secretarias de Saúde, Educação, Esporte e Ação Social de Guanambi, amplia suas ações e discute a Política Nacional do Idoso.	800 idosos 04 secretarias envolvidas
2004	Criação do Núcleo de Atividade Física, Esporte e Lazer da Universidade do Estado da Bahia (NAFEL/UNEB) vinculado à Pró-Reitoria de Extensão Desenvolvimento do Projeto Envelhecer de Bem Com a Vida: Brincando, Cantando e Contando História, uma ação multidisciplinar (pedagogia e educação física) com o objetivo do resgate cultural e social do idoso no município A LEPEAF estende suas atividades para a UNEB Campus VI (Caetitê), levando o Centro de Exercício Físico (CEFU), oferecendo atividades de ginástica e alongamento.	24 Departamentos da UNEB atendidos 600 idosos e 60 estudantes participantes 100 pessoas atendidas
2005	LEPEAF INTINERANTE: com visitas de mobilização para avaliação e orientação de atividade física e saúde nos municípios pertencentes à 30ª Diretoria Regional de Saúde (30ª DORES)	02 municípios atendidos
2006	Manutenção das atividades até aqui desenvolvidas.	

(continua)

(continuação)

Ano	ATIVIDADE	Público/produto/atividade
2007	<p>Desenvolvimento da 1ª Pesquisa Domiciliar no município de Guanambi sobre atividade física e hábitos de saúde em adultos (1ª PDAFS) nas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família (06 UBS)</p> <p>O Projeto Viva Bem, o CEFU e as outras atividades desenvolvidas pela LEPEAF são unificadas em um único Programa de caráter municipal com o apoio do Departamento de Educação Campus XII: Ação e Saúde Guanambi: Educar, Conscientizar, Praticar e Multiplicar.</p> <p>Estabelece parceria institucional com o Laboratório de Pedagogia do Esporte do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina (LAPE/CDS/UFSC).</p> <p>Desenvolve Pesquisa sobre Qualidade de vida e Outros Hábitos de Saúde dos servidores da Universidade do Estado da Bahia em parceria com o NAFEL e o Núcleo de Pesquisa em Atividade Física (NuPAF) do Centro de Desportos da UFSC, a fim de constituir a política de atividade física, esporte e lazer da UNEB.</p>	<p>Aprox. 900 adultos entrevistados</p> <p>04 Projetos</p> <p>06 ações pontuais</p> <p>1200 pessoas</p> <p>01 projeto, 04 pesquisadores e 08 alunos envolvidos</p>
2008	<p>Parceria com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, por meio do Departamento de Doenças e Agravos não Transmissíveis da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP/DANT) para elaboração da Política Estadual de Atividade Física e Promoção da Saúde;</p> <p>Início da primeira turma do Curso de Formação Continuada em Agentes de Atividade Física e Promoção da Saúde para Estratégia Saúde da Família com objetivo de aproximar os alunos da graduação em Educação Física às ações do SUS.</p> <p>O Programa Ação e Saúde Guanambi: educar, conscientizar, praticar e multiplicar recebe financiamento do Ministério da Saúde por meio da Portaria Ministerial nº79 de 23 de setembro de 2008.</p>	<p>01 parceria realizada</p> <p>20 alunos e 08 professores</p> <p>10 mil pessoas atendidas</p>

(continua)

(continuação)

Ano	ATIVIDADE	Público/produto/atividade
2009	<p>Ampliação da intervenção por meio do Programa Ação e Saúde Guanambi: educar, conscientizar, praticar e multiplicar, agregando todos os projetos e atividades desenvolvidos pela LEPEAF e pela prefeitura municipal de Guanambi no campo da atividade física e promoção da saúde, passando a atender 10 UBS distribuídas no centro e nos distritos;</p> <p>Criação do Núcleo de Promoção de Atividade Física e Saúde da Prefeitura Municipal de Guanambi, com financiamento da Portaria Ministerial Nº 139 de 11 de agosto de 2009, com objetivo de gerenciar e acompanhar as ações administrativas do Programa Ação e Saúde Guanambi e outras ações.</p> <p>Construção da Rede Municipal de Atividade Física e Promoção da Saúde em parceria com o Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF);</p> <p>Desenvolvimento da 2ª PDAFS nas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família (10 UBS) atendidas pelo Programa Ação e Saúde Guanambi: educar, conscientizar, praticar e multiplicar.</p> <p>Consultoria aos municípios vizinhos para implantação de programas de atividade física e saúde com apoio do Ministério (Ibassucê Ativo e Saudável/ Caettê em Movimento)</p>	<p>13 parceiros envolvidos</p> <p>1378 entrevistados</p> <p>02 municípios atendidos</p>
2010	<p>5ª Edição do Projeto Verão Guanambi com a comemoração da Semana Nacional de Qualidade de Vida e do Dia Mundial da Saúde com o tema 1000 cidades, 1000 vidas</p> <p>Estabelece parceria institucional com o Laboratório de Orientação de Atividade Física e Saúde do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina (LOAFIS/CDS/UFSC).</p> <p>O Programa Ação e Saúde Guanambi é aprovado com Mérito pelo Edital 021 FAPESB- Articulação Pesquisa e Extensão no Estado da Bahia.</p> <p>Desenvolvimento da 3ª PDAFS nas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família (13 UBS) atendidas pelo Programa Ação e Saúde Guanambi: educar, conscientizar, praticar e multiplicar.</p> <p>A LEPEAF é eleita pelo Comitê Nordeste para sediar a XI Edição do Simpósio Nordeste de Atividade Física e Saúde em 2012.</p> <p>O Núcleo de Promoção em Atividade Física e Saúde renova o financiamento do Ministério da Saúde por meio da Portaria Ministerial nº. 4.074, de 17 de dezembro de 2010.</p>	<p>1700 atendimentos</p> <p>Parceria realizada</p> <p>1860 entrevistados</p>
2011	<p>Comemoração dos 10 anos da LEPEAF;</p> <p>Elaboração da Política Municipal de Atividade Física, Esporte e Lazer de Guanambi (proposta a construir)</p>	

Estratégias de Intervenção

Dentre as estratégias de intervenção, o NPAFS desenvolve dois grandes projetos, que procuram atender as recomendações da Política Nacional da Atenção Básica¹⁴, como seguem:

1) Curso de Formação de Agentes de Atividade Física para Estratégia Saúde da Família (ESF)

Com a sua primeira turma formada em 2008, o curso dos agentes de atividade física tem o intuito de preparar alunos da graduação (Pedagogia, Educação Física e Enfermagem) e professores de educação física para atuar e compreender a dinâmica do SUS e as possíveis contribuições para a saúde da população. O curso reforça a prática extensão universitária como possibilidade de formação e permite uma interlocução entre a teoria e a prática, em que estabelece uma relação com os determinantes sociais e as ações de promoção da saúde proposta pela política do SUS¹².

O Curso de Formação Continuada em Agentes de Atividade Física para a *ESF* tem uma carga horária de 320 horas, distribuídas em oficinas, módulos teóricos e atividades em campo. Os módulos teóricos são compostos por temas das ciências sociais, humanas e da saúde, com destaque para o aprofundamento da política do SUS e para a aproximação com o conhecimento específico.

As atividades de campo e as oficinas práticas subsidiam os professores e alunos para atuação crítica e reflexiva da realidade encontrada nas áreas de abrangência. Para as iniciativas práticas utiliza-se da teoria problematizadora de Paulo Freire¹⁵ e de algumas iniciativas comportamentais¹⁶. Durante a realização do curso, os alunos oferecem atividades físicas para as comunidades adstritas nas 14 áreas de abrangência da *ESF*, duas vezes por semana, com duração em média de 180 minutos, além de informar e capacitar as equipes de saúde sobre a importância da prática regular de atividade física e da promoção da saúde.

2) Projeto Ação e Saúde Guanambi: Educar, Conscientizar, Praticar e Multiplicar

Concomitantemente ao desenvolvimento do Curso de Formação Continuada acontece o ***Programa Ação e Saúde Guanambi: Educar, Conscientizar, Praticar e Multiplicar***. Esse programa vem sendo desenvolvido desde 2001, com o objetivo de desenvolver práticas

regulares de atividade física (jogos, caminhadas, danças regionais e outras) para a população adstrita pelas áreas de abrangência das unidades básicas de saúde, e a qualificação das equipes de saúde da família com cursos, palestras e conferências sobre a temática atividade física, alimentação saudável e promoção da saúde⁷. Presente nas quatorze Unidades Básicas de Saúde, o Programa Ação e Saúde desenvolve suas iniciativas por meio do matriciamento e da territorialização das áreas de abrangência e da população adstrita, e para o desenvolvimento de suas atividades conta com o apoio das equipes de saúde da família (mais de 200 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros e agentes comunitários) e os alunos do curso de formação (30 por ano).

As iniciativas propostas pelo programa (palestras educativas, círculos de cultura, aulas de ginástica, alongamento e caminhadas, jogos infantis e atividades lúdicas para crianças, dinâmica de grupo, aconselhamentos domiciliares e entrega de cartilhas) são planejadas conforme o protocolo de intervenção elaborado por Gomes e Duarte⁸. O protocolo de intervenção está baseado nas estratégias dos estágios de mudança¹⁶ representados por quatro módulos: 1) *módulo educar (estágios de pré-contemplação e contemplação)*, 2) *módulo conscientizar (estágio de preparação)*, 3) *módulo praticar (estágios de ação e manutenção)* e o 4) *módulo multiplicar*. O módulo multiplicar é o único que não apresenta conteúdo específico ou normatização das atividades, pois apresenta uma importância do desenvolvimento da autonomia e reflexão crítica¹⁵ do aprendizado dos outros módulos de ação.

Outra importante iniciativa do NPAFS, com o apoio técnico da LEPEAF, é subsidiar as propostas implantadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para o incentivo à prática da promoção da saúde no município¹⁷.

Além dos resultados identificados nesses 10 anos (Quadro 01), com base no modelo lógico (Figura 8), o NPAFS atende aproximadamente 800 pessoas de forma regular, e mais de 9.000 pessoas nos seus projetos pontuais, nas diversas faixas etárias, por toda cidade de Guanambi (BA) e região.

CONSIDERAÇÕES FINAIS (DESAFIOS E EXPECTATIVAS)

A relação estabelecida entre a Universidade (LEPEAF/UNEB) e o Município e as conquistas nesses 10 anos reforçam a importância da extensão universitária como uma ação transformadora e emancipatória, exercendo sua função acadêmica, social e articuladora. O desafio para o

ano de 2011 será a elaboração da Política Municipal de Promoção da Atividade Física e Saúde, a qual garantirá a consolidação e a ampliação das ações do NPAFS e, em conjunto com a Universidade (LEPEAF), com a população e com os poderes públicos e privados, construirá iniciativas para mudanças ambientais e de bases legais (elaboração de leis) para desenvolvimento de um município cada vez mais saudável e ativo.

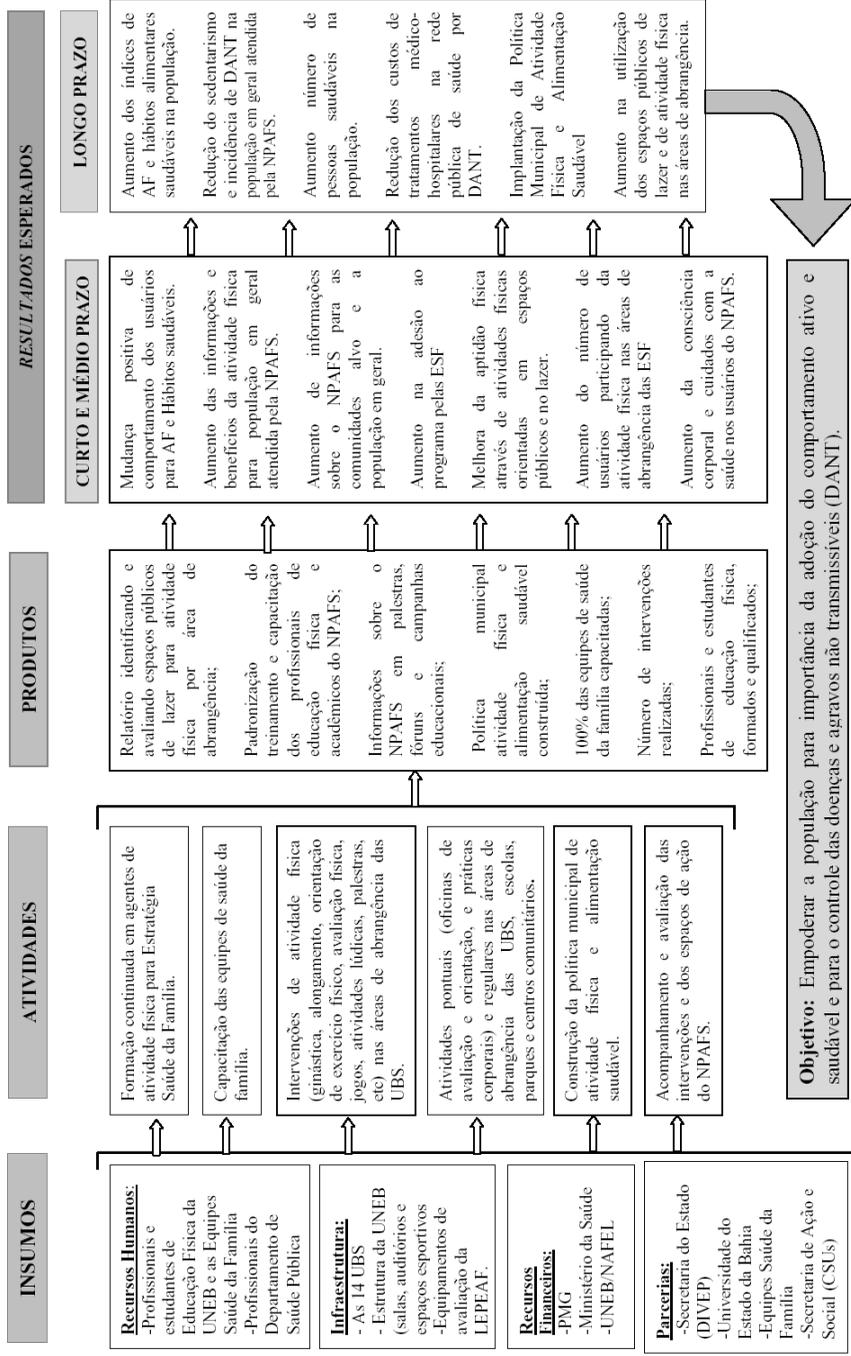


Figura 1. Modelo Lógico do Programa Ação e Saúde Guanambi: educar, conscientizar, praticar e multiplicar.

REFERÊNCIAS

1. Haskell W L, Lee I M, Pate R R, Powell K E, Blair S, Franklin B A, *et al.* Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007;116(9):1081-1093.
2. Bauman A E. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. *J Sci Med Sport* 2004;7(Suppl 1):6-19.
3. Hallal P C, Dumith S C, Bastos J P, Reichert F F, Siqueira F V, Azevedo M R. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão Sistemática. *Rev Saude Publica* 2007;41(3):453-460.
4. WHO. Global strategy on diet, physical activity and health. Fifty-seventh world health assembly [monograph on the Internet] [WHA57.17]. Available from http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf, 2002.
5. Malta DC, Castro AM, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JD *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2009; 18(1):79-86.
6. Gomes MA, Bricídio EA, Souza AS. A intervenção da Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física da Universidade do Estado da Bahia nos Programas de Saúde da Família na Cidade de Guanambi, Bahia. In: *Anais do IV Simpósio Nordeste de Atividade Física e Saúde*. 2002; p.115-116.
7. Gomes MA, Gomes MBA. Projeto Ação e Saúde: Educar, Conscientizar e Praticar (Atividades Físicas Para a Promoção da Saúde nos PSFs). In: *5º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde*, 2005, Florianópolis. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 2005; Suplem: p.24-24.
8. Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da

família: Programa Ação e Saúde Floripa- BRASIL. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. 2008a; 13(1):44-56.

9. Gomes MA. Orientação de Atividade Física no Programa de Saúde da Família: uma Proposta de Ação. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Dissertação de Mestrado, 2007;200p.
10. Gomes MA, Duarte MFS, Nascimento JV. A Atuação da Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS) e a Percepção dos Atores em Duas Regiões do País (Sul e Nordeste). In: 7º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde, 2009, Porto de Galinhas. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Londrina : Midiograf. 2009; 14: 65-65.
11. Gomes MA, Duarte MFS. Orientação de Atividade Física na Estratégia Saúde da Família: Estratégias e Recomendações. In: Duarte MFS, Gomes MA, Poeta LS, Pazin J. Organizadores. Atividade Física e Saúde em Diversos Contextos. Salvador: EDUNEB/Florianópolis: EDUFSC, 2009, p.141-160.
12. Gomes MA, Duarte MFS. Formação Continuada de Educadores Físicos para Estratégia Saúde da Família (ESF): uma Proposta para Promoção da Saúde. In: II Congresso Catarinense de Saúde Coletiva, 2008, Florianópolis. 20 anos de SUS: desafios políticos, éticos e operacionais. Florianópolis: PPGSP/ Departamento de Saúde Pública, 2008b. Anais do evento digitalizado.
13. Gomes MA, Duarte MFS, Pereira JS, Borgatto AF, Poeta LS. Inatividade física habitual e fatores associados em população nordestina atendida pela estratégia saúde da família. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum 2009, 11(4):365-372.
14. Brasil MS. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília, Serie Pactos pela Saúde, Volume 4, Ministério da Saúde, 2006, 60p.
15. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários para a prática docente. São Paulo: Paz & Terra; 1996.
16. Marcus BH, Simkin LR. The transtheoretical model: applications to exercise behavior. Med Sci Sports Exerc 1994; 26:1400-4.

17. Prefeitura Municipal de Guanambi. Secretaria Municipal de Saúde, Plano Plurianual de saúde do município de Guanambi 2006/2009, 72p.

3.2 ARTIGO 2: ATIVIDADE FÍSICA EM MULHERES DE BAIXA RENDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA²

RESUMO

As marcantes diferenças econômicas, sociais e culturais identificadas por todo o mundo são fatores limitantes, complexos e desafiadores na saúde pública, nas estratégias de mudança de comportamento. A oportunidade de acesso e as condições de escolha para uma vida saudável, a exemplo da possibilidade do indivíduo de se tornar ativo fisicamente, são restritas a determinados grupos. A partir de um estudo transversal com mulheres adultas entre 20 e 65 anos, este estudo teve como objetivo identificar as prevalências dos estágios de mudança de comportamento para atividade física (EMCAF), e a associação dos comportamentos inativo (pré-contemplação e contemplação) e irregularmente ativo (preparação) com variáveis sociodemográficas e de saúde em 467 mulheres de baixa renda. Baixa renda familiar *per capita* menor ou igual a quatrocentos reais foi o parâmetro a ser considerado, na cidade de Guanambi, Bahia, Brasil, 2007. Do total da amostra a maioria das mulheres era de jovens, com idade entre 20 e 35 anos (50,96%), casadas (49,0%), com baixa escolaridade (52,24%), eutróficas (58,42%) e inativas fisicamente no lazer (58,88%). As prevalências dos EMCAF encontradas foram às seguintes: 37,3% no estágio de pré-contemplação, 24,0% no de contemplação, 19,7% no de preparação, 8,1% no de ação e 10,9% no de manutenção. O comportamento inativo (61,3%) esteve associado às mulheres com idades elevadas, com baixa escolaridade, eutróficas e inativas no lazer.

Palavras-chave: Atividade Motora; Estágios de Mudança; Mulheres; Condição socioeconômica; Atenção Primária.

INTRODUÇÃO

A mudança e a adoção de comportamentos saudáveis estão relacionadas a múltiplos fatores, sejam estes econômicos, sociais, políticos, culturais, étnicos ou ambientais.

² Artigo publicado na Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2010; 15 (04): 247-253. Coautores: Maria de Fátima da Silva Duarte (UFSC/PPGEF); Jacemile da Silva Pereira (LEPEAF/UNEB); Rosane Carla Rosendo da Silva (UFSC/PPGEF); e Geiza Pimentel Pinto (NASF/Gbi).

Iniciativas para o aumento do comportamento ativo fisicamente têm sido disseminadas por diversos países, como estratégia de melhoria das condições de vida, e também para o controle e prevenção de doenças¹.

As diferenças econômicas, sociais e culturais marcantes identificadas por todo o mundo são fatores limitantes, complexos e desafiadores para as estratégias de mudança de comportamento na saúde pública. A oportunidade de acesso e as condições de escolha para uma vida saudável, a exemplo da possibilidade do indivíduo de tornar-se ativo fisicamente, são restritas a determinados grupos.

Estudos que investigam a relação da atividade física com variáveis socioeconômicas afirmam que o alto nível de atividade física está fortemente associado às populações com estrato socioeconômico elevado^{2, 4}. Alguns autores reconhecem que existem determinados grupos mais vulneráveis ao comportamento sedentário, com prevalências mais elevadas entre as mulheres^{5, 6}, nas populações com baixa escolaridade^{7, 8} e com baixa condição econômica^{7, 9, 11}.

A vulnerabilidade desses subgrupos da sociedade ao comportamento inativo e a outros fatores de risco à saúde remete à necessidade de identificação e/ou elaboração de estratégias e de metodologias específicas de incentivo, não só para a prática de atividade física, como também para adoção de outros hábitos saudáveis.

Para o aumento da atividade física e melhoria da saúde, o processo de aconselhamento¹¹⁻¹³ e a utilização de teorias comportamentais se apresentam como alternativas para intervenção individual e comunitária¹²⁻¹⁷.

A partir da década de 1990¹⁸, o *Modelo Transteorético* (TTM) ou modelo dos estágios de mudança de comportamento¹⁹ tem sido utilizado em programas de intervenção e tem contribuído de forma positiva, apesar de inúmeras inconsistências quanto a sua forma de aplicação e de desenvolvimento em alguns estudos²⁰.

Com estratégias baseadas em importantes constructos da teoria cognitiva social e da teoria da aprendizagem, os estágios de mudança de comportamento para atividade física (EMCAF) caracterizam-se por assumir em sua concepção fatores cognitivos, sociais e do meio ambiente e estão definidos em cinco estágios: a) pré-contemplação (não pratica atividade física regular, nem tem a intenção de praticar nos próximos seis meses); b) contemplação (não pratica atividade física regular, mas tem a intenção de praticar nos próximos seis meses); c) preparação (pratica atividade física regular ocasionalmente); d) ação (pratica atividade física regular há menos de seis meses) e e)

manutenção (pratica atividade física regular há mais de seis meses)¹⁵. Os estágios estão distribuídos de forma circular e não linear, com possibilidade de recaídas e retornos em qualquer estágio. A sua aplicação consiste em identificar os hábitos atuais e/ou a intenção de mudança no futuro próximo para a prática da atividade física, apresentando estratégias específicas para cada estágio de comportamento²¹.

No Brasil, a utilização dos EMCAF tem acontecido por meio de estudos transversais²²⁻²⁴ ou de intervenção¹⁶, com poucas publicações. Dessa forma, diante da efetividade comprovada e da carência de metodologias para intervenções da atividade física na saúde pública no Brasil, a sua incorporação parece ser uma alternativa para este contexto.

Portanto, como parte de um modelo lógico de intervenção, para promoção da atividade física²⁵ na atenção básica, o presente estudo tem como objetivo identificar as prevalências dos EMCAF, e a associação dos comportamentos considerados inativos (estágios de pré-contemplação e contemplação) e irregularmente ativo (estágio de preparação) com variáveis sociodemográficas e de saúde em mulheres de baixa renda, da cidade de Guanambi, Bahia, Brasil.

METODOLOGIA

Os dados do presente trabalho fazem parte de estudo transversal, de base populacional domiciliar, realizado com adultos com idade entre 20 e 65 anos residentes nas áreas de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade de Guanambi (BA), Brasil, no ano de 2007. Os procedimentos de coleta de dados e aplicação do estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob protocolo nº 733. Informações mais detalhadas sobre o procedimento de coleta e os instrumentos utilizados no estudo transversal estão presentes em Gomes *et al.*⁸.

Guanambi é um município de médio porte, com cerca de 1.301.799 km², localizado no Centro Sul baiano, aproximadamente a 780 km da capital (Salvador), tendo como base econômica a indústria e a pecuária. A população residente é de aproximadamente 72 mil habitantes, com uma expectativa de vida de 67 anos. A principal causa de mortalidade em adultos está relacionada às complicações no aparelho circulatório (27,3%)²⁶. A prevalência de inatividade física em ambos os sexos é de 51,1%⁸.

Para o cálculo da amostra domiciliar, tomou-se como base a população finita de 38.567 adultos residentes em Guanambi/BA, com

idade entre 20 e 65 anos²⁶, para uma estimativa de prevalência de inatividade física de 45% e de erro amostral de três pontos percentuais, com nível de significância de 95%.

Para escolha da amostra, foi realizado o procedimento aleatório em estágios múltiplos. Depois da identificação da área de abrangência da regional de saúde, foram sorteados o setor, a rua e o lado de entrada de entrevistadores para início da coleta de dados. Os domicílios foram escolhidos a partir do critério de alternância, casa sim, casa não, sendo entrevistados todos os adultos encontrados em domicílio, em única visita⁸.

Considerando as perdas e recusas (domiciliares e individuais), a representação da população por domicílio ficou composta por 711 adultos, sendo 167 (23,5%) homens e 544 (76,5%) mulheres, distribuídos pelas áreas da ESF pesquisadas.

A partir da amostra domiciliar, das 544 mulheres foram então selecionadas para este estudo as que possuíam renda familiar *per capita* menor ou igual a R\$400,00 (quatrocentos reais), perfazendo, assim, um total de 467 mulheres. A renda familiar *per capita* foi identificada pela razão entre o valor da renda familiar líquida do mês anterior à entrevista e o número de pessoas que dependiam dessa renda.

A aplicação dos instrumentos em domicílio aconteceu em diferentes horários, em forma de entrevista, com duração em torno de 10 a 20 minutos, em local reservado da residência.

A coleta de campo foi realizada entre os meses de março e maio de 2007, com a participação de 20 entrevistadores, de ambos os sexos, estudantes de Educação Física, que trabalharam em duplas (casal). Para aplicação do questionário estruturado e para treinamento/padronização das medidas antropométricas, os entrevistadores foram submetidos a treinamento de sete dias, com aplicação de estudo piloto.

Como variável dependente do estudo foram utilizados os Estágios de Mudança de Comportamento para Atividade Física (EMCAF)²⁷.

Para a identificação dos EMCAF²⁷, aplicou-se a seguinte afirmação: “Consideram-se fisicamente ativas as pessoas que acumulam pelo menos 30 minutos de atividade física diária, em cinco ou mais dias da semana, que podem ser contínuos (1x30 min) ou acumulados (2x15 min ou 3x10 min) com intensidade moderada ou vigorosa”¹, seguida das afirmações: Em relação aos seus hábitos de prática de atividade física, você diria que: “é fisicamente ativa há mais de seis meses” (manutenção); “é fisicamente ativa há menos de seis meses” (ação); “não é fisicamente ativa, mas pretende se tornar ativa nos próximos 30 dias” (preparação); “não é fisicamente ativa, mas pretende se tornar

ativo nos próximos seis meses” (contemplação); e “não é fisicamente ativa e não pretende se tornar ativa nos próximos seis meses” (pré-contemplação).

Como *variáveis independentes* foram utilizados: a) faixa etária em anos completos (20-35; 36-50; 51-65), b) massa corporal (kg) e estatura (metros), c) classificação da obesidade (eutrófico <25,0; excesso de peso $\geq 25,0$) a partir do cálculo do IMC (índice de massa corporal), d) estado civil (casada; solteira e outros), d) escolaridade em anos de estudo (≤ 4 anos; de 5 a 8 anos; e > 8 anos), e f) escore de atividade no lazer (ativo $\geq 2,50$ e inativo $< 2,50$). Os procedimentos de medidas foram realizados por um mesmo avaliador, em domicílio, ao final das entrevistas, estando os indivíduos descalços e livres de roupas pesadas. O *escore de atividade física no lazer* foi determinado por meio do domínio de lazer do questionário de Baecke *et al.*²⁸, considerando os 1º e 2º quartis (escore $< 2,50$) como inativos, e o 3º e 4º quartis como ativos (escore $\geq 2,50$).

Para identificar a prevalência das variáveis relacionadas aos EMCAF, foi utilizada a análise descritiva (distribuição de frequências simples e percentuais). As variáveis contínuas (idade, IMC e escore de atividade física no lazer) foram comparadas por meio do Teste *t* de Student para amostras independentes, e para as variáveis categóricas aplicou-se o teste do Qui quadrado (X^2) e a regressão logística binária, para identificação da associação entre as variáveis.

Para aplicação da regressão logística binária, os EMCAF foram dicotomizados, constituindo quatro modelos de análise como seguem: (Modelo 1) pré-contemplação com as categorias superiores; (Modelo 2) contemplação mais as categorias superiores; (Modelo 3) preparação mais as categorias superiores e (Modelo 4) não praticam (estágios de pré-contemplação e contemplação) mais os que praticam irregularmente ou regularmente (estágios de preparação, ação e manutenção). Os modelos propostos fixaram os estágios em que as mulheres apresentavam o comportamento inativo (estágios de pré-contemplação e/ou contemplação) ou irregularmente ativo (estágio de preparação). As categorias inferiores àquelas que foram fixadas nos modelos 2, 3 e 4 foram retiradas da análise. Aplicou-se como medida de efeito a razão de Odds (OR), com seus intervalos de confiança (95%). Todas as variáveis foram mantidas no modelo ($p \leq 0,20$) e ajustadas seguindo a ordem de entrada dos dois níveis (sociodemográfica e de saúde).

O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. Os dados foram organizados na planilha Excel versão XP, e analisados no pacote estatístico SPSS versão 12.0.

A pesquisa seguiu os critérios definidos pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) de forma a proteger a privacidade dos indivíduos e garantir a participação anônima e voluntária, com a assinatura pelos participantes do termo de consentimento livre e esclarecido no momento da entrevista.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a caracterização das mulheres de Guanambi, (BA) pertencentes às áreas de abrangência da ESF quanto à renda familiar *per capita* e às outras variáveis sócio-demográficas e de saúde.

Entre as mulheres com baixa renda (n=467), a maioria era jovem com idade entre 20 e 35 anos (51,0%), casada (49,0%), com menos de cinco anos de estudo (52,24%), eutrófica (58,42%) e inativa fisicamente no lazer (58,90%).

As prevalências dos EMCAF (estágios) encontradas foram as seguintes: 37,3% não praticam atividade física regular, nem têm a intenção de praticar nos próximos seis meses (pré-contemplação), 24,0% não praticam atividade física regular, mas têm a intenção de praticar nos próximos seis meses (contemplação), 19,7% praticam atividade física regular ocasionalmente (preparação), 8,1% praticam atividade física regular há menos de seis meses (ação); e 10,9% praticam atividade física regular há mais de seis meses (estágio de manutenção).

A relação dos EMCAF com outras variáveis (valores percentuais) em mulheres de baixa renda (n=467) está apresentada na tabela 2.

Para a relação entre as prevalências dos EMCAF e as variáveis sociodemográficas e de saúde identificou-se associação para a escolaridade, classificação da obesidade e atividade física de lazer (Tabela 2).

A tabela 3 apresenta a razão de Odds (OR) e os intervalos de confiança para os quatro modelos de análise dos EMCAF associados às variáveis sociodemográficas e de saúde.

Para a faixa etária, as mulheres com idade entre 51 e 65 anos apresentaram duas vezes mais chance de não serem fisicamente ativas, e não pretenderem se tornar ativas nos próximos seis meses (OR=2,03; IC95%: 1,24-3,33) quando comparadas às das outras faixas etárias (Modelo 1).

Quanto à escolaridade, as mulheres com mais tempo de escolaridade (> 8 anos) apresentaram menor chance de estarem no estágio de pré-contemplação (não são fisicamente ativas, nem

pretendem se tornar ativas nos próximos seis meses) (Modelo 1) (OR=0,46; IC95%:0,28-0,75).

Já as mulheres com excesso de peso apresentaram menos chance de estarem com comportamento inativo, estágios de pré-contemplação e de contemplação, quando comparadas às eutróficas, como observado no Modelo 1 (OR=0,40; IC95%: 0,26-0,63) e Modelo 4 (OR=0,43; IC95%:0,28-0,65).

Quanto à atividade física no lazer, as mulheres ativas aumentam a chance de estarem nas categorias superiores, com a intenção de mudança (Modelo 2; OR=0,41; IC95%:0,24-0,69) ou de apresentar comportamento irregularmente ativo (Modelo 3; OR=0,28; IC95%:0,15-0,55) ou regularmente ativo (Modelo 4; OR=0,51; IC95%:0,34-0,76).

Tabela 1. Caracterização das mulheres pertencentes às áreas de abrangência da ESF, Guanambi (BA), Brasil, 2007.

Variáveis	Renda familiar per capita (em salário mínimo)		p-valor
	≤R\$ 400,00 (n=467) média ± DP	> R\$400,00 (n=77) média ± DP	
Idade ¹	37±13	38±11	0,562
IMC ¹	24,66±4,92	26,06±5,86	0,025*
Score da AF no Lazer ¹	2,48±0,67	2,41±0,58	0,383
	% (n)	% (n)	
Estágios de Mudança²			
Pré-contemplação	37,3 (174)	27,3 (21)	
Contemplação	24,0 (112)	31,1 (24)	
Preparação	19,7 (92)	23,4 (18)	0,419
Ação	8,1 (38)	6,5 (5)	
Manutenção	10,9 (51)	11,7 (9)	
Faixa Etária²			
20 a 35 anos	51,0 (238)	45,5 (35)	
36 a 50 anos	29,5 (138)	37,7 (29)	0,359
51 a 65 anos	19,5 (91)	16,8 (13)	
Estado Civil²			
Solteiro	39,2 (183)	18,2 (14)	<0,001*
Casado	49,0 (229)	68,8 (53)	
Outros	11,8 (55)	13,0 (10)	
Escolaridade²			
≤ 4 anos	52,2 (244)	20,8 (16)	
De 5 a 8 anos	17,4 (81)	20,8 (16)	<0,001*
>8 anos	30,4 (142)	58,4 (45)	
Classificação da Obesidade²			
Eutrófico	58,4 (267)	50,6 (39)	0,125
Excesso de Peso	41,6 (190)	49,4 (38)	
Atividade Física no Lazer²			
Inativo	58,9 (275)	67,5 (52)	0,169
Ativo	41,1 (192)	32,5 (25)	

¹ Teste t para amostras independentes, ² Teste Qui quadrado *Nível de significância p<0,05.

Tabela 2. Relação dos estágios de mudança de comportamento para atividade física (EMCAF) e as variáveis sociodemográficas e de saúde em mulheres de baixa renda pertencentes às áreas de abrangência da ESF, Guanambi (BA), Brasil, 2007.

Variáveis	n	Pré- contemplação (PreC)		Contemplação (Cont)		Preparação (Prep)		Ação (Aça)		Manutenção (Mant)		p-valor*
		%	%	%	%	%	%	%	%	%		
Total da amostra	467											
Idade (anos)												
20 a 35	238	31,5	26,9	20,2	8,4	13,0					0,030†	
36 a 50	138	39,9	22,5	22,5	6,5	8,6						
51 a 65	91	48,4	18,7	14,3	9,9	8,7						
Estado Civil												
Solteira	183	39,3	20,8	19,7	7,1	13,1						
Casada	229	33,2	28,4	21,0	7,0	10,4					0,069*	
Outros	55	47,3	16,4	14,5	16,4	5,4						
Escolaridade (anos de estudo)												
1 a 4 anos	244	44,3	18,4	21,3	7,0	9,0						
5 a 8 anos	81	38,3	29,6	13,6	11,1	7,4					0,002*	
> 8 anos	142	24,6	30,3	20,4	8,5	16,2						
Classificação Obesidade												
Eutrófica	267	42,7	24,7	16,5	4,9	11,2					0,002*	
Excesso Peso	190	29,5	23,2	23,7	12,6	11,0						
Atividade Física de Lazer												
Inativa	275	40,0	28,4	20,4	4,4	6,8					<0,001*	
Ativa	192	33,3	17,7	18,8	13,5	16,7						

* valor de p no teste χ^2 para razão de verossimilhança

† valor de p no teste χ^2 para linearidade

Tabela 3. Razão de Chance (OR) e intervalo de confiança de 95% dos estágios de mudança de comportamento para atividade física e exercício (EMCAF) associados às variáveis sociodemográficas e de saúde em mulheres de baixa renda pertencentes às áreas de abrangência da ESF, Guanambi (BA), Brasil, 2007.

Ordem	Variáveis	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4		
		%	OR	(IC 95%)	%	OR	(IC 95%)	%	OR	(IC 95%)	%	OR	(IC 95%)
1	Idade (anos)												
	20 a 35	31,5	1,00	-	39,3	1,00	-	48,5	1,00	-	58,4	1,00	-
	36 a 50	39,9	1,44	(0,93-2,23)	37,3	0,92	(0,53-1,59)	59,6	1,56	(0,79-3,09)	62,3	1,18	(0,77-1,81)
	51 a 65	48,4	2,03	(1,24-3,33)	36,2	0,88	(0,45-1,72)	43,3	0,81	(0,36-1,85)	67,0	1,45	(0,87-2,40)
				$\chi^2=8,550; p=0,014$			$\chi^2=0,165; p=0,911$			$\chi^2=2,498; p=0,287$			$\chi^2=2,161; p=0,339$
2	Estado Civil												
	Solteiro	39,3	1,00	-	34,2	1,00	-	49,3	1,00	-	60,1	1,00	-
	Casado	33,2	0,68	(0,45-1,03)	42,5	1,48	(0,87-2,50)	54,5	1,13	(0,59-2,18)	61,6	1,01	(0,67-1,52)
	Outros	47,3	1,06	(0,56-2,01)	31,0	0,94	(0,36-2,43)	40,0	0,65	(0,21-1,96)	63,6	1,02	(0,53-1,96)
				$\chi^2=4,323; p=0,115$			$\chi^2=2,559; p=0,278$			$\chi^2=1,492; p=0,474$			$\chi^2=0,242; p=0,886$
3	Escolaridade												
	1 a 4 anos	44,3	1,00	-	33,1	1,00	-	57,1	1,00	-	62,7	1,00	-
	5 a 8 anos	38,3	0,91	(0,53-1,55)	48,0	1,80	(0,91-3,57)	42,3	0,50	(0,20-1,25)	54,9	1,38	(0,79-2,40)
	> 8 anos	24,6	0,46	(0,28-0,75)	40,0	1,42	(0,81-2,50)	45,3	0,60	(0,29-1,21)	61,2	0,80	(0,51-1,27)
				$\chi^2=14,816; p=0,001$			$\chi^2=3,717; p=0,156$			$\chi^2=2,986; p=0,225$			$\chi^2=4,117; p=0,128$
4	Classificação da Obesidade*												
	Eutrófico	42,7	1,00	-	43,1	1,00	-	50,6	1,00	-	67,4	1,00	-
	Exc.Peso	29,5	0,40	(0,26-0,63)	32,8	0,62	(0,37-1,04)	50,0	0,90	(0,48-1,69)	39,4	0,43	(0,28-0,65)
			$\chi^2=8,308; p=0,004$			$\chi^2=3,207; p=0,073$			$\chi^2=0,006; p=0,939$			$\chi^2=10,225; p=0,001$	
5	Atividade de Lazer												
	Ativo	33,3	0,78	(0,51-1,17)	26,6	0,41	(0,24-0,69)	38,3	0,28	(0,15-0,55)	51,0	0,51	(0,34-0,76)
	Inativo	40,0	1,00	-	47,3	1,00	-	64,4	1,00	-	68,4	1,00	-
			$\chi^2=2,150; p=0,143$			$\chi^2=13,093; p\leq 0,001$			$\chi^2=12,286; p=0,001$			$\chi^2=14,292; p\leq 0,001$	

Valores perdidos para o IMC foram de 2,1% (10.); PreC=pré-contemplação; Cont=contemplação; Prep=preparação; Cat. Sup=categorias superiores (quando comparados aos do estágio de pior comportamento)

DISCUSSÃO

A proposta deste estudo foi determinar as prevalências dos EMCAF e identificar a associação dos comportamentos inativos (estágios de pré-contemplação e contemplação) e irregularmente ativo (estágio de preparação) com as variáveis sociodemográficas e de saúde em mulheres de baixa renda atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade de Guanambi, Bahia, Brasil.

A prevalência do comportamento regularmente ativo fisicamente nas mulheres de baixa renda (ação e manutenção) foi de 19,0% (n=89) e de inativas foi de 61,3% (n=186). A maioria da amostra encontrava-se nos estágios de pré-contemplação (37,3%) e contemplação (24%).

Esses valores são próximos aos achados no primeiro estudo de base populacional realizado no Brasil sobre os EMCAF e fatores associados, segundo o qual 52,5% das mulheres da amostra apresentaram comportamento inativo. Com relação à distribuição dos EMCAF em mulheres, Dumith *et al.* encontraram os seguintes percentuais: 37,7% pré-contemplação (PreC), 14,8% contemplação (Cont), 21,7% preparação (Prep), 6,2% ação (Aca) e 19,6% manutenção (Mant). Apesar dos resultados semelhantes, a população do referente estudo era composta na sua maioria por mulheres (56,05%) e apenas 27,93% pertenciam à classe econômica baixa²³.

Prevalências superiores foram encontradas em estudo realizado na Colômbia, onde 41% dos indivíduos apresentaram um comportamento regularmente ativo (estágios de ação e manutenção). A maioria das mulheres (77%) apresentou comportamento inativo ou irregularmente ativo, com prevalência mais elevada para o estágio de pré-contemplação²⁹.

Resultados contrários são observados em países desenvolvidos^{27, 30-32}, onde a maioria da população se encontra nos estágios superiores de mudança de comportamento (preparação, ação ou manutenção). Na Austrália, Booth e colaboradores³¹ verificaram que a maioria das mulheres (51,2%) praticava atividade física regularmente nos últimos seis meses ou há mais de seis meses.

Os resultados destes estudos^{27, 30-32} reforçam que a condição de desenvolvimento do país e os investimentos em saúde pública, relativos às políticas de promoção da saúde, influenciam positivamente a percepção e a mudança do comportamento da população. Ao mesmo tempo em que a boa condição econômica e alto nível de escolaridade^{23, 24} não são suficientes para reforçar a percepção e a mudança positiva,

são necessárias políticas de incentivo e de acesso a ambientes saudáveis nos diferentes grupos populacionais.

Para a relação entre as prevalências dos EMCAF e as variáveis sociodemográficas e de saúde, identificou-se associação para a faixa etária, escolaridade, classificação da obesidade e atividade física de lazer.

As mulheres com idade entre 51 e 65 anos encontram-se mais presentes no estágio de pré-contemplação (48,4%). Nota-se que, quanto melhores os EMCAF, menor a participação dessa faixa etária. Apesar de os estudos reforçarem a relação da idade mais avançada com a inatividade física no tempo de lazer^{6, 7, 9}, para os EMCAF os resultados são divergentes e não estão claros^{23, 31}.

A escolaridade (em anos de estudo) apresentou uma relação linear e inversa para o estágio de pré-contemplação, na qual as mulheres com maior nível de escolaridade apresentaram menor probabilidade de não praticarem atividade física regular, e também indicaram que não tinham a intenção de praticar nos próximos seis meses (PreC). Para o excesso de peso e a inatividade física no lazer também foram observadas as maiores prevalências nas mulheres que se apresentavam no estágio de pré-contemplação.

Para inatividade física no lazer e o excesso de peso, em relação aos EMCAF, os resultados mostraram que, quanto melhor o estágio de comportamento, menores as prevalências de excesso de peso e de inatividade física do lazer. Entre as mulheres que estavam com o comportamento inativo fisicamente (PreC e Cont), a maioria apresentava excesso de peso (52,7%) e era de inativas no lazer (51%) (Tabela 2).

Alguns estudos analisaram a associação positiva entre o excesso de peso e inatividade física em mulheres^{5, 33, 34}. No estudo de Gigante e colaboradores³⁴, as mulheres inativas apresentaram quase três vezes mais chance de estarem com obesidade quando comparadas com as que praticavam exercícios.

As características do perfil da amostra deste estudo têm apresentado associações com a inatividade física no lazer, em que as maiores prevalências estão mais presentes em pessoas com nível educacional mais baixo⁷, de menor nível socioeconômico e em mulheres^{6, 7, 9}.

Para associação da inatividade física com a condição socioeconômica, os achados não são consistentes, alguns apresentam uma associação inversa entre essas variáveis^{5, 33}.

Apesar de os estudos de validação dos EMCAF reforçarem sua relação com medidas de atividade física e de aptidão física³⁵⁻³⁷, e diante da utilização de estudos transversais sobre o nível de atividade física para discussão deste estudo, ressalta-se que a utilização dos EMCAF como um instrumento de medida para determinação dos níveis de atividade física de uma população se torna inadequada pelos dois motivos que seguem: 1) os EMCAF não avaliam o estado atual dos indivíduos, e sim o estado do “*comportamento*” relacionado aos últimos seis meses; e 2) no seu construto o objetivo maior dos EMCAF é subsidiar intervenções para mudança do comportamento, com base em estratégias específicas para cada um dos cinco estágios²¹.

Para a relação dos estágios de comportamentos inativos (PreC e Cont) e irregularmente ativo (Prep) apresentada nos modelos de análise propostos pelo estudo, observou-se associação para as mulheres com idades elevadas (modelo 1), com baixa escolaridade (modelo 1), eutróficas (modelos 1 e 4) e inativas no lazer (modelos 2, 3 e 4).

Resultados contrários foram identificados por Dumith *et al.*²³ nos quais os adultos jovens (PreC-RP=2,73;IC95%:1,84-4,04; Cont-RP=2,01;IC95%:1,47-2,76), com alta escolaridade (PreC-RP=2,72;IC95%:1,68-4,41; Cont-RP=4,02;IC95%:2,58-6,26) e pertencentes à classe econômica elevada (PreC-RP=1,35;IC95%:0,85-2,15; Cont-RP=1,71;IC95%:1,19-2,46) apresentaram maiores chances de estarem nos estágios de comportamento inativos.

Booth *et al.*³¹ observaram que a chance de não praticar atividade física regular e nem ter a intenção de praticar nos próximos seis meses (PreC) aumenta com a idade e diminui com o grau de escolaridade.

Apesar das inúmeras evidências sobre a vulnerabilidade para inatividade física na população com baixa escolaridade e com baixo nível socioeconômico², a adaptação positiva a esse contexto adverso tem sido explorada por outros autores^{3, 4}.

Em amostra de mulheres com posição socioeconômica baixa, Cleland *et al.*³ identificaram que os fatores pessoais (autoeficácia e prazer para caminhar e de praticar exercícios vigorosos, intenção de ser ativo e rotina para atividade física) em relação aos fatores sociais e ambientais apresentavam associações mais fortes para as mulheres que atingiam as recomendações do nível de atividade física (≥ 150 min por semana). Maiores chances para seguir as recomendações também foram encontradas nas mulheres com maior suporte (RP=1,67; IC95%:1,17-2,40) e participação social (RP=1,44; IC95%:1,13-1,82).

A alta prevalência para o comportamento inativo (61,3%) e as associações identificadas em mulheres de baixa renda atendidas na

atenção primária reforçam a necessidade da construção e implantação de políticas públicas específicas para promoção da atividade física.

Diante da carência de estudos de intervenção¹⁶ e considerando que mulheres de baixa renda são maioria na população atendida pela atenção primária no Brasil¹¹, a utilização dos EMCAF passa a ser uma estratégia recomendada para promoção da atividade física na atenção primária.

A condição econômica e as características culturais influenciam de forma diferenciada no comportamento. A possibilidade restrita de escolha e de acesso, bem como a necessidade de atender aos atributos e às jornadas de trabalhos diários fazem com que mulheres de condição socioeconômica baixa supostamente pratiquem mais atividade física nas tarefas domésticas, laborais e de deslocamento⁶, deixando de praticar atividades de lazer pela falta de tempo.

No Brasil, este é o segundo estudo de base populacional que trata da relação dos EMCAF com outras variáveis em adultos. Sugere-se, portanto, a realização de novos estudos transversais que abordem também a associação dos EMCAF com variáveis ambientais, sociais e étnicas; e a aplicação das estratégias dos EMCAF em estudos de intervenção a fim de avaliar a efetividade na população atendida na atenção primária.

Apesar das evidências das contribuições dos EMCAF³⁷, reconhecer a maior vulnerabilidade para doenças e a dificuldade de acesso aos serviços básicos de vida (saneamento, moradia, trabalho) e do cuidado com a saúde na população de baixo nível socioeconômico é de extrema importância para elaboração de estratégias para a promoção da atividade física na saúde pública¹.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, das mulheres aqui analisadas, 37,3% não praticavam atividade física regular, nem tinham a intenção de praticar nos próximos seis meses (estágio de pré-contemplação); 24,0% não praticavam atividade física regular, mas tinham a intenção de praticar nos próximos seis meses (estágio de contemplação), 19,7% praticam atividade física regular ocasionalmente (estágio de preparação), 8,1% praticam atividade física regular há menos de seis meses (estágio de ação); e 10,9% praticam atividade física regular há mais de seis meses (estágio de manutenção). O comportamento inativo (51,3%) esteve associado às mulheres com idades elevadas (modelo 1), com baixa

escolaridade (modelo 1), eutróficas (modelos 1 e 4) e inativas no lazer (modelos 2, 3 e 4).

Diante disto, para que as mulheres de baixa renda atendidas na atenção primária possam ser estimuladas para a mudança e a adoção do comportamento ativo e desenvolver a prática efetiva da promoção da saúde, recomenda-se não só oportunizar uma prática regular, mas também: 1) estimular e mobilizar as mulheres para utilização dos espaços públicos de lazer, como praças, parques, ginásios, ruas e 2) reforçar o conhecimento sobre a dimensão dos múltiplos fatores biológicos, ambientais, políticos e socioculturais intervenientes nas suas escolhas.

REFERÊNCIAS

1. Haskell WL., Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair S, Franklin BA *et al.* Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007; 116 (9): 1081-1093.
2. Gidlow C, Johnston LH, Crone D, Ellis N, James D. A systematic review of the relationship between socio-economic position and physical activity. *Health Educ J* 2006;65(4):338-367.
3. Cleland VJ, Ball K, Salmon J, Timperio AF, Crawford DA. Personal, social and environmental correlates of resilience to physical inactivity among women from socio-economically disadvantaged backgrounds. *Health Educ Res* 2008; (advance access published on October 29, DOI 10.1093/her/cyn054).
4. Cerin E, Leslie E. How socio-economic status contributes to participation in leisure-time physical activity. *Social Science & Medicine* 2008; 66(12):2596-2609.
5. Baretta M, Baretta E, Peres KG. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no Município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 (7): 1595-1602.
6. Salles-Costa RS, Heilborn ML, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS. Gênero e prática de atividade física de lazer. *Cad Saúde Pública* 2003;19(Sup. 2):325-333.

7. Pitanga FJ, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 (3): 870-877.
8. Gomes MA, Duarte MFS, Pereira JS, Borgatto AF, Poeta LS. Inatividade física habitual e fatores associados em população nordestina atendida pela estratégia saúde da família. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2009; 11(4):365-372.
9. Dias-da-Costa JS, Hallal PC, Wells JCK, Daltoé T, Fuchs SC, Menezes AMB *et al.* Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 (1): 275-282.
10. Matsudo SM, Matsudo VR, Araújo T, Andrade D, Andrade E, Oliveira L *et al.* Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Rev Bras Ciên e Mov* 2002; 10 (4): 41-50.
11. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E *et al.* Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação e saúde. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(1):203-213.
12. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326:793.
13. Lawlor DA, Hanratty B. The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. *J Public Health Med* 2001;23:219-26.
14. Rose SB, Beverly AL, Elley CR, Dowell AC, Fenton AJ. The “Women’s lifestyle study”, 2-year randomized controlled trial of physical activity counseling in primary health care: rationale and study. *BMC Public Health* 2007; 7:166.
15. Marcus BH, Banspach SW, Lefebvre RL, Rossi JS, Carleton RA, Abrams DB. Using the stages of change model to increase the adoption of physical activity among community participants. *Am J Health Promot* 1992; 6(6):424-429.
16. Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da

- família: Programa Ação e Saúde Floripa- BRASIL. RBAFS. 2008;13(1):44-56.
17. Pazoki R, Nabipour I, Seyednezami N, Imani SR. Effects of a community-based healthy heart program on increasing healthy women's physical activity: a randomized controlled trial guided by Community-based Participatory Research (CBPR). *BMC Public Health* 2007; 7: 216.
 18. Dumith SC, Domingues MR, Gigante DP. Estágios de mudança de comportamento para a prática de atividade física: uma revisão de literatura. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2008; 10 (3):301-307.
 19. Prochaska JO, DiClemente CC. The stages and processes of self-change in smoking: Towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51(3), 390-395.
 20. Hutchison JH, Breckon JD, Johnston LH. Physical activity behavior change interventions based on the transtheoretical model: a systematic review. *Health Educ Beh* (on line first, published on July 2008); vol xx (x): XX-XX.
 21. Marcus BH, Forsyth LH. Motivating people to be physically active, physical activity intervention series. *Human Kinetics* 2005.
 22. Souza GS, Duarte MFS. Estágios de mudança de comportamento relacionados a atividade física em adolescentes. *Rev Bras Med Esporte* 2005; 11(2):104-108.
 23. Dumith SC, Gigante DP, Domingues MR. Stages of change for physical in adults from Southern Brazil: a population-based survey. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2007;4(1):25.
 24. Guedes DP, Santos CA, Lopes CC. Estágios de mudança de comportamento e prática de atividade física em universitários. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2006; 8(4): 5-15.
 25. U.S. Department of Health and Human Services. *Physical Activity Evaluation Handbook*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention-CDC, GA. EUA, 2002.
 26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *População e Domicílios-Censo 2000 com divisão territorial* 2001.

Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat> [2010jul 14]. Acessado em; 14/07/2010.

27. Marcus BH, Simkin LR. The transtheoretical model: applications to exercise behavior. *Med Sci Sports Exerc* 1994;26:1400-4.
28. Baecke JA, Burema J, Frijters JE. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *Am J Clin Nutr* 1982; 36 (5): 936-942.
29. Cabrera G, Gómez L, Mateus J. Actividad física y etapas de cambio comportamental em Bogotá. *Rev Colombia Med* 2004;35(2):82-86.
30. Marcus BH, Selby VC, Niaura RS, Rossi JS. Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Res Q Exerc Sport* 1992; 63(1):60-66.
31. Booth ML, Macaskill P, Owen N, *et al.* Population prevalence and correlates of stages of change in physical activity. *Health Educ Q* 1993; 20(3): 431-440.
32. Potvin L, Gauvin L, Nguyen NM. Prevalence of stages of change for physical activity in rural, suburban and inner-city communities. *J Communith Health* 1997; 22(1):1-13.
33. Hallal PC, Victora CG, Wells JCK, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35 (11): 1894-1900.
34. Gigante, DP. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(3): 236-246.
35. Cardinal BJ. The stages of exercise scale and stages of exercise behavior in female adults. *J Sports Med Phys Fitness* 1995; 35(2):87-92.
36. Marcus BH, Pinto BM, Simkin LR, Audrain JE, Taylor ER. Application of theoretical models to exercise behavior among employed woman. *Am J Health Promot* 1994;9(1):49-55.
37. Spencer L, Adams TB, Malone S, Roy L, Yost E. Applying the Transtheoretical Model to Exercise: A Systematic and Comprehensive Review of the Literature. *Health Promot Pract* 2006;7(4):428-443.

3.3 ARTIGO 3: PERCEPÇÃO DAS BARREIRAS PARA ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PRO AÇÃO E SAÚDE, BAHIA, BRASIL³

RESUMO

A forma de percepção das barreiras para a prática da atividade física, como a adoção e manutenção são diferentes em cada etapa da vida, e sofrem influência dos mais diversos fatores, sejam estes socioeconômicos, demográficos, culturais, comportamentais ou ambientais. O objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade de uma intervenção de educação física e saúde, de base comunitária, sobre a percepção das barreiras para prática de atividade física em adultos atendidos na atenção primária, Bahia, Brasil. Para caracterizar e identificar as mudanças provocadas pela intervenção, entre o survey pré e survey pós, foram empregados procedimentos de estatística descritiva (IC 95%) e o teste do Qui-quadrado (χ^2). A amostra deste estudo apresentou idades entre 18 e 65 anos, com média de $39,27 \pm 12,92$ anos (IC=38,61-39,92) para o grupo do survey pré (n=1489) e de $40,34 \pm 13,01$ anos (IC=34,28- 46,39) para o grupo survey pós (n=1339). Os homens ativos apresentaram um maior número de barreiras que sofreram mudanças significativas entre a pré e a pós-intervenção quando comparadas às dos inativos. Entre as mulheres ativas e inativas as mudanças ocorreram para a mesma quantidade de barreiras, porém, as inativas apresentaram as maiores variações na redução da percepção das barreiras. O Pro Ação e Saúde apresentou maiores impactos sobre a percepção das barreiras ambientais e sociais em adultos ativos, e sobre as barreiras sociais e físicas entre os inativos, tendo diminuição mais efetivas para a percepção das barreiras em mulheres ativas e inativas, e no aumento da percepção das barreiras para os homens inativos.

Palavras-Chave: Atenção Primária, Promoção da Saúde, Atividade Motora, Barreiras, Efetividade, Comunidade.

INTRODUÇÃO

Com o crescente aumento de estudos^{1,2} e diante da relevância do tema da atividade física e saúde para o controle das doenças e agravos

³Artigo submetido à Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano. Coautora: Maria de Fátima da Silva Duarte (UFSC/CDS/PPGEF).

não transmissíveis em nível mundial, fez surgir no Brasil, desde 2005, ações governamentais a fim de reforçar a promoção de programas de atividade física e saúde na atenção primária ³.

Apesar dos resultados expressivos para adoção do comportamento ativo, alguns autores reforçam que a utilização das estratégias na rotina da atenção primária sofre com barreiras para sua efetividade, como a falta de tempo, a recepção restrita do paciente, a falta de remuneração e a limitada habilidade de aconselhamento dos profissionais ⁴⁻⁶. No Brasil, a baixa participação do homem nas decisões e nos projetos relacionados à saúde, a baixa condição econômica e de escolaridade da população, a falta de espaços adequados, a falta ainda das condições básicas de vida e a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde da família, também são citados como elementos que dificultam a maior efetividade das intervenções na promoção da atividade física e saúde na AP ⁷.

A promoção da prática da atividade física requer entendimento dos seus determinantes e das perspectivas do indivíduo, família, semelhantes, e da comunidade, pois os adultos que tentam adotar e manter um estilo de vida fisicamente ativo são persistentemente desafiados por barreiras que frequentemente subjagam até mesmo o indivíduo mais ativo ⁸.

A barreira para atividade física é conhecida como motivo, razão ou desculpa declarada pelo indivíduo, que representa um fator negativo em seu processo de tomada de decisão para mudança do comportamento ⁹. Tanto a forma de percepção das barreiras, como a adoção e manutenção do comportamento ativo e saudável são diferentes em cada etapa da vida, e sofrem influência dos mais diversos fatores, sejam estes socioeconômicos, demográficos, culturais, comportamentais ou até mesmo ambientais ^{08,10-12}.

No Brasil, ainda são poucos os estudos que se reportam à percepção das barreiras para a prática de atividade física em adultos ^{13, 14}.

Portanto, a identificação das barreiras para a prática de atividade física por projetos e programas desenvolvidos na atenção primária representa uma iniciativa fundamental para o reconhecimento dos procedimentos a serem adotados, a fim de que se possa minimizar ou eliminar as barreiras que dificultam a maior adoção e manutenção do comportamento ativo e saudável, seja em nível individual ou comunitário. Logo, o objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade de uma intervenção de educação física e saúde (seguimento de um ano), de base comunitária (*survey* pré e pós), sobre as barreiras percebidas para a

prática de atividade física em adultos ativos e inativos no lazer atendidos pela atenção primária, Bahia, Brasil..

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de intervenção (seguimento de 12 meses), de base comunitária, em adultos de um município do Alto Sertão Baiano, Brasil.

A população do estudo foi composta por adultos aparentemente saudáveis com idade entre 20 e 65 anos, atendidos pelas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família (11) e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (04) do município estudado. Participaram da amostra deste estudo os adultos atendidos pelas áreas de abrangência de onze Unidades de Saúde da Família (USF) pertencentes ao perímetro urbano e pelo PACS centro.

A seleção da amostra foi realizada por meio do método de amostragem por conglomerados (domicílios) em estágios múltiplos. A estratificação da amostra por domicílios foi realizada a partir dos critérios utilizados pelas equipes de saúde da família (EqSF), sendo a amostra distribuída proporcionalmente ao número de adultos por área de abrangência das USF. A taxa de não resposta (perdas e recusas) foi de 4,43% no *survey* pré e de 6,19% no *survey* pós-intervenção. Considerando as perdas e recusas (domiciliares e individuais), a amostra ficou composta por 1489 adultos no *survey* pré, e de 1339 adultos no *survey* pós, representando um poder estatístico acima de 80%.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu entre os meses de setembro e novembro de 2009 (*survey* pré) e de setembro e novembro de 2010 (*survey* pós), e contou com a participação de 40 entrevistadores treinados, de ambos os sexos, que atuaram em duplas nas visitas domiciliares, sob a supervisão do pesquisador responsável.

As informações foram coletadas por meio de aplicação de questionário em forma de entrevista contendo as seguintes variáveis: sexo, estado civil, faixa etária em anos completos, escolaridade, situação ocupacional, renda familiar, estágios de mudança de comportamento (EMCAF)¹⁵, número e percepção das barreiras para atividade física¹⁶ e nível de atividade física¹⁷.

Barreiras para Atividade Física

Com base no instrumento de Martins e Petroski (2000) adaptado, as barreiras para prática de atividade física foram identificadas de forma dicotômica (sim / não), com 20 tipos de barreiras divididas em quatro dimensões para análise: 1) *Ambientais (BAmb)*: Falta de ambiente (clima) adequado; Falta de espaço disponível para a prática; Falta de equipamento disponível; Ambiente insuficientemente seguro; 2) *Sociais (BSoc)*: Jornada de trabalho extensa; Compromissos familiares; Tarefas domésticas; Falta de incentivo da família e/ou amigos; Falta de recursos financeiros; Falta de conhecimento / orientação sobre Atividade Física; Falta de companhia; Falta de vestimenta adequada; 3) *Comportamentais (BCom)*: Mau humor; Medo de lesionar-se; Preocupação com a aparência; Falta de interesse em praticar; 4) *Físicas (BFis)*: Falta de habilidades físicas; Limitações físicas; Cansaço físico; Dores leves e mal-estar¹⁶.

Nível de atividade física no lazer

O nível de atividade física no lazer foi determinado a partir da aplicação da seção quatro, da versão longa, do Questionário Internacional de Atividade Física – (IPAQ). Para o cálculo do tempo de atividade física no lazer, em minutos por semana, aplicou-se um escore, somando os minutos despendidos em caminhada e atividades de intensidade moderada, com os minutos despendidos em atividades de intensidade vigorosa, multiplicados por dois^{17, 18}. O indivíduo com um escore de dez a 149 minutos por semana foi considerado inativo (<150 min/sem) e acima de 149 minutos por semana foi considerado ativo (≥150 min/sem). Os indivíduos com escore zero foram classificados como sedentários e foram categorizados como *missing* para análise do estudo.

Os procedimentos e a aplicação do estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Processo nº 733).

Intervenção na atenção primária - Pro Ação e Saúde

O protocolo de intervenção de base comunitária na atenção primária (*Pro Ação e Saúde*) foi acompanhado durante 12 meses, no período de outubro de 2009 a outubro de 2010, e foi baseado no Modelo Transteorético para mudança de comportamento (TTM)¹⁵ e na teoria

pedagógica de Paulo Freire ¹⁹. Os detalhes do modelo de intervenção do *Pro Ação e Saúde* já foram apresentados previamente em outros estudos ⁷. Em síntese, para essa intervenção, foram constituídos grupos de atividade, com a participação das equipes de saúde da família (EqSF) do perímetro urbano, além de 24 instrutores de Educação Física, distribuídos em duplas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Durante a intervenção os instrutores foram capacitados por meio de atividades regulares mensal, com duração total de 320 horas (em 12 meses), distribuídas com oficinas pedagógicas, módulos teóricos e atividades de campo. A partir da territorialização e com o apoio matricial das EqSF, os estudantes desenvolviam nas UBS: atividades físicas (caminhada, alongamento, danças regionais, ginástica, atividades lúdicas, recreação e jogos), duas vezes por semana, com duração em média de 180 minutos por dia, com visitas domiciliares, rodas de conversa, participação de reuniões mensais com as EqSF, aconselhamentos personalizados com entrega de cartilhas educativas impressas e outras atividades pontuais ⁷.

Análise Estatística

Para análise dos dados foram empregados procedimentos de estatística descritiva: distribuição em frequências e percentuais, intervalos de confiança de 95% (IC95%), e o teste do Qui quadrado (χ^2) para identificar as mudanças nas barreiras para atividade física, após intervenção (seguimento de um ano).

Os dados foram organizados na planilha de cálculo Excel, versão XP, e analisados no programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 15.0, e no programa STATA 8.0. O nível de significância adotado foi de 95% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra quanto ao nível de atividade física no lazer e os indicadores sociodemográficos, quantidade de barreiras e comportamento para atividade física (linha base), por sexo.

A Tabela 2 apresenta a percepção das barreiras para atividade física em adultos *inativos no lazer (<150 min/sem)*. Nos homens inativos, pós-intervenção, identificou-se uma redução significativa na percepção para *falta de ambiente (clima) adequado (BAmb)*, mas aumentos significativos para falta de espaço disponível (*BAmb*), tarefas

domésticas (*BSoc*) e medo de lesionar-se (*BFis*). Para as mulheres inativas observou-se diminuição significativa para a maioria das barreiras pós-intervenção, e com as mulheres apresentando prevalências superiores às dos homens no *survey* pré (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta a percepção das barreiras para atividade física em adultos **ativos no lazer** (≥ 150 min/sem). As barreiras mais declaradas pelos *adultos ativos no lazer* foram semelhantes às dos adultos inativos e por ambos os sexos, *survey* pré, com acréscimo apenas para a percepção do ambiente insuficientemente seguro (*BAmb*) entre as mulheres (Tabela 3).

Quanto à efetividade da intervenção sobre a percepção das barreiras em *adultos ativos no lazer*, identificaram-se mudanças significativas entre os homens, com aumento para as tarefas domésticas (*BSoc*); e diminuição para falta de ambiente (clima) adequado (*BAmb*), compromissos familiares (*BSoc*), falta de conhecimento/ orientação sobre atividade física (*BSoc*), falta de interesse em praticar (*BCom*), falta de habilidades físicas e cansaço físico (*BFis*), pós-intervenção (Tabela 3). Para as mulheres ativas no lazer, também observou-se diminuição significativa para a maioria das barreiras pós-intervenção, com exceção para o aumento na percepção da falta de espaço disponível (Tabela 3).

Os homens ativos no lazer apresentaram um maior número de barreiras que sofreram mudanças significativas entre a pré e a pós-intervenção quando comparados aos inativos, com a percepção diminuída para a maioria das mudanças, com exceção para as atividades domésticas pós intervenção. Entre as mulheres ativas e inativas no lazer, observaram-se mudanças para a mesma quantidade de barreiras, porém as mulheres inativas apresentaram as maiores variações para a redução na percepção das barreiras (Tabelas 2 e 3).

Tabela 1. Caracterização da amostra quanto ao nível de atividade física no lazer e os indicadores sociodemográficos, quantidade de barreiras e comportamento para atividade física (linha base).

Variáveis	Homens (n=343)				Mulheres (n=927)			
	Inativo (<150 min/sem)		Ativo (≥150 min/sem)		Inativo (<150 min/sem)		Ativo (≥150 min/sem)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estado Civil								
Solteiro	51	39,2	80	37,9	105	26,2	131	25,1
Casado	71	54,6	116	55,0	250	62,3	297	57,0
Viúvo	02	1,5	02	0,9	17	4,2	42	8,1
Divorciado/separado	06	4,6	13	6,2	29	7,2	51	9,8
Faixa Etária								
18 a 25 anos	32	24,2	59	28,0	73	18,2	84	16,0
26 a 35 anos	26	19,7	47	22,3	105	26,1	132	25,1
36 a 45 anos	33	25,0	44	20,9	87	21,6	115	21,9
46 a 55 anos	23	17,4	33	15,6	74	18,4	111	21,1
56 a 65 anos	18	13,6	28	13,3	63	15,7	83	15,8
Escolaridade								
Analfabeto	05	3,8	12	5,7	16	4,0	24	4,6
Primário (1ª a 4ª)	28	21,4	43	20,5	83	21,0	104	20,0
Ginásial (5ª a 8ª)	33	34,7	62	29,5	110	27,8	122	23,5
Colegial/médio (2º G)	56	42,7	81	38,6	157	39,6	216	41,6
Superior	09	6,9	12	5,7	30	7,6	53	10,2
Situação ocupacional								
Trabalha	99	76,2	149	71,3	149	37,2	236	45,3
Desempregado	20	15,4	43	20,6	49	12,2	53	10,2
Dona de casa	01	0,8	-	-	174	43,4	187	35,9
Aposentado	09	6,9	06	2,9	23	5,7	31	6,0
Outros	01	0,8	11	5,3	06	1,5	14	2,7
Renda familiar								
> 1 salário mínimo	15	12,2	31	15,3	76	21,1	105	21,6
1,01 a 2 salários	56	45,5	98	48,5	183	50,7	246	50,5
2,01 a 3 salários	18	14,6	39	19,3	57	15,8	79	16,2
> 3,01 salários	34	27,6	34	16,8	45	12,5	57	11,7
Quantidade de Barreiras								
Nenhuma	10	7,6	26	12,3	14	3,5	39	7,4
De 1 a 5 barreiras	69	52,5	100	47,4	170	42,3	244	46,5
De 6 a 10 barreiras	42	31,8	54	25,6	136	33,8	151	28,8
De 11 a 15 barreiras	10	7,6	21	10,0	65	16,2	69	13,1
De 16 a 20 barreiras	01	0,8	10	4,7	17	4,2	22	4,2
EMCAFE (TTM)*								
Pré contemplação	21	16,9	30	15,7	60	16,7	76	16,4
Contemplação	28	22,6	32	16,8	74	20,6	97	20,9
Preparação	19	15,3	52	27,2	57	15,8	87	18,8
Ação	10	8,1	07	3,7	21	5,8	26	5,6
Manutenção	46	37,1	70	36,6	148	41,1	178	38,4
AF no lazer	132	38,5	211	61,5	402	43,4	525	56,6

A taxa de não resposta (questões em branco) para a atividade física no lazer foi de 14% (n=56) nos homens e de 15% (n=163) nas mulheres. Não foi observado diferença significativa entre ativos e inativos para ambos os sexos, para o intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

Tabela 2. Percepção das barreiras para atividade física em adultos inativos no lazer, pré e pós intervenção, de base comunitária, na atenção primária, Brasil (seguimento de um ano).

	Homens				Mulheres				Todos			
	Survey pré (2009) n=132	Surve y Pós (2010) n=123	P valor*	%	Survey Pré (2009) n=402	Survey Pós (2010) n=332	P valor*	%	Survey Pré (2009) n=534	Survey Pós (2010) n=455	P valor*	%
Falta de ambiente (clima) adequado												
Falta de espaço disponível	24,6	13,9	0,032*	26,4	16,8	0,002*	26,0	16,0	0,001*	≤0,001*	≤0,001*	
Falta de equipamento disponível	45,0	41,8	0,604	40,8	40,4	0,918	41,8	40,8	0,742	0,742	0,742	
Ambiente insuficientemente seguro	20,6	38,8	0,001*	37,6	34,3	0,356	33,4	35,5	0,487	0,487	0,487	
Falta de ambiente (clima) adequado	28,2	24,0	0,440	40,5	28,8	0,001*	37,5	27,5	0,001*	0,001*	0,001*	
Sociais (BSoc)												
Jornada de trabalho extensa	24,4	19,2	0,314	28,9	19,3	0,003*	27,8	19,3	0,002*	0,002*	0,002*	
Compromissos familiares	30,8	24,2	0,243	45,8	26,2	≤0,001*	42,1	25,6	≤0,001*	≤0,001*	≤0,001*	
Tarefas domésticas	12,3	30,0	0,001*	38,7	33,7	0,173	32,2	32,7	0,861	0,861	0,861	
Falta de incentivo familiar/ amigos	26,4	25,8	0,925	36,9	19,8	≤0,001*	34,3	21,4	≤0,001*	≤0,001*	≤0,001*	
Falta de recursos financeiros	19,1	14,9	0,375	24,6	18,9	0,064	23,3	17,8	0,036*	0,036*	0,036*	
Falta de conhecimento/Orient. AF	26,7	18,3	0,113	36,9	21,1	≤0,001*	34,4	20,4	≤0,001*	≤0,001*	≤0,001*	
Falta de Companhia	14,6	14,9	0,954	25,6	14,2	≤0,001*	22,9	14,4	0,001*	0,001*	0,001*	
Falta de Vestimenta Adequada	25,4	21,5	0,467	22,8	21,1	0,584	23,4	21,2	0,407	0,407	0,407	

(continua)

	Homens			Mulheres			Todos		
	Survey pré (2009)	Survey Pós (2010)	p valor*	Survey Pré (2009)	Survey Pós (2010)	p valor*	Survey Pré (2009)	Survey Pós (2010)	p valor*
	n=132 %	n=123 %		n=402 %	n=332 %		n=534 %	n=455 %	
Comportamentais (BCom)									
Mau humor	19,7	27,5	0,144	28,5	22,4	0,061	26,3	23,8	0,359
Medo de lesionar-se	19,2	33,3	0,011*	35,8	30,4	0,126	31,8	31,2	0,858
Preocupação com aparência	31,3	29,2	0,714	44,0	32,6	0,002*	40,9	31,7	0,003*
Falta de interesse em praticar	21,4	25,8	0,405	26,2	23,2	0,359	25,0	23,9	0,698
Físicas (BFis)									
Falta de habilidades físicas	13,7	14,9	0,797	23,4	11,5	≤0,001*	21,0	12,4	≤0,001*
Limitações físicas	47,3	38,8	0,174	59,0	41,0	≤0,001*	56,1	40,4	≤0,001*
Cansaço físico	18,3	17,4	0,842	24,6	15,3	0,002*	23,1	15,8	0,005*
Dores leves e mal-estar	18,3	15,7	0,581	23,3	16,8	0,034*	22,0	16,5	0,031*

AF= atividade física. *Teste Qui quadrado (χ^2) para um nível de significância de $p \leq 0,05$. Nas mulheres a taxa de não resposta para a percepção das barreiras foi de 1,1% (falta de recursos financeiros e falta de companhia, n=8) a 2,5% (dores leves e mal-estar, n=18), e de 0,8% (falta de espaço disponível, n=02) a 2,4% (Falta de incentivo da família/ amigos, n=06) nos homens e de 1,1% (falta de recursos financeiros, n=11) a 2,1% (dores leves e mal-estar, n=21) na população geral.

Tabela 3. Percepção das barreiras para atividade física em adultos ativos no lazer, pré e pós intervenção, de base comunitária, na atenção primária, Brasil (seguimento de um ano).

	Homens			Mulheres			Todos		
	Survey pré (2009) n=132	Survey Pós (2010) n=123	P valor*	Survey Pré (2009) n=402	Survey Pós (2010) n=332	P valor*	Survey Pré (2009) n=534	Survey Pós (2010) n=455	P valor*
	%	%		%	%		%	%	
Falta de ambiente (clima) adequado									
Falta de espaço disponível	25,4	12,1	0,001*	24,9	17,2	0,006*	25,0	15,5	≤0,001*
Falta de equipamento disponível	41,9	43,7	0,717	36,9	46,6	0,020*	38,3	44,3	0,030*
Ambiente insuficientemente seguro	27,5	32,2	0,310	32,8	32,8	0,995	31,3	32,2	0,621
Falta de ambiente (clima) adequado	33,8	28,6	0,266	39,7	31,0	0,008*	38,0	30,2	0,004
Sociais (BSoc)									
Jornada de trabalho extensa	26,7	18,6	0,057	26,1	19,3	0,017*	26,2	19,0	0,002*
Compromissos familiares	36,5	22,5	0,003*	39,6	27,9	≤0,001*	38,7	26,1	≤0,001*
Tarefas domésticas	12,9	30,1	≤0,001*	31,5	29,4	0,499	26,2	29,6	0,174
Falta de incentivo familiar/ amigos	23,9	20,3	0,394	31,9	22,5	0,002*	29,6	21,8	0,002*
Falta de recursos financeiros	24,2	16,4	0,058	22,4	17,0	0,045*	22,9	16,8	0,007*
Falta de conhecimento/Orient. AF	34,0	19,1	0,001*	32,1	24,1	0,008*	32,7	22,5	≤0,001*
Falta de Companhia	20,3	16,9	0,397	22,9	15,3	0,004*	22,2	15,8	0,004*
Falta de Vestimenta Adequada	23,6	20,9	0,526	19,7	18,2	0,562	20,8	19,0	0,435

(continua)

(continuação)

	Homens				Mulheres				Todos			
	Survey pré (2009)	Survey Pós (2010)	p valor*	Survey Pré (2009)	Survey Pós (2010)	p valor*	Survey Pré (2009)	Survey Pós (2010)	p valor*	Survey Pré (2009)	Survey Pós (2010)	p valor*
	n=132	n=123	%	n=402	n=332	%	n=534	n=455	%	n=534	n=455	%
Comportamentais (BCom)												
Mau humor	23,7	24,7	0,809	26,9	21,3	0,051	26,0	22,4	0,134	26,0	22,4	0,134
Medo de lesionar-se	30,0	33,9	0,410	34,5	28,6	0,062	33,2	30,3	0,271	33,2	30,3	0,271
Preocupação com aparência	35,7	44,8	0,068	40,2	30,6	0,003*	39,0	35,2	0,170	39,0	35,2	0,170
Falta de interesse em praticar	27,5	16,5	0,009*	27,3	16,9	≤0,001*	27,4	16,8	≤0,001*	27,4	16,8	≤0,001*
Físicas (BFis)												
Falta de habilidades físicas	16,7	9,8	0,048*	19,2	14,3	0,054	18,5	12,8	0,006*	18,5	12,8	0,006*
Limitações físicas	35,9	36,8	0,849	47,0	40,6	0,055	43,8	39,4	0,106	43,8	39,4	0,106
Cansaço físico	21,5	12,0	0,013*	21,0	14,6	0,014*	21,1	13,7	0,001*	21,1	13,7	0,001*
Dores leves e mal-estar	17,3	16,0	0,735	20,7	18,8	0,483	19,7	17,9	0,404	19,7	17,9	0,404

AF= atividade física *Teste Qui quadrado (χ^2) para um nível de significância de $p \leq 0,05$. Taxa de não resposta para a percepção das barreiras foi de 1,1% (falta de vestimenta adequada e medo de lesionar-se, $n=10$) a 3,0% (dores leves e mal-estar, $n=27$) entre as mulheres, de 1,5% (falta de espaço disponível, jornada de trabalho extensa, medo de lesionar-se e falta de habilidades físicas, $n=06$) a 2,5% (ambiente insuficientemente seguro, dores leves e mal-estar, mau humor e falta de interesse em praticar, $n=10$) entre os homens e de 1,2% (medo de lesionar-se, $n=16$) a 2,8% (dores leves e mal-estar, $n=37$) na população geral.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar a efetividade de uma intervenção de educação física e saúde (*seguimento* de um ano), de base comunitária (*survey* pré e pós), sobre as barreiras percebidas para prática de atividade física em adultos ativos e inativos no lazer atendidos na atenção primária.

Na linha base (*survey* pré) a limitação física (*BFis*) foi a barreira mais citada por homens e mulheres inativas no lazer. Após a intervenção, as mulheres apresentaram a diminuição ($p \leq 0,001$) na percepção das limitações físicas. A limitação física é um fator intrapessoal que interfere diretamente na possibilidade ou não da adoção do comportamento ativo, seja a limitação representada por uma doença crônica ou por algum problema de saúde, ou influenciada por outra barreira de cunho comportamental ou social.

Em estudo de revisão realizado por Baert et al. (2011) observou-se que entre os estudos analisados, as barreiras do nível intrapessoal¹⁴ foram as mais citadas com destaque para condição de saúde/ deficiência física, fraqueza, aumento da dor com a prática de atividade física e falta de motivação²⁰.

Os homens inativos apresentaram uma maior percepção para *falta de espaço disponível*, *tarefas domésticas* e *medo de lesionar-se*, e diminuição apenas para a *falta de ambiente* (clima) *adequado* pós-intervenção. Entre as mulheres inativas observou-se redução na percepção em todas as barreiras pós-intervenção, com diminuição significativa para a maioria delas. Para as mudanças na percepção das barreiras, pós-intervenção, entre os adultos inativos no lazer destacaram-se o aumento para *a falta de equipamento disponível* entre os homens ($\Delta=18,2$ pontos percentuais; $p=0,001$) e a diminuição para *as tarefas domésticas* entre as mulheres ($\Delta=19,6$ pontos percentuais; $p \leq 0,001$) (Tabela 2).

A elaboração de iniciativas organizacionais voltadas para a construção de espaços físicos e equipamentos adequados para prática a atividade física, em seus diversos momentos, tem sido abordada extensivamente por outros estudos^{21, 22} e com associações entre a inatividade física e barreiras ambientais, como a falta de equipamentos²³, acessibilidade e infraestrutura inadequada²⁴⁻²⁶ e instalações de acesso^{23,24}. Acredita-se que as metodologias, estratégias e teorias para adoção do comportamento ativo e saudável já estejam estabelecidas^{27, 28}, e que agregar as intervenções de cunho ambiental possa favorecer ainda mais a construção de ambientes saudáveis e a melhoria da saúde da

população. O aumento para a percepção da barreira “*falta de equipamento disponível*” entre os homens inativos e o aumento na percepção da “*falta de espaço disponível*” entre as mulheres ativas no lazer reforçam a necessidade de maiores investimentos nos ambientes públicos, com construção de praças, espaços esportivos e melhora do sistema urbano de transporte, com implantação de ciclovias e calçadas apropriadas.

Segundo Cerin et al. (2010), reconhecem que as oportunidades ambientais e o apoio social reduzem efetivamente as barreiras percebidas para a prática de atividade física de lazer¹².

As maiores mudanças identificadas entre adultos ativos no lazer devem-se principalmente à melhor compreensão do desenvolvimento e dos fatores determinantes da sua prática, quando comparados aos inativos. O grau de conhecimento sobre as práticas saudáveis interfere na forma de perceber os determinantes. A forma de perceber as barreiras está diretamente relacionada às condições socioeconômicas, principalmente por parte da classe econômica e da escolaridade baixa, que determinam a forma de viver e as condições de acesso de cada grupo social.

Alguns estudos^{8, 29} confirmam essa relação, tendo em vista que o fato de pertencer a classes econômicas mais abastadas e com alto nível de escolaridade implica a pouca percepção de barreiras relativas a baixos índices de saúde, percepção de risco à saúde e à integridade física ou até mesmo acesso a programas e ambientes de prática.

Como uma das barreiras sociais para a prática regular de atividade física, a *falta de recursos financeiros* foi percebida pelos adultos ativos e inativos no lazer como barreira e apresentou diminuição na percepção na pós-intervenção. Mesmo reconhecendo que a condição econômica é um fator limitante para adoção do comportamento fisicamente ativo²⁸, ainda percebe-se, por vezes, a compreensão limitada e reducionista da população sobre as possibilidades, estratégias, os tipos e locais para a realização da atividade física ou até mesmo do exercício físico.

O destaque para a diminuição da percepção da *falta de conhecimento/orientação de atividade física* ($\Delta=10,2$ pontos percentuais; $p\leq 0,001$) e dos *compromissos familiares* ($\Delta=12,6$ pontos percentuais; $p\leq 0,001$), entre os ativos, e para os *compromissos familiares* ($\Delta=16,5$ pontos percentuais; $p\leq 0,001$) e as *limitações físicas* ($\Delta=15,7$ pontos percentuais; $p\leq 0,001$) entre os inativos representam a efetividade do Pro Ação e Saúde sobre as dimensões das barreiras para atividade física (Tabela 02 e 03).

A compreensão das barreiras para atividade física na atenção primária passa por dois aspectos importantes para entendimento da população envolvida: 1) quanto maior conhecimento sobre a prática e sua regularidade, melhor o entendimento e possibilidade sobre a percepção dos fatores que dificultam a adoção da prática regular da atividade física e dos hábitos saudáveis; e 2) a identificação e o reconhecimento de que os determinantes sociais estão diretamente relacionados à possibilidade de escolha e superação das barreiras, é extremamente relevante para a elaboração dos programas de intervenção na atenção primária.

As estratégias de empoderamento e as práticas de educação e saúde ¹⁹ utilizadas pelo Pro Ação e Saúde reforçam a possibilidade de que os indivíduos e as comunidades venham a desenvolver competências e habilidades por meio do acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem, ou seja, a aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de sua saúde ³¹, pois a mudança das barreiras ambientais e sociais, só se torna possível com a implementação e desenvolvimento de políticas públicas e da elaboração de leis.

CONCLUSÃO

O Pro Ação e Saúde apresentou maiores impactos sobre as percepção das barreiras ambientais (*BAmb*) e sociais (*BSoc*) em adultos ativos no lazer, e sobre as barreiras sociais (*BSoc*) e físicas (*BFís*) entre os inativos, sendo mais efetivo para diminuição na percepção das barreiras em mulheres ativas e inativas no lazer.

Conclui-se que a proposta de intervenção foi mais efetiva para os homens ativos no lazer e para as mulheres, independente do nível de atividade física no lazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hallal PC, Dumith SC, Bastos JP, Reichert FF, Siqueira FV, Azevedo MR. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão Sistemática. Rev Saúde Publica 2007; 41(3): 453-460.
2. Dumith SC. Physical activity in Brazil: a systematic review. Cad. Saúde Pública 2009; 25 (3): S415-S426.

3. Malta DC, Castro AM, Allencar DK, Gosh CS. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol Serv Saúde* 2009; 18 (1):7-16.
4. Eakin EG, Smith BJ, Bauman AE. Evaluating the Population Health Impact of Physical Activity Interventions in Primary Care—Are We Asking the Right Questions?. *Journal of Physical Activity and Health*, 2005; 2: 197-215.
5. Smith BJ. Promotion of physical activity in primary health care: update of the evidence on interventions. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 2004; 7 (1): Supplement: 67-73.
6. McKenna J, Naylor PJ, Dowell NM. Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses. *Br J Sports Med* 1998;32:242–247.
7. Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa Ação e Saúde Floripa- BRASIL. *RBAFS* 2008;13(1):44-56.
8. Seefeldt V, Malina RM, Clark MA. Factors affecting levels of physical activity in adults. *Sports Med* 2002; 32 (3): 143-168.
9. Sallis JF, Owen N. *Physical Activity & Behavioral Medicine*. Califórnia: Sage Publications, 1999.
10. Giles-Corti B, Donovan RJ. The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity. *Social Science & Medicine* 2002; 54: 1793–1812.
11. Zlot AI, Librett J, Buchner D, Schmid T. Environmental, transportation, social, and time barriers to physical activity. *Journal of Physical Activity and Health* 2006; 3: 15-21.
12. Cerin E, Leslie E, Sugiyama T, Owen N. Perceived barriers to leisure-time physical activity in adults: an ecological perspective. *Journal of Physical Activity and Health* 2010; 7: 451-459.

13. Reichert FF, Barros AJD, Domingues MR, Hallal PC. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. *American Journal of Public Health* 2007; 97(3): 515–519.
14. Gobbi S, Caritá LP, Hirayama MS, Quadros J^oAC, Santos RF, Gobbi LTB. Comportamento e Barreiras: Atividade Física em Idosos Institucionalizados. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2008; 24(4): 451-458.
15. Marcus BH, Simkin LR. The trans-theoretical model: applications to exercise. *Medicine Science Sports Exercise* 1994; 26(11):1400-4.
16. Martins MO, Petroski EL. Mensuração da percepção de barreiras para a prática de atividades físicas: uma proposta de instrumento. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano* 2000, 2(1), 58-65.
17. IPAQ. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms. 2005. Disponível em: www.ipaq.ki.se. Acessado em: 13/07/2008.
18. Haskell WL., Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair S, Franklin BA et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007; 116 (9): 1081-1093.
19. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários para a prática docente*. São Paulo: Paz & Terra; 1996.
20. Baert V, Gorus E, Mets T, Geerts C, Bautmans I. Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 2011; 10 (2011): 464– 474.
21. Wendel-Vos W, Droomers M, Kremers S, Brug J, Van Lenthe F. Potential environmental determinants of physical activity in adults: a systematic review. *Obes Rev.* 2007; 8(5): 425-440.

22. Gebel K, Bauman AE, Petticrew M. The physical environment and physical activity: a critical appraisal of review articles. *Am J Prev Med* 2007; 32(5): 361-369.
23. Azar D, Ball K, Salmon J, Cleland V. Individual, Social, and Physical Environmental Correlates of Physical Activity Among Young Women at Risk of Depression. *Journal of Physical Activity and Health*, 2011; 8, 133 -140.
24. Chaudhury H, Mahmood A, Michael YL, Campo M, Hay K. The influence of neighborhood residential density, physical and social environments on older adults' physical activity: An exploratory study in two metropolitan areas. *Journal of Aging Studies* 2012; 26: 35-43.
25. Bodde AE, Seo DC. A review of social and environmental barriers to physical activity for adults with intellectual disabilities. *Disability and Health Journal* 2009; 2: 57-66.
26. Florindo AA, Salvador EM, Reis RS, Guimarães VV. Percepção do ambiente e prática de atividade física em adultos residentes em região de baixo nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(2): 302-10.
27. U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity and health: a report of the surgeon general. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
28. Marcus BH, Forsyth LH. Motivating people to be physically active, physical activity intervention series. *Human Kinetics* 2003; Capítulo 4.
29. Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute. (1996a). Stages of change in physical activity. Endereço eletrônico: <http://www.cfrli.ca/pdf/e/pip29.pdf>.

30. Gidlow C, Johnston LH , Crone D, Ellis N, James D. A systematic review of the relationship between socio-economic position and physical activity. *Health Education Journal* 2006; 65(4): 338–367.
31. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. D. Czeresnia & C.M. Freitas, (Org.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, pp. 9-14.

3.4 ARTIGO 4: EFETIVIDADE DE UMA INTERVENÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PRO AÇÃO E SAÚDE, BAHIA, BRASIL⁴

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade de uma intervenção de base comunitária, de atividade física e saúde sobre as condições de saúde, de atividade física e da percepção do programa em adultos atendidos pela ESF em município no alto sertão baiano, Bahia, Brasil. A intervenção foi desenvolvida em onze áreas de abrangência com as equipes das unidades básicas de saúde, com as estratégias da teoria de mudança de comportamento e da educação popular. Para identificar as mudanças da percepção dos indicadores de saúde, de atividade física e do Pro Ação e Saúde, após intervenção de um ano, foram empregados procedimentos de estatística descritiva (IC 95%) e o teste do Qui quadrado (χ^2). A amostra deste estudo apresentou idades entre 18 e 65 anos, com média de $39,27 \pm 12,92$ anos (IC=38,61-39,92) para o grupo do *survey* pré (n=1489) e de $40,34 \pm 13,01$ anos (IC=34,28- 46, 39) para o grupo *survey* pós (n=1339). Observou-se diferenças significativas para a percepção do estresse, o tabagismo e o consumo regular de bebidas alcoólicas em ambos os sexos. Quanto ao aconselhamento sobre atividade física observou-se que os homens passaram a ser mais aconselhados ($p \leq 0,001$). Em relação aos estágios de mudança identificou-se o aumento na fase de manutenção ($p \leq 0,001$) e a diminuição do comportamento inativo (contemplação e pré contemplação) ($p \leq 0,001$) nos adultos, e com maiores mudanças nas mulheres ($p \leq 0,001$). Por fim, os resultados da pesquisa comprovam a efetividade do Pro Ação e Saúde para mudança de comportamento para atividade física e saúde em adultos na atenção primária, com impactos mais efetivos nos homens, e com uma maior redução do comportamento inativo nas mulheres.

Palavras-Chave: Atenção Primária, Atividade Motora, Planos e Programas de Saúde, Comunidade.

⁴ Artigo submetido a Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Coautora: Maria de Fátima da Silva Duarte (UFSC/CDS/PPGEF).

INTRODUÇÃO

O grande número de evidências epidemiológicas que comprovam um novo perfil de morbimortalidade, particularmente aquelas provocadas por doenças e agravos não transmissíveis¹, e a relação do comportamento fisicamente ativo para prevenção de doenças^{2, 3}, levaram diversos países (ex: Estados Unidos, Austrália, Reino Unido, Nova Zelândia, etc.), instituições^{3, 4} e pesquisadores⁵ a investir em intervenções de atividade física, na atenção primária (AP)⁶⁻¹⁰.

A expressão “atenção primária em saúde” no Brasil é sinônimo da política de saúde do país, o Sistema Único de Saúde (SUS), com grandes investimentos e ações estratégicas na atenção básica, e a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) direciona suas ações para as famílias e comunidades a fim de integrar o cuidado médico com a promoção da saúde¹¹.

As intervenções de atividade física na AP se reportam a importantes resultados para as variáveis metabólicas e antropométricas^{12, 13}, a progressão na mudança de comportamento¹³⁻¹⁷, os indicadores de percepção da saúde^{16, 18}, o aumento do suporte social^{8, 13, 14} e aumento nos níveis de atividade física^{12, 13, 16, 18, 19} e com aplicação de diversas estratégias (aconselhamento baseado em teorias comportamentais, utilização de material impresso, acompanhamento pessoal e comunitário, face a face, por internet, por correio ou por telefone, etc.)^{6, 20}. Apesar da efetividade comprovada dessas intervenções, existem alguns questionamentos quanto à generalização dos resultados, à sustentabilidade, à disseminação e à aplicação dessas intervenções para a rotina da saúde pública²¹ e da atenção primária²².

Desde 2005, com a aprovação da Política Nacional da Promoção da Saúde, o Brasil obteve avanços significativos na condução de suas práticas promotoras de saúde. Nesse período, o Ministério da Saúde reconheceu a relevância do tema atividade física e implantou a sua agenda no SUS com investimentos em recursos, mais de R\$ 85 milhões de reais, com financiamento de projetos, e na avaliação de programas para aumento da promoção da atividade física e saúde na população, nos diferentes níveis do SUS²³.

Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade de uma intervenção de base comunitária, de atividade física e saúde sobre as condições de saúde, de atividade física e da percepção do programa em adultos atendidos pela ESF em município no alto sertão baiano, Bahia, Brasil.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de intervenção (seguimento de um ano), de base comunitária, em adultos de um município do Alto Sertão Baiano, Bahia, Brasil.

A população do estudo foi composta por adultos aparentemente saudáveis com idade entre 20 e 65 anos, atendidos pelas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família (11) e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (04) do município estudado. Participaram da amostra deste estudo os adultos atendidos pelas áreas de abrangência de onze Unidades de Saúde da Família (USF) pertencentes ao perímetro urbano e pelo PACS centro.

A seleção da amostra foi realizada por meio do método de amostragem por conglomerados (domicílios) em estágios múltiplos. A estratificação da amostra por domicílios foi realizada a partir dos critérios utilizados pelas equipes de saúde da família (EqSF), sendo a amostra distribuída proporcionalmente ao número de adultos por área de abrangência das USF. A taxa de não resposta (perdas e recusas) foi de 4,43% no *survey* pré e de 6,19% no *survey* pós-intervenção. Considerando as perdas e recusas (domiciliares e individuais), a amostra ficou composta por 1489 adultos no *survey* pré, e de 1339 adultos no *survey* pós, representando um poder estatístico acima de 80%.

1) Intervenção na atenção primária - Pro Ação e Saúde

O protocolo de intervenção de base comunitária (Pro Ação e Saúde) foi acompanhado durante 12 meses, no período de outubro de 2009 a outubro de 2010, e foi baseado no Modelo Transteorético para mudança de comportamento (TTM) ²⁴ e na teoria pedagógica de Paulo Freire ²⁵. Os detalhes do modelo de intervenção do Pro Ação e Saúde já foram apresentados previamente em outro estudo ¹⁶. Em síntese, para esta intervenção, foram constituídos grupos de atividade com a participação das equipes de saúde da família (EqSF) do perímetro urbano, além de 24 instrutores, distribuídos em duplas pelas Unidades básicas de saúde (UBS). Durante a intervenção os instrutores foram capacitados por meio de atividades regulares mensal, com duração total de 320 horas (em 12 meses), distribuídas com oficinas pedagógicas, módulos teóricos e atividades de campo. A partir da territorialização e com o apoio matricial das EqSF desenvolviam nas UBS: atividades físicas (caminhada, alongamento, danças regionais, ginástica, atividades lúdicas, recreação e jogos), duas vezes por semana, com duração em média de 180 minutos por dia, com visitas domiciliares (24 por mês),

rodas de conversa (04 por mês), participação de reuniões mensais com as EqSF, aconselhamentos personalizados (20 por mês) e outras atividades pontuais que estimulavam a prática da promoção da saúde ¹⁶.

Coleta de Dados

A coleta de dados aconteceu entre os meses de setembro e novembro de 2009 (*survey* pré) e de setembro e novembro de 2010 (*survey* pós), e contou com a participação de 40 entrevistadores treinados, de ambos os sexos, que atuaram em duplas nas visitas domiciliares, sob a supervisão do pesquisador responsável.

As informações foram coletadas por meio de aplicação de questionário em forma de entrevista contendo as seguintes variáveis: **(a) sociodemográficas e econômicas**: sexo; estado civil; faixa etária em anos completos; escolaridade; situação ocupacional; setor de trabalho; cor de pele; e padrão de consumo socioeconômico (classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa); **(b) indicadores de saúde**: percepção de saúde; problemas de saúde autorreferidos; uso regular de medicamentos; percepção do estresse; autoavaliação do sono; satisfação com o peso corporal, tabagismo e uso regular de bebidas alcoólicas; **(c) indicadores do Pro Ação e Saúde e de atividade física**: conhecimento e participação do Pro Ação e Saúde; Estágios de Mudança de Comportamento de Atividade Física e Exercício – EMCAF ²⁴ e aconselhamento sobre atividade física no último ano e na última consulta.

Os procedimentos e a aplicação do estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Processo nº 733).

Análise estatística

Para análise dos dados foram empregados procedimentos de estatística descritiva: distribuição em frequências e percentuais, intervalos de confiança de 95% (IC95%), e o teste do Qui Quadrado (χ^2) para identificar as mudanças dos indicadores de saúde, de atividade física e do Pro Ação e Saúde, após intervenção (seguimento de um ano).

Os dados foram organizados na planilha de cálculo Excel, versão XP, e analisados no programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 15.0, e no programa STATA 8.0. O nível de significância adotado foi de 95% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

A amostra deste estudo apresentou idades entre 18 e 65 anos, com média de 39,27 \pm 12,92 anos (IC=38,61-39,92) para o grupo do *survey* pré-intervenção (n=1489) e de 40,34 \pm 13,01 anos (IC=34,28- 46, 39) para o grupo *survey* pós-intervenção (n=1339).

Para as características sociodemográficas de adultos atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) na zona urbana em cidade do Alto Sertão Baiano, Bahia, Brasil, observou-se que, para ambas as pesquisas domiciliares (*survey* pré e pós), a maioria da amostra foi constituída por mulheres, casadas, com idade entre 18 e 45 anos, que ao menos cursaram o ginásio completo, trabalhadoras do setor informal e com característica de cor de pele parda (Tabela 1). Quanto às características econômicas, a maioria dos adultos percebe uma renda familiar entre um e dois salários mínimos (68%) e, segundo os critérios da ABEP para classificação econômica, pertencem às classes média (55,6%) e baixa (30,2%).

A tabela 2 apresenta a efetividade da intervenção sobre os indicadores de saúde em adultos, por sexo. Para as variáveis de percepção do estresse, tabagismo e o consumo regular de bebidas alcoólicas, observaram-se diferenças significativas para ambos os sexos.

A autoavaliação do sono e outros agravos à saúde, para as mulheres, e a satisfação com o peso corporal, para os homens, também apresentaram resultados significativos pós-intervenção (Tabela 02).

Tabela 1. Características sociodemográficas de adultos atendidos pela Estratégia Saúde da Família na zona urbana em cidade no Alto Sertão Baiano, Bahia, Brasil.

Categoria	Survey Pré (2009)			Survey Pós (2010)			p valor*
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Sexo							
Masculino	393	26,5	24,3- 28,8	402	30,0	27,6- 32,5	0,038
Feminino	1090	73,5	71,1- 75,6	937	70,0	67,5- 72,4	
Estado Civil							
Solteiro	425	28,7	26,5- 31,1	386	28,9	26,5- 31,4	0,829
Casado	875	59,1	56,6- 61,6	800	59,8	57,2- 62,4	
Viúvo	68	4,6	3,6- 5,8	62	4,6	3,6- 5,9	
Divorciado/separado	112	7,6	6,3-9,3	89	6,7	5,4- 8,1	
Faixa Etária							
18 a 25 anos	286	19,2	17,8- 21,9	216	16,1	14,2- 18,2	0,155
26 a 35 anos	365	24,5	23,3- 27,5	312	23,3	21,1- 25,6	
36 a 45 anos	344	23,1	21,6- 26,0	331	24,7	22,5- 27,1	
46 a 55 anos	270	18,1	16,7- 20,7	255	19,0	17,0- 21,2	
56 a 65 anos	224	15,0	13,7- 17,4	225	16,8	14,9- 18,9	
Escolaridade							
Analfabeto	65	4,4	3,5- 5,6	76	6,2	5,0- 7,7	0,069
Primário (1ª a 4ª)	310	21,0	19,3- 23,2	258	21,1	18,9- 23,5	
Ginasial (5ª a 8ª)	382	25,9	23,7- 28,2	329	26,9	24,5- 29,5	
Colegial (2º Grau)	590	40,0	37,5- 42,5	438	35,8	33,2- 38,6	
Superior	127	8,6	7,3- 10,2	121	9,9	8,3- 11,7	
Situação ocupacional							
Trabalha	752	50,9	48,3- 53,2	680	51,1	48,4- 53,8	0,003
Desempregado	190	12,9	11,2- 14,7	124	9,3	7,9- 11,0	
Dona de casa	414	28,0	25,8- 30,3	410	30,8	28,4- 33,4	
Aposentado	82	5,5	4,5- 6,8	94	7,1	5,8- 8,6	
Outros	40	2,7	1,2- 3,7	22	1,7	1,1- 2,5	
Setor de Trabalho							
Formal	175	26,0	22,8- 29,4	216	36,3	32,5- 40,2	≤ 0,001
Informal	499	74,0	70,6- 77,2	379	63,7	59,8- 67,5	
Cor da Pele							
Branca	408	27,7	25,5- 30,0	434	32,6	30,1- 35,2	≤ 0,001
Preta	161	10,9	9,4- 12,6	180	13,5	11,8- 15,5	
Parda	885	60,0	57,5- 62,5	708	53,2	50,5- 55,9	
Outras	20	1,4	0,1- 2,1	09	0,7	0,4- 1,3	

*Teste Qui Quadrado (χ^2) para um nível de significância de $p \leq 0,05$

Tabela 2. Efetividade de uma intervenção, de base comunitária, de atividade física e saúde na atenção primária, Bahia, Brasil, pós-intervenção (seguimento de um ano) sobre os indicadores de saúde em adultos, por sexo.

Indicadores de saúde	Feminino						Masculino						p valor*
	Survey Pré (2009)			Survey Pós (2010)			Survey Pré (2009)			Survey Pós (2010)			
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Percepção de saúde													
Positiva	658	60,8	57,8- 63,60	559	60,2	56,9-63,3	273	69,6	64,9- 73,9	290	72,9	68,3- 77,0	0,789
Negativa	425	39,2	36,4- 42,2	370	39,8	36,7- 43,0	119	30,4	26,0- 35,1	108	27,1	23,0- 31,7	0,317
Problemas de saúde autorreferidos													
Hipertensão arterial	260	24,0	21,6- 26,6	226	24,4	21,7- 27,2	75	19,3	15,7- 23,5	73	18,3	14,8- 22,4	0,857
Diabetes Mellitus	50	4,6	3,5- 6,1	34	3,7	2,8- 5,3	18	4,7	2,9- 7,3	25	6,3	4,3- 9,1	0,324
Colesterol elevado	165	15,4	15,8- 20,9	131	14,2	12,2- 16,7	33	8,7	6,2- 11,9	30	7,7	5,5- 10,8	0,631
Derrame (AVC)	25	2,3	1,6- 3,5	16	1,7	1,1- 2,8	11	2,9	1,6- 5,0	15	3,8	2,3- 6,1	0,481
Osteoporose	66	6,3	4,9- 7,9	63	6,8	5,4- 8,6	08	2,1	1,0- 4,0	07	1,8	0,9- 3,6	0,752
Depressão	114	10,6	8,9- 12,5	76	8,2	6,6- 10,1	15	3,9	2,4- 6,3	14	3,5	2,2- 6,0	0,779
Outros	241	24,2	21,7- 27,0	127	18,3	15,6- 21,3	56	15,7	12,3- 19,8	39	12,7	9,5- 16,9	0,281
Uso regular de medicamentos													
Sim	391	36,2	33,1- 38,8	346	37,3	34,3- 40,5	72	18,6	15,0- 22,8	91	22,8	18,9- 27,2	0,603
Não	698	63,8	61,2- 66,9	581	62,7	59,5- 65,7	315	81,4	77,2- 84,9	308	49,4	45,8- 53,0	0,146
Percepção do estresse													
Baixo	805	74,1	71,4- 76,6	737	78,8	76,1- 81,3	341	87,2	83,5- 90,2	316	78,8	74,5- 82,5	0,012
Alto	282	25,9	23,4- 28,6	198	21,2	18,7- 23,9	50	12,8	9,8- 16,5	85	21,2	17,5- 25,5	0,002
Autoavaliação do sono													
Bom	854	78,6	76,0- 80,9	777	83,0	80,5- 85,3	328	83,5	79,5- 86,8	332	82,5	78,8- 86,2	0,012
Ruim	233	21,4	19,1- 23,9	159	17,0	14,7- 19,5	65	16,5	13,2- 20,5	69	17,2	13,8- 21,2	0,802

(continua)

Indicadores de saúde	Feminino						Masculino							
	Survey Pré (2009)			Survey Pós (2010)			Survey Pré (2009)			Survey Pós (2010)			p valor*	
	n	%	IC 95%											
Satisfação com o peso corporal														
Satisfeito	506	46,8	43,8-49,7	463	49,7	46,5-52,9	235	59,9	55,0-64,7	205	51,4	46,5-56,2	0,184	
Insatisfeito	576	53,2	50,3-56,2	468	50,3	47,1-53,5	157	40,1	35,3-44,9	194	48,6	43,7-53,1	0,015	
Tabagismo														
Fumante	152	14,1	12,1-16,3	115	12,3	10,4-14,6	72	18,5	14,9-22,6	48	12,1	9,2-15,6	0,239	
Ex-fumante	207	22,0	19,4-24,7	217	26,5	23,6-29,6	96	29,8	25,1-35,0	93	26,6	22,3-31,5	0,026	
Consumo de bebidas alcoólicas														
Consome regularmente	210	19,4	17,1-21,8	219	23,5	20,9-26,4	206	53,0	48,0-57,8	103	25,8	21,7-30,3	0,023	
Não consome regularmente	873	80,6	78,1-82,8	711	76,5	73,6-79,1	183	47,0	42,1-52,0	296	74,2	69,7-78,2	0,001	

*Teste Qui Quadrado (χ^2) para um nível de significância de $p \leq 0,05$

A Tabela 3 apresenta a efetividade da intervenção, sobre aconselhamento e comportamento para atividade física em adultos, por sexo. Quanto ao aconselhamento por profissionais de saúde sobre atividade física (AF), observou-se que os homens passaram a ser mais aconselhados, tanto para a última consulta ($\Delta=10,0$ pontos percentuais; $p \leq 0,001$) como para o último ano ($\Delta=13,4$ pontos percentuais; $p \leq 0,001$) (Tabela 3).

Em relação aos estágios de mudança de comportamento para atividade física e exercício (EMCAF), observaram-se mudanças significativas, com destaque para o aumento na fase de manutenção ($p \leq 0,001$) e diminuição do número de adultos para o comportamento inativo (contemplação e pré contemplação) ($p \leq 0,001$).

Quando analisado por sexo, as mulheres apresentaram maiores mudanças para o EMCAF, quando comparado aos homens (Tabela 3).

Quanto às informações sobre as atividades do Pro Ação e Saúde um pouco mais que 50% da população já ouviu falar, com um histórico de participação variando entre 9,0 vs. 11,5% ($p=0,038$) pós-intervenção, respectivamente. Quando perguntados sobre a participação nas atividades, observou-se que apenas 6,4% da população no *survey* pré, e 6,9% da população no *survey* pós atualmente participam das atividades.

A Tabela 4 apresenta a efetividade da intervenção para a percepção dos adultos sobre as atividades do Pro Ação e Saúde, por sexo. Observaram-se maiores mudanças para a percepção das atividades do Pro Ação e Saúde para os homens, com aumento na frequência às unidades básicas de saúde, e para conhecimento sobre o programa e de suas atividades (Tabela 4).

Tabela 3. Efetividade de uma intervenção, de base comunitária, de atividade física e saúde na atenção primária, Bahia, Brasil, pós-intervenção (seguimento de um ano) sobre aconselhamento e comportamento para atividade física em adultos, por sexo.

Categoria	Feminino						Masculino						p valor*
	Survey Pré (2009)		Survey Pós (2010)		p valor*	n	Survey Pré (2009)		Survey Pós (2010)		n	%	
	n	%	IC 95%	n			%	IC 95%	n	%			
EMCAF**													
Manutenção	387	39,8	36,8-42,9	525	56,4	53,2-59,5	137	38,2	33,3-43,3	221	55,1	50,2-59,9	
Ação	59	6,1	4,7-7,7	70	7,5	5,9-9,4	18	5,0	3,2-7,8	35	8,7	6,3-11,9	
Preparação	163	16,8	14,5-19,2	127	13,6	11,6-16,0	79	22,0	18,0-26,6	64	16,0	12,7-19,8	≤ 0,001
Contemplação	207	21,3	18,8-23,9	124	13,3	11,3-15,6	66	18,4	14,7-22,7	55	13,7	10,7-17,4	
Pré-contemplação	156	16,0	13,9-18,5	85	9,1	7,4-11,1	59	16,4	12,9-20,6	26	6,5	4,4-9,3	
Aconselhamento no último ANO													
Sim	519	48,5	45,5-51,5	431	46,4	43,2-49,6	110	28,9	24,6-33,7	168	42,3	37,5-47,2	≤ 0,001
Não	551	51,5	48,5-54,5	497	53,6	50,3-56,7	270	71,1	66,3-75,4	229	57,7	52,7-62,4	
Aconselhamento na última CONSULTA													
Sim	426	39,5	36,6-42,4	375	40,5	37,3-43,6	110	28,6	24,3-33,3	152	38,6	33,9-43,4	0,003
Não	653	60,5	57,5-63,4	552	59,5	56,3-62,7	275	71,4	66,7-75,7	242	61,4	56,5-66,1	
Importância para atividade física													
Sim	1049	97,6	96,5-98,3	905	97,9	96,8-98,7	380	98,2	96,3-99,1	389	97,5	95,4-98,6	0,502
Não	26	2,4	1,7-3,5	19	2,1	1,3-3,2	07	1,8	0,9-3,8	10	2,5	1,3-4,5	

*Teste Qui-Quadrado (χ^2) para um nível de significância de $p \leq 0,05$

**EMCAF=Estágios de mudança de comportamento para atividade física e exercício

Tabela 4. Efetividade de uma intervenção, de base comunitária, de atividade física e saúde na atenção primária, Bahia, Brasil, pós-intervenção (seguimento de um ano) sobre a percepção dos adultos, por sexo, das atividades do Pro Ação e Saúde.

Variáveis	Mulheres						Homens						p valor*	p valor*	
	Survey Pré (2009)		Survey Pós (2010)		Survey Pré (2009)		Survey Pós (2010)		Survey Pré (2009)		Survey Pós (2010)				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Recebe Visita da EqSF**															
Sim	938	87,1	84,9-88,9	650	85,4	82,7-87,7	322	83,4	79,4-86,8	268	81,7	77,1-85,5	0,301	0,547	
Não	139	12,9	11,0-15,0	111	14,6	12,2-17,2	64	16,6	13,2-20,6	60	18,3	14,5-22,8			
Frequênta a UBS***															
Sim	815	75,0	72,4-77,5	677	72,7	69,7-75,5	198	51,4	46,4-56,4	280	70,4	65,7-74,6	0,235	≤ 0,001	
Não	271	25,0	22,4-27,6	254	27,3	24,5-30,2	187	48,6	43,6-53,5	118	29,6	25,3-34,3			
Já ouviu falar do programa															
Sim	500	47,1	44,1-50,1	435	51,4	47,9-54,7	125	33,1	28,5-37,9	181	50,4	47,2-55,5	0,066	≤ 0,001	
Não	561	51,4	49,8-55,8	412	48,6	45,3-52,0	253	66,9	62,0-71,5	178	49,6	44,4-54,7			
Ouviu falar das atividades doprograma															
Sim	615	57,2	54,2-60,1	444	52,5	49,1-55,8	147	37,9	33,2-42,8	190	52,6	47,5-57,7	0,039	≤ 0,001	
Não	460	42,8	39,8-45,7	402	47,5	44,1-50,9	241	62,1	57,2-66,8	171	47,4	42,2-52,5			
Já participou do programa															
Sim	115	10,7	8,9-12,7	97	11,4	9,4-13,7	18	4,6	2,9-7,2	41	11,6	8,6-15,3	0,613	≤ 0,001	
Não	960	89,3	87,3-91,0	752	88,6	86,2-90,5	372	95,4	92,8-97,0	313	88,4	84,6-91,3			
Já viu alguma aula do programa															
Sim	279	25,9	23,3-28,5	232	27,4	24,5-30,5	64	16,4	13,0-20,4	86	23,9	19,7-28,5	0,440	0,011	
Não	800	74,1	71,4-76,6	614	72,6	69,4-75,5	326	83,6	79,6-86,9	274	76,1	71,4-80,2			
Participa do programa															
Sim	75	7,0	5,6-8,6	60	7,0	5,5-8,9	19	4,9	3,1-7,4	24	6,6	4,5-9,6	0,957	0,300	
Não	1001	93,0	91,3-94,4	793	93,0	91,0-94,5	372	95,1	92,5-96,8	339	93,4	90,3-95,5			

*Teste Qui Quadrado (χ^2) para um nível de significância de $p \leq 0,05$. ** EqSF= Equipe de Saúde da Família

*** UBS=Unidade Básica de Saúde

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade de uma intervenção de base comunitária (seguimento de um ano), de atividade física e saúde sobre as condições de saúde, de atividade física e da percepção do programa de intervenção em adultos da zona urbana atendidos pela ESF em cidade do Alto Sertão da Bahia, Brasil.

Na tentativa de preencher a lacuna do conhecimento quanto à escassez de avaliações em programas de atividade física apontada pelo *Guide to Community Preventive Services* (Guia para Serviços Preventivos em Comunidades) em estudos realizados no Brasil ²⁶ e na América Latina ⁵, o presente estudo representa o primeiro estudo no país sobre avaliação da efetividade de uma intervenção, de base comunitária, para a promoção da atividade física e saúde na atenção primária.

Para as variáveis de sexo ($p=0,038$), situação ocupacional ($p=0,003$), setor de trabalho ($p\leq 0,001$) e cor de pele ($p\leq 0,001$) observaram-se diferenças significativas entre o *survey* pré e o pós-intervenção (Tabela 01). A predominância de adultas jovens pertencentes a classe média/baixa, é observada em outros estudos realizados na AP ^{17, 27, 28}.

A oportunidade de acesso e as condições de escolha para uma vida saudável são restritas a determinados grupos e a vulnerabilidade desses grupos pode representar obstáculos para aderência aos programas e intervenções no campo da saúde. Na tentativa de minimizar essa limitação, esta intervenção teve como característica o reforço individual e das EqSF para a compreensão dos temas que envolvem a promoção da atividade física e saúde.

Entre os indicadores de saúde, observaram-se mudanças significativas para a diminuição no consumo regular de álcool ($p\leq 0,001$) e na percepção do estresse alto ($p=0,002$) entre os homens, e para a proporção de mulheres que referiram ter outros agravos à saúde ($p=0,004$) (Tabela 2). Corroborando tais resultados, em outra intervenção de curto prazo realizada por Gomes e Duarte (2008), identificaram-se mudanças para alguns dos indicadores de saúde, dentre elas para a redução do consumo de bebidas alcoólicas no grupo experimental ¹⁶.

Reconhecer a limitação da identificação subjetiva do grau de percepção desses indicadores, apesar do efeito comprovado sobre a percepção de alguns indicadores de saúde, é importante para aceitar a influência de determinantes sociais e ambientais sobre a saúde.

Neste estudo acredita-se que o aumento dos postos de trabalho, com a diminuição de desempregados ($p \leq 0,001$) e o aumento da contratação do setor formal ($p \leq 0,001$), influenciou a relação de alguns aspectos de mudança na saúde pós-intervenção. Considerando o crescimento da região, com a chegada de indústrias e maior acesso ao trabalho, homens e mulheres sentem-se estimulados à mudança do comportamento, diante da nova realidade e da perspectivas econômicas.

A prevalência de aconselhamento na população adulta, *survey* pré, foi de 43,5% no último ano e de 36,7% na última consulta. Com relação ao sexo, as mulheres afirmaram ser mais aconselhadas por profissionais de saúde sobre o tema atividade física (AF) do que os homens. Para efetividade do programa identificaram-se mudanças positivas para os homens, tanto para o aconselhamento na última consulta ($\Delta=10,0$ pontos percentuais; $p \leq 0,001$) como para o último ano ($\Delta=13,4$ pontos percentuais; $p \leq 0,001$) (Tabela 3).

Alguns estudos reforçam a importância do aconselhamento sobre atividade física ^{27, 29, 30} para mudança de comportamento. O aconselhamento sobre atividade física na AP é recomendado como uma prática de rotina para os profissionais de saúde ^{29, 30}, que devem informar sobre as recomendações, os benefícios e as alternativas para superar as barreiras para adoção do comportamento ativo ³. As intervenções de aconselhamento na atenção primária são mais efetivas quando existe a interdisciplinaridade entre os profissionais de saúde, e podem gerar mudanças positivas a curto (100%) e em longo prazo (71%) ³⁰. Em estudo realizado por Kallingas *et al.* (2009), observou-se que, após seis meses da intervenção, 65% dos pacientes aderiram à prescrição de atividade física por meio da atenção primária, com 90% de reconhecimento positivo para a experiência adotada ¹⁷.

Em outro estudo realizado em duas regiões no Brasil, as maiores prevalências de aconselhamento educativo à atividade física e à saúde em adultos estavam relacionadas ao sedentarismo, ao tabagismo, à diabetes, à hipertensão e a doenças dos nervos, ou seja, a doença ¹⁸. Isso mostra que, a prática da promoção da saúde na atenção primária deve avançar para além de prescrições comportamentais (use a escada em lugar do elevador, não fique sentado o tempo todo, pratique pelo menos 30 min. de atividade física diária), e compreender que aconselhar deve ser uma prática educativa, informativa e permanente. Para isso, é preciso aproximar o indivíduo e a comunidade aos problemas encontrados (viabilidade e desejo), valorizando o diálogo, a reflexão e o conhecimento popular ²⁵.

Para efetividade dos EMCAF na população, observou-se o aumento para a fase de manutenção ($\Delta=17,4$ pontos percentuais) e diminuição para o comportamento inativo (contemplanção e pré-contemplanção).

Com ampla utilização nos estudos de intervenção na AP, seja para o aconselhamento individual ou comunitário^{12, 16, 20, 28}, os estágios de mudança de comportamento (TTM)²⁴ são reconhecidamente uma estratégia importante para adoção e manutenção para a prática da atividade física com resultados significativos em intervenções em curto prazo (1 a 3 meses) e com aplicação em conjunto com outras teorias comportamentais e com distribuição de material escrito³¹.

A identificação de maior efetividade do EMCAF entre as mulheres está relacionada à participação mais presente no programa. Outros estudos de base comunitária reforçam a participação das mulheres e os ganhos pós-intervenção, com destaque para a redução do comportamento sedentário¹⁹ e aumento, em minutos por semana, nas atividades moderadas e vigorosas¹².

O aumento na proporção dos homens que afirmaram frequentar as UBS ($p \leq 0,001$) e principalmente a frequência superior a 80% de homens e de mulheres que afirmam receber o atendimento das EqSF, explicam a efetividade positiva do Pro Ação e Saúde, já que a base da intervenção é voltada para ações da e para a EqSF, com as agentes comunitárias e os outros profissionais de saúde exercendo a função de multiplicadores dos conteúdos dos módulos de intervenção e das atividades sugeridas pelo programa.

Dentre os níveis de complexidade de atendimento da saúde no Brasil (alta, média e baixa), a AP, por meio da Estratégia Saúde da Família, é que concentra o maior investimento em saúde pública do país. Nos últimos dez anos, o aumento expressivo de 42,9% de EqSF garante a cobertura de atendimento de 49,3% da população brasileira¹¹.

Com relação às informações sobre as atividades do Pro Ação e Saúde, observou-se que o maior impacto na mudança da percepção foi para os homens, com aumentos significativos pós-intervenção para o conhecimento do programa ($\Delta=17,3$ pontos percentuais; $p \leq 0,001$) e de suas atividades ($\Delta=14,7$ pontos percentuais; $p \leq 0,001$) (Tabela 04).

A efetividade positiva sobre o conhecimento dos homens sobre Pro Ação e Saúde deve ser explorada nas futuras ações do programa, diante da sua baixa adesão nas intervenções na AP. Um dos desafios das políticas públicas de saúde no Brasil é encontrar mecanismos (locais, ambientes, relações pessoais, etc.) que aproximem o homem do

processo do cuidar e da construção de espaços que favoreçam o seu envolvimento com a promoção da sua saúde.

A baixa participação nas atividades práticas, de 11,5% dos adultos, reforça a necessidade de explorar outras temáticas que estimulem e favoreçam a superação de obstáculos/ barreiras para a participação ativa no Pro Ação e Saúde. Mas, seguramente, as estratégias adotadas não acontecem em torno dos vínculos com as atividades práticas, e sim com a construção da autonomia e independência por parte da população, explorando os espaços públicos adequados e as atividades da vida diária, para adoção e escolhas de comportamento ativo e saudável. Isso pode ser reforçado com o número de mulheres (52,5%) e homens (52,6%) que já ouviram falar do programa e a partir da efetividade comprovada por este estudo nos estágios de mudança de comportamento.

Em outro estudo de intervenção, de base comunitária, na cidade de Recife, observou-se uma participação bem inferior (1,3%) da população no programa implantado, mesmo identificando uma relação positiva para nível de atividade física no lazer para os indivíduos que participam da intervenção (OR = 11,3; IC95%: 3,5-35,9)¹⁸.

Quando perguntados sobre a importância da atividade física para sua saúde, mais de 97,0% dos adultos afirmaram que a reconhecem, tanto na pré como na pós-intervenção (Tabela 03). Um dos desafios para a promoção da atividade física e adoção do comportamento ativo é: *“por que as pessoas, mesmo tendo conhecimento sobre a importância da prática regular da atividade para sua saúde, não aderem ao comportamento ativo”?*

Segundo Sevick *et al.*, as intervenções em que os sujeitos são estimulados a ter habilidade e a aprender como adotar o comportamento ativo fisicamente na sua vida diária são economicamente mais eficientes³². Isso reforça a necessidade de não apenas desenvolver estudos que foquem a mudança de comportamento ou a prevenção de doenças, mas também de identificar alternativas que estimulem o empoderamento individual e comunitário.

Em geral observa-se que as estratégias para promoção de atividade física na AP apresentam resultados consistentes, porém para a identificação de métodos mais efetivos, necessita-se da aproximação com a prática geral e com a participação contínua das comunidades, atentas à viabilidade de adoção individual, ao apoio profissional e à generalização e disseminação dos resultados das pesquisas para a área da atenção primária.

CONCLUSÃO

Por fim, mesmo com a baixa adesão às atividades práticas nas UBS e da pouca visibilidade do programa, os resultados da pesquisa comprovam a efetividade para mudança de comportamento para atividade física e saúde em adultos na atenção primária, com resultados mais efetivos das variáveis investigadas para os homens, e com uma maior redução do comportamento inativo entre as mulheres.

A principal estratégia do Pro Ação e Saúde é fazer com que a intervenção respeite a rotina da atenção primária, contribuindo com mais uma possibilidade de fazer saúde, a fim de efetivar a educação física do SUS, e evitar assim a construção de um modelo de intervenção que não incorpore as diretrizes da atenção básica e até mesmo da promoção da saúde.

No Brasil, o maior desafio para os profissionais de educação física que desejam atuar na atenção primária, é identificar metodologias eficazes e efetivas para a rotina do Sistema Único de Saúde (SUS), pois, apesar de termos um modelo de atenção à saúde como a ESF em constante crescimento e com boa resolubilidade, por outro lado ainda temos a limitação dos profissionais de saúde sobre a compreensão e entendimento do fazer de promoção da saúde.

Logo, identificar e integrar as abordagens teóricas, comportamentais ou pedagógicas, que não apenas garantam a mudança, mas que reforcem a escolha, a consciência e a manutenção do comportamento adotado, mostram-se como uma alternativa apropriada para responder às demandas e à realidade da atenção primária em um país com tantas diferenças sociais e regionais, como se encontram no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Júnior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(1):47-65.
2. Bauman A E. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. *J Sci Med Sport* 2004; 7(Suppl 1):6-19.
3. Haskell WL., Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair S, Franklin BA *et al.* Physical activity and public health: updated

- recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007; 116 (9): 1081-1093.
4. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004.
 5. Hoehner CM, Soares J, Perez DP, Ribeiro IC, Joshi CE, Pratt M, *et al.* Intervenções em Atividade Física na América Latina—Uma revisão sistemática *Am J Prev Med* 2008;34(3):224–33.
 6. Eakin EG, Smith BJ, Bauman AE. Evaluating the Population Health Impact of Physical Activity Interventions in Primary Care—Are We Asking the Right Questions?. *Journal of Physical Activity and Health*, 2005; 2: 197-215.
 7. Smith BJ. Promotion of physical activity in primary health care: update of the evidence on interventions. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 2004; 7 {1}: Supplement: 67-73.
 8. Calfas KJ, Sallis JF, Zabinski MF, Wilfley DE, Rupp J, Prochaska JJ, *et al.* Preliminary evaluation of a multicomponent program for nutrition and physical activity change in primary care: PACE for adults. *Preventive Medicine* 2002; 34, 153–161.
 9. Besculides M, Zaveri H, Hanson C, Farris R, Gregory-Mercado K, Will J. Best Practices in Implementing Lifestyle Interventions in the WISEWOMAN Program: bAdaptable Strategies for Public Health Programs. *Am J Health Promot* 2008; 22(5):322-328.
 10. Kinmonth Ann-Louise, Nicholas J Wareham NJ, Hardeman W, Sutton S, Prevost AT, Fanshawe T, Williams KM, Ekelund U, Spiegelhalter D, Griffi SJ. Efficacy of a theory-based behavioural intervention to increase physical activity in an at-risk group in primary care (ProActive UK): a randomised trial. *Lancet* 2008; 371: 41–48.
 11. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Health in Brazil 1-The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet* 2011; 9: 1-20.
 12. Pazoki R, Nabipour I, Seyednezami N, Imani SR. Effects of a community-based healthy heart program on increasing healthy women’s physical activity: a randomized controlled trial guided

by Community-based Participatory Research (CBPR). *BMC Public Health* 2007; 7: 216.

13. Armit CM, Brown WJ, Marshall AL, Ritchie CB, Stewart G, Trost SG, *et al.* Randomized trial of three strategies to promote physical activity in general practice. *Preventive Medicine* 2009; 48: 156–163.
14. Calfas KJ, Sallis JF, Oldenburg B, French M. Mediators of change in physical activity following an intervention in primary care: PACE. *Preventive Medicine* 1997; 26:297–304.
15. Jimmy G, Martin BW. Implementation and effectiveness of a primary care based physical activity counselling Scheme .*Patient Education and Counseling* 2005; 56:323–331.
16. Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa Ação e Saúde Floripa- BRASIL. *RBAFS* 2008,13(1):44-56.
17. Kallings LV, Leijon ME, Kowalski J, Hellénus ML, Stahle A. Self-reported adherence: a method for evaluating prescribed physical activity in primary health care patients. *Journal of Physical Activity and Health*, 2009; 6: 483-492.
18. Simões EJ, Hallal P, Pratt M, Ramos L, Munk M, Damascena W, *et al.* Effects of community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. *Am J Public Health* 2009; 99:68-75.
19. Wen LM, Thomas M, Jones H, Orr N, Mpreton R, *et al.* Promoting physical activity in woman: evaluation of a 2-year community-based intervention in Sydney, Austrália. *Health Promotion Internacional* 2002; 17(2):127-137.
20. Rose SB, Beverly AL, Elley CR, Dowell AC, Fenton AJ. The “Women’s lifestyle study “, 2-year randomized controlled trial of physical activity counseling in primary health care: rationale and study. *BMC Public Health* 2007; 7:166.
21. Ballew P, Brownson1 RC, Joshu DH, Heath GW, Kreuter MW. Dissemination of effective physical activity interventions: are we applying the evidence? *Health Education Research* 2010; 25(2), 185–198.

22. Eaton CB, Menard LM. A systematic review of physical activity promotion in primary care office settings. *Br J Sports Med* 1998; 32:11–16
23. Malta DC, Castro AM, Allencar DK, Gosh CS. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol Serv Saúde* 2009; 18 (1):7-16.
24. Marcus BH, Simkin LR. The trans-theoretical model: applications to exercise. *Medicine Science Sports Exercise* 1994, 26(11), 1400-4.
25. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários para a prática docente*. São Paulo: Paz & Terra; 1996.
26. Pratt M, Brownson RC, Ramos LR, Malta DC, Hallal PC, Reis RS, et al. Projeto Guia: um modelo para compreender e promover a atividade física no Brasil e na América latina. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* 2010; 15 (1): 4-6.
27. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E *et al.* Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação e saúde. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(1): 203-213.
28. Elley CR, Kerse NM, Arroll B. Why target sedentary adults in primary health care? Baseline results from the Waikato Heart, Health, and Activity Study. *Preventive Medicine* 2003; 37 (2003): 342–348.
29. Jacobson DM, Strohecker L, Compton MT, Katz DL. Physical activity counseling in the adult primary care setting- Position Statement of the American College of Preventive Medicine. *Am J Prev Med* 2005; 29(2): 158-162.
30. Tulloch H, Fortier M, Hogg W. Physical activity counseling in primary care: Who has and who should be counseling?. *Patient Education and Counseling* 2006; 64(2006): 6–20.
31. Hutchison JH, Breckon JD, Johnston LH. Physical activity behavior change interventions based on the transtheoretical model: a systematic review. *Health Educ Beh* (on line first, published on July 2008); vol xx (x): XX-XX.

32. Sevick MA, Dunn AL, Morrow MS, Marcus BH, Chen GJ, Blair SN. Cost-effectiveness of lifestyle and structured exercise interventions in sedentary adults-results of Project ACTIVE. *Am J Prev Med* 2000; 19(1):1-8.

CAPÍTULO 4

4 CONCLUSÃO

Este trabalho representa o primeiro estudo realizado no Brasil sobre avaliação da efetividade de uma intervenção, de base comunitária, da educação física e saúde, na atenção primária, survey pré e pós (seguimento de 12 meses).

O aumento crescente dos estudos relacionados à prática da atividade física e saúde, bem como os estudos que tratam sobre o aumento da prevalência de sedentarismo no mundo reforçam a necessidade de refletir sobre as experiências e sobre os mecanismos implantados para estimular a população na adoção de modos de vida saudáveis e ativos fisicamente.

A descrição histórica da Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física (LEPEAF/UNEB) em 10 anos de existência contextualiza a sua experiência com a atenção primária e mostra a estrutura, o funcionamento e o modelo lógico das atuais iniciativas realizadas em conjunto com o Núcleo de Promoção de Atividade Física e Saúde da Prefeitura Municipal de Guanambi. O estudo reconhece que, apesar das discussões recentes sobre a atuação do profissional de educação física na atenção primária no Brasil, a LEPEAF desde 2001 aborda o tema da promoção da atividade física e saúde nesse contexto, e reflete não só a respeito do papel e da atuação da educação física na Estratégia Saúde da Família (ESF), mas também sobre a formação desses profissionais para a saúde pública, e, por meio da extensão universitária, reforça a importância da ação transformadora e emancipatória, exercendo a sua função acadêmica, social e articuladora.

As diferenças econômicas, sociais e culturais marcantes identificadas por todo mundo são fatores limitantes, complexos e desafiadores para as estratégias de mudança de comportamento na saúde pública. A oportunidade de acesso e as condições de escolha para uma vida saudável, a exemplo da possibilidade do indivíduo de tornar-se ativo fisicamente, são restritas a determinados grupos.

Neste estudo, a partir da análise transversal foi possível identificar que o comportamento inativo das mulheres com baixa renda atendidas na atenção primária (61,3%) esteve associado às mulheres com idades elevadas, com baixa escolaridade, eutróficas e inativas no lazer. A condição econômica e as características culturais influenciam de forma diferenciada o comportamento. A possibilidade restrita de escolha e de acesso, bem como a necessidade de atender aos atributos e

às jornadas de trabalhos diários fazem com que mulheres de condição socioeconômica baixa pratiquem mais atividade física nas tarefas domésticas, laborais e de deslocamento, deixando de praticar atividades de lazer pela falta de tempo. Reconhecer a maior vulnerabilidade para doenças e a dificuldade de acesso aos serviços básicos de vida (saneamento, moradia, trabalho) e do cuidado com a saúde na população de baixo nível socioeconômico é de extrema importância para elaboração de estratégias para a promoção da atividade física na saúde pública.

A partir da implantação, desenvolvimento e avaliação da efetividade da intervenção, de base comunitária, de educação física e saúde (seguimento de 12 meses) sobre as condições de saúde e de atividade física, barreiras para atividade física e percepção do programa, observou-se que, mesmo com a baixa adesão às atividades práticas nas unidades básicas de saúde (UBS) e a pouca visibilidade do Pro Ação e Saúde por parte da população, os resultados comprovaram a efetividade para mudança de comportamento para atividade física e saúde, com resultados mais efetivos para os homens, e com uma maior redução do comportamento inativo entre as mulheres.

Quanto às barreiras para atividade física, as estratégias utilizadas pelo Pro Ação e Saúde demonstraram ser efetivas, os adultos apresentaram mudanças significativas para a maioria das barreiras pós-intervenção, com a redução significativa para a maioria das barreiras entre as mulheres quando comparadas aos homens. Apenas para a percepção das barreiras sociais (jornada de trabalho extensa, compromissos familiares e tarefas domésticas) e o medo de lesionar-se entre as mulheres, e para as barreiras comportamentais e físicas entre os homens não houve mudanças significativas.

A contextualização e a reflexão sobre as barreiras favorecem a mudança da responsabilidade, porque o sujeito “repartilha” com outros setores da sociedade os obstáculos e “culpas” pela não adoção da atividade física ou do comportamento saudável, surgindo os primeiros passos para a construção do empoderamento. Assim, percebe-se que a busca pelo conhecimento é algo que precisa ser estimulado, apenas informar não é suficiente para produzir transformações, pois refletir sobre as dificuldades já existentes e as que surgirão demanda um saber comprometido com a realidade e com as experiências vividas.

A compreensão das barreiras para atividade física passa por três aspectos importantes para entendimento da população envolvida: 1) quanto maior o conhecimento sobre a prática e sua regularidade, melhor o entendimento e possibilidades sobre a percepção dos fatores que

dificultam a adoção da prática regular da atividade física e dos hábitos saudáveis; 2) a identificação e reconhecimento de que os determinantes sociais estão diretamente relacionados à possibilidade de escolha e superação das barreiras são extremamente importantes para elaboração dos programas de intervenção na atenção primária; e 3) a prática da educação e saúde representa uma estratégia importante para redução das barreiras e da percepção de outros fatores intervenientes à saúde.

4.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da ampliação das ações da educação física para além da área escolar, em especial para a saúde pública, surgiu a necessidade de identificar estratégias e metodologias que afirmem as contribuições do professor de educação física para promoção da saúde e para o controle das doenças crônicas e melhoria das condições de vida da população.

Apesar da efetividade comprovada, em curto prazo (12 meses), sobre os indicadores de saúde e os comportamentos e barreiras para atividade física em adultos, nota-se que, para se constituir o fazer da educação física da atenção primária, se faz necessário uma maior compreensão do cotidiano e das bases teóricas que sustentam esse mundo chamado SUS. Um maior tempo para amadurecimento e conhecimento desse espaço é inerente para a avaliação da intervenção. As estratégias adotadas pelo Pro Ação e Saúde, em conjunto com a formação continuada e com apropriação dos princípios norteadores da promoção da saúde representam, o início de um processo de reflexão e de construção das iniciativas da educação física na atenção primária.

Neste trabalho, a intervenção baseada em duas teorias, pedagógica e comportamental, representou uma importante estratégia para compreender as limitações, os problemas e a dimensão do que é atuar com a temática da educação física na atenção primária no Brasil. Identificar e integrar as abordagens teóricas, comportamentais ou pedagógicas, que não apenas garantam a mudança, mas que reforcem a escolha, a consciência e a manutenção do comportamento adotado, mostram-se como uma alternativa apropriada para responder às demandas e à realidade da atenção primária em um país com tantas diferenças sociais e regionais como o Brasil. Estas abordagens teóricas apresentam-se com características diferenciadas e com aspectos distintos que também podem contribuir de forma efetiva para a construção do fazer da educação física “do” SUS. Nas abordagens com foco educacional, a exemplo da educação popular, o movimento humano deve ser contextualizado, evidenciando os aspectos políticos, sociais e

culturais e, também, os biológicos e comportamentais, em que o sujeito é elemento-chave para o desenvolvimento das atividades. Nesse aspecto, deve-se reforçar a competência do processo ensino-aprendizagem como extremamente importante para construção da autonomia e do empoderamento a fim de que se possa garantir não só a mudança mas também a compreensão, manutenção e as escolhas para com o comportamento adotado (saudável) e socialmente referenciado. Já as abordagens de cunho comportamental destacam a prática da atividade física como elemento único e prioritário no processo ensino-aprendizagem para melhoria da saúde. Neste aspecto, as iniciativas comportamentais sugerem que a competência técnica se estabeleça como mais apropriada para resolução dos problemas de saúde (doença), principalmente relacionados ao modo de viver, por meio das estratégias e teorias de mudança de comportamento.

A intervenção do professor de educação física para o campo da saúde deve estar não apenas subsidiada, por essa ou por aquela teoria pedagógica ou comportamental, mas também contextualizada pelos princípios que norteiam as mais diversas teorias, procurando exercer uma prática consciente, política e crítica da realidade encontrada na atenção primária. A falta da compreensão da necessidade de adotar práticas pedagogicamente conscientes poderá levar o professor de educação física a reproduzir as experiências historicamente negativas, como tem acontecido no ambiente escolar.

A principal estratégia do Pro Ação e Saúde é fazer com que a intervenção desenvolvida respeite a rotina da atenção primária em saúde, contribuindo com mais uma possibilidade de fazer saúde, a fim de efetivar a educação física do SUS, e evitar assim a construção de um modelo de intervenção que não incorpore as diretrizes da atenção básica e até mesmo da promoção da saúde.

Logo, as estratégias aplicadas por este estudo apresentam possibilidades de atuação do professor de educação física, seja no campo biomédico ou educacional, onde a atividade física é reconhecida como um importante componente para prevenção e tratamento de doenças, e as ações educativas como imprescindíveis para a construção do empoderamento, da cidadania e da melhoria das condições de vida da população.

A fim de garantir a generalização dos resultados, a disseminação e a aplicação dessa intervenção da educação física para a rotina da AP, algumas estratégias do modelo de intervenção aplicado devem ser destacadas como: 1) apoio matricial das equipes de saúde da família com o papel de multiplicadores da intervenção; 2) a territorialização das

áreas de abrangência com informações sobre educação física e saúde (ex: mapeamento de áreas de lazer e de práticas esportivas/ atividade física); 3) formação continuada dos profissionais envolvidos com aproximação e apropriação dos conteúdos sobre promoção da saúde e SUS; 4) entrega de cartilhas educativas com conteúdos e informações da população atendida; 5) aconselhamento domiciliar; 6) realização de parceria institucional município e universidade; 7) a importância da extensão universitária como uma ação transformadora e emancipatória, exercendo sua função acadêmica, social e articuladora 8) desenvolvimento de palestras educativas (rodas de conversa); e 9) atividades pontuais de mobilização.

No Brasil, o maior desafio para os profissionais de educação física que desejam atuar na atenção primária, é identificar metodologias eficazes e efetivas para a rotina do Sistema Único de Saúde (SUS), pois, apesar de termos um modelo de atenção à saúde como a Estratégia Saúde da Família em constante crescimento e com boa resolubilidade, por outro lado ainda temos a limitação dos profissionais de saúde sobre a compreensão e entendimento do fazer de promoção da saúde.

Por fim, com base no histórico e na inserção da Educação física nas estratégias resolutivas do Sistema Único de Saúde no Brasil, comprovadas pela implantação, desenvolvimento e avaliação do Pro Ação e Saúde, os elementos da prática pedagógica (educação popular/ Freiriana) e comportamental (mudança de comportamento) a partir da formação continuada (formação em campo) se mostraram como mecanismos importantes e efetivos para a construção do fazer (intervenção) da educação física na atenção primária.

ÍNDICE DE APÊNDICES

	Página
APÊNDICE A-	Informações sobre as unidades de saúde da família na cidade de Guanambi, Bahia, Brasil..... 143
APÊNDICE B-	Representação do cálculo da amostra do estudo sobre efetividade de um programa de intervenção de Educação Física e saúde na atenção básica (SUS)..... 145
APÊNDICE C-	Distribuição da amostra por área de abrangência das unidades de saúde..... 147
APÊNDICE D-	Termo de consentimento livre e esclarecido para pesquisa sobre efetividade de um programa de intervenção de educação física e saúde na atenção básica (SUS)..... 149
APÊNDICE E-	Questionário da pesquisa sobre a efetividade de um programa de intervenção de educação física e saúde na atenção básica (SUS)..... 152
APÊNDICE F-	Cartilha de intervenção do módulo educar..... 162
APÊNDICE G-	Cartilha de intervenção do módulo conscientizar..... 167
APÊNDICE H-	Cartilha de intervenção do módulo praticar..... 172
APÊNDICE I-	Solicitação da autorização a departamento de atenção básica da secretaria de saúde do município de Guanambi para aplicação do estudo..... 177
APÊNDICE J-	Solicitação da autorização ao Departamento de Educação, da Universidade do Estado da Bahia para aplicação do estudo..... 179

ÍNDICE DE ANEXOS

	Página
ANEXO 1- Aprovação do núcleo de promoção de atividade física e saúde da Prefeitura Municipal de Guanambi comissão intergestores bipartite.....	182
ANEXO 2- Certificado de aprovação do CEP/UFSC.....	184
ANEXO 3- Autorização do departamento de Educação, da Universidade do Estado da Bahia para aplicação do estudo.....	186
ANEXO 4- Autorização do departamento de atenção básica da secretaria de saúde do município de Guanambi para aplicação do estudo.....	188

APÊNDICES

**APÊNDICE A - Informações sobre as unidades de saúde da família
na cidade de Guanambi, Bahia, Brasil**

RELAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DE GUANAMBI

UNIDADE	PROFISSIONAIS		
	MÉDICO	ENFERMEIRO	DENTISTA
Dr. Zander Power Meira PSF – BNH	Alexandre Campos	Thiago Malheiros Pereira	Sílvia Milena de Azevedo Gomes
UBS- Dr. Gileno Pereira Donato PSF Alvorada	Mônica Negrão de Miranda	Jaqueline Fernandes Ribeiro	André Luis Ferreira Bittencourth
UBS- Colentina Cerqueira S. Vieira PSF Lagoinha /Tabuinha	Moema Barral Viana	Ana Karine Lacerda Freire Fernandes	Não Possui
UBS – Dr. Túlio César M. Boa Sorte PSF Alto Caiçara	Suzana M.D.S. da Palma	Talitha Sonally Soares Fernandes	Ramon Fonseca Brito
UBS – Dr. José Humberto Nunes PSF – Monte Pascoal	Eduardo de Oliveira Palma	Anália Brandão Souza	Rodrigo Farias
UBS – Dr. José Francisco M. Nunes PSF – Beija Flor	Ricardo Ladeia	Idina Maria Fernandes Silveira	Frederico Neves Oliveira
UBS- João Dionísio Cotrim PSF – Morrinhos	Gerri Túlio Prado de Oliveira	Zilá Frota Vilas Boas Pereira	Ismelle Marice F. Bezerra
UBS – Eujácio Vieira Prates PSF – Mutans	Euler Donato de Barros	Rodrigo Normanha	Carlito Marques
UBS- João Ladeia Lobo PSF – Vila Nova	Cíbele Barral Lima	Gerciana Eremita L. de Castro	Sulayne Fátima B. Montalvão
UBS- Dr. Asdrúbal da Silva Meira PSF – Brasília	Daniella Castro de Lima	Flávia Guimarães Donato	Jean Levi Silva Marques
UBS- Dra. Gizelda Cardoso Barros PSF-Vomitamel	Ramon F. Laranjeira	Fernanda de Souza Marques	Keila Cristina T. Castanha
UBS – Dr. Avelar Pereira Viana PSF-Ceraíma	Antônio Carlos de Castro Meira	Gerusa Teixeira F. de Lélis	Julie Anne Oliveira Santos
UBS – Deilson Rodrigues da Silva PSF - São Francisco	Vanina Malheiros Alencar	Irene Castro Flores Mendes	Jorge Pereira Vieira
UBS – Eurivaldo Vieira Cardoso PSF - Ipiranga	Jean Santana Nunes	Ana Marissa Moreira de C. Velooso	Eujácio Vieira Prado Netto

Fonte: Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Guanambi (2010)

APÊNDICE B - Representação do cálculo da amostra do estudo sobre efetividade de um programa de intervenção de Educação Física e saúde na atenção básica (SUS)

CALCULO DA AMOSTRA

TERMOS PARA CALCULO

Nível de confiança

Intervalo confiança quadrado

Tamanho da População

Prevalência estimada

Erro tolerável de amostragem

Erro relativo

Erro relativo quadrado

Resultado numerador =

Resultado denominador =

Tamanho da Amostra para Desenho de Amostragem Aleatória Simples (AAS)

Efeito do Desenho - *Deff*

Tamanho da Amostra para Desenho de Amostragem por Conglomerados (*cluster*)

Proporção necessária para compensar eventuais perdas

Excedente necessário para compensar eventuais perdas em *cluster*

TOTAL NECESSÁRIO PARA O INQUÉRITO

INDICADORES

1,96 *

3,8416

43045 **

0,45 ***

0,03 ****

0,067

0,0044

90948,92

88,20088

1031

1,5

1547

20% *****

309

1856

INFORMAÇÕES PARA CALCULO DA AMOSTRA

IC 95%*

perdas aceitavel de 20%*****

população entre 20 e 69 anos em guanambi**

45% prevalencia estimada de sedentarismo***

erro alterado de 2,5 para 3%*****

APÊNDICE C - Distribuição da amostra por área de abrangência das unidades de saúde

AMOSTRA DISTRIBUIDA POR IDADE E SEXO NAS AREAS DE ABRANGENCIA

AREAS DE ABRANGENCIA	20 a 39			40 a 49			50 a 59			> 60			TOTAL		CALCULO DE DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR UNIDADE			
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	T	%T				
	Zona Rural PSF- Mutans	516	584	1.100	243	208	451	176	171	347	210	228	438	2.336		5,43	101	
Zona Rural PSF - Ceraima	420	390	810	208	170	378	129	121	250	167	168	335	1.773	4,12	76			
Zona urbana PACS (CENTRO)	1.465	1.875	3.340	605	770	1.375	412	483	895	488	780	1.268	6.878	15,98	297			
Zona urbana PSF- Alto Caicara	799	858	1.657	249	282	531	143	185	328	158	178	336	2.852	6,63	123			
Zona urbana PSF - Alvorada	577	646	1.223	202	225	427	111	120	231	141	171	312	2.193	5,09	95			
Zona urbana PSF - Beija Flor	616	636	1.252	208	227	435	116	116	232	107	123	230	2.149	4,99	93			
Zona urbana PSF- M. Pascoal	687	730	1.417	222	217	439	101	141	242	113	187	300	2.398	5,57	103			
Zona urbana PSF - BNH	635	665	1.300	225	217	442	100	117	217	130	136	266	2.225	5,17	96			
Zona urbana PSF - Tab/Lagoinha	553	613	1.166	178	215	393	95	105	200	102	133	235	1.994	4,63	86			
Zona urbana PSF São Francisco	801	885	1.686	280	283	563	183	177	360	161	219	380	2.989	6,94	129			
Zona urbana PSF - Ipiranga	564	652	1.216	203	176	379	90	90	180	99	125	224	1.999	4,64	86			
Zona urbana PSF - Brasilia	934	1.076	2.010	314	394	708	209	240	449	254	305	559	3.726	8,66	161			
Zona urbana PSF - Vila Nova	680	838	1.518	280	343	623	181	222	403	241	401	642	3.186	7,40	137			
Zona urbana PSF - Vomitamel	769	996	1.765	317	361	678	200	208	408	265	347	612	3.463	8,05	149			
				AMOSTRA ATENDIDA PELA ESF												100	1.856	
																43.045	100	1.856

CALCULO DA AMOSTRA PARA O ESTUDO

1.856

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido para pesquisa sobre efetividade de um programa de intervenção de educação física e saúde na atenção básica (SUS)



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-CAMPUS XII
SECRETARIA DE SAÚDE DE GUANAMBI
NÚCLEO DE PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE
MINISTERIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**



-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-

Você está sendo convidado (a) a participar na condição de voluntário (a), de uma pesquisa científica intitulada **“A EDUCAÇÃO FÍSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL À INTERVENÇÃO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM DUAS REGIÕES DO PAÍS (Etapa I-Região Nordeste)”** realizada pelo Núcleo de Promoção de Atividade Física e Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Guanambi (BA), coordenado pela Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física da Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação- Campus XII. Como parte desta pesquisa estaremos implementando, desenvolvendo e avaliando um programa de intervenção de educação física e saúde com a população e com os trabalhadores da saúde da atenção básica atendidos pela Estratégia Saúde da Família.

No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

IDENTIFICAÇÃO DA PESQUISA:

Título da Pesquisa: "Custo-efetividade de um programa de intervenção da educação física e saúde na atenção básica considerando as mudanças econômicas e comportamentais" **(ETAPA I-Região Nordeste).**

Pesquisadora Responsável: Prof^a Dr. Maria de Fátima da Silva Duarte

Pesquisador Principal: Prof^a Ms. Marcius de Almeida Gomes

Contatos: pelo telefone (77) 3451-1535/ (71) 99427099/ (77) 81263350 ou pelo e-mail marcius_lepeaf@hotmail.com ou pelo endereço – Avenida Universitária Vanessa Cardoso e Cardoso, Bairro Ipanema, S/Nº (Campus da UNEB), Guanambi, BA.

Objetivo: Implementar, desenvolver e avaliar um programa de intervenção de educação física e saúde com a população e com os trabalhadores da saúde da atenção básica atendidos pela Estratégia Saúde da Família da cidade de Guanambi (BA).

Procedimentos do Estudo:

Se eu concordar em participar, as seguintes etapas irão acontecer:

Eu irei responder a um questionário por meio de entrevista que contém algumas questões sobre informações pessoais, indicadores de saúde, conhecimento sobre atividade física e exercício, informações sobre o programa saúde da família, estágios de mudança de comportamento e barreiras para a prática de atividade física, que levará aproximadamente 20 minutos. As atividades propostas pelo projeto não trarão risco algum para mim.

Confidencialidade e Direito de Desistência:

O professor principal do estudo (Profº Marcius de Almeida Gomes) manterá em sigilo a minha identidade e todas as informações identificadas no estudo, as quais serão utilizadas apenas com fins de pesquisa. Minha participação no estudo é voluntária e eu tenho o direito de desistir do projeto em qualquer fase da pesquisa.

Destacar o consentimento e anexar ao questionário e entregar o TCLE ao entrevistado

Consentimento nº: _____

Eu, _____, declaro que li sobre os
(nome completo responsável)

objetivos, procedimentos, benefícios e riscos na realização do estudo : "Custo-efetividade de um programa de intervenção da educação física e saúde na atenção básica considerando as mudanças econômicas e comportamentais" **(ETAPA I-Região Nordeste)** e concordo participar.

Guanambi, BA, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE E - Questionário da pesquisa sobre a efetividade de um programa de intervenção de educação física e saúde na atenção básica (SUS)



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DE SAÚDE DE GUANAMBI- DAB
NÚCLEO DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



1

Entrevistador: _____ Área: _____ Domicílio _____ Pessoa: _____ Data ____/____/____ Hora Início: _____ Hora Final: _____
Nome do respondente: _____ Telefone Fixo: _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Sexo (não perguntar! Apenas registrar): 1 masculino 2 feminino

1. Qual é a sua idade? _____ anos completos (só de 20 a 69 anos)

2. Qual seu estado civil atual?

1 solteiro 2 casado/juntado/união estável 3 viúvo 4 separado/divorciado 5 outros

3-A cor de sua pele é:

1 branca 2 preta 3 parda ou morena 4 amarela (apenas ascendência oriental)
5 vermelha (confirmar ascendência indígena) 6 NS/NR

4. Até que série e grau o(a) Sr(a) estudou?

4.a Quantos anos completos de estudo?

1 curso primário..... 1 2 3 4
2 admissão..... 1 2 3 4 5
3 curso ginásial ou ginásio..... 1 2 3 4
4 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau..... 1 2 3 4 5 6 7 8
5 2º grau, ou colégio, ou técnico, ou normal, ou científico, ou ensino médio, ou supletivo de 2º grau..... 1 2 3
6 3º grau ou curso superior..... 1 2 3 4 5 6 7 8 ou +
7 pós-graduação (espec., mestrado, doutorado)..... 1 2 3 4 5 6 7 ou +
8 nunca estudou
9 não sabe
10 não quis informar

5. O(a) Sr(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)? (só aceite ≥ 30 Kg e ≤ 300 Kg)

____, ____ kg 1 não sabe 2 não quis informar

6. O(a) Sr(a) sabe sua altura? (só aceite $\geq 1,20$ m e $\leq 2,20$ m)

____ m ____ cm 1 não sabe 2 não quis informar

7. Em relação a sua situação ocupacional o(a) Sr(a):

1 Trabalha (responder Q8) 2 desempregado 3 dona de casa/ do lar 4 aposentado 5
aposentado/trabalha
6 outros 7 Não sabe/não quis informar

8. Qual a sua principal ocupação? _____. 8.1. Qual setor? 1 formal (carteira assinada) 2 informal

INDICADORES DE SAÚDE E COMPORTAMENTO PREVENTIVO

9. Em geral, como você considera sua SAÚDE:

1 Excelente 2 Muito boa 3 Boa 4 Regular (responda Q9.1) 5 Ruim (responda Q9.1) 6 não quis informar

9.1. Queixa Principal? _____

10. Algum médico, enfermeiro ou agente comunitário de saúde já lhe disse que o (a) Sr. (a) tem:

10.1-Pressão alta 1 sim 2 não 3 não lembra 4 nunca medi a pressão
10.2- Diabetes (açúcar no sangue acima do normal) 1 sim 2 não 3 não lembra 4 nunca fiz exame
10.3- Colesterol (gordura no sangue alto) 1 sim 2 não 3 não lembra 4 nunca fiz exame
10.4-Infarto, derrame/ (AVC) (Acidente vascular cerebral) 1 sim 2 não 3 não lembra
10.5-Osteoporose (doença/fraqueza nos ossos) 1 sim 2 não 3 não lembra 4 nunca fiz exame
10.6- Depressão 1 sim 2 não 3 não lembra
10.7-Outros problemas de saúde 1 sim (responda Q10.8) 2 não 3 não lembra
10.8-Qual? _____

11. O (a) Sr. (a) possui algum plano de saúde ou convênio médico?

1 sim 2 não 3 não quis informar

12. Faz uso de algum medicamento freqüente/regular/contínuo?

1 sim 2 não (pule para Q18) 3 não quis informar (pule para Q18)

13. Você recebe orientação para o uso do medicamento/remédio? 1 sim 2 não (pule para Q15)

14. Quem dá esta orientação? enfermeiro/médico da unidade de saúde grupo de orientação alguém em casa

15. Quantos tipos de medicamentos/remédios você faz uso por mês?

um dois três quatro cinco ou mais não sabe

16. Qual o medicamento/remédio (escreva pela função)?

17. Qual a quantidade de medicamentos/remédios que você consome por dia?

um dois três quatro cinco seis ou mais

18. Onde você adquiri geralmente seus medicamentos?

na farmácia popular (pule para Q20)

na unidade de saúde/ farmácia básica central/CAPS/1º CRS

em outros locais (farmácias, drogarias e laboratórios de manipulação) (pule para Q20)

19. Você adquiri seus medicamentos de que forma?

compra

ganha

compra e ganha

20. Quanto você gasta por mês para comprar medicamentos/ remédios?

nada

<R\$50,00

R\$51,00 a R\$100,00

R\$101,00 a R\$150,00

> R\$150,00

não sabe/não respondeu

21. Você conhece o Programa Saúde da Família do seu município?

sim

não

22. Você recebe atendimento/visita das agentes comunitárias de saúde?

sim

não

23. Você frequenta a Unidade de Saúde do seu bairro?

sim

não (pule para Q25)

não quis informar (pule para Q25)

24. Por qual motivo você frequenta a unidade de saúde do seu bairro?

consulta de enfermagem/médica

pegar medicamento

vacinação

doença

grupo de orientação (ex. gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos, ações preventivas, etc)

não quis informar

outros motivos? _____

25. Nos últimos seis meses, quantas vezes foi ao médico?

nenhuma

uma

duas

três

quatro ou mais

não sabe/ não quis informar

26. Nos últimos seis meses você realizou exames médicos laboratoriais (como exemplo: sangue, fezes, urina, raio x, etc.)?

sim

não (pule para Q29)

não sabe/ não quis informar (pule para Q29)

27. Quantos exames você fez?

um

dois

três

quatro ou mais

não lembra

28. Você se recorda quais foram os exames? (nessa questão pode marcar mais de uma resposta)

sangue

urina

fezes

raio X/chapa/radiografia

outros

não lembra

29. O(a) Sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?

sim

não (pula para Q35)

30. Com que frequência o(a) Sr(a) costuma ingerir alguma bebida alcoólica?

1 a 2 dias por semana

3 a 4 dias por semana

5 a 6 dias por semana

todos os dias (inclusive sábado e domingo)

menos de 1 dia por semana

menos de 1 dia por mês (pule para Q35)

31. (SÓ PARA HOMENS!) Nos últimos 30 dias, o Sr chegou a consumir mais do que 5 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (mais de 5 doses de bebida alcoólica seriam mais de 5 latas de cerveja, mais de 5 taças de vinho ou mais de 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

sim (pule para Q33)

não (pule para Q35)

32. (SÓ PARA MULHERES!) Nos últimos 30 dias, a Sra. chegou a consumir mais do que 4 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (mais de 4 doses de bebida alcoólica seriam mais de 4 latas de cerveja, mais de 4 taças de vinho ou mais de 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

sim (responder Q33)

não (pule para Q35)

33. Em quantos dias do mês isto ocorreu?

- 1 em um único dia no mês; 2 em 2 dias 3 em 3 dias 4 em 4 dias
5 em 5 dias 6 em 6 dias 7 em 7 ou mais dias 8 Não sabe

34. Neste dia ou em algum destes dias), o(a) Sr(a) dirigiu logo depois de beber? 1 sim 2 não

35. O(a) Sr(a) fuma?

- 1 sim, diariamente 2 sim, ocasionalmente 3 não (pule para Q38)

36. Quantos cigarros o(a) Sr(a) fuma por dia?

- 1 1-4 2 5-9 3 10-14 4 15-19 5 20-29 6 30-39 7 40 ou +

37. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar?

- 1 sim (pule para Q39) 2 não (pule para Q39)

38. O(a) Sr(a) já fumou por algum tempo?

- 1 sim 2 não

39. O(A) Sr.(a) fica em contato com a fumaça do cigarro de outras pessoas em seu domicílio, no trabalho ou na escola?

- 1 sim 2 não 3 Não sabe 4 Não quis Informar

40. (SÓ PARA MULHERES!) A Sra já fez alguma vez exame de papanicolau, exame do colo do útero, preventivo?

- 1 sim 2 não (pule para Q42) 3 não sabe (pule para Q42) 4 Não quis Informar (pule para Q42)

41. (SÓ PARA MULHERES!) Quanto tempo faz que a Sra fez exame de papanicolau, exame do colo do útero, preventivo?

- 1 menos de 1 ano 2 entre 1 e 2 anos 3 entre 2 e 3 anos 4 entre 3 e 5 anos
5 5 ou mais anos 6 não lembra

42. (SÓ PARA MULHERES!) A Sra já fez alguma vez mamografia, raio x das mamas ou ultrassonografia da mama?

- 1 sim 2 não (pule para Q44) 3 não sabe (pule para Q44)

43. (SÓ PARA MULHERES!) Quanto tempo faz que a Sra fez mamografia, raio x das mamas ou ultrassonografia mama?

- 1 menos de 1 ano 2 entre 1 e 2 anos 3 entre 2 e 3 anos 4 entre 3 e 5 anos
5 5 ou mais anos 6 não lembra

44. O (A) Sr (a) realiza o auto-exame do toque de mama?

- 1 sim 2 não (pule para Q46) 3 não sabe (pule para Q46)

45. Com que freqüência você realiza o auto-exame do toque de mama?

- 1 uma vez ao mês 2 uma vez a cada dois meses 3 uma vez a cada seis meses 4 não sabe informar

46. Como você descreve o seu nível de ESTRESSE em sua vida?

- 1 raramente estressado, vivendo muito bem
2 às vezes estressado, vivendo razoavelmente bem
3 sempre estressado, enfrentando problemas com freqüência
4 excessivamente estressado, com dificuldade para enfrentar a vida diária

47. Em geral, como você classificaria a qualidade do seu SONO?

- 1 muito bom 2 bom 3 ruim 4 muito ruim

48. Você está satisfeito com seu peso?

- 1 sim 2 não, gostaria de aumentar 3 não, gostaria de diminuir

49. Por quantos dias, nos últimos 30 dias, sua saúde física não esteve boa (ex.dor de cabeça, mau estar, dificuldade de locomoção, cansaço ou fadiga constante, cólicas, etc)?

- ___ dias 1 Não quis informar 2 Não sabe

50. Por quantos dias, nos últimos 30 dias, sua saúde mental ou emocional não esteve boa (ex. cansaço mental, distúrbio, angústia constante, deprimida)?

- ___ dias 1 Não quis informar 2 Não sabe

51. Por quantos dias, nos últimos 30 dias, sua saúde física ou mental ou emocional atrapalhou você de realizar as atividades normais do dia-a-dia?

- ___ dias 1 Não quis informar 2 Não sabe

HISTORICO FAMILIAR

52. Com relação a sua família (parentes consangüíneos), possui alguém que tenha?

Patologia	Sim	Não	Pai	Mãe	Avó	Avô	Irmão	Tios	Pode responder mais de uma opção
52.1 Diabetes	1 <input type="checkbox"/> (responda quem)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
52.2 Pressão Alta	1 <input type="checkbox"/> (responda quem)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
52.3 Colesterol alto	1 <input type="checkbox"/> (responda quem)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
52.4 Obesidade	1 <input type="checkbox"/> (responda quem)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
52.5 Depressão	1 <input type="checkbox"/> (responda quem)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
52.6 Problema cardíaco	1 <input type="checkbox"/> (responda quem)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
52.7 Osteoporose	1 <input type="checkbox"/> (responda quem)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
52.8 Câncer	1 <input type="checkbox"/> (responda quem)	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	

53. Possui algum familiar abaixo de 50 anos que já tenha sofrido:

53.1- Ataque cardíaco? 1 sim 2 não 3 não sabe53.1a- Quem? 1 pai 2 mãe 3 avó 4 avô 5 irmão 6 tios53.2 -Acidente Vascular Cerebral (derrame)? 1 sim 2 não 3 não sabe53.2a- Quem? 1 pai 2 mãe 3 avó 4 avô 5 irmão 6 tios

COMPORTAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

54. No último ANO, algum médico, enfermeiro ou agente comunitário recomendou/ aconselhou atividade física para você?

1 sim 2 não 3 não lembra

55. Na sua ÚLTIMA CONSULTA médica você recebeu alguma orientação ou aconselhamento para praticar atividade física ou exercício físico?

1 sim 2 não 3 não lembra

56. Você considera a prática de atividade física importante para trazer benefícios a sua saúde?

1 sim 2 não 3 não lembra

57. Considera-se fisicamente ativas as pessoas que acumulam pelo menos 30 minutos de atividade física diária, em cinco ou mais dias da semana, que podem ser contínuos (1x30 min) ou acumulados (2x15 min ou 3x10 min). Em relação aos seus hábitos de prática de atividade física, você diria que:

1 é fisicamente ativo há mais de seis meses.2 é fisicamente ativo a menos de seis meses.3 não é fisicamente ativo, mas pretende se tornar ativo nos próximos 30 dias.4 não é fisicamente ativo, mas pretende se tornar ativo nos próximos seis meses.5 não é fisicamente ativo, e não pretende se tornar ativo nos próximos seis meses.

Para responder as questões a seguir lembre sempre ao entrevistado: Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal e Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

As questões a seguir se referem à forma típica como você se desloca de um lugar para o outro, incluindo seu trabalho, escola, lojas, feira, mercado e outros.

58. Em quantos dias de uma SEMANA normal você anda de carro, moto ou ônibus?

 1 2 3 4 5 6 Todos os dias da semana 0 Nenhum (pule para Q60)

59. Quanto tempo no total você usualmente gasta POR DIA andando de carro, ônibus, taxi ou moto taxi?

____ horas ____ minutos

Agora pense somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro na última semana.

60. Em quantos dias da última semana você andou de bicicleta por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para o outro? (NÃO inclua o pedalar por lazer ou exercício) 1 2 3 4 5 6 Todos os dias da semana 0 Nenhum (pule para Q62)

61. Nos dias que você pedala quanto tempo no total você pedala POR DIA para ir de um lugar para outro?

____ horas ____ minutos

62. Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício) 1 2 3 4 5 6 Todos os dias da semana 0 Nenhum (pule para Q64)

63. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo POR DIA você gasta?

____ horas ____ minutos (NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

A próxima parte inclui as atividades físicas que você fez na última semana na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense *somente* naquelas atividades físicas que você faz por pelo menos 10 minutos contínuos.

64. Em quantos dias da última semana você fez atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar no JARDIM OU QUINTAL? (observe a instrução acima da questão 58)

1 2 3 4 5 6 Todos os dias da semana Nenhum (responder Q65)

65. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta POR DIA fazendo essas atividades MODERADAS no jardim ou no quintal?

_____ horas _____ minutos

66. Em quantos dias da última semana você fez atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão DENTRO DA SUA CASA? (observe a instrução acima da questão 58)

1 2 3 4 5 6 Todos os dias da semana Nenhum (responder Q67)

67. Nos dias que você faz este tipo de atividades MODERADAS dentro da sua casa quanto tempo no total você gasta POR DIA?

_____ horas _____ minutos

68. Em quantos dias da última semana você fez atividades físicas VIGOROSAS no jardim ou quintal por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão: (observe a instrução acima da questão 58)

1 2 3 4 5 6 Todos os dias da semana Nenhum (responder Q69)

69. Nos dias que você faz este tipo de atividades VIGOROSAS no quintal ou jardim quanto tempo no total você gasta POR DIA?

_____ horas _____ minutos

A próxima parte se refere às atividades físicas que você fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense *somente* nas atividades físicas que faz por pelo menos 10 minutos contínuos. Por favor, NÃO inclua atividades que você já tenha citado.

70. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre?

1 2 3 4 5 6 Todos os dias da semana Nenhum (responder Q71)

71. Nos dias em que você caminha no seu tempo livre, quanto tempo no total você gasta POR DIA?

_____ horas _____ minutos

72. Em quantos dias da última semana você fez ATIVIDADES MODERADAS no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis: (observe a instrução acima da questão 54)

1 2 3 4 5 6 Todos os dias da semana Nenhum (responder Q73)

73. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas no seu tempo livre quanto tempo no total você gasta por dia?

_____ horas _____ minutos

74. Em quantos dias da última semana você fez ATIVIDADES VIGOROSAS no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido ou pedalar rápido?

1 2 3 4 5 6 Todos os dias da semana Nenhum (responder Q75)

75. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas no seu tempo livre quanto tempo no total você gasta POR DIA?

_____ horas _____ minutos

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, moto, táxi, moto táxi ou carro.

76. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana? _____ horas _____ minutos

77. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana? _____ horas _____ minutos

78. O (A) Sr (a) tem televisão em CASA?

1 sim não (pule para Q81) não quis responder (pule para Q81)

79. Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma assistir televisão?

1 5 ou mais 3 a 4 1 a 2 não costuma assistir televisão (pule para Q81)

80. Quantas horas por dia o(a) Sr(a) costuma parar para assistir televisão?

1 menos de 1 hora entre 1 e 2 horas entre 2 e 3 horas entre 3 e 4 horas
5 entre 4 e 5 horas entre 5 e 6 horas mais de 6 horas

81. O(a) Sr(a) costuma ir a pé ou de bicicleta do domicílio para o trabalho e do trabalho para o domicílio?
 sim, todo o trajeto Sim, parte do trajeto não (pular para Q83) não trabalha (pular para Q83)

82. Quanto tempo, em média, o(a) Sr(a) gasta para ir e voltar do trabalho (a pé ou de bicicleta)?
 menos que 20 minutos entre 20 e 29 minutos 30 minutos ou mais

BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

83. A seguir vou perguntar sobre as barreiras (dificuldades) que você encontra para praticar sua atividade física diária:

a) Falta de conhecimento ou de orientação sobre atividade física	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
b) Jornada de Trabalho extensa	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
c) Compromissos familiares	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
d) Falta de clima adequado	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
e) Falta de espaço disponível para a prática	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
f) Falta de equipamento disponível	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
g) Tarefas domésticas (para com sua casa)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
h) Falta de companhia	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
i) Falta de incentivo da família e ou amigos	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
j) Falta de recursos financeiros	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
l) Mau humor	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
m) Medo de machucar-se	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
n) Limitações físicas (muscular ou articular)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
o) Dores leves ou mal estar	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
p) Cansaço físico	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
q) Ambiente insuficientemente seguro (criminalidade)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
r) Preocupação com a aparência durante a prática	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
s) Falta de interesse em praticar	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
t) Falta de vestimenta adequada	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
u) Falta de habilidades físicas	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
v) Outros: _____			

CONHECIMENTO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIO FÍSICO

Agora estamos chegando próximo ao final do questionário e gostaria de saber qual o seu conhecimento quanto à prática de atividade física e sobre exercício físico.

84. Como o (a) Sr. (a) considera seu conhecimento sobre atividade física?
 sabe o suficiente gostaria de aprender mais não acha necessário saber mais sobre o assunto
 não tenho nenhum conhecimento não sei responder

85. E sobre o exercício físico?
 sabe o suficiente gostaria de aprender mais não acha necessário saber mais sobre o assunto
 não tenho nenhum conhecimento não sei responder

86. Para que uma pessoa cresça e envelheça com uma boa saúde, o(a) Sr(a) considera o exercício físico: *(Ler os itens)*
 sem importância pouco importante muito importante indispensável não respondeu/ignorado

87. Das seguintes doenças, quais o(a) Sr(a). acha que PODERIAM ser prevenidas com o hábito de fazer exercício físico? *(Ler itens)*

88a-Pressão alta não sim não respondeu/ignorado
 88b-Câncer de pele não sim não respondeu/ignorado
 88c-Osteoporose (ossos fracos) não sim não respondeu/ignorado
 88d-Colesterol alto não sim não respondeu/ignorado

88. Quais destas pessoas o(a) Sr(a). acha que PODERIAM fazer exercícios físicos? *(Ler os itens)*

89a-Uma mulher no início da gravidez não sim não respondeu/ignorado
 89b-Alguém com osteoporose e problemas no coração não sim não respondeu/ignorado
 89c-Um idoso com mais de 90 anos não sim não respondeu/ignorado
 89d-Uma criança com menos de 10 anos não sim não respondeu/ignorado

89. Destes exemplos, qual seria o tempo MÍNIMO para melhorar sua saúde com exercícios físicos? *(Ler os itens)*

10 minutos, 4 vezes por semana
 2 horas por dia, todos os dias
 30 minutos, 3 vezes por semana
 1 hora, 1 vez por semana não respondeu/ignorado

90. A falta de exercício físico PODE fazer com que a pessoa tenha: *(Ler os itens)*

91a-Diabetes (açúcar no sangue) 0 não 2 sim 0 não respondeu/ignorado
 91b-Diarréia 1 não 0 sim 0 não respondeu/ignorado
 91c-Problemas de circulação 0 não 1 sim 0 não respondeu/ignorado
 91d-Meningite 1 não 0 sim 0 não respondeu/ignorado

91. Quais destes problemas do dia-a-dia o(a) Sr(a). acha que o exercício físico pode ajudar a combater? *(Ler os itens)*

92a-Estresse 0 não 1 sim 0 não respondeu/ignorado
 92b-Insônia (dificuldade para dormir) 0 não 1 sim 0 não respondeu/ignorado
 92c-Ansiedade (nervosismo) 0 não 1 sim 0 não respondeu/ignorado
 92d-Depressão 0 não 1 sim 0 não respondeu/ignorado

92. Na sua opinião DOS SEGUINTE EXERCÍCIOS FÍSICOS, qual deles é O MELHOR para uma pessoa emagrecer ? *(Ler itens)*

0 futebol 0 tênis 0 hidroginástica (ginástica na água)
 3 caminhada 0 ginástica localizada 0 não respondeu/ignorado

93. Alguém já lhe informou que seria bom fazer exercícios físicos para melhorar sua saúde?

0 não

Se 1 sim, QUEM (pode assinalar mais de uma opção)?

1 Médico 2 Parente / amigo 3 Professor 4 Meio de comunicação (TV, Jornais, Rádios)

HÁBITOS ALIMENTARES

As perguntas a seguir querem saber qual a qualidade da sua alimentação.

94. Considera-se saudável o consumo diário de frutas e verduras. Em relação aos seus hábitos alimentares, você diria que:

1 incluo frutas e verduras diariamente na minha alimentação há mais de 6 meses
 2 incluo frutas e verduras diariamente na minha alimentação há menos de 6 meses
 3 não tenho este hábito, mas pretendo incluir frutas e verduras na minha alimentação diária nos próximos 30 dias
 4 não tenho este hábito, mas pretendo incluir frutas e verduras na minha alimentação diária nos próximos 6 meses
 5 não tenho este hábito, e não pretendo incluir frutas e verduras na minha alimentação diária nos próximos 6 meses

95. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer feijão?

1 1 a 2 dias por semana 2 3 a 4 dias por semana 3 5 a 6 dias por semana
 4 todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 quase nunca 6 nunca

96. Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha - não vale batata, macaxeira, aipim, mandioca ou inhame)?

1 um a dois dias por semana 2 três a quatro dias por semana 3 cinco a seis dias por semana
 4 todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 quase nunca (pule para Q100)
 6 nunca (pule para Q100)

97. Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?

1 um a dois dias por semana 2 três a quatro dias por semana 3 cinco a seis dias por semana
 4 todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 quase nunca (pule para Q99) 6 nunca (pule para Q99)

98. Num dia comum, o(a) Sr(a) come este tipo de salada:

1 no almoço 2 no jantar 3 no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

99. Num dia comum, o(a) Sr(a) come verdura ou legume cozido:

1 no almoço 2 no jantar 3 no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

100. Em quantos dias da semana o (a) Sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?

1 um a dois dias por semana 2 três a quatro dias por semana 3 cinco a seis dias por semana
 4 todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 quase nunca (pule para Q102) 6 nunca (pule para Q102)

101. Quando o(a) Sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr(a) costuma:

1 tirar sempre o excesso de gordura visível
 2 comer com a gordura
 3 não come carne vermelha com muita gordura

102. Em quantos dias da semana o (a) Sr(a) costuma comer frango/galinha?

1 um a dois dias por semana 2 três a quatro dias por semana 3 cinco a seis dias por semana
 4 todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 quase nunca (pule para Q104) 6 nunca (pule para Q104)

103. Quando o(a) Sr(a) come frango/galinha com pele, o(a) Sr(a) costuma:

1 tirar sempre a pele 2 comer com a pele 3 não come pedaços de frango com pele

104. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frutas?

- 1 um a dois dias por semana 2 três a quatro dias por semana 3 cinco a seis dias por semana
4 todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 quase nunca (pule para Q106) 6 nunca (pule para Q106)

105. Num dia comum, quantas vezes o(a) Sr(a) come frutas? 1 uma 2 duas 3 três ou mais

106. Quantas refeições você faz ao dia? 1 uma refeição 2 duas refeições 3 três ou mais

INDICADORES ECONÔMICOS

Gostaria de perguntar sobre algumas coisas que o(a) senhor(a) pode ou não ter no domicílio. As questões a seguir objetivam apenas identificar os tipos de bens e serviços que as famílias costumam ter na residência para uso.

107. Qual a renda familiar (salários mínimos)?

- 1 abaixo de 1 salário 2 de 1,01 a 2 salários 3 de 2,01 a 3 salários
4 de 3,01 a 5 salários 4 > 5 salários 6 não sabe/não respondeu

108. Quantas pessoas contribuem com a renda da família? _____

109. Total de pessoas na família? _____ 110.1 Quantas cômodas tem em sua casa: _____

110. O(a) senhor(a) poderia informar se tem <item> no seu domicílio?

Rádio: Se SIM. Quantos? ____ 0 Não 1 Não quis informar

TV a cores: Se SIM. Quantos? ____ 0 Não 1 Não quis informar

Carro: Se SIM. Quantos? ____ 0 Não 1 Não quis informar

Aspirador de pó: Se SIM. Quantos? ____ 0 Não 1 Não quis informar

Máquina de lavar roupa: Se SIM. Quantas? ____ 0 Não 1 Não quis informar

Videocassete ou DVD: Se SIM. Quantos? ____ 0 Não 1 Não quis informar

Banheiros: Se SIM. Quantos? ____ 0 Não 1 Não quis informar

Geladeira: Se SIM. Quantas? ____ 0 Não 1 Não quis informar

Freezer ou geladeira duplex: Quantas? ____ 0 Não 1 Não quis informar

111. O(a) senhor(a) tem empregada doméstica?

- 1 Não 2 Se SIM. Quantas? ____ 3 Não quis informar

112. Quem é o chefe da família? _____

113. Qual a escolaridade do chefe da família?

- 1 Nenhum ou primário completo
2 até a 4a série (antigo primário) ou ginásial (1o grau/ensino fundamental) incompleto
3 Ginásial (1º grau/ens. fund.) completo ou Colegial (2º grau/ensino médio) incompleto
4 Colegial (2º grau/ensino médio) completo ou superior incompleto
5 Superior completo 6 Não quis informar 7 Não sabe

INFORMAÇÕES SOBRE O PROGRAMA AÇÃO E SAÚDE GUANAMBI

114. No oferecimento de um programa de orientação de atividade física, você participaria?

- 1 Sim 2 Não 3 Não quis informar

115. Quantos dias e quanto tempo por dia você disponibilizaria para realização de um programa de atividade física regular?
_____ dias e _____h_____min por dia

116. No último ano, o(a) senhor(a) ouviu falar de algum programa ou projeto comunitário que incentive a prática de atividades físicas?

- 1 sim 2 não 3 não lembra 4 Não quis Informar

117. O(a) senhor(a) já ouviu falar das atividades físicas que são desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (Programa Ação e Saúde Guanambi)?

- 1 sim 2 não 3 não lembra 4 Não quis Informar

118. O(a) senhor(a) já participou do programa Ação e Saúde Guanambi?

- 1 Sim 2 Não 3 Não quis informar 4 Não sabe/ Não lembra

119. O(a) senhor(a) já viu alguma aula ou atividade do programa Ação e Saúde Guanambi?

- 1 sim 2 não 3 não lembra 4 Não quis Informar

120. O(a) senhor(a) participa do Programa Ação e Saúde Guanambi?

- 1 Sim 2 Não 3 Não quis informar

MODULO DO IDOSO (IDADE >60ANOS)
Escala de Atividades Básicas de Vida Diária

121. Durante o banho você não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo?

1 sim 2 não

122. Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos? 1 sim 2 não

123. Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda de outra pessoa (pode usar andador ou bengala)?

1 sim 2 não

124. Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda? 1 sim 2 não

125. Controla completamente urina e fezes? 1 sim 2 não

126. Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)? 1 sim 2 não

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

MASSA CORPORAL MEDIDA _____ ESTATURA MEDIDA _____ PERIMETRO DE CINTURA _____

Confira o questionário e assinatura do TCLE.
Por fim agradeça a atenção dispensada, entregue as cartilhas e folder e finalize o questionário.
Lembre de anotar o tempo de entrevista no cabeçalho do questionário

Observações:

APÊNDICE F - Cartilha de intervenção do módulo educar

*Atividade física para
promoção da saúde*

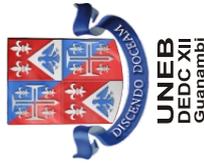
Prefeitura de
GUANAMBI
TRABALHANDO PRA VOCÊ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

Realização:



LAFPEAF
LINHA DE ESTUDO, PESQUISA E
EXTENSÃO EM ATIVIDADE FÍSICA



Apoio:



Módulo Educar

Guanambi - Bahia

ALGUNS CONCEITOS

Atividade física: é caracterizada pelas atividades de trabalho, lazer, atividades domésticas e de deslocamento. Requer um gasto de energia acima dos níveis de repouso, podendo ser realizada de forma natural em seu dia-a-dia.

Exercício físico: é a atividade física programada e sistematizada (controlada), onde requer um gasto de energia específico para cada tipo de esforço.

Atividade física moderada: é aquela que precisa de algum esforço físico, faz o indivíduo respirar um pouco mais forte do que o normal, e o coração bater mais rápido.

CURIOSIDADES:

Você Sabia Que:

A hipertensão arterial e o diabetes podem ser tratados e prevenidas com a prática de atividade física regular.

A atividade física não precisa ser intensa para trazer benefícios.

Homens e mulheres de todas as idades podem beneficiar-se com a prática da atividade física regular.

Ser ativo significa também participar das discussões e decisões do seu bairro, da sua comunidade, do seu município, na busca de uma melhor condição de vida.

DICAS PARA UMA VIDA SAUDÁVEL:

- Mantenha-se fisicamente ativo
 - Pare de fumar
 - Controle sua pressão arterial
 - Controle seus níveis de colesterol
 - Reduza a ingestão de sal
- Diminua a ingesta de alimentos gordurosos
 - Reduza seu peso, se em excesso
- Reserve um momento para você relaxar
 - Seja ativo em sua comunidade



Você deve se perguntar: já tenho tanta atividade em casa e no trabalho, por que devo me movimentar mais?

Pois é, as tarefas do lar e do trabalho também são importantes para uma boa saúde, porém durante estas práticas estamos condicionados e preocupados com determinadas cobranças, como cumprir os horários e dar conta de todas as obrigações solicitadas.

A prática da atividade física deve ser de forma prazerosa e relaxante. Reserve um tempo para você, pense em uma atividade que te dê prazer e que melhore sua auto-estima, e comece agora mesmo, introduzindo a atividade física na sua rotina diária.

Você pode ter mais de dez razões (dificuldades) para não ser ativo fisicamente, mas pense em apenas um motivo para ser ativo:

Cuidar de você e da sua saúde.

COMO SE TORNAR ATIVO?

Para tornar-se mais ativo deve aproveitar cada oportunidade do dia para movimentar-se mais.

Realizar atividades de lazer de forma mais ativa, como praticar esportes, dançar e realizar caminhadas, podem garantir resultados importantes para sua saúde e qualidade de vida.



QUAL O INVESTIMENTO?

Não precisa fazer grandes investimentos, apenas coloque roupas leves e confortáveis e aproveite para caminhar nas ruas de sua comunidade, conhecer melhor seu bairro e a sua cidade, e descobrir os espaços públicos que favorecem a prática de atividade física e de exercício.

Começar a pensar em ser ativo fisicamente já é um grande passo para sua saúde e para melhoria da sua qualidade de vida.

Módulo Educar (Pré contemplação e Contemplação)



Fazer com que você aprenda um pouco sobre a importância e os benefícios da atividade física para sua saúde, é a proposta desta cartilha:

Educar para praticar.

A atividade física passou a ter um papel importante em nossas vidas, por apresentar uma relação com os aspectos do estilo de vida e com a prevenção das doenças da modernidade (hipertensão, diabetes, problemas do coração, artrites, artroses, etc)

O objetivo é mostrar não apenas que podemos prevenir doenças, mas também adquirir qualidade de vida e saúde com a prática regular de atividade física.

POR QUE TORNAR-SE ATIVO FISICAMENTE?

Nesta fase da vida (adulta) a atividade física habitual, tende a diminuir de uma forma mais progressiva e acentuada, e com isso algumas mudanças podem ser observadas, como: perda de massa muscular, menor resistência para a prática das atividades diárias, aparecimento de algumas doenças, menor mobilidade, maior cansaço físico e mental, aumento do peso corporal, entre outras. Estas mudanças influenciam diretamente na nossa qualidade de vida e em nossa auto-estima.

Praticar atividade física regular pode representar um melhor controle destas perdas, além de trazer outros benefícios físicos, sociais e psicológicos.



A CAMINHADA



Caminhar é a atividade ideal para os adultos saudáveis. O ato de andar faz parte de nossa vida, simples de ser executada, requerendo muito pouco em termos de equipamentos e facilidades. Pode ser realizada individualmente e de forma coletiva.

Agora responda:

Onde você costuma ir durante a semana? (liste cinco locais)

Como você pode ser mais ativa indo para estes locais?

Quais as dificuldades (barreiras) que você tem para ser ativo fisicamente:

Pense no custo/ benefício de tornar-se ativo fisicamente:

Vamos promover a saúde e não apenas remediar!



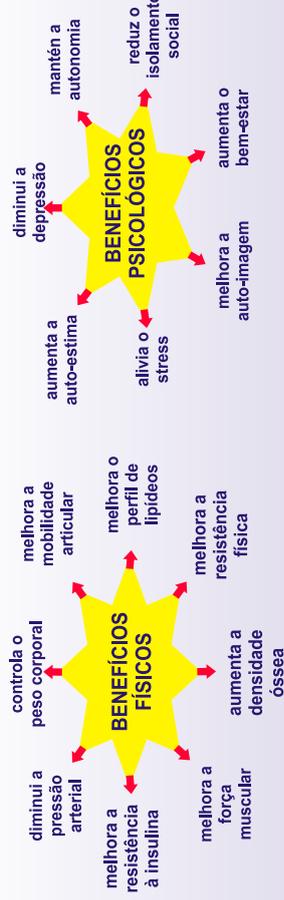
Participe de nossos encontros e atividades!

Data: ___/___/___

Horário: _____ hs

Local: Unidade de Saúde do seu Bairro

BENEFÍCIOS COM A PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA



Não perca tempo, comece agora mesmo a praticar atividade física e veja como é bom ser mais ativo.

Quanto de atividade física deve ser feito para beneficiar a saúde?

Deve ser feita pelo menos 30 minutos por dia, com ritmo leve ou moderado, na maioria dos dias da semana, de forma contínua ou acumulada (ex: 2 x de 15 minutos ou 3 x 10 minutos durante o dia).

Não esqueça! Você não precisa estar em forma, sair de casa ou dispor de muito tempo para ser mais ativo, as atividades podem ser facilmente introduzidas na sua rotina diária.

DICAS:

Convide alguém para compartilhar com você a praticar a atividade física que você mais gosta.

Realize sua atividade de forma prazerosa, não faça da atividade física uma obrigação e sim um hábito, e você verá como vai ser bom.

Para obter melhores resultados com a atividade física você deve realizar de forma mais moderada e não tão leve.

Aproveite cada momento do seu dia para movimentar-se.

Compareça a unidade de saúde do seu bairro para receber orientações sobre a prática de atividade física regular.



A SAÚDE: um dos nossos atributos mais preciosos que temos.

Contínuo da saúde



Recomendações para atividade física

Pelo menos 30 minutos por dia

RECOMENDAÇÃO ATIVIDADE FÍSICA

Leve à moderada

Continua ou acumulada

Maioria dos dias da semana

Reflexão:

O que você entende por ser ativo?



“ ... Saber ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção e construção.”

Paulo Freire

**APÊNDICE G -
conscientizar**

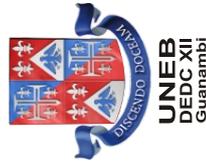
Cartilha de intervenção do módulo

*Atividade física para
promoção da saúde*



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

Realização:



LEPFAF
LINHA DE ESTUDO, PESQUISA E
EXTENSÃO EM ATIVIDADE FÍSICA



Apoio:



Módulo Conscientizar

Módulo Conscientizar (Preparação)

Conscientizar para praticar, esta é a proposta desta cartilha. Identificar quais os motivos que impedem você de se tornar uma pessoa mais ativa fisicamente.

Conscientizar para praticar

O sedentarismo é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, e agravante para outras doenças. A prática de atividades físicas é um determinante para boa qualidade de vida e para sua saúde.

Se você decidiu incorporar a atividade física à sua vida diária, **Parabéns!** Se caso você ainda não tomou essa decisão, vamos tentar descobrir as causas que dificultam sua prática, encontrando alternativas para eliminá-las ou reduzi-las.

Qual a sua intenção com a prática regular da atividade física?

Para que você possa adotar um estilo de vida ativo é importante definir qual a sua pretensão com a atividade física e quais os objetivos e metas futuras. Você pode identificar em que estágio de comportamento você se encontra, e assim pensar em mudar.

Quais objetivos eu posso alcançar com a prática da atividade física regular?

Com a prática da atividade física e do exercício físico você pode pensar em alguns objetivos, como:

Social: Fazer novas amizades e melhorar o relacionamento com as pessoas, etc.;
Físico: melhorar a aptidão física (força, resistência e flexibilidade), etc.;
Psicológico: diminuir a tensão do dia-a-dia, melhorar a auto estima, etc.;
Terapêutico: auxiliar na manutenção da saúde e/ou tratar e controlar algumas doenças (ex: pressão alta e diabetes), e seus fatores de risco ;
Desempenho: melhorar as qualidades físicas importantes para cada modalidade esportiva.



Andar no seu Ritmo

Tente se organizar para caminhar, pelo menos 20 minutos durante três vezes por semana.

Evite a ansiedade e o esforço acima dos seus limites. A caminhada antes de mais nada deve ser uma atividade agradável.

Controle sua frequência cardíaca durante suas atividades físicas a fim de evitar os excessos e possíveis riscos ou lesões durante a prática.

Agora responde:

Qual o seu objetivo com a atividade física?

Quais as principais barreiras(dificuldades) que você tem para atingir seu objetivo?

Como você deve fazer para alcançar estes objetivos e metas?

Quanto tempo você acha necessário para atingi-los?

Para que você tenha melhores resultados e possa aderir a um programa regular de atividade física é importante determinar objetivos a curto prazo, pois você se sentirá mais motivado e envolvido com a atividade física escolhida por você.



Participe de nossos encontros e atividades!

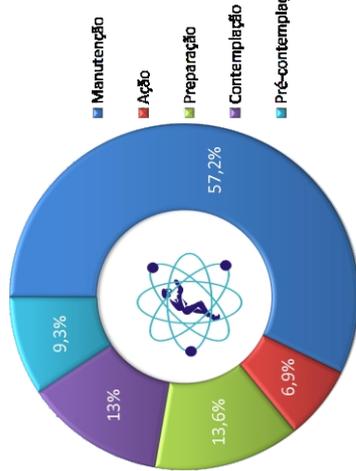
Data: ___/___/___

Horário: _____hs

Local: Unidade de Saúde do seu Bairro

CURIOSIDADES:

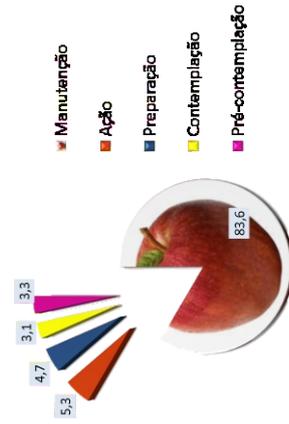
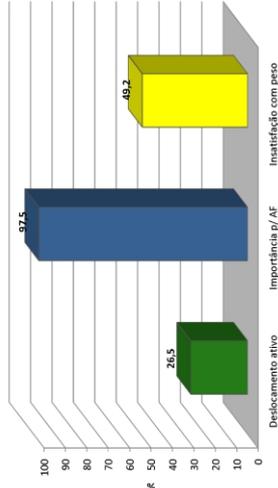
VOCÊ SABIA QUE EM SEU GUANAMBI:



Para o comportamento para atividade física e exercício, aproximadamente 3 em cada 4 adultos aderiram, a mais de seis, as recomendações para adoção da atividade física para melhoria da sua saúde.

No tempo livre os adultos de Guanambi assistem frequentemente TV, e mais de 3 horas por dia.

A maioria da população de Guanambi reconhece a atividade física como algo importante para sua vida e sua saúde. Porém, apenas 1 em cada 4 pessoas utilizam do deslocamento ativo (caminhar ou andar de bicicleta) no seu dia-a-dia para ir de um lugar a outro.



Apesar de 1 em cada 5 adultos em Guanambi consumirem regularmente frutas e verduras a mais de seis meses (alimentação saudável), quase 50% dos adultos estão insatisfeitos com o peso corporal e apresentam sobrepeso.



DICAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL:

- Evite o excesso quando possível;
- Como alimentos não muito gordurosos;
- Procure se alimentar com frutas, verduras e vegetais;
- Realize pelo menos três refeições diárias.

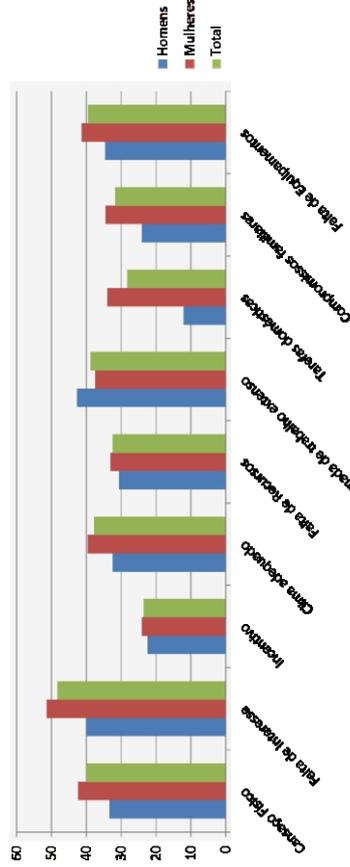
Obs: a amostra utilizada nesta pesquisa foi representativa da população de Guanambi (BA), em estudo realizado nas áreas de abrangência da ESF no ano de 2009.



QUE SÃO BARREIROS PARA A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA?

Barreira para a prática da atividade física é tudo aquilo que dificulta ou impede você de praticar sua atividade física regularmente. As barreiras podem ser ambientais, sociais, físicas ou psicológicas.

Portanto, sabendo da importância da atividade física para saúde e para sua qualidade de vida, é necessário refletir sobre essas barreiras e criar alternativas para reduzi-las ou eliminá-las. Por isso além de ter conhecimento sobre a importância da atividade física é fundamental analisar e conhecer o contexto em que vive, as oportunidades, incentivos e os espaços públicos disponíveis para a prática da atividade física, além de conhecer as políticas públicas para promoção da saúde do seu município. Observe que na figura abaixo as barreiras citadas para a prática de atividade física por pessoas de sua cidade:

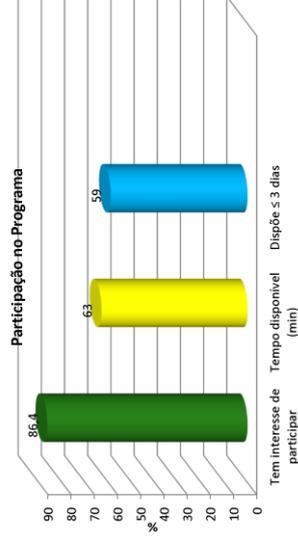


Observa-se que as barreiras sociais e as comportamentais são as mais citadas pela população de Guanambi para adoção do comportamento ativo. As mulheres percebem mais dificuldades para a prática de atividade física do que os homens.

A falta de equipamentos e de interesse, o clima inadequado e a jornada de trabalho extensa foram dificuldades mais citadas pelos homens.

Para as mulheres as tarefas domésticas, os compromissos familiares, cansaço físico e a falta de interesse são as barreiras mais citadas.

Portanto, nem todas as barreiras podem ser superadas apenas por você, algumas delas, como as barreiras ambientais, dependem do apoio dos órgãos públicos e de ações comunitárias para serem resolvidas.



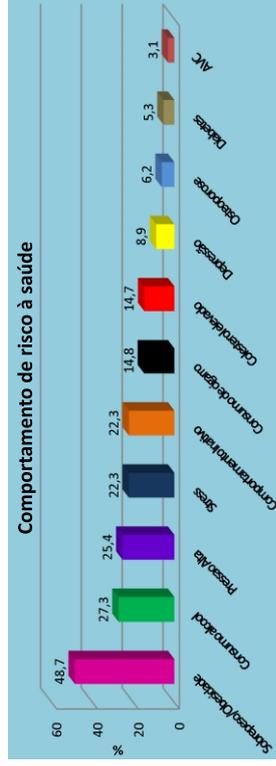
Com relação a participação em programas de atividade física, 3 em cada 4 adultos apresentam interesse em praticar, com disponibilidade de uma hora, três vezes por semana.



Obs: a amostra utilizada nesta pesquisa foi representativa da população de Guanambi (BA), em estudo realizado nas áreas de abrangência da ESF no ano de 2009.

Fatores de Risco a Saúde

Os fatores de risco estão representados por aspectos comportamentais ou genéticos que influenciam no surgimento de doenças (cardiovasculares e metabólicas), destacando-se a obesidade, o uso abusivo do álcool e do cigarro, e o sedentarismo. O gráfico abaixo representa o perfil dos indicadores de saúde de adultos na cidade de Guanambi (BA).



Controlar e evitar estes fatores de risco são importantes para a manutenção da saúde e controle de doenças como a hipertensão, a diabetes e os problemas cardíacos. O controle do peso e a diminuição do consumo do cigarro e do álcool, representam uma mudança necessária para adoção do estilo de vida saudável.

A atividade física e o exercício físico podem ser um importante aliado para esta mudança.

Quanto a qualidade do sono e o nível de estresse em sua vida, você deve procurar organizar seu tempo, a fim de permitir um melhor repouso para seu corpo. Estas iniciativas devem fazer com que suas condições de saúde melhorem e que você sinta mais vontade em praticar sua atividade física regular.

DICAS PARA UM BOM ALONGAMENTO:



O alongamento é um tipo de atividade física que ajuda na manutenção dos movimentos corporais e da saúde de suas articulações. Veja algumas dicas:

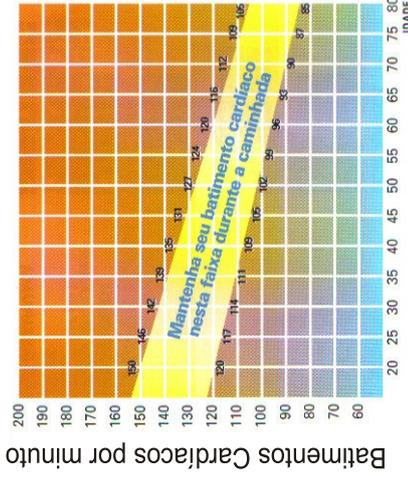
- 1 - Manter de 10 a 20 segundos em cada movimento;
- 2 - Respirar pausadamente durante o alongamento (não bloquear a respiração);
- 3 - Respeitar os seus limites, pois a dor é sinal de excesso.

Obs: a amostra utilizada nesta pesquisa não foi representativa da população do estado. Os dados servem apenas para ilustrar alguns comportamentos e incentivar a prática de atividade física.

Controle da Atividade Física

A caminhada é uma das atividades mais simples para se exercitar. E para que você consiga obter bons resultados é importante controlar o seu ritmo de caminhada.

Um das alternativas para isso é o controle da frequência cardíaca em determinada faixa, de acordo com seu objetivo. A tabela ao lado serve para você se orientar e saber qual a faixa que você deve manter em sua caminhada.



■ Faixa indicada para iniciantes

1 - Conte o número de batimentos cardíacos em 15 segundos e multiplique vezes quatro, para saber o total em minutos; Ex: 30 batimentos x 4 = 120

2 - Manter seu ritmo de pulsação e aumentar o tempo da atividade é indicado para melhorar a resistência do coração e do pulmão ao esforço físico;

3 - Uma maneira correta de verificar é tomar os batimentos cardíacos no pulso com os dedos indicador e médio (ver figura acima)



Reflexão:

O que posso fazer para diminuir as barreiras ambientais e sociais que dificultam a minha prática da atividade física e de minha comunidade?



Mensagem

“... Não basta querer mudar, temos que encontrar meios facilitadores que estimulem a promoção da saúde e a prática de hábitos saudáveis ...”



APÊNDICE H - Cartilha de intervenção do módulo praticar

Escala subjetiva de esforço

Valor da escala	Classificação	Exercício
0	Absolutamente nada	Leve
0,5	extremamente fraco	Leve
1	muito fraco	Leve
1,5	fraco	Leve
2	fraco	Leve
2,5	moderado	Moderado
3	moderado	Moderado
4	Moderado	Moderado
4,5	Moderado	Moderado
5	forte	intenso
6	intenso	intenso
7	muito forte	intenso
8	intenso	intenso
9	intenso	intenso
10	estremamente forte	intenso
11	máximo absoluto	intenso

Ref: Escala de Gunnar Borg (1981).

Outra alternativa para controlar seu ritmo é identificar de forma subjetiva a percepção do seu esforço durante o exercício, utilizando esta escala ao lado:

- 1- Exercício leve: alguns benefícios para doença do coração e mínimo de melhora na aptidão física;
- 2- Exercício moderado: benefícios tanto para doenças do coração com para a aptidão física; e
- 3- Exercício Intenso: para aqueles que desejam , uma ótima aptidão física. Manter- se entre os valores 2 a 6 é ideal.

Ref: Nieman(1999)

Dica: procure um amigo para realizar suas atividades e converse com ele sobre o esforço que estejam fazendo.

Atividade física para promoção da saúde

Prefeitura de
GUANAMBI
TRABALHANDO PRA VOCÊ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

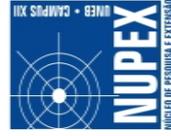
Realização:



LEPERAF
LINHA DE ESTUDO, PESQUISA E
EXTENSÃO EM ATIVIDADE FÍSICA



UNIB
DEDC XII
Guanambi



Apoio:



Módulo Praticar

Guanambi - Bahia



Módulo Praticar (Ação e Manutenção)

Educar e conscientizar para praticar. Se você já pratica atividade física regularmente ou faz algum exercício físico, muito bem! Continue assim e poderá aproveitar ainda mais os benefícios destas atividades para a sua saúde e bem estar.

A proposta desta cartilha é orientá-lo(a) para manter-se ativo(a) fisicamente e sugerir algumas atividades para o controle da hipertensão, diabetes e controle do peso corporal, além de melhorar sua condição física por meio do exercício.

Vamos Praticar!

Se você optou em fazer da atividade física regular um hábito em sua vida. **Parabéns! Fez uma excelente escolha!** O importante para continuar ativo fisicamente e praticar sua atividade é estabelecer objetivos e procurar alternativas para se sentir seguro com sua prática.

Então, como posso me tornar mais seguro com minha prática de exercício físico ou atividade física? Procurar informações sobre a atividade a qual você desenvolve e listar os ganhos obtidos até agora, seria um passo muito importante.

Que exercício físico devo fazer?

Cada exercício físico promove um resultado diferente no seu organismo, como por exemplo: atividade contínua como a caminhada, andar de bicicleta e a corrida, ajudam a melhorar o funcionamento do coração e do pulmões, possibilitando uma melhor circulação do sangue para os órgãos e articulações; atividades localizadas, que podem ser de força, onde se utiliza pesos (aparelhos) ou o próprio peso do corpo, melhoram a condição dos músculos e ossos, dando firmeza para desenvolver as atividades que exigem força e para postura do corpo; e de flexibilidade (alongamento) que ajudam a manter e melhorar a elasticidade dos músculos e a manutenção das articulações.



Exercício Físico

A prática do exercício físico pode trazer importantes benefícios para a sua saúde e para o controle de algumas doenças como a hipertensão, a diabetes e a obesidade. O exercício físico requer um maior gasto de energia e um maior esforço do coração, pulmões e músculos, por isso recomenda-se consultar seu médico para ter uma prática segura e obter bons resultados.

Agora responda:

Que informação você daria ao seu vizinho, amigo ou parente sobre atividade física e exercício ?

Caso você tivesse o papel de um agente multiplicador para formar um grupo de atividade física o que faria?

O que você pode fazer para tornar sua comunidade mais ativa?

Você acredita ter autonomia para praticar sua atividade física regular?

Lembre-se que, para você tornar a atividade física um hábito em sua vida, ela deve ser desenvolvida com prazer e sem muito exagero. Promover saúde é poder optar por uma melhor condição de vida. Reflita sobre isto! Construa esta condição com sua comunidade e seja ativo.



Participe de nossos encontros e atividades!

Data: ___/___/___

Horário: ___hs

Local: Unidade de Saúde do seu Bairro



Obesidade

Hoje a obesidade é a doença que mais cresce no mundo, e traz consigo diversos problemas à saúde. A obesidade é caracterizada quando o seu índice de massa corporal (IMC), que é a relação do seu peso pela sua altura ao quadrado, está acima de 30 kg/m². Nas pessoas que apresentam este quadro, a prática do exercício físico deve ser acompanhado de uma reeducação alimentar e aumento da atividade física diária.

Dicas importantes:

- 1- Se você é inativo fisicamente, inicie gradativamente sua atividade física, de preferência uma caminhada com ritmo confortável;
- 2- Se você já pratica regularmente seu exercício físico, acompanhe seu ritmo entre 60 a 80 % da frequência cardíaca máxima (FC_{máx}=220-idade) e acrescente atividades localizadas com peso;
- 3- Procure um nutricionista para orientar sobre a sua reeducação alimentar;
- 4- Evite dietas milagrosas, porque o controle da obesidade é também uma questão educacional que leva algum tempo;
- 5- Não exagere, faça sua atividade entre 20 e 60 minutos, mais do que isto o exercício não promove resultado.

Controle de Peso

O controle do peso corporal é uma importante medida para evitar o surgimento precoce dos fatores de risco (colesterol elevado, sobrepeso, triglicérides alto, etc.) e das doenças crônicas como a hipertensão e a diabetes. Mas, a única forma de controlar o peso ou diminuir o peso é criando um estado de equilíbrio (ex:1) ou estado negativo (ex:2) da balança energética:



Promoção da Saúde

“A promoção da saúde representa um amplo processo social e político, ela não engloba apenas as ações dirigidas para o fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, mas, também, das ações direcionadas para mudanças nas condições sociais, ambientais e econômicas, de forma a aliviar seu impacto sobre a saúde pública e individual”.

(Carta de Otawa, 1986)



Quais procedimentos devo tomar antes de iniciar o meu exercício físico?

Após fazer sua escolha, você deve procurar um profissional que possa orientá-lo, quanto ao ritmo, a frequência e a duração de sua atividade, e realizar também uma consulta médica a fim de saber se tem alguma restrição para atividade escolhida.



Recomendações

As cinco recomendações abaixo servem para você evitar alguns problemas durante a sua prática, portanto procure seguir corretamente:

Horário: escolha os horários que mais se adaptem às suas atividades diárias, no período da manhã ou a tarde, evitando as temperaturas elevadas;

Roupas: use roupas leves e folgadas. O calçado deve ser leve, bem ajustado, macio e capaz de absorver o impacto;

Local: se a atividade for a caminhada, dê preferência a locais planos, buscando áreas verdes de sua comunidade;

Hidratação: beba de preferência água, antes, durante e após seu exercício ;

Alimentação: não se exercite em jejum, alimente-se pelo menos 1 a 2 horas antes do exercício. Recomenda-se alimentos leves. Não fazer uso de bebidas alcoólicas antes e após o exercício.

Reflexão:

Lembre-se que a atividade física é apenas um dos componentes que pode ajudar na melhoria da sua saúde e da qualidade de vida. Buscar melhores condições para o seu bairro, quanto ao saneamento, ao transporte público e as áreas de lazer, também fazem parte desta busca. Portanto, seja mais companheiro, conheça sua comunidade e reúna seus vizinhos para discutir as necessidades e ações para o seu bairro.

Porque isto também é ser ativo!



Dicas para montar sua aula!

Para você aproveitar melhor os resultados de sua aula siga os seguintes passos:

- 1- Antes de iniciar sua atividade, realize alongamentos para as principais articulações e músculos que serão utilizados (5 a 10 minutos);
- 2- Comece devagar, até encontrar o ritmo ideal da sua frequência cardíaca e mantenha; lembre-se de próximo ao final do exercício deve diminuir gradativamente até parar (20 a 40 minutos);
- 3- Ao parar, realize alongamentos para todas as articulações, preparando o seu corpo para o próximo dia de atividade (5 a 10 minutos);
- 4- Aproveite a sensação de bem estar após a aula e relaxe.

OBS: Nunca exceda os seus limites, especialmente após interrupção prolongada.

Faixa indicada para o controle da frequência cardíaca durante o exercício físico

Idade (anos)	Pulso em 15 segundos	Pulso em 1 minuto (bpm)
20	30 a 37	120 a 150
25	29 a 36	117 a 146
30	28 a 35	114 a 142
35	27 a 35	111 a 139
40	27 a 34	109 a 135
45	26 a 33	105 a 131
50	25 a 32	102 a 127
55	25 a 31	99 a 124
60	24 a 30	96 a 120
65	23 a 29	93 a 116

Conte o número de batimentos cardíacos em 15 segundos e multiplique por 4, para saber o total em minutos;
Ex: 30 batimentos medidos em 15 segundos x 4 = 120 bpm



Agente Multiplicador

Convide as pessoas mais próximas para fazer parte de seu grupo. Reflita sobre os benefícios da atividade física e discuta as alternativas para diminuir ou eliminar as barreiras da comunidade. O compromisso assumido em grupo favorece a participação e continuidade das pessoas à prática regular de atividade física.

Exercício e Saúde

As mudanças ocorridas na forma de viver das pessoas nos últimos anos, tem levado ao surgimento cada vez mais cedo de doenças, destacando-se a hipertensão, a diabetes e a obesidade. Neste processo a atividade física e o exercício físico tem merecido um destaque especial como alternativa não medicamentosa para o tratamento e controle das mesmas.

A seguir você receberá algumas dicas de como o exercício físico pode ajudar.



Pressão Alta

A partir dos níveis de 14 por 9 ou 140 por 90 mmHg, a pressão alta começa a causar danos em órgãos importantes do nosso corpo, como o coração, cérebro, artérias, olhos e rins. Para o hipertenso o exercício físico regular tem sido um importante aliado, pois melhora a condição funcional desses órgãos, além de amenizar os efeitos colaterais provocados por medicamentos.

Dicas Importantes:

- 1- nunca exagere com o exercício, a qualquer sensação de mau estar pare a atividade, e marque uma consulta com seu médico;
- 2- realize atividades contínuas, como caminhada, andar de bicicleta, dançar ou ginástica;
- 3- Se você já pratica regularmente seu exercício físico, acompanhe seu ritmo entre 60 a 70 % da frequência cardíaca máxima ($FC_{\text{máx}} = 220 - \text{idade}$);
- 4- Não exagere, faça sua atividade entre 20 e 60 minutos.
- 5- Evite sal em excesso, reduza seu peso, evite bebidas alcoólicas e o uso do fumo, diminua seu estresse e pratique atividades de lazer de forma ativa;
- 6- No uso de medicamentos como betabloqueadores e diuréticos procure uma orientação sobre o ritmo de sua atividade.



Diabetes

A diabetes é caracterizada quando o valor do açúcar no sangue está acima de 140mg/dL em jejum. O exercício físico deve ser bem controlado pelo portador de diabetes, evitando complicações durante a prática.

Dicas importantes:

- 1- Controle a glicemia antes e após o exercício, para evitar a diminuição exagerada do açúcar sanguíneo;
- 2- As recomendações de exercícios para as pessoas com diabetes são parecidas com as de indivíduos saudáveis;
- 3- O diabético deve realizar atividade contínua como a caminhada, com duração entre 20 e 45 minutos, acima disto aumenta o risco de hipoglicemia;
- 4- Exercícios localizados com peso também são recomendados, porém com intensidade leve a moderada. Fique atento aos sinais de hipoglicemia e tenha sempre um doce em mãos para emergência.
- 5- Ter cuidados com o tipo de calçado a fim de evitar o pé diabético.

APÊNDICE I - Solicitação da autorização a departamento de atenção básica da secretaria de saúde do município de Guanambi para aplicação do estudo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
Coordenadoria de Pós-Graduação em Educação Física



Guanambi, 15 de fevereiro de 2010.

Ilmº. Senhor *Robério Silvio Moraes Cardoso Filho*
Secretario de Saúde do Município de Guanambi (BA)

Estamos realizando uma pesquisa intitulada **“A EDUCAÇÃO FÍSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL À INTERVENÇÃO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM DUAS REGIÕES DO PAÍS”** e vinculado ao Laboratório de Orientação em Atividade Física e Saúde do Centro de Desportos e ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Esta pesquisa tem por objetivo investigar sobre o processo de formação e de intervenção do profissional educação física para promoção da saúde na atenção básica em duas regiões do Brasil (Nordeste e Sul).

Como parte da pesquisa estaremos investigando o custo-efetividade de um programa de intervenção da educação física e saúde na atenção básica considerando as mudanças econômicas e comportamentais.

Durante o período da pesquisa (18 meses) iremos implantar um procedimento da educação física na atenção básica, além de acompanhar as ações do Núcleo de Promoção de Atividade Física e Saúde e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Como procedimento será aplicado questionários em domicílios para identificar o perfil da população quanto aos indicadores de saúde e outros comportamentos preventivos.

Informamos que o projeto de pesquisa será apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e esta a disposição para esclarecimentos futuros.

Certos de contarmos com a sua colaboração para a concretização desta investigação, desde já agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à sua inteira disposição para quaisquer esclarecimentos (e-mails: marcius_lepeaf@hotmail.com ou magomes@uneb.br).

Atenciosamente,


Marcius de Almeida Gomes
Doutorando UFSC/CDS/PPGEF
Pesquisador Principal

APÊNDICE J - Solicitação da autorização ao Departamento de Educação, da Universidade do Estado da Bahia para aplicação do estudo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
Coordenadoria de Pós-Graduação em Educação Física



Guanambi, 15 de fevereiro de 2010.

Ilmº. Senhor *Osaná Macedo Reis*
Diretor do Departamento de Educação da Universidade do Estado da Bahia
Campus XII, Guanambi (BA)

Estamos realizando uma pesquisa intitulada **“A EDUCAÇÃO FÍSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL À INTERVENÇÃO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM DUAS REGIÕES DO PAÍS”** e vinculado ao Laboratório de Orientação em Atividade Física e Saúde do Centro de Desportos e ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Esta pesquisa tem por objetivo investigar sobre o processo de formação e de intervenção do profissional educação física para promoção da saúde na atenção básica em duas regiões do Brasil (Nordeste e Sul).

Como parte da pesquisa estaremos investigando o custo-efetividade de um programa de intervenção da educação física e saúde na atenção básica considerando as mudanças econômicas e comportamentais na população.

Durante o período da pesquisa (18 meses) iremos implantar um procedimento da educação física na atenção básica, e gostaríamos de contar com o apoio desta instituição de ensino por meio da Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física para o desenvolvimento e acompanhamento das ações a serem aplicadas no projeto.

Informamos que o projeto de pesquisa será apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e esta a disposição para esclarecimentos futuros.

Certos de contarmos com a sua colaboração para a concretização desta investigação, desde já agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à sua inteira disposição para quaisquer esclarecimentos (e-mails: marcius_lepeaf@hotmail.com ou magomes@uneb.br).

Atenciosamente,


Marcius de Almeida Gomes
Doutorando UFSC/CDS/PPGEF
Pesquisador Principal

ANEXOS

ANEXO 1 - Aprovação do núcleo de promoção de atividade física e saúde da Prefeitura Municipal de Guanambi comissão intergestores bipartite

RESOLUÇÃO CIB Nº 197/2008

Aprova os Projetos com vistas à Promoção da Saúde dos municípios de Dias D'Ávila, Guanambi, Cruz das Almas, São Félix, Ubaitaba, Amargosa e Santo Antônio de Jesus, referendando a avaliação realizada pelo Ministério da Saúde.

Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, no uso de suas atribuições e tendo em vista o decidido na Reunião Ordinária do dia 20 de novembro de 2008 e considerando:

A Portaria SVS/MS Nº 79 de 23 de setembro de 2008 que estabelece mecanismo de repasse financeiro para incentivo à implementação e fortalecimento das ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância, Promoção e Prevenção de Doenças e Agravos não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família para o ano de 2008;

RESOLVE

Aprovar os seguintes Projetos com vistas à Promoção da Saúde, referendando a avaliação realizada pelo Ministério da Saúde:

- Unidades de Saúde livres do Tabaco: Proposta de melhoria da qualidade de vida, do município de Dias D'Ávila;
- Núcleo de Promoção de Atividade Física e Saúde: Programa Ação e Saúde, do município de Guanambi;
- Movimenta Cruz das Almas II: Incentivo à prática de Atividades Físicas e Teatro Móvel - Conduzindo a Cultura da Paz, do município de Cruz das Almas;
- Vida Saudável, do Município de São Félix;
- Saúde com Qualidade de Vida, do município de Ubaitaba;
- Agita Amargosa, do município de Amargosa;
- Ações para Implementação e Fortalecimento da Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis, do município de Santo Antônio de Jesus.

A presente resolução entrará em vigor na data de sua publicação

Salvador, 25 de novembro de 2008.

Jorge José Santos Pereira Solla Secretário Estadual da Saúde Coordenador da CIB/BA	Suzana Cristina Silva Ribeiro Presidente do COSEMS/BA Coordenadora Adjunta da CIB/BA
--	--

ANEXO 2 - Certificado de aprovação do CEP/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 733

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 733

FR: 3300982

TÍTULO: A Educação física no Sistema Único de Saúde (SUS): da formação profissional à intervenção para promoção da saúde em duas regiões do país (Nordeste e Sul).

AUTOR: maria de fatima da silva duarte, Marcius de Almeida Gomes

FLORIANÓPOLIS, 26 de Abril de 2010.

Coordenador do CEPSH/UFSC

**ANEXO 3 - Autorização do departamento de Educação, da
Universidade do Estado da Bahia para aplicação do estudo**

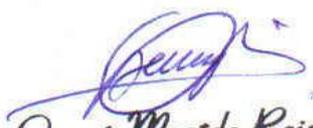


UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
Departamento de Educação-Campus XII
Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“A EDUCAÇÃO FÍSICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DA FORMAÇÃO A INTERVENÇÃO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM DUAS REGIÕES DO BRASIL (NORDESTE E SUL)”** e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Guanambi (BA), 17 de março de 2010.


Osana Macêdo Reis
Diretor Departamento XII
Portaria 1402/2008
Mat. 74359737-8

ANEXO 4 - Autorização do departamento de atenção básica da secretaria de saúde do município de Guanambi para aplicação do estudo.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE GUANAMBI (BA)
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: ***“A EDUCAÇÃO FÍSICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DA FORMAÇÃO A INTERVENÇÃO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM DUAS REGIÕES DO BRASIL (NORDESTE E SUL)”*** e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Guanambi (BA), 17 de março de 2010.

Roberta Gonçalves Mota
Coord. de PACS/PSF
COREN-BA 147204