

**ORIENTAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA EM PROGRAMA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE AÇÃO**

por

Marcus de Almeida Gomes

**Dissertação apresentada ao
Programa Pós-Graduação em Educação Física
da Universidade Federal de Santa Catarina
na Sub-Área de Atividade Física Relacionada à Saúde
como Requisito Parcial à Obtenção do Título de Mestre**

Março, 2007.

**ORIENTAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA EM PROGRAMA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE AÇÃO**

por

Marcus de Almeida Gomes

Orientadora

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

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Educação Física
da Universidade Federal de Santa Catarina
na Sub-Área de Atividade Física Relacionada à Saúde
como Requisito Parcial à Obtenção do Título de Mestre**

Março, 2007.

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

A Dissertação: **ORIENTAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA EM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE AÇÃO**

Elaborada por **MARCIUS DE ALMEIDA GOMES**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina e homologada pelo Colegiado de Curso, como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Data: 13 de março de 2007.

Prof. Dr. Juarez Vieira do Nascimento
Coordenador do Programa de Pós-graduação em Educação Física

Banca Examinadora:

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

Prof. Dr. Tales de Carvalho

Prof. Dr^ª. Vera Lúcia Cardoso Garcia Tramonte

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

a minha esposa Manuela e as
minhas filhas Melissa e Marcella Luana,
pelo tempo que lhes foi subtraído e pelo
amor, carinho e compreensão que foram
essenciais para a conquista deste sonho;

a Eleonora, minha mãe,
pela luz e pelas palavras de
otimismo nas horas mais importantes de
minha vida;

a Sérgio Roberto (Sossó), meu pai,
in memoriam, pelo exemplo de homem
solidário e profissional dedicado, no qual
sempre me espelharei;

aos meus irmãos,
Francine e George Antônio, pelo
apoio e companheirismo dispensado;

ao amigo e irmão de todas as horas,
José Carlos Gallo, a quem serei
eternamente grato por cada passo que
avançar, por cada degrau que subir na
minha vida profissional, pois tem sido um
grande incentivador para que eu continue
sonhando e acreditando em novas
conquistas;

e a todos aqueles que sonham e se
dedicam à transformação deste mundo em
um mundo mais justo e com mais
dignidade.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos aqueles (as) que, direta ou indiretamente, possibilitaram a conquista deste sonho. Pelo apoio e dedicação de vocês, meus sinceros e fraternos agradecimentos, especialmente:

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina pela oportunidade de conviver com uma riqueza e diversidade de conhecimento, possibilitando reflexões e aprendizados que serão de grande importância para minha caminhada acadêmica.

A Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pelo financiamento prestado a este projeto de pesquisa.

A Universidade do Estado da Bahia, em especial aos alunos e ex-alunos do curso de Licenciatura Plena em Educação Física, do Departamento de Educação, Campus XII, Guanambi, os quais têm sido o motivo principal para meu constante aprimoramento.

Aos alunos e professores da primeira turma de Especialização em Atividade Física, Saúde e Sociedade, pelos questionamentos, pelas contribuições e sugestões durante este período. Vocês fazem parte desta trajetória, meus singelos agradecimentos.

Aos meus alunos da LEPEAF (Linha de estudo, pesquisa e extensão em atividade física) que me proporcionaram momentos felizes e importantes neste início de carreira acadêmica, um muitíssimo obrigado.

Aos colegas professores de Departamento, em especial aos Professores Jorge Adilson, Osaná Macedo e Maria Cláudia, pelos bate papos, conselhos, incentivo e apoio para busca e realização desta etapa.

Aos meus colegas Maria Angélica, Ilca Maria, Jorge Both, Elusa Oliveira, Priscila Marques e Jéssica Martinez, e aos professores Édio Petroski, Rosane Rosendo, Sidnei Farias e Edgard Matiello Jr., pelos momentos de descontração e pela atenção dispensada durante o mestrado.

Aos meus amigos e irmãos do sul (Cassiano, Marcelo, Silvio e Miguel), pela convivência agradável e feliz, e as minhas amigas e irmãs do sul (Catiana, Carmem, Lisandra e Martina) pelo carinho e apoio, sempre de prontidão. Vocês são um dos grandes presentes que encontrei neste caminho.

Aos professores e colegas do mestrado em particular os amigos do NUCIDH e do NUPAF, pelo convívio e carinho.

Ao Departamento de Saúde Pública da Prefeitura Municipal de Florianópolis, por ter possibilitado o desenvolvimento desta pesquisa, viabilizando os espaços físicos e suas equipes locais de saúde.

As equipes das Unidades Locais de Saúde do Saco dos Limões e da Fazenda Rio Tavares, em particular, às Enfermeiras (Ingrid, Cleide, Daniela e Cilene) e às Agentes Comunitárias de Saúde (Adriana, Cristiane, Dionéia, Guise, Maria Alice, Margarete, Marlene, Marilene, Vilma, Nilda, Sandra, Solange, Rosália, Rosimeri, Zenir, Alexandra, Inês, Sula, Frida, Terê, Graça, Rosane, Marineiva, Clarice, Sandrinha e Renata), pela doação, pelo envolvimento e pela dedicação. Obrigado, amigas!

As pessoas envolvidas neste projeto e que a cada visita nos receberam com atenção, carinho e alegria. Grato pela oportunidade de aprender um pouco sobre e com os catarinenses.

Ao Programa Floripa em Forma e às amigas Solange Correia e Aline Thibes, pelas resenhas e pelo carinho no dia-a-dia do projeto.

Aos professores Manuela, Lilian e Plínio, pelo empenho e dedicação nas questões da Eme & M Personal Vip. Fica aqui meu agradecimento e reconhecimento pelo apoio de vocês.

A minha família (Sergio Roberto (in memoriam), Eleonora, Francine e George) e familiares (Rosier e Carla, Guel e Carol, Leo e Mônica, Tia Marli e Seu Miguel, e sobrinhos), que sempre estiveram na torcida e souberam suprir a minha ausência sentida por minha esposa e pelas minhas filhas.

Aos Professores, Doutor Tales de Carvalho, Doutora Vera Tramonte e Doutora Márcia Westphal, pelas significativas contribuições para a qualificação deste trabalho.

A minha orientadora, Prof^a Dr. Maria de Fátima da Silva Duarte, pela conduta, por cada palavra amiga, por cada sugestão e apoio (orientação) e, principalmente, pela autonomia a mim concedida, acreditando na realização e conclusão desde projeto. Você é um exemplo de profissional!

Ao Prof^o José Carlos Lima de Souza Gallo, pelo carinho, respeito e dedicação durante estes 10 anos de amizade, e por sua participação, de forma intensa, em todas as minhas conquistas profissionais.

Aos professores e amigos Carlos de Souza Pimentel e Raimundo Barbosa Freitas, pelo apoio e pelas oportunidades que possibilitaram tornar-me um profissional Licenciado em Educação Física (UCSAL). A vocês a minha gratidão eterna!

A minha esposa (Manuela Barreto) e as minhas filhas (Melissa e Marcella Luana), cujo amor e cuja dedicação foram essenciais para a concretização deste sonho. Obrigado meus amores, este momento é de vocês!

Ao nosso Senhor do Bonfim e aos meus padrinhos de luz, pela proteção e vitalidade a cada amanhecer, aquele axé.

“(…)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

ORIENTAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA EM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE AÇÃO

Autor: Marcius de Almeida Gomes

Orientadora: Maria de Fátima da Silva Duarte

Intervenções com a atividade física (AF) têm sido amplamente recomendadas e utilizadas por diversos países, na perspectiva da promoção da saúde. O aprofundamento sobre as questões metodológicas e pedagógicas, para a construção e desenvolvimento de políticas públicas de atividade física, se faz necessário, de modo a reconhecer as diferenças nos diversos contextos da população e assegurar a autonomia na escolha de uma melhor qualidade de vida. Para tanto, o objetivo deste estudo foi desenvolver, implementar e avaliar um programa de orientação de atividade física para a promoção da saúde de adultos aparentemente saudáveis em Programa de Saúde da Família, em Florianópolis, (SC). O estudo foi caracterizado como desenvolvimental, com delineamento de pré e pós-teste, com grupo controle. Para o desenvolvimento do protocolo, utilizou-se o Modelo Transteorético e a Teoria Educacional de Paulo Freire, sendo aplicado em três fases distintas: (1) a fase descritiva exploratória, em que se identificou o perfil da amostra quanto a informações pessoais, indicadores de saúde e co-morbidades, informações sobre o programa de saúde da família, barreiras para a prática de atividade física, estágios de mudança do comportamento para atividade física e classificação socioeconômica; (2) a fase de intervenção com recomendação e orientação sobre atividade física, por meio de seis encontros domiciliares e quatro encontros na unidade local de saúde, durante um período de 120 dias; e (3) a fase de avaliação, identificando os resultados da intervenção, por meio do índice de atividade física habitual no trabalho, no lazer e no exercício (Baecke), e os estágios de mudança de comportamento para atividade física e exercício (EMCAFE) e a avaliação dos procedimentos utilizados. Para a participação da fase de intervenção do protocolo, a amostra foi composta por 51 adultos no grupo experimental (GE) e 52 adultos no grupo controle (GC), com idade entre 30 e 65 anos, pertencentes às áreas de cobertura do PSF das unidades locais de saúde selecionadas. Para a análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e inferencial, sendo que para a identificação das diferenças entre os grupos experimental e controle utilizou-se o Teste *t* para amostras independentes e o teste U de Mann-Whitney e para as diferenças entre o pré e o pós (avaliação inicial- pré teste e aplicação do protocolo- pós teste), em ambos os grupos, os Testes *t* pareado e *t* de Wilcoxon para um nível de significância de 95% ($p \leq 0,05$). Após a aplicação do protocolo, o GE apresentou resultados significativos para o aumento na percepção da saúde positiva, no nível de AF habitual no exercício e nos EMCAFE e, diminuição para a percepção da barreira da falta de conhecimento e/ou orientação para AF. Para a avaliação processual, observou-se aprovação superior a 80% na maioria dos itens que representaram as cinco dimensões avaliadas. Por fim, conclui-se que as estratégias e os procedimentos apresentados pelo Modelo Transteorético e pela Teoria Educacional de Paulo Freire, representam bons instrumentos para intervenções de atividade física para a promoção da saúde de adultos aparentemente saudáveis, tornando-os viáveis a sua aplicabilidade para o contexto do Programa de Saúde da Família (PSF).

Palavras-chave: Atividade física, Adultos, Programa de Saúde da Família (PSF); Promoção da Saúde; Modelo Transteorético.

ABSTRACT

PHYSICAL ACTIVITY ORIENTATION IN FAMILY HEALTH PROGRAM: AN ACTION PROPOSAL

Author: Marcius de Almeida Gomes
Advisor: Maria de Fátima da Silva Duarte

Interventions with physical activity (PA) have been strongly recommended and used by several countries to promote health. The necessity of having better understanding of issues such as methodological and pedagogic factors is to demonstrate the construction and develop of public politics for physical activity. These public politics are fundamental to recognize the differences among the population, and to assure the autonomy choice of these politics to improve quality of life. Therefore, the objective of this study was to develop, to implement and to evaluate an orientation program for physical activity to promote health in adults that seems to be healthy, through the Family Health Program (FHP), in Florianópolis, (SC). The study was characterized with pre and post-test delimited development with control group. For the development of the protocol, Transtheoretical and Paulo Freire's Educational models were used, being applied in three different phases: (1) the exploratory descriptive phase identified the profile of the participants by their personal information, indicators of health and morbid conditions, FHP information, barriers to practice physical activity, stages of behavior change in physical activity(SBCPAE), and socioeconomic classification; (2) the intervention phase with recommendation and orientation about physical activity has done through six home encounters and four encounters in a local unit of health, during a period of 120 days and; (3) the evaluation phase, identifying the results of the intervention, through the index of habitual physical activity at work, in leisure time and in exercise (Baecke) and the evaluation of the used procedures. To participate in the intervention phase of the protocol, the participants were 51 adults in the experimental group (EG) and 52 adults in the control group (CG), with average age between 30 and 60, and they came from the cover area from the FHP selected. For data analysis, the descriptive and inferential statistics was used; to identify the differences between the experimental and control groups it was used the t-Test for independent samples and the U of Mann-Whitney test; for the differences between the pre and post- test (initial evaluation - pre test and protocol application - post-test) the t-Test paired and t of Wilcoxon test were used with a significant level of 95% ($p \leq 0,05$). After the protocol application, the EG presented significant results of increase on: perception towards positive health; habitual PA level for exercise; of SBCPAE; and decrease in the barrier on lack of knowledge and/or orientation for PA. In the other hand, CG presented significant change in the increase of sleep quality; recognition of barriers caused by appropriate climate; and concern with their appearance. For the procedural evaluation, the results demonstrated a superior approval of 80% in most all the five dimensions evaluated. Thereby, this research found that the strategies, procedures and conceptions presented by the Transtheoretical and Paulo Freire's Educational Models were considered as being good methodologies for physical activity interventions to promote health in adults using public health, and with reasonable practical application within the Family Health Program

Key-word: Physical activity; Adults; Family Health Program (FHP); Health promotion; Transtheoretical Model.

ÍNDICE

	Página
LISTA DE ABREVIACÕES	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
LISTA DE FIGURAS	xiii
LISTA DE QUADROS	xiv
LISTA DE TABELAS	xv
Capítulo	
I. O PROBLEMA.....	1
Formulação da Situação-Problema	
Objetivos do Estudo	
Referencial Teórico	
II. REVISÃO DE LITERATURA.....	8
Promoção da Saúde e a Atividade Física	
Programas Nacionais para Promoção de Atividade Física	
O Programa de Saúde da Família e o Agente Comunitário de Saúde	
Modelos e Teorias para Mudança de Comportamento na Atividade Física e Exercício.	
Outras Teorias Comportamentais	
Educação em Saúde	
III. METODOLOGIA.....	40
Modelo do Estudo	
População e Amostra	
Critérios de Inclusão	
Coleta de Dados e Instrumentos de Medida	
Pesquisa Piloto e Reprodutibilidade	
Desenvolvimento do Protocolo (Procedimento de Intervenção)	
Limitações do Método	
Análise dos Dados	
IV. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	62
Fase Descritiva Exploratória	
Fase de Intervenção	
Fase de Avaliação do Programa Ação e Saúde Floripa	
Avaliação Processual	
Considerações sobre Desenvolvimento do Programa Ação e Saúde Floripa	
V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXOS.....	106

LISTA DE ABREVIACOES

ACS - Agente Comunitária de Saúde

DCV - Doenças Cardiovasculares

ESF - Equipe de Saúde da Família

EMCAFE - Estágios de Mudança de Comportamento para Atividade Física e Exercício

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organizao Mundial de Saúde

OPAS - Organizao Panamericana de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PACS - Programa de Agente Comunitária de Saúde

RCPM - Reabilitao Cardiopulmonar e Metabólica

SUS - Sistema nico de Saúde

ULS - Unidade Local de Saúde

LISTA DE ANEXOS

Anexo	Página
1. Mapa de Representação das Áreas de Cobertura das ULS.....	107
2. Distribuição dos Domicílios e Indivíduos Participantes por Situação do Convite no Grupo Experimental.....	109
3. Distribuição dos Domicílios e Indivíduos Participantes por Situação do Convite no Grupo Controle.....	111
4. Mapa de Abrangência da ULS Experimental.....	113
5. Mapa de Abrangência da ULS Controle.....	115
6. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFSC.....	117
7. Declaração e Autorização da Prefeitura Municipal de Florianópolis.....	120
8. Logomarca do Projeto de Intervenção.....	124
9. Folheto Explicativo do Projeto.....	126
10. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Grupo Experimental.....	129
11. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Grupo Controle.....	132
12. Cartão Atividade.....	135
13. Questionário Descritivo Exploratório.....	137
14. Questionário de Intervenção.....	142
15. Avaliação do Índice de Atividade Física Habitual.....	146
16. Questionário de Avaliação.....	148
17. Estudo Piloto.....	153
18. Cartilha de Intervenção do Módulo Educar.....	160
19. Cartilha de Intervenção do Módulo Conscientizar.....	165
20. Cartão de Avaliação.....	170
21. Cartilha de Intervenção do Módulo Praticar.....	172
22. Instruções para Escala CR10 de Borg.....	177
23. Matriz Analítica para Análise Estatística.....	180
24. Cartaz de Divulgação do Projeto.....	182

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1.	Fases Progressivas de Prontidão para Mudança de Comportamento, com Referência Específica para Saídas Temporárias e Permanentes e Recaída....	29
2.	Representação do Processo de Seleção Amostral.....	41
3.	Organograma de Desenvolvimento do Protocolo de Orientação de Atividade Física.....	44
4.	Cronograma de desenvolvimento do protocolo de orientação de atividade física.....	45
5.	Composição do Questionário de Avaliação.....	49
6.	Exemplo das Fases da Intervenção para cada Módulo.....	53
7.	Organograma dos Procedimentos Estatísticos.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro		Página
1.	Composição de uma Equipe de Saúde da Família (ESF).....	23
2.	Regionais de Saúde e suas Respectivas Unidades com a População Atendida.....	24
3.	Definições e Estratégias para cada Estágio de Mudança Comportamento para Atividade Física e Exercício.....	28
4.	Perspectiva Ecológica e seus Níveis de Influência para a Promoção da Saúde.....	32
5.	Componentes de Ação para o Modelo Ecológico.....	33
6.	Dimensões, Indicadores, Fontes Bibliográficas e Itens no Questionário Descritivo Exploratório.....	47
7.	Relação da Resposta no Questionário para Determinação dos Estágios de Mudança de Comportamento para Atividade Física e Exercício.....	47
8.	Dimensões, Indicadores, Fontes Bibliográficas e Itens no Questionário de Intervenção.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela	Página
1. Distribuição Amostral por Fase do Protocolo.....	42
2. Valores do Índice de Concordância Relativa e do Índice de Concordância Kappa por Dimensão, com as Respectivas Avaliações.....	51
3. Avaliação do Coeficiente de Correlação Intraclasse (R) para as Variáveis da Classificação Econômica e Conhecimento sobre Atividade Física.....	52
4. Características Sócio-Demográficas e Econômicas da Amostra das ULS Seleccionadas para Participar do Projeto Ação e Saúde Floripa: Educar, Conscientizar e Praticar.....	64
5. Características dos Indicadores de Saúde da Amostra das ULS Seleccionadas para Participar do Projeto Ação e Saúde Floripa: Educar, Conscientizar e Praticar.....	67
6. Informações Sobre o Programa de Saúde da Família (PSF) da Amostra das ULS Seleccionadas para Participar do Projeto Ação e Saúde Floripa: Educar, Conscientizar e Praticar.....	69
7. Percepção das Barreiras para Prática de Atividade Física da Amostra das ULS Seleccionadas para Participar do Projeto Ação e Saúde Floripa: Educar, Conscientizar e Praticar.....	72
8. Dimensões da Percepção das Barreiras para Prática de Atividade Física da Amostra das ULS Seleccionadas para Participar do Projeto Ação e Saúde Floripa: Educar, Conscientizar e Praticar.....	73
9. Estágios de Mudança de Comportamento para a Atividade Física (EMCAFE) da Amostra das ULS Seleccionada para Participar do Projeto Ação e Saúde Floripa: Educar, Conscientizar e Praticar.....	74
10. Comparação dos Indicadores de Saúde Entre os Grupos Experimental e Controle, Participantes da Fase de Intervenção do Projeto Ação e Saúde Floripa: Educar, Conscientizar e Praticar.....	75
11. Comparação da Percepção das Barreiras para Prática de Atividade Física entre os Grupos Experimental e Controle, Participantes da Fase de Intervenção do Projeto Ação e Saúde Floripa: Educar, Conscientizar e Praticar	76

Tabela	Página
12. Índices de Atividade Física Habitual dos Grupos Experimental e Controle, Participantes da Fase de Intervenção Projeto Ação e Saúde Floripa: Educar, Conscientizar e Praticar.....	77
13. Estágios de Mudança de Comportamento para a Atividade Física (EMCAFE) dos Grupos Experimental e Controle, Participantes da Fase de Intervenção do Projeto Ação e Saúde Floripa: Educar, Conscientizar e Praticar.....	78
14. Caracterização do Conhecimento Sobre Atividade Física dos Grupos Experimental e Controle, Participantes da Fase de Intervenção do Projeto Ação e Saúde Floripa: Educar, Conscientizar e Praticar.....	78
15. Características dos Indicadores de Saúde do Grupo Experimental Pré e Pós-Realização do Projeto Ação e Saúde Floripa: Educar, Conscientizar e Praticar.....	79
16. Características dos Indicadores de Saúde do Grupo Controle Pré e Pós-Realização do Projeto Ação e Saúde Floripa: Educar, Conscientizar e Praticar.....	80
17. Percepção das Barreiras para Prática de Atividade Física do Grupo Experimental Pré e Pós-Realização do Projeto Ação e Saúde Floripa: Educar, Conscientizar e Praticar.....	82
18. Barreiras Percebidas para Prática de Atividade Física do Grupo Controle Pré e Pós-Realização Projeto Ação e Saúde Floripa: Educar, Conscientizar e Praticar.....	83
19. Estágios de Mudança de Comportamento para a Atividade Física (EMCAFE) dos Grupos Experimental e Controle, Pré e Pós-Realização do Projeto Ação e Saúde Floripa: Educar, Conscientizar e Praticar.....	84
20. Índice de Atividade Física Habitual dos Grupos Experimental e Controle, Pré e Pós-Realização do Projeto Ação e Saúde Floripa: Educar, Conscientizar e Praticar.....	86
21. Análise Descritiva das Dimensões do Instrumento de Avaliação, Após Realização do Projeto Ação e Saúde Floripa: Educar, Conscientizar e Praticar.....	89

CAPÍTULO I

O PROBLEMA

Formulação da Situação-Problema

Nos últimos 20 anos, o conceito de promoção da saúde, bem como a sua prática, tem se desenvolvido de forma mais vigorosa, particularmente, no Canadá, nos Estados Unidos e nos países da Europa Ocidental. Neste período, três importantes conferências internacionais sobre o tema, realizadas entre 1986 e 1991, em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsväl (1991), estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde (Buss, 2003).

Entre estas bases, destaca-se a elaboração da Carta de Ottawa, em 1986, que apresenta cinco campos de atuação para a promoção da saúde: 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 saúde. Neste mesmo documento, a promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (empoderamento).

O empoderamento (*empowerment*) é a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área, ou seja, a aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de sua saúde (Buss, 2003).

Paralelamente às divulgações da Carta de Ottawa, começaram a despontar propostas que contemplassem a adoção de políticas públicas saudáveis. A intersectorialidade e a promoção da saúde passaram a ganhar adeptos em todo o mundo, como estratégias mais amplas de intervenção de saúde pública que objetivem produzir impactos mais extensos e duradouros nas condições de vida e saúde das suas populações (Lefevre & Lefevre, 2004).

Acompanhando estas mudanças, o Brasil apresentou sua *Política Nacional de Promoção da Saúde* (2002b), em que descreve a promoção da saúde como "um amplo

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

Nesta mesma linha de ação, a atividade física tem representado um forte componente para a promoção da saúde, atentando não apenas para as questões medicalizadas (prevenção e tratamento de doenças), mas também avançando na construção e reflexão dos aspectos da saúde no cotidiano das pessoas e da comunidade.

Em decorrência do grande volume de evidências sobre os benefícios da atividade física para a saúde, diversos países, como Canadá, Inglaterra, Suécia, Nova Zelândia, EUA, entre outros, têm desenvolvido programas de promoção da atividade física em combate ao sedentarismo para a população em geral.

Nota-se que os programas de promoção da atividade física não se constituem como um modelo permanente de atendimento à população. O desenvolvimento de atividades práticas e a orientação permanente sobre a atividade física, na perspectiva da promoção da saúde, podem garantir contribuições significativas para a saúde pública.

Diante desta realidade, observa-se que o Programa de Saúde da Família (PSF) representa um espaço que pode atender os requisitos necessários para o desenvolvimento de uma política pública de atividade física na perspectiva da promoção da saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, é definido como um modelo de assistência à saúde que desenvolve ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, por meio de equipes de saúde, que fazem o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária (Brasil, 1994).

Tendo como prioridade a prevenção e não o tratamento de doenças, e alicerçada nas diretrizes do SUS, o PSF representa um espaço importante para as ações relacionadas à promoção da saúde. A atuação das equipes permite a identificação das características regionais, seja do estado, da cidade, do bairro ou da rua, e possibilita o desenvolvimento e a aplicação de intervenções mais adequadas para a saúde da população, respeitando as diferenças e desigualdades de cada região.

Quando se trata do contexto da atividade física para a promoção da saúde, faz-se necessário refletir sobre o aprofundamento das questões metodológicas e pedagógicas, para a construção e o desenvolvimento de políticas públicas que garantam a autonomia e a escolha do sujeito para a melhoria da sua qualidade de vida.

Ao se referirem às intervenções com atividade física, alguns modelos comportamentais, como o Modelo Transteorético, o Modelo Ecológico e a Teoria Social Cognitivo, têm sido amplamente utilizados como alternativas para incentivar a adoção de um estilo de vida ativo.

Porém, pensar a atividade física na perspectiva da promoção da saúde e utilizar como foco o aspecto apenas comportamental (mudança do estilo de vida) seria um tanto quanto limitado e contraditório, pois se aceita que, para trazer maiores resultados a esta prática, deve-se problematizar e refletir (Freire, 1996) sobre os diversos fatores que estão associados à realidade da população e sobre o próprio entendimento do processo saúde/doença e da prática da atividade física.

Nutbeam (1999) aponta que as estratégias mais eficazes de prevenção de doenças e promoção da saúde baseiam-se em uma combinação de ações destinadas a abordar os determinantes, tanto estruturais quanto individuais da saúde.

Fazer com que a atividade física regular orientada, como componente essencial para promoção da saúde e qualidade de vida, chegue a toda a população adulta, independente de cor, raça e condição social, representa um desafio para as políticas públicas de saúde.

Intervir com a 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, estimulando a construção do empoderamento.

Considerando as exposições anteriores e com base nas evidências na literatura específica sobre as contribuições da atividade física regular para a promoção da saúde, questiona-se: *Como desenvolver um programa de orientação de atividade física em Programas de Saúde da Família, para a promoção da saúde de adultos aparentemente saudáveis?*

Objetivos do Estudo

Objetivo Geral

Desenvolver, implementar e avaliar um programa de orientação de atividade física para adultos aparentemente saudáveis em Programa de Saúde da Família em Florianópolis, (SC).

Objetivos Específicos

- Caracterizar os participantes dos grupos controle e experimental, quanto as variáveis sócio-demográficas, econômicas e quanto aos indicadores de saúde e as informações sobre o PSF;
- Verificar o grau de percepção das barreiras, o nível de conhecimento sobre a atividade física, os estágios de mudança de comportamento relacionados à prática de atividade física e do exercício (EMCAFE) e o nível de atividade física habitual, identificando as diferenças entre os grupos experimental e controle antes a aplicação do protocolo;
- Fornecer informações aos participantes, conforme os resultados das variáveis investigadas, por meio de orientação de atividade física para a promoção da saúde;
- Avaliar o programa quanto ao conteúdo das informações utilizadas, ao procedimento utilizado e os resultados encontrados entre o grupo controle e experimental após a aplicação do protocolo;

Referencial Teórico

Para a criação dos módulos de intervenção, utilizou-se as estratégias de estágios de mudança de comportamento para aconselhamento individual (modelo Transteorético), apresentado por Marcus e Forsyth (2003).

Para cada estágio do modelo de mudança, os autores apresentam diretrizes, sugestões e idéias, utilizando questionamentos sobre: 1- condições atuais para a prática da atividade física; 2- histórico da atividade física; 3- identificação dos benefícios com a prática da atividade física, das barreiras que dificultam a adoção para a prática da atividade física e das metas e dos objetivos possíveis de serem alcançados; e 4- medidas e avaliação das mudanças relacionadas à atividade física.

A seguir, apresenta-se um exemplo das diretrizes, sugestões e idéias para a mudança de comportamento no estágio de pré-contemplação:

Estágio 1 - Não pensando em mudança (pré-contemplação): embora o participante não esteja considerando adequado ser fisicamente ativo, fazer algum resumo para aconselhá-lo e orientá-lo para a mudança de comportamento é um passo importante.

- O participante está fisicamente disposto para praticar atividade física?
- Como o participante prosperou na mudança de comportamento, no passado?
- Como pode o participante se beneficiar da atividade física?
- De que o participante pode precisar para tornar-se fisicamente ativo, e quais as barreiras a que deve se dedicar?
- Como você pode ajudar o participante a ficar mais confiante acerca da atividade física?
- Que metas podem ajudar a orientá-lo na mudança de comportamento?
- Como medir o sucesso do participante?

Os questionamentos levantados por Marcus e Forsyth (2003), para cada estágio, representam uma importante estratégia na elaboração da intervenção deste estudo.

Para os encontros na unidade de saúde, nas visitas domiciliares e nas palestras, utilizou-se a teoria educacional, em particular, a pedagogia libertadora ou problematizadora de Paulo Freire, para refletir sobre as questões que dificultam ou limitam a prática regular de atividade física, abordando o contexto da atividade física, da saúde pública e da promoção da saúde.

Delimitação do Estudo

A aplicação deste estudo foi limitada para a população de adultos aparentemente saudáveis entre 30 e 65 anos de idade, pertencentes a duas Unidades Locais de Saúde (ULS) com cobertura do Programa de Saúde da Família, na cidade de Florianópolis (SC).

Definição de Termos

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

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”.

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 coletivas (Brasil, 1999).

Atividade Física – é definida como o movimento corporal produzido pela contração do músculo esquelético que eleva substancialmente o dispêndio de energia do corpo (Carpensen, Powell & Christenson, 1985).

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 nesta área, ou seja, a aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de sua saúde (Buss, 2003).

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 física (USDHHS, 1996).

Inatividade – é a não-aderência a um padrão regular de atividade física (USDHHS, 1996).

Intervenções de Saúde Pública – servem para promover ou proteger a saúde ou para a prevenção de doenças na comunidade ou nas populações (Rychetnik, Frommer, Hawe & Shiell, 2005)

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 mudança.

Programa de Saúde da Família – é a estratégia do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica que tem como principal desafio promover a reorientação das

práticas e ações de saúde, de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (Brasil, 2001a).

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 estes serviços são custeados principalmente com recursos públicos, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida, por meio da democratização da mesma (Brasil, 2001b).

Barreiras- são motivos, razões ou desculpas declaradas pelo indivíduo e que representam um fator negativo em seu processo de tomada de decisão para os diversos comportamentos (Sallis e Owen, 1999).

CAPÍTULO II

REVISÃO DE LITERATURA

Promoção da Saúde e a Atividade Física

O debate sobre promoção da saúde vem desde 1978, quando a OMS apresentou uma estratégia global de promoção de saúde e prevenção de doenças, conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”, que tinha como preocupação a saúde pública (Brasil, 2002a).

A concepção de promoção da saúde, como uma perspectiva capaz de orientar as diferentes práticas no campo da saúde, vem sendo sistematizada e disseminada a partir da realização da Primeira Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa, no Canadá, em 1986.

A Carta de Ottawa (1986) descreve a promoção da saúde como um processo que visa 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 (Brasil, 2002a).

Para Buss (2003), a promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios (capacitação) que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde.

O mesmo autor destaca que a promoção da saúde representa uma relação direta com o empoderamento (*empowerment*), o qual determina que as ações devem estar voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

A elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; o reforço da ação comunitária; o desenvolvimento de

habilidades pessoais; e a re-orientação do sistema de saúde são os cinco campos de atuação, propostos pela Carta de Ottawa, para a promoção da saúde.

Na agenda de compromisso pela saúde no Brasil, observa-se que, dentre as macro-prioridades do *Pacto em Defesa da Vida* (Brasil, 2005), o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS possui especial relevância, com destaque para o fortalecimento e a qualificação estratégica da Saúde da Família e para a promoção, informação e educação em saúde, com ênfase na promoção de atividade física.

Neste documento, as práticas corporais e a atividade física apresentam-se como uma das prioridades das ações para a rede básica de saúde e para comunidade, recomendando-se as seguintes estratégias:

- mapear e apoiar as ações de práticas corporais / atividade física existentes nos serviços de Atenção Básica e estratégia de Saúde da Família, e inseri-las naqueles serviços em que não há ações;
- ofertar práticas corporais / atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas, tanto para a comunidade em geral quanto para grupos vulneráveis;
- capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e práticas corporais / atividade física na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo;
- estimular a inclusão de pessoas com deficiências em projetos de práticas corporais / atividades físicas;
- pactuar com os gestores do SUS e de outros setores, nos três níveis de gestão, a importância de ações voltadas para melhorias ambientais, com o objetivo de aumentar os níveis populacionais de atividade física.
- constituir mecanismos de sustentabilidade e continuidade das ações do Pratique Saúde no SUS (área física adequada e equipamentos, equipe capacitada, articulação com a rede de atenção);
- incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais / atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, entre outros).

Este conjunto de estratégias mostra que pensar a atividade física como componente da promoção da saúde é, antes de tudo, compreender que sua efetividade para o campo da saúde pública depende de iniciativas que consigam atender os objetivos da atenção

primária, com a tentativa de transpor os limites de ações comportamentais e assumindo uma perspectiva interdisciplinar e educacional.

Para Nogueira e Palma (2003), a problemática da adesão às atividades físicas deve incluir o debate sobre a construção das condições históricas que podem ou não viabilizar sua incorporação à dinâmica cultural, sob uma perspectiva de ampla democratização, consagrando-a como hábito ou atitude comportamental que possa, afinal, contribuir com efeitos substantivos para a promoção da saúde e do bem-estar dos indivíduos e da sociedade.

Sabe-se que a etiologia das palavras que compõem a problemática “*promoção da saúde*” abrange diversas dimensões, nas quais o indivíduo deve procurar manifestar comportamentos saudáveis favorecidos pela condição social, cultural e ambiental em que vive. A palavra *promoção* exprime o sentido de favorecer a realização ou o progresso de ou mesmo trabalhar a favor de algo, que neste caso específico é a saúde.

Apresentando uma concepção ampliada, Minayo (1992) ressalta que a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

A diversidade de conceitos e abordagens demonstra que é necessária a mudança de paradigmas, passando-se de uma compreensão estática, individual e biológica, para um entendimento de algo que é dinâmico, coletivo, baseado nas condições de vida e nos determinantes sociais da saúde.

Corroborando esta compreensão, Guedes & Guedes (1995) destacam que a saúde não é algo estático, pelo contrário, é necessário construí-la ao longo da vida, evidenciando o fato de que a saúde é educável e, por sua vez, deve ser tratada não apenas com base em referenciais de naturezas biológicas e higienista, mas sobretudo, num contexto didático-pedagógico.

Neste mesmo raciocínio, Nogueira e Palma (2002) afirmam que, na construção de políticas públicas de promoção da saúde, deve-se ter o entendimento de que o processo saúde-doença é algo transitório e possível de ser alcançado, uma vez que se deve compreender a saúde como um processo dinâmico em que a doença seria uma nova dimensão da vida.

Diante da complexidade do tema saúde, a pretensão de constituir uma política pública de caráter permanente de atividade física, com o intuito da promoção da saúde,

deve, antes, atender às condições mínimas em um ambiente favorável para a educação a saúde.

Com o crescente comportamento de inatividade da população, intervenções de atividade física passaram a ser prioridade nas políticas de promoção da saúde em diversos países. A associação da inatividade física com inúmeras doenças e com fatores de risco à doenças cardiovasculares tem levado à construção de políticas públicas e intervenções a fim de garantir, de forma mais efetiva, a diminuição do número de pessoas sedentárias e, conseqüentemente, das doenças associadas ao sedentarismo.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2005) destaca que não importa que avanços existam em medicina de alta tecnologia, a mensagem fundamental é a de que qualquer grande redução no número de mortes e invalidez por doença cardíaca virá por meio da prevenção, não da cura, e isto envolve uma redução substancial dos fatores de risco.

A recomendação primária para adultos sedentários é que acumulem 30 minutos ou mais de atividade física de moderada intensidade ou mais, preferencialmente, todos os dias da semana (Pate, Pratt, Blair, Haskell, Macera, Bouchard, Buchner, Ettinger, Heath, King, Kriska, Leon, Marcus, Morris, Paffenberger, Patrick, Pollock, Rippe, Sallis & Wilmore, 1995). O relatório do Departamento de Saúde dos Estados Unidos (USDHHS, 1996), *Physical Activity and Health* aponta para a quantidade e intensidade da atividade física regular, destacando que, quanto maior for a duração e a intensidade, maiores serão os benefícios à saúde.

Apesar das recomendações para a prática de atividade física moderada para a promoção da saúde e prevenção de doenças, Dubbert (2002), destaca que, nos últimos dez anos, os diversos grupos populacionais permaneceram com baixos níveis de atividade física. Neste mesmo estudo, Dubbert (2002), identificou que intervenções com comunidades, escolares e contextos de cuidado à saúde, baseadas nas teorias comportamentais cognitivas, pode influenciar na mudança para atividade física.

Corroborando este raciocínio, Dunn, Marcus, Kampert, Garcia, Kohl e Blair (1997) comprovaram, por meio do *Project Active*, que estratégias de aconselhamento comportamental e cognitivo específico podem aumentar significativamente os resultados para a prática da atividade física, afirmando que estas estratégias são efetivas e podem ser utilizadas em vários cenários.

Recomendações em relação à atividade física, por parte do Centro para o Controle das Doenças (CDC), do Colégio Americano de Ciências do Esporte (ACSM) e do Departamento de Saúde dos Estados Unidos, ratificam e ampliam a ênfase tradicional

sobre a prescrição formal do exercício, de forma a incluir uma perspectiva mais ampla da saúde pública acerca da atividade física (ACSM, 2006). Estas recomendações apresentam um reconhecimento mundial entre estudiosos, pesquisadores e profissionais de saúde.

Observa-se que estratégias ambientais, econômicas e políticas nas intervenções para promoção da atividade física têm comprovado a efetividade em outros problemas de saúde pública (Sallis, Bauman & Pratt, 1998; Hill, Sallis & Peters, 2004; Pratt, Macera, Sallis O'Donnell & Frank, 2004).

Experiências desenvolvidas em municípios brasileiros indicam que o sucesso da promoção da atividade física está no estabelecimento de parcerias entre governo, organizações não-governamentais e setores da sociedade civil local, entendendo que, sob a perspectiva da promoção da saúde, integrar a atividade física na vida diária não depende somente da vontade de cada indivíduo (CELAFISCS, 2005).

A efetividade de intervenções para o aumento da atividade física também é descrita por Kahn, Ransey, Brownson, Heath, Howze, Powell, Stone, Rajab e Corso (2002), no *Guide to Community Preventive Services*. Este Guia apresenta uma revisão sistemática para avaliar a efetividade de varias abordagens para o aumento da atividade física, seja este informacional, comportamental ou social, com abordagem política e ambiental.

Neste mesmo período (2001), a *Task Force on Community Preventive Services* (TFCPS) descreve, entre as suas recomendações para aumentar atividade física nas comunidades, uma síntese de ações testadas que promovem atividade física na comunidade. Segundo a *TFCPS* (2002), estas ações podem ser utilizadas para planejar intervenções que visem promover atividade física ou avaliar programas já existentes.

Outra iniciativa para a adoção de um estilo de vida ativo foi observada pela Comissão Europeia para Promoção da Saúde, criada em 1996, que apresenta o Programa “*The HEPA Network*”, o qual se constitui na Rede Europeia de Promoção da atividade física para melhorar a saúde. Esta comissão promove a saúde e o bem-estar dos cidadãos europeus, facilitando o desenvolvimento da saúde nacional e aumentando as políticas de atividade física. A rede conta com 15 estados membros, incluindo Estónia, Islândia, Eslovênia, Israel, Noruega e Suíça (Foster, 2002).

Diante destas iniciativas governamentais e institucionais de incentivo à atividade física regular, percebe-se a necessidade de avaliar a repercussão e os resultados para a saúde pública.

Programas Nacionais para Promoção da Atividade Física

Acredita-se que as inúmeras publicações nacionais e internacionais, esclarecendo e incentivando os profissionais da saúde e áreas afins para a popularização da prática da atividade física regular, em todas as classes e segmentos da sociedade, fez aumentar a criação de ações pontuais para a mudança de comportamento da população.

Compreendendo que o estímulo à atividade física é prioritário no controle de doenças não transmissíveis e que a mudança de padrões comportamentais requer medidas abrangentes e intersetoriais, a OMS (2002) propôs a implementação da Estratégia Global para Dieta, Atividade Física e Saúde, significando o desenvolvimento, de forma integrada, de ações de legislação, informação e capacitação de recursos humanos.

Este programa 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 propósito é prevenir doenças crônicas e promover a saúde da população (OPAS, 2003).

Apesar desta iniciativa da Organização Mundial da Saúde ser recente, desde 1995, tem-se observado, no Brasil, o crescimento de iniciativas voltadas para a perspectiva da promoção da atividade física, sendo que alguns órgãos e projetos de ação podem ser destacados:

Agita São Paulo - O Programa Agita São Paulo foi criado em 1995 para combater o sedentarismo no Estado de São Paulo, promovendo o nível de atividade física e o conhecimento dos benefícios de um estilo de vida ativo. O Agita São Paulo é o resultado de um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul — CELAFISCS, em parcerias que hoje envolvem mais de 200 instituições governamentais, não governamentais e empresas privadas. O sucesso do programa tem sido amplamente comentado: do Agita São Paulo, para o Agita Brasil e Agita Mundo passando pela criação da Rede de Atividade Física das Américas (Agita São Paulo, 2006).

Hoje, o Programa supervisiona 37 milhões de moradores, em 645 municípios do estado de São Paulo. Em 2003, o Programa Agita São Paulo apresentou suas estratégias para os próximos cinco anos, e dentre elas destaca-se a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos profissionais envolvidos com o Programa de Saúde da Família, para a implantação do programa em todas as unidades federativas do Brasil. (Matsudo, Matsudo, Araújo, Andrade, Andrade, Oliveira & Braggion, 2003).

Agita Brasil - Como estratégia de estímulo à prática de atividade física, o Ministério da Saúde criou, em 2001, o Agita Brasil, para incrementar o conhecimento e o envolvimento da população no que se refere aos benefícios da atividade física, chamando a atenção para sua importância como fator predominante de proteção à saúde, em especial, no caso de portadores de doenças crônico-degenerativas. O princípio da inclusão tem sido exaustivamente procurado e as estratégias privilegiam a adoção de uma cidadania mais ativa, no sentido de “agitar” o cotidiano em três momentos básicos: nas atividades domésticas, no transporte e no lazer (Brasil, 2002b).

Para assegurar a implantação e implementação das atividades e ações do Programa Agita Brasil, o Ministério da Saúde tem estabelecido parcerias com os gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), além de contar com o respaldo técnico-científico do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), do Estado de São Paulo, para o desenvolvimento de ações de educação e promoção da saúde.

Desde a sua implantação, o Programa Agita Brasil realizou 25 oficinas no país. Participaram dessas oficinas representantes de 537 municípios, entre os quais, profissionais da área de saúde, predominando médicos, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, assistentes sociais, profissionais liberais de outras categorias, professores de educação física, agentes comunitários e representantes das comunidades (Brasil, 2002d).

Projeto Vida Saudável - A Cidade como Espaço de Promoção da Saúde - O Projeto Vida Saudável é uma política pública desenvolvida pela Prefeitura de Curitiba a partir de 2000. O objetivo é acolher as demandas e reconhecer as necessidades expressas por comunidades dos oito distritos e 75 bairros da cidade. Espaços públicos, como parques e espaços comunitários, são transformados em áreas de democratização da educação em saúde e de estímulo à atividade física, adoção de hábitos alimentares saudáveis, atividades culturais e de lazer, educação ambiental, entre outros, criando oportunidades de participação que favorecem o “empoderamento” e aquisição de habilidades da população para uma vida mais saudável (Moysés, Moysés & Krenpel, 2004).

Projeto Ação e Saúde – Educar, Conscientizar e Praticar, nos Programas de Saúde da Família – Este projeto surgiu em 2002, como uma iniciativa da Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão (LEPEAF) da Universidade do Estado da Bahia, em parceria com a Secretaria de Saúde da cidade de Guanambi-Ba. O objetivo deste projeto é orientar e desenvolver atividade física regular para a população, utilizando a estrutura das unidades dos Programas de Saúde da Família (PSF). O PSF constitui uma estratégia inovadora no

cenário dos serviços de saúde, que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas e das famílias de forma integral, contínua e pró-ativa. O público atendido pelo projeto, nas 06 unidades do PSF, é de aproximadamente 840 pessoas que realizam diversas atividades, como caminhada, ginástica, alongamento, palestras, danças regionais e eventos culturais. A participação da equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiras e agentes de saúde) é um ponto importante a destacar para o crescimento do projeto (Gomes, 2002; Gomes, 2005).

CELAFISCS (*Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul*) - Em 2005, no XXVII Simpósio Internacional de Ciências do Esporte, o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) publicou a segunda edição do caderno intitulado: “Boas práticas na promoção de atividade física para a população”, como iniciativa do Projeto Agita São Paulo, destacando projetos ligados a secretarias de estado, prefeituras, associações, sociedades de classe e clubes, instituições de ensino/ escolas, empresas privadas, hospitais e clínicas, entre outros. Observou-se, através desta referência, que os projetos apresentam ações pontuais e permanentes. Este documento relata mais de 147 experiências nacionais.

Programa Brasil Saudável – desenvolvido pelo Ministério da Saúde, este projeto tem a perspectiva de estimular a prática de atividades físicas e o controle alimentar. Uma das principais ações do Brasil Saudável é a implantação de mais de 230 núcleos de atividades físicas, em todas as capitais do país. A função fundamental dos núcleos é servir de apoio físico e técnico às equipes do Programa de Saúde da Família (PSF).

Aproximando-se da temática deste estudo, mais recentemente (2006), implantou-se, na cidade de Florianópolis, por meio do Departamento de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde, o Programa *Floripa em Forma*. Este Programa atua na prevenção e no tratamento de doenças cardiovasculares e plurimetabólicas (RCPM), contando com profissionais da área de educação física e fisioterapia, sendo desenvolvido nas unidades básicas de saúde (Florianópolis, 2006). O desenvolvimento deste projeto tem como ponto de referência as recomendações apresentadas pela diretriz de Reabilitação cardiopulmonar e metabólica da Sociedade Brasileira de Cardiologia (Carvalho, 2006).

Dentre estes projetos citados, observa-se a diversidade das intervenções que utilizam a atividade física como um importante instrumento no controle de doenças e na redução do sedentarismo, abrangendo desde estratégias governamentais até iniciativas locais e ambientais, porém, na sua maioria, numa perspectiva comportamental e pontual, sem uma abordagem reflexiva sobre a temática atividade física e promoção da saúde.

A proposta deste trabalho não é negar a importância de intervenções comportamentais, mas entender que estas iniciativas se tornam restritas quando têm como objetivo o desenvolvimento da promoção da saúde neste contexto (saúde pública) de desigualdades. Faz-se necessária a utilização de métodos pedagógicos e educacionais que permitam a participação efetiva da população na elaboração destas intervenções.

Portanto, desenvolver e implementar iniciativas nos Programas de Saúde da Família é priorizar a participação comunitária, pensando a atividade física como um elemento, dentre tantos outros, que pode contribuir para a efetivação da promoção da saúde.

O Programa de Saúde da Família e o Agente Comunitário de Saúde

As propostas de promoção da saúde, apresentadas pela primeira vez na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, 1986, entendem a saúde como elemento importante no conjunto de condições indispensáveis à qualidade de vida.

Dentro desta perspectiva, na segunda metade da década de 90, a política de saúde, no Brasil, apresentou uma importante e significativa mudança. Após vários anos privilegiando a atenção hospitalar e a busca de instrumentos orçamentários e mecanismos financeiros que viabilizassem o pagamento de serviços prestados por hospitais contratados pelo SUS, a Atenção Básica passou a ser área de concentração de esforços, programas e investimentos, com a criação de incentivos financeiros federais calculados e transferidos em base per capita (Brasil, 2002b).

As iniciativas de caráter nacional fundamentaram-se em experiências estaduais e regionais bem sucedidas. Dentre estas, referência especial deve ser feita ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido no Estado do Ceará, desde 1987. Criado inicialmente como ‘frente de trabalho’ em uma conjuntura de seca, com recursos financeiros dos fundos especiais de emergência destinados pelo governo federal, o programa estadual foi desenvolvido especialmente por mulheres que, após um treinamento de duas semanas, realizaram ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense.

Com o PACS “começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, e introduziu a noção de área de cobertura (por família)” (Viana & Dal Poz, 1998, p. 19).

Para Ribeiro (2005), as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) foram percebidas pelo Ministério da Saúde (MS) como peças importantes para a organização do serviço de

saúde dos municípios, pela sua atuação como elo de ligação entre comunidade e unidade de saúde, mobilizando a população para o cuidado à saúde, em atividades básicas de promoção e prevenção. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde tanto antecedeu quanto forneceu bases para a formulação do PSF proposto em 1994.

Segundo Vieira (2004), o PSF foi inspirado em experiências advindas de outros países, como Cuba, Inglaterra e Canadá, cuja saúde pública alcançou níveis interessantes de qualidade e onde se investiu na promoção da saúde.

Criado pelo Ministério da Saúde, em 1994, o Programa Saúde da Família surgiu com o principal propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

O PSF foi definido como “um modelo de assistência à saúde que iria desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, por meio de equipes de saúde, que fazem o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária” (Brasil, 1994) e que tem entre seus principais objetivos:

- a) Melhorar as condições de saúde da população brasileira;
- b) Orientar as práticas de atenção à saúde, consoante o preconizado pelo PSF;
- c) Assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como àquelas de caráter curativo-restaurador da saúde;
- d) Capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS;
- e) Avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF.

Silva (2004) destaca que o PSF surgiu com objetivo de modificar os paradigmas da prática das ações de saúde, abandonando o modelo tradicional de assistência hospitalar e individual e partindo para uma ação direta coletiva no ambiente físico e social da família.

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que trabalha com base nos seguintes princípios (Brasil, 2000a):

Integralidade e Hierarquização

A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.

Territorialização e Cadastramento da Clientela

A Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por 4.500 pessoas, no máximo.

Equipe Multiprofissional

Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis a dez agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais, como dentistas, assistentes sociais e psicólogos poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Segundo levantamento realizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2000b), em geral, a equipe mínima do PSF é composta por médicos (98,2%), enfermeiro (97,0%), auxiliar de enfermagem (93,2%) e agentes comunitários de saúde (97,4%).

No que se refere à Unidade de Saúde da Família (USF), esta pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade. Recomenda-se que cada Equipe de Saúde da Família assista de 600 a 1.000 famílias, o que corresponde a uma média de 2.400 a 4.500 habitantes (limite máximo), e que cada agente comunitário de saúde da equipe acompanhe, aproximadamente, de 200 a 250 famílias, dependendo da densidade populacional e da facilidade de acesso à USF, responsabilizando-se por uma micro área onde residem de 440 a 750 pessoas.

No desenvolvimento de suas atividades, a equipe de saúde da família, de característica multiprofissional, deve: conhecer as famílias do território de abrangência; identificar os problemas de saúde e as situações de riscos existentes na comunidade; elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do

processo saúde/doença; desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados; e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da Atenção Básica (Brasil, 2000a).

Para Zobolli e Fortes (2004), o Programa de Saúde da Família assume um conceito ampliado de atenção básica, avançando na direção de um sistema de saúde integrado que converge para a qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente. A atenção básica compreende o conjunto de ações de caráter individual ou coletivo situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e voltado para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.

Logo, a estratégia PACS/PSF prioriza ações de proteção e promoção da saúde, sendo o atendimento prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais.

Klautau & Brito (2005) destacam que as Agentes Comunitárias de Saúde são de fundamental importância para a realização dos trabalhos do PSF, pois, por meio delas, os demais profissionais de saúde conhecem melhor e têm maior acesso à área de atuação.

Dentre as atribuições básicas das ACS, destaca-se: a realização de mapeamento da área de atuação; o desenvolvimento de ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças; a orientação das famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde; a informação aos demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades; e a participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da Unidade de Saúde da Família, com vistas à superação dos problemas, entre outros (Aquino, 2001).

Com base na proposta deste estudo, o envolvimento e a atuação das ACS é de fundamental importância para o desenvolvimento e a implementação de intervenções, considerando as atribuições e o conhecimento sobre a população como elementos facilitadores do processo.

Contudo, apesar da sua importante atuação observada, as ACS convivem com inúmeras dificuldades (pessoal ou organizacional), dentre as quais destacam-se as citadas por Maro e Maro (2004): horários de realização das visitas incompatíveis com os da família, clima, dispersão dos domicílios, acesso precário aos domicílios, número excessivo de famílias sob sua responsabilidade, falta de programação e planejamento da equipe, falta de treinamento específico para a visita domiciliar, entre outras .

Procurando traçar um comparativo entre o modelo clássico de atenção à saúde e a Estratégia Saúde da Família, Martins Jr., Andrade e Barreto (2003) destacam que o modelo clássico tem como alicerce o conceito de saúde como ausência de doenças, enquanto a Estratégia de Saúde da Família conta como conceito fundante a saúde como qualidade de vida. Os autores citados afirmam que conceitos como esses são historicamente construídos, sendo fruto de um processo coletivo da forma de pensar e agir de uma sociedade e, portanto, incorporados de forma profunda por essa população.

Reflexões sobre as bases conceituais dos profissionais que atuam na área da saúde bem como sobre o seu pensamento a respeito da relação saúde/doença da população atendida pelo SUS devem se tornar um ponto de atenção para as questões que envolvem a promoção da saúde, pois significam o amadurecimento de uma nova realidade para atuação dos sujeitos na saúde pública.

Reverter o foco de atenção dos profissionais da saúde, passando do individual para o coletivo, é outro grande desafio, pois requer a incorporação de novos instrumentos ainda não comuns nas práticas médicas e em outras profissões da área da saúde atualmente. Dentre estes instrumentos, a epidemiologia se mostra indispensável para a saúde coletiva. A epidemiologia é que permite o diagnóstico de saúde-doença de uma população, primeiro passo para a percepção do “prognóstico” e o estabelecimento de uma “terapêutica” (Martins Jr. et al., 2003).

Um dos fundamentos básicos de implantação dos PSF é a realização de inquérito domiciliar. A visita domiciliar, que pode ser de caráter educativo e/ou assistencial, é uma importante atividade que possibilita o conhecimento da situação de saúde das famílias, o desenvolvimento de ações promocionais e preventivas, o acompanhamento de grupos, além de constituir-se em forte elemento no estabelecimento de vínculos entre as equipes e as famílias.

Maro e Maro (2004) destacam que a visita domiciliar é a possibilidade de compreensão e identificação das características sociais e epidemiológicas, dos problemas de saúde e da vulnerabilidade aos agravos de saúde das famílias. Entretanto, para que a mesma possa subsidiar a intervenção no processo saúde-doença o ACS deve observar critérios e possuir habilidades e competências para a sua realização.

Para Cáceres (2000) a visita domiciliar é um dos principais pilares do PSF, pois o atendimento e acompanhamento são personalizados, tornando-se mais humanizados, expandindo o conhecimento da realidade de vida da comunidade, acompanhando os casos

mais graves e tornando-se mais presente, e assim, a educação para a saúde deixa de ser uma lição para se tornar um compartilhamento.

Porém, Figueira e Silva (2004) apontam algumas limitações da visita domiciliar (ausência do indivíduo em domicílio, ocupação com afazeres domésticos, e o gasto de tempo para locomoção da equipe para realizar as visitas), destacando que as vantagens superam as desvantagens, e que estas últimas podem ser superadas com criatividade, planejamento e negociação. Neste estudo, a visita domiciliar foi considerada, na visão da comunidade, como muito importante por 60% público.

Outro ponto relevante nas ações do PSF e destacado por Souza e Carvalho (2003) refere-se aos grupos programáticos ou temáticos, que têm se configurado com uma das principais atividades do programa. Para estes autores, além do seu caráter educativo e de monitoramento dos pacientes, os grupos temáticos firmam-se como espaços de apoio e compartilhamento de vivências comuns, permitindo mudanças nas esferas sociais e psicológicas do indivíduo.

Nota-se que a Estratégia Saúde da Família tem como centro de atenção a pessoa saudável, e para a atenção a esta, faz-se necessário a criação de novos instrumentos e a aquisição de novos conhecimentos, tendo em vista que, para o trato de pessoas doentes, já existem mecanismos e procedimentos com eficiência comprovada. É perceptível que um dos aspectos positivos no PSF é seu potencial como mecanismo de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Martins Jr. et al. (2003) afirmam que, com a mudança do perfil epidemiológico, existe a necessidade de centrar a atenção na pessoa saudável, sendo indispensável a incorporação de novos conhecimentos oriundos de outras disciplinas do próprio setor da saúde e de outros setores, como a sociologia, a antropologia, as ciências sociais, entre outros. Estes autores destacam que o sucesso na atuação da equipe interdisciplinar se dará quando cada profissional membro da equipe utilizar-se do cabedal de conhecimentos e ferramentas de sua profissão e estiver disposto a construir um novo campo de conhecimento, comum a todas as profissões atuantes nas Equipes de Saúde da Família (ESF), já que possuem o mesmo objeto de conhecimento: a população ser atendida.

Diante da possibilidade de ampliação de intervenções por parte de outras áreas do conhecimento que lidam com a promoção da saúde (psicologia, fisioterapia, serviço social, terapia ocupacional, educação física e outros), tem-se observado o aumento da produção científica relatando as contribuições destas para a estratégia de saúde da família (Pereira, Manguiera, Monteiro, Vêras, Lima, Barrocas & Lucena, 2004; Moreno, Soares, Pagani,

Farias, Scorsafava, Simão & Brandão, 2004; Canuto, Silva, Lopes, Lima, Farias, Beleza, Lavor & Souza, 2004; Moraes, Aragão & Barros, 2004; Baldani, Fadel, Possamai & Queiroz, 2005; Assis, Santos, Freitas, Santos & Silva, 2002).

No que se refere à inserção do profissional de educação física no SUS, o PSF surge como uma realidade concreta. Porém, a construção de um novo pensar e fazer, que requer alta complexidade de saberes, levando em conta a ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico, por meio da ação multiprofissional e da atenção de grupos, torna-se um desafio para a formação deste profissional.

Segundo Lucena, Borges, Aguiar, Alcântara, Madruga e Lomeo (2004), a inserção do profissional de Educação Física nos Programas de Saúde da Família ocorreu em 2002, no município de Sobral, estado do Ceará, e tinha o objetivo de programar e fomentar a atividade física nos grupos operativos das Unidades Básicas de Saúde e articular as redes sociais, incluindo o PSF, no território, visando elaborar e programar projetos e atividades para a promoção de estilos de vida saudáveis.

Em estudo realizado no estado do Paraná, Coutinho (2005) observou a relação da atividade física com a promoção da saúde nas práticas dos PSF, identificando que esta inserção acontece de forma muito tímida e vagarosa. Notou-se que as atividades físicas eram desenvolvidas por diversos profissionais de saúde, e não exclusivamente pelo profissional de educação física. O autor destacou a necessidade de vislumbrar outras estratégias que ampliem as possibilidades da atividade física ser incorporada de forma mais sistematizada e ampliada, na atenção à saúde, valorizando o conhecimento da área de Educação Física na construção da atenção básica, especificamente nos PSF.

A inclusão de novos profissionais na composição básica das ESF seria, sem dúvida, de grande relevância para a promoção e a prevenção da saúde. Porém, existem alguns fatores que devem ser observados antes de se pensar em agregar qualquer outro profissional, como, por exemplo: a implantação da equipe mínima para 70 a 80% da população brasileira; a dificuldade orçamentária por parte dos municípios com a contratação de pessoal; e a formação profissional centrada no entendimento da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade para o desenvolvimento da promoção da saúde e não nas competências exclusivas.

Em entrevista ao 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Campos, citado por Machado (2006) sugere e defende a adoção de Equipes de Apoio Matricial, formadas por profissionais considerados estratégicos para aumentar a eficácia da Atenção Básica, sendo que estas apoiariam entre 8 a 10 equipes do PSF diante da necessidade local existente.

Na mesma entrevista, Edmundo Costa Gomes sugere uma outra iniciativa, que seria a retomada, por parte do Ministério da Saúde, da idéia de implantação dos Núcleos de Atenção Básica, e propõe aos municípios a contratação de equipes multiprofissionais, em apoio às ESF, para dar apoio e suporte técnico às equipes de PSF (Machado, 2006).

O Programa de Saúde da Família em Florianópolis

Em Santa Catarina, a implantação da estratégia do PSF iniciou-se em 1994, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços básicos de saúde, proporcionando assistência à população de maneira integrada, hierarquizada e regionalizada, buscando maior resolução dos serviços, prevenindo doenças e promovendo a saúde da população. No ano de 2003, o número de Equipes de Saúde da Família (ESF) implantado era de 996, e de agentes comunitários de saúde (ACS), 8027.

Em 2005, estes valores aumentaram, sendo 1192 ESF cobrindo 289 municípios, significando uma cobertura, para o estado, de 63,7%. Estas ESF contam com 10640 ACS, sendo 1286 ACS que fazem parte das 102 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e 9354 ACS que constituem as equipes do PSF (SIAB, 2005).

Já na capital, Florianópolis, o PSF foi implantado a partir de 1999, e em 2000, já se contava com 35 equipes de PSF e 600 agentes comunitárias de saúde em atividade. Em 2006, o município conta com 100% de cobertura do Programa de ACS, com 76% de cobertura do PSF e com 78 Equipes de Saúde da Família.

A população de Florianópolis, em 2001, era de 369.102 mil habitantes, sendo que 196.882 mil eram adultos entre 20 e 59 anos (57,51% da população total).

Apesar da cobertura total do PACS e do crescimento no número de ESF, nota-se a necessidade de ampliação dos números de ACS e de redistribuição dos territórios, já que existe uma relação entre a equipe, o número de famílias e o número de ACS (Quadro 1).

Quadro 1

Composição de uma Equipe de Saúde da Família (ESF).

Composição da ESF	Nº de componentes	Nº de famílias cobertas	Nº de pessoas cobertas
Médico	1	1.000 famílias	2400 a 4500 pessoas
Enfermeiro	1		
Auxiliar de enfermagem	1		
ACS	6 a 10		
Cirurgião dentista	1 por 2 equipes		
Auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental	1 por 2 equipes		

Fonte: Viana (2004).

Com a função de gerenciamento e controle da rede local de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (2005) organizou a saúde do município em regionais de saúde, em número de cinco, que foram implantadas em junho de 2002, sendo cada equipe composta por um coordenador regional, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um auxiliar administrativo.

As regionais de saúde de Florianópolis estão organizadas em Centro, Continente, Leste, Norte e Sul, e são representadas por unidades de saúde (Anexo 1). No Quadro 2, estão representadas as regionais, com suas respectivas unidades de saúde e a população atendida, onde as atividades dos programas de saúde da família são desenvolvidas.

Connil (2002) destaca a grande expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pouco comum em capitais da Região Sul, com 561 agentes, sendo Florianópolis a primeira capital com cobertura total da população. O conjunto das informações obtidas neste estudo gerou grades avaliativas do grau de implantação em cada uma das equipes. A síntese dos fatores explicativos/condições de implantação mostrou que o PSF em Florianópolis/SC está adequado no que se refere a sua estrutura física, área e aos equipamentos.

Quadro 2

Regionais de saúde e suas respectivas unidades com a população atendida.

Regionais de Saúde	Unidade de Saúde	População Atendida (2005)
Regional Centro	Agronômica, Centro, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi), Monte Serrat, Prainha e Trindade	91.860 pessoas
Regional Continente	Abraão, Balneário, Capoeiras, Coloninha, Estreito, Jardim Atlântico, Laboratório, Monte Cristo, Morro da Caixa, Policlínica II (Estreito), Sapé e Vila Aparecida	104.257 pessoas
Regional Leste	Barra da Lagoa, Canto da Lagoa, Costa da Lagoa, Córrego Grande, Itacorubi, João Paulo, Lagoa da Conceição, Pantanal e Saco Grande	60.838 pessoas
Regional Norte	Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieiras, Ingleses, Jurerê Ponta das Canas, Pronto Atendimento (PA) Norte da Ilha, Rationes, Rio Vermelho, Santo Antônio de Lisboa, Vargem Grande, Vargem Pequena	63.530 pessoas
Regional Sul	Alto Ribeirão, Armação, Caeira da Barra do Sul, Campeche, Carianos, Costeira do Pirajubaé, Fazenda do Rio Tavares, Morro das Pedras, Pântano do Sul, Ribeirão da Ilha, Rio Tavares, Saco dos Limões e Tapera	78.717 pessoas

Fonte: Prefeitura Municipal de Florianópolis

Modelos e Teorias para Mudança de Comportamento na Atividade Física e Exercício

A saúde pública efetiva, a promoção da saúde e os programas de administração de doenças crônicas ajudam as pessoas a manter e melhorar a saúde, reduzir os fatores de risco e administrar as doenças crônicas. Eles podem aumentar o bem-estar e a auto-suficiência de indivíduos, famílias, organizações e comunidades. Normalmente, tais sucessos requerem mudança de comportamento em muitos níveis, sejam estes individual, organizacional ou comunitário (Glanz & Rimer, 2005).

Dentre algumas estratégias para a mudança de comportamento, o ACSM (2006), cita que materiais escritos e visuais, assim como instrumentos educacionais experimentais, influenciam e apóiam a mudança comportamental. E para compreender porque as pessoas carecem de motivação para a atividade física regular, deve-se conhecer primeiro um fato simples, porém importante: o exercício é voluntário e demorado de ser incorporado durante os anos.

Em estudo sobre intervenções com atividade física, Marcus, Owen, Forsyth, Cavill & Fridinger (1998) reforçam a necessidade de estudos controlados, com a utilização de impressão personalizada, programas interativos de computador e formatos de rede de internet. Os autores encontraram melhores resultados nas intervenções adaptadas à população em que houve mais contatos.

Com o intuito de divulgar as novas recomendações e diretrizes para a prática de atividade física relacionada à saúde, em 1996, o U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) publicou um importante e completo documento (*The Surgeon General Report*), apresentando, no capítulo seis (entendendo e promovendo atividade física), a descrição das teorias e dos modelos para mudanças comportamentais na atividade física.

O comportamento é a preocupação central da promoção da saúde e é incluído ou sugerido nas definições de promoção e educação para a saúde. Glanz e Rimer (2005) destacam que o comportamento de saúde refere-se, num sentido amplo, às ações de indivíduos, grupos e organizações, e às conseqüências e determinantes destas ações, incluindo mudança social, implementação e desenvolvimento de políticas, melhora de habilidades de compreensão e aumento da qualidade de vida.

Numerosas teorias e modelos têm sido empregadas em pesquisas das ciências sociais e comportamentais sobre atividade física. Alguns modelos e teorias foram projetados principalmente como guias para compreensão de comportamento, não como

guias para projetar intervenções; outros foram construídos especificamente para desenvolver intervenções, e alguns destes têm sido aplicados extensivamente em intervenções de pesquisa (USDHHS,1996).

A complexidade em torno de uma estratégia de mudança comportamental leva a visualizar as diferenças marcantes na sociedade, com culturas, condições sociais e oportunidades diferentes dentro de um mesmo território. Com a perspectiva de desenvolver um protocolo de intervenção para promoção e orientação de atividade física nos programas de saúde da família, a compreensão das teorias comportamentais serve como instrumento para identificar as influências sobre o sujeito quanto à tomada de decisões.

Estas teorias apresentam alternativas para minimizar as dificuldades (obstáculos) encontradas para adoção de um estilo de vida ativo, determinando estratégias para compreender atitudes e comportamentos com relação ao exercício e à atividade física.

Dentre as teorias de mudança de comportamento, nos últimos anos, a aplicação do Modelo Transteorético em estudos com comportamento no exercício parece ter aumentado. Este modelo, apesar de ter sido tão útil, orientando pesquisas sobre vícios comportamentais, servirá para orientar pesquisas sobre a aquisição de comportamento para o exercício e atividade física (Dishman, 1994).

Modelo Transteorético (Transtheoretical Model)

Desenvolvidos por Prochaska e DiClemente (1983), os estágios do modelo de mudança originaram-se de estudos que comparavam a experiência de fumantes que deixaram de fumar por si só com os fumantes que receberam tratamento profissional. A premissa básica do modelo é que a mudança de comportamento é um processo e não um evento. Para tanto, este modelo apresenta cinco estágios como estratégia de mudança de comportamento: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção.

A seguir, descreve-se cada estágio de mudança de comportamento, considerando-se a abordagem na área da atividade física e do exercício (Marcus & Simkin,1994):

Estágio de Pré-contemplação

Neste estágio, os indivíduos não têm intenção de modificar seu comportamento em um futuro previsível. Eles não acham que precisam mudar, mesmo que familiares, vizinhos, amigos ou colegas percebam seu problema (o comportamento inadequado). Normalmente, quando admitem participar de um programa para mudança, é devido à

pressão alheia. Cessando a pressão, cessa a modificação da atitude, retorna-se a velhos hábitos. É o estágio em que se encontra a maior resistência às mudanças, pois, não querendo praticar atividade física (AF), resistem à idéia de que as AFs poderiam trazer-lhe benefícios, bem como ignoram as conseqüências maléficas do sedentarismo e minimizam a importância da prática regular de AF. São indivíduos que, pelo menos nos últimos 12 meses, não praticaram AF regular.

Estágio de Contemplação

Neste estágio, o indivíduo percebe o problema e tem sérias intenções de modificar seu comportamento (nos próximos seis meses, ao menos). Todavia, ainda não se envolveu com a tomada de ação efetiva. Esta intenção de mudar, mesmo que ainda não se tenha agido neste sentido, é que diferencia os contempladores dos pré-contempladores. Pode-se permanecer neste estágio por longos períodos (até anos), sabendo-se que é importante praticar AF, sem, no entanto, fazê-lo. O sujeito pensa que “não está pronto”, e está ainda em conflito a respeito do que representa seu comportamento (ser sedentário) e do quanto de esforço, energia e perdas serão necessárias para modificá-lo. Ainda percebem mais barreiras para prática de AF que possíveis benefícios.

Estágio de Preparação

Neste estágio, o indivíduo coloca-se pronto para o início da prática de AF no futuro próximo ou já pratica, mas irregularmente. Pode-se observar pequenas modificações no padrão de comportamento, embora ainda não tenha havido uma tomada de atitude efetiva. É um estágio em que a intervenção é muito importante, pois se deve trabalhar para sedimentar a opção pela prática. Pode haver resquícios de incertezas, ansiedade, e as atividades são esporádicas.

Estágio de Ação

Neste estágio, as mudanças de comportamento e mesmo de estilo de vida são nítidas e correspondem às recomendações da prática de AF atuais. O indivíduo tenta modificar também, se preciso, as experiências e o ambiente, para superar problemas relacionados ao comportamento inadequado. As mudanças são publicamente evidentes, a

ponto de receberem o reconhecimento de terceiros. A prática de AF regular, entretanto, ainda não foi efetuada por mais de seis meses. Deve haver compromisso com grande dispêndio de tempo e esforço, pois nesta fase a suscetibilidade a recaídas é grande.

Estágio de Manutenção

Neste estágio o indivíduo já conseguiu permanecer na prática de AF regular por, no mínimo, seis meses. Geralmente, mesmo quando há breves períodos de recaída, o indivíduo consegue retomar a prática regular sem maiores problemas. Indivíduos neste estágio já adotaram um estilo de vida ativo, mas devem se esforçar ainda para não abandonar a modificação alcançada. No Quadro 3 são descritas as definições e estratégias para cada estágio de mudança de comportamento para atividade física e exercício.

Quadro 3

Definições e estratégias para cada estágio de mudança comportamento para atividade física e exercício.

Estágios	Definição	Estratégias de Mudança Potencial
Pré-contemplação	Não tem intenção de se tornar ativo nos próximos seis meses	Aumento da consciência da necessidade de mudança; personalizar informações sobre riscos e benefícios
Contemplação	Intenção de tornar-se ativo nos próximos seis meses	Motivação; encorajar a fazer planos específicos
Preparação	Irregularmente ativo, mas pretende tornar-se regularmente ativo nos próximos 30 dias.	Ajudar desenvolvendo e implementando planos de ações concretos; auxiliar a estabelecer metas graduais
Ação	Mudou o comportamento por menos de seis meses	Ajudar com feedback, solução de problemas, suporte social e reforço
Manutenção	Mudou o comportamento por mais de seis meses	Ajudar com soluções, lembranças, achando alternativas, evitando deslizes e recaídas (quando aplicável)

Fonte: (Markus & Simkin, 1994; Santos, Sardinha & Sallis, 1999; Marcus & Forsyth, 2003; Glanz & Rimer, 2005).

Segundo Prochaska, DiClemente e Noscross (1992), as constatações de que, (1) apesar de haver centenas de estudos demonstrando que é possível mudar de comportamento com a ajuda de tratamento com profissionais (em psicoterapias), sabe-se pouco sobre como as pessoas mudam; e (2) de que, apesar de estudos sugerirem que muitas pessoas podem modificar comportamentos sem auxílio de psicoterapia formal, sabe-se pouco sobre como as pessoas mudam, *quando por si mesmas*. Estas indagações serviram como impulso inicial para investigações a quais culminaram no Modelo de Estágios de Mudança.

Markus e Forsyth (2003) citam que o Modelo dos Estágios de Mudança foi inicialmente rotulado de Modelo Transteorético, porque foi desenvolvido com base em importantes construtos de múltiplas teorias psicológicas, como a teoria cognitiva social e a teoria da aprendizagem.

Segundo Guedes, Santos & Lopes (2006), a força do Modelo Transteorético está exatamente na integração de duas dimensões: (1) os estágios de mudança, que se referem aos aspectos temporal, motivacional e de fidelidade de um comportamento específico; e (2) os processos de mudança, que estão vinculados aos eventos de intervenção que podem induzir as alterações nas experiências individuais e no meio ambiente direcionadas às modificações do comportamento. Logo, uma vez identificado o estágio de mudança do comportamento em que se encontra o sujeito, é selecionado o processo mais apropriado para ser utilizado especificamente naquela situação.

Segundo Glanz e Rimer (2005), os estágios do Modelo de mudança ou Modelo Transteorético têm sido aplicados para uma variedade do comportamento individual e também para mudança organizacional.

Prochaska e DiClemente (1983) destacam que o modelo não é linear e sim circular, em outras palavras, as pessoas não progridem sistematicamente de um estágio para o outro, mas de uma forma cíclica, mediante um *continuum* de ações, pois os sujeitos demonstram diferentes níveis de motivação e de disposição para mudarem o seu comportamento, podendo apresentar avanços e retrocessos em qualquer fase do *continuum* (Figura 1)

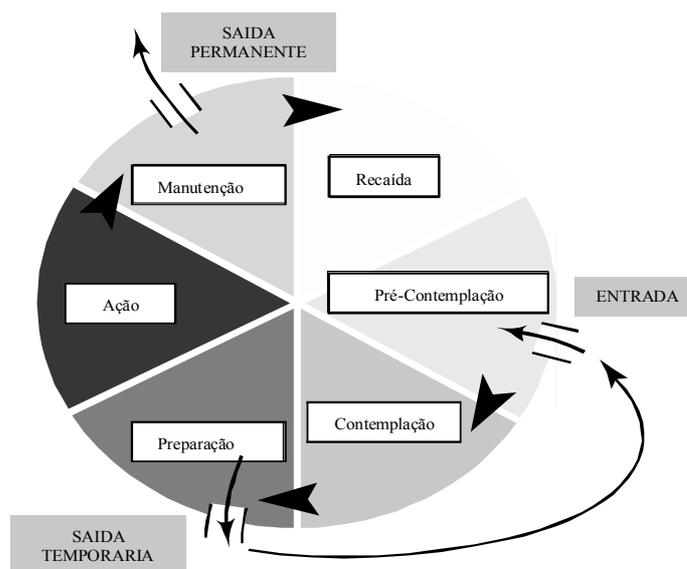


Figura 1 Fases progressivas de prontidão para mudança de comportamento, com referência específica para saídas temporárias e permanentes e recaída. (Adaptada por Prochaska & DiClemente, 1983 in ACSM, 2006).

Guedes et al. (2006) afirmam que, embora o Modelo Transteorético tenha sido fundamentado primariamente em atributos de cunho psicológico, ele assume, em sua concepção, fatores cognitivos, sociais e do meio ambiente, representando um importante instrumento de aplicação para o campo da saúde.

Outras Teorias Comportamentais

Diante da abrangência que envolve a promoção da saúde, torna-se necessário interagir com as informações de outras teorias de mudança de comportamento e suas possibilidades de ação, vislumbrando uma melhor intervenção para o ambiente do Programa de Saúde da Família quanto à mudança de comportamento para atividade física e exercício.

A seguir, são apresentados outros modelos teóricos comportamentais que são utilizados para guiar na implementação de intervenções para a atividade física e o exercício. Estas teorias e estes modelos são descritos tendo como referência U.S. Department of Health and Human Services (1996), Markus e Forsyth (2003) e Glanz e Rimer (2005).

Teoria da Aprendizagem Clássica

A modificação do comportamento e a teoria da aprendizagem têm sido aplicadas na mudança de comportamento para a atividade física. Esta teoria enfatiza que aprender um novo e complexo padrão de comportamento, como mudar de sedentário para um estilo de vida ativo, normalmente, requer muitas modificações dos comportamentos pequenos que compõem um comportamento complexo global.

Princípios na modificação do comportamento sugerem que um padrão complexo de comportamento, como caminhar continuamente por 30 minutos diários, pode ser aprendido quebrando este em segmentos menores e acrescentando 5 minutos a cada semana.

A maioria dos comportamentos, incluindo a atividade física, são aprendidos e mantidos debaixo de horários bastante complexos de reforço e recompensas antecipadas. Futuras recompensas ou incentivos podem incluir conseqüências físicas (se vendo melhor), recompensas extrínsecas (recebendo elogios e encorajamentos para outras) e recompensas intrínsecas, como experimentar um sentimento de realização ou gratificação por atingir um marco pessoal (Glanz & Rimer, 2005).

Prevenção de Recaídas

Alguns pesquisadores têm utilizado a concepção de prevenção de recaídas (Marlatt & Gordon, 1985) para auxiliar novos treinamentos, antecipando os problemas com aderência.

A atração do modelo de prevenção de recaídas é que foi especialmente desenvolvido para manter a mudança por um longo tempo. Isto é particularmente importante para um comportamento como a atividade física, porque continua sendo ativo durante um tempo necessário para adquirir os benefícios. De fato, isto é, provavelmente, um grande desafio para a promoção da atividade física (Marcus & Forsyth, 2003).

Segundo a USDHHS (1996), programas baseados no modelo de prevenção a recaídas auxiliam pessoas ativas fisicamente a se antecipar e a planejar para enfrentar problemas, aderindo aos planos de atividade física. Fatores que contribuem para uma recaída incluem: estados psicológicos e emocionais negativos, habilidades contendo limites, pressão social, conflito interpessoal, suporte social limitado, motivação baixa, situações de alto risco e stress.

Os princípios para prevenir recaídas incluem identificar situações de alto risco para recaída (ex.: mudança de estação) e desenvolver soluções apropriadas (ex.: achando um lugar para caminhar durante o inverno).

Teoria do Suporte Social

Freqüentemente associado com comportamento saudável com a atividade física, o suporte social, em geral, é utilizado em pesquisas sociais e comportamentais. Esta teoria é descrita por Israel e Schurman (1990), que afirmam que existe uma considerável variação com o conceito e medida do suporte social. Para a atividade física, o suporte social se caracteriza como instrumental, informacional ou emocional. Fontes de suporte para atividade física incluem os membros da família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho e líderes de programas de exercícios e participantes (USDHHS, 1996).

Modelo Ecológico

Para Glanz e Rimer (2005) a promoção da saúde contemporânea envolve mais que simples educação individual sobre práticas saudáveis, inclui esforços para mudar o comportamento organizacional e também o ambiente social e físico das comunidades.

O modelo ecológico busca explicar comportamento e mudança de comportamento em relação as variáveis socioculturais e ambientais. A base da abordagem ecológica é que alguns ambientes restringem a atividade física, promovendo comportamentos sedentários e limitando a possibilidade de estímulos ativos (Sallis, Bauman & Pratt, 1998).

Para explicar o primeiro conceito chave da perspectiva ecológica, McLeroy, Bibeau, Steckler e Glanz (1988) descrevem esta teoria por meio de múltiplos níveis de influência para condições e comportamentos relacionados à saúde, como: (1) fatores individuais e intrapessoais; (2) fatores interpessoais; (3) fatores organizacional e institucional; (4) fatores comunitários; e (5) fatores de políticas públicas.

O Quadro 4 ilustra a perspectiva ecológica e seus níveis de influência para promoção da saúde.

Quadro 4

Perspectiva ecológica e seus níveis de influência para a promoção da saúde.

Conceito	Definição
Nível Intrapessoal	Características individuais que influenciam no comportamento, como conhecimento, atitudes, convicções e características de personalidade
Nível Interpessoal	Processos interpessoais e grupos primários, incluindo família, amigos e pares que proveja identidade social, apoio e definição de papel.
Nível Comunitário	
Fatores Institucionais	Regras, regulamentação, políticas e estruturas informais, que pode constrianger ou promover comportamentos recomendados
Fatores Comunitários	Normas e relações sociais, ou padrões, o qual existe como formal ou informal entre indivíduos, grupos e organizações
Política Pública	Política federal, estadual e local e leis que regulamente ou suporte ações saudáveis e praticas para prevenção de doenças, detecção cedo, controle e administração

Fonte: McLeroy, Bibeau, Steckler e Glanz (1988) apud Glanz K e Rimer BK. Theory at-a-glance: a guide for health promotion practice, U.S. Department of Health and Human Services, p.11, 2005.

Quanto ao modelo ecológico e à atividade física, os mesmos autores descrevem cinco componentes de ação (Quadro 5), e afirmam que é importante desenvolver ambientes físicos e ainda políticas que reforcem a atividade física.

Quadro 5

Componentes de ação para o modelo ecológico.

Fatores Pessoais	Fatores Sociais	Fatores Institucionais	Fatores Comunitários	Política Pública
Psicológico	Amigos	Companhias	Organizações de recursos de atividade física	Contribuições de impostos para comportamentos saudáveis
Biológico	Famílias	Escolas	Eventos de atividade física relacionados com o local	Leis que proteja o espaço verde
Desenvolvimento	Colegas de trabalho	Instalações de cuidado a saúde	Andar seguro, andar de bicicleta na pista	Melhorar as taxas de seguro e ajuste para indivíduos

Fonte: (McLeroy, Bibeau, Steckler & Glanz (1988) apud Marcus & Forsyth, 2003).

Modelo Social Cognitivo

A teoria social cognitiva é uma das teorias que tem sido aplicadas com sucesso para a mudança de comportamento para atividade física. Esta teoria propõe que a mudança de comportamento é afetada por interações entre o envolvimento, fatores pessoais e atributos do próprio comportamento (Bandura, 1986).

A concepção central da teoria social cognitiva é a auto-eficácia ou confiança em algumas habilidades para executar um comportamento específico com sucesso. Percepções pessoais que podem ser realizadas com sucesso aumentam a probabilidade da adoção naquele comportamento (Marcus & Forsyth, 2003).

Apesar de alguns estudos terem sido realizados antes da década de 1990, as pesquisas com intervenção de comportamento na atividade física são reconhecidas como uma nova área da investigação científica. Todavia, estas teorias explicam sobre o comportamento na atividade física e como ajudar os indivíduos sedentários a se tornarem e permanecerem mais ativos, confiando na possibilidade dos programas de atividades físicas terem mais sucesso.

De acordo com Sallis, Bauman e Pratt (1998), para obter sucesso na mudança de comportamento para atividade física, o programa deve ser implementado em múltiplos níveis. Programas que influenciam múltiplos níveis e múltiplos cenários têm mais probabilidade de conduzir a grandes e duradouras mudanças na manutenção de atividade física.

Em geral, os modelos e teorias apresentadas como estratégias podem ser combinadas para produzir um programa mais amplo, integrando as aproximações sugeridas pelas múltiplas teorias, o que tornará mais provável o sucesso de um programa.

Para o contexto da saúde pública, as teorias comportamentais não conseguem avançar nas questões que envolvem os problemas de saúde de uma comunidade, limitando-se apenas ao aspecto comportamental do estilo de vida, abandonando, em determinado momento, as reais dificuldades para promoção da saúde.

Pois, segundo Castiel (2003) uma crítica comum feita ao conceito de estilo de vida é referente a seu emprego em contextos de pobreza e de desigualdades, aplicado a grupos sociais onde as margens de escolha praticamente inexistem, ou seja, muitas pessoas não elegem estilos para elevar suas vidas, não há opção disponíveis, na verdade, nestas circunstâncias, o que há são estratégias de sobrevivência.

Mas, para o desenvolvimento do objetivo deste estudo, procurou-se aproximar as teorias comportamentais, em particular, do Modelo Transteorético, com os aspectos relacionados à educação para a saúde, possibilitando uma melhor aplicação da atividade física relacionada à promoção da saúde.

Educação em Saúde

A construção de um protocolo de orientação da atividade física no campo da saúde pública requer um aprofundamento nas questões da educação em saúde, já que, dentre as propostas do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente na atenção básica e nos Programas da Saúde da Família, esta abordagem tem recebido importante destaque.

“Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra *combinação* enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. A palavra *delineada* distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. *Facilitar* significa predispor, possibilitar e reforçar. *Voluntariedade* significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e

recomendadas, diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, um grupo ou uma comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde (Candeias, 1997).”

As práticas educativas têm sido amplamente utilizadas na área da saúde, tanto para a formação contínua dos profissionais que atuam na área quanto no campo da educação em saúde para a população em geral. Estas práticas são norteadas por um conjunto de representações de homem e de sociedade que se quer efetivar, demonstradas através da discussão dos processos de ensino-aprendizagem utilizados pelas tendências pedagógicas mais dominantes em nosso meio: a pedagogia tradicional, renovadora, por condicionamento e a libertadora (Pereira, 2003).

Para Candeias (1997), a educação em saúde constitui, na prática, apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, prendendo-se especificamente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico, em seus diferentes níveis de atuação, e a comunidade, compreendida como contendo populações-alvo que não se encontram normalmente nas três outras dimensões.

A componente educação é central para a promoção da saúde, e também pode ser entendido e executado sob óticas bem diferentes, que vão desde uma pedagogia crítica, reflexiva e problematizadora, em que se coloca a educação popular, até uma educação formal, institucional, que desconsidera o saber do outro (Albuquerque, 2004).

A educação problematizadora está fundamentada na criatividade e estimula a ação e uma reflexão verdadeiras sobre a realidade, respondendo, assim, à vocação dos homens, que não são seres autênticos senão quando se comprometem na procura e na transformação criadora (Freire, 2005).

Entretanto, muitos são os princípios e os conceitos que fundamentam a prática da *educação em saúde*, que procura desencadear mudanças de comportamento individual, e da *promoção da saúde*, que muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa provocar mudanças de comportamento organizacional capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população.

Nesta relação entre a educação em saúde e a promoção da saúde, Lefevre & Lefevre (2004) destacam que atuar em promoção de saúde não é só informar, mas também informar, e que informar parece ser um processo eticamente mais justificável que educar (no sentido de conduzir), sobretudo quando se trata de adultos. Pois, informar indivíduos

com pouca escolarização ou totalmente não escolarizados constitui uma tarefa das mais complexas, apesar de necessária, para que as ações de promoção de saúde tenham sua eficácia aumentada.

A organização dos conteúdos educativos e a sua disseminação não devem limitar-se à transferência de um conhecimento especializado, sem compromisso, sem vinculação, sem identidade com os fatores e problemas locais de saúde de uma comunidade.

Meyer, Mello, Valadão e Ayres (2006) fazem crítica aos projetos educativos em saúde que seguem sendo majoritariamente inscritos na perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado, e segundo os quais “a gente detém e ensina” para uma “população leiga”, cujo saber viver é desvalorizado e/ou ignorado nesses processos de transmissão.

É necessário reconhecer e desenvolver o conhecimento popular (*o saber viver*), pois diminuir a distância entre o saber científico e o saber popular pode gerar práticas educativas relevantes e transformadoras, refletindo esta relação da atuação do profissional de saúde e a comunidade, diante dos desafios encontrados nos serviços e sistemas de saúde locais.

Andrade e Coelho (1997) afirmam que o processo de aprendizagem não ocorre somente com a utilização de materiais instrucionais bem elaborados e com práticas educativas centradas no educador, mas depende, principalmente, da recuperação da experiência que o aprendiz já possui, buscando, por meio de um trabalho coletivo e relevante, trabalhar os novos conceitos a partir dos preexistentes.

A educação em saúde, compreendida como caminho que busca articular dimensões complementares com vistas à construção de respostas sociais significativas, torna-se possível quando se entende que a educação não trata de definir comportamentos corretos para os demais, mas de criar oportunidades de reflexão crítica e interação dialógica entre sujeitos sociais (Teixeira, 2005).

Para Valla e Stotz (1997), o desafio central das abordagens educativas em saúde não estaria no aprimoramento de técnicas de transmissão de mensagens, de persuasão ou sedução, nos moldes das estratégias de marketing comercial, mas em rever o pressuposto de que a existência de elementos de informação científica nas mensagens recebidas é necessário e suficiente para aumentar a competência e /ou a liberdade de decisão (escolha) dos grupos sociais e indivíduos, a fim de que realizem uma reconstrução do saber em sua visão de mundo e experiências.

Torna-se cada vez mais evidente que as mudanças comportamentais são um produto muito raro dos projetos educativos já implantados e, mais do que isso, constata-se que as múltiplas dimensões que interagem nos ambientes onde transcorre a vida tornam muito difícil vincular diretamente as atividades da educação em saúde aos comportamentos que emergem no tempo (Valadão, 2004).

A intencionalidade de construir estratégias educativas que permitam investir em possibilidades de transformação das condições de vida demanda apreender, compreender e dialogar com a multiplicidade de aspectos que modulam as crenças, os hábitos e os comportamentos dos indivíduos e grupos com os quais os profissionais de saúde se interagem.

Para Chor (1999), ambientes coletivos podem ser especialmente adequados para a elaboração e a implementação de ações em saúde, visto que podem ser ajustadas a cada contexto específico.

O mesmo autor destaca que, para as ações dos profissionais de saúde pública, os métodos elaborados por Paulo Freire (Minkler & Cox, 1980), na área de educação, podem se revelar uma fonte rica de idéias e abordagens por meio das quais será possível atingir os indivíduos, partindo da compreensão de sua experiência de vida, de seu vocabulário, de seus temores, de suas esperanças e de seus anseios frente à saúde ou, em última análise, frente à vida e à morte.

Nesta direção, Pereira (2003), coloca que, embora as tendências pedagógicas (a pedagogia tradicional, renovada, por condicionamento e a libertadora) apresentem algumas limitações e críticas, é indiscutível que a prática educativa norteada pela pedagogia da problematização é mais adequada à prática educativa em saúde.

Pois, além de promover a valorização do saber do educando, instrumentalizando-o para a transformação da realidade e de si mesmo, possibilita a efetivação do direito da clientela às informações, de forma a estabelecer sua participação ativa nas ações de saúde, assim como o desenvolvimento contínuo de habilidades humanas e técnicas no trabalhador da área da saúde, fazendo com que este exerça um trabalho criativo (Pereira, 2003).

Reforçando, Quint, Matiello Jr., Martinez e Bacheladenski (2005) em estudo sobre a reflexão da inserção do profissional de educação física no PSF, sugerem como alternativa pedagógica as características básicas da pedagogia da problematização, que apresenta como ponto de partida o repensar a própria prática.

Lefevre & Lefevre (2004) chamam atenção para as limitações para a prática pedagógica em saúde, uma vez que a eficácia da difusão da informação para a Promoção

da Saúde está severamente limitada em algumas sociedades, como a brasileira, por exemplo, por causa de sérias defasagens de formação, de escolaridade e de conhecimento entre informadores e informados.

A formação do profissional para atuar nas adversidades e nos problemas emergentes da saúde pública merece destaque e reflexão para uma mudança possível. A mudança nos currículos de formação dos profissionais de saúde se faz necessária diante deste novo quadro no processo saúde/doença. Além das questões, biológicas que são postas como uma relação causal do processo saúde doença, outros fatores devem ganhar espaço na formação, como as questões socioculturais, a interdisciplinaridade e a mudança de cenário (curativa e hospitalocêntrico).

Campos e Belisário (2001) retratam que a interdisciplinaridade, a mudança dos cenários em que se realiza a ação educativa, para locais mais representativos da realidade sanitária e social, a integração ensino-serviço-pesquisa, a abordagem problematizadora, a educação permanente e o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional representam, atualmente, um consenso para mudança.

A Educação Permanente em Saúde é, certamente, um dos temas mais relevantes para esta interlocução entre o profissional de saúde e seu campo de atuação.

Segundo Ceccim (2005), a Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde quando perfiladas pelos princípios e/ou diretrizes desencadeadas por Paulo Freire (1996; 2000; 2005a; 2005b). O mesmo autor acredita que:

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde.

Assim, além da mudança de comportamento para atividade física, o que esta proposta de ação sugere é a prática e a construção do empoderamento (*empowerment*), cuja relação entre a promoção da saúde e a pedagogia libertadora ou da problematização é

evidenciada com o intuito de afirmar o desenvolvimento de habilidades e atitudes conducentes à prática regular de atividade física e à promoção da saúde.

Com base nesta revisão sobre Educação e Saúde, acredita-se que a metodologia educacional a ser empregada deverá estar baseada nos princípios da pedagogia crítica, transformadora e abrangente, pela qual os profissionais da saúde e a comunidade tornam-se participantes ativos do processo de aprendizagem e, portanto, presentes em todos os momentos do planejamento, do desenvolvimento e da avaliação do projeto educativo.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

Modelo do Estudo

Realizou-se um estudo do tipo descritivo desenvolvimental com delineamento de pré e pós-teste com grupo controle. Segundo 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 completas.

Para tanto, depois do protocolo desenvolvido, avaliou-se a efetividade de sua aplicação.

População e Amostra

A população do estudo foi composta por adultos aparentemente saudáveis pertencentes à duas Unidades Locais de Saúde (ULS), com área de cobertura do Programa de Saúde da Família, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. A faixa etária dos participantes foi entre 30 e 65 anos.

A escolha das ULS foi realizada de forma não probabilística, por julgamento (Torres, 2005), obedecendo à área da regional de saúde no município de Florianópolis (Regional Sul) e, em seguida, à área de cobertura do Programa de Saúde da Família em cada ULS. Depois de identificadas as ULS, foram contactadas as equipes do Programa de Saúde da Família para a seleção da amostra da pesquisa.

Para a realização do protocolo, teve-se a participação de quatro equipes do PSF, sendo duas equipes (área 310 e 311) da ULS experimental e duas equipes da ULS controle (área 780 e 781). Cada equipe era composta por um médico, uma enfermeira, um dentista, uma auxiliar de enfermagem e as agentes comunitárias de saúde. A participação das ACS se deu de forma voluntária, sendo que do total de 22 ACS no grupo experimental, 16 ACS

participaram da intervenção, enquanto que no grupo controle, das 14 ACS pertencentes ao Programa de Saúde da Família na ULS controle, 10 ACS participaram.

Obedecendo aos critérios utilizados pelo PSF, a seleção da amostra foi realizada por domicílios, sendo por conveniência ou não aleatória (Torres, 2005). Foram visitados 180 domicílios, 100 deles representando a ULS experimental e 80 a ULS controle. Para a escolha dos domicílios, obedeceu-se às áreas e micro-áreas de abrangência de cada equipe de PSF. A descrição do processo de escolha das unidades está caracterizada na Figura 2.

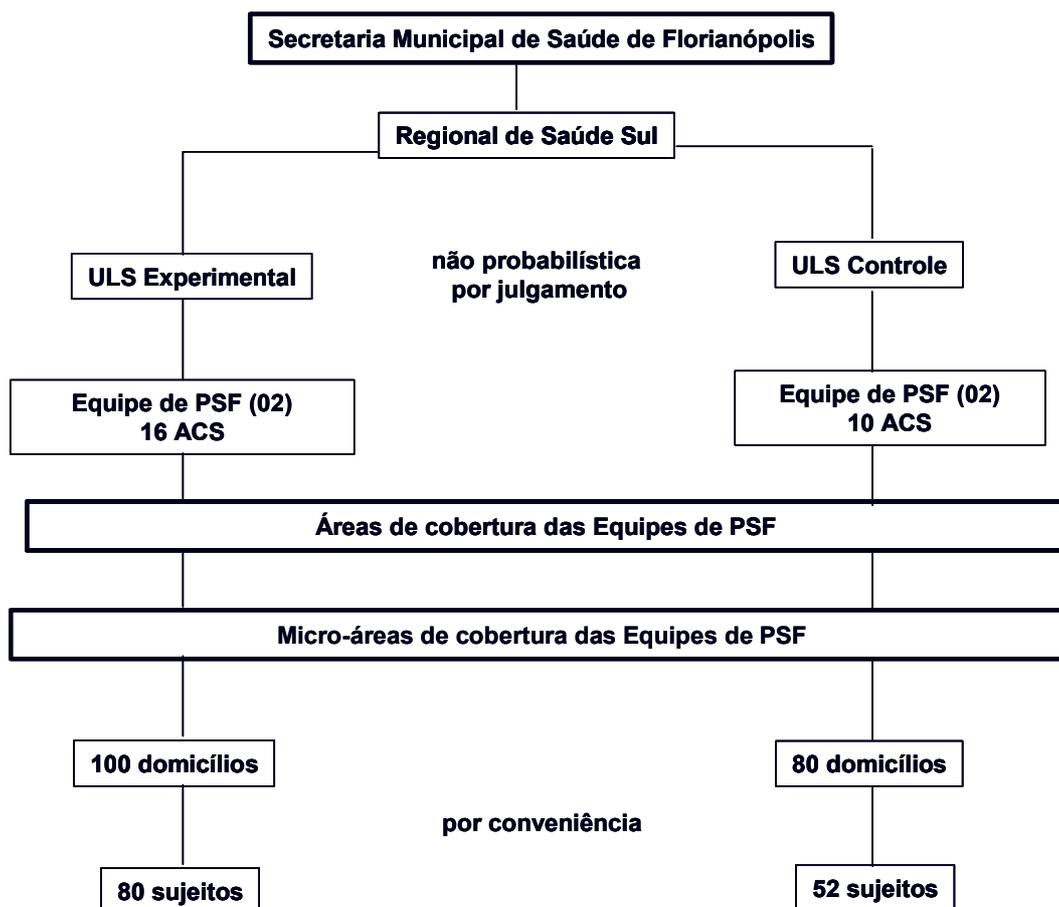


Figura 2 Representação do processo de seleção amostral.

Para a estratificação da amostra por domicílios, utilizou-se o critério de alternância (casa sim, casa não), respeitando as normas das equipes de saúde da família, em particular, os critérios utilizados pelas ACS.

A amostra foi constituída, inicialmente, por 132 adultos, sendo 80 do grupo experimental e 52 do grupo controle (Fase 1). Para a participação da fase de intervenção do protocolo, a amostra ficou composta por 51 adultos no grupo experimental e 52 adultos no

grupo controle (Fase 2). A diferença apresentada na amostra, no grupo experimental, entre a fase 1(n=80) e a fase 2 (n=51), deve-se aos critérios de inclusão e aceite de participação na pesquisa.

Por fim, entre a fase de intervenção e a fase de avaliação do protocolo (fase 3), houve uma perda amostral de 13,72% (n=07) para o grupo experimental e de 15,38% (n=08) para o grupo controle. Dentre os 103 adultos que participaram da pesquisa, 87 concluíram o estudo. A Tabela 1 apresenta a distribuição da amostra em cada fase do protocolo de orientação de atividade física em PSF. A perda, nesta fase, deve-se a não participação de pelo menos 75 % das atividades desenvolvidas pelo estudo, motivos de doenças, desistência durante a aplicação do protocolo e ausência em domicílio.

Tabela 1
Distribuição amostral por fase do protocolo.

Grupo	Fase 1	Fase 2	Perda amostral	Fase 3
	Descritiva exploratória	Intervenção		Avaliação
	n	n	n (%)	n
experimental	80	51	7 (13,72%)	44
controle	52	52	9 (15,38%)	43
total	132	103		87

A distribuição dos domicílios e indivíduos participantes por situação, tanto do grupo experimental quanto do grupo controle pode ser visualizada nos Anexos 2 e 3.

Crítérios de Inclusão

Os critérios utilizados para o convite de participação na pesquisa foram os seguintes:

- não apresentar dificuldade de locomoção ou deficiência física;
- fazer parte da área de cobertura do Programa de Saúde da Família das Unidades Locais de Saúde selecionadas (Anexos 4 e 5);
- mostrar-se aparentemente saudável, podendo apresentar fatores de risco para doenças cardiovasculares (hipertensão, diabetes, obesidade e síndrome metabólica).
- estar na faixa etária entre 30 e 65 anos, em ambos os sexos;

Coleta de Dados e Instrumentos de Medida

O estudo foi realizado entre os meses de julho e novembro de 2006, após a qualificação do projeto e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Anexo 6) e mediante autorização do Departamento de Saúde Pública da Secretária Municipal de Saúde de Florianópolis para a utilização das Unidades Locais de Saúde (Anexo 7).

O desenvolvimento do projeto que foi intitulado de: ***AÇÃO E SAÚDE FLORIPA - educar, conscientizar e praticar*** (Anexo 8) aconteceu em duas Unidades Locais de Saúde (ULS) da cidade de Florianópolis (SC) e contou com o financiamento da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

Anteriormente ao início do protocolo, as duas equipes dos Programas de Saúde da Família foram orientadas sobre o desenvolvimento do projeto.

Para os 120 dias de desenvolvimento do protocolo foram sugeridas três fases distintas com seus respectivos questionários: a descritiva exploratória (Fase 1), a intervenção (Fase 2) e a avaliação (Fase 3) (Figuras 3 e 4).

Fase	I (Exploratória)	II (intervenção)			III (Avaliação)
Módulo de ação	-	Educar	Conscientizar	Praticar	-
Período (dias)	15	30	30	30	15
Nº. de atividades	02	03	03	03	01
Atividades	Aplicação de questionário domiciliar e convite de participação	Palestra educativa, entrega de cartilha informativa e orientação domiciliar			Aplicação de questionário domiciliar
Objetivo	Identificar o perfil sócio demográfico 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 os conceitos e recomendações para a prática regular de AF e exercício físico	Discutir e refletir sobre as barreiras para a prática de AF Identificar qual o objetivo com a prática de AF	Orientar para manter-se ativo fisicamente Identificar as contribuições da AF para as doenças crônicas degenerativas	Identificar as mudanças nas variáveis pesquisadas 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 Formação de grupos focais	-
Fase	Identificação e convite dos participantes	Recomendações para a prática regular de AF e de exercício físico	Autonomia e mudança de comportamento para AF	Agente multiplicador e redefinição dos objetivos	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 3 Organograma de desenvolvimento do protocolo de orientação de atividade física

Fases	Descritiva exploratória			Intervenção												Avaliação	
Módulos	-			educar				conscientizar				praticar				-	
Atividades	Explicação inicial	Aplicação dos questionários	Visitação a ULS e assinatura do TCLE	Capacitação das ACS	Entrega das cartilhas	Palestra educativa	Visita de orientação	Capacitação das ACS	Entrega das cartilhas	Palestra educativa	Visita de orientação	Capacitação das ACS	Entrega das cartilhas	Palestra educativa	Visita de orientação	Capacitação das ACS	Aplicação dos questionários
Meses	julho			agosto				setembro				outubro				novembro	
Nº de semanas	-	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16

Figura 4 Cronograma de desenvolvimento do protocolo de orientação de atividade física

Fase 1 – Descritiva Exploratória

A fase descritiva exploratória deu-se em forma de investigação, por meio de aplicação de questionário nas áreas de cobertura das equipes do PSF das ULS, duas semanas antes do início da intervenção (Fase 2), e teve como objetivo subsidiar a elaboração da intervenção do protocolo. Os questionários foram aplicados pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), em domicílio, onde realizavam o convite de participação e entrega de folhetos explicativos com as informações do projeto (Anexo 9).

Após o aceite de participação por parte do entrevistado, solicitou-se o comparecimento a ULS, para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do grupo experimental (Anexo 10) e do grupo controle (Anexo 11), ocasião em que também foi entregue o cartão atividade (Anexo 12). Na visita a ULS, o pesquisador principal fornecia informações sobre o desenvolvimento do projeto, e os participantes respondiam ao questionário de intervenção.

Este tipo de iniciativa possibilitou aos participantes esclarecer e intervir sobre a elaboração do protocolo, com sugestões e informações pertinentes à realidade do bairro quanto à prática da atividade física.

Nesta fase, identificaram-se o perfil sócio demográfico e as características para a prática de atividade física (pré-teste) da amostra participante da pesquisa, em ambos os grupos (experimental e controle).

O questionário descritivo exploratório (Anexo 13) foi composto por informações pessoais, indicadores de saúde e co-morbidades, informações sobre o Programa de Saúde da Família, barreiras para a prática de atividade física, estágios de mudança do comportamento para atividade física e classificação socioeconômica. O Quadro 6 apresenta as dimensões, os indicadores, as fontes e os respectivos itens no questionário.

Quadro 6

Dimensões, indicadores, fontes bibliográficas e itens no questionário descritivo exploratório.

Dimensão	Indicadores	Fontes	Itens
Informações pessoais	Nome, sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação ocupacional.	IBGE, 2000	01 a 07
Indicadores de saúde	Aspectos da saúde, comorbidades, medicamentos, vida profissional, estresse, sono, situação do peso corporal, uso do fumo e de bebidas alcoólicas.	SF-36 INCA, 2005 Oliveira, 2005	08 09 a 12 13 a 18
Informações sobre o Programa de Saúde da Família	Conhecimento do programa, frequência na unidade de saúde, atividades desenvolvidas, oferecimento de programa de atividade física, tempo disponível.	Cianciarullo, 2002	19 a 27
Barreiras para a prática de atividade física	Informações sobre a frequência de fatores que interferem ou dificultam a prática regular de atividade física	Martins e Petroski, 2000	28
Estágios de mudança de comportamento para atividade física e exercício	Auto-relato da percepção quanto à adoção a prática regular de atividade física	Marcus e Simkin, 1994	29
Classificação econômica	Informações referentes ao nível de escolarização do chefe da família, empregada mensalista e posse de utensílios.	ABEP, 2003	30 a 34

Para a dimensão dos estágios de mudança de comportamento para atividade física e exercício (EMCAFE), relacionou-se a resposta no questionário para a determinação de cada estágio (Quadro 7).

Quadro 7

Relação da resposta no questionário para determinação dos EMCAFE.

Resposta no questionário (item 29)	EMCAFE
É fisicamente ativo há mais de seis meses.	Manutenção
É fisicamente ativo ao menos de seis meses.	Ação
Não é fisicamente ativo, mas pretende se tornar ativo nos próximos 30 dias.	Preparação
Não é fisicamente ativo, mas pretende se tornar ativo nos próximos seis meses.	Contemplação
Não é fisicamente ativo, e não pretende se tornar ativo nos próximos seis meses.	Pré-contemplação

Quanto às variáveis de classificação econômica, foram definidas a partir do Critério de Classificação Econômica Brasil descrito pela ABEP (2003).

Fase 2 – Intervenção (implementação e desenvolvimento)

Na fase 2 do protocolo ocorreu a aplicação do questionário de intervenção e o desenvolvimento do protocolo. O questionário de intervenção (Anexo 14) foi composto por conhecimento sobre atividade física e exercício, o questionário de prontidão para atividade física (Q-PAF) e o índice de atividade física habitual. O Quadro 8 apresenta as dimensões, os indicadores, as fontes bibliográficas e os respectivos itens no questionário.

Quadro 8

Dimensões, indicadores, fontes bibliográficas e itens no questionário de intervenção.

Dimensão	Indicadores	Fontes	Itens
Conhecimento sobre atividade física e exercício	Frases afirmativas para identificar se caso são verdadeira ou falsa para relação atividade física	InteliHealth, 1999	01
Questionário de prontidão para atividade física (Q-PAF)	Aspectos da saúde, indicações e contra indicações para a prática da atividade física	Sociedade Canadense para Fisiologia do Exercício, 1994 (Apud, ACSM 2006)	02 a 08
Índice de atividade física (Baecke)	Determinação dos índices de atividade física no trabalho, no lazer e no exercício.	Baecke, Burema e Frijters, 1982	09 a 29

A dimensão do conhecimento sobre atividade física e exercício foi avaliada pelos números de acertos em doze questões afirmativas que versam sobre atividade física relacionada à saúde (Intelihealth, 1999). Martins (2000) reconhece que tais questões contemplam algumas das recomendações para a prática de atividade física mais recentemente divulgadas na literatura, bem como as recomendações mais citadas por profissionais da saúde e pela mídia.

Quanto à dimensão do índice de atividade física habitual, utilizou-se o questionário de Baecke et al. (1982), constituído por três partes distintas e composto por dezesseis questões com respostas indicadas em escala de Lickert de 5 pontos. As questões procuram fornecer informações, nos últimos 12 meses, associadas à prática de atividade física no trabalho e/ou na escola (parte 1- Q1 a Q8); nas atividades esportivas, nos programas de exercícios físicos e no lazer ativo (parte 2- Q9 a Q12) e nas atividades de ocupação do tempo livre (parte 3- Q13 a Q16). O objetivo do questionário é estimar a atividade física total determinada pelo somatório dos valores encontrados em cada parte por meio de equações para cálculo de escores (Anexo 15).

Para Oliveira & Maia (2001), embora nem todas as medidas de critérios utilizadas para estudar a validade do questionário de Baecke et al. (1982) possam ser consideradas “*gold standard*”, os resultados obtidos indicam a enorme potencialidade que este instrumento apresenta para avaliar diferentes componentes da atividade física.

Em estudo nacional, Florindo, Latorre, Jaime, Tanaka & Zerbini (2004) concluíram que o questionário de Baecke é um instrumento prático para avaliar a atividade física habitual, aliando rapidez na aplicabilidade e facilidade no entendimento para as respostas, sendo indicado para estudos epidemiológicos no Brasil.

Nesta fase de intervenção, mensurou-se a massa corporal total, a estatura e o perímetro de cintura (Alvarez e Pavan, 2003) com a finalidade de exemplificar e debater sobre os fatores de risco relacionados à obesidade e às doenças cardiovasculares. Ressalta-se que, apesar da sua coleta, estes dados não foram incluídos na discussão do trabalho.

Fase 3 – Avaliação

Na fase três, realizou-se a aplicação do instrumento de avaliação (pós-teste), com o objetivo de verificar possíveis alterações das variáveis pesquisadas e a caracterização da eficiência do protocolo aplicado. Esta fase teve a duração de duas semanas e foi realizada tanto para o grupo experimental quanto para o grupo controle.

A aplicação do instrumento de avaliação final foi realizada por um profissional de educação física não envolvido com a pesquisa e treinado para aplicação do questionário. O questionário de avaliação (Anexo 16) foi composto por três partes: a avaliação processual, a avaliação informacional das cartilhas e a reaplicação dos instrumentos (Figura 5).

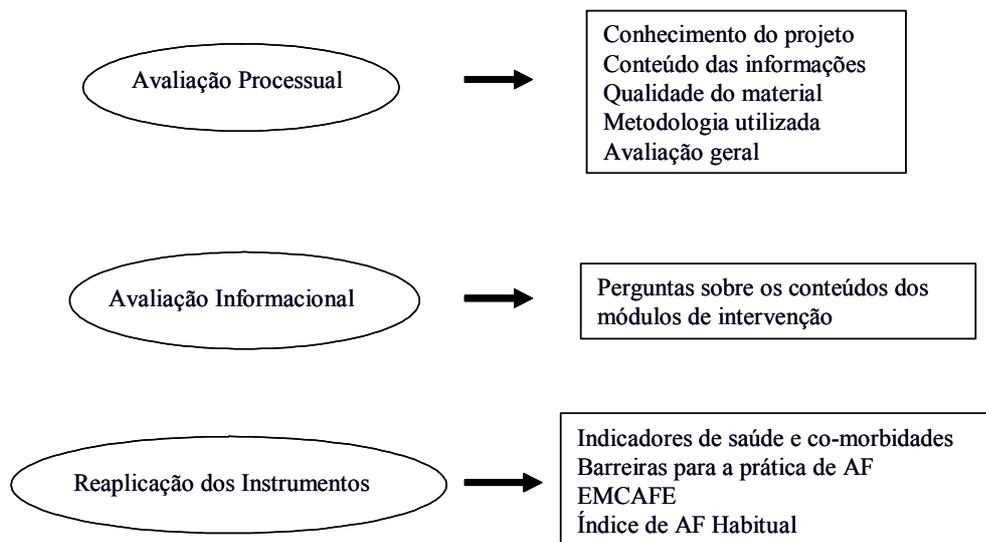


Figura 5 Composição do questionário de avaliação

A parte da avaliação processual do protocolo (parte 1) foi subdividida em: conhecimento do projeto, conteúdo das informações, qualidade do material, metodologia utilizada e avaliação geral, contendo 20 questões. Este questionário teve como objetivo analisar os procedimentos, materiais e conteúdos utilizados para a construção e implementação do protocolo.

A avaliação informacional, representada pela parte 2 do questionário de avaliação, apresentou oito perguntas específicas de cada módulo de intervenção (*educar, conscientizar e praticar*), tendo-se avaliado os números de acertos.

Por fim, a terceira e última parte do questionário de avaliação foi composta pelos instrumentos utilizados nas fases descritiva exploratória e de intervenção. Esta parte do questionário conteve as barreiras para a prática de atividade física, os indicadores de saúde e as co-morbidades, os estágios de mudança de comportamento para atividade física (EMCAFE) e o índice de atividade física habitual.

Tanto para o grupo experimental quanto para o grupo controle, a aplicação dos questionários se deu em forma de entrevista, sendo que na primeira fase (descritiva exploratória), a aplicação foi realizada pelas Agentes Comunitárias de Saúde, e na segunda fase (intervenção), pelo pesquisador responsável. A terceira e última fase (avaliação) foi realizada por um profissional da área de educação física que não participou do processo de intervenção da pesquisa. Este procedimento serviu para evitar possível constrangimento e influência do pesquisador responsável e das ACS quanto às respostas neste processo, pois ambos estiveram em contato constante com os participantes durante a execução do projeto, e isto poderia se tornar um viés para o processo de avaliação.

Nas fases em que ocorreu a aplicação de questionários, os aplicadores receberam treinamento com o objetivo de obter uma melhor homogeneidade das perguntas e das respostas que seriam coletadas. No período do treinamento, foram abordados os seguintes tópicos: proposta do projeto de pesquisa, elaboração e estrutura do questionário, forma de aplicação, correção e dúvidas das perguntas, além das informações sobre as metodologias que seriam utilizadas para cada intervenção.

Pesquisa Piloto e Reprodutibilidade

Segundo Thomas & Nelson (2002), a realização do estudo piloto caracteriza-se pela necessidade de verificar a aplicabilidade dos instrumentos e os procedimentos conforme especificado nos tipos de sujeitos para os quais a pesquisa está planejada.

O estudo piloto possibilitou testar a aplicação dos questionários que foram utilizados como instrumentos para execução do projeto, verificando a validade de face e de conteúdo e a reprodutibilidade dos questionários, adequando-os à realidade da pesquisa (Anexo 17).

Para Morrow et al. (1995), a determinação dos níveis de reprodutibilidade de um questionário representa um aspecto de grande importância, tendo em vista que os níveis de reprodutibilidade e objetividade estão estreitamente associados à qualidade das informações levantadas.

Para a avaliação da reprodutibilidade, foram calculados o índice *Kappa* e o coeficiente de correlação intraclasse, o que complementou a avaliação de clareza.

Para a aplicação do teste do índice de concordância *Kappa*, optou-se pela análise por dimensões dos questionários.

Observou-se que, entre os valores encontrados para o índice de concordância *Kappa* para os domínios dos questionários, as classificações foram de boa a ótima, variando de $R=0,614$ do domínio das barreiras para a prática de atividade física a $R=0,963$ do domínio de informações pessoais. A Tabela 2 apresenta os valores do índice de concordância relativa e do índice de concordância *Kappa*, com as respectivas avaliações.

Tabela 2

Valores do índice de concordância relativa e do índice de concordância Kappa por dimensão, com as respectivas avaliações.

Dimensão	Nº de questões	Índice de concordância relativa	Kappa (R)	Avaliação de concordância
Informações pessoais	04	97,41%	0,963	Ótima
Indicadores de Saúde	12	94,83%	0,903	Ótima
PSF	06	93,10%	0,882	Ótima
Barreiras para AFR	20	65,86%	0,614	Boa
Estágios de Mudança de Comportamento	01	86,21%	0,803	Ótima
Classificação Socioeconômica	03	91,95%	0,894	Ótima
Conhecimento sobre AFR	12	82,08%	0,637	Boa
Índice de Atividade Física Habitual	21	77,86%	0,730	Boa
Q-PAF	07	98,57%	0,936	Ótima

Para a Avaliação do Coeficiente de Correlação Intraclasse (R) para as Variáveis da Classificação Econômica e Conhecimento sobre Atividade Física, do questionário 02, observou-se uma validação excelente ($R=0,98$) e aceitável ($R=0,72$), respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3

Avaliação do coeficiente de correlação intraclassa (R) para as variáveis da classificação econômica e conhecimento sobre atividade física.

Dimensão	CCI	validação
Nível Socioeconômico	0,98	excelente
Conhecimento sobre Atividade Física	0,72	aceitável

Os resultados indicaram que os questionários utilizados foram adequados para o desenvolvimento desta pesquisa, pois apresentaram boa fidedignidade, clareza e confiabilidade para avaliação de cada componente.

Desenvolvimento do Protocolo (procedimento de intervenção)

Na fase de desenvolvimento do protocolo, os adultos pertencentes ao grupo experimental receberam orientação e foram motivados para a adoção de um estilo de vida ativo por meio de seis encontros domiciliares e três encontros na Unidade Locais de Saúde.

As visitas domiciliares para orientação de atividade física foram realizadas pelo pesquisador principal, em conjunto com as ACS, e tinham uma duração média de 5 a 10 minutos. Anteriormente à aplicação dos módulos, as ACS foram capacitadas, por meio de palestras educativas e encontros nas ULS, com as informações sobre cada módulo de intervenção.

Após a capacitação das ACS, estas faziam entrega das cartilhas informativas e o convite aos adultos da pesquisa para participarem das palestras educativas na ULS, que tinham uma duração de 45 a 60 minutos. Por fim, após a palestra educativa, os participantes recebiam visita domiciliar de orientação, onde as informações contidas nas cartilhas e abordadas nas palestras eram reforçadas. As fases da aplicação de cada módulo podem ser visualizadas na Figura 6.

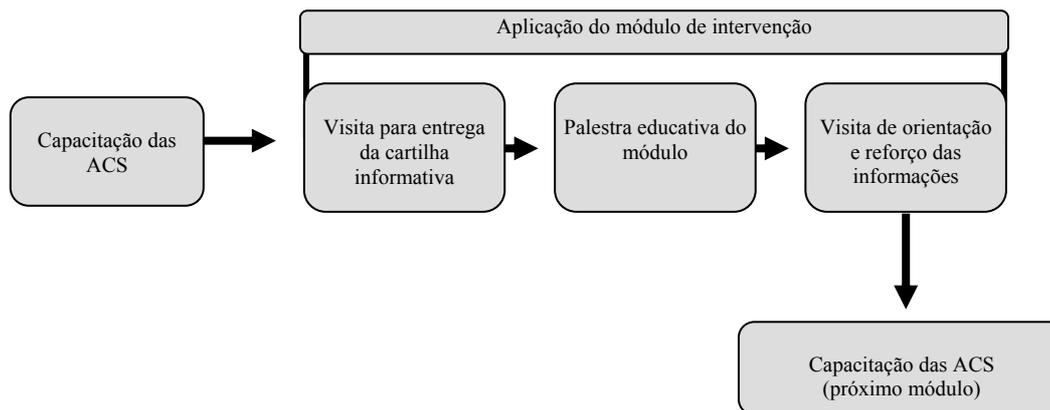


Figura 6 Exemplo das fases da intervenção para cada módulo.

Os módulos de intervenção foram desenvolvidos segundo as recomendações sobre atividade física regular, dos Centros de Controle de Doenças (CDC, 1996), do Colégio Americano de Ciências e Medicina do Esporte (ACSM, 2006) e das estratégias de motivação para tornarem as pessoas ativas fisicamente apresentadas por Marcus & Forsyth (2003), que utilizam os estágios de mudança de comportamento para a atividade física e o exercício (Modelo Transteorético). As informações coletadas na fase descritiva exploratória também foram utilizadas para a elaboração dos módulos, com o objetivo do participante problematizar e refletir sobre a relação da AF para a promoção da saúde e sobre o contexto de intervenção (PSF e a comunidade).

Para o desenvolvimento das palestras educativas e das visitas domiciliares, utilizaram-se os métodos pedagógicos de Paulo Freire, da educação crítica de reflexão e problematização dos conteúdos.

Durante as palestras, diversos temas, como *educação e saúde, autonomia e coletividade*, foram abordados com o propósito de gerar um entendimento ampliado do contexto da atividade física e da saúde pública, e desmistificar a relação de causa e efeito (*causalidade*), relacionando aos aspectos positivos e negativos relativos ao fato de ser ou não ser fisicamente ativo.

As atividades propostas pelo protocolo foram realizadas na ULS, no centro comunitário e nos domicílios.

Para tanto, definiram-se três módulos de ação: *módulo educar, módulo conscientizar e módulo praticar*, com seus respectivos conteúdos e objetivos.

Módulo Educar

Elaboração do módulo:

O Módulo Educar (Anexo 18) representou os estágios de *pré-contemplação e contemplação* do Modelo Transteorético (*Transtheoretical Model*) para a mudança de comportamento. Nestes estágios, o sujeito não têm intenção de tornar-se ativo fisicamente (pré-contemplação) ou têm a intenção de tornar-se ativo nos próximos seis meses (contemplação).

As estratégias recomendadas para a mudança de comportamento nestes estágios são: aumentar a consciência sobre a necessidade de mudança, a personalização das informações sobre riscos e benefícios, a motivação e o encorajamento para fazer planos futuros.

Quanto à proposta deste módulo, o termo “**educar**” surgiu com a possibilidade de que as pessoas envolvidas participassem mais ativamente, com reflexões, indagações e iniciativas que as levassem à escolha e ao entendimento do que é ser ativo fisicamente.

Nesta proposta de ação, entenda-se o sentido da palavra ***educar*** como a necessidade de ***ensinar***.

“O saber ensinar não é transferir conhecimento, mas criar meios para a sua própria produção ou a sua construção, através de reflexões sobre a prática e percepção como sujeito do processo ensino-aprendizagem. O ensinar exige o reconhecimento e a assunção da identidade cultural, é assumir-se como ser social e histórico como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos...” (Freire, 1996).

Outro ponto relevante deste módulo foi a compreensão de que a atividade física não apresenta uma única dimensão, apenas biológica, mas sim a de que outras dimensões (psicológicas, sociais, econômicas e culturais) interferem e determinam (ser ou não ser ativo) na adoção da prática regular da atividade física e nos benefícios adquiridos para a saúde.

A elaboração do conteúdo do ***módulo educar*** deu-se com base nas recomendações e nos conceitos relacionados à atividade física e à promoção da saúde. Como se tornar ativo fisicamente e os benefícios com a prática regular de atividade física, foram alguns dos assuntos abordados neste módulo.

A informação em forma de questionamentos foi uma estratégia utilizada para gerar reflexão em torno do porquê e como praticar atividade física regular.

Objetivos das atividades:

- contextualizar o processo saúde/ doença;
- conceituar e caracterizar atividade física (AF) e exercício físico (EF);
- refletir sobre os conceitos e práticas de saúde, qualidade de vida, estilo de vida e promoção da saúde;
- informar sobre as contribuições da AF regular para a saúde;
- discutir e refletir sobre os conceitos e recomendações para a prática regular de AF e exercício físico;
- contextualizar a prática da atividade física no campo da saúde pública;
- refletir sobre as questões comportamentais e educacionais relacionadas à AF e à saúde.

Local das atividades: domicílios, unidade local de saúde e centro comunitário.

Atividade sugerida: caminhada.

Módulo Conscientizar

Elaboração do módulo

O Módulo Conscientizar (Anexo 19) representou o estágio de *preparação* do Modelo Transteorético (*Transtheoretical Model*) para a mudança de comportamento. Neste estágio, o indivíduo é irregularmente ativo, mas pretende tornar-se regularmente ativo nos próximos seis meses.

Ajudar no desenvolvimento e na implementação de planos de ações concretas e auxiliar a estabelecer metas graduais são as estratégias recomendadas no estágio de preparação.

Com as respostas dos questionários, utilizou-se como estratégia, neste módulo, a abordagem sobre as principais barreiras para a prática de atividade física e os indicadores de saúde e co-morbidades, a descrição dos estágios de mudança de comportamento e os possíveis objetivos a serem propostos com o exercício e com a atividade física.

“Conscientizar para praticar” foi a frase de aplicação deste módulo. A palavra ***“conscientizar”*** está baseada na relação consciência-mundo, e segundo Freire (2005),

“a conscientização consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência, na qual o homem assume uma posição epistemológica, ultrapassando a esfera espontânea de apreensão da realidade, chegando a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível, sendo neste sentido um teste da realidade.”

“O mesmo autor descreve que quanto mais conscientização, mais se des-vela a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto que será analisado. Por esta mesma razão, a conscientização não consiste em estar frente à realidade assumindo uma posição falsamente intelectual. A conscientização não pode existir fora da práxis, ou melhor, sem o ato ação-reflexão.”

A apresentação das informações coletadas na fase descritiva exploratória permitiu a aproximação dos participantes às temáticas abordadas (*o saber comprometido*) e às ações do projeto, atuando como sujeitos do processo, pois o ato de conscientizar não significa simplesmente descarregar sobre os outros o peso de um saber descomprometido para induzir a novas formas de alienação (Freire, 1996).

Neste contexto particular, o saber comprometido fez refletir sobre a prática e a realidade da comunidade com as questões que envolvem a atividade física e, a partir daí, pensar na escolha de uma forma autônoma e comprometida com as mudanças.

Para Lefevre e Lefevre (2004), a autonomia significa que é o indivíduo que deve escolher, de forma esclarecida e livre, entre as alternativas que lhe são apresentadas. É decidir o que é bom para si, de acordo com seus valores, suas expectativas, necessidades, prioridades e crenças pessoais, compreendendo as conseqüências de sua escolha.

Portanto, estimular a consciência crítica e a participação responsável do indivíduo nos processos culturais, sociais, políticos e econômicos (*educação libertadora*) (Freire, 2005) são ações relevantes para o desenvolvimento e a efetividade deste tipo de intervenção.

Objetivos das atividades

- identificar e caracterizar os estágios de mudança de comportamento para a atividade física;
- identificar e caracterizar os objetivos com a prática de atividade física;

- refletir sobre as barreiras (ambientais, sociais, físicas e psicológicas) para a prática de atividade física;
- compreender sobre os fatores de risco à saúde;
- explicar e exemplificar as alternativas para o controle da atividade física regular;
- refletir e problematizar sobre os resultados apresentados na fase descritiva exploratória.

Atividade sugerida: alongamento, controle da atividade física por meio da frequência cardíaca e aferição da massa corporal total, da estatura e do perímetro de cintura (Anexo 20).

Módulo Praticar

Elaboração do módulo

O Módulo Praticar (Anexo 21) representou o estágio de *ação e manutenção* do Modelo Transteorético (*Transtheoretical Model*) para a mudança de comportamento. Neste estágio, o indivíduo tornou-se ativo fisicamente há menos de seis meses (ação) ou tornou-se ativo fisicamente há mais de seis meses (manutenção).

A recomendação para os indivíduos que se encontram no estágio de ação é ajudar com o *feedback*, solucionando problemas que surjam, dando suporte social e reforçando suas experiências. Já para o estágio de manutenção, recomenda-se ajudar nas dificuldades que surjam e refletir sobre os principais resultados alcançados até o presente momento, a fim de evitar as recaídas.

Os conteúdos abordados neste módulo enfatizaram as contribuições e recomendações da atividade física para as doenças como hipertensão, diabetes e obesidade. Informações sobre as características do tipo de exercício e seus efeitos no organismo foram utilizadas a fim de reforçar a manutenção e a possível adoção da prática de atividade física.

O sentido da palavra ***praticar***, não se refere apenas ao movimento, à atuação, à adoção ou à mudança de comportamento, mas sim à possibilidade de colocar em prática tudo aquilo que até então foi discutido e apresentado durante os módulos de intervenção. A autonomia, a problematização e a conscientização devem fazer parte de uma rotina voltada para a reflexão sobre as questões sociais, culturais e econômicas que interferem na prática da atividade física, transcendendo as questões apenas comportamentais (*o mudar pelo*

mudar). Esta compreensão se faz necessária, por se entender que esta iniciativa é uma proposta pedagógica e educacional, e por isso, permanente, contínua e não pontual.

Procedimentos para minimizar riscos durante a prática, recomendações para montar uma aula e controle do exercício também foram descritos neste módulo. Para o controle da intensidade do exercício, sugeriu-se a utilização da escala de *CR10* de Gunner Borg (2000). A utilização da escala subjetiva de esforço (escala de Borg) possibilita o controle do ritmo em que se desenvolve a atividade física ou o exercício. Durante as visitas domiciliares, foram explicados os procedimentos de utilização da *CR10* de Borg (Anexo 22).

O ponto chave do *módulo praticar* foi o papel de agente multiplicador, segundo o qual o indivíduo participante do projeto torna-se o sujeito principal da intervenção, com autonomia e possibilidade de exercer o papel de educador, convidando familiares, vizinhos e amigos para refletir sobre os conteúdos até então apresentados na intervenção.

Nas palestras educativas, as experiências individuais foram explanadas e estimuladas, pois serviram de ponto de referência para o debate do como, porquê e onde praticar a atividade física regular. Isto aproximou os adultos da pesquisa ao contexto de intervenção, reforçando o entendimento e a prática atual dos que ainda não tinham compreendido as possibilidades da prática e as contribuições da AF regular.

Esta iniciativa estimulou a criação de grupos e permitiu a reflexão dos problemas relacionados com as barreiras e dificuldades do bairro para a prática de atividade física, pois o compromisso assumido em grupo favorece a participação e a continuidade das pessoas na prática regular da AF, e as discussões dos problemas não são mais individuais e sim coletivas, na busca das alternativas para diminuir ou eliminar as barreiras da comunidade.

Objetivo das atividades

- Identificar como tornar a atividade física mais segura;
- Caracterizar os tipos de exercícios e seus respectivos benefícios;
- Explicar os procedimentos realizados anteriormente à prática do exercício.
- Recomendar sobre os cuidados com a prática do exercício físico;
- Explicar e exemplificar as alternativas para o controle da atividade física regular;
- Exemplificar a elaboração de uma aula de exercício físico;

- Relacionar as contribuições do exercício físico e da atividade física no controle da hipertensão, da diabete, da obesidade e no controle de peso;
- Refletir e problematizar sobre a promoção da saúde e os “grupos de riscos”.

Local das atividades: domicílios, ULS e centro comunitário.

Atividade sugerida: atividade física ou exercício físico adequado, conforme os objetivos do indivíduo.

Durante o período de intervenção do protocolo, o pesquisador responsável esteve à disposição dos participantes do grupo de intervenção na ULS, pelo menos, duas vezes por semana, em turnos distintos, para esclarecimentos e orientações sobre atividade física.

Conforme a organização dos participantes e as necessidades durante o desenvolvimento do protocolo, foram sugeridas a criação de grupos de atividade física, sem a participação do pesquisador principal.

Foi considerada como critério de exclusão da amostra a não-participação em pelo menos 75 % desta segunda fase do protocolo.

Apesar dos módulos de intervenção representarem os estágios de mudança de comportamento para a atividade física e exercício, a aplicação destes deu-se de forma contínua, entendendo-se que o processo de orientação é algo pedagógico que deve ser construído, independente do estágio em que se encontra o indivíduo. Os conteúdos obedeceram a uma seqüência lógica que possibilitasse aos participantes a reflexão sobre a adoção da prática regular da atividade física.

Para o grupo controle, após o desenvolvimento do protocolo e a aplicação do questionário de avaliação, foram ministradas palestras educativas abordando os conteúdos dos módulos de intervenção e entregues as cartilhas e folhetos utilizados com o grupo experimental. A participação do grupo controle se deu por meio das respostas dos questionários, no início e ao final da aplicação do protocolo de orientação, não participando do processo de intervenção.

Limitações do Método

Admitiu-se para este estudo as seguintes limitações:

- ✓ *Ambiente de intervenção e comportamento da população:* apesar de existir no ambiente de intervenção a proposição da promoção da saúde por meio do Programa de Saúde da Família, a população ainda apresenta um entendimento reducionista quanto à

percepção do processo saúde/doença, compreendendo a promoção da saúde apenas na perspectiva de prevenção e tratamento de doenças.

✓ *A seleção da amostra:* as metodologias utilizadas para seleção da amostra podem representar uma limitação para a análise e para as inferências nos resultados do estudo.

Análise dos Dados

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.

Para caracterizar as variáveis sócio-demográficas e econômicas, os indicadores de saúde, as informações sobre o programa de saúde da família, a percepção das barreiras para prática de atividade física e suas dimensões, os estágios de mudança de comportamento para a atividade física e a avaliação processual do protocolo de orientação de atividade física foram empregados procedimentos de estatística descritiva: distribuição em frequências e percentuais, cálculo de medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão).

Foram utilizados procedimentos de estatística paramétrica e não-paramétrica em função das características da amostra e das variáveis estudadas (Anexos 23). Para identificar as diferenças entre os grupos experimental e o grupo controle, utilizou-se o teste t para amostras independentes e o teste U de Mann-Whitney. Para identificar as diferenças entre o pré e o pós (avaliação inicial- pré teste e aplicação do protocolo- pós teste), em ambos os grupos, foram utilizados os testes t pareado e t de Wilcoxon (Figura 7). O nível de significância adotado foi de 95% ($p \leq 0,05$).

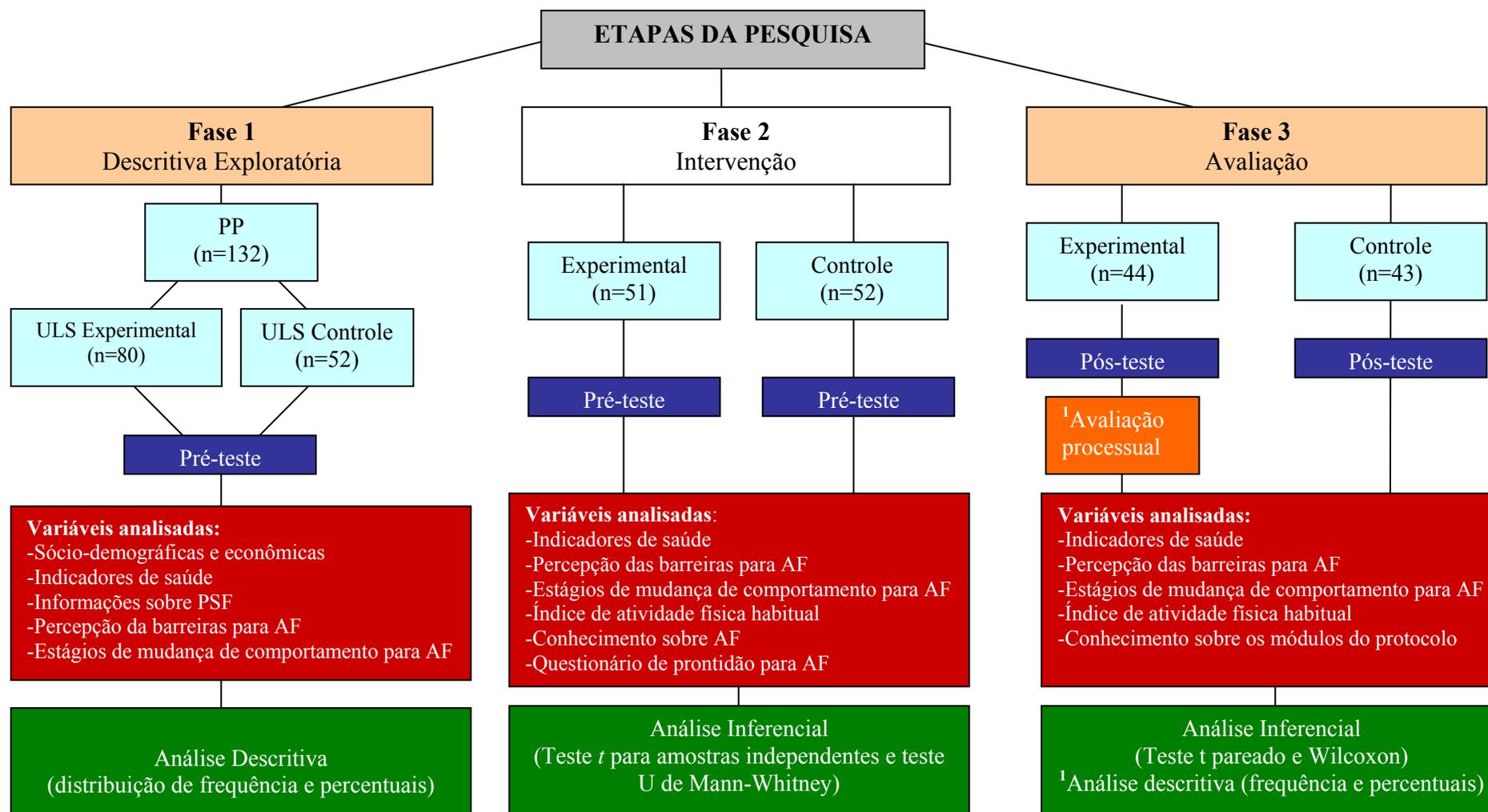


Figura 7 Organograma dos procedimentos estatísticos

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados conforme as fases de realização do protocolo de orientação de atividade física, o qual obedece a seguinte seqüência:

#Fase 1-descritiva exploratória: descrição das características sócio-demográficas e econômicas; dos indicadores de saúde; das informações sobre o Programa de Saúde da Família; da percepção das barreiras para prática de atividade física e suas dimensões e da identificação dos estágios de mudança de comportamento para a atividade física. Os dados apresentados nesta fase referem-se às Unidades Locais de Saúde;

#Fase 2 - intervenção: caracterização dos indicadores de saúde; percepção das barreiras para prática de atividade física e suas dimensões; identificação dos estágios de mudança de comportamento para a atividade física; avaliação do nível de atividade física habitual e do conhecimento sobre a atividade física. Nesta fase, realizou-se uma análise comparativa entre o grupo experimental (n=51) e o grupo controle (n=52).

#Fase 3 - avaliação: (a) descrição dos efeitos do programa de orientação de atividade física sobre os indicadores de saúde, a percepção das barreiras para atividade física, os estágios de mudança de comportamento para atividade física e o índice de atividade física habitual (trabalho, exercício e lazer) e (b) descrição da avaliação processual do protocolo de orientação de atividade física. A aplicação da fase três contou com a participação de 44 adultos no grupo experimental e 43 adultos no grupo controle, tendo-se realizado uma análise comparativa pré e pós-aplicação do protocolo para cada grupo.

Fase Descritiva Exploratória

Características sócio-demográficas e econômicas

A amostra deste estudo apresentou idades entre 30 e 65 anos, com média de $46,9 \pm 10,8$ anos, sendo que para o grupo experimental a média de idade foi de $47,5 \pm 10,8$ anos e para o grupo controle foi de $46,1 \pm 10,8$ anos.

Observou-se que a maior parte da amostra foi representada pelo sexo feminino (81,1%). A maioria referiu ser casada (67,4%) e ter cursado ao menos o ginásial completo (53,7%). Pouco mais que 16% eram analfabetos ou tinham primário incompleto, e apenas uma pessoa (1,4%) possuía curso superior. Quanto à situação ocupacional, 43,2% relataram que trabalham e 32,6% disseram que exercem a função (profissão) de donas de casa (Tabela 4).

Em relação à predominância da participação feminina neste estudo, esta característica também pode ser observada em outros estudos (Lessa, Magalhães, Araújo, Almeida Filho, Aquino & Oliveira, 2006; Pitanga & Lessa, 2005) e inquéritos (Brasil, 2004; SBC, 2005) que utilizaram como metodologia a investigação domiciliar.

Contudo, a ausência da participação masculina nas atividades e nos projetos relacionados à saúde pública vem merecendo destaque, servindo de tema para discussões e debates. Como exemplo, o Grupo Margens (Modos de vida, família e relações de gênero) do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFSC, o Instituto PAPAÍ e o Núcleo de Pesquisas em gênero e masculinidades da Universidade Federal de Pernambuco realizaram, em outubro de 2006, um seminário com o tema: “Homens, gênero e saúde pública”, em que se discutiram as dificuldades, alternativas e possíveis iniciativas para estimular a participação do homem nas decisões e nos projetos relacionados à saúde pública.

Quanto ao nível de escolaridade da amostra estudada, observou-se valores aproximados quando comparados aos resultados do Ministério da Saúde (Brasil, 2004) para a cidade de Florianópolis, sendo que 32,1% relataram ter ensino ginásial incompleto ou menos e 67,9% disseram ter ensino ginásial completo ou mais.

Para as variáveis socioeconômicas, segundo os critérios utilizados pela ABEP (2003), 44,7% possuem uma renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos e 47,8% pertencem à classe média.

Proper, Cerin e Owen (2006) identificaram interações significativas entre o nível sócio-econômico do bairro e o nível de conhecimento educacional no total da atividade física ocupacional vigorosa e no total da atividade física. Estes autores concluíram que a classificação socioeconômica do bairro pode funcionar como um moderador na relação entre a condição socioeconômica individual e a atividade física ocupacional.

A renda familiar serve como um sensível indicador das condições socioeconômicas e pode ser entendida como medida, também bastante sensível, de percepção das condições de vida. A condição socioeconômica interfere diretamente nas possibilidades de acesso e escolha da prática da atividade física, sendo uma variável importante a ser reconhecida na construção de iniciativas para a promoção da atividade física.

De maneira geral, as diversidades identificadas nas variáveis sócio-demográficas e econômicas da população envolvida possibilitaram um planejamento adequado do protocolo, estimulando as reflexões para a elaboração da intervenção, o que se fez necessário diante da proposta do papel da atividade física na perspectiva da promoção da saúde.

Tabela 4

Características sócio-demográficas e econômicas da amostra das ULS selecionadas para participar do Projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

Caracterização	Categoria	ULS experimental	ULS controle	total
		(n=80)	(n= 52)	(n=132)
		n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Masculino	14 (17,5)	11 (21,2)	25 (18,9)
	Feminino	66 (82,5)	41 (78,8)	107 (81,1)
Estado Civil	Solteiro	6 (7,5)	8 (15,4)	14 (10,6)
	Casado	53 (66,2)	36 (69,2)	89 (67,4)
	Outros	21(26,3)	8 (15,4)	29 (22,0)
Escolaridade	Analfabeto / primário incompleto	13 (16,3)	14 (26,9)	27 (20,5)
	Primário completo / ginásial incompleto	25 (31,3)	09 (17,3)	34 (25,8)
	Ginásial completo / colegial incompleto	26 (32,4)	11 (21,2)	37 (28,0)
	Colegial completo / superior incompleto	15 (18,7)	11 (21,2)	26 (19,6)
	Superior completo	01 (1,3)	07 (13,4)	08 (6,1)
Situação ocupacional	Trabalha	31 (38,8)	26 (50,0)	57 (43,2)
	Desempregado	06 (7,5)	01 (1,9)	07 (5,3)
	Aposentado	13 (16,3)	08 (15,4)	21(15,9)
	Dona de casa	27 (33,8)	16 (30,8)	43 (32,6)
	Outros	03 (3,8)	01 (1,9)	04 (3,0)
Renda familiar	Até 1 salário mínimo	13 (16,2)	04 (7,7)	17 (12,9)
	De 1 a 3 salários	40 (50,0)	19 (36,4)	59 (44,7)
	De 4 a 10 salários	15 (18,8)	20 (38,4)	35 (26,5)
	Não sabe / não respondeu	12 (15,0)	09 (17,5)	21 (15,9)
Classificação econômica	Alta (classe A e B)	23 (28,8)	23 (44,2)	46 (34,8)
	Média (classe C)	46 (57,6)	17 (32,7)	63 (47,8)
	Baixa (classe D e E)	11 (13,8)	12 (23,1)	23 (17,4)

Características dos indicadores de saúde

Conforme apresentado na Tabela 5, a maioria da amostra apresentou uma percepção positiva de saúde (56,8%).

Os resultados encontrados por este estudo diferem dos que foram apresentados pelo Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2004), que constatou-se que 23,74% adultos da cidade de Florianópolis, com idade superior a 25 anos, consideraram o seu próprio estado de saúde como regular ou ruim, ou seja, tiveram a percepção negativa. Neste mesmo estudo, os valores referentes à percepção negativa da saúde, nas 15 capitais e no Distrito Federal (2002-2003), ficaram entre 10,9% (Porto Alegre) e 32,1% (Belém).

Para Gomes e Tanaka (2003), a doença e a saúde formam um processo dinâmico que reflete a ligação estrutural entre o corpo e a sociedade, os quais são cruciais para se estudar a percepção do estado de saúde. As desigualdades sociais também podem ser verificadas por meio de avaliação dos indicadores de saúde de determinada população, sendo que, em geral, os mais utilizados são os relativos à mortalidade e à morbidade referida.

Observa-se, na Tabela 5, que dentre os problemas de saúde autoreferidos, a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus* foram os mais citados pelos adultos de ambas as Unidades Locais de Saúde, com 40,2% e 15,9% respectivamente.

Os resultados apresentados pelas doenças crônicas, em particular, a hipertensão e diabetes, reafirmam a necessidade de intervenção com orientação de atividade física a fim de oportunizar a estes grupos o controle e tratamento dessas doenças, de forma saudável e otimizando as contribuições da atividade física.

A taxa de hipertensão encontrada neste estudo é semelhante àquela apresentada no Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-transmissíveis do MS (Brasil, 2004), pois, para a cidade de Florianópolis, identificou-se uma prevalência de 40,4% de hipertensão na população de adultos entre 25 e 59 anos. Já para o diabetes, o valor encontrado pelo referido inquérito foi de 7,3%, sendo duas vezes menor do que o valor encontrado por este estudo.

Em outro inquérito (SBC, 2006) realizado nas cinco regiões do país, as prevalências foram menores que as encontradas por este estudo, sendo que a hipertensão na região nordeste (31,6%) e na região sul (30,4%) foram superiores aos valores nacionais (28,5%). Já para o diabetes, o percentual de adultos com glicemia capilar superior a 110 mg/dl, variou entre 6,3% (região centro-oeste) e 9,7% (regiões nordeste e sudeste).

No presente estudo, 62,1% dos adultos relataram fazer uso de algum tipo de medicamento e 59,8% não possuem planos de saúde (Tabela 5). Estes resultados demonstram que a maioria da população ainda tem como referência, para os seus atendimentos e para a atenção básica, o Sistema Único de Saúde.

Em amostra representativa na cidade de Belo Horizonte, Lima-Costa (2004) identificou a existência de diferentes estilos de vida entre os adultos filiados ou não a um plano privado de saúde. Observou-se que 66% dos adultos que não possuíam plano privado de saúde e dependiam exclusivamente do SUS apresentavam piores hábitos de estilo de vida quando comparado aos adultos com cobertura do plano privado de saúde (34%).

Por meio da Pesquisa de Orçamento Familiar -2002-2003 (IBGE, 2004), nota-se que o percentual de participação da assistência à saúde nas despesas familiares representa 6,49% do orçamento do cidadão brasileiro, sendo este valor superior até mesmo aos gastos com educação (4,08%) e com recreação e cultura (2,39%).

Em relação à vida profissional, 80,3% afirmaram estar satisfeitos com sua profissão. A maioria relatou ter baixo nível de estresse (81,1%), boa qualidade do sono (81,1%) e estar insatisfeito com o peso corporal (62,9%).

O controle dos fatores relacionados ao estresse e ao sono serve como importante indicador para uma boa saúde e uma melhor qualidade de vida. No que se refere à insatisfação quanto ao peso corporal, essa opinião foi expressa principalmente pelos adultos que desejavam diminuir o peso. A preocupação com a estética e com os problemas relacionados à obesidade foi evidente por parte do público pesquisado.

Para o comportamento referente ao uso do fumo e do álcool dos adultos entrevistados, observou-se que 21,3% eram fumantes e 22,7% fazem uso de bebidas alcoólicas (Tabela 5). Estes resultados se aproximam daqueles encontrados pelo inquérito da SBC (2005), em que 24,2% eram fumantes e 23,3% faziam uso de bebidas alcoólicas. Observou-se também, no presente estudo, que 13% faziam uso diário de bebida alcoólica e que 50,7% das pessoas com idade entre 35 e 44 anos apresentaram maior exposição ao fumo.

As informações fornecidas pelos indicadores de saúde serviram para estimular as discussões realizadas nas palestras educativas, nos encontros domiciliares e na ULS, identificando as possíveis restrições e contra-indicações para a prática regular de atividade física e sua relação com a promoção da saúde.

Segundo Wassimann (2003), é urgente a necessidade de reconhecimento das diversidades, em todas as instâncias, para que se dê o alento e se gerem possibilidades e

alternativas que façam florescer os indivíduos e as sociedades no convívio com suas diferenças. Acompanhando esta linha de pensamento, o referido autor reconhece que a atividade física é um meio de relevância para a promoção do bem-estar e da saúde das coletividades, no que não se incluem práticas que sirvam como fator de amplificação de desigualdades.

Tabela 5

Características dos indicadores de saúde da amostra das ULS selecionadas para participar do Projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

Indicadores de saúde	Categoria	ULS experimental	ULS controle	total
		(n=80)	(n= 52)	(n=132)
		n (%)	n (%)	n (%)
Percepção de saúde	Positiva	43 (53,8)	32 (61,5)	75 (56,8)
	Negativa	37 (46,3)	20 (38,5)	57 (43,2)
Problemas de saúde referidos	Hipertensão arterial	37 (46,3)	16 (30,8)	53 (40,2)
	Diabetes Mellitus	16 (20,0)	05 (9,6)	21 (15,9)
Uso de medicamentos	Sim	50 (62,5)	32 (61,5)	82 (62,1)
	Não	30 (37,5)	20 (38,5)	50 (37,9)
Plano de saúde	Sim	30 (37,5)	23 (44,2)	53 (40,2)
	Não	50 (62,5)	29 (55,8)	79 (59,8)
Vida profissional	Satisfeito	61 (76,3)	45 (86,5)	106 (80,3)
	Insatisfeito	19 (23,8)	07 (13,5)	26 (19,7)
Percepção do estresse	Baixo	65 (81,3)	42 (80,8)	107 (81,1)
	Alto	15 (18,8)	10 (19,2)	25 (18,9)
Auto-avaliação do sono	Bom	56 (70,0)	36 (69,2)	92 (69,7)
	Ruim	24 (30,0)	16 (30,8)	40 (30,3)
Satisfação com o peso corporal	Satisfeito	29 (36,3)	20 (38,5)	49 (37,1)
	Insatisfeito	51 (63,8)	32 (61,5)	83 (62,9)
Tabagismo	Nunca fumou	53 (66,3)	26 (50,0)	79 (59,8)
	Ex-fumante	07 (8,8)	18 (34,6)	25 (18,9)
	Fumante	20 (25,0)	08 (15,4)	28 (21,3)
Consumo de bebidas alcoólicas	Não bebe	68 (85,0)	34 (65,4)	102 (77,3)
	Bebe	12 (15,0)	18 (34,6)	30 (22,7)

Informações sobre o PSF

As informações contidas na Tabela 6 foram necessárias para analisar a percepção e o comportamento dos adultos com a relação às ULS e ao PSF, bem como para identificar a intenção da comunidade quanto à possibilidade da implantação do protocolo de intervenção.

No que diz respeito às informações sobre o Programa de Saúde da Família, observou-se que a maioria tem conhecimento de sua existência (60%) e apenas 22,7% afirmaram não freqüentar as ULS, e dentre os que freqüentam essas unidades, os principais motivos para a procura foram a procura por medicação (40,9%) e as consultas (22,7%).

O conhecimento do PSF e a freqüência alta as ULS, por parte da população, favoreceram a implementação do protocolo, garantindo a participação dos adultos.

Dentre as outras informações sobre o PSF, constatou-se que apenas 16,7% dos entrevistados participam das atividades desenvolvidas pela ULS, mas quando questionados sobre a sua participação em um programa de orientação de atividade física oferecido pela ULS, 78,0% dos adultos deram resposta afirmativa.

Apesar da baixa participação nas atividades desenvolvidas pela ULS, que poderia dificultar na aderência e envolvimento da população ao programa de intervenção, a aprovação dos adultos para participar das atividades de orientação de atividade física garantiu a legitimidade da intervenção.

A identificação do número de pessoas que afirmaram a não-participação de um programa de orientação de atividade física, nesta etapa da pesquisa, foi importante para visualizar quantos adultos aproximadamente participariam da fase de intervenção.

Estes questionamentos sobre o PSF e as ULS subsidiaram a intervenção, identificando os espaços adequados e possíveis para implementação e desenvolvimento do protocolo, a fim de assegurar as condições necessárias para o envolvimento e a participação do grupo.

Com relação à prática da atividade física, neste estudo, 76,5% dos adultos afirmaram serem ativos fisicamente e 73,5% reconheceram a caminhada como a atividade física que mais lhes agrada (Tabela 6).

Em estudo realizado em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal (Brasil, 2004), observou-se que, para o nível de atividade física por meio IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) o percentual dos insuficientemente ativos ficou entre 28,2% (Belém) e 54,5% (João Pessoa). Para a cidade de Florianópolis, naquele estudo, 46,9% dos adultos com idade superior a 24 anos (ou seja, quase a metade dos adultos) foram considerados insuficientemente ativos, diferindo do que foi encontrado neste estudo.

Rutten, Abel, Kannas, Lengerke, Luschen, Diaaz, Vink e Zee (2001) observaram que, em cinco dentre seis países europeus investigados, a maioria das pessoas considera ser fisicamente ativas, com a Finlândia apresentando o percentual mais alto (88%) e a Espanha o mais baixo (37,4%).

Dentre as diferentes formas de praticar atividade física, observa-se que a caminhada é a opção mais acessível para a maioria da população, representando uma estratégia integral para a promoção da atividade física e para a saúde pública.

Diante deste reconhecimento, alguns estudos (Siegal, Brackbill e Heath, 1995; Eyler, Brownson, Bacak e Houseman, 2003; Owen, Humpel, Leslie, Bauman e Sallis, 2004; Besser e Dannenberg, 2005; Cole, Leslie, Bauman, Donald e Owen, 2006), têm avaliado o impacto e a contribuição da caminhada para a saúde pública, em particular, para a população de adultos.

Tabela 6

Informações sobre o Programa de Saúde da Família (PSF) da amostra das ULS selecionadas para participar do Projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

Informações sobre o PSF	Categoria	ULS experimental	ULS controle	total
		(n=80)	(n= 52)	(n=132)
		n (%)	n (%)	n (%)
Tem conhecimento sobre o PSF do seu município	Sim	48 (60,0)	31 (59,6)	79 (59,8)
	Não	32 (40,0)	21 (40,4)	53 (40,2)
Motivo da frequência a Unidade Local de Saúde (ULS)	Não freqüenta	17 (21,2)	13 (25,0)	30 (22,7)
	Consultas	24 (30,0)	06 (11,5)	30 (22,7)
	Grupo de orientação	-	-	-
	Medicação	34 (42,5)	20 (38,5)	54 (40,9)
	Outros	05 (6,3)	13 (25,0)	18 (13,6)
Participa das atividades desenvolvidas pela ULS	Sim	10 (12,5)	12 (23,1)	22 (16,7)
	Não	70 (87,5)	40 (76,9)	110 (83,3)
Oferecimento de um programa de orientação de atividade física	Participaria	60 (75,0)	43 (82,7)	103 (78,0)
	Não participaria	20 (25,0)	09 (17,3)	29 (22,0)
Auto-avaliação do nível de atividade física	Ativo fisicamente	63 (78,8)	38 (73,1)	101 (76,5)
	Não ativo fisicamente	17 (21,2)	14 (26,9)	31 (23,5)
Que tipo de atividade física mais agrada	Caminhada	61 (76,3)	36 (69,2)	97 (73,5)
	Ginástica	06 (7,5)	03 (5,8)	09 (6,8)
	Esportes	06 (7,5)	02 (3,8)	08 (6,1)
	Atividade doméstica	03 (3,8)	05 (9,6)	08 (6,1)
	Atividade do trabalho	01 (1,3)	03 (5,8)	04 (3,0)
	outros	03 (3,8)	03 (5,8)	06 (4,5)

Percepção das barreiras para a prática de atividade física

A percepção das barreiras para a prática de atividade física, divididas nas dimensões ambiental, social, comportamental e física, é apresentada na Tabela 7. Estas variáveis serviram para identificar as principais dificuldades dos adultos para a prática regular de atividade física.

Relativamente às barreiras para a prática regular de atividade física, destaca-se, entre as *barreiras ambientais*, a falta de equipamento disponível (40,2%) e o ambiente insuficiente seguro (34,1%).

Segundo Glanz e Rimer (2005), a promoção da saúde, contemporaneamente, envolve mais do que simplesmente educação individual sobre práticas saudáveis, inclui também esforços para mudar o comportamento organizacional e o ambiente social e físico das comunidades.

A aplicação do modelo ecológico, neste caso em específico, parece adequada, pois este modelo procura explicar o comportamento e a mudança de comportamento em relação às variáveis socioculturais e ambientais. A base da abordagem ecológica é que alguns ambientes restringem a atividade física, promovendo comportamentos sedentários e limitando a possibilidade de estímulos ativos (Sallis, Bauman & Pratt, 1998).

A falta de espaços públicos adequados para a prática do lazer e da atividade física e a falta de segurança pública são igualmente fatores que influenciam a adoção da prática regular da atividade física. A contextualização destes temas favorece a mudança da responsabilidade, porque o sujeito “repartilha” com outros setores da sociedade os obstáculos e “culpas” pela não-adoção da atividade física, surgindo os primeiros passos para a construção do empoderamento.

A falta de conhecimento/orientação sobre atividade física foi reconhecida como a principal *barreira social* (40,2%). A confirmação deste item como a segunda barreira mais citada, dentre todas as outras, mostra a necessidade da construção de iniciativas que favoreçam, não apenas as questões que envolvam a saúde, mas também outros setores que necessitam ser estimulados para a reflexão e a construção das condições básicas de vida.

A jornada de trabalho extensa (35,6%), a falta de companhia (33,3%) e a falta de recursos financeiros (31,1%) também mereceram destaque por parte dos adultos, dentre as *barreiras sociais* (Tabela 7).

Glanz e Rimer (2005) salientam que o comportamento de saúde refere-se, num sentido amplo, às ações de indivíduos, grupos e organizações, e às conseqüências e

determinantes destas ações, incluindo mudança social, implementação e desenvolvimento de políticas, melhora de habilidades de compreensão e aumento da qualidade de vida.

Quando se parte da premissa de que a saúde é uma questão multifatorial e surge a partir das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, lazer, liberdade, entre outros, o controle e a eliminação das barreiras sociais podem representar um importante instrumento para o debate na perspectiva da promoção da saúde.

Negar estas informações é estimular a alienação e aceitar que a mudança de comportamento para a realização da atividade física não apresenta fatores delimitadores. Portanto, perceber as relações coexistentes entre as barreiras sociais, e destas com as outras dimensões, vem a ser uma iniciativa importante para uma intervenção consciente e esclarecedora na realidade.

Ainda na Tabela 7, dentre as *barreiras comportamentais*, o medo de lesionar-se e a falta de interesse em praticar uma atividade física também foram citadas, com 19,7% em ambas. Para as *barreiras físicas*, destacaram-se as dores leves e o mal-estar, com 45,5%, e as limitações físicas, com 32,6%.

Vencer as barreiras comportamentais e físicas depende de uma ação exclusiva do próprio indivíduo. No que se refere às barreiras físicas, o conhecimento técnico (profissional) foi enfatizado, mostrando que as competências são necessárias e imprescindíveis para a promoção da saúde, sem abandonar a importância de temas, como a interdisciplinaridade e o saber popular.

Para Gattás (2006), a interdisciplinaridade tem ocorrido de maneira bastante intensa no preparo dos futuros profissionais de saúde, tanto na área de educação quanto nas atividades cotidianas, em sua área de atuação. Isto acontece como forma de compreender a complexidade dos fenômenos, de diminuir os efeitos nefastos da fragmentação do saber e de oferecer assistência humanizada pela percepção do homem, em suas várias dimensões.

A identificação das relações existentes entre o interesse em praticar atividade física (barreira comportamental) e o histórico pessoal da prática da atividade física, seja no âmbito escolar ou fora dele, fez surgir novas reflexões e novos conteúdos durante as atividades educativas.

Tabela 7

Percepção das barreiras para prática de atividade física da amostra das ULS selecionadas para participar do Projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

Barreiras	ULS experimental	ULS controle	total
	(n=80)	(n= 52)	(n=132)
	f (%)	f (%)	f (%)
Ambientais			
Falta de ambiente (clima) adequado	20 (25,0)	14 (26,9)	34 (25,8)
Falta de espaço disponível	20 (25,0)	19 (36,5)	39 (29,5)
Falta de equipamento disponível	33 (41,3)	20 (38,5)	53 (40,2)
Ambiente insuficientemente seguro	27 (33,8)	18 (34,6)	45 (34,1)
Sociais			
Jornada de trabalho extensa	29 (36,3)	18 (34,6)	47 (35,6)
Compromissos familiares	25 (31,3)	15 (28,8)	40 (30,3)
Tarefas domésticas	14 (17,5)	14 (26,9)	28 (21,2)
Falta de incentivo da família e/ou amigos	13 (16,3)	09 (17,3)	22 (16,7)
Falta de recursos financeiros	16 (20,0)	25 (48,1)	41 (31,1)
Falta de conhecimento / orientação sobre AF	31 (38,8)	22 (42,3)	53 (40,2)
Falta de Companhia	27 (33,8)	17 (32,7)	44 (33,3)
Comportamentais			
Mau humor	11 (13,8)	10 (19,2)	21 (15,9)
Medo de lesionar-se	13 (16,3)	13 (25,0)	26 (19,7)
Preocupação com aparência	09 (11,3)	10 (19,2)	19 (14,4)
Falta de interesse em praticar	16 (20,0)	10 (19,2)	26 (19,7)
Físicas			
Falta de habilidades físicas	15 (18,8)	13 (25,0)	28 (21,2)
Limitações físicas	26 (32,6)	17 (32,7)	43 (32,6)
Cansaço físico	24 (30,0)	14 (26,9)	38 (28,8)
Dores leves e mal-estar	37 (46,3)	23 (44,2)	60 (45,5)

Na Tabela 8, observa-se que entre as dimensões, as barreiras ambientais e as físicas foram as mais citadas pela amostra, com 32,39 e 32,01% respectivamente.

Divergindo deste estudo, Martins (2000) identificou os fatores relativos ao ambiente físico como os menos percebidos. A falta de espaço disponível, de clima adequado e de equipamentos disponíveis representaram barreiras importantes para apenas 9% dos sujeitos investigados. Contudo, mais da metade declarou que a falta de espaço (57,4%) ou equipamentos (51,6%) não representa barreira para a prática de atividade física.

Percebe-se que forma de perceber as barreiras sofre influência das condições socioeconômicas, principalmente por parte da classe econômica e da escolaridade, que determinam a forma de viver e as condições de acesso de cada grupo social.

Alguns estudos (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1996b; Sallis, 1994; Sallis & Owen, 1999) confirmam esta relação, tendo em vista que o ato de pertencer a classes econômicas mais abastadas e com alto nível de escolaridade implica na 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.

O resultado encontrado neste estudo confirma a necessidade da elaboração de iniciativas organizacionais voltadas para a construção de espaços físicos adequados para prática da atividade física, em seus diversos momentos, além de garantir as condições básicas para uma prática segura e assim, efetivar as contribuições da atividade física para a saúde.

Por fim, a percepção das barreiras para a prática de atividade física deve ser orientada para dois tipos de ação: uma em que o sujeito é agente principal para a mudança (individual), ou seja, ele tem a possibilidade de mudança, diminuindo ou eliminando as barreiras, a exemplo das barreiras comportamentais e físicas; e outra em que o sujeito tem o papel de agente multiplicador (coletivo), de formação de grupo, pois a mudança das barreiras, como as barreiras ambientais e sociais, depende dos poderes públicos, da elaboração de leis e da iniciativa privada.

Tabela 8

Dimensões da percepção das barreiras para prática de atividade física da amostra das ULS selecionadas para participar do Projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

Dimensões das Barreiras	ULS experimental (n=80)	ULS controle (n= 52)	total (n=132)
	n (%)	n (%)	n (%)
Barreiras Ambientais	31,25	34,13	32,39
Barreiras Físicas	31,88	32,21	32,01
Barreiras Sociais	27,68	32,97	29,76
Barreiras Comportamentais	15,31	20,67	17,42

Estágios de mudança de comportamento para atividade física (EMCAFE)

Na Tabela 9, observa-se a identificação dos estágios de mudança de comportamento para a atividade física (EMCAFE), os quais estão divididos em pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção.

Em relação aos estágios de mudança de comportamento para atividade física, tanto os adultos da ULS experimental quanto os adultos da ULS controle encontram-se mais concentrados no estágio de manutenção, com 43,8% e 46,2%, respectivamente. Na população total, o estágio de pré-contemplação apresentou o menor percentual de indivíduos com 6,1% (Tabela 9).

Os valores superiores encontrados para o estágio de manutenção, quando comparados aos outros estágios, são semelhantes aos valores achados em outros estudos aplicados em diferentes grupos populacionais (Guedes, Santos & Lopes, 2006; Souza & Duarte, 2005; Reis, 2001; Martins, 2000).

Para a ULS experimental, 56,2% dos adultos envolvidos na pesquisa apresentaram a possibilidade de mudança positiva de comportamento após a intervenção.

Tabela 9

Estágios de mudança de comportamento para a atividade física (EMCAFE) da amostra das ULS selecionada para participar do Projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

EMCAFE	ULS experimental	ULS controle	total
	(n=80)	(n= 52)	(n=132)
	n (%)	n (%)	n (%)
Pré-contemplação	04 (5,0)	04 (7,7)	08 (6,1)
Contemplação	09 (11,3)	10 (19,2)	19 (14,4)
Preparação	19 (23,8)	10 (19,2)	29 (22,0)
Ação	13 (16,3)	04 (7,7)	17 (12,9)
Manutenção	35 (43,8)	24 (46,2)	59 (44,7)

Fase de Intervenção

Após a confirmação da participação dos adultos em ambos os grupos, aplicou-se o Teste U de Mann-Whitney para identificar as diferenças significativas ($p \leq 0,05$) entre os grupos.

As variáveis relacionadas aos indicadores de saúde são avaliadas de maneira semelhante entre os grupos, com exceção do indicador consumo de bebidas alcoólicas, uma vez que o grupo controle apresentou significativamente o uso mais frequente de bebida alcoólica do que o grupo experimental ($Z=-2,46$; $p=0,01$) (tabela 10).

Tabela 10

Comparação dos indicadores de saúde entre os grupos experimental e controle, participantes da fase de intervenção do Projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

Indicadores de saúde	Categoria	Grupo experimental	Grupo controle	Z	p
		(n=51)	(n= 52)		
		n (%)	n (%)		
Percepção da saúde	Positiva	28 (54,9)	32 (61,5)	-0,68	0,49
	negativa	23 (45,1)	20 (38,5)		
Vida profissional	Satisfeito	42 (82,4)	45 (86,5)	-0,58	0,56
	Insatisfeito	09 (17,6)	07 (13,5)		
Auto-avaliação do estresse	Baixo	40 (78,4)	42 (80,8)	-0,29	0,77
	Alto	11 (21,6)	10 (19,2)		
Auto-avaliação do sono	Bom	33 (64,7)	36 (69,2)	-0,49	0,63
	Ruim	18 (35,3)	16 (30,8)		
Satisfação com o peso corporal	Satisfeito	15 (29,4)	20 (38,5)	-0,97	0,33
	Insatisfeito	36 (70,6)	32 (61,5)		
Tabagismo	Nunca fumou	37 (72,5)	26 (50,0)	-1,81	0,07
	Ex-fumante	05 (9,8)	18 (34,6)		
	Fumante	09 (17,6)	08 (15,4)		
Consumo de bebidas alcoólicas	Não consome	44 (86,3)	34 (65,8)	-2,46	0,01*
	Consome	07 (13,7)	18 (34,6)		

*Teste U de Mann-Whitney para significância de $p \leq 0,05$

Com relação à percepção das barreiras para a prática de atividade física, observou-se que não houve diferença significativa para as *dimensões ambiental e física*, quando comparadas entre o grupo experimental e o grupo controle. No entanto, diferentemente do que foi observado na fase descritiva exploratória, entre as ULS, o grupo controle apresentou valores percentuais maiores das barreiras percebidas que o grupo experimental, em todas as barreiras ambientais e físicas desta fase (Tabela 11).

No tocante às barreiras *sociais*, a falta de recursos financeiros foi reconhecida como uma barreira significativamente mais importante para o grupo controle em relação ao grupo experimental ($Z=-4,52$; $p=0,01$). Dentre as barreiras *comportamentais*, o grupo controle percebeu o mau-humor ($Z=-2,03$; $p=0,04$) e o medo de lesionar-se ($Z=-2,02$; $p=0,04$) como barreiras significativamente mais importantes em relação ao grupo experimental (Tabela 11).

A falta de recursos financeiros, reconhecida pelo grupo controle como uma barreira social para a prática regular de atividade física, mostra, 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.

Condicionar a prática de atividade física ao serviço privado (academias, ginásios esportivos, escolas de ginástica, clínicas e estúdios de *personal*) é outro ponto que deve ser abordado nas intervenções com a população. Uma maior atuação na construção de possibilidades de acesso à orientação de atividade física, à prescrição de exercícios físicos e a espaços adequados para a sua prática deve ser exigida pela população ao poder público.

Esta carência pode ser observada no estudo realizado no estado de São Paulo, onde Bankoff, Báfero, David, Crivelli e Zamai (2005), observaram que 65% dos municípios com população abaixo de 10 mil habitantes não apresentavam projetos de atividade física voltados para a saúde da população. Porém, dentre todas as cidades do estado que apresentavam algum tipo de intervenção (49%), 58% dos projetos eram ligados à prática esportiva.

Tabela 11

Comparação da percepção das barreiras para prática de atividade física entre os grupos experimental e controle, participantes da fase de intervenção Projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

Barreiras	Grupo experimental	Grupo controle	Z	p
	(n=51)	(n= 52)		
	f (%)	f (%)		
Ambientais				
Falta de ambiente (clima) adequado	13 (25,5)	14 (34,6)	-0,16	0,87
Falta de espaço disponível	12 (23,5)	19 (36,5)	-1,43	0,15
Falta de equipamento disponível	20 (39,2)	20 (38,2)	-0,08	0,94
Ambiente insuficientemente seguro	17 (33,3)	18 (34,6)	-0,14	0,89
Sociais				
Jornada de trabalho extensa	13 (25,5)	18 (34,6)	-1,00	0,31
Compromissos familiares	14 (27,5)	15 (28,8)	-0,16	0,87
Tarefas domésticas	07 (13,7)	14 (26,9)	-1,65	0,09
Falta de incentivo da família e/ou amigos	06 (11,8)	09 (17,3)	-0,79	0,43
Falta de recursos financeiros	04 (7,8)	25 (48,1)	-4,52	0,01*
Falta de conhecimento ou de orientação sobre AF	21 (41,2)	22 (42,3)	-0,12	0,90
Falta de Companhia	21 (41,2)	17 (32,7)	-0,89	0,37
Comportamentais				
Mau humor	03 (5,9)	10 (19,2)	-2,03	0,04*
Medo de lesionar-se	05 (9,8)	13 (25,0)	-2,02	0,04*
Preocupação com aparência	05 (9,8)	10 (19,2)	-1,35	0,17
Falta de interesse em praticar	07 (13,7)	10 (19,2)	-0,75	0,45
Físicas				
Falta de habilidades físicas	09 (17,6)	13 (25,0)	-0,91	0,36
Limitações físicas	16 (31,4)	17 (32,7)	-0,14	0,89
Cansaço físico	11 (21,6)	14 (26,9)	-0,63	0,52
Dores leves e mal-estar	22 (43,1)	23 (44,2)	-0,11	0,91

*Teste U de Mann-Whitney para significância de $p \leq 0,05$

Para a determinação do índice de atividade física habitual (Baecke, 1982), observou-se que o grupo experimental apresentou índice de atividade física no lazer, significativamente superior em relação ao grupo controle ($t=2,61$; IC=0,08 – 0,56; $p=0,01$), com valores no índice de $2,49 \pm 0,63$ e $2,17 \pm 0,59$, respectivamente (Tabela 12).

Apesar de não apresentar diferença significativa para os índices de atividade física no trabalho e no exercício, entre os grupos, observou-se que as médias do grupo controle foram maiores quando comparadas às do grupo experimental. Acredita-se que estes resultados podem estar relacionados à estrutura ambiental e organizacional dos bairros em que vivem os grupos envolvidos, pois a estrutura ambiental da ULS experimental favorece a prática de atividade física de lazer, ocorrendo a mesma relação para as atividades de trabalho e de exercício no grupo controle.

Tabela 12

Índices de atividade física Habitual dos grupos experimental e controle, participantes da fase de intervenção Projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

Índice de atividade física habitual	Grupo Experimental (n= 51)		Grupo controle (n= 52)		Teste t (IC)	p
	\bar{x}	sd	\bar{x}	sd		
Trabalho	2,92	0,65	3,07	0,45	-1,37 (-0,37 – 0,07)	0,17
Exercício	1,64	0,46	1,72	0,56	-0,73 (-0,27– 0,13)	0,46
Lazer	2,49	0,63	2,17	0,59	2,61 (0,08 – 0,56)	0,01*
Total	7,05	1,14	6,96	1,00	0,44 (0,33 – 0,51)	0,66

*Teste t para amostras independentes com significância de $p \leq 0,05$.

Apesar de haver uma superioridade de indivíduos do grupo controle em relação ao grupo experimental, no estágio de preparação (19,2% e 7,2%, respectivamente), e de haver superioridade dos indivíduos do grupo experimental nos estágios de preparação e ação, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos experimental e controle nos estágios de mudança de comportamento para a atividade física ($Z=-1,04$; $p=0,30$) (Tabela 13).

Tabela 13

Estágios de mudança de comportamento para a atividade física (EMCAFE) dos grupos experimental e controle, participantes da fase de intervenção do Projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

EMCAFE	Grupo experimental (n=51)	Grupo controle (n= 52)	Z	p
	n (%)	n (%)		
Pré-contemplação	-	04 (7,7)		
Contemplação	04 (7,8)	10 (19,2)		
Preparação	15 (29,4)	10 (19,2)	-1,04	0,30
Ação	09 (17,6)	04 (7,7)		
Manutenção	23 (45,1)	24 (46,2)		

*Teste U de Mann- Whitney para significância de $p \leq 0,05$

A análise comparativa do nível de conhecimento sobre atividade física entre os grupos controle e experimental não apresentou diferença estatisticamente significativa ($Z = -0,58$; $p = 0,56$) (Tabela 14).

Tabela 14

Caracterização do conhecimento sobre atividade física dos grupos experimental e controle, participantes da fase de intervenção do Projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

Conhecimento sobre atividade física ¹	Grupo experimental (n=51)	Grupo controle (n= 52)	Z	p
	n (%)	n (%)		
Alto	42 (82,4)	45 (86,5)		
Médio	09 (17,6)	07 (13,5)	-0,58	0,56
Baixo	-	-		

¹Classificado pelo número de acertos: Alto ≥ 9 acertos, médio ≥ 5 e ≤ 8 acertos e baixo ≤ 4 acertos
Teste U de Mann- Whitney para significância de $p \leq 0,05$

De forma geral, ambos os grupos apresentaram um bom nível de conhecimento específico sobre atividade física (Tabela 14).

Resultados semelhantes podem ser observados em Martins (2000), em que 89,5% dos investigados apresentaram um alto nível de conhecimento, com acerto igual ou superior a nove questões, das doze que foram aplicadas.

Em outro estudo, que teve como objetivo avaliar o conhecimento por meio das recomendações do CDC (1996), para a prática regular da atividade física quanto à frequência, duração e intensidade, Rocio, Venegas, Barón, Pinto e Rodríguez (2000) identificaram que 43% dos entrevistados tinham um nível médio de conhecimento e 35%, baixo. Apenas 15% apresentaram conhecimento alto e 7%, nenhum tipo de conhecimento.

Por fim, apesar da maioria do grupo controle apresentar uma melhor renda familiar e pertencer à classe econômica alta (Tabela 04), estes indicadores não foram determinantes para representar diferenças nas variáveis pesquisadas entre os grupos. Na fase de intervenção não foram encontradas diferenças estatísticas para a renda familiar ($Z=-1,656$; $p=0,098$), nem mesmo para o nível sócio econômico ($Z=-0,931$; $p=0,352$).

Fase de Avaliação do Programa Ação e Saúde Floripa

Nesta fase do protocolo de orientação da atividade física, procurou-se evidenciar as alterações das variáveis pesquisadas após a aplicação do protocolo, avaliando a efetividade da intervenção. Nas Tabelas 15 e 16, são apresentadas as análises comparativas dos indicadores de saúde dos grupos experimental e controle pré e pós-realização do protocolo.

Com relação à percepção de saúde ($Z=-2,49$; $p=0,01$), observou-se que apenas diferença para o grupo experimental ($p=0,01$) em relação ao pré-teste, indicando um aumento de 20,5% do número de adultos com a percepção da saúde “positiva”.

Para a variável qualidade do sono, tanto para o grupo experimental ($Z=-1,89$; $p=0,05$) quanto para o grupo controle ($Z=-2,12$; $p=0,03$) houve diferença estatisticamente significativa. O aumento da qualidade de sono “bom” após a aplicação do protocolo foi de 13,6% para o grupo experimental e de 13,9% para o grupo controle (Tabelas 15 e 16).

Tabela 15

Características dos indicadores de saúde do grupo experimental, pré e pós-realização do Projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

Grupo Experimental					
Indicadores de saúde	Categoria	pré	pós	Z	p
		n (%)	n (%)		
Percepção da saúde	Positiva	22 (50,0)	31 (70,5)	-2,49	0,01*
	negativa	22 (50,0)	13 (29,5)		
Vida profissional	Satisfeito	38 (86,4)	37 (84,1)	-0,38	0,70
	Insatisfeito	06 (13,6)	07 (15,9)		
Percepção do estresse	Baixo	36 (81,8)	40 (90,9)	-1,63	0,10
	Alto	08 (18,2)	04 (9,1)		
Auto-avaliação do sono	Bom	29 (65,9)	35 (79,5)	-1,89	0,05*
	Ruim	15 (34,1)	09 (20,5)		
Satisfação com o peso corporal	Satisfeito	15 (34,1)	12 (27,3)	-1,34	0,18
	Insatisfeito	29 (65,9)	32 (72,7)		
Tabagismo	Nunca fumou	32 (72,7)	32 (72,7)	0,00	1,00
	Ex-fumante	04 (9,1)	04 (9,1)		
	Fumante	08 (18,2)	08 (18,2)		
Consumo de bebidas alcoólicas	Não consome	41 (93,2)	40 (90,9)	-0,58	0,56
	Consome	03 (6,8)	04 (9,1)		

*Teste t de Wilcoxon para significância de $p \leq 0,05$.

Tabela 16

Características dos indicadores de saúde do grupo controle, pré e pós-realização do Projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

Grupo Controle					
Indicadores de saúde	Categoria	pré	pós	Z	p
		n (%)	n (%)		
Percepção da saúde	Positiva	26 (60,5)	26 (60,5)	0,00	1,00
	negativa	17 (39,5)	17 (39,5)		
Vida profissional	Satisfeito	37 (86,0)	40 (93,0)	-1,34	0,18
	Insatisfeito	06 (14,0)	03 (7,0)		
Percepção do estresse	Baixo	34 (79,1)	36 (83,7)	-0,71	0,48
	Alto	09 (20,9)	07 (16,3)		
Auto-avaliação do sono	Bom	30 (69,8)	36 (83,7)	-2,12	0,03*
	Ruim	13 (30,2)	07 (16,3)		
Satisfação com o peso corporal	Satisfeito	17 (39,5)	17 (39,5)	0,00	1,00
	Insatisfeito	26 (60,5)	26 (60,5)		
Tabagismo	Nunca fumou	20 (46,5)	20 (46,5)	0,00	1,00
	Ex-fumante	17 (39,5)	17 (39,5)		
	Fumante	06 (14,0)	06 (14,0)		
Consumo de bebidas alcoólicas	Não consome	26 (60,5)	25 (58,1)	-0,38	0,70
	Consome	17 (39,5)	18 (41,9)		

*Teste t de Wilcoxon para significância de $p \leq 0,05$.

As Tabelas 17 e 18 apresentam os resultados da percepção das barreiras para a prática de atividade física, pré e pós-aplicação do protocolo. Observou-se diferença estatisticamente significativa apenas para a falta de conhecimento ou de orientação de atividade física ($Z=-2,84$; $p=0,05$) no grupo experimental e, para a falta de ambiente (clima) adequado ($Z=-2,32$; $p=0,02$) e a preocupação com a aparência ($Z=-3,32$; $p=0,01$) no grupo controle.

Na diferença identificada da *barreira social* quanto à falta de conhecimento ou de orientação de atividade física, no grupo experimental, observou-se uma diminuição de 25,0% entre os adultos que reconheceram esta variável como barreira após a aplicação do protocolo. Assim, percebe-se que a busca do 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 de vividas.

Para a percepção da *barreira ambiental* da falta de ambiente (clima) adequado e da *barreira comportamental* da preocupação com a aparência, observou-se um aumento de 25,6% e de 21%, respectivamente, entre os adultos do grupo controle que reconheceram estas variáveis como barreiras após a aplicação do protocolo (Tabela 18).

Os aumentos identificados para falta de ambiente (clima) adequado e para a preocupação com a aparência podem ser explicados pela sazonalidade (mudança de estação ou clima), uma vez que durante o período de aplicação do questionário de avaliação o clima estava chuvoso e com a aproximação do verão as pessoas tornam-se mais preocupadas com as questões estéticas.

É importante ressaltar que, apesar de não se observar mudança significativa com relação à percepção das dimensões ambientais, comportamentais e físicas, o estímulo à participação e construção de espaços que representem as vontades e os anseios da população nas questões que envolvem principalmente a melhoria da saúde e da qualidade de vida foram incluídos nesta proposta de ação.

Entretanto, observa-se que o comportamento das barreiras percebidas para a prática de atividade física apresenta uma inter-relação de influências e, para interferir nas alterações (eliminá-las ou modificá-las), é preciso compreender de forma vertical a importância de cada dimensão, a fim de favorecer a mudança do comportamento. A seqüência lógica, por prioridades, porém, não comum para este estudo, seria as barreiras físicas, ambientais, sociais e comportamentais.

Para Barnett, Anderson, Blosnich, Halverson e Novak (2005), é importante que o profissional de saúde compreenda que as principais barreiras sócio-ambientais surgem de conflitos sociais entre os diferentes interesses de grupo e sociedade.

Tabela 17

Percepção das barreiras para prática de atividade física do grupo experimental, pré e pós-realização do Projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

Barreiras	Grupo experimental (n= 44)		Z	p
	pré f (%)	pós f (%)		
Ambientais				
Falta de ambiente (clima) adequado	12 (27,3)	13 (29,5)	-0,26	0,79
Falta de espaço disponível	10 (22,7)	14 (31,8)	-1,26	0,20
Falta de equipamento disponível	17 (38,6)	16 (36,4)	-0,26	0,79
Ambiente insuficientemente seguro	15 (34,1)	14 (31,8)	-0,23	0,82
Sociais				
Jornada de trabalho extensa	13 (29,5)	16 (36,4)	-0,83	0,40
Compromissos familiares	10 (27,7)	13 (29,5)	-0,83	0,40
Tarefas domésticas	05 (11,4)	09 (20,5)	-1,41	0,16
Falta de incentivo da família e/ou amigos	05 (11,4)	02 (4,5)	-1,34	0,18
Falta de recursos financeiros	03 (6,8)	07 (15,9)	-1,41	0,16
Falta de conhecimento ou de orientação sobre AF	17 (38,6)	06 (13,6)	-2,84	0,05*
Falta de Companhia	17 (38,6)	21 (47,7)	-1,00	0,32
Comportamentais				
Mau humor	03 (6,8)	01 (2,3)	-1,00	0,317
Medo de lesionar-se	05 (11,4)	06 (13,6)	-0,33	0,74
Preocupação com aparência	03 (6,8)	03 (6,8)	0,00	1,00
Falta de interesse em praticar	05 (11,4)	07 (15,9)	-0,71	0,48
Físicas				
Falta de habilidades físicas	09 (20,5)	07 (15,9)	-0,71	0,48
Limitações físicas	15 (34,1)	17 (38,6)	-0,53	0,60
Cansaço físico	10 (22,7)	10 (22,7)	0,00	1,00
Dores leves e mal-estar	21 (47,7)	17 (17,7)	-1,15	0,25

*Teste t de Wilcoxon para significância de $p \leq 0,05$.

AF= atividade física

Tabela 18

Barreiras percebidas para prática de atividade física do grupo controle, pré e pós-realização Projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

Barreiras	Grupo controle (n= 43)			
	pré	pós	Z	p
	f (%)	f (%)		
Ambientais				
Falta de ambiente (clima) adequado	13 (30,2)	22 (51,2)	-2,32	0,02*
Falta de espaço disponível	17 (39,5)	22 (51,2)	-1,21	0,22
Falta de equipamento disponível	19 (44,2)	25 (58,1)	-1,41	0,15
Ambiente insuficientemente seguro	13 (30,2)	12 (27,9)	-0,26	0,79
Sociais				
Jornada de trabalho extensa	13 (30,2)	18 (41,9)	-1,51	0,13
Compromissos familiares	14 (32,6)	16 (37,2)	-0,70	0,48
Tarefas domésticas	13 (30,2)	19 (44,2)	-1,50	0,13
Falta de incentivo da família e/ou amigos	09 (20,9)	08 (18,6)	-0,45	0,65
Falta de recursos financeiros	21 (48,8)	21 (48,8)	0,00	1,00
Falta de conhecimento ou de orientação sobre AF	19 (44,2)	15 (34,9)	-0,94	0,35
Falta de Companhia	16 (37,2)	17 (39,5)	-0,38	0,70
Comportamentais				
Mau humor	10 (23,3)	07 (16,3)	-1,00	0,317
Medo de lesionar-se	09 (20,9)	09 (20,9)	0,00	1,00
Preocupação com aparência	08 (18,6)	19 (44,2)	-3,32	0,01*
Falta de interesse em praticar	07 (16,3)	05 (11,6)	-0,71	0,48
Físicas				
Falta de habilidades físicas	08 (18,6)	07 (16,3)	-0,38	0,70
Limitações físicas	13 (30,2)	10 (23,3)	-0,83	0,40
Cansaço físico	12 (27,9)	17 (39,5)	-1,39	0,17
Dores leves e mal-estar	17 (39,5)	24 (55,8)	-1,81	0,07

*Teste t de Wilcoxon para significância de $p \leq 0,05$.

AF= atividade física

Ao se comparar os estágios de mudança de comportamento para a atividade física, observou-se diferença estatisticamente significativa ($z=-2,49$; $p=0,01$) no grupo experimental após aplicação do protocolo. Esta diferença foi observada, principalmente, pelo aumento de 25% dos adultos no estágio de manutenção (Tabela 19).

Resultados semelhantes foram descritos por Titze, Martin, Seiler, Strongegger e Marti (2001) que, após intervenção de quatro meses, em adultos, identificaram mudança significativa de comportamento para o grupo experimental, com a diminuição dos

participantes nos estágios de pre-contemplação, contemplação e preparação e com o conseqüente aumento do exercício físico regular. Entretanto, para o grupo controle, as mudanças observadas não foram estatisticamente significativas.

Confirmando o que foi encontrado por este estudo, Marshall, Leslie, Bauman, Marcus e Owen (2003), por meio de estudo randomizado que tinha como objetivo comparar a eficiência de dois programas de intervenção para atividade física (impresso e internet), após dez semanas, identificaram mudanças significativas no grupo submetido às informações impressas. Neste grupo, os indivíduos considerados inativos (estágio de pré-contemplação, contemplação e preparação) tiveram um aumento da atividade física, medida em MET por minutos/semana, em 16,09%, enquanto para o grupo com a intervenção por meio da internet este aumento foi de 4,94%.

Marcus et al. (1998) identificaram que as intervenções que utilizam material impresso e/ou por telefone são eficazes para a mudança de comportamento no curto prazo, e que estudos com mais contato e intervenções adaptadas para o público conseguem melhores resultados.

As conclusões destes estudos (Marcus et al, 1998; Titze et al., 2001; Marshall et al., 2003) apontam para duas análises importantes que vão ao encontro das metodologias aplicadas neste estudo: a) orientações com materiais impressos (cartilhas, folhetos e livros educativos) possibilitam melhores resultados para a mudança de comportamento para atividade física; e b) e o Modelo Transteorético de mudança de comportamento para atividade física representa um importante instrumento para a intervenção e a avaliação de programas nesta área.

Tabela 19

Estágios de mudança de comportamento para a atividade física (EMCAFE) dos grupos experimental e controle, pré e pós-realização do Projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

EMCAFE	Grupo experimental (n= 44)				Grupo controle (n= 43)			
	pré	pós	Z	p	pré	pós	Z	p
	n (%)	n (%)			n (%)	n (%)		
Pré-contemplação	-	-			02 (4,7)	03 (7,0)		
Contemplação	03 (6,8)	01 (2,3)	-2,49	0,01*	08 (18,6)	08 (18,6)	-0,79	0,43
Preparação	12 (27,3)	05 (11,4)			09 (20,9)	09 (20,9)		
Ação	09 (20,4)	07 (15,8)			04 (9,3)	08 (18,6)		
Manutenção	20 (45,5)	31 (70,5)			20 (45,5)	15 (34,9)		

*Teste t de Wilcoxon para significância de $p \leq 0,05$.

No que se refere ao índice de atividade física habitual, observou-se aumento significativo, para o índice de atividade física habitual no exercício ($t=-2,33$; $p=0,02$), no grupo experimental (Tabela 20).

Diferentemente do que foi apresentado na fase de implantação do projeto, observar-se na tabela 20 que os valores médios dos índices de atividade física do grupo experimental foram superiores ao do grupo controle após a aplicação do protocolo.

Diante destes valores, pode-se afirmar que o protocolo de orientação influenciou no aumento do nível de atividade física do grupo experimental em seus diferentes momentos (lazer, exercício e trabalho).

Os resultados apresentados comprovam a efetividade do protocolo, reconhecendo que a metodologia aplicada estimula a mudança de comportamento para prática de atividade física e sendo um componente essencial para a promoção da saúde.

Os efeitos comprovados pelo tipo da metodologia aplicada neste estudo são confirmados por Kahn, Ramsey, Brownson, Heath, Howze, Powell, Stone, Rajab, Corso e *Task Force on Community Preventive Services* (2002), por meio de revisão sistematizada composta pela avaliação de 39 estudos que utilizaram programas de mudança de comportamento individualmente adaptados.

Estes programas admitem que as diferenças sociais, ambientais e psicológicas, nos grupos envolvidos, são variáveis importantes a serem analisadas no momento da construção de materiais e durante a intervenção (Bull, Kreuter & Scharff, 1999).

A *Task Force on Community Preventive Services* (2002) reconhece ainda que os programas de mudança de comportamento individualmente adaptados têm sido fortemente recomendados devido à efetividade comprovada no aumento da atividade física e na melhora da aptidão física em adultos e crianças. A diminuição do peso e do percentual de gordura corporal e o aumento da flexibilidade, da força e dos efeitos cognitivos relacionados à atividade física são outros resultados positivos reconhecidos por este tipo de programa.

Tabela 20

Índice de atividade física habitual dos grupos experimental e controle, pré e pós-realização do Projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

Índice de atividade física habitual	Grupo experimental (n= 44)				Grupo controle (n= 43)			
	pré	pós	Teste t (IC)	p*	pré	pós	Teste t (IC)	p*
	Média ± sd	Média ± sd			Média ± sd	Média ± sd		
Trabalho	2,92 ± 0,65	3,03 ± 0,64	-1,30 (-0,27 – 0,06)	0,20	3,07 ± 0,46	3,00 ± 0,48	0,99 (-0,07 – 0,21)	0,32
Exercício	1,63 ± 0,48	1,92 ± 0,88	-2,33 (-0,55 – -0,04)	0,02*	1,70 ± 0,53	1,74 ± 0,47	-0,51 (-0,16 – 0,09)	0,61
Lazer	2,45 ± 0,66	2,43 ± 0,71	0,24 (-0,18 – 0,23)	0,81	2,21 ± 0,55	2,31 ± 0,59	-1,33 (-0,25 – 0,05)	0,19
¹ Total	7,01 ± 1,18	7,38 ± 1,59	-1,90 (-0,77 – 0,02)	0,06	6,99 ± 0,98	7,05 ± 1,06	-0,47 (-0,33 – 0,21)	0,64

¹Total: soma dos índices das atividades físicas no trabalho, no exercício e no lazer.

Sd = desvio padrão

*Teste t pareado com significância de $p \leq 0,05$.

Avaliação Processual

Nesta fase, descreve-se a avaliação processual do protocolo, em que os itens do questionário foram organizados por dimensões e aplicados apenas no grupo experimental.

Para as dimensões do conhecimento do projeto, do conteúdo das informações, da qualidade do material e do conhecimento dos módulos de intervenção, as aprovações dos adultos foram superiores a 90%. Já para as dimensões da metodologia aplicada e avaliação geral, as aprovações foram inferiores, com 88,64 e 89,09%, respectivamente (Tabela 21).

Dentre as questões da dimensão da metodologia aplicada, *os espaços utilizados, o número de visitas domiciliares e o período de intervenção* obtiveram os menores valores percentuais de aprovação, com 86,36%, 84,09% e 70,45%, respectivamente.

Quanto à reprovação de 13,64% ($f=06$) no item *espaços utilizados* (domicílios, ULS e espaço alternativo), vale ressaltar que as intervenções realizadas na ULS, em particular, as palestras educativas, não teve boa receptividade por parte da população. Quando comparada com as atividades desenvolvidas no espaço alternativo, a frequência foi menor para as atividades realizadas na ULS.

A representação e o significado da ULS para população esta relacionada às questões curativas ou até mesmo da doença, tornando as propostas para a prática da promoção da saúde conflituosa e imatura. Promover a saúde em espaços que habitualmente tratam da doença, requer mudança de paradigmas, tanto por parte dos profissionais de saúde que atuam em tais espaços quanto por parte da própria população.

A reprovação de aproximadamente 16,0% ($f=07$) para o *número de visitas domiciliares suficientes*, deve-se ao reconhecimento da população sobre a contribuição e importância desta atividade para as questões voltadas à saúde, criando a idéia de que, “quanto mais melhor”. As visitas domiciliares não devem representar um elo de dependência entre a Equipe de Saúde da Família e o usuário, mas sim de incentivo e de autonomia para a construção do saber sobre saúde.

Para o item *período de intervenção suficiente* para a mudança de comportamento, observou-se a segunda maior reprovação dentre todos os itens do instrumento, com aproximadamente 30,0% ($f=13$).

Estimular a mudança de comportamento para atividade física, tendo como estratégia a promoção da saúde, é entender que o objeto (atividade física) a ser trabalhado e desenvolvido sofre a influência de diversos fatores e de condições advindas da própria

população. E a sua efetivação e o seu reconhecimento demandam tempo e envolvimento de ambos os setores envolvidos.

Acompanhando este pensamento, Mello (2000) afirma que a implementação de ações e/ou programas segue caminhos de paciência, pois seus resultados, quase sempre, somente são visíveis no médio e/ou longo prazo. Os processos, que são coletivos, envolvem trabalho contínuo, com pauta de transformações de ordem estrutural e conjuntural.

Para os itens *sentiu falta de atividades práticas* e *se o programa estimulou a mudança de comportamento*, observou-se também menores percentuais, dentre as outras questões da dimensão dos conteúdos gerais, com 65,91% e 86,36%, respectivamente (Tabela 21).

O ponto relevante desta avaliação processual vem a ser a reprovação de aproximadamente 35% para o item da falta de atividades práticas. Este resultado demonstra os anseios da população quanto às atividades práticas para estimular a mudança de comportamento. Além de orientar a população sobre a importância da atividade física para a promoção da saúde, oportunizar a sua prática por meio das políticas públicas de saúde é potencializar as contribuições deste componente para a saúde pública.

Entretanto, esta prática deve ser abrangente e coletiva, possibilitando a inclusão de diversos grupos populacionais e a autonomia na escolha.

Apesar da total (100%) aprovação do protocolo de orientação de atividade física em programa de saúde da família, a inferência dos resultados encontrados requer cuidados, pois a carência, por parte da população, deste tipo de intervenção, e a falta de outra referência que possibilitasse uma análise comparativa, podem ser consideradas um viés na avaliação.

Entretanto, por se tratar de algo inovador para as propostas de saúde pública, em particular, para o Programa de Saúde da Família, os caminhos adotados para a elaboração, a implementação e o desenvolvimento do projeto, reconhecidamente, foram adequados para a proposta deste programa e os resultados apresentados são favoráveis à aprovação geral do protocolo utilizado.

Tabela 21

Análise descritiva das dimensões do instrumento de avaliação, após realização do Projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

Dimensão do procedimento de avaliação	Grupo experimental (n=44)	
	aprovação	
	%	f
1. Conhecimento do projeto		
1.1- forma do convite para participação no projeto	95,5	42
1.2- informações sobre a realização do projeto	100,0	44
1.3- segurança ao ser convidado	100,0	44
Aprovação na dimensão	98,48	-
2. Conteúdo das informações		
2.1- orientações /informações	97,73	43
2.2- compreensão das informações fornecidas	95,45	42
2.3- conteúdos/ temas/ assuntos	95,45	42
2.4- informações claras e objetivas	95,45	42
Aprovação na dimensão	96,02	-
3. Qualidade do material		
3.1- desenhos, gráficos e distribuição do texto	93,18	41
3.2- estrutura (tamanho e número de folhas)	90,91	40
Aprovação na dimensão	92,05	-
4. Metodologia aplicada		
4.1- desenvolvimento do projeto	97,73	43
4.2- período de intervenção suficiente	70,45	31
4.3- duração das visitas	93,18	41
4.4- número de visitas	84,09	37
4.5- envolvimento e participação da equipe	93,18	41
4.6- espaços utilizados	86,36	38
4.7- participação das agentes comunitárias	95,45	42
Aprovação na dimensão	88,64	-
5. Conteúdo geral		
5.1- Importância do projeto para saúde da população	100,00	44
5.2- Sentiu falta de atividades práticas	65,91	29
5.3- Estimulou a mudança de comportamento	86,36	38
5.4- Compreensão das barreiras	93,20	41
5.5- Aprova o programa	100,00	44
Aprovação na dimensão	89,09	-
6. Conhecimento dos módulos de intervenção		
6.1- Educar	97,73	43
6.2- Conscientizar	87,88	39
6.3- Praticar	100,00	44
Aprovação na dimensão	94,06	-

Considerações sobre desenvolvimento do projeto Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar

Durante o desenvolvimento do projeto surgiram algumas inquietações, principalmente diante das dificuldades e diferenças observadas na população envolvida. Estas são apresentadas com vistas à necessidade de refletir sobre a prática do profissional da educação física na saúde pública e a possível reaplicação deste protocolo. Para tanto, procurou-se neste tópico pontuar as dificuldades enfrentadas para a implementação do projeto:

As desigualdades sociais e as visitas domiciliares

A dificuldade de acesso às condições básicas de vida foi visível a cada visita, a cada encontro com a população. A falta de saneamento, a exposição ao lixo, moradias em locais de risco e a desurbanização das comunidades foram atentamente observadas.

Nota-se, portanto, que atuar na saúde pública no Brasil é lidar com adversidade, é entender que o acesso à condição básica de vida está sendo construído a passos lentos, dentro de uma complexidade e de grandes conflitos sociais.

Prioridade com saúde e os problemas na saúde pública

Diante de tais desigualdades e dificuldades no modo de viver, torna-se natural que a população eleja prioridades de anseios, como a alimentação básica, o saneamento básico, a moradia adequada e digna, entre outros. Logo, apesar de ser um componente essencial para promoção da saúde e qualidade de vida, a prática de atividade física nestas condições ganha espaço como componente de “luxo” para uma boa condição de vida.

Observa-se portanto, que as mudanças comportamentais não são suficientes para garantir a contribuição da atividade física para a saúde, necessita de outros mecanismos para poder efetivar esta relação entre atividade física e a promoção da saúde.

Excesso de atividades das ACS e a não aplicabilidade dos princípios do PSF

Apesar do PSF ser reconhecido como uma estratégia importante para a organização do SUS e das condições de saúde da população, observa-se que a atuação dos profissionais não conseguem acompanhar os princípios e as recomendações do PSF.

A sobrecarga de trabalho não apenas para as ACS como de toda ESF compromete a proposta do PSF, observada principalmente pela desproporcionalidade no número de famílias (superior do que o recomendado pelo SUS) atendidas pelas ESF. A aplicabilidade da proposta da promoção da saúde nos PSF fica ainda mais comprometida diante da compreensão restrita quanto ao processo saúde/ doença e quanto ao entendimento da promoção da saúde.

Espaços físicos e a Promoção da Saúde

A identificação de um espaço para realização das palestras foi uma das dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do projeto. A realização desta atividade nas unidades locais de saúde apresentou-se como uma barreira, pois estes espaços culturalmente estão relacionados à prática do tratamento de doenças e não da abordagem apresentada por este estudo. Portanto, a identificação de espaços alternativos (centro comunitários, salões de igrejas, escolas, etc.) que estimulem a participação da comunidade nas ações educativas e que possibilite a construção de um novo pensar do processo saúde/doença e da promoção da saúde é uma iniciativa importante para o sucesso deste tipo de intervenção.

Participação e envolvimento da ESF

Apesar das dificuldades de implantação e da sobrecarga de atividades dos profissionais envolvidos na equipe, o PSF constituiu-se numa estratégia adequada para aplicação de uma proposta de orientação de atividade física para adultos aparentemente saudáveis, possibilitando ampliação e reflexão do papel da atividade física para a promoção da saúde. Destaca-se que a participação das Agentes Comunitárias de Saúde foi de grande importância para o desenvolvimento desta proposta, principalmente no que diz respeito ao acesso às comunidades e a recepção da população.

Diante das estratégias do PSF, o acesso e a participação da população tornam-se possíveis para a construção de intervenções com a atividade física a fim de discutir as diversas temáticas relacionadas à saúde, porém, torna-se essencial que os profissionais da Educação Física que atuam ou pretendem atuar na saúde pública tenham sensibilidade para analisar e refletir sobre as diferenças e dificuldades identificadas na população para que, assim, sua prática possa ser transformadora e modificadora, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e da saúde da população.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Conclusões

As conclusões deste estudo estão apresentadas conforme os objetivos propostos para cada fase de aplicação do protocolo:

Fase Descritiva Exploratória

As informações obtidas na fase descritiva exploratória foram adequadas para a elaboração e desenvolvimento do protocolo no ambiente do PSF, onde foi possível determinar os limites e as possibilidades da intervenção, respeitando as diferenças e adversidades da população envolvida no estudo e assegurando uma melhor compreensão dos fatores intervenientes na relação da atividade física e a promoção da saúde.

Fase de Intervenção

A estrutura, funcionamento e ações do PSF em conjunto com as estratégias e os procedimentos apresentados pelas Teorias da Mudança de Comportamento para Atividade Física e Exercício (Modelo Transteorético) e Educacional de Paulo Freire, apresentaram-se como instrumentos adequados para a implementação e desenvolvimento do protocolo de orientação de atividade física.

Fase de Avaliação

Para a reaplicação dos instrumentos pode-se observar aumento para a percepção de saúde positiva, diminuição da percepção da falta de conhecimento e/ou orientação de atividade física como barreira, melhora na mudança comportamento para atividade física e exercício e o aumento no nível de atividade física habitual dos adultos.

Já para a avaliação processual e informacional do protocolo, observou-se aprovação superior a 80% na maioria dos itens que representavam as cinco dimensões avaliadas. As maiores reprovações foram identificadas para a ausência de atividades práticas e para o período insuficiente de desenvolvimento do projeto.

Por fim, conclui-se que, diante das iniciativas aplicadas e resultados encontrados, esta proposta é viável para orientação de atividade física para a promoção da saúde de adultos aparentemente saudáveis em Programas de Saúde da Família.

Recomendações

A partir destas constatações, recomenda-se:

- ✓ ampliar o período dos módulos de intervenção, a fim de comprovar não apenas as contribuições comportamentais mas também a possibilidade da construção do empoderamento e das mudanças e alterações dos componentes da aptidão física relacionada à saúde;

- ✓ ampliar as estratégias e procedimentos para o enfoque da equipe multidisciplinar, relacionando as contribuições da atividade física com o campo da saúde pública;

- ✓ desenvolver e estimular a prática de atividades físicas, democratizando o acesso e a permanência às práticas desportivas, de atividade física, lazer e manifestações culturais no contexto das comunidades dos PSF;

- ✓ agregar práticas educacionais às iniciativas comportamentais e biológicas, a fim de estimular o aprofundamento sobre as dificuldades e limitações da população para a prática da atividade física;

- ✓ desenvolver ações de interdisciplinaridade e estimular a prática multidisciplinar por meio do núcleo comum (campo educacional/ de cuidado) em detrimento das competências (campo específico);

- ✓ criar e implantar Equipes de Apoio Matricial, com a participação do profissional de educação física, a fim de estimular e aumentar as ações de promoção da saúde na atenção básica;

- ✓ refletir e problematizar sobre as diferenças e desigualdades identificadas na população, a fim de construir uma prática mais coerente e responsável com os fatores intervenientes à prática da atividade física;

✓ avaliar o impacto deste modelo de intervenção para a aderência e permanência na prática regular de atividade física e na mudança de comportamento.

Portanto, para que a atividade física possa contribuir, de forma efetiva, para iniciativas da promoção da saúde, ou mesmo, para controlar e diminuir as doenças associadas à inatividade física, metodologias permanentes devem ser desenvolvidas para atingir a população em seus diversos contextos, oportunizando um melhor controle sobre os fatores intervenientes a sua saúde.

Os resultados deste estudo confirmam a carência e a necessidade de intervenções para a promoção da saúde, onde atividade física pode ser explorada tanto como um componente educacional e quanto comportamental, e apresentar contribuições significativas para a saúde pública.

Para que isto possa acontecer não basta oferecer a prática da atividade física, faz-se necessário criar condições ambientais, sociais e comportamentais que favoreçam tal mudança de atitude, além de repensar a formação acadêmica dos profissionais de saúde que pretendem atuar na saúde pública.

Pensar numa nova atuação, dentro de uma perspectiva interdisciplinar para promoção da saúde, reconstruindo o modelo de atenção à saúde e, tendo por base a quebra de alguns paradigmas, pode significar um bom começo para a formação e atuação do profissional de saúde, em especial, do profissional de educação física nos PSF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, P. C. (2004). Educação popular em saúde na equipe de saúde da família: primeiros resultados de um processo. *Trabalho premiado em primeiro lugar na categoria estudo no Memorial da II Amostra Nacional de Produção de Saúde da Família*, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica de Saúde, Documento Digitalizado.
- Alvarez, R. B. & Pavan, A. L. (2003). *Alturas e comprimentos corporais*. In: Antropometria: técnicas e padronizações. Petroski, E.L. (Org.). (2ed.). Santa Maria (RS): Pallotti.
- American College of Sports Medicine (2006). *Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. (7thed). Canadá, Williams & Wilkins.
- Andrade, V. & Coelho, M. A. S. M. (1997). O processo educacional na promoção de ações comunitárias em saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 43 (1), 1-6.
- Aquino, R. (2001). Pólo de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para Saúde da Família. *Manual de Treinamento introdutório das Equipes de Saúde da Família*. In: atribuições da Equipe de Saúde da Família, Salvador (BA), 32-38.
- Assis, A. M. O., Santos, S. M. C., Freitas, M. C. S., Santos, J. M. & Silva, M. C. M. (2002). O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. *Revista Nutrição*, 15(3), 255-266.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2003). *Critério de Classificação Econômica no Brasil (ABA/ABIPEME)*. São Paulo. Acesso em 10/09/2005. Disponível em <http://www.anep.org.br/mural/anep/04-12-97>.
- Baecke, J. A. H., Burema, J. & Frijters, E. R. (1982). A Short Questionnaire for the Measurement of Habitual Physical Activity in Epidemiological Studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 36, 936-942.
- Baldani, M. H., Fadel, C. B., Possamai, T. & Queiroz, M. G. S. (2005). A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 1026-1035.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bankof, A. D. P., Báfero, A. F., David, L. T. P., Crivelli, D. M. & Zamai, C. A. (2005). Estudo do perfil de municípios do Estado de São Paulo sobre espaços físicos e projetos voltados à saúde da população. *Revista Movimento e Percepção*, 5(7), 76-95.

- Barnett, E., Anderson, T., Blosnich, J., Halverson, J., Novak, J. (2005). Promoting Cardiovascular Health: From Individual Goals to Social Environmental Change. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(5S1), 107–112.
- Besser, L. M. & Dannenberg, A.L. (2005). Walking to Public Transit: Steps to Help Meet Physical Activity Recommendations. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(4), 273–280.
- Brasil, Ministério da Saúde (1994). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, Governo Federal: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (1999). *Manual para a organização da atenção básica*. Brasília, Governo Federal: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2000a). *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família*. Brasília, Governo Federal: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2000b). *A implantação da unidade Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica - Programa de Saúde da Família*. Brasília, Governo Federal: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2001a). *Guia prático do programa Saúde da Família*. Brasília, Governo Federal: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2001b). *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus*. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, Governo Federal: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2002a). *Projeto promoção da saúde. As cartas da promoção da saúde*. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, Governo Federal: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2002b). *Política nacional de promoção da saúde* (Documento para discussão), Brasília, p. 42.
- Brasil, Ministério da Saúde (2002c). *Agita Brasil: programa nacional de promoção da atividade física*. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, Governo Federal: Ministério da Saúde, p.28.
- Brasil, Ministério da Saúde (2004). *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.
- Brasil, Ministério da Saúde (2005). *Política nacional de promoção da saúde*. Portaria 687_2006_anexo 1.pdf., p38.

- Bull F. C., Kreuter, M.W. & Scharff, D. P. (1999). Effects of tailored, personalized and general health messages on physical activity. *Patient Education and Counseling*, 36(2), 181–192.
- Buss, P. M. (2003). *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, pp. 9-14.
- Cáceres, L. S. (2000). Piraju: aposta na alegria e na solidariedade. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, 1(3), 18-19.
- Campos, F. E. & Belisário, S. (2001). O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Revista Interface- comunicação, saúde e educação*, 9(16), 133-142.
- Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute. (1996a). Stages of change in physical activity. Endereço eletrônico: <http://www.cfrli.ca/pdf/e/pip29.pdf>.
- Candeias, N. M. F. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 209-213.
- Canuto, O., Silva, M. T., Lopes, F., Lima, N., Farias, R., Beleza, W., Lavor, J. & Sousa, O. (2004). A inserção do serviço social na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE. *Revista SANARE*, 5(1), 65-75.
- Carvalho, T. (2006). Diretriz de reabilitação cardiopulmonar e metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 86 (1), 74 -82.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E. & Christensen, G. M. (1985). Physical activity, exercise and Physical Fitness: definitions and distinctions for health research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Castiel, L. D. (2003). “Quem vive mais morre menos? Estilo de riscos e promoção da saúde. In. M.Bagrichesky, A. Palma & A.Estevão (Org.) *A saúde em debate na educação física*. (PP.79-97). Blumenau: Edibes.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Revista Interface-Comunicação, saúde e educação*, 9(16), 161-177.
- Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul –CELAFISCS/Agita São Paulo (2005). *Boas práticas na promoção de atividade física para a população*. São Caetano do Sul, São Paulo, p.240.
- Chor, D. (1999). Saúde Pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 1-5.

- Cianciarullo, T. I., Gualda, D. M. R., Cunha, I. C. K. O. & Silva, G. T. R. (2002). *Saúde na família e na comunidade*. São Paulo, Robe Editorial.
- Cole, R. Leslie, E., Bauman, A., Donald, M. & Owen, N. (2006). Socio-demographic variations in walking for transport and for recreation or exercise among adult australians. *Journal of Physical Activity and Health*, 3(2), 164-178.
- Conill, E. M. (2002). Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(S), 191-202.
- Coutinho, S. S. (2005). *Atividade física no Programa de Saúde da Família, em municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná-Brasil*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Dishman, R. K. (1994). *Advances in exercise adherence*. Human Kinetics, IL:Champaign.
- Dubbert, P. M. (2002). Physical Activity and Exercise: Recent Advances and Current Challenges. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 526-536
- Dunn, A. L., Marcus, B. H., Kampert, J. B., Garcia, M. E., Kohl, H. W. & Blair, S. N. (1997). Reduction in cardiovascular disease risk factors: 6-month results from Project Active. *Preventive Medicine*, 26(6), 883-892.
- Eyler, A. A., Brownson, R. C., Bacak, S. J. & Housemann, R. A.(2003). The Epidemiology of Walking for Physical Activity in the United States. *Medicine e Science in Sports e Exercise*, 35(9), 1529-1536.
- Figueira, S. S. & Silva, H. S. (2004). A visita domiciliar na atenção básica à saúde. In R.F. Pinto. & M.O.N.S. Viana (Org.). *Pesquisas em PSF - Programa de Saúde da Família*. (pp.153-165). Belém: GTR Gráfica e Editora.
- Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde (2006). Acesso em 12/03/2006. Disponível em:http://www.pmf.sc.gov.br/saude/unidades_saude/pop_abrangencia//framepopunidades.htm. Documento Oficial.
- Florindo, A. A., Latorre, M. R. D. O., Jaime, P. C., Tanaka, T. & Zerbini, C. A. F. (2004). Metodologia para avaliação da atividade física habitual em homens com 50 anos ou mais. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 307-314.
- Foster, C. (2001). *Guidelines for health-enhancing physical activity promotion programmes*. British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford, p.61.

- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. (2000). *Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: Editora UNESP.
- Freire, P. (2005a). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (2005b). *Conscientização: teoria e prática da libertação- uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Centauro.
- Gattás, M. L. B. (2006) *Interdisciplinaridade: formação e ação na área da saúde*. Ribeirão Preto: Holos Editora.
- Glanz, K & Rimer, B. K. (2005). *Theory at a glance: a guide for health promotion practice*. (2ndEd.). Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute. Bethesda, MD: U.S.
- Gomes, K. R. O. & Tanaka, A. C. d'A. (2003). Reported morbidity and use of health services by working women, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 75-82.
- Gomes, M. A., Bricídio, E. A. & Souza, A. S. (2002). 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 Nordestino de Atividade Física e Saúde*. p115-116.
- Gomes M. & Gomes, M. B. A. (2005). Projeto Ação e Saúde: Educar, Conscientizar e Praticar (Atividades Físicas Para a Promoção da Saúde nos PSFs)/ Relato de Experiência. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, Supl., p 24.
- Guedes, D. P. & Guedes, J. E. R. P. (1995). *Exercício físico na promoção da saúde*. Londrina: Midiograf.
- Guedes, D. P., Santos, C. A. & Lopes, C. C. (2006). Estágios de mudança de comportamento e prática de atividade física em universitários. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 8(4), 5-15.
- Hill, J. O., Sallis, J.F. & Peters, J. C. (2004). Economic analyses of eating and physical activity: a next step for research and policy change. *American Journal Preventive Medicine*, 23(3S), 111-116.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (2001). *Cidades*. Acesso em 16/02/2006. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidades>.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2004). Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003 : primeiros resultados: Brasil e grandes regiões/ IBGE. Coordenação de Índices de Preços: Rio de Janeiro, 278p.
- Instituto PAPAÍ (2006). *Homens, gênero e saúde pública* 12/02/2007. Disponível em <http://www.papai.org.br/eventos/2006/homens-cisam/cartaz-homens-web.jpg>
- Israel, B. A. & Schurman, S. L. (1990). Social support, control, and the stress process. In: Health Behavior and health education: theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, pp. 187-215.
- Jenkinson, C, Coulter, A, & Wright, L. (1993). Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age'. *British Medical Journal*, 306(6890), 1437-1440.
- Kahn, E. B., Ramsey, L. T., Brownson, R. C., Heath, G. W., Howze, E. H., Powell, K. E., Stone, E. J., Rajab, M. W., Corso, P. & Task Force Community Preventive Services (2002). The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *American Journal Preventive Medicine*, 22(4S), 73-107.
- Klautau, A.D.D. & Brito, M.A.S. (2005). Humanização no processo de atendimento do PSF. In R.F. Pinto. (Org.). *Pesquisas em PSF - Programa de Saúde da Família*. (pp.298-313). Belém: GTR Gráfica e Editora.
- Lefevre, F. & Lefevre, A. M. C. (2004). *Promoção da saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent.
- Lima-Costa, M. F. (2004). Estilos de vida e uso de serviços preventivos de saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde (inquérito de saúde de Belo Horizonte). *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(4), 857-864.
- Lucena, D., Borges, K. E. L., Aguiar, M. A., Alcântara, F., Madruga, J. G. & Lomeo, R. (2004). A inserção da educação física na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE. *Revista SANARE*, 5(1), 87-91.
- Machado, K. (2006). Programa de Saúde da Família: equipe mínima, dilemas e respostas. *Ecos do Abrascão – Radis*, 51, 8-10.
- Marcus, B. H. & Forsyth, L. H. (2003). Motivating people to be physically active, physical activity intervention series. *Human Kinetics*, p.219.
- Marcus, B. H. & Simkin L. R. (1994). The trans-theoretical model: applications to exercise. *Medicine Science Sports Exercise*, 26(11), 1400-4.
- Marcus, B. H., Owen, N., Forsyth, L. H., Cavill, N. A. & Fridinger, F. (1998). Physical activity interventions using mass media, print media, and information technology. *American Journal Preventive Medicine*, 15(4):362-378.

- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Maro, A. W. C. & Maro, A. S. A. (2004). A visita domiciliar do ACS: da teoria à prática. In R.F. Pinto. & M.O.N.S. Viana (Org.). *Pesquisas em PSF - Programa de Saúde da Família*. (pp.185-197). Belém: GTR Gráfica e Editora.
- Marshall, A. L., Leslie, E. R., Bauman, A. E., Marcus, B. H. & Owen, N. (2003). Print versus website physical programs: a randomized trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(2), 88-94.
- Martins, Jr. T., Andrade, L. O. M. & Barreto, I. C. H. C. (2003). A estratégia saúde da família no Brasil e a superação da medicina familiar. *Revista SANARE*, 5(1), 57-65.
- Martins, M. O. & Lopes, M. A. (2003). *Perímetros corporais*. In Antropometria: técnicas e padronizações. Petroski, E.L. (Org.). (2ed.). (pp.59-71). Santa Maria (RS): Pallotti.
- Martins, M. O. & Petroski, E. L. (2000). Mensuração da percepção de barreiras para a prática de atividades físicas: uma proposta de instrumento. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 2(1), 58-65.
- Martins, M. O. (2000). *Estudo dos fatores determinantes da prática de atividades físicas de professores universitários*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Educação Física, Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. R., Araújo, T. L., Andrade, D. R., Andrade, E. L., Oliveira, L. C. & Braggion, G. F. (2003). The Agita São Paulo Program as a model for using physical activity to promote health. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 14(4), 265-272.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-357.
- Mello, D. A. (2000). Reflexões sobre promoção à saúde no contexto do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 16(4), 1149.
- Meyer, D. E. E., Mello, D. F., Valadão, M. M. & Ayres, J. R. C. M. (2006). “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1335-1342.
- Minayo, M. C. S. (1992). *A saúde em estado de choque*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo.
- Minkler, M. & Cox, K. (1980). Creating critical consciousness in health: applications of Freire’s philosophy and methods to the health care setting. *International Journal of Health Services*, 10(2), 311-322.

- Moraes, B. M., Aragão, J. M. G. A. & Barros, M. M. M. (2004). A inserção do terapeuta ocupacional na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE. *Revista SANARE*, 5(1), 113-119.
- Moreno, G. M. B., Soares, M. T. Q. S., Pagani, R., Farias, A. M., Scorsafava, A.T., Simão, V. S. & Brandão, I. R. (2004). A inserção da psicologia na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE (Relato de Experiência). *Revista SANARE*, 5(1), 77-85.
- Morrow Jr., J.R.; Jackson, A.W.; Disch, J.G. & Mood, D.P. (2003). *Medidas de avaliação do desempenho humano*. Porto Alegre: ARTMED.
- Moysés, S. J., Moysés, S. T. & Krempel, M. C. (2004). Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), 627-641.
- Nogueira, L. & Palma, A. (2003). Reflexões acerca das políticas de promoção de atividade física e saúde: uma questão histórica. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 24(3), 103-119.
- Nutbeam, D. (1999). Health promotion effectiveness. In: International Union of Health Promotion and Education (IUHPE). *The evidence of Health promotion effectiveness*. Brussels: European Commission, (part II).
- Oliveira, E. S. A. (2005). Atividade física habitual e outros comportamentos relacionados à saúde dos servidores da Universidade Federal de Santa Catarina: tendência secular 1994-2004. Dissertação de Mestrado, Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Oliveira, M. M. & Maia, J. A. (2001). Avaliação da actividade física em contextos epidemiológicos. Uma revisão da validade e fiabilidade do acelerômetro Tritac-R3D, do pedômetro Yamax Digi-Walker e do questionário de Baecke. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 1(3), 73-78.
- Organização Pan-Americana de Saúde (2006). *Carta de Ottawa: primeira conferência internacional sobre promoção da saúde*. Acesso em 12/03/2006. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva>.
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), (2003). Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Acesso em 25/02/2006. Disponível em <http://www.opas.org.br>.
- Owen, N., Humpel, N., Leslie, E., Bauman, A. & Sallis, J. F. (2004). Understanding environmental influences on walking: review and research agenda. *American Journal Preventive Medicine*, 27(1), 67-76.
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C., Buchner, D., Ettinger, W., Ettinger, W., Heath, G. W., King, A. C., Kriska, A., Leon, A. S.,

- Marcus, B. H., Morris, J., Paffenbarger, R. S. Jr., Patrick, K., Pollock, M. L., Rippe, J. M., Sallis, J. & Wilmore, J. H. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *The Journal of the American Medical Association*, 273(5), 402-407.
- Pereira, A.L.F. (2003). As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (5), 1527-1534.
- Pereira, F. W. A., Manguiera, J. O., Monteiro, M. P. A., Vêras, M. M. S., Lima, V. C. S., Barrocas, T. C. P. & Lucena, D. (2004). A inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE. *Revista SANARE*, 5 (1), 93-100.
- Pratt, M., Macera, C. A., Sallis, J. F., O'Donnell, M. & Frank, L. D. (2004). Economic Interventions to promote physical activity: application of the SLOTH model. *American Journal Preventive Medicine*, 27(3S), 136-145.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C (1983). The stages and processes of self-change in smoking: Towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Noscross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Programa Agita São Paulo (2006)*. Acesso em 12/03/2006. Disponível em <http://www.agitasp.com.br/>.
- Projeto Brasil Saudável (2005). Acesso em 12/03/2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/>.
- Proper, K.I., Cerin, E. & Owen, N (2006). Neighborhood and individual socio-economic variations in the contribution of occupational physical activity to total physical activity. *Journal of Physical Activity and Health*, 3(2), 179-190.
- Quint, F. O., Matiello Jr., E., Martinez, J. F. N. & Bacheladenski, M. S. (2005). Reflexões sobre a inserção da educação física no programa de saúde da família. *Revista Motrivivência*, 17(24), 81-95.
- Reis, R. S. (2001). Determinantes ambientais para a realização de atividades físicas nos parques urbanos de Curitiba: uma abordagem sócio-ecológica da percepção dos usuários. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Educação Física, Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Ribeiro, E. M. (2005). Concreticidade do vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF): desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do

programa. Tese de Doutorado, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

- Rocio, G., Venegas, A. S., Baron, H. Y., Pinto, A. M. A. & Rodríguez, A. T. R. (2000) Conhecimento, percepção e nível da atividade física dos cidadãos de Santa Fé de Bogotá, 1999. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, 8(4), 51-71.
- Rütten, A., Abel, T., Kannas, L., Lengerke, T.V., Lüschen, G., Diaz, J. A. R., Vinck, J. & Zee, J. (2001). Self reported physical activity, public health, and perceived environment: results from a comparative European study. *Journal Epidemiology Community Health*, 55(2), 139–146.
- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P. & Shiell, A. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal Epidemiology Community Health*, 56(2), 119-127.
- Sallis, J. F. & Owen, N. (1999). *Physical Activity & Behavioral Medicine*. Califórnia: Sage Publications.
- Sallis, J. F., Bauman, A. & Pratt, M. (1998). Environmental and policy interventions to promote physical activity. *American Journal Preventive Medicine*, 15 (4), 379-397.
- Sardinha, L. B., Matos, M. G. & Loureiro I. (1999). Promoção da saúde: modelos e praticas de intervenção nos âmbitos da atividade física, nutrição e tabagismo. Lisboa: Edições FMH, pp. 163-181.
- Siegal, P. Z., Brackbill, R. M. & Heath, G. W. (1995). The epidemiology of walking for exercise: implications for promoting activity among sedentary groups. *American Journal Public Health*, 85(5), 706-710.
- Silva, C. A. B. (2004). Os dez anos do Programa de Saúde da Família - PSF. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 17(3), 97-98.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) (2005). Atlas corações do Brasil: dados brasileiros atuais sobre a prevalência, projeções e impacto dos fatores de risco cardiovascular. Acesso em 13/03/2006. Disponível em <http://www.educacao.cardiol.br/coracoesdobrasil/>.
- Souza, G. S. & Duarte, M. F. S. (2005). Estágios de mudança de comportamento relacionados a atividade física em adolescentes. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 11(2), 104-107.
- Souza, R. A. & Carvalho, A. M. (2003). Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 515-523.

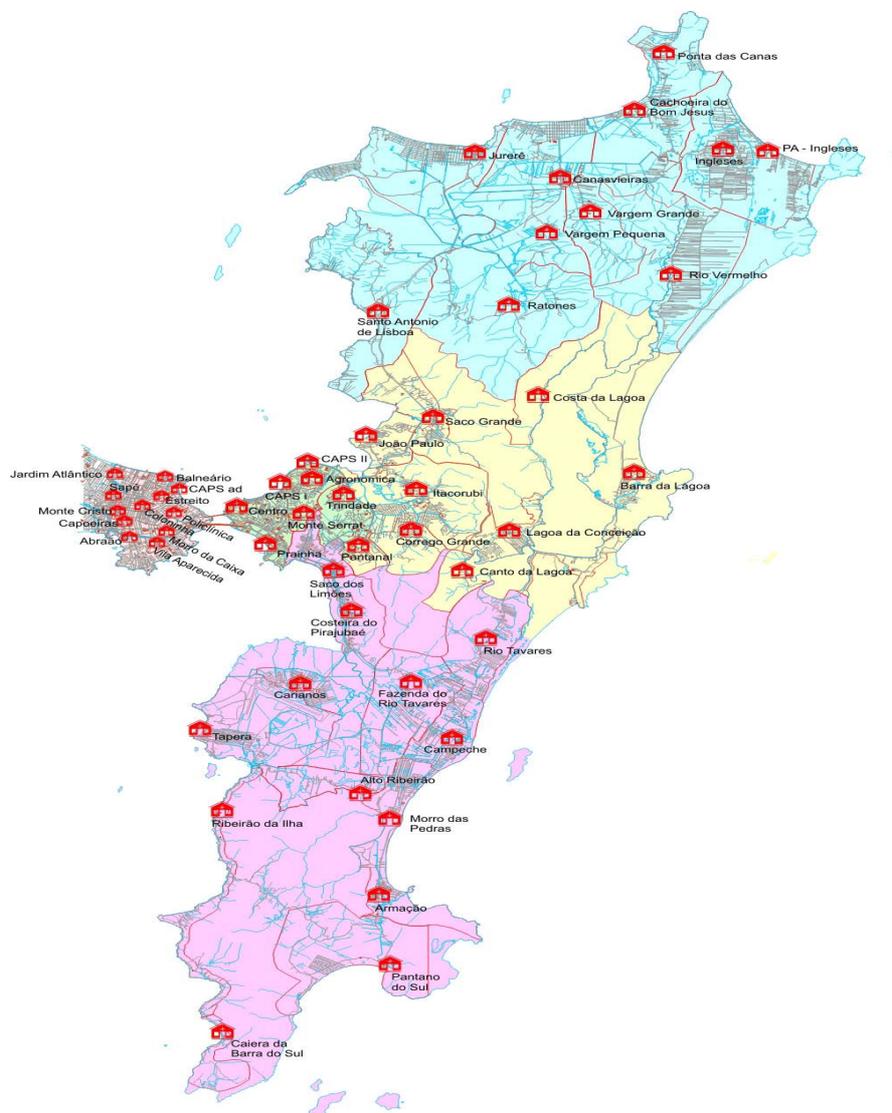
- Task Force on Community Preventive Services (2001). Increase physical activity: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR Recommendations and Reports*, 50(RR-18), 1-14.
- Task Force on Community Preventive Services (2002). Recommendations to increase physical activity in communities. *American Journal Preventive Medicine*, 22(4S), 67-72.
- Teixeira, R. R.(2005). Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 315-327.
- Thomas, J. R. & Nelson, J. K (2002). *Métodos de pesquisa em atividade física*. (3ed). Porto Alegre: Artmed.
- Titze, S., Martin, B.W., Seiler, R., Stronegger, W. & Marti, B. (2001). Effects of a lifestyle physical intervention on stages of change and energy expenditure in sedentary employees. *Psychology of Sport and Exercise*, 2(2), 103-116.
- Torres, T. Z. G. (2005). Amostragem. In R.A. Medronho (Org.). *Epidemiologia*. (pp.283-294). São Paulo: Editora Atheneu.
- United States Department of Health and Human Services (USDHHS), (1996). *Physical activity and health: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Valadão, M. M. (2004). *Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Valla, V. V. & Stotz, E. N. (Org.). (1997). *Participação popular, educação em saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Viana, A. L. D. & Dal Poz, M. R., (1998). A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 8(2), p. 11-48.
- Vieira, E. T., Borges, M. J. L., Pinheiro, S. R. M. & Nuto, S. A. S. (2004). O Programa de Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 17(3),119-126.
- Waissmann, W. (2003). Desigualdade social e atividade física. In. M. Bagrichevsky, A. Palma & A.Estevão (Org.) *A saúde em debate na educação física*. (pp.79-97). Blumenau: Edibes.

ANEXOS

ANEXO 1

Mapa de Representação das Áreas de Cobertura das ULS

Mapa da representação das Áreas de Cobertura das Unidades de Saúde de Florianópolis.



Legenda:

-  Unidade Local de Saúde - Total = 52
-  Regional de Saúde Centro - 05 Unidades Locais de Saúde
01 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II
01 Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes- CAPS i
-  Regional de Saúde Continente - 11 Unidades Locais de Saúde
01 Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas - CAPS ad
-  Regional de Saúde Leste - 09 Unidades Locais de Saúde
-  Regional de Saúde Norte - 10 Unidades Locais de Saúde
01 Pronto Atendimento 24 horas - PA
-  Regional de Saúde Sul - 13 Unidades Locais de Saúde
-  Limite Área de Abrangência da Unidade Local de Saúde



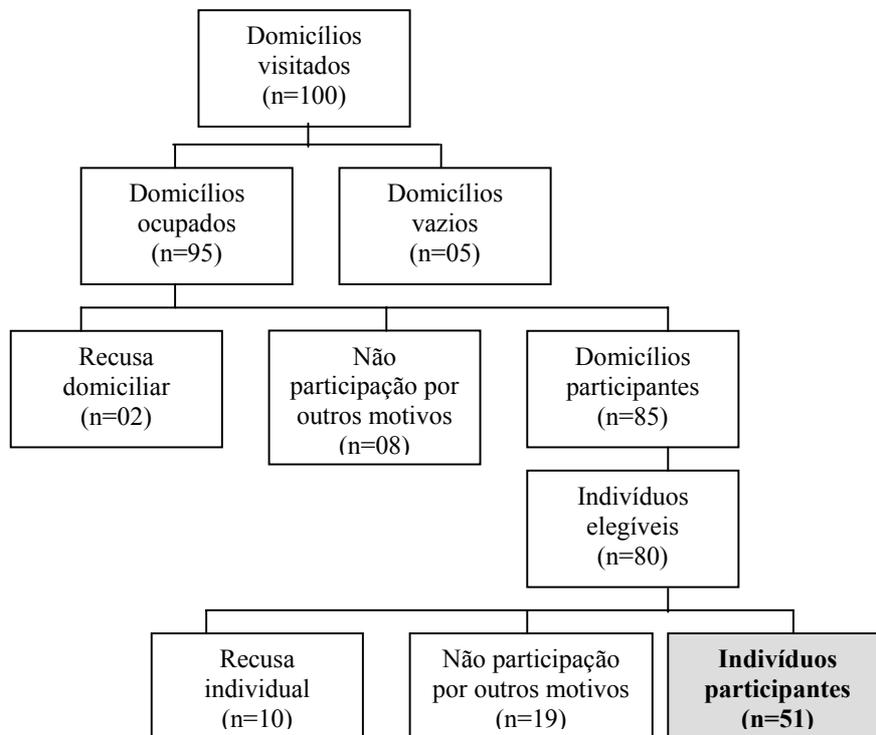
Escala:

Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Planejamento - Geoprocessamento
Janeiro / 2006

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Acessado em 29/03/2006. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/mapa/>.

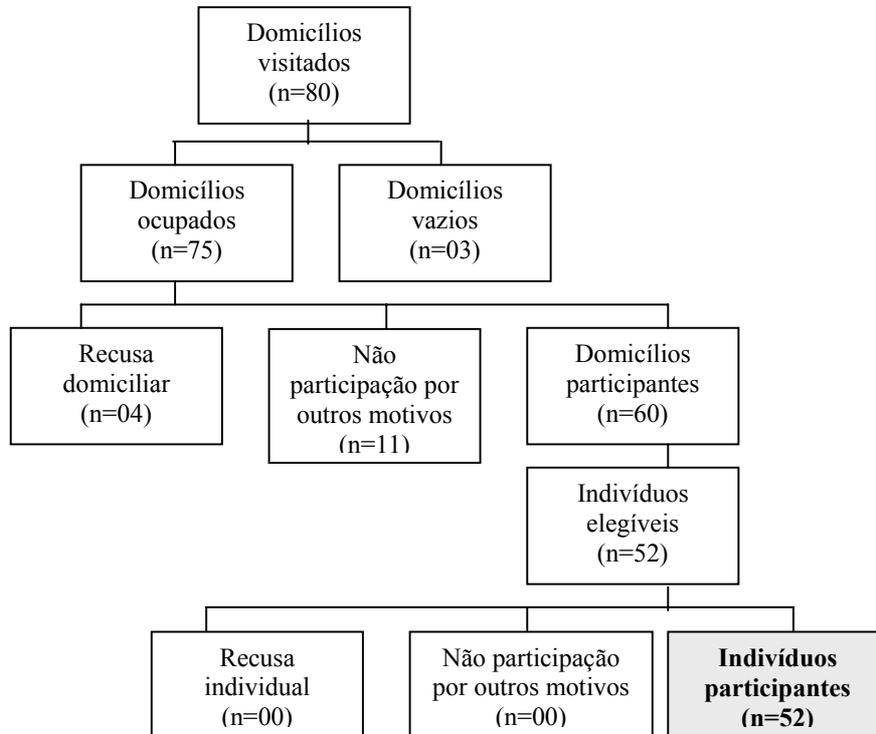
ANEXO 2

Distribuição dos Domicílios e Indivíduos Participantes por Situação do Convite no
Grupo Experimental



ANEXO 3

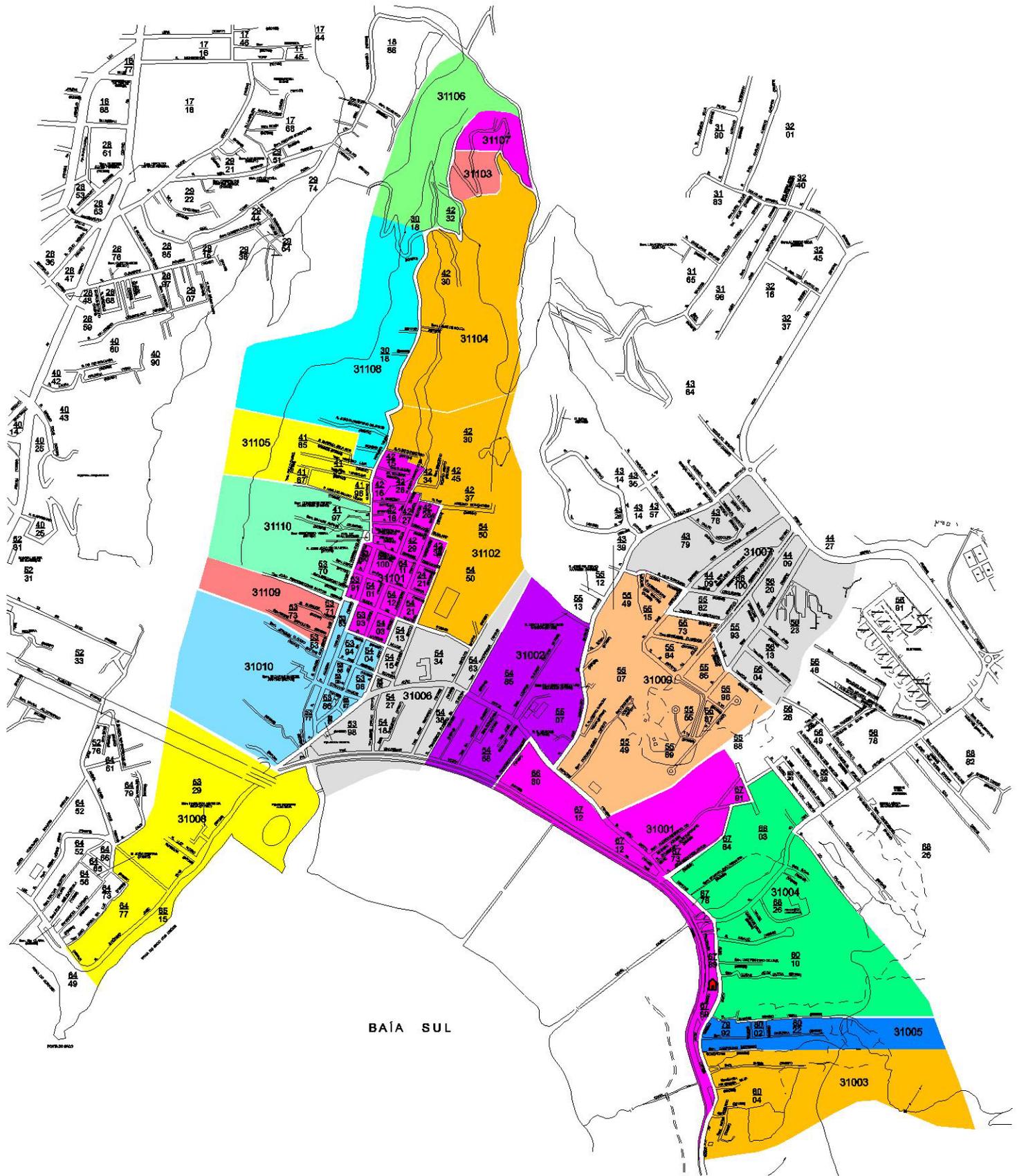
Distribuição dos Domicílios e Indivíduos Participantes por Situação do Convite no
Grupo Controle



ANEXO 4

Mapa de Abrangência da ULS Experimental

Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Secretaria Municipal de Saúde
 Abrangência da Unidade de Saúde do Saco dos Limões por Micro - Áreas



= Unidade de Saúde

Assessoria de Planejamento

ESCALA	DATA	APROVAÇÃO	DESEMIPLIFICAÇÃO
1:5.000	MAIO 2000	JULHO 2004	IPUF

ANEXO 5

Mapa de Abrangência da ULS Controle

Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Abrangência da Unidade de Saúde da Fazenda do Rio Tavares por Micro - Áreas



ANEXO 6

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS -CEPSH
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 70/06

I – Identificação:

Título do Projeto: PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF): UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PROMOÇÃO E ORIENTAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA.

Pesquisador Responsável: Profª Maria de Fátima da Silva Duarte (Programa de Pós-Graduação em Educação Física/CDS/UFSC).

Pesquisador Principal: Marcius de Almeida Gomes (Mestrando em Educação Física – área de concentração: Atividade Física Relacionada à Saúde).

Data Coleta dados: 01/05/06 a 31/08/06

Local onde a pesquisa será conduzida: Unidade Básica de Saúde (área de cobertura do Programa de Saúde da Família – PSF), da Secretaria Municipal de saúde de Florianópolis.

Data de apresentação ao CEP: 30/03/06.

II - Objetivos:

GERAL: Avaliar o impacto de uma proposta de intervenção para promoção e orientação de atividade física na mudança de comportamento em adultos saudáveis nos programas de saúde da família em Florianópolis/SC.

ESPECÍFICOS:

- Elaborar e implementar um protocolo de intervenção para promoção e orientação de atividade física em adultos saudáveis no Programas de Saúde da Família em Florianópolis;
- Identificar e caracterizar os sujeitos quanto as variáveis sócio-demográficas, econômicas, dos indicadores de saúde e do conhecimento sobre atividade física, nível de atividade física habitual;
- Identificar os estágios de mudança de comportamento;
- Analisar as alterações nos estágios de mudança de comportamento;
- Relacionar a influencia da intervenção entre os grupos controle e experimental;
- Avaliar o conteúdo informacional dos instrumentos utilizados para orientação da atividade física na mudança do comportamento;
- Avaliar o processo de intervenção do protocolo no Programas de Saúde da Família.

III - Sumário do Projeto

Trata-se de um estudo delineado como pré-experimental de pré e pós-teste com grupo controle. Será desenvolvido em três etapas: na primeira etapa, caracterizada como descritiva exploratória será aplicado um questionário com 93 questões no domicílio, para identificar o perfil da amostra. Na segunda etapa será aplicado um protocolo de intervenção, com distribuição de cartilhas, onde os sujeitos terão acesso às informações e recomendações sobre prática de atividade física e serão motivados para adoção de um estilo de vida ativo. Serão realizados 6 encontros em domicílio e 4 na Unidade Básica de Saúde, em um período de 120 dias e contará com o auxílio de uma equipe treinada composta por 10 alunos do curso de Educação Física da UFSC, além do pesquisador principal. Na

terceira etapa serão reaplicados os instrumentos utilizados anteriormente para verificar as mudanças de estágio de comportamento e caracterizar a eficiência do protocolo aplicado.

Participarão do estudo, 100 adultos saudáveis (**folha de rosto**) ou 180 (**projeto e resumo**), de 30 a 59 anos, moradores nas áreas de cobertura de duas Unidades dos Programas de Saúde da Família a serem escolhidas conforme similaridade do nível sócio-econômico. Uma UPSF será de grupo controle com 80 participantes (domicílios) e a outra será experimental, com 100 moradores (domicílios). Os domicílios serão escolhidos pelo critério de alternância (casa sim, casa não).

O tratamento estatístico dos dados está devidamente descrito no projeto.

IV - Comentário

O projeto está muito bem elaborado e apresenta temática atual tendo em vista a importância dada à atividade física tanto em relação à promoção e prevenção da saúde, quanto sua recomendação como medida terapêutica. A utilização dos Programas de Saúde da Família como forma de acesso à população e estimulação de atividades físicas, é uma prática pouco comum em nosso meio, mas que vem sendo desenvolvida pelo Professor Talles de Carvalho (UDESC), através do projeto Floripa em Forma. Este projeto contará com a parceria do referido professor.

Dessa forma, os benefícios envolvem não apenas os participantes, mas também a comunidade em geral, podendo servir de subsídio na elaboração e implementação de Políticas Públicas de Saúde a nível local e nacional, bem como servir de incremento aos Programas de Saúde da Família.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – está bem elaborado, adequado e oferece as informações necessárias e em linguagem acessível a pessoas leigas. Por ser o documento ético mais importante, deverá ser exaustivamente explicado aos participantes, a fim de que o consentimento dado seja, realmente, esclarecido.

O projeto é audacioso e, embora os pesquisadores demonstrem, através de seus currículos, capacidade técnica para desenvolvê-lo, o pesquisador principal deverá estar ciente de suas limitações e da necessidade de “conquistar” a população e equipes de PSF para conseguir alcançar seus objetivos.

V – Parecer CEP:

aprovado

aprovado ad- referendum

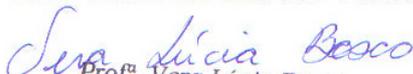
reprovado

com pendência (detalhes pendência)*

retirado

aprovado e encaminhado ao CONEP

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 24 de abril de 2006.


Prof.^ª Vera Lúcia Bosco
Coordenadora do CEP/SH/UFG

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

ANEXO 7

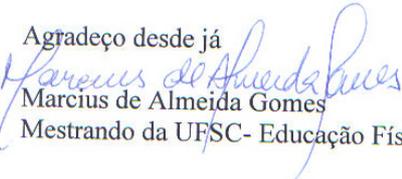
Declaração e Autorização da Prefeitura Municipal de Florianópolis

Florianópolis, 09 de Maio de 2006

SOLICITAÇÃO

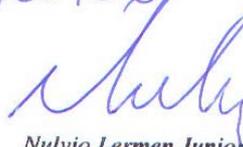
Venho por meio desta solicitar a disponibilidade e o acesso das ULS, Fazenda o Rio Tavares, Saco dos Limões, Canasvieiras, Saco Grande e Ingleses, para realização da pesquisa intitulada: **PSF (Programa de Saúde da Família): Uma Proposta de Intervenção para Promoção e Orientação de Atividade Física.**

Maiores esclarecimento encontra-se em projeto em anexo.

Agradeço desde já

Marcus de Almeida Gomes
Mestrando da UFSC- Educação Física

De Acordo,

23/05/06



Nilvio Lermen Junior
Assessor Chefe de Atenção à Saúde
DSP - SMS - PMF
Mat. 17381-9



DESPACHOS E INFORMAÇÕES

DESPACHO E INFORMAÇÃO 1

De: Assessoria Desenvolvimento Institucional
Para: Dep. Saúde Pública

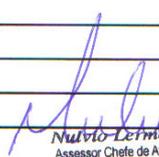
Consideramos necessário conceder autorização para realização do projeto Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de Intervenção para Promoção e Orientação de Atividade Física. O projeto obteve aprovação do CEP/UFSC, anexo ao projeto.

Data: 17/05/16 Assinatura: Mayneth Reibut

DESPACHO E INFORMAÇÃO 2

De: DSP
Para:

TEMPO EM VISTA O PROBLEMA AO LADO, AUTORIZAMOS A REALIZAÇÃO DA RESOLUÇÃO.

Data: 18/05/16 Assinatura: 
Nivaldo Leimen Junior
Assessor Chefe de Atenção e Saúde
DSP - SMS - PMP
Mat. 17381-9

DESPACHO E INFORMAÇÃO 3

De:
Para:

Data: Assinatura:

DESPACHO E INFORMAÇÃO 4

De:
Para:

Data: Assinatura:



**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

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: “**Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de intervenção para promoção e orientação de atividade física**”, 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.

Florianópolis, 22/03/2006



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS**



Coordenadoria de Pós-Graduação em Educação Física

Campus Universitário – Trindade – Florianópolis – SC – CEP 88040-900
Fone: (048) 331-9926 – Fax: (048) 331-9792 – e-mail: mestrado@cds.ufsc.br

Florianópolis, 20 de março de 2006.

Ao Diretor do Departamento de Saúde Pública
da Secretária de Saúde de Florianópolis

Solicitamos a sua colaboração no sentido de autorizar o mestrando Marcius de Almeida Gomes, aluno regular do Curso de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, para a realização da pesquisa intitulada: “**Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de intervenção para promoção e orientação de atividade física**”, que tem por objetivo elaborar e implementar um protocolo de intervenção para promoção e orientação de atividade física para adultos saudáveis nos Programas de Saúde da Família em Florianópolis, (SC).

Esta pesquisa contará com a parceria do Professor Dr. Talles de Carvalho (UDESC), coordenador do projeto Floripa em Forma, que já vem desenvolvendo atividades físicas para populações especiais nos Programas de Saúde da Família em Florianópolis.

Será encaminhado aos participantes da pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitando autorização para participar da pesquisa. Após, será aplicado um questionário com cada indivíduo selecionado para posterior intervenção na mudança de comportamento para atividade física.

Certo de contar com sua colaboração para a concretização desta investigação, agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e aguardamos ofício dando-nos autorização para o desenvolvimento da pesquisa. Colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos pelo fone (48) 3233-2453 ou pelo e-mail margomes@cardiol.br.

Atenciosamente,

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

Prof^o Esp. Marcius de Almeida Gomes
Pesquisador Principal

ANEXO 8

Logomarca do Projeto de Intervenção



ANEXO 9

Folheto Explicativo do Projeto



PARCEIROS



PREFEITURA MUNICIPAL
DE FLORIANÓPOLIS



FLORIPA EM FORMA

COAFIS

Centro de Orientação em
Atividade Física e Saúde



NUPAF · CDS · UFSC



AS RECOMENDAÇÕES SOBRE ATIVIDADE FÍSICA

Para tornar-se fisicamente ativo você deve acumular pelo menos 30 minutos ou mais de atividades físicas moderadas (como caminhar rápido, lavar carro, subir escadas, limpar a casa, etc.) em cinco ou mais dias da semana. Isto inclui atividades em casa, no trabalho, no lazer ou no deslocamento de um local para outro durante o dia. Pode ser feito de uma só vez (30 ou mais minutos); em duas sessões de 15 minutos ou três de 10 minutos ao longo do dia. Tornando-se ativo fisicamente você poderá obter benefícios psicológicos e biológicos para sua saúde como: melhorar qualidade do sono, melhorar a aptidão do coração e do pulmão, prevenir doenças cardíacas, melhorar a força e aumentar massa muscular, prevenir artrite e artrose, tratar a obesidade, reduzir a ansiedade, aumentar a auto-estima e melhorar a expectativa de vida.

Obs: atividades moderadas são aquelas que aumentam um pouco os batimentos do coração, deixam você aquecido e respirando um pouco mais rápido que o normal, mas sem dificuldade.

O NOSSO PROPÓSITO

O propósito deste projeto é fazer com que você tenha acesso à informação e orientação sobre os benefícios da atividade física. Você assim poderá optar no seu dia-a-dia qual a forma mais adequada para tornar-se ativo fisicamente e obter os benefícios com a adoção do estilo de vida ativo.



**APRESENTAÇÃO
DO PROJETO**

Apresentação do projeto

COMO VAI ACONTECER?

No período de quatro meses você receberá seis visitas em casa, e deverá comparecer quatro vezes a unidade de saúde do seu bairro

Neste período você estará respondendo a questionário, participando de reuniões e recebendo orientações sobre a prática de atividade física regular.

OS ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIO

Os pontos importantes deste projeto é a identificação do estágio de comportamento para atividade física que você se encontra, para que assim possamos orientá-lo a adoção de um estilo de vida ativo. Os estágios de comportamento esta dividido em cinco estágios:

O QUE É?
O **Projeto Ação e Saúde Floripa** (educar, conscientizar e praticar) têm como objetivo incentivar os adultos a prática regular de atividade física, identificando a relação com a saúde e outras variáveis do comportamento.

QUEM DESENVOLVE?

O projeto é realizado pela Universidade Federal de Santa Catarina/ Centro de Desportos/ Centro de Orientação de Atividade Física e Saúde, em parceria com o Projeto Floripa em Forma, que está vinculado ao Departamento de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

PARA QUEM?

Participarão deste projeto adultos aparentemente saudáveis, moradores próximos as unidades de saúde da cidade de Florianópolis.

Estágios	Definição	Estratégias de mudança potencial
Pré-contemplação	Não tem intenção de se torna ativo nos próximos seis meses	Aumento da consciência da necessidade de mudança; personalizar informações sobre riscos e benefícios.
Contemplação	Intenção de torna-se ativo nos próximos seus meses	Motivação, encorajar a fazer planos específicos
Preparação	Irregularmente ativo, mas pretende tornar-se regularmente ativo nos próximos 30 dias.	Ajudar desenvolvendo e implementando planos de ações concretos; auxiliar a estabelecer metas graduais.
Ação	Mudou comportamento por menos de seis meses	Ajudar com feedback, solução de problemas, suporte social e reforço.
Manutenção	Mudou comportamento por mais de seis meses	Ajudar com soluções, lembranças, achando alternativas, evitando deslizes e recaídas (quando aplicável)

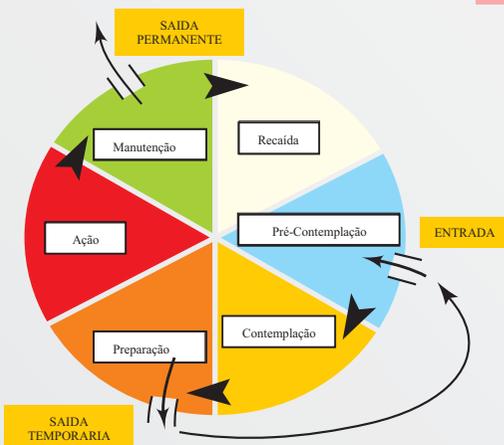


Figura 01
Fases progressivas de prontidão para mudança de comportamento, com referência específica para saídas temporárias e permanentes e recaída. (Adaptada por Prochaska e DiClemente, 1982 in ACSM, 2006, p.165).

ANEXO 10

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Grupo Experimental



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-

Você está sendo convidado (a) a participar na condição de voluntário (a), de uma pesquisa científica, realizada no Programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina.

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

IDENTIFICAÇÃO DA PESQUISA:

Título da Pesquisa: “Orientação de Atividade Física em Programa de Saúde da Família: Uma Proposta de Ação”

Pesquisadora Responsável: Prof^{fa} Dr^a Maria de Fátima da Silva Duarte

Pesquisador Principal: Mestrando Marcius de Almeida Gomes

Contatos: pelo telefone (48) 9166-1744 / 3331-5085 ou pelo e-mail margomes@cardiol.br ou pelo endereço – Avenida Professor Henrique Pontes, número 2457, Centro de Orientação de Atividade Física e Saúde (COAFIS), Av. Beira –Mar, (Campus da UFSC), Florianópolis, (SC).

Objetivo: Desenvolver, implementar e avaliar um programa de orientação de atividade física para adultos aparentemente saudáveis em Programa de Saúde da Família em Florianópolis, (SC).

Procedimentos do Estudo:

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

- 1- 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, índice de atividade física habitual, informações sobre o programa de saúde da família, estágios de mudança de comportamento e barreiras para a prática de atividade física, que levará aproximadamente 20 minutos;
- 2- Eu irei receber informações sobre os benefícios da atividade física, os estágios para mudança de comportamento e prevenção fatores de risco para doenças;
- 3- Eu receberei seis visitas em minha casa de um professor de Educação Física pertencente ao grupo de pesquisa treinado pelo pesquisador principal, para obter informações e orientar sobre a prática de atividade física;
- 4- Eu irei ao posto de saúde do meu bairro pelo uma vez no mês, durante os 120 dias (quatro meses) de execução do projeto, para verificar minhas medidas de peso, altura e circunferência da cintura, além de participar de palestras educativas;

Grupo experimental

- 5- No caso de dúvidas que eu venha a ter durante o projeto, irei contactar com pesquisador principal (Profº Marcius de Almeida Gomes), que estará à disposição para me esclarecer e informar.

Benefícios e Riscos:

A minha participação durante o projeto poderá trazer benefícios, identificando as barreiras que me impedem de fazer atividade física e adotando um estilo de vida ativo e saudável, além de aprender sobre a importância da atividade física para a minha saúde.

As atividades propostas pelo projeto não trarão risco algum para mim. Caso venha a surgir algum risco durante o projeto, alguns cuidados serão levados em conta para reduzi-los.

Confidencialidade e Direito de Desistência:

O professor principal do estudo (Profº Marcius de Almeida Gomes) discutirá comigo os resultados encontrados, bem como 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.

Consentimento:

Eu, _____, declaro que
(nome completo responsável)

li sobre os objetivos, procedimentos, benefícios e riscos na realização do estudo “**Orientação de Atividade Física em Programa de Saúde da Família: Uma Proposta de Ação**” e concordo participar.

Florianópolis (SC), ____ de julho de 2006.

Assinatura do participante da pesquisa

OBS: Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido possui 2 (duas) vias: 1 (uma) via entregue ao participante da pesquisa e 1 (uma) via fica sob a guarda do pesquisador principal.

Grupo experimental

ANEXO 11

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Grupo Controle



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-

Você está sendo convidado (a) a participar na condição de voluntário (a), de uma pesquisa científica, realizada no Programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina.

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

IDENTIFICAÇÃO DA PESQUISA:

Título da Pesquisa: Orientação de Atividade Física em Programa de Saúde da Família: Uma Proposta de Ação

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

Pesquisador Principal: Mestrando Marcius de Almeida Gomes

Contatos: pelo telefone (48) 9166-1744 / 3331-5085 ou pelo e-mail margomes@cardiol.br ou pelo endereço – Avenida Professor Henrique Pontes, número 2457, Centro de Orientação de Atividade Física e Saúde (COAFIS), Av. Beira –Mar, (Campus da UFSC), Florianópolis, (SC).

Objetivo: Desenvolver, implementar e avaliar um programa de orientação de atividade física para adultos aparentemente saudáveis em Programa de Saúde da Família em Florianópolis, (SC).

Procedimentos do Estudo:

Se eu concordar em participar na condição de participante do grupo controle, as seguintes etapas irão acontecer:

- 1- Eu irei responder a um questionário no início e ao final de quatro meses da realização do projeto, por meio de entrevista, que contém algumas questões sobre informações pessoais, indicadores de saúde, conhecimento sobre atividade física e exercício, índice de atividade física habitual, informações sobre o programa de saúde da família, estágios de mudança de comportamento e barreiras para a prática de atividade física, que levará aproximadamente 20 minutos;
- 2- Eu irei receber informações sobre os benefícios da atividade física, os estágios para mudança de comportamento, hábitos saudáveis e prevenção fatores de risco para doenças logo após os quatro meses da realização do projeto;
- 3- No caso de dúvidas que eu venha a ter durante o projeto, irei contactar com pesquisador principal (Prof^o. Marcius de Almeida Gomes), que estará à disposição para me esclarecer e informar.

Grupo controle

Benefícios e Riscos:

As atividades propostas pelo projeto não trarão risco algum para mim. Caso venha a surgir algum risco durante o projeto, alguns cuidados serão levados em conta para reduzi-los.

Consentimento:

Eu, _____, declaro que
(nome completo responsável)

li sobre os objetivos, procedimentos, benefícios e riscos na realização do estudo “**Orientação de Atividade Física em Programa de Saúde da Família: Uma Proposta de Ação**” e concordo participar.

Florianópolis (SC), ____ de _____ de 2006.

Assinatura do participante da pesquisa

OBS: Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido possui 2 (duas) vias: 1 (uma) via entregue ao participante da pesquisa e 1 (uma) via fica sob a guarda do pesquisador principal.

Grupo controle

ANEXO 12
Cartão Atividade



Cartão de Atividade



NOME:					
IDADE:		SEXO:		TEL:	
DATA	ORIENTAÇÃO NÚMERO	HORA MARCADA	LOCAL	observação	
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	EXTRA				



Apio: Unidade de Saúde do Saco dos Limões
Projeto: Orientação de Atividade Física nos Programas de Saúde da Família: uma Proposta de Ação

ANEXO 13

Questionário Descritivo Exploratório



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS

Coordenadoria de Pós-Graduação em Educação Física

Campus Universitário – Trindade – Florianópolis – SC – CEP 88040-900
Fone: (048) 331-9926 – Fax: (048) 331-9792 – e-mail: mestrado@cds.ufsc.br



ORIENTAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA EM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE AÇÃO

Questionário descritivo exploratório

Este instrumento tem por objetivo identificar e relacionar o perfil da população quanto à prática regular de atividade física. Os dados aqui coletados servirão de subsídios para o desenvolvimento, implementação e avaliação de um modelo de orientação de atividade física em Programa de Saúde da Família. Desde já agradecemos a sua colaboração e participação na pesquisa.

Data: ____/____/2006.

Unidade de Saúde: [] Saco dos Limões [] Fazenda Rio Tavares

Endereço do Domicílio da entrevista: _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

→ As perguntas a seguir referem-se a informações pessoais e aspectos sócio-demográficos:

1- Nome: _____ Tel. de contato: _____

2- Sexo: ¹ masculino ² feminino **3- Data de nascimento:** ____/____/____

4- Estado civil: ¹ solteiro ² casado ³ viúvo ⁴ divorciado ⁵ separado ⁶ outros

5- Escolaridade:

¹ analfabeto/ primário incompleto ² primário completo/ ginásial incompleto
³ ginásial completo/ colegial incompleto ⁴ colegial completo/ superior incompleto
⁵ superior completo

6- Em relação a sua situação ocupacional o(a) Sr(a):

¹ trabalha ² desempregado ³ aposentado
⁴ dona de casa ⁵ aposentado/trabalha ⁶ outros

7- Se trabalha, qual sua principal ocupação profissional? _____

INDICADORES DE SAÚDE

8- Em geral, como você considera sua **SAÚDE**:

¹ excelente ² boa ³ regular ⁴ ruim

9- Queixa principal: _____

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

- Pressão alta ¹ sim ² não
- Diabetes ¹ sim ² não
- Outro problema de saúde? ¹ sim ² não Qual? _____

11- Faz uso de algum medicamento? ¹ sim ² não

12- Possui algum plano de saúde? ¹ sim ² não

13- Com relação a sua **VIDA PROFISSIONAL**, você afirmaria que está:

¹ muito satisfeito ² satisfeito ³ insatisfeito ⁴ muito insatisfeito

14- Como você descreve o nível de **ESTRESSE** em sua vida?

¹ raramente estressado
² às vezes estressado
³ sempre estressado
⁴ excessivamente estressado

15- Em geral, como você classificaria a qualidade do seu **SONO**?

¹ muito bom ² bom ³ ruim ⁴ muito ruim

16- Você está satisfeito com seu peso?

¹ sim ² não, gostaria de **diminuir** ³ não, gostaria de **umentar**

17- Com relação ao fumo, qual resposta esta mais apropriada ao seu caso?

¹ nunca fumo
² parou de fumar há mais de dois anos
³ parou de fumar menos de dois anos
⁴ fuma menos de 10 cigarros por dia
⁵ fuma de 10 a 20 cigarros por dia
⁶ fuma mais que 20 cigarros por dia
⁷ só fuma charuto ou cachimbo

18- Quantas “doses” de bebidas alcoólicas você ingere **por semana**: (uma dose = ½ garrafa de cerveja, um copo de vinho ou uma dose de destilado)?

¹ nenhuma ² < 3 doses ³ 3 a 5 doses ⁴ 6 a 10 doses ⁵ + 10 doses

INFORMAÇÕES SOBRE O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

19- Você conhece o Programa de Saúde da Família do seu município?

¹ sim ² não

20- Você frequenta a Unidade de Saúde do seu bairro?

¹ sim ² não

21- Caso frequente, qual o motivo?

¹ consulta de enfermagem ² medicação
³ vacinação ⁴ doença
⁵ grupo de orientação ⁶ outros Qual (is)? _____

22- Participa das atividades desenvolvidas pela Unidade de Saúde de seu bairro?

¹ sim ² não

23- No oferecimento de um programa de orientação de atividade física, você participaria?

¹ sim ² não

24- Em caso negativo da resposta anterior, cite o motivo: _____

25- Você se considera uma pessoa ativa fisicamente? ¹ sim ² não ³ ignorado

26- Que tipo de atividade física mais te agrada?

¹ caminhada ² ginástica ³ esportes
⁴ atividades domesticas ⁵ atividades do trabalho ⁶ outros: _____

27- Quanto tempo (horas por dia) você disponibilizaria para realização de um programa de atividade física regular? _____

BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

28- Considerando os fatores abaixo relacionados, indique quais deles representam, **PARA VOCÊ**, fatores que **DIFICULTAM** sua prática de ATIVIDADE FÍSICA (AF).

Barreiras	Sim	Não	Não Sei
Jornada de trabalho extensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compromissos familiares (pais, cônjuges, filhos, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de clima adequado (vento, frio, calor, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de espaço disponível para a prática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de equipamento disponível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarefas domésticas (para com sua casa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de companhia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de incentivo da família e ou amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de recursos financeiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mau humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medo de lesionar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitações físicas (p. exemplo muscular ou articular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores leves ou mal-estar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de energia (cansaço físico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de habilidades físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de conhecimento ou de orientação sobre atividade física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambiente insuficientemente seguro (criminalidade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupação com a aparência durante a prática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de interesse em praticar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

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

CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA

30- Qual a renda familiar (salário mínimo)?

- ¹ até 1 salário ² de 1 a 3 salários ³ de 4 a 6 salários
⁴ de 7 a 10 salários ⁵ > de 10 ⁶ não sabe/não respondeu

31- Qual o número de pessoas que contribuem com a renda familiar:

- ¹ 1 pessoa ² 2 pessoas ³ 3 pessoas
⁴ 4 pessoas ⁵ 5 ou + pessoas ⁶ não sabe/ não respondeu

32- Total de pessoas na família: _____.

→ As **questões 33 e 34** fazem parte do critério de classificação econômica do Brasil que tem por finalidade estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, classificando em relação às classes econômicas.

33- Qual o grau de instrução do chefe da família?

- ¹ analfabeto/ primário incompleto ² primário completo/ ginásial incompleto
³ ginásial completo/ colegial incompleto ⁴ colegial completo/ superior incompleto
⁵ superior completo

34- Por favor, me informe a **quantidade** dos seguintes itens que existem em sua casa/apartamento:

Itens (não vale utensílios quebrados)	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	<input type="checkbox"/>				
Rádio	<input type="checkbox"/>				
Banheiro	<input type="checkbox"/>				
Automóvel	<input type="checkbox"/>				
Empregada Doméstica	<input type="checkbox"/>				
Aspirador de Pó	<input type="checkbox"/>				
Máquina de Lavar	<input type="checkbox"/>				
Vídeo Cassete e/ou DVD	<input type="checkbox"/>				
Geladeira	<input type="checkbox"/>				
Freezer – Geladeira Duplex	<input type="checkbox"/>				

Observações: _____

Muito obrigado pela atenção e presteza. Sua colaboração certamente será indispensável.

Cordialmente, Marcius de Almeida Gomes

ANEXO 14
Questionário de Intervenção



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS

Coordenadoria de Pós-Graduação em Educação Física

Campus Universitário – Trindade – Florianópolis – SC – CEP 88040-900
Fone: (048) 331-9926 – Fax: (048) 331-9792 – e-mail: mestrado@cds.ufsc.br



ORIENTAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA EM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE AÇÃO

Questionário intervenção

Este instrumento tem por objetivo identificar e relacionar o perfil da população quanto à prática regular de atividade física. Os dados aqui coletados servirão de subsídios para o desenvolvimento, implementação e avaliação de um modelo de orientação de atividade física em Programa de Saúde da Família. Desde já agradecemos a sua colaboração e participação na pesquisa.

Data: ____/____/2006.

Unidade de Saúde: [] Saco dos Limões [] Fazenda Rio Tavares

Nome: _____ Tel. de contato: _____

CONHECIMENTO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIO FÍSICO

01- Marque verdadeiro (V), falso (F) ou não sei (NS) de acordo com as afirmações abaixo.

	V	F	NS
Praticar atividade física regularmente diminui suas chances de desenvolver doenças do coração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A maioria das pessoas pratica atividade física suficiente em suas rotinas diárias normais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você não precisa treinar como um corredor de maratonas para tornar-se mais condicionado fisicamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sessões de exercícios físicos não precisam durar muito tempo para serem efetivas para sua saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoas que precisam perder peso são as únicas que irão se beneficiar com a prática regular de atividade física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todos os exercícios físicos propiciam a você os mesmos benefícios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto mais idoso você fica, menos ativo (fisicamente) você precisa ser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não é necessário muito dinheiro ou equipamentos caros para tornar-se fisicamente condicionado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há vários riscos ou lesões que podem ocorrer quando se pratica exercícios físicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você deveria sempre consultar um médico antes de iniciar um programa de atividade física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoas que tiveram um ataque cardíaco não deveriam participar de programas de atividade física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para que você permaneça fisicamente ativo, deve incluir em sua rotina de atividades diárias diferentes atividades físicas que você goste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

InteliHealth® Inc. (Intelihealth, 1999)

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

- | | Sim | Não |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 02- Algum médico já disse que você tem problemas de coração e que só deveria fazer atividades físicas com orientação médica? | ¹ <input type="checkbox"/> | ² <input type="checkbox"/> |
| 03- Você sente dores no peito quanto pratica atividades físicas? | ¹ <input type="checkbox"/> | ² <input type="checkbox"/> |
| 04- No último mês você teve dores no peito sem que estivesse fazendo atividade física? | ¹ <input type="checkbox"/> | ² <input type="checkbox"/> |
| 05- Você perde equilíbrio quando sente tonturas ou você alguma vez perdeu os sentidos (desmaiou)? | ¹ <input type="checkbox"/> | ² <input type="checkbox"/> |
| 06- Você tem algum problema nas articulações ou nos ossos que poderia piorar se você praticar mais atividades físicas? | ¹ <input type="checkbox"/> | ² <input type="checkbox"/> |
| 07- Você toma algum remédio para pressão ou problema cardíaco? | ¹ <input type="checkbox"/> | ² <input type="checkbox"/> |
| 08- Existe qualquer outra razão pela qual você deveria evitar atividades físicas? Qual | ¹ <input type="checkbox"/> | ² <input type="checkbox"/> |

ÍNDICE DE ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL (BAECKE, 1994)

- 09 - Para realizar as atividades em seu trabalho você permanece sentado:
¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ freqüentemente ⁵ sempre
- 10- Para realizar as atividades em seu trabalho você fica em pé:
¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ freqüentemente ⁵ sempre
- 11- Para realizar as atividades em seu trabalho você necessita caminhar:
¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ freqüentemente ⁵ sempre
- 12- Para realizar as atividades em seu trabalho você necessita carregar cargas:
¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ freqüentemente ⁵ sempre
- 13- Após um dia de trabalho você se sente cansado ou fatigado:
⁵ nunca ⁴ raramente ³ algumas vezes ² freqüentemente ¹ muito freqüentemente
- 14- Para realizar as atividades em seu trabalho você transpira:
¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ freqüentemente ⁵ sempre
- 15- Em comparação com o trabalho de outras pessoas da mesma idade, você acredita que seu trabalho é fisicamente:
⁵ muito intenso ⁴ intenso ³ moderado ² leve ¹ muito leve
- 16- Você pratica algum esporte ou está envolvido em programas de exercícios físicos?
¹ sim ² não

→ Caso não pratique algum tipo de esporte ou programa de exercícios físicos, ir para a questão 23.

- 17- Como primeira opção, o esporte/programa de exercícios físicos que você mais freqüentemente pratica apresenta intensidade:
¹ baixa ² moderada ³ elevada
- 18- Durante quantas horas/semana você pratica esse esporte/programa de exercícios físicos?
¹ < 1 hora ² 1-2 horas ³ 2-3 horas ⁴ 3-4 horas ⁵ >4 horas

19- Durante quantos meses/ano você pratica esse esporte/programa de exercícios físicos?

¹ < 1 mês ² 1-3 meses ³ 4-6 meses ⁴ 7-9 meses ⁵ >9 meses

20- Caso você apresente uma segunda opção à prática de esporte/programa de exercícios físicos, esta é de intensidade:

¹ baixa ² moderada ³ elevada

→ Caso não exista uma 2ª opção à prática de esporte ou programa de exercícios, ir para a questão 23.

21- Durante quantas horas/semana você pratica esse esporte/programa de exercícios físicos?

¹ < 1 hora ² 1-2 horas ³ 2-3 horas ⁴ 3-4 horas ⁵ >4 horas

22- Durante quantos meses/ano você pratica esse esporte/programa de exercícios físicos?

¹ < 1 mês ² 1-3 meses ³ 4-6 meses ⁴ 7-9 meses ⁵ >9 meses

23- Em comparação com outras pessoas de mesma idade, você acredita que a intensidade das atividades físicas que realiza durante seu tempo livre são fisicamente:

⁵ muito elevadas ⁴ elevadas ³ iguais ² baixas ¹ muito baixas

24- Nas atividades de lazer e de ocupação do tempo livre você transpira:

¹ muito frequentemente ² frequentemente ³ algumas vezes ⁴ raramente ⁵ nunca

25- Nas atividades de lazer e de ocupação do tempo livre você pratica esportes:

¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ frequentemente ⁵ sempre

26- Nas atividades de lazer e de ocupação do tempo livre você assiste TV:

¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ frequentemente ⁵ sempre

27- Nas atividades de lazer e de ocupação do tempo livre você caminha:

¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ frequentemente ⁵ sempre

28- Nas atividades de lazer e de ocupação do tempo livre você anda de bicicleta:

¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ frequentemente ⁵ sempre

29- Durante quanto tempo por dia você caminha e/ou anda de bicicleta para ir ao trabalho, à escola e às compras?

¹ < 5 min. ² 5-12 min. ³ 15-30 min. ⁴ 30-40 min. ⁵ >45 min.

Observações: _____

Muito obrigado pela atenção e presteza. Sua colaboração certamente será indispensável.

Cordialmente, Marcius de Almeida Gomes

ANEXO 15

Avaliação do Índice de Atividade Física Habitual

Atividades físicas ocupacionais (AFO)

$$\text{Escore AFO} = \frac{\text{questão 1} + \text{questão 2} + \text{questão 3} + \text{questão 4} + \text{questão 5} + \text{questão 6} + \text{questão 7} + \text{questão 8}}{8}$$

Cálculo da primeira questão referente ao tipo de ocupação:

* Intensidade (tipo de ocupação)=1 para profissões com gasto energético leve ou 3 para profissões com gasto energético moderado ou 5 para profissões com gasto energético vigoroso (**determinado pela resposta do tipo de ocupação: o gasto energético da profissão deve ser conferido no compêndio de atividades físicas de Ainsworth**)

Exercícios físicos no lazer (EFL)

Cálculo da questão 9 referente à prática de esportes/exercícios físicos:

*Intensidade (tipo de modalidade)=**0,76** para modalidades com gasto energético leve ou **1,26** para modalidades com gasto energético moderado ou **1,76** para modalidades com gasto energético vigoroso (**determinado pela resposta do tipo de modalidade: o gasto energético da modalidade deve ser conferido no compêndio de atividades físicas de Ainsworth**)

*Tempo (horas por semana)=**0,5** para menos de uma hora por semana ou **1,5** entre maior que uma hora e menor que duas horas por semana ou **2,5** para maior que duas horas e menor que três horas por semana ou **3,5** para maior que três e até quatro horas por semana ou **4,5** para maior que quatro horas por semana (**determinado pela resposta das horas por semana de prática**)

*Proporção (meses por ano)=**0,04** para menor que um mês ou **0,17** entre um a três meses ou **0,42** entre quatro a seis meses ou **0,67** entre sete a nove meses ou **0,92** para maior que nove meses (**determinado pela resposta dos meses por ano de prática**)

*Para o cálculo dessa questão, os valores devem ser multiplicados e somados:

$$[\text{Modalidade 1}=(\text{Intensidade}*\text{Tempo}*\text{Proporção})+\text{Modalidade 2}=(\text{Intensidade}*\text{Tempo}*\text{Proporção})]$$

*Após o resultado desse cálculo, para o valor final da questão 9, deverá ser estipulado um escore de 0 a 5 de acordo com os critérios especificados abaixo:

$$[0 \text{ (sem exercício físico)}=1/ \text{ entre } 0,01 \text{ até } <4=2/ \text{ entre } 4 \text{ até } <8=3/ \text{ entre } 8 \text{ até } <12=4/312,00=5]$$

Os escores das questões dois a quatro serão obtidos de acordo com as respostas das escalas de Likert

O escore final de EFL deverá ser obtido de acordo com a fórmula especificada abaixo:

$$\text{Escore de EFL} = \frac{\text{questão 9} + \text{questão 10} + \text{questão 11} + \text{questão 12}}{4}$$

Atividades físicas de lazer e locomoção (ALL)

Os escores das questões cinco a oito serão obtidos de acordo com as respostas das escalas de Likert

O escore final de ALL deverá ser obtido de acordo com a fórmula especificada abaixo:

$$\text{Escore de ALL} = \frac{(6 - \text{questão 13}) + \text{questão 14} + \text{questão 15} + \text{questão 16}}{4}$$

$$\text{Escore total de atividade física (ET)} = \text{AFO} + \text{EFL} + \text{ALL}$$

*Baecke et al² (1982).

ANEXO 16
Questionário de Avaliação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS

Coordenadoria de Pós-Graduação em Educação Física

Campus Universitário – Trindade – Florianópolis – SC – CEP 88040-900
Fone: (048) 331-9926 – Fax: (048) 331-9792 – e-mail: mestrado@cds.ufsc.br



ORIENTAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA EM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE AÇÃO

Questionário final

Este instrumento tem por objetivo avaliar a aplicação do projeto de orientação de atividade física em Programa de Saúde da Família do qual você participou. Desde já agradecemos a sua colaboração e participação na pesquisa.

Data: ____ de ____ de 2006.

Nome: _____ Nº _____ Área da ACS: _____

1- AVALIAÇÃO PROCESSUAL DO PROJETO AÇÃO E SAÚDE FLORIPA

1.1-Conhecimento do Projeto	sim	não	não sei
A forma de como você tomou conhecimento do projeto (convite) facilitou a sua participação?			
Você recebeu as informações necessárias (objetivo, período e a metodologia) sobre a realização do projeto?			
Você sentiu segurança ao ser convidado (a) a participar deste projeto?			
1.2-Conteúdo das Informações			
As informações/orientações do projeto ajudaram a refletir sobre a importância da atividade física regular para sua saúde?			
Você teve uma boa compreensão das informações fornecidas nas cartilhas e nas palestras?			
Os conteúdos/temas/assuntos abordados foram importantes para sua saúde?			
As informações foram claras e objetivas?			
1.3-Qualidade do Material			
Você considera a qualidade do material quanto aos desenhos, gráficos e distribuição do texto boa?			
A estrutura do material distribuído (papel, tamanho da letra e número de folhas) facilitou a sua utilização como meio de informação?			
1.4-Metodologia Utilizada (visitas domiciliares, palestras e material informativo)			
A forma de que foi desenvolvido o projeto estimulou sua participação?			
O período de quatro meses foi suficiente para mudar o seu comportamento para atividade física regular?			
A duração das visitas foi suficiente para as orientações fornecidas?			
O número de visitas foi suficiente para estimular a sua mudança de comportamento atividade física regular?			
O projeto conseguiu atender suas expectativas quanto ao envolvimento e a participação da equipe?			
Os espaços utilizados para o desenvolvimento do projeto foram adequados para obter a sua participação?			
A participação das agentes comunitárias facilitou a sua adoção e participação no programa?			
1.5-Avaliação Geral			
Você considera importante para a saúde da população este projeto de orientação de atividade física?			
As informações estimularam você à mudança de comportamento para a prática de atividade física?			
Você consegue compreender sobre as barreiras que dificultam a prática de atividade física?			
A falta de atividades práticas (exercícios físicos, ginástica, etc.) dificultou a sua mudança de comportamento para prática de atividade física?			
Em geral você:	<input type="checkbox"/> APROVA O PROGRAMA	<input type="checkbox"/> DESAPROVA O PROGRAMA	

2- CONTEÚDO INFORMACIONAL DAS CARTILHAS

Módulos	Itens	V	F	NS
2.1-EDUCAR	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.			
	Atividade física é caracterizada pelas atividades de trabalho, lazer, atividades domésticas e de deslocamento.			
	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) de atividade física deve ser feito para beneficiar a saúde.			
2.2-CONSCIENTIZAR	Barreira para a prática da atividade física (PAF) é tudo aquilo que dificulta ou impede você de praticar sua atividade física regularmente.			
	As barreiras para a PAF podem ser ambientais, sociais, físicas ou psicológicas.			
	A atividade física e o exercício físico podem ser um importante aliado para o controle do peso e a diminuição do consumo do cigarro e do álcool.			
2.3-PRATICAR	O controle do peso corporal com a prática de AF regular é uma importante medida para evitar o surgimento precoce dos fatores de risco (colesterol elevado, sobrepeso, triglicérides alto, etc.) e de doenças crônicas como a hipertensão e a diabetes.			
	Para o hipertenso o exercício físico regular tem sido um importante aliado, pois melhora a condição funcional e ameniza os efeitos colaterais provocados por medicamentos.			

BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

3- Considerando os fatores abaixo relacionados, indique quais deles representam, **PARA VOCÊ**, fatores que **DIFICULTAM** sua prática de ATIVIDADE FÍSICA (AF).

Barreiras	Sim	Não	Não Sei
3.1- Jornada de trabalho extensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2- Compromissos familiares (pais, cônjuges, filhos, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3- Falta de clima adequado (vento, frio, calor, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4- Falta de espaço disponível para a prática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5- Falta de equipamento disponível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6- Tarefas domésticas (para com sua casa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7- Falta de companhia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8- Falta de incentivo da família e ou amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9- Falta de recursos financeiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10- Mau humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11- Medo de lesionar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12- Limitações físicas (p. exemplo muscular ou articular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13- Dores leves ou mal-estar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.14- Falta de energia (cansaço físico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.15- Falta de habilidades físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.16- Falta de conhecimento ou de orientação sobre atividade física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.17- Ambiente insuficientemente seguro (criminalidade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.18- Preocupação com a aparência durante a prática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.19- Falta de interesse em praticar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.20- Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4- Após a realização do projeto você diria que houve mudança na sua prática regular de atividade física:

¹ sim ² não ³ manteve-se ⁴ não saberia responder.

4.1- Em caso afirmativo na questão anterior, você diria que:

¹ aumentou ² diminuiu

4.2-Em caso negativo qual foi a dificuldade encontrada por você para mudar a sua prática regular de atividade física?

¹ falta de tempo ² falta de interesse ³ falta de incentivo ⁴ nenhuma ⁵ outros: _____

5 - Qual a sua opinião quanto ao desenvolvimento e metodologia utilizada pelo programa:

¹ muito bom ² bom ³ regular ⁴ ruim ⁵ muito ruim

INDICADORES DE SAÚDE

6- Em geral, como você considera sua **SAÚDE**:

¹ excelente ² boa ³ regular ⁴ ruim

7- Com relação a sua **VIDA PROFISSIONAL**, você afirmaria que está:

¹ muito satisfeito ² satisfeito ³ insatisfeito ⁴ muito insatisfeito

8- Como você descreve o nível de **ESTRESSE** em sua vida?

¹ raramente estressado ² às vezes estressado ³ sempre estressado ⁴ excessivamente estressado

9- Em geral, como você classificaria a qualidade do seu **SONO**?

¹ muito bom ² bom ³ ruim ⁴ muito ruim

10- Você está satisfeito com seu peso?

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

11- Com relação ao fumo, qual resposta esta mais apropriada ao seu caso?

¹ nunca fumo ³ parou de fumar menos de dois anos
² parou de fumar há mais de dois anos ⁵ fuma de 10 a 20 cigarros por dia
⁴ fuma menos de 10 cigarros por dia ⁷ só fuma charuto ou cachimbo
⁶ fuma mais que 20 cigarros por dia

12- Quantas “doses” de bebidas alcoólicas você ingere **por semana**: (uma dose = ½ garrafa de cerveja, um copo de vinho ou uma dose de destilado)?

¹ nenhuma ² < 3 doses ³ 3 a 5 doses ⁴ 6 a 10 doses ⁵ + 10 doses

ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

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

ÍNDICE DE ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL (BAECKE, 1994)

Qual atividade de trabalho você exerce? _____

14 - Para realizar as atividades em seu trabalho você permanece sentado:

¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ freqüentemente ⁵ sempre

15- Para realizar as atividades em seu trabalho você fica em pé:

¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ freqüentemente ⁵ sempre

16- Para realizar as atividades em seu trabalho você necessita caminhar:

¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ freqüentemente ⁵ sempre

17- Para realizar as atividades em seu trabalho você necessita carregar cargas:

¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ freqüentemente ⁵ sempre

18- Após um dia de trabalho você se sente cansado ou fatigado:

¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ freqüentemente ⁵ muito freqüentemente

19- Para realizar as atividades em seu trabalho você transpira:

¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ freqüentemente ⁵ muito freqüentemente

20- Em comparação com o trabalho de outras pessoas da mesma idade, você acredita que seu trabalho é fisicamente:
⁵ muito intenso ⁴ intenso ³ moderado ² leve ¹ muito leve

21- Você pratica algum esporte ou está envolvido em programas de exercícios físicos?
¹ sim ² não

→ Caso não pratique algum tipo de esporte ou programa de exercícios físicos, ir para a questão 28.

22- Como primeira opção, o esporte/programa de exercícios físicos que você mais freqüentemente pratica apresenta intensidade:
¹ baixa ² moderada ³ elevada

23- Durante quantas horas/semana você pratica esse esporte/programa de exercícios físicos?
¹ < 1 hora ² 1-2 horas ³ 2-3 horas ⁴ 3-4 horas ⁵ >4 horas

24- Durante quantos meses/ano você pratica esse esporte/programa de exercícios físicos?
¹ < 1 mês ² 1-3 meses ³ 4-6 meses ⁴ 7-9 meses ⁵ >9 meses

→ Caso não exista uma 2ª opção à prática de esporte ou programa de exercícios, ir para a questão 28.

25- Caso você apresente uma segunda opção à prática de esporte/programa de exercícios físicos, esta é de intensidade:
¹ baixa ² moderada ³ elevada

26- Durante quantas horas/semana você pratica esse esporte/programa de exercícios físicos?
¹ < 1 hora ² 1-2 horas ³ 2-3 horas ⁴ 3-4 horas ⁵ >4 horas

27- Durante quantos meses/ano você pratica esse esporte/programa de exercícios físicos?
¹ < 1 mês ² 1-3 meses ³ 4-6 meses ⁴ 7-9 meses ⁵ >9 meses

28- Em comparação com outras pessoas de mesma idade, você acredita que a intensidade das atividades físicas que realiza durante seu tempo livre são fisicamente:
⁵ muito elevadas ⁴ elevadas ³ iguais ² baixas ¹ muito baixas

29- Nas atividades de lazer e de ocupação do tempo livre você transpira:
⁵ muito freqüentemente ⁴ freqüentemente ³ algumas vezes ² raramente ¹ nunca

30- Nas atividades de lazer e de ocupação do tempo livre você pratica esportes:
¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ freqüentemente ⁵ sempre

31- Nas atividades de lazer e de ocupação do tempo livre você assiste TV:
¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ freqüentemente ⁵ sempre

32- Nas atividades de lazer e de ocupação do tempo livre você caminha:
¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ freqüentemente ⁵ sempre

33- Nas atividades de lazer e de ocupação do tempo livre você anda de bicicleta:
¹ nunca ² raramente ³ algumas vezes ⁴ freqüentemente ⁵ sempre

34- Durante quanto tempo por dia você caminha e/ou anda de bicicleta para ir ao trabalho, à escola e às compras?
¹ < 5 min. ² 5-12 min. ³ 15-30 min. ⁴ 30-40 min. ⁵ >45 min

■ Mensagem final e sugestões: _____

ANEXO 17
Estudo Piloto

ESTUDO PILOTO

APRESENTAÇÃO

Segundo Thomas & Nelson (2002), a realização do estudo piloto caracteriza-se pela necessidade de verificar a aplicabilidade dos instrumentos e procedimentos conforme especificado nos tipos de sujeitos para os quais a pesquisa está planejada.

O presente trabalho (estudo piloto) teve como objetivo testar a aplicação do questionário que será utilizado como instrumento para execução do projeto que visa elaborar, implementar e avaliar um protocolo de orientação de atividade física para os Programas de Saúde da Família, além de realizar a validade de face e conteúdo e a reprodutibilidade do presente instrumento.

Para Morrow et al. (1995) a determinação dos níveis de reprodutibilidade de um questionário representa um aspecto de grande importância, tendo em vista que os níveis de reprodutibilidade e objetividade estão estreitamente associados à qualidade das informações levantadas.

1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para elaboração e análise do questionário, utilizou-se como referência os procedimentos metodológicos apresentados por Farias Jr., Pires e Lopes (2002).

1.1 *Pré testagem do instrumento*

Na pré-testagem do questionário (anexo 01) observou-se que o mesmo era muito longo para a aplicação em domicílio (35 a 45 minutos), apresentando impaciência por parte do público pesquisado e insegurança nas respostas. Esta parte da pesquisa foi realizada por oito pessoas. Ao final da pré testagem o instrumento foi modificado e adaptado para dois questionários (anexo 02 e 03), a fim de facilitar a compreensão dos participantes e redução do tempo de aplicação.

1.2 *Validade de face e conteúdo*

A validade de face e conteúdo foi realizada por três profissionais da área (especialistas), além de quatro agentes comunitárias de saúde do Programa de Saúde da Família de Florianópolis, local onde será desenvolvida a pesquisa principal. Dentre as questões analisadas sugeriram-se as seguintes modificações:

- ✓ Questão 14 do questionário 01 – retirar a segunda frase após a vírgula relacionando-se ao estresse.
- ✓ Dimensão das Barreiras para a prática de atividade física no questionário 01 – diminuir o número de opções nas respostas, substituindo por: sim, não ou não sei.
- ✓ Alterar a ordem das dimensões, iniciando os questionários com as dimensões relacionadas com a saúde e atividade física, já que perguntas relacionadas com as questões sociais poderiam inibir a participação da população.
- ✓ Na dimensão do conhecimento sobre atividade física e exercício (Q2), acrescentou-se como opção de resposta o item “ não sei”.

Para Farias jr., Pires e Lopes (2002) esta fase da pesquisa possibilita analisar qual a melhor forma de aplicação do questionário, seqüência e elaboração do enunciado das questões.

1.3 Elaboração do questionário

Após a pré testagem resolveu-se aplicar os questionários em dois momentos distintos.

A seguir no quadro 01 e 02 encontram-se as dimensões, indicadores e as respectivas fontes bibliográficas utilizadas para a composição dos questionários.

Quadro 1. Dimensões, indicadores e as respectivas fontes bibliográficas do questionário 01.

Dimensão	Indicadores	Fontes
Informações pessoais	Nome, sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação ocupacional.	IBGE, 2000
Indicadores de saúde	Aspectos da saúde, co-morbidades, medicamentos, vida profissional, estresse, sono, situação do peso corporal, uso do fumo e de bebidas alcoólicas	SF-36 INCA, 2005 Oliveira, 2005
Informações sobre o Programa de Saúde da Família	Conhecimento do programa, freqüência na unidade de saúde, atividades desenvolvidas, oferecimento de programa de atividade física, tempo disponível.	Cianciarullo, 2002
Barreiras para a prática de atividade física	Informações sobre a freqüência de fatores que interferem ou dificultam a prática regular de atividade física	Martins, 2000
Estágios de mudança de comportamento	Auto-relato da percepção quanto a adoção a prática regular de atividade física	Protraska e Marcus, 1994
Classificação econômica	Informações referentes ao nível de escolarização do chefe da família, empregada mensalista e posse de utensílios.	ABEP, 2003
Medidas antropométricas	Dados antropométricos de peso, altura e circunferência de cintura (medido e auto-referido)	Alvarez & Pavan, 2003 ;Martins & Waldort, 2003; INCA, 2005

Quadro 2. Dimensões, indicadores e as respectivas fontes bibliográficas do questionário 02

Dimensão	Indicadores	Fontes
Conhecimento sobre atividade física e exercício	Frases afirmativas para identificar se caso são verdadeira ou falsa para relação atividade física	InteliHealth, 1999
Questionário de prontidão para atividade física (Q-PAF)	Aspectos da saúde, indicações e contra indicações para a prática da atividade física	Sociedade Canadense para Fisiologia do Exercício, 1994 (Apud, ACSM 2006)
Índice de atividade física (Baecke)	Determinação dos índices de atividade física no trabalho, no lazer e no exercício.	Baecke, 1994

1.4 Coleta de dados

A aplicação dos questionários para verificação da reprodutibilidade foi realizada por 03 professores de Educação Física e pelo professor responsável pela pesquisa.

Os professores foram treinados durante dois dias, a fim de obter uma melhor homogeneidade das perguntas e respostas dos dados que seriam coletados. No período do treinamento foram abordados os seguintes

tópicos: proposta do projeto de pesquisa, elaboração e estrutura do questionário, forma de aplicação, correção e dúvidas das perguntas.

A aplicação do questionário aconteceu nos domicílios em cinco dias consecutivos (segunda a sexta) e em horários diferentes (manhã e tarde). A duração para cada entrevista foi entre 20 a 32 minutos. Sendo de 12 a 17 minutos do primeiro questionário e de 8 a 15 minutos o segundo.

Para a realização da reprodutibilidade os questionários (em anexo) foram aplicados duas vezes (T1 e T2) com um intervalo de 24 horas.

1.5 Sujeitos da amostra

Com base na proposta da pesquisa principal, os sujeitos foram selecionados por domicílio ao acaso, adotando os seguintes critérios de inclusão:

1. Adultos aparentemente saudáveis,
2. Com idade entre 29 e 60 anos;
3. De ambos os sexos.

Para a aplicação deste estudo foram realizadas 75 visitas domiciliares nos Bairros Pantanal e Córrego Grande na cidade de Florianópolis (SC), obtendo-se a participação de 36 pessoas, com idade média de $42,1 \pm 10,79$ anos. O critério utilizado para seleção em domicílio, foi casa sim, casa não. Observou-se um percentual de rejeição de 52% nas visitas realizadas.

Logo a seguir na tabela 01 encontra-se representada a caracterização da amostra entrevistada.

Tabela 1. Perfil da amostra da pesquisa piloto

variáveis	(n)	%	perfil
Sexo	(33)	91,7	feminino
Estado civil	(22)	61,1	casado
Escolaridade	(18)	50,0	colegial completo
Situação ocupacional	(23)	63,9	trabalha

Dentre o perfil da amostra observou-se a prevalência do sexo feminino (91,7%), estado civil casado (61,1%), com escolaridade colegial completo (50,0%) e trabalhadores (63,9%). Com relação às características socioeconômicas, considerando os critérios da ABEP (2003), verificou-se que 65,5% dos adultos entrevistados pertenciam às classes econômicas mais privilegiadas (A e B), enquanto 34,5% dos adultos pertenciam às classes econômicas menos privilegiadas (C e D).

1.6 Tratamento dos dados

Para determinação das medidas de reprodutibilidade dos questionários, recorreu-se ao programa SPSS for Windows, versão 11.5, sendo empregados os procedimentos descritos no quadro 03 abaixo.

Quadro 03 – Procedimentos estatísticos utilizados para cada dimensão.

Dimensões	Procedimentos Estatísticos
Informações pessoais	Índice de Concordância Kappa (K) Índice de Concordância Relativa (R)
Indicadores de saúde	
PSF	
Barreiras para PAFR	
EMCAF	
Classificação Socioeconômica	Coeficiente de Correlação Intraclasse- (CCI)
Nível Socioeconômico	
Conhecimento sobre atividade física (AF)	Índice de Concordância Kappa (K) Índice de Concordância Relativa (R)
Questionário de prontidão para AF (Q-PAF)	
Nível de Atividade Física Habitual	

Para interpretação dos resultados da reprodutibilidade, apresentados pelo índice de concordância Kappa adotou-se os índices propostos por Perreira (1999) adaptada de Landis e Koch (tabela 02).

Tabela 2. Interpretação do Índice Kappa

Kappa	Concordância
<0,00	Ruim
0,01-0,20	Fraca
0,21-0,40	Sofrível
0,41-0,60	Regular
0,61-0,80	Boa
0,81-0,99	Ótima
1,00	Perfeita

Fonte: Perreira (1999), adaptada de Landis e Koch.

Quanto à interpretação do Coeficiente de Correlação Intraclasse (R) adotou-se a referência de Tritschler (2000). A tabela 03 apresenta os valores para análise do resultado do R.

Tabela 3. Referências dos coeficientes de correlação

Coeficiente de correlação	Validação do instrumento
0,90 – 0,99	Excelente
0,80 – 0,89	Muito boa
0,70 – 0,79	Aceitável
0,60 – 0,69	Questionável

Fonte: Tritschler, 2000

1.7 Reprodutibilidade

Para análise da reprodutibilidade dos questionários participaram da pesquisa 36 adultos. Para a primeira aplicação do questionário 01, participaram 36 e para a segunda aplicação, 26 adultos, já para a primeira aplicação do questionário 02, participaram 23 adultos e na segunda aplicação, 20 adultos.

A tabela 04 apresenta os números de respondentes por aplicação de questionários e a perda entre as aplicações.

Tabela 4. Números de respondentes e aplicação de questionários

Questionário	Aplicação 01 (teste 01)	Aplicação 02 (teste 02)	Perda entre aplicações
01	n= 36	n=26	10 (27,8%)
02	n=23	n=20	03 (15%)

Perda entre aplicações = não respondentes, recusas e ausência em domicílio.

Para aplicação do teste do índice de concordância Kappa, optou-se pela análise por dimensões dos questionários. No entanto, caso o índice de concordância Kappa apresentasse com valores baixos para a análise das questões, as mesmas foram reformuladas. O quadro quatro apresenta a caracterização das dimensões utilizadas no questionário 01 e 02, com as respectivas questões.

Quadro 3. Caracterização das dimensões utilizadas no questionário 01 e 02, com as respectivas questões.

categoria	Dimensões	Questões
A	Informações pessoais	2,4,5 e 6 (Q1)
B	Indicadores de saúde	8 e de 10 a 18 (Q1)
C	PSF	19 a 23 e 25 (Q1)
D	Barreiras para PAFR	30 a 49 (Q1)
E	EMCAF	50 (Q1)
F	Classificação Socioeconômica	51 a 53 (Q1)
G	Conhecimento sobre atividade física (AF)	01 (Q2)
H	Questionário de prontidão para AF (Q-PAF)	2 a 8 (Q2)
I	Nível de Atividade Física Habitual	09 a 29 (Q2)

PAFR = prática de atividade física regular

PSF=Programa de Saúde da Família

EMCAF= estágios de mudança de comportamento para atividade física

Q1= questionário 01 Q2 = questionário 02

Observou-se que entre os valores encontrados para o índice de concordância Kappa para os domínios dos questionários, a classificações foram de boa a ótima, variando de 0,614 do domínio das barreiras para a prática de atividade física a 0,963 do domínio de informações pessoais. A tabela 05 apresenta os valores do índice de concordância relativa e do índice de concordância Kappa, com as respectivas avaliações.

Tabela 5. Valores do índice de concordância relativa e do índice de concordância Kappa, com as respectivas avaliações.

Dimensão	Nº de questões	Índice de concordância relativa	Kappa	Avaliação de concordância
Informações pessoais	04	97,41%	0,963	Ótima
Indicadores de Saúde	12	94,83%	0,903	Ótima
PSF	06	93,10%	0,882	Ótima
Barreiras para AFR	20	65,86%	0,614	Boa
Estágios de Mudança de Comportamento	01	86,21%	0,803	Ótima
Classificação Socioeconômica	03	91,95%	0,894	Ótima
Conhecimento sobre AFR	12	82,08%	0,637	Boa
Índice de Atividade Física Habitual	21	77,86%	0,730	Boa
Q-PAF	07	98,57%	0,936	Ótima

As questões 26,27 e 28 do domínio do conhecimento sobre atividade física do questionário 01, apresentaram os menores valores para o índice de concordância Kappa, variando de 0,552 a 0,770.

Para a Avaliação do Coeficiente de Correlação Intraclasse (R) para as Variáveis da Classificação Econômica e Conhecimento sobre Atividade Física do questionário 02, observou-se uma validação excelente e aceitável respectivamente (tabela 06).

Tabela 6. Avaliação do Coeficiente de Correlação Intraclasse (R) para as Variáveis da Classificação Econômica e Conhecimento sobre Atividade Física.

Dimensão	CCI	validação
Nível Socioeconômico	0,98	excelente
Conhecimento sobre Atividade Física	0,72	aceitável

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os valores encontrados para as medidas de reprodutibilidade na maioria das questões foram de boa a ótima, com exceção as questões do domínio do conhecimento sobre atividade física no questionário 01, referente às questões 27, 28 e 29, onde obtiveram um índice de concordância Kappa sofrível.

Logo, optou-se pela retirada deste domínio da versão final do questionário 01, observando-se que estes itens estão contemplados em outras dimensões do instrumento.

Por fim, sugere-se que os instrumentos aqui aplicados para levantamento de informações, como uma boa opção para execução do projeto que visa elaborar, implementar e avaliar um protocolo de orientação de atividade física em Programa de Saúde da Família.

3. REFERÊNCIAS

- ABEP (2003). Critério de Classificação Econômica no Brasil (ABA/ABIPEME). São Paulo: <http://www.anep.org.br/mural/anep/04-12-97,10/09/2005>.
- Barros, M.V.G. e Nahas, M.V. (2003). Medidas da atividade física - teoria e aplicação em diversos grupos populacionais. Londrina: Midiograf.
- Barbetta, P.A. (2003). Estatística aplicada às ciências sociais. (5ª ed.) Florianópolis, SC: Editora da UFSC.
- Cianciarullo, T.I., Gualda, D.M.R., Cunha, I.C.K.O. & Silva, G.T.R. (2002). Saúde na família e na comunidade. São Paulo, Robe Editorial.
- 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.
- ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 7th ed. 2006.
- Guedes, D. P. e Guedes, J. E. R. P. (2005). Manual prático para avaliação em educação física. São Paulo: Manole.
- Brasil, MS (2005). Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos não Transmissíveis. Disponível em <http://www.inca.gov/inquerito/docs/hipertensao,diabetes,atividadefisica>. Acesso em 10 jul. 2005.INCA

ANEXO 18

Cartilha de Intervenção do Módulo Educar

APOIO:

COAFIS

Centro de Orientação em
Atividade Física e Saúde



Fundação de Amparo
à Pesquisa do Estado da Bahia



PREFEITURA MUNICIPAL
DE FLORIANÓPOLIS



os primeiros passos para uma vida saudável

Floripa em Forma

Professor Responsável: Marcius Gomes

Contato: margomes@cardiol.br / 3333-6797/ 3331-5085 (COAFIS)

ATIVIDADE FÍSICA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE



Módulo Educar

Orientação de Atividade Física
nos Programas de Saúde da Família:
uma Proposta de Ação

Florianópolis, SC



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 voc costuma ir durante a semana? (liste cinco locais)



Como voc 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

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 tratadas 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 ingestão 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.



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.

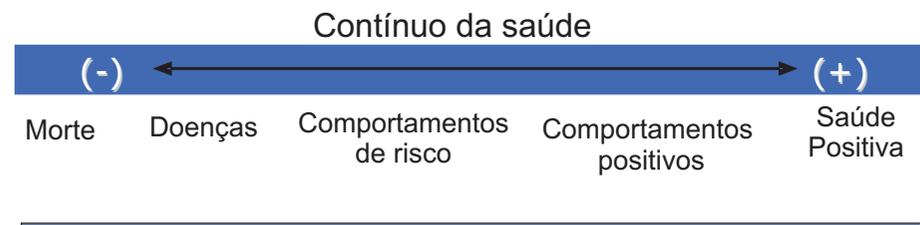
Para obter melhores resultados com a atividade física você deve realizar de forma mais moderada e não tão leve.

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.



Recomendações para atividade física

Pelo menos 30 minutos por dia

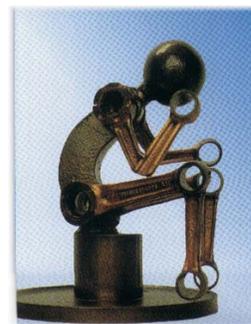
RECOMENDAÇÃO
ATIVIDADE FÍSICA

Leve à moderada

Contínua 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

ANEXO 19

Cartilha de Intervenção do Módulo Conscientizar

APOIO:

COAFIS

Centro de Orientação em
Atividade Física e Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL
DE FLORIANÓPOLIS



os primeiros passos para uma vida saudável

Floripa em Forma

Professor Responsável: Marcius Gomes
Contato: margomes@cardiol.br / 3333-6797/ 3331-5085 (COAFIS)

ATIVIDADE FÍSICA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE



Módulo Conscientizar

Orientação de Atividade Física
nos Programas de Saúde da Família:
uma Proposta de Ação

Florianópolis, SC



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.

Estágios	Definição
Pré-contemplação	Não tem intenção de se torna ativo nos próximos seis meses
Contemplação	Intenção de torna-se ativo nos próximos seis meses
Preparação	Irregularmente ativo, mas pretende tornar-se regularmente ativo nos próximos 30 dias.
Ação	Mudou comportamento por menos de seis meses
Manutenção	Mudou comportamento por mais de seis meses

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 ;e

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



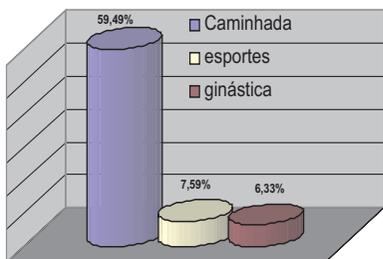
ALGUNS CONCEITOS

Sedentarismo: é resultante do pouco nível da atividade física desenvolvido no seu dia-a-dia, e que esta relacionado com diversos problemas de saúde.

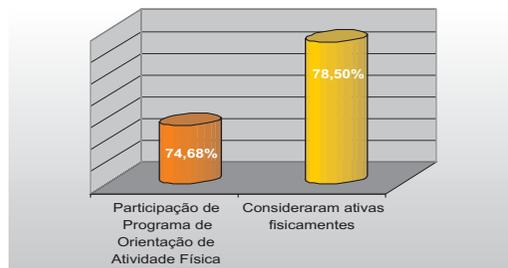
CURIOSIDADES:

VOCÊ SABIA QUE EM SEU BAIRRO:

Atividades que agradam



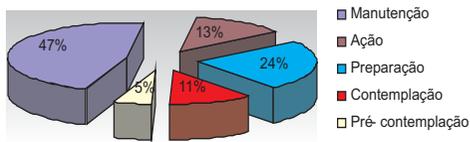
Numa pesquisa realizada a caminhada foi reconhecida como a atividade física que mais agrada.



Na mesma pesquisa a maioria das pessoas mostrou interesse em participar de um programa regular de orientação de atividade física e se considera ativas fisicamente.

Já para os estágios de mudança de comportamento para atividade física, a maioria dos adultos revelou praticar atividade física regular há mais de 6 meses (47%), e 40% dos adultos tem a intenção da prática regular.

Estágios de mudança de comportamento para atividade física



DICAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL:



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

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

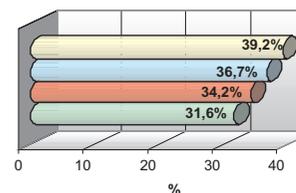
QUE SÃO BARREIRAS PARA A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA?



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, nas figuras abaixo algumas barreiras mais citadas para a prática de atividade física por pessoas de sua comunidade:

Barreiras sociais para a prática de atividade física

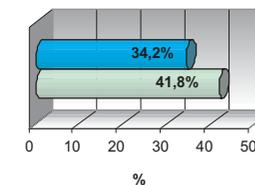


Dentre as barreiras sociais destacou-se a falta de conhecimento ou de orientação sobre atividade física, seguida da jornada de trabalho extensa, falta de companhia e os compromissos familiares.

- Falta de conhecimento ou de orientação de atividade física
- Jornada de Trabalho Extensa
- Falta de Companhia
- Compromisso Familiares

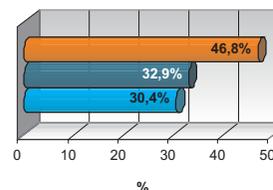


Barreiras ambientais para a prática de atividade física



Como barreiras ambientais, a falta de equipamentos e a falta de segurança (criminalidade) foram as mais citadas, respectivamente.

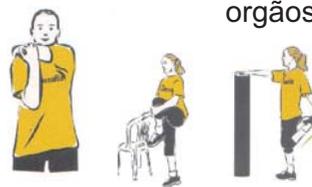
Barreiras físicas para a prática de atividade física



E entre as barreiras físicas as mais citadas foram: dores leves ou mal estar, limitações físicas e a falta de energia (cansaço físico).

- Dores Leves ou mal estar
- Limitações Físicas
- Falta de Energia

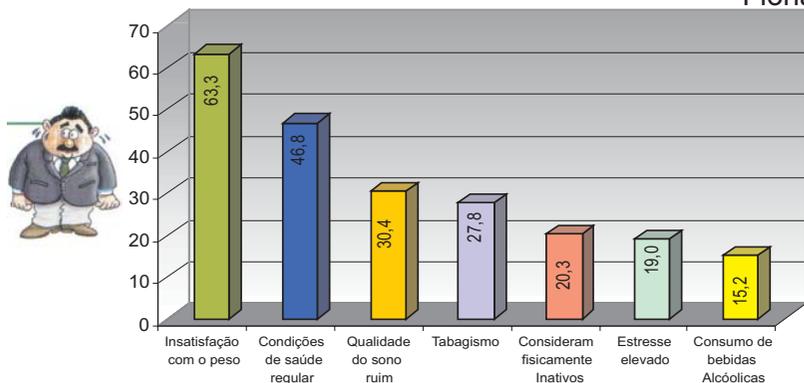
Portanto, observe que nem todas as barreiras podem ser superadas apenas por você, algumas delas, como as barreiras ambientais, dependem do apoio dos órgãos públicos e de ações comunitárias para serem resolvidas.



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

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 moradores de um bairro na cidade de Florianópolis (SC).



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:

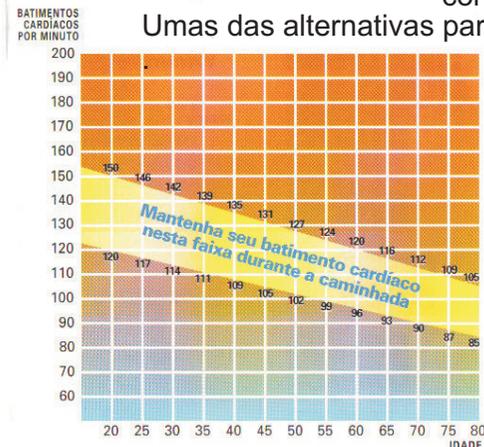
- 1-Manter de 10 a 20 segundos em cada movimento;
- 2-respirar pausadamente durante o alongamento (não bloquear a respiração),
- 3-respeitar os seus limites, pois a dor é sinal de excesso.



Obs: a amostra utilizada nesta pesquisa não foi representativa da população do estudo. 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.



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 ..."



ANEXO 20
Cartão de Avaliação

Tabelas de Classificação

Índice de Massa Corporal

Deficiência de peso	< 18,5
Normal	18,5 - 24,9
Sobrepeso	25,0 - 29,9
Obesidade I	30,0 - 34,9
Obesidade II	35,0 - 39,9
Obesidade III	>= 40

Perímetro da Cintura

	Homens	Mulheres
Risc. Moderado	>= 94	>= 80
Risc. Alto	>= 102	>= 88

Percentual de Gordura

	Homens	Mulheres
Muito baixo	<= 5	<= 8
Baixo	6 - 14	9 - 22
Normal	15	23
Alto	16 - 24	24 - 31
Muito Alto	>= 25	>= 32



Orientação de Atividade Física nos Programas de Saúde da Família: uma proposta de ação

Nome: _____

Medidas Antropométricas

Data: ___/___/___ Idade: _____ anos

Peso: _____ kg Estatura: _____ m

FC.rep: _____ bpm Pr.Art: _____ mmHg

IMC: _____ kg/m² Per.Cint: _____ cm

Orientações:



Dicas Importantes

1. Pratique atividade física! Faça as atividades com prazer!
2. Aprenda tudo o que puder sobre a atividade que você vai realizar.
3. Minimize as chances de lesão escolhendo atividades leves e moderadas.
4. Estabeleça metas a curto prazo.
5. Procure realizar atividades em grupo e que lhe dão prazer.
6. Faça uma avaliação periódica para avaliar o seu progresso.
7. Verifique seu peso e sua pressão arterial regularmente.
8. Se não tiver muito tempo, divida a atividade em várias vezes ao dia. Estabeleça horários!

ANEXO 21

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		Leve
2	fraco	Leve
2,5		Moderado
3	moderado	Moderado
4		Moderado
4,5		Moderado
5	forte	Intenso
6		Intenso
7	muito forte	Intenso
8		Intenso
9		Intenso
10	extremamente 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.

Ref: Nieman(1999)

Manter- se entre os valores 2 a 6 é ideal.

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

APOIO:



Professor Responsável: Marcius Gomes

Contato: margomes@cardiol.br / 3333-6797/ 3331-5085 (COAFIS)

ATIVIDADE FÍSICA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE



Módulo Prático

Orientação de Atividade Física nos Programas de Saúde da Família: uma Proposta de Ação

Florianópolis, SC



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 responde:

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/m^2 . 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 ($FC_{\text{máx}} = 220 - \text{idade}$) 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, triglicerídeos 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!



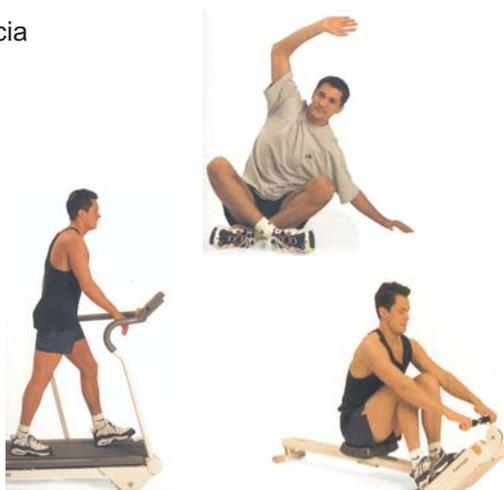
Para você aproveitar melhor os resultados de sua aula siga os seguintes passos:

- 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



1- 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 localizadas 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.

ANEXO 22

Instruções para Escala CR10 de Borg

Instruções para a Escala CR10 de Borg

Instruções básicas: 10, “Extremamente forte – D Máx.”, é a âncora principal. É a percepção (D) mais intensa que você já experimentou. Contudo, pode ser possível experimentar ou imaginar algo ainda mais forte. Portanto, o “Máximo absoluto” está posicionado um pouco mais abaixo na escala, sem receber um número fixo; esse nível está marcado por um ponto “•”. Se você perceber uma intensidade maior do que 10, poderá usar um número mais elevado.

Comece com uma *expressão verbal* e, em seguida, escolha um *número*. Se a sua percepção é “Muito fraca”, escolha 1; se “Moderada”, escolha 3 etc. Fique à vontade para utilizar meios valores (como 1,5 ou 3,5) ou decimais (como, por exemplo, 0,3; 0,8 ou 2,3). É muito importante que você responda o que percebeu, e não o que acredita que deveria responder. Seja o mais honesto possível, e tente não superestimar nem subestimar as intensidades.

Estimativa do esforço percebido: Desejamos que você estime o seu esforço percebido (D), ou seja, como você sente a intensidade do exercício pesado. Isso depende principalmente da tensão e da fadiga nos seus músculos e da sua sensação de falta de ar ou de dores no peito. Mas você deve prestar atenção somente às suas sensações subjetivas e não aos sinais fisiológicos ou em qual é a atual carga física.

- 1 Corresponde a um exercício “muito fraco”, o mesmo que andar lentamente em seu próprio ritmo, durante alguns minutos.
- 3 Não é especialmente intenso e a pessoa não terá problemas em continuar.
- 5 Você está cansado, mas não tem grandes dificuldades.
- 7 Você ainda pode prosseguir, mas terá de se esforçar muito e se sentirá bastante cansado.
- 10 Essa é a maior intensidade que a maioria das pessoas já vivenciou anteriormente.
 - Esse é o “Máximo absoluto”, por exemplo, 11, 12 ou superior.

Classificação da dor: Quais são as suas piores experiências com relação à dor? Se você usar 10 como o maior esforço que já vivenciou, ou que pode imaginar, como estimaria as suas três piores experiências de dor?

- 10 “Extremamente forte – D Máx.” é o seu principal ponto de referência. Ele está ancorado em sua pior dor previamente vivenciada, que você acabou de descrever: a “D Máx.”.
 - Sua pior dor vivenciada, “D Máx.”, pode não ser o nível mais elevado possível. Pode existir uma dor ainda pior. Se o que você sentiu é um pouco mais intenso, estimará a sensação como 11 ou 12. Se for muito mais intenso, por exemplo, 1,5 o “D Máx.”, você estimará como 15!

0	Absolutamente nada	"Sem D"
0,3		
0,5	Extremamente fraco	Apenas perceptível
1	Muito fraco	
1,5		
2	Fraco	Leve
2,5		
3	Moderado	
4		
5	Forte	Intenso
6		
7	Muito forte	
8		
9		
10	Extremamente forte	"D Máx."
11		
...		
•	Máximo absoluto	O mais intenso possível

Escala CR10 de Borg
 © Gunnar Borg, 1981, 1982, 1998

ANEXO 23

Matriz Analítica para Análise Estatística

Matriz analítica para análise estatística.

Caracterização	Categoria do questionário	Categoria para análise
Estado Civil	Solteiro	Solteiro
	Casado	casado
	Separado	Outros
	Divorciado	
	Viúvo	
Outros		
Situação ocupacional	Trabalha	Trabalha
	Aposentado/ trabalha	Desempregado Aposentado Dona de casa outros
	Desempregado	
	Aposentado	
	Dona de casa	
Outros		
Renda familiar	Até 1 salário mínimo	Até 1 salário mínimo
	De 1 a 3 salários	De 1 a 3 salários
	De 4 a 6 salários	De 4 a 10 salários > de 10 salários
	De 7 a 10 salários	
	> de 10 salários	
Não sabe / não respondeu	Não sabe / não respondeu	
Percepção de saúde	Excelente /boa	Positiva
	Regular / ruim	Negativa
Vida profissional	Muito satisfeito	Satisfeito
	Satisfeito	
	Insatisfeito	Insatisfeito
	Muito insatisfeito	
Percepção do estresse	Raramente estressado	Baixo
	Às vezes estressado	Alto
	Sempre estressado	
	Excessivamente estressado	
Auto-avaliação do sono	Muito bom/ bom	Bom
	Ruim / muito ruim	Ruim
Satisfação com o peso corporal	Sim	Satisfeito
	Não, gostaria de diminuir	Insatisfeito
	Não gostaria de aumentar	
Tabagismo	Nunca fumou	Nunca fumou
	Parou de fumar há mais de dois anos	Ex-fumante
	Parou de fumar há menos de dois anos	
	Fuma menos de 10 cigarros por dia	Fumante
	Fuma de 10 a 20 cigarros por dia	
	Fuma mais de 20 cigarros por dia	
Só fuma charuto ou cachimbo		
Consumo de bebidas alcoólicas semanais	Nenhuma	Não bebe
	< 3 doses	Bebe
	3 a 5 doses	
	6 a 10 doses	
	>10 doses	

ANEXO 24
Cartaz de Divulgação do Projeto



Compareça a Unidade de Saúde de seu bairro e PARTICIPE!

Venha receber orientações e saber como a prática da atividade física regular pode contribuir para sua saúde.

O QUE É?

O Projeto Ação e Saúde Floripa (educar, conscientizar e praticar) tem como objetivo incentivar os adultos à prática regular de atividade física, identificando as contribuições e benefícios para sua saúde e para a melhoria da qualidade de vida. Você receberá a visita dos agentes comunitários de saúde para maiores esclarecimentos.

**Início do Projeto
dia 25 de julho de 2006.**

DIAS

Segunda, Quarta e Sexta

HORÁRIOS:

das 7h30min às 10h00 e das 15h00 às 18h00

LOCAL:

Unidade de Saúde do Saco dos Limões

Responsável

Prof. Mestrando Marcius Gomes

Apoio:

Contatos: 3331-5085 ou coafis@cds.ufsc.br

