

Universidade do Vale do Paraíba
Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento

Fernando César Vales

**A RELAÇÃO ENTRE ESTILO DE VIDA E SAÚDE:
Análise da percepção dos usuários de uma unidade de saúde
de São José dos Campos**

São José dos Campos, SP.
2006

Fernando César Vales

**A RELAÇÃO ENTRE ESTILO DE VIDA E SAÚDE:
Análise da percepção dos usuários de uma unidade de saúde de
São José dos Campos**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação em Ciências Biológicas, da Universidade do Vale do Paraíba, como complementação dos créditos necessários para obtenção do título de Mestre em Ciências Biológicas.

Orientadora: Dra. Viviane Santalúcia Maximino

São José dos Campos, SP.
2006

V243r

Vales, Fernando César

A relação entre estilo de vida e saúde: análise da percepção dos usuários de uma unidade de saúde de são José dos campos / Fernando César Vales. São José dos Campos, 2006.

66 f.: il.; 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas do Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento da Universidade do Vale do Paraíba, 2006.

1. Estilo de vida. 2. Atividade Física. 3. Promoção da saúde. 4. Saúde pública. I. Maximino, Viviane Santalúcia, orientadora II. Título.

CDU: 796

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta monografia, por processos fotocopiadores ou transmissão eletrônica, desde que citada a fonte.

Assinatura do aluno:



Data: 14 | MARÇO | 2007.

**“A RELAÇÃO ENTRE ESTILO DE VIDA E SAÚDE: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS
USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS”**

Fernando César Vales

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. **RENATA AMADEI NICOLAU** (UNIVAP)



Prof^ª. Dra. **VIVIANE SANTALUCIA MAXIMINO** (UNIVAP)



Prof^ª. Dra. **ROSÉ COLOM TOLDRÁ** (PUC-CAMP)



Prof. Dr. Marcos Tadeu Tavares Pacheco

Diretor do IP&D – UniVap

Dedico este trabalho ao meu filho Rafael e, em especial, à minha esposa Cláudia que, durante todos estes anos, têm depositado em mim confiança, carinho e todo incentivo para meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

À Educação Física, profissão na qual a cada dia fico mais entusiasmado e que tanto necessita de nosso empenho na busca de seu desenvolvimento e maior embasamento científico para seus procedimentos.

AGRADECIMENTOS

À minha amada esposa por me oferecer todo o suporte necessário para esta realização.

Ao meu pai, que mesmo não estando mais presente, sempre me apoiou e incentivou nas minhas escolhas durante todo o percurso da minha vida, investindo no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

À minha mãe por sempre acreditar nas minhas capacidades e habilidades, se dedicando com carinho ao meu crescimento ao longo da vida.

À minha irmã pelo esforço e compreensão que tem tido nos últimos anos, se dedicando aos cuidados familiares.

À minha orientadora, responsável pelo meu ingresso neste curso, acreditando no meu estudo e na minha capacidade de aprender novos conhecimentos.

Às mulheres voluntárias usuárias dos serviços de saúde da UBS do Jardim Satélite que participaram deste estudo, especialmente as que participam do Projeto Caminhar, as quais prontamente se disponibilizaram.

À Secretaria Municipal de Saúde que, tanto na gestão passada, quanto nesta, viabilizou o desenvolvimento desta pesquisa.

À UNIVAP, em especial, ao Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento (IP&D), por ter me cedido a estrutura que foi necessária para a realização do meu estudo.

Aos colegas do programa de mestrado pela troca de conhecimentos e companheirismo.

À Escola Moppe, em especial, a sua diretora, Terezinha Pereira de Almeida, que me apoiou dando compreensão às minhas necessidades e acreditando no meu

potencial.

Aos meus amigos, José Cláudio, Anderson (Biro), Adriano, Prof^a Maria Olímpia e José Luis, por terem sido prestativos e compreensivos nas minhas dificuldades durante este período. Muito obrigado mesmo.

Ao Dr. Victor Keihan Rodrigues Matsudo pelo incentivo que meu deu ao longo deste percurso de parcerias.

Enfim, obrigado a todos que de alguma maneira fizeram parte deste trabalho.

"Se as pessoas não conseguem encontrar tempo para fazer alguma atividade física, que achem tempo para tratar suas doenças".

Dr. Kenneth Cooper

A RELAÇÃO ENTRE ESTILO DE VIDA E SAÚDE:
Análise da percepção dos usuários de uma unidade de saúde de São José
dos Campos

RESUMO

A importância da prática regular da atividade como instrumento para se obter melhora da qualidade de vida e do bem-estar geral, tem sido amplamente discutida por pesquisadores. Inúmeros estudos têm procurado entender melhor o comportamento humano relacionado à prática de atividade física, com a finalidade de melhorar o nível de conhecimento das pessoas sobre os benefícios desta prática e assim aumentar a adesão ao exercício físico regular como hábito de vida diário. Pretende-se com esta pesquisa verificar a percepção dos usuários de uma unidade de saúde pública de São José dos Campos em relação à implantação do programa de atividade física para a construção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável e de conceitos inerentes à saúde. Para este estudo foi utilizado questionário com perguntas mistas, contendo duas partes: a primeira, com dados de identificação pessoal; a segunda, com questões relativas ao tema estudado. A população-alvo foi de usuárias da Unidade Básica de Saúde do Jardim Satélite, região sul de São José dos Campos, não participantes e participantes do Projeto Caminhar, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde. Esta população foi dividida em dois grupos de 24 pessoas cada, atendendo o seguinte perfil para inclusão: pacientes com hipertensão arterial sistêmica leve e moderada, sexo feminino, idade entre 35 e 65 anos, residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde do Jardim Satélite, da cidade de São José dos Campos, e usuárias do Sistema Municipal de Saúde. Grupo 1, voluntárias não participantes do Projeto Caminhar; Grupo 2, voluntárias participantes do Projeto Caminhar. Os dados quantitativos são apresentados de forma descritiva a fim de analisar o perfil dos usuários e indicação de características associadas. Os resultados desta pesquisa apontam que a maioria dos indivíduos estudados (77,1%) possui idade acima de 50 anos e baixo nível de escolaridade, sendo que 70,8% completaram ou não o ensino fundamental. Além disso, a frequência semanal de atividade física realizada pelos dois grupos estudados, não está seguindo os padrões das recomendações que se defende nas atividades do Projeto Caminhar, atingindo níveis elevados (62,9%) de pessoas que não atendem a recomendação. Reforçando a dificuldade que as pessoas têm para iniciar ou manter regular a prática da atividade física, bem como realizar mudanças de comportamento a fim de promover o próprio bem-estar e a melhora dos padrões de qualidade de vida. Apesar de terem o conhecimento sobre os benefícios de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável, suas atitudes permanecem inalteradas e dependentes de intervenções de terceiros dificultando o desenvolvimento para a autonomia do autocuidado,

Palavras-chave: Estilo de vida. Atividade física. Promoção da saúde. Saúde pública.

**RELATION BETWEEN LIFESTYLE AND HEALTH:
Analysis of users perception from São José dos Campos Health Unit**

ABSTRACT

The importance of activity regular practice as instrument of obtaining improvement of life quality and general welfare, it has been discussed thoroughly by researchers. Through countless studies has been trying to understand the human behavior related to practice of better physical activity, with purpose of increasing the level of people's knowledge on the benefits of physical activity and how to increase the adhesion into regular physical exercise as daily life habit. This research intended to verify the perception of users on São José dos Campos health public unit in relation to implantation of physical activity program for the construction of lifestyle assets and healthy and of inherent concepts to health. In this study questionnaire was used with mixed questions, containing two parts: the first one, with data of personal identification; the second, with relative subjects to studied theme. The target-population was users from Health Basic Unit in Jardim Satélite, south area of São José dos Campos, non-participants and participants of Walking Plan, developed by Health Municipal Department. This population was split in two groups of 24 person each, assisting the following profile for inclusion: patients with light and moderate of Hypertension Arterial Systemic (HAS), female, age between 35 and 65 years old, residents in area of inclusion of Health Basic Unit in Jardim Satélite, São José dos Campos city and users of Health Municipal System. Group 1, voluntaries non-participants of Walking Plan; Group 2, voluntaries participants of Walking Plan. The quantitative data are presented in a descriptive way in order to analyze the users' profile and indication of associated characteristics. The results of this research indicate that the great majority (77,1%) has more than 50 years old and low education level, and 70,8% completed or no basic education. Besides, the weekly frequency of physical activity is not following the recommendations standard in the activities of Walking Plan, reaching high levels (62,9%) of people that don't assist the recommendation. Reinforcing the difficulty that the people have for initial or to maintain to regulate the practice of physical activity, as well as to accomplish changes of behavior in order to promote the own welfare and improvement of patterns of life quality. In spite of they have knowledge on the benefits of a lifestyle and healthy, their attitudes stay unaffected and dependent of interventions of third hindering the development for autonomy of the self-take care.

Key-words: Lifestyle. Physical activity. Health Promotion. Public health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Nível de escolaridade das participantes.....	44
Gráfico 2 – Freqüência semanal da prática de atividade física (Geral).....	45
Gráfico 3 – Freqüência semanal e realização de atividade física das voluntárias do Grupo 1.....	46
Gráfico 4 – Freqüência semanal e realização de atividade física das voluntárias do Grupo 2.....	46
Gráfico 5 – Duração das sessões de atividade física realizada em relação às recomendações.....	47
Gráfico 6 – Duração das sessões de atividade física realizadas pelas voluntárias do Grupo 1 (Comunidade) em relação às recomendações.....	48
Gráfico 7 – Duração das sessões de atividade física realizadas pelas voluntárias do Grupo 2 (Projeto Caminhar) em relação às recomendações.....	48
Gráfico 8 – Percepção do usuário referente ao conceito de doença entre as voluntárias do Grupo 1, Grupo 2 e Geral.....	49
Gráfico 9 – Conceitos relatados pelas voluntárias sobre aspectos de vida saudável, conforme categorização.....	50
Gráfico 10 – Conceito relatado pelas voluntárias sobre hábitos saudáveis.....	50
Gráfico 11 – Conceitos relatados pelas voluntárias sobre hábitos ruins.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das participantes da pesquisa segundo faixa etária e grupo.	43
Tabela 2 – Frequência da atividade física realizada pelas voluntárias.....	45
Tabela 3 – Duração das sessões de atividade física entre as voluntárias do Grupo 1 e do Grupo 2.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSM - *American College of Sports Medicine*

AF - Atividade Física

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

CEP - Comissão de Ética em Pesquisa

DCNT - Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

Escala de BORG - Escala Percepção Subjetiva do Esforço

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IAP - Instituto de Aposentadorias e Pensões

IP&D - Instituto de Pesquisas e Desenvolvimento

OMS - Organização Mundial da Saúde

PC - Projeto Caminhar

PMPAF - Programa Municipal de Promoção à Atividade Física

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 SAÚDE PÚBLICA E ATIVIDADE FÍSICA	19
2.1 Breve Histórico Sobre as Políticas de Saúde no Brasil	21
2.2 Atividade Física Relacionada à Saúde	25
2.3 Mudança de Comportamento	31
2.4 Uma Proposta de Método: Projeto Caminhar.....	36
3 OBJETIVOS	39
3.1 Objetivo Geral	39
3.2 Objetivos Específicos	39
4 MÉTODO	40
4.1 População Estudada.....	40
4.2 Local	40
4.3 Instrumentos.....	40
4.4 Aspectos Éticos	41
4.5 Procedimentos	41
5 RESULTADOS	43
6 DISCUSSÃO	52
7 CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICE	60
APÊNDICE A – Questionário para Entrevista dos Usuários.....	61
ANEXOS	64
ANEXO A – Aprovação do Conselho de Ética e Pesquisa	65
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	66

1 INTRODUÇÃO

As conseqüências de um estilo de vida sedentário têm sido amplamente discutidas na saúde pública por se tratar de um fator de risco, relacionado ao comportamento humano, relevante na prevalência das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT). Portanto, um primeiro compromisso para os cuidados médicos é prescrever atividade física ao paciente sedentário como condição de reduzir riscos de doenças crônicas (MANU; MICHAEL; FRANK, 2002).

Atualmente a concepção de saúde tem tido um caráter ampliado, considerando as necessidades do indivíduo nos aspectos fisiológicos, afetivos, motores, sociais, culturais e intelectuais de maneira mais ampla. Assim, o conceito de saúde que se constrói atualmente transcende a simples concepção de ausência de doenças.

O termo saúde tem sido diretamente relacionado com qualidade de vida e longevidade, que por sua vez pode indicar redução de risco e controle da morbidade de um indivíduo.

O estilo de vida inadequado tem, reconhecidamente, causado danos à saúde e efeitos negativos no surgimento das DCNT devido aos maus hábitos adquiridos pelo indivíduo ao longo de sua vida, como por exemplo, o tabagismo, a alimentação inadequada e o sedentarismo. Após longo tempo de exposição aos fatores de risco e da convivência assintomática do indivíduo com a doença não diagnosticada, mesmo quando os fatores de risco são perceptíveis, as evidências clínicas das DCNT tornam-se claras (LESSA, 2004).

A Educação Física tem acompanhado a tendência mundial de promoção e manutenção da saúde através da promoção da atividade física, reconhecendo a

importância dos níveis de desempenho motor e fisiológico. Porém, mais importante do que o alto desempenho, é a prática regular da atividade física para se obter níveis satisfatórios de aptidão para as tarefas diárias e prevenção de doenças (BLAIR, 1995; PATE, 1995; SALLIS; OWEN, 1999).

As descobertas científicas sustentam o papel significativo da atividade física moderada na redução de riscos relacionados a doenças causadas pelo estilo de vida. A literatura médica, principalmente, tem evidenciado os benefícios da prática regular de atividade física, contribuindo para o reforço da compreensão do binômio atividade física e saúde. Verifica-se, também, que profissionais da saúde têm se posicionado contrariamente a hábitos considerados nocivos como tabagismo, dieta inadequada e sedentarismo.

Estudos provenientes de diferentes partes do mundo tornaram óbvia a necessidade de se combater o sedentarismo (MATSUDO, 2005; DUPERLY, 2005; BLAIR, 1995; PATE, 1995; SALLIS; OWEN, 1999), o qual passou a figurar indiscutivelmente como um dos fatores comprometedores da qualidade de vida humana.

A mudança de foco, ocasionada pelo entendimento multidimensional da saúde, permite conceber a mudança de hábitos de vida como um dos primeiros passos no combate ao sedentarismo. A adoção de um estilo de vida fisicamente ativo constitui-se em uma prática eficiente de intervenção ou minimização de conseqüências indesejáveis do sedentarismo, considerando que este é, em si mesmo, um fator de risco à saúde. Portanto, passa a ser fundamental aos profissionais de saúde, incluindo o da Educação Física, promover a prática de atividades físicas na rotina dos indivíduos, independentemente de sexo, idade ou necessidades pessoais, a fim de minimizar os riscos que o sedentarismo pode

causar.

Embora o reconhecimento da importância da prática regular da atividade física como fator protetor da saúde, percebe-se que a aderência desta prática não tem sido adotada por grande parte da população. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) , o índice de sedentarismo em todo o mundo chega a uma proporção entre 60 e 85% da população.

Provavelmente, um dos fatores que dificultam a adesão ao estilo de vida fisicamente ativo é a motivação. Algumas teorias do comportamento humano sugerem que a motivação pode ser influenciada por percepções e estímulos intrínsecos ou extrínsecos, os quais irão orientar as tomadas de decisão dirigidas para a satisfação das necessidades ou desejos individuais (BANDURA, 1998; PROCHASKA, 1997).

Nota-se, o rápido crescimento pelo interesse por estudos com temas relacionados ao comportamento humano, o que implica na investigação da motivação em suas facetas relacionadas à tomada de decisão, intenção e atitudes inerentes à mudança de hábitos diários. Estes estudos procuram investigar e entender os fatores que interferem na mudança de comportamento e produzir conhecimento capaz de tornar as práticas de intervenção cada vez mais efetivas.

A produção do conhecimento relacionado ao comportamento humano e aos conceitos de saúde e doença, tem sugerido preocupação na área da epidemiologia e saúde pública que apontam uma situação alarmante em relação ao sedentarismo e sua estreita ligação com a mortalidade e morbidade da população.

É preciso tentar compreender o comportamento humano relacionado à atividade física, além de conhecer como as pessoas entendem toda essa complexidade de conceitos e conseqüências perante o processo saúde-doença.

Contudo, apesar do crescente entendimento e compreensão da necessidade de se promover a atividade física como fator essencial à saúde, há a dificuldade de estimular a população à adoção de hábitos diários contrários ao sedentarismo. Parece haver pouco domínio sobre as variáveis que interferem na adoção de comportamentos fisicamente ativos e na estruturação dos hábitos de vida. Portanto, torna-se necessário um melhor entendimento sobre os fatores determinantes que influenciam o hábito da prática da atividade física regular, para que os programas de intervenção de combate ao sedentarismo possuam estratégias mais atuantes e efetivas.

2 SAÚDE PÚBLICA E ATIVIDADE FÍSICA

A Saúde é a relíquia que rodeia o ser humano ao longo da vida de forma contínua e sua manifestação é regida, basicamente, pelo próprio comportamento. De uma forma geral, manter ou melhorar a condição de saúde está ligado ao comportamento em relação ao estilo de vida que cada pessoa tem em seu cotidiano.

Este comportamento muitas vezes é de risco, como por exemplo: o consumo de substâncias químicas (álcool, tabaco e outras drogas), relação social inadequada (estresse, isolamento social) e manutenção corporal inadequada (hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, higiene pessoal). Estes hábitos inadequados podem ser acompanhados de doenças do tipo infecciosas ou degenerativas que afetam de maneira progressiva o sistema cardiovascular, pulmões, músculos, articulações, pele, audição e visão (NAHAS, 2003).

O estilo de vida inadequado, com comportamento de risco constante, tem causado à saúde pública uma situação alarmante com o crescimento dos casos das DCNT, como hipertensão arterial, obesidade, diabetes, câncer e as doenças cardiovasculares em geral. Estas doenças têm sido amplamente associadas ao comportamento de risco e ao estilo de vida inadequado, principalmente sobre os aspectos dos principais fatores de riscos relacionados ao estilo de vida: alimentação inadequada, tabagismo, aumento do estresse e, principalmente, o sedentarismo (MATSUDO, 2005; NAHAS, 2003).

Mesmo sabendo que o comportamento de risco e o estilo de vida inadequado aumentam a possibilidade de se adquirir doenças e de obter baixa qualidade de vida, as pessoas mantêm quase inalterados os hábitos da vida diária e só percebem a vulnerabilidade de sua saúde quando são ameaçadas pelos

sintomas das doenças que estão por surgir, isto quando as mesmas são sintomáticas.

Desde sua constituição em 22 de julho de 1946, a OMS (2006), define saúde como: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Já a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, define saúde como:

Em sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis da vida (BRASIL *apud* PUSTAI et al., 1996, p.18).

Especificamente, a atividade física tem contribuído significativamente como fator de proteção para as DCNT, como será visto no próximo capítulo. A estrutura do corpo humano está constituída para o movimento e locomoção, ou seja, para a atividade física. Portanto, o sedentarismo significa um comportamento agressivo à natureza humana. A cada geração, percebe-se que as pessoas tornam-se cada vez menos ativas, devido às facilidades da vida moderna. Em épocas passadas, havia a necessidade das pessoas buscarem seus próprios alimentos na natureza para a sobrevivência e então era necessário pescar, caçar, plantar e colher. Hoje, a vida moderna facilita para que estes alimentos sejam encontrados próximos das casas. Outro aspecto importante é que o lazer era ativo e hoje a adesão ao lazer passivo tem sido crescente, contribuindo ainda mais para o aumento do sedentarismo devido ao longo tempo gasto assistindo televisão e jogos no computador ou vídeo game (NAHAS, 2003).

Este panorama preocupante que está estampado na saúde da coletividade poderia estar alterado se, ao longo dos tempos, as pessoas tivessem tido um comportamento adequado em relação à saúde através de um estilo de vida

saudável, não haveria tanta necessidade na busca da assistência médica para as doenças que poderiam ter sido evitadas. Nota-se que responsabilidade na manutenção da saúde não é só do Estado, mas também do próprio indivíduo e da sociedade (LESSA, 2004).

O estado de saúde de cada indivíduo deve-se a multifatorialidade, assim é preciso considerar os fatores contextuais relevantes ao indivíduo sem dissociá-los de seu cotidiano. Portanto, a consideração do indivíduo e seu contexto sócio-econômico-cultural passa a ser indispensável, em qualquer análise, sobre os benefícios à saúde na implantação e implementação de programas de promoção à mesma nas instituições (BAGRICHEVSKI; PALMA; ESTEVÃO, 2003).

A Secretaria de Saúde da cidade de São José dos Campos, pensando na melhoria e manutenção da saúde população, implantou o Projeto Caminhar (PC) com a finalidade de promover a atividade física com atendimentos regulares desde 2001. Como esta pesquisa pretende verificar se o PC alterou comportamento de seus participantes, faz-se necessário conhecer o processo histórico das políticas de saúde do Brasil para que seja possível interpretar o comportamento atual.

2.1 Breve Histórico Sobre as Políticas de Saúde no Brasil

Os indicativos históricos que seguem, apontam os principais pontos da trajetória da constituição do sistema público de saúde, focalizando as alterações importantes na política de saúde pública e institucional no país. Não se trata de uma análise aprofundada e detalhada, mas apenas como cronologia das mudanças ocorridas no sistema.

Do século passado até hoje, o sistema de saúde brasileiro transitou entre o sanitarismo e o modelo assistencial médico-centrado. Durante este período, o país passou por diversas tendências governamentais, tais como, modelos de governo da Proclamação da República à Ditadura, crises econômicas, sociais e políticas. Estas tendências e crises, evidentemente, influenciaram no molde do sistema de saúde ao longo dos tempos, porém, apenas os marcos cronológicos e as principais características em suas épocas serão considerados.

O período entre 1889 e 1930 ficou marcado pela criação dos serviços e programas de saúde pública, pelo modelo de ações coletivas nas campanhas sanitárias e pelo surgimento da Previdência Social no Brasil. Possuía estrutura administrativa de saúde centralista e corporativista que, por se tratar de governo de Oligarquias, era ligado a um corpo clínico médico proveniente deste regime, indicando um perfil de gerenciamento centralizador e autoritário (SANTANA, 1997).

O Momento histórico político conhecido como “Período Populista”, na Era Getúlio Vargas (1930 – 1950), ficou marcado pelo fim da Oligarquia e de grandes reformas políticas e administrativas, sendo criado os Institutos de Securidade Social (Instituto de Aposentadorias e Pensões - IAP), organizados por classes profissionais. O Sistema de Saúde ficou caracterizado pelo clientelismo nos serviços e atenção médica, onde só tinham acesso aos serviços de saúde os trabalhadores formais e suas famílias. Dois foram os destaques para este período: a reestruturação do Departamento Nacional de Saúde e a centralização dos serviços de saúde (SANTANA, 1997).

Marcado pelas eleições diretas para os principais cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de atuação da imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos, o período entre 1950 e 1964 ficou caracterizado pelo

surgimento dos primeiros serviços médicos particulares contratados pelas empresas, conhecidos como “medicina de grupo” e pelos investimentos na assistência médico-hospitalar. Isso aconteceu em um momento em que era evidente a necessidade de investimentos de recursos em uma reforma de base consistente, visando à atenção primária à saúde (SANTANA, 1997). Portanto, nesta fase do Sistema de Saúde Brasileiro, destaca-se a dicotomia no atendimento e nos serviços de saúde entre os modelos campanhista e curativista e a luta dos trabalhadores para melhoria de atendimentos nos Institutos (TEIXEIRA, 2001).

Durante o Estado Militar que compreende os vinte anos de ditadura militar no Brasil, de 1964 a 1984, o grande impacto sobre o Ministério da Saúde foi à redução das verbas destinadas à saúde pública, decrescente até o final da ditadura. Aplica-se sobre a atenção à saúde de maneira individual, assistencialista e especializada, descaracterizando ainda mais as necessidades preventivistas e coletivas. A sociedade civil mobilizou-se, exigindo melhores condições de saúde, bem como o direito da mesma. Esta fase foi caracterizada pela grande desestruturação do Sistema de Saúde Brasileiro, com destaque para os grandes problemas sócio-econômico-políticos, redução das verbas para a saúde, grandes financiamentos para instituições privadas pela Previdência Social e de inúmeras manifestações de classes profissionais e populares para melhoria da saúde pública (TEIXEIRA, 2001; SANTANA, 1997).

Entre 1985 e 1989, as políticas públicas tiveram grande função na consolidação da Nova República. O regime democrático herdou da ditadura um sistema de saúde falido, desestruturado e sem diretrizes consistentes, de acordo com as necessidades sociais do país (TEIXEIRA, 2001).

Restou então a reconstrução do sistema de saúde voltado para as reais

necessidades do povo, pois o que havia naquele momento era um modelo hospitalocêntrico e o previdenciário, o que significa altos investimentos nas tecnologias médicas mais complexas e, por conseqüência, a assistência médica previdenciária tornando-se cada vez mais onerosa (TEIXEIRA, 2001).

Iniciam-se alguns movimentos de mudança estrutural para a Reforma Sanitária que defendiam a descentralização do sistema de saúde, a hierarquização dos serviços de saúde e a democratização do sistema, enfatizando a atenção primária nos cuidados à saúde, como por exemplo: consultas médicas (clínica, pediatria e ginecologia), imunização, formação de grupos de promoção e prevenção de saúde, distribuição de medicamentos, marcação de exames (TEIXEIRA, 2001; SANTANA, 1997).

No início dos anos 80, o governo da Nova República, visando facilitar o acesso da população, descentraliza os serviços de saúde nos níveis municipais e distritais, além de instituir a participação popular. A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco na formulação das propostas de mudança do setor saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira. Este documento final, que tinha como concepção a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, foi reconhecido na Constituição de 1988. A nova Constituição Brasileira inclui uma seção sobre a saúde, que a princípio adota a proposta da Reforma Sanitária e institui o Sistema Único de Saúde (SUS), que reconhece a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, eqüidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação popular. O SUS apresenta, em suas diretrizes, ações de intervenção nos três níveis de assistência: na atenção básica, na especialidade e na hospitalar, observando desde a promoção da saúde até a alta complexidade hospitalar (TEIXEIRA, 2001).

Finalizando, a política de saúde do Brasil tem muito mais riqueza de detalhes do que os apontados neste breve histórico, porém, fica desenhado o caminho complexo que o Sistema de Saúde Brasileiro vem percorrendo ao longo deste último século, a partir da Proclamação da República até chegar ao período em que se constituiu o sistema atual, o SUS. Este, desde quando instituído na Constituição de 1988 até nos dias de hoje, vem se apresentando como uma gestão em construção na sua prática (CZERESNIA et al., 2003).

Percebe-se que ao longo do processo evolutivo das políticas de saúde do Brasil, diversos sistemas foram utilizados com foco nos problemas de saúde de cada época. Porém em todos eles pouco se deu importância para os cuidados básicos da saúde da população, mas sim, para o combate das doenças, ou então, para determinadas classes sociais. Desde o início o PC está norteado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), descentraliza o foco central no atendimento restrito, como citado anteriormente, para o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas e participação da comunidade. A Secretaria de Saúde de São José dos Campos preocupada para que os princípios do SUS sejam atendidos, entende que a implantação do PC como um programa de promoção de atividade física colabora para o sistema de saúde local na promoção de saúde e prevenção de doenças (SANTANA, 1997).

2.2 Atividade Física Relacionada à Saúde

A literatura relata a estreita relação entre atividade física e seus benefícios à saúde e qualidade de vida. Porém, nas últimas décadas, é que se percebe um movimento mais concreto e efetivo, a fim de minimizar os riscos que o sedentarismo

pode causar para a saúde da população em geral. Iniciam-se, progressivamente, movimentos discretos, enfatizando a necessidade da prática de atividade física como meio de obtenção da melhoria da qualidade de vida e proteção à saúde, e também, objetivando tornar a saúde menos custosa para o Estado (AGITA SÃO PAULO, 2002).

Este movimento, oriundo dos meios de comunicação, reforça um perfil de orientação à prática da atividade física em caráter individualista, perdendo assim o sentido do coletivo. As pessoas passam a buscar suas próprias alternativas; com isso, o perfil coletivo cede espaço ao individual, ou daqueles que possuem tempo disponível e condição financeira para adequar estas recomendações às suas necessidades físicas. Sendo assim, grande parte da população enfrenta barreiras quase intransponíveis para realizar um autocuidado referente à prática de exercícios físicos regulares, ficando negligenciada quanto aos seus direitos à saúde (BAGRICHEVSKI; PALMA; ESTEVÃO, 2003).

Percebe-se que o processo da prática da atividade física é mais informativo do que formativo. A convivência com uma série de mensagens que explicitam a necessidade de manter regular a prática do exercício físico como fator de proteção ao bem-estar geral, porém ficam sem respostas as seguintes indagações: Que exercícios devem fazer? Quais atividades podem realizar? Como fazer? Onde? Qual o tempo ideal? Quantas vezes por semana? As respostas para estas questões seguem a recomendação do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e do *American College of Sports Medicine* (ACSM): “realizar atividade física com intensidade moderada por pelo menos 30 minutos diários, em cinco ou mais dias da semana”. Estas e outras questões que surgem quando apenas recebem-se as informações sobre a necessidade da prática regular de atividade física, tornam-se

uma barreira que pode dificultar a mudança de comportamento das pessoas para um estilo de vida fisicamente ativo, deixa algumas dúvidas sem resposta nem orientações (GONÇALVES et al., 2004).

Neste caso, o processo educativo é o meio mais eficaz de promover a atividade física, pois amplia o conhecimento do indivíduo, respondendo integral ou parcialmente às questões anteriores. É necessário que o indivíduo faça parte do contexto para que haja o entendimento e o aumento do nível de conhecimento sobre o benefício de um estilo de vida ativo e saudável. Assim, as indagações anteriores não ficariam sem respostas, conseqüentemente, aumentaria a adesão pela prática diária de atividade física. Adicionalmente, o Estado pode basear-se neste processo para conduzir sua política de promoção da saúde com visão ampliada na estrutura ambiental das cidades (CZERESNIA et al., 2003).

Está claro que a atividade física associada à saúde, pode trazer resultados satisfatórios nos aspectos fisiológicos para a população em geral, porém deve-se ficar atento para não se defender à existência desta relação apenas como causa e efeito (BAGRICHEVSKI; ESTEVÃO, 2004).

Este movimento de combate ao sedentarismo ainda não é muito significativo, pois se percebe que são raras as instituições governamentais e não-governamentais ligadas, direta ou indiretamente, aos cuidados à saúde que integram em suas estratégias de promoção ao bem-estar a atividade física em seus planos de ações, como fator preponderante à prevenção de doenças e redução de agravos à saúde. Por outro lado, os estabelecimentos de políticas públicas de promoção da saúde precisam ser incorporados pelo Estado no sentido de definir os atores desta ação. Sendo assim, o especialista em atividade física deve compor a equipe de saúde e atuar de forma mais ampla na construção política e não apenas figurando

na prestação de serviços de maneira braçal e desarticulada do sistema (LUZ, 2003).

A cultura que se vê inserida na população e nos próprios sistemas de saúde é marcada pela busca de atendimentos centrados na figura do médico, em procedimentos e em busca de medicamentos dentro das unidades de saúde. O indivíduo vai em busca de uma unidade de saúde para tratar da doença ou mal-estar que está sentindo, mas não para procurar informações ou ações para cuidar de sua própria saúde. Por outro lado, o sistema possui um “cardápio” de ofertas nas unidades de saúde para este cliente, que o induz a retroalimentar este paradigma. O cliente chega à unidade procurando o quadro de informações para saber qual é o “prato do dia”, que pode ser uma consulta ou uma simples busca de medicamentos. Claro que as consultas ou outros procedimentos são extremamente necessários, porém, nota-se que, na maioria das vezes, a procura é por procedimentos que enfatizam a doença. No fortalecimento a este paradigma, encontra-se, por outro lado, a organização dos serviços da unidade. Esta organização é voltada para suprir ou alimentar o paradigma do sistema em enfatizar a doença e, dificilmente para atender às reais necessidades de saúde do cliente. Percebe-se que os levantamentos epidemiológicos realizados a fim de traçar o perfil populacional são feitos com o foco na morbidade, não que necessariamente não deveriam ser assim, mas poderiam focalizar também parâmetros para promoção da saúde. Nota-se que as instituições promotoras de cuidados à saúde pouco têm incluído a atividade física em seus levantamentos epidemiológicos, dificultando assim a elaboração de estratégias de ações efetivas para promover a saúde através da diminuição dos níveis de sedentarismo da população (CZERESNIA et al., 2003; LUZ, 2003; MATSUDO, 2005).

Para que se possa haver a quebra deste paradigma é necessária uma

mudança de comportamento tanto da população, quanto do sistema de saúde, visando reduzir os danos causados pelo sedentarismo, que ocupa 70% dentre os fatores de riscos relativos ao estilo de vida no que concerne às doenças cardiovasculares (AGITA SÃO PAULO, 2002).

Tanto o sistema de saúde, quanto o cliente, ainda não se deram conta de que é necessário atuar de forma preventiva nos cuidados à saúde, sendo essencial estabelecer uma política de proteção à saúde da população em geral, potencializando a organização dos serviços na atenção básica à saúde. O SUS propõe este posicionamento desde sua implantação na Constituição de 1988, com a finalidade de desenvolver de forma ampla a visão de prevenção e promoção da saúde no processo saúde-doença (LUZ, 2003).

Segundo o CDC (2001), a cada ano no mundo, ocorrem mais de dois milhões de mortes atribuídas à inatividade física. O estilo de vida ativo seria responsável por prevenir 54% do risco de morte por cardiopatia, 50% do risco de morte por acidente vascular cerebral e de 37% nos casos de câncer; alcançando o espantoso índice de 51% para qualquer causa morte por doenças não-transmissíveis.

Com isso pode-se observar que, com a redução do sedentarismo como fator de risco, a população ganhará em qualidade de vida e, por consequência, os sistemas de saúde perceberão a economia nos altos custos com gastos nos tratamentos das doenças e mortes. Estudos de Berg (2000 apud AGITA SÃO PAULO, 2002), trabalhando com dados da Alemanha, apontam que, naquele país, o dispêndio nacional com o tratamento de moléstias ligadas ao estilo de vida já estaria alcançando quase 130 bilhões de marcos, no ano de 1996, sendo que quase 80 bilhões estariam sendo gastos apenas com a atenção às doenças cardiovasculares,

diabetes e câncer.

Para que esta cultura seja modificada, há a necessidade de uma mudança de comportamento que indique um modo fácil e menos doloroso de cuidar da saúde. Ações efetivas de educação em saúde são uma maneira pela qual possibilita-se ao sistema e a seu cliente aumentar o nível de conhecimento sobre os benefícios da atividade física, bem como de se obter um estilo de vida fisicamente ativo. Para isso, é preciso determinar o perfil epidemiológico da população e seus comportamentos em relação à prática regular da atividade física. Atualmente, a recomendação do CDC e do ACSM para a prática regular de atividade física é a seguinte: a atividade física de intensidade leve ou moderada, com duração de pelo menos 30 minutos diários, contínua ou acumulada, por, no mínimo, cinco dias da semana, se possível em todos, poderá trazer resultados positivos e significantes em um curto espaço de tempo. O propósito desta preconização é tornar mais fácil e prazerosa a prática de exercícios físicos regulares para uma pessoa iniciante e, até mesmo, para as que têm pouco tempo disponível durante o dia. Estas atividades devem estar amparadas em um processo pedagógico, com o intuito de que o indivíduo ganhe autonomia para conquistar, assim, um estilo de vida fisicamente ativo, saúde e qualidade de vida (MATSUDO, 2005).

No entanto, apesar de amplamente divulgada pelos meios de comunicação, a prática de atividade física regular ainda não é um hábito para a maior parte da população. Diversas alegações são utilizadas para justificar o sedentarismo, tais como falta de tempo, de local adequado ou de dinheiro. Também não se sabe ao certo o quanto o usuário incorpora os conceitos de saúde, de doença e sua relação com a atividade física preconizados pela prática preventivista (NAHAS, 2003).

Na implantação de programas de promoção da atividade física na atenção

básica à saúde, deve-se observar qual a tendência epidemiológica da população e direcionar as ações com aspectos coletivos para potencializar a promoção da saúde com sistematização do processo educativo. A presença de uma liderança parece ser inevitável durante todo o processo, pois nos grupos de caminhada das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos, a presença de um profissional da área da saúde na liderança do grupo aparece como um fator marcante na aderência ao exercício físico proposto. Diariamente, desenvolvendo programas de incentivo à prática de atividade física, percebe-se que é necessário utilizar metodologia adequada para favorecer a mudança de estilo de vida.

Este trabalho parte da hipótese que, para levar a um aumento da autonomia desenvolvida pelo próprio indivíduo, é necessário o desenvolvimento de uma proposta educativa de promoção à atividade física. A prática sistemática, seguindo as recomendações de frequência e intensidade seria eficaz para obtenção de uma mudança de hábitos com relação a esta mesma atividade.

Portanto é importante compreender como se dá o processo de mudança de comportamento e uma conseqüente alteração de hábitos.

2.3 Mudança de Comportamento

Ao se focalizar o comportamento das pessoas ao longo dos tempos, principalmente os aspectos vinculados à atividade física, cabe destacar que houve uma diminuição do gasto energético para a realização das atividades laborais e de transporte, das atividades de lazer ou no tempo livre, ou pela combinação de ambos. Sempre se acreditou que a força muscular e a resistência física estivessem

relacionadas à longevidade e, conseqüentemente à boa saúde, porém, somente no século passado surgiu o interesse pelo estudo científico da atividade física como fator de saúde pública. Diversas pesquisas a estudar as respostas do organismo submetido ao esforço físico, baseados nos vários tipos de atividade física, duração, freqüência e intensidade diferentes, e quais as conseqüências das adaptações orgânicas para a saúde das pessoas em todas as idades (NAHAS, 2003).

Nas últimas décadas observam-se uma série de modificações na sociedade considerando algumas delas: a industrialização e a urbanização acelerada, o aumento populacional desordenado, o avanço das tecnologias médicas e o aumento da expectativa de vida. Com isso, as tarefas que eram realizadas de forma rudimentares, passaram a ser feitas baseadas na tecnologia que permitiu estas modificações. Como exemplo disso, na agricultura foram criado veículos e maquinários; os meios de transporte foram evoluindo e cada vez mais cobrindo todas a imensidão territorial das cidades, principalmente nas grandes cidades; o lazer ativo, onde acontecia a prática de atividade física de maneira lúdica, em contato com a natureza, deu lugar para os equipamentos eletrônicos de entretenimento. Assim, o homem foi deixando de fazer serviços braçais gradativamente, para realizar tarefas com baixo gasto energético no dia-a-dia.

Nahas (2003) observa que, no cotidiano, quando comparado às gerações passadas, surgem a cada dia novos mecanismos que facilitam a vida, porém são agentes promotores de inatividades físicas. São alguns exemplos:

- Os produtos eletroeletrônicos que utilizam o controle remoto para sua manipulação: portões, televisores, fornos elétricos e de microondas, rádios;
- Meios de transporte com veículos cada vez mais equipados

eletronicamente com vidros elétricos, com trava elétrica e outras facilidades;

- Os elevadores, as escadas e esteiras rolantes;
- Computadores e jogos eletrônicos que hoje em dia substituem as brincadeiras infantis.

Este modo de vida atual favorece o sedentarismo têm preocupado muito os setores públicos de saúde. Não se pode negar a importância do processo evolutivo da tecnologia, mas o comportamento humano não pode se basear apenas nas facilidades de toda essa evolução tecnológica e esquecer de sua saúde e qualidade de vida. É importante utilizar-se desta tecnologia como instrumento facilitador para um estilo de vida saudável e fisicamente ativo (GONÇALVES et al., 2004).

Em paralelo à evolução destes mecanismos que facilitam as tarefas do cotidiano, percebe-se que, nas últimas décadas, os indicadores de informações em saúde, do Ministério da Saúde, apontam para uma inversão das principais causas de morte no Brasil, que deixaram de ser as doenças infecto-contagiosas, dando lugar às DCNT. Esta inversão leva ao Estado altos custos com a saúde pública, sendo necessário aumentar a oferta de consultas médicas, medicações, exames especializados, internações e com outros procedimentos necessários aos cuidados dos pacientes. Além disso, o aumento do número de pessoas atendidas nas unidades de saúde de atenção primária é significativo e o serviço tem tido dificuldade de atender às necessidades da população. Talvez seja este um dos motivos de grandes filas nas unidades e o longo tempo de espera para consultas e exames com especialistas (LESSA, 2004).

Torna-se urgente a mudança deste comportamento tipicamente sedentário para um estilo de vida fisicamente ativo e saudável. Atualmente, entender

claramente o comportamento, as teorias comportamentais e os processos de mudança de comportamento são fundamentais para o sucesso de qualquer programa de promoção da saúde. Alguns estudos sobre o comportamento humano e sua relação com o ambiente em que vive tem evidenciado a importância do aumento de conhecimento do indivíduo e as adequações necessárias no espaço de convívio (BLAIR, 1995; PROCHASKA, 1997).

Uma das estratégias de combate ao sedentarismo e mudança de comportamento baseado no equilíbrio entre fatores intrapessoais, os do ambiente social, assim como o ambiente físico, natural e construído, é o modelo “Gestão Móvel do Modelo Ecológico” (MATSUDO et al., 2005). Neste modelo, cada fator tem um grande papel na promoção da atividade física, sendo que as relações, os fatores intrapessoais, ambiente social e ambiente físico devem permanecer em equilíbrio dinâmico como se fosse uma estrutura suspensa do móvel, de onde vem a denominação. Portanto, neste modelo, quando apenas um componente é focado, ocorre um desequilíbrio de todo o sistema. Incluem-se nos fatores Intrapessoais do “Modelo Móvel” os condicionantes demográficos, cognitivo-afetivo, biológico e comportamental; no Ambiente Social: clima social, ambiente biológico, cultura, comportamento de suporte, políticas de investimentos e políticas de incentivo; no Ambiente Físico: ambiente natural (geografia e temperatura) e ambiente construído (informação, recreação, arquitetura, entretenimento, ambiente urbano/suburbano e transporte) (MATSUDO et al., 2005).

Outro modelo para mudança de comportamento que se utiliza é a “Teoria Cognitivo-Social” (BANDURA, 1998). Este modelo sugere que o interacionismo presente nas ações humanas, como elemento fundamental para a sua compreensão, explica o funcionamento como uma função da constante e recíproca

interação entre as variáveis: indivíduo, envolvimento e comportamento.

A interação entre estas variáveis contribue para a compreensão do ser humano enquanto agente em seu cenário de interação, revelando alguns conceitos fundamentais, tais como: o **simbolismo**, a **auto-reflexão**, pois o ser humano é capaz de analisar os próprios pensamentos e emoções, a **auto-regulação**, que se manifesta no controle das ações, na decisão de agir ou não, e na **aprendizagem vicariante**, visto que ao aprender pela observação do comportamento de outros, as pessoas são capazes de reduzir o número de tentativas/erros do processo de aprendizagem. As variáveis e os conceitos apontados anteriormente pertencentes a “Teoria Cognitivo-Social”, tem como componentes reguladores a auto-eficácia e a expectativa de resultados, que envolvem as consequências das ações no envolvimento/indivíduo referente ao comportamento (BANDURA, 2001).

O “Modelo Transteórico” ou “Teoria de Estágio de Comportamento”, sugere a mudança de comportamento como um processo no qual o indivíduo progride, através de estágios de mudança classificados e conceitualizados dependendo da variabilidade do comportamento. O Modelo Transteórico possui cinco estágios de mudanças que são: 1) Pré-contemplativo, 2) Contemplativo, 3) Preparação, 4) Ação e 5) Manutenção (PROCHASKA, 1997).

- 1) Pré-contemplativo: é o estágio no qual as pessoas não têm o interesse em mudar seu comportamento no momento nem no futuro. Neste estágio as pessoas não têm o conhecimento e entendimento dos riscos que o atual comportamento pode lhes causar;
- 2) Contemplativo: é o estágio que as pessoas têm a consciência que o problema existe e estão seriamente pensando em como superar a mudança do comportamento, mas ainda não possui um compromisso

para fazer a ação;

- 3) Preparação: neste estágio, a pessoa toma a decisão de mudar o seu comportamento, sendo mais comumente caracterizado como um período de planejamento da estratégia da mudança de comportamento.
- 4) Ação: este é o estágio em que as pessoas modificam seus comportamentos, experiências e ambiente para vencer seus problemas. A ação implica na mais clara mudança de comportamento e requer considerável compromisso de tempo e energia;
- 5) Manutenção: A manutenção é o estágio final, no qual a prática comportamental já está solidificada e incorporada na rotina, sendo caracterizada por esforços para prevenir relapsos. O relapso pode ocorrer em qualquer parte desta seqüência, podendo ou não ser seguido por uma interrupção do progresso através dos estágios de mudança.

Percebe-se que a mudança de comportamento não é uma tarefa simples, demanda conhecimento e interação entre os conceitos teóricos e as práticas realizadas no ambiente no qual o indivíduo interagem. Porém, esta percepção da paridade entre a definição de abordagens teóricas para dar sustentabilidade ao programa e a prática de campo programada e sistematizada com informações claras e objetivas, torna-se essencial à compreensão dos agentes promotores de saúde, pois é este o momento de contato com o indivíduo que precisa conhecer, entender e classificar o risco do seu comportamento (NAHAS, 2003).

2.4 Uma Proposta de Método: Projeto Caminhar

Nos últimos cinco anos, a equipe do **Projeto Caminhar** (PC) desenvolve

ações para a promoção de estilo de vida fisicamente ativo e saudável para os usuários do serviço público de saúde de São José dos Campos. São constituídos grupos de caminhada formados inicialmente a partir de pacientes que possuem doenças crônicas não transmissíveis, como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica; em seguida torna-se aberto, ou seja, qualquer pessoa da comunidade pode participar. Estes pacientes são identificados na unidade de saúde pelos profissionais de saúde através do atendimento médico, entrega de medicação ou outros procedimentos que possibilitem a abordagem, a indicação e, finalmente, o convite ao indivíduo.

Cada pessoa que aceita o convite inicia sua participação no grupo após realização de cadastro e de obter as informações necessárias quanto aos encontros dos grupos. Os grupos têm frequência mínima de uma vez por semana, podendo variar o número de encontros, conforme a necessidade e interesse de seus componentes e também da equipe de saúde que os acompanham o grupo. Estes grupos de caminhada são acompanhados por auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde supervisionados por enfermeiros, e um técnico da área de Educação Física que compõe a equipe do Programa Municipal de Promoção à Atividade Física (PMPAF) e que coordena o PC.

Estes encontros são compostos por sessões com tempo de duração mínima de uma hora e máxima de uma hora e trinta minutos, onde acontecem, na parte inicial, o aquecimento com alongamento, movimentos articulares e pequenos movimentos de coordenação motora; na parte principal é realizada a caminhada de trinta minutos com intensidade de leve a moderada, variando para cada indivíduo, quando acontece a cada dez minutos o monitoramento da frequência cardíaca através da verificação dos batimentos cardíacos percebidos pelos próprios

participantes na região radial do braço. Durante o percurso fica exposto um painel que contém a Escala Percepção Subjetiva do Esforço – Escala de BORG (BORG; NOBLE, 1974) para que cada pessoa, ao passar por este painel, possa se auto-avaliar em relação à percepção do esforço percebido do exercício que está sendo realizado; na conclusão da sessão de atividade física acontece técnica variada de relaxamento. Após a sessão terminada, complementa-se o encontro com outro profissional da área da saúde, relacionado ao estilo de vida saudável, como por exemplo, psicólogo e nutricionista, para que os mesmos realizem dinâmicas com o intuito de promover e aumentar o conhecimento dos participantes sobre os benefícios de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável para a saúde e qualidade de vida.

Apesar do encontro não acontecer todos os dias nas unidades de saúde, a equipe técnica, que articula os encontros, transmite para os participantes a necessidade de se fazer da atividade física um hábito diário regular, preconizando pelo menos 30 minutos de atividade física contínua ou acumulada e com intensidade leve ou moderada, sendo esta a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Verificar se a implantação do programa de atividade física para a construção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável, alterou o comportamento dos usuários dos serviços públicos de saúde de São José dos Campos em relação à atividade física e conceitos relacionados à saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- 1) Descrever o perfil do comportamento dos usuários dos serviços públicos de saúde de São José dos Campos em relação ao estilo de vida saudável.
- 2) Conhecer a percepção dos usuários dos serviços públicos de saúde de São José dos Campos sobre os conceitos de saúde e doença em relação aos hábitos de vida diários.

4 MÉTODO

A pesquisa proposta caracteriza-se como sendo um estudo de levantamento, do tipo descritivo.

4.1 População Estudada

Foram selecionadas 48 mulheres, com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), divididas em dois grupos, denominados Grupo 1 e Grupo 2, com idade entre 35 e 65 anos, não participantes (n=24) e participantes do Projeto Caminhar (n=24), respectivamente, usuárias e residentes na área de abrangência da UBS do Jardim Satélite, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São José dos Campos. A definição desta pesquisa em estudar apenas mulheres foi devido à alta prevalência deste sexo nos grupos de caminhada, chegando próximo de 90% dos participantes.

4.2 Local

Os dados foram coletados na UBS do Jardim Satélite, região sul do município de São José dos Campos (SP).

4.3 Instrumentos

Para o presente estudo foi utilizado um questionário elaborado pelo próprio pesquisador para entrevistar os participantes (APÊNDICE A), com questões mistas (abertas e fechadas), contendo duas partes: a primeira, com dados de identificação da pessoa e a segunda, com questões relativas ao tema estudado.

4.4 Aspectos Éticos

O projeto foi apreciado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Pesquisas e Desenvolvimento (IP&D) da Universidade do Vale do Paraíba, tendo sido considerado adequado, conforme recomendações das normas éticas em pesquisas com humanos (ANEXO A). Foi solicitado o Termo e Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos (ANEXO B), firmando caráter voluntário da participação e a possibilidade de desistência sem prejuízo de qualquer natureza.

4.5 Procedimentos

- 1) Todas as etapas da pesquisa foram realizadas na UBS do Jardim Satélite, da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos, logo após a aprovação do CEP desta instituição (ANEXO A).
- 2) As voluntárias que, após conhecimento e entendimento do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B), manifestaram sua aceitação em participar desta pesquisa.
- 3) O questionário utilizado no estudo foi aplicado por um entrevistador contratado a fim de que não houvesse influência nas respostas, pois o pesquisador desenvolve atividade de trabalho com os usuários selecionados. Após seleção das pessoas com perfil caracterizado nesta pesquisa, agendou-se data, horário e local para cada participante da pesquisa individualmente. O entrevistador aplicou o questionário individual (APÊNDICE A). Os entrevistados tinham a liberdade de não

responder a qualquer questão que não achasse conveniente e/ou interromper a aplicação do instrumento a qualquer momento.

- 4) Coleta de dados: Os instrumentos para entrevistas dos usuários foram aplicados individualmente, com tempo livre de resposta, em um consultório, da UBS do Jardim Satélite, com condições ambientais adequadas.

5 RESULTADOS

A coleta dos dados foi realizada no período de 01 a 15 de dezembro de 2005, tendo aceitação de todas as voluntárias dos grupos 1, não participantes do PC, e Grupo 2, participantes do PC (Tabela 1). Todas as voluntárias responderam os questionários aplicados neste trabalho. Os dados qualitativos foram analisados através do estudo dos conceitos apresentados.

Tabela 1 – Distribuição das participantes da pesquisa segundo faixa etária e grupo.

Faixa etária	Grupo 1 (não participante)		Grupo 2 (participante)		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
até 40 anos	4	16,7%	0	0,0%	4	8,3%
de 41 a 45 anos	1	4,2%	0	0,0%	1	2,1%
de 46 a 50 anos	5	20,8%	1	4,2%	6	12,5%
de 51 a 55 anos	7	29,2%	5	20,8%	12	25,0%
de 56 a 60 anos	7	29,2%	9	37,5%	16	33,3%
acima de 60 anos	0	0,0%	9	37,5%	9	18,8%
Total	24	100,0%	24	100,0%	48	100,0%

Fonte: Autor (2006)

Os dados da Tabela 1 demonstram que as mulheres participantes deste estudo situam-se, principalmente, nas faixas etárias acima de 50 anos, sendo que, no Grupo 1, a predominância é nas faixas etárias de 51 a 55 anos (29,2%) e de 56 a 60 anos (29,2%); e no Grupo 2, a predominância nas faixas etárias de 56 a 60 anos (37,5%) e acima de 60 anos (37,5%). A média de idade do grupo 1 é 50,4 anos e do grupo 2 é 58,5 anos. O grupo das mulheres que participam do PC tem média etária maior.

Todas as usuárias responderam a questão do questionário referente à idade. As mulheres acima dos 50 anos totalizam 77,1% das voluntárias que responderam

os questionários.

Quando se investigou a escolaridade das mulheres participantes deste estudo de ambos os grupos, verificou-se que 34 voluntárias (70,8%) cursou até o ensino fundamental, sendo que, 22 (45,8%) não completaram e apenas 12 (25%) completaram; o ensino médio completo foi cursado por 6 (12,5%) usuários e 3 (6,3%) não completaram; apenas 1 (2,1%) completou o ensino superior e 1 (2,1%) não completou; o estudo contou com 1 (2,1%) do total de pessoas sem estudo; e 2 (4,2%) não responderam esta questão do questionário. Conforme indicação no Gráfico 1.

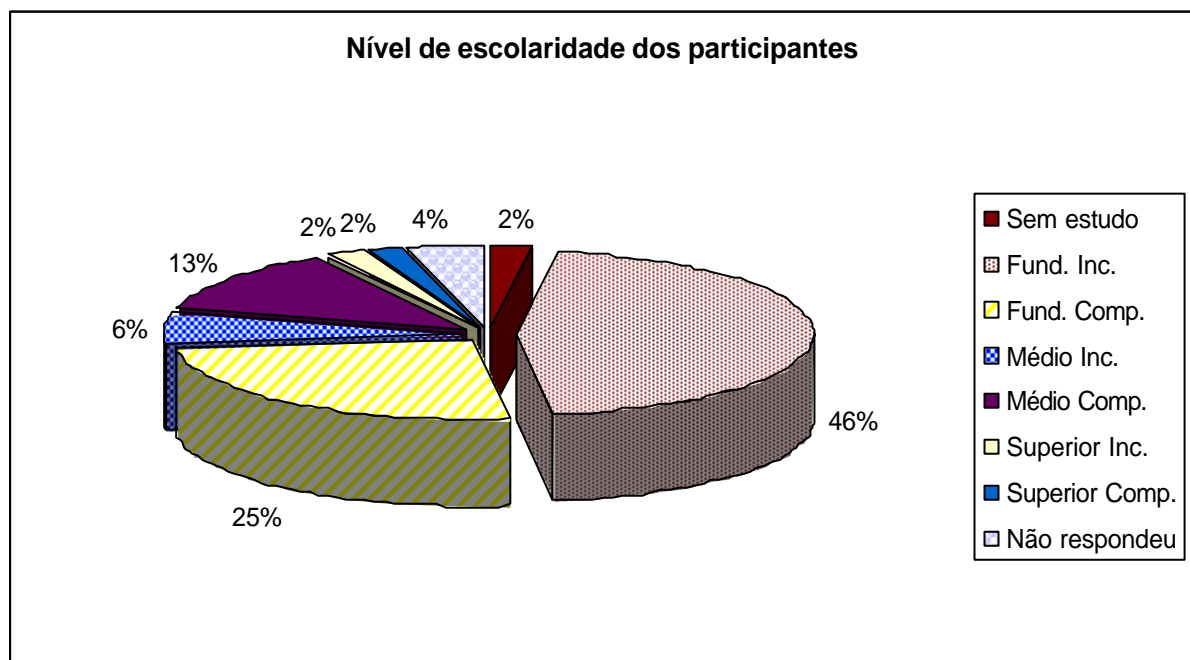


Gráfico 1 – Nível de escolaridade das participantes.

Fonte: Autor (2006)

Quando avaliada a frequência semanal da prática de atividade física, observou-se que as voluntárias do estudo possuem um comportamento insuficientemente ativo, haja vista que, os dois grupos juntos, praticam atividade física abaixo dos parâmetros recomendados neste estudo, sendo preconizado exercícios aeróbios de intensidade leve ou moderada, em sessões de pelo menos

30 minutos diários, contínuos ou acumulados, por, no mínimo, cinco dias da semana (se possível em todos). A Tabela 2 ilustra a freqüência da Atividade Física (AF) realizada pelas voluntárias deste estudo e permite identificar as que atendem a recomendação da prática de atividade física defendida nesta pesquisa.

Tabela 2 – Freqüência da atividade física realizada pelas voluntárias.

Freqüência (vezes por semana)	Grupo 1		Grupo 2		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
1	2	8,3%	0	0,0%	2	4,2%
2	3	12,5%	13	54,2%	16	33,3%
3	1	8,3%	0	0,0%	1	2,1%
4	1	4,2%	5	20,8%	6	12,5%
5	1	4,2%	4	16,7%	5	10,4%
6	2	8,3%	0	0,0%	2	4,2%
7	4	16,7%	2	8,3%	6	12,5%
Não realiza AF	10	37,5%	0	0,0%	10	20,8%
Total	24	100,0%	24	100,0%	48	100,0%

Fonte: Autor (2006)

Nota-se que a maioria das voluntárias não atende a recomendação mínima para a prática regular de atividade física semanal, sendo que, apenas 13 (27,1%) atendem a recomendação, 10 (20,8%) não realizam atividade física e o restante da amostra realiza de uma a quatro vezes por semana, conforme ilustrado no Gráfico 2.

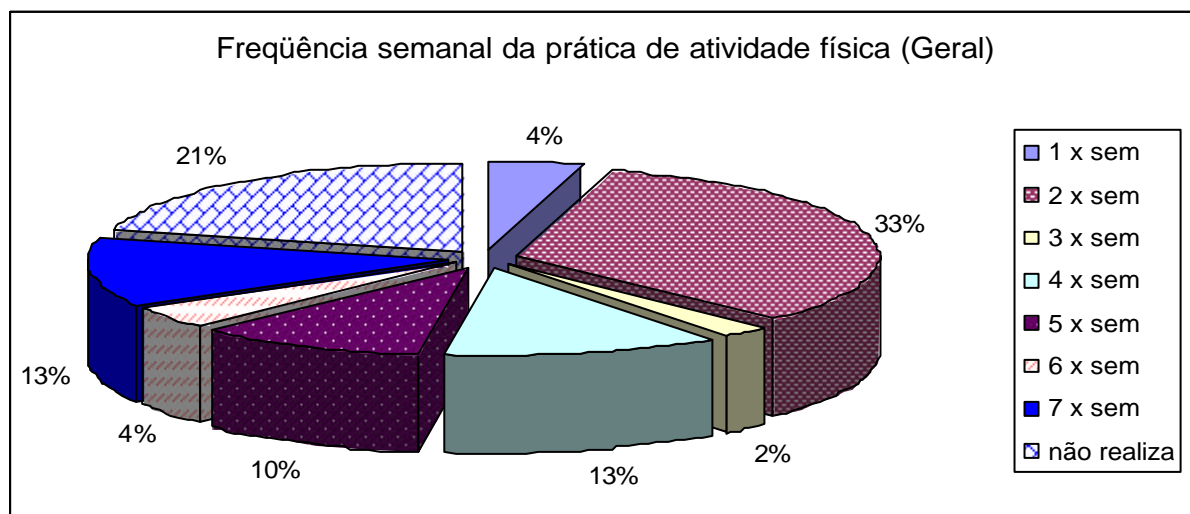


Gráfico 2 – Freqüência semanal da prática de atividade física (Geral).

Fonte: Autor (2006)

Nos Gráfico 3 e Gráfico 4, estão representados a freqüência semanal e a realização da prática de atividade física dos grupos 1 e 2, respectivamente.

Observar que a freqüência semanal da prática da atividade física, o Grupo 2, que recebe a intervenção do PC, 6 voluntárias (25%) cumprem a recomendação sugerida neste trabalho, e no Grupo 1 totalizam 7 voluntárias (29,2%), como apontam os gráficos.

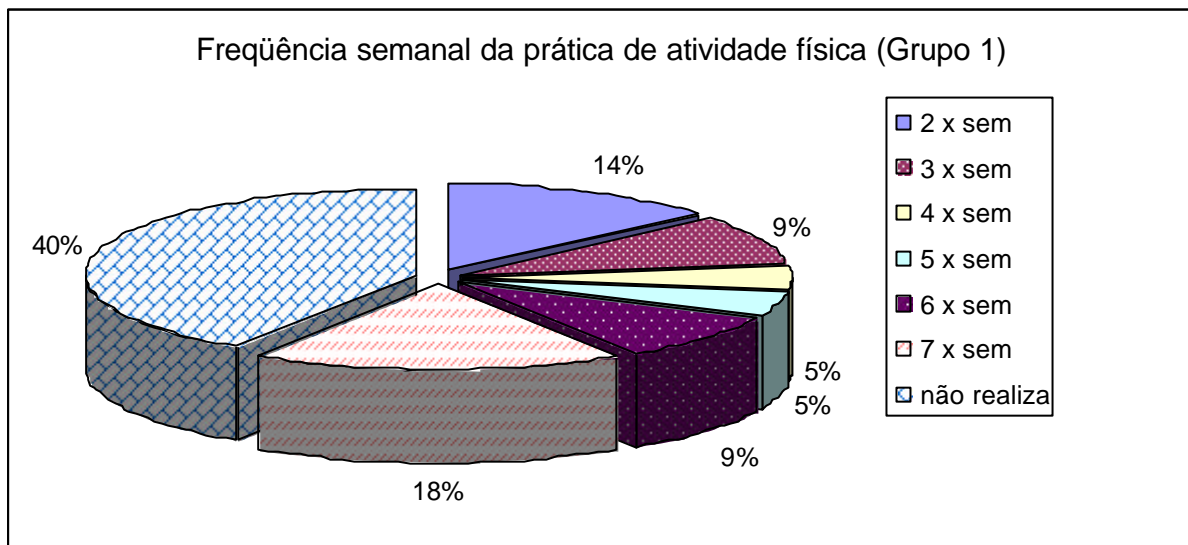


Gráfico 3 – Freqüência semanal e realização de atividade física das voluntárias do Grupo 1.

Fonte: Autor (2006)

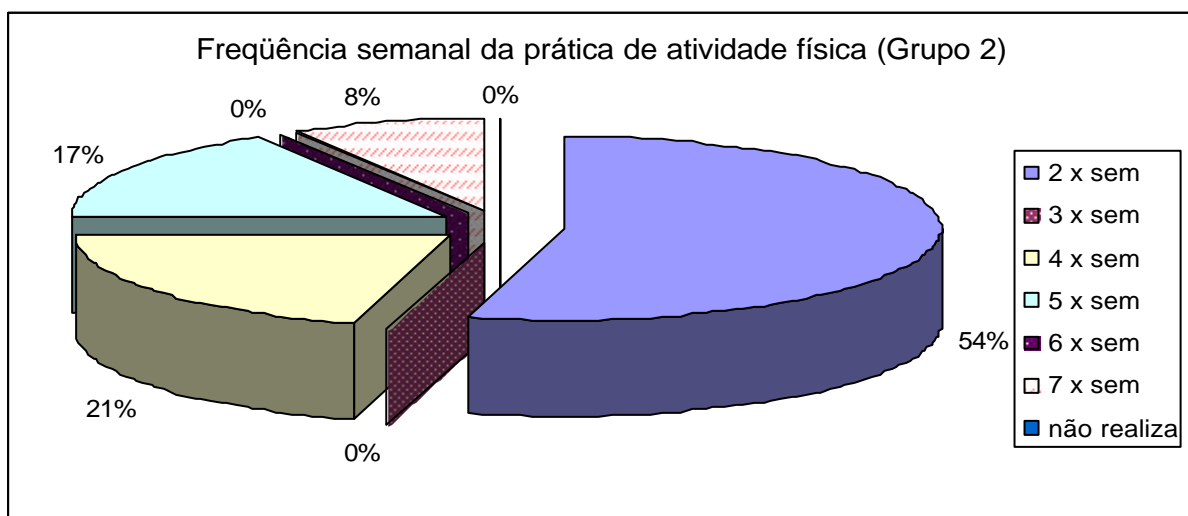


Gráfico 4 – Freqüência semanal e realização de atividade física das voluntárias do Grupo 2.

Fonte: Autor (2006)

Ainda em relação à recomendação da prática de atividade física preconizada neste estudo, observou-se que 75% dos usuários realizam sessões com o tempo previsto na recomendação. No Gráfico 5, consegue-se notar a expressividade do comportamento em relação ao tempo de execução de atividade física realizado em cada sessão dos dois grupos estudados.

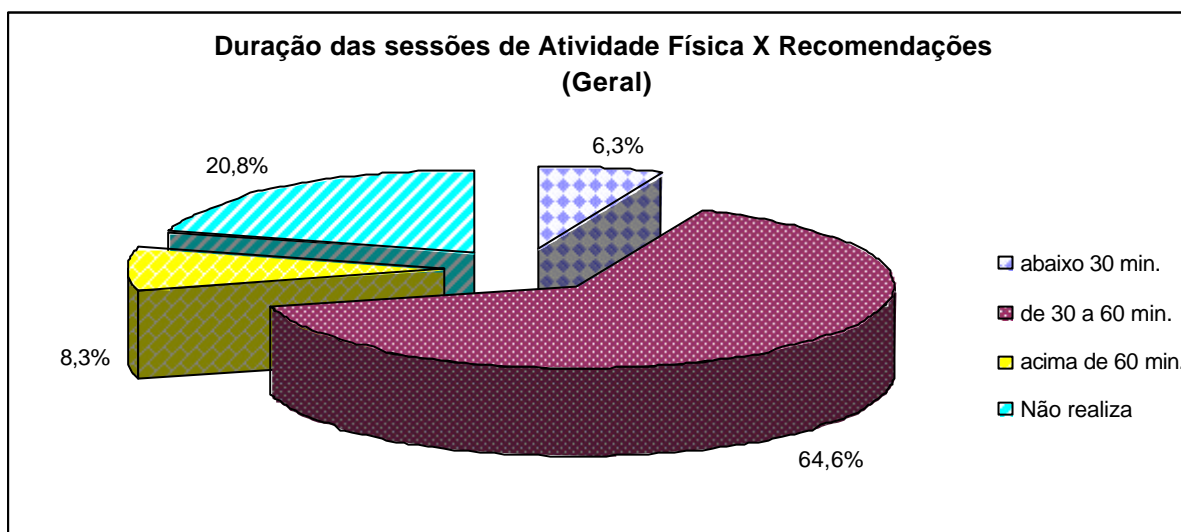


Gráfico 5 – Duração das sessões de atividade física realizada em relação às recomendações.

Fonte: Autor (2006)

A Tabela 3 ilustra a diferença entre o Grupo 1 (Comunidade) e o Grupo 2 (Projeto Caminhar). Acredita-se que esta diferença, que indica que os usuários do Grupo 2 conhecem e seguem mais adequadamente a recomendação de tempo de atividade física quando comparado com o Grupo 1, seja devido a intervenção feita através do Projeto Caminhar no Grupo 2 na UBS em questão.

Tabela 3 – Duração das sessões de atividade física entre as voluntárias do Grupo 1 e do Grupo 2.

Duração das sessões de atividade física	Grupo 1		Grupo 2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
abaixo 30 min.	1	4,2%	2	8,3%	3	6,3%
de 30 a 60 min.	12	50,0%	19	79,2%	31	64,6%
acima de 60 min.	1	4,2%	3	12,5%	4	8,3%
Não realiza	10	41,7%	0	0,0%	10	20,8%

Fonte: Autor (2006)

A seguir, nos Gráfico 6 e Gráfico 7, percebe-se nitidamente a significativa diferença da duração das sessões de atividade física.

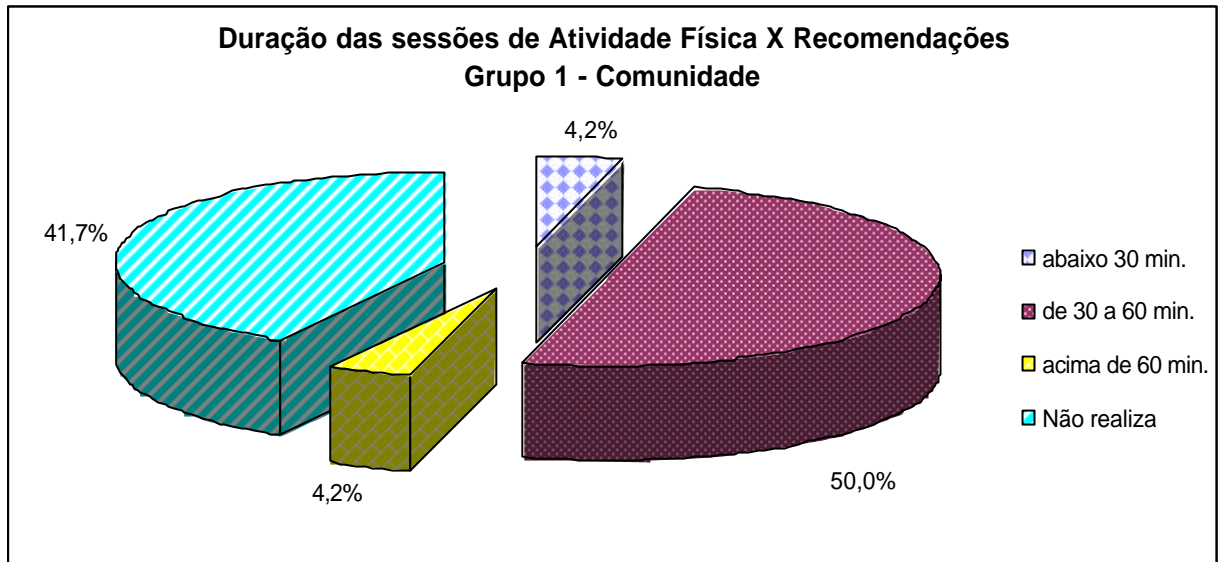


Gráfico 6 – Duração das sessões de atividade física realizadas pelas voluntárias do Grupo 1 (Comunidade) em relação às recomendações.

Fonte: Autor (2006)

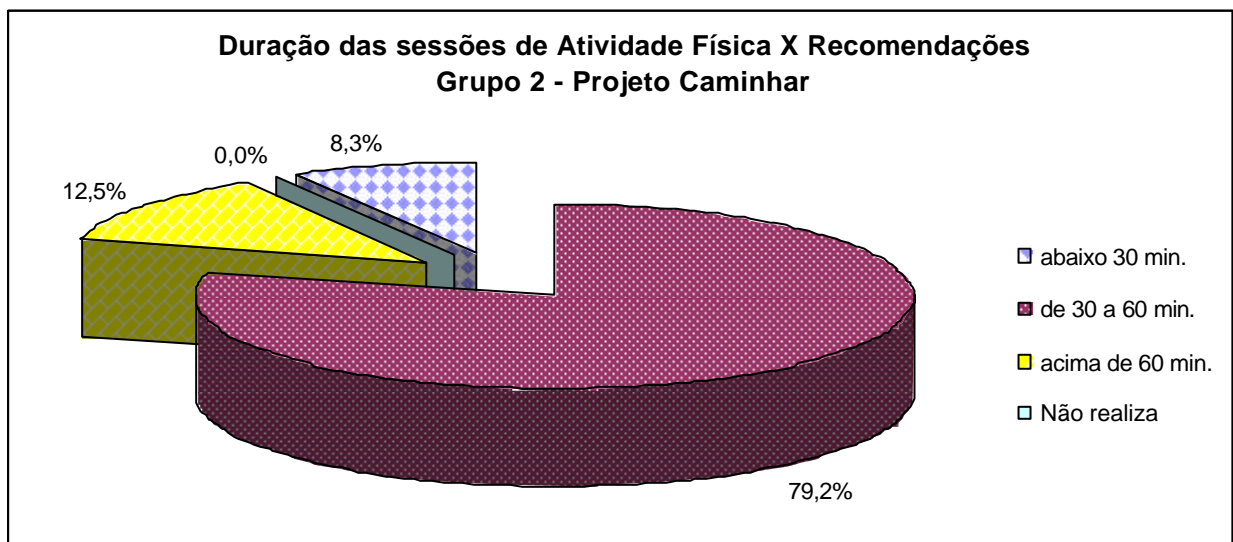


Gráfico 7 – Duração das sessões de atividade física realizadas pelas voluntárias do Grupo 2 (Projeto Caminhar) em relação às recomendações.

Fonte: Autor (2006)

O Gráfico 8 demonstra a percepção dos usuários desta pesquisa em relação ao conceito de doença. Quando lhes perguntado “o que você entende por doença?”, a resultante permitiu agrupar por respostas iguais ou semelhantes por aspectos

psicológicos, aspectos biológicos e outros aspectos. Sendo a categorização a seguinte: 1) Aspectos Psicológicos: quando a resposta se deu baseada em queixa de desânimo, preocupação, tranquilidade, indisposição e falta de vontade; 2) Aspectos Biológicos: quando a resposta está relacionada a uma patologia, sintoma percebido ou fator de risco (pressão alta, câncer, dor, bronquite, sedentarismo); 3) Outros Fatores: estão relacionados à queixa que não definem algo identificável, geralmente atribuído a causas mal definidas.

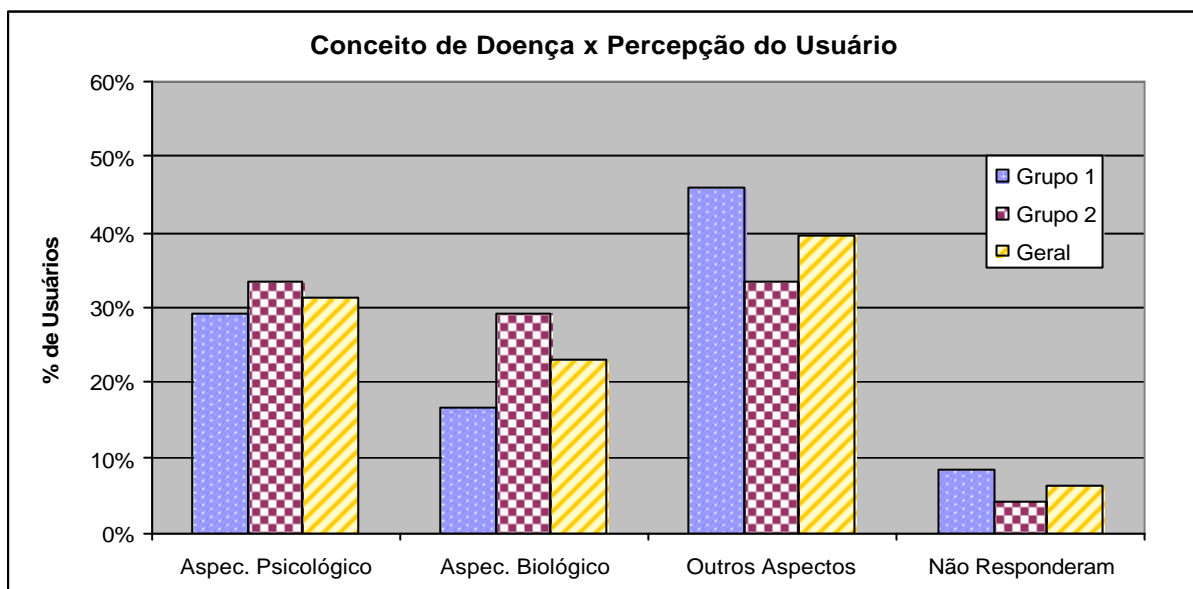


Gráfico 8 – Percepção do usuário referente ao conceito de doença entre as voluntárias do Grupo 1, Grupo 2 e Geral.

Fonte: Autor (2006)

Para a representação gráfica das respostas dos usuários desta pesquisa quando indagados “O que é ter uma vida saudável?”, a percepção do conceito dos usuários foi categorizada da seguinte maneira: 1) Comportamento: respostas relacionadas com boa alimentação, prática da atividade física, não ter vícios, acordar cedo, vida ativa, trabalhar, qualidade de vida; 2) Aspectos Biológicos: respostas relacionadas com ter saúde, não sentir dor, dormir com tranquilidade; 3) Bem-Estar: está relacionado com ter paz, estar bem, viver bem, ter disposição, consciência tranquila, ser feliz, ter lazer; 4) Relacionamento: Respostas relacionadas com ser

amada, atividades na comunidade, ter contato com pessoas. Esta representação está indicada no Gráfico 9.

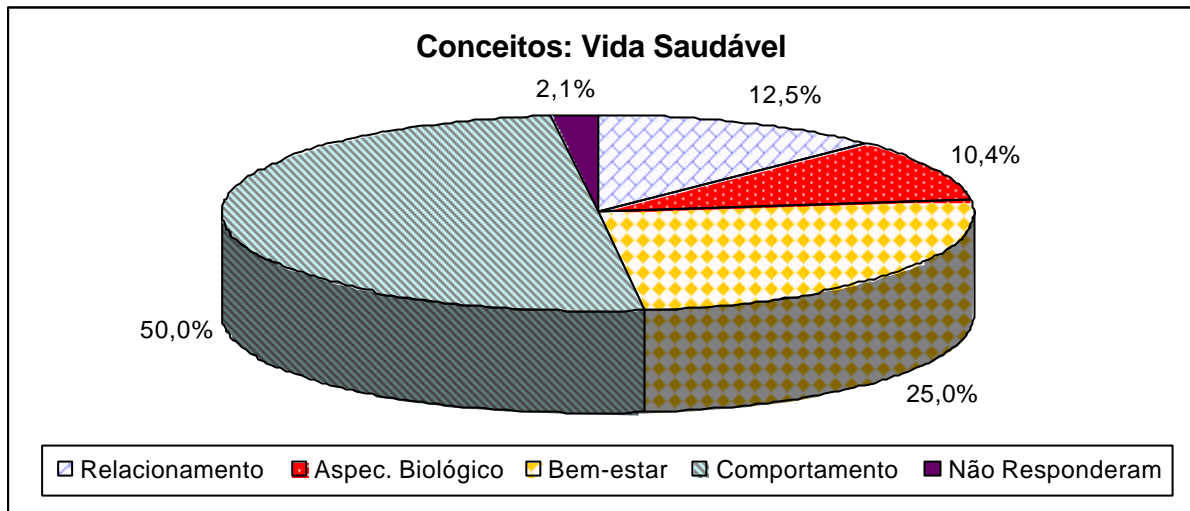


Gráfico 9 – Conceitos relatados pelas voluntárias sobre aspectos de vida saudável, conforme categorização.

Fonte: Autor (2006)

No Gráfico 10, percebe-se que as variáveis referentes a hábitos saudáveis (alimentação, atividade física e lazer, bem-estar e sono), apontam como um dos principais aspectos do estilo de vida. Nota-se que, durante a aplicação dos questionários, os usuários da pesquisa relataram sobre a importância que eles davam sobre o estilo de vida adequado, isso se encontra ilustrado no Gráfico 10.

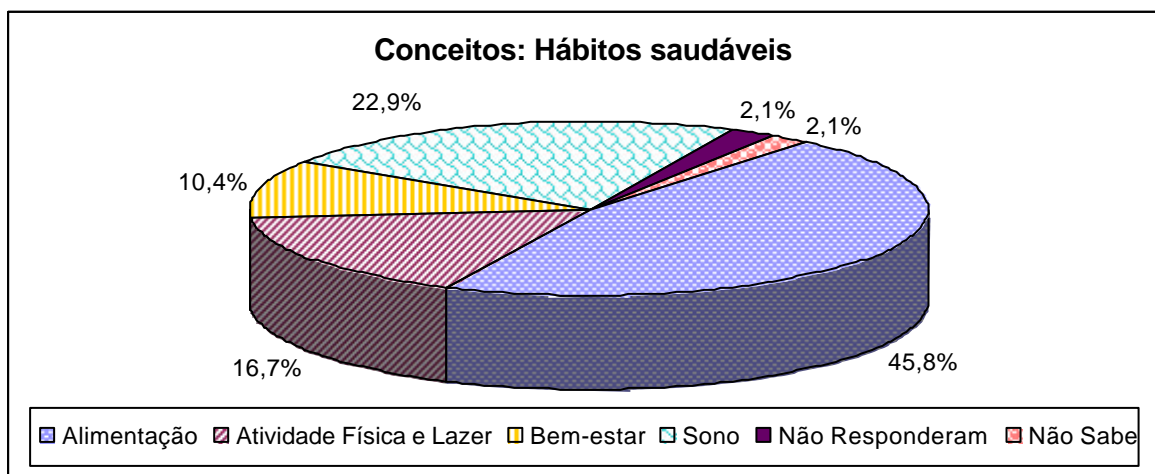


Gráfico 10 – Conceito relatado pelas voluntárias sobre hábitos saudáveis.

Fonte: Autor (2006)

Ao analisar as respostas relacionadas aos conceitos de saúde e doença da população-alvo estudada, percebe-se que existe notória preocupação com os comportamentos habituais. Quando questionadas sobre o que significa hábitos ruins, reforça o delineamento dos conceitos anteriormente apontados. Neste, conforme ilustrado no Gráfico 11, fica evidente a tendência dos cuidados com os hábitos diários, ou seja, com o comportamento.

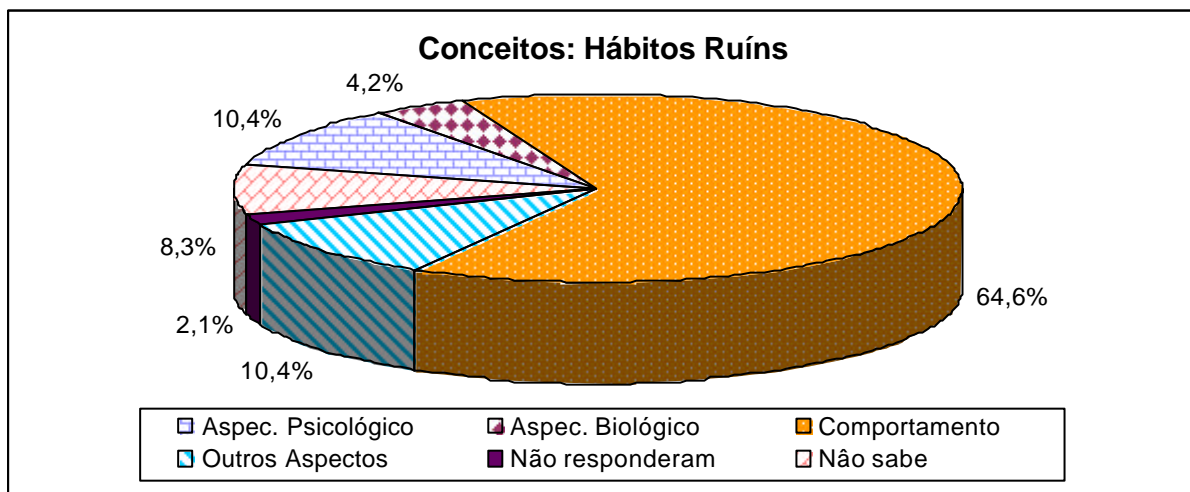


Gráfico 11 – Conceitos relatados pelas voluntárias sobre hábitos ruins.

Fonte: Autor (2006)

Esta coleta de dados referentes aos conceitos de saúde e doença, e percepção comportamental do usuário permitiu delinear o perfil e a característica da população-alvo, a respeito de seus comportamentos e riscos.

6 DISCUSSÃO

Os dados deste trabalho são discutidos com o intuito de fornecer uma visão geral da percepção sobre os conceitos de saúde, doença e hábitos diários da amostra investigada, bem como a relação que possuem com a recomendação para a prática da atividade física.

Todas as voluntárias são do sexo feminino, com idade acima de 35 anos, sendo que a grande maioria (77,1%) possui idade acima de 50 anos e a amostra tem média de 54,5 anos. Portanto, em relação à faixa etária, percebe-se que a característica de participação deste grupo aproxima-se da terceira idade. Um dos principais fatores de concentração das voluntárias estarem na faixa etária citada anteriormente deve-se ao fato de que, a partir desta média de idade, os usuários com HAS, logo após a descoberta da doença, necessitam de cuidados no controle de sua enfermidade, pois esta característica aumenta o risco de complicações de doenças cardiovasculares (MATSUDO, 2001).

De acordo com os dados, o nível de escolaridade desta população é caracterizado por voluntárias que chegaram ao ensino fundamental, sendo que a maioria não o concluiu. A outra parte da amostra relatou ter cursado o ensino médio de forma completa ou incompleta e ensino superior, e, apenas uma pessoa relatou não ter estudado em alguma instituição de ensino. Embora estas mulheres possuam baixo nível de instrução, percebe-se que, em seus relatos, identificam conceitos, tais como, doença, saúde, e comportamento saudáveis de forma adequada. Percebe-se que há conhecimento sobre a importância de um estilo de vida saudável, sendo este conhecimento fundamental para a mudança de comportamento (BANDURA, 2001).

Nota-se que a população estudada aponta como aspecto principal o

comportamento referente ao estilo de vida. Porém, analisando os resultados obtidos em relação à frequência semanal de atividade física realizada pelas voluntárias, observa-se que poucos seguem a recomendação adequada para este comportamento. Apenas uma parcela pequena da amostra estudada atende a recomendação de frequência semanal da prática de atividade física preconizada nas intervenções de promoção da atividade física na SMS. As demais voluntárias realizam atividade física de forma irregular. Outro fato observado em relação a frequência semanal da prática da atividade física é que a maioria das voluntárias do Grupo 2, participantes do Projeto Caminhar, caminham apenas duas vezes por semana, coincidindo com o fato de que os encontros do grupo são duas vezes por semana. Verificou-se que, as voluntárias do Grupo 2 necessitam aumentar a autonomia para melhorar seu auto-cuidado visando o bem-estar geral, indicando que elas estão na fase de contemplação para mudança de comportamento (PROCHASKA, 1997).

As voluntárias do estudo possuem um comportamento insuficiente ativo, pois, embora realize cada sessão de atividade física em tempo adequado (pelo menos 30 minutos diários), a frequência semanal, que deveria ser de no mínimo cinco dias, fica comprometida pelo fato de que a maioria do grupo realiza menos que o preconizado, quando o correto é pelo menos 30 minutos diário e mínimo de cinco vezes por semana (BLAIR, 1995; PATTE, 1995; SALLIS, 1999; MATSUDO, 2005).

Durante o levantamento dos dados na fase de aplicação dos questionários foram relatadas pelas voluntárias que a dificuldade de participar com regularidade de atividades físicas são devidas as seguintes barreiras: falta de tempo, limitações fisiológicas e falta de informação. No entanto, estas mulheres têm idade acima de 50 anos e baixa escolaridade e provavelmente estão fora do mercado formal de

trabalho, o que fragiliza a idéia de pouco tempo disponível para atividade física. A falta de informação também não deve ser considerada como barreira, pois o estudo demonstra que as voluntárias têm conhecimento sobre os benefícios de um estilo de vida fisicamente ativo, bem como possuem a diferenciação entre os conceitos de saúde e doença, hábitos saudáveis e ruins e estilo de vida saudável. As limitações fisiológicas são avaliadas no momento de indicação durante toda a permanência das participantes no PC, portanto todas elas têm condições físicas de participar, podendo acontecer limitações de movimentos devido ao avançar da idade ou algum problema de saúde crônico, mas não a exclusão da prática da atividade física oferecida e preconizada. Observou-se que as voluntárias desta pesquisa estão no estágio de contemplação e preparação para mudança de comportamento em relação à prática da atividade física, conforme sugere o “Modelo Transteórico” ou “Teoria de Estágio de Comportamento” (PROCHASKA, 1997).

Observou-se que o Grupo 2, em sua maioria, atende a recomendação de duração das sessões de atividade física significativamente melhor que o Grupo 1. Acredita-se que tal fato se deve por se tratar de que o Grupo 2 receba a intervenção do sistema de saúde. Portanto, verificou-se neste estudo, uma população-alvo que possui conceitos básicos de conhecimento para se obter um estilo de vida fisicamente ativo e saudável, porém participa com baixa frequência da prática regular de atividade física. Este fato sugere que as voluntárias do Grupo 2 têm frequência assídua no grupo com periodicidade semanal de duas vezes, porém quando se torna necessária a participação fora do grupo para a realização de atividade física nos outros dias da semana isso não acontece de forma regular. Percebe-se o interesse destas voluntárias possa ser pela convivência no grupo e não apenas pela atividade física.

O método para mudança de comportamento adotado pelo PC está baseado na aprendizagem para o aumento do conhecimento sobre os benefícios a saúde, na auto-reflexão e no equilíbrio entre fatores interpessoais e a interação do indivíduo com o ambiente social corroborando para os modelos de mudança de comportamento citados neste estudo, com a “Teoria Cognitivo-Social” (BANDURA, 1998), “Gestão Móvel do Modelo Ecológico” (MATSUDO et al., 2005) e “Modelo Transteórico” (PROCHSKA, 1997). Percebe-se que a abordagem da proposta de método do PC que englobe as abordagens anteriores ao mesmo tempo não é uma proposta consistente para a mudança de comportamento. Desta maneira não se constitui um método de trabalho, mas sim um atendimento com técnicas diferentes, o que mostra no estudo uma vulnerabilidade do PC.

Portanto, será necessário o desenvolvimento de uma metodologia específica para atuação neste atendimento público que permita efetivamente interferir nas condutas habituais da população com efetividade, eficiência e eficácia.

7 CONCLUSÃO

Permite-se neste estudo, destacar que o nível de atividade física habitual das mulheres pesquisadas, usuárias dos serviços de saúde da UBS do Jardim Satélite é reduzido e irregular, além de identificar que as voluntárias se encontram em estágio de contemplação e preparação para mudança de comportamento em relação à prática regular de atividade física e estilo de vida saudável. Apesar do baixo nível de escolaridade, as voluntárias possuem a percepção dos conceitos de saúde, doença e hábitos diários saudáveis. Contudo, o comportamento para um estilo de vida fisicamente ativo e melhoria da qualidade de vida através da variável atividade física não possui muita diferença em nenhum dos dois grupos, levando-nos a afirmar que o projeto Caminhar não foi eficaz neste sentido.

Percebe-se que a falta de interesse pessoal e a falta do desejo para a mudança de comportamento em busca de um estilo de vida saudável através de hábitos diários é mais prevalente que ambiente físico desestimulante. Isso reforça a dificuldade que as pessoas têm para iniciar ou manter regular a prática da atividade física, bem como realizar mudanças de comportamento a fim de promover o próprio bem-estar e a melhora dos padrões de qualidade de vida. Apesar de terem o conhecimento sobre os benefícios de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável, suas atitudes permanecem inalteradas e dependentes de intervenções de terceiros dificultando o desenvolvimento para a autonomia do autocuidado.

Apesar deste programa não gerar a autonomia desejada, acredita-se que o mesmo deva ser amplamente utilizado nos serviços de saúde, pois, a atividade física, mesmo que em frequência menor do que o recomendado traz inúmeros benefícios. Recomenda-se que o Projeto Caminhar reveja sua metodologia,

principalmente a partir das teorias que tratam da mudança de comportamento e hábitos.

REFERÊNCIAS

- AGITA SÃO PAULO. Atividade física: Acumule 30 minutos por dia. CELAFISCS e Secretaria de Estado da Saúde, 2002.
- BAGRICHEVSKI, M.; ESTEVÃO, A. Os sentidos da saúde e a Educação Física: apontamentos preliminares. **Revista Arquivos em Movimento**. v.1, n.1, nov. 2004.
- _____; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. **A saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Edibes, 2003.
- BANDURA, A. **Social cognitive theory: an agentive perspective**. *Annu Rev Psychol*, v.52, n.1, 2001. p.1-26.
- _____. Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. **Psychology and Health**. v.13, 1998. p.623-649.
- BLAIR, S. N. Exercise prescription for health. **Quest**, v.47, n.3, 1995, p.338-353.
- BORG, G.; NOBLE, B. J. Perceived exertion. **Exercise Sport Science Review**, v.2, 1974, p.131-153.
- CDC. Physical Activity for Everyone: Recommendations. News release, **JAMA/Archives**. 2001. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/recommendations/index.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2006.
- CZERESNIA, D. et al. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2003.
- DUPERLY, J. Sedentarismo vs ejercicio em el síndrome metabólico. *Acta Médica Colombiana*, v.30, n.3, jul.-sep., 2005. p.133-136.
- GONÇALVES, A. et al. **Conhecendo e discutindo saúde coletiva e atividade física**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, 2004. p.931-943.
- LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: Estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- MANU, V. C.; MICHAEL, J. J.; FRANK, W. B. An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronics health conditions. **Mayo Clin Proc**. v.77, 2002. p.165-173.
- MATSUDO, V. *et al.* **Políticas de intervenção: a experiência do agita São Paulo na utilização da gestão móbile do modelo ecológico na promoção da atividade física**. São Paulo: Celafiscs, 2005. Disponível em: <http://www.celafiscs.org.br/downloads/artigo_mobile-portugues-2005-vm.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2007.
- MATSUDO, S. M. M. **Envelhecimento & Atividade Física**. Londrina: Midiograf, 2001.
- MATSUDO, V. K. R. Sedentarismo: como diagnosticar e combater a epidemia. **Diagn Tratamento**. v.10, n.2, 2005. p.109-110.

- MENDES, E. V. *et al.* (org). **Distrito Sanitário**: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3. ed. Londrina: Midiograf, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Sedentary lifestyle**: a global public health problem. Disponível em:
<http://www.who.int/moveforhealth/advocacy/information_sheets/sedentary/en/index.html>. Acesso em: 10 dez. 2006.
- PATE, R. Recent statements and initiatives on physical activity and health. **Quest**, v.47, 1995. p.304-310.
- PROCHASKA, J. O. The Transtheoretical modelo for health behavior change. **American Journal Health Promotion**, v.12, n.1, 1997. p.38-48.
- PUSTAI, O. J. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artmed, 1996.
- SALLIS, J. F.; OWEN, N. **Physical Activity & Behavioral Medicine**. Califórnia: Sage Publications, 1999.
- SANTANA, J. P. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997.
- TEIXEIRA, C. F. **O Futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Questionário para Entrevista dos Usuários

Parte 1 – Identificação

1. Nome: _____
2. Idade: _____ anos.
3. Sexo: () Feminino () Masculino
4. Escolaridade: Estudou até que série? _____
5. Comportamento relativo à prática da atividade física:
Realiza atividade física sistemática e regular? () Sim () Não

Se sim:

- a) Quais atividades físicas realizam?

- b) Quanto tempo? _____

- c) Com que frequência? _____

- d) Participa do grupo de caminhada? () Sim () Não

- e) Qual a frequência mensal no grupo de caminhada?

Se não:

- a) Porque você nunca praticou / parou de praticar atividade física?

Parte 2 – Conceituação

1. Como você compara os períodos anteriores e posteriores ao início da prática regular de atividade física? O que mudou na sua vida desde então? (só para praticantes).

2. O que você entende por doença?

3. O que é ter uma vida saudável?

4. Que hábitos você considera bons para a saúde?

5. Que hábitos você considera ruins para a saúde?

6. Você acha que atividade física afeta a saúde?

7. Que tipo de atividade física interfere na saúde?

(Estas perguntas deverão ser feitas apenas se a pessoa respondeu a questão 6 correlacionando positivamente atividade física e saúde)

8. Quantas vezes por semana você acha que as pessoas devem praticar atividade física?

9. Quanto tempo você acha que deve durar cada sessão de atividade física?

10. Quais os benefícios que a atividade física regular pode oferecer?

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Conselho de Ética e Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVAP

CERTIFICADO

Certificamos que o Protocolo n.º L154/CEP/2005, sobre *“Percepção dos usuários dos serviços públicos de saúde de São José dos Campos à respeito da relação entre saúde e atividade física: comparando praticantes e não praticantes de atividade física sistemática”*, sob a responsabilidade de Fernando César Vales, está de acordo com os Princípios Éticos, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi **aprovado** por esta Comissão de Ética em Pesquisa.

Informamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 06 meses a contar da data de sua aprovação.

São José dos Campos, 14 de fevereiro de 2007



PROF. DR. LUÍS VICENTE FRANCO DE OLIVEIRA

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Univap

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Fernando César Vales, RG. 15.617.455, aluno de Pós-graduação do Instituto de Pesquisas e Desenvolvimento, mestrando em Ciência Biológicas, da Universidade do Vale do Paraíba, estou desenvolvendo uma pesquisa, cujo título é “Percepção de usuários dos serviços públicos de São José dos Campos a respeito da relação entre saúde e atividade física”.

Para verificar a relação entre saúde e atividade física usarei questionários com 10 questões que serão aplicados aos usuários da UBS do Jardim Satélite.

O senhor (senhora) tem a liberdade de desistir de participar da pesquisa durante o processo, não havendo quaisquer prejuízos para o seu tratamento. Nenhuma publicação o (a) identificará, pois tanto seu nome quanto as informações obtidas serão mantidos em sigilo. O senhor (senhora) terá livre acesso ao conteúdo da pesquisa, podendo discuti-la com o pesquisador, se for de seu interesse. Não haverá nenhuma compensação financeira por sua participação nesse estudo. Sua colaboração será da maior importância para a realização do estudo.

Declaração de consentimento livre e esclarecido

Declaro estar ciente das informações fornecidas, e que assino este formulário de forma voluntária, manifestando meu consentimento em participar da pesquisa, até que eu decida pelo contrário. Receberei uma cópia assinada desse consentimento.

Assinatura do paciente

Assinatura do Entrevistador

Assinatura do Pesquisador
Contato: (12) 9126-5145

S. J. dos Campos, ___/___/___.