

EFETIVIDADE DE UMA INTERVENÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA EM ADULTOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PROGRAMA AÇÃO E SAÚDE FLORIPA - BRASIL

MARCIUS DE ALMEIDA GOMES; MARIA DE FÁTIMA DA SILVA DUARTE

Programa de Pós Graduação em Educação Física, Centro de Desportos.
Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Recebido: 04/11/2008

Revisado: 20/11/2008

Aceito: 22/11/2008

RESUMO

O objetivo deste estudo foi desenvolver, implementar e avaliar uma intervenção de aconselhamento sobre atividade física para promoção da saúde em adultos, atendidos pela Estratégia Saúde da Família, na cidade de Florianópolis (Brasil). O estudo foi aplicado em três fases: (1) a descritiva exploratória - identificou o perfil da amostra quanto a informações pessoais, indicadores de saúde e co-morbidades, informações sobre a Estratégia Saúde da Família, barreiras para a prática de atividade física, estágios de mudança do comportamento para atividade física e exercício e classificação socioeconômica; (2) 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) avaliação - identificando os resultados da intervenção, por meio do índice de atividade física habitual (no trabalho, no lazer e no exercício) e pelos estágios de mudança do comportamento para atividade física e exercício. Os participantes da fase de intervenção foram 51 adultos no grupo experimental e 52 adultos no grupo controle. Após fase de intervenção o grupo experimental apresentou mudanças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para: a melhora da percepção de saúde positiva, no estágio de mudança do comportamento para atividade física e exercício e para o aumento do índice de atividade física habitual no exercício. Para a avaliação processual e informacional do protocolo, observou-se aprovação superior a 80% na maioria dos itens. Por fim, as estratégias, os procedimentos e as concepções apresentadas pelo Modelo Transteorético e pela teoria educacional de Paulo Freire podem ser consideradas boas metodologias para intervenções de atividade física para promoção da saúde de adultos atendidos pela Estratégia Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVE: Atividade Física, Atenção Primária, Modelo Transteorético (TTM), Efetividade.

ABSTRACT

EFFECTIVENESS OF PHYSICAL

The objective of this study was to develop, implement, and evaluate the physical activity orientation program to promote health in healthy adults, through the Family Health Strategy (FHS) - National Health System (SUS), in Florianópolis city (Brazil). The study was carried out in three phases: (1) the exploratory descriptive one identified the profile of the participants by their personal information, health indicators, morbid conditions, FHS information, barriers to practice physical activity, stages of behavioral change in physical activity and exercise, and socioeconomic status; (2) the intervention had physical activity recommendations and guidelines during six home meetings, and four meetings with a physical education teacher in a Health Basic Unit, during a period of 120 days and; (3) the evaluation measured by the index of habitual physical activity (at work, at leisure time, and exercise) and by stages of behavioral change in physical activity and exercise. There were 51 adults on the experimental group, and 52 adults on the control group participating in the intervention phase. After the intervention phase the experimental group showed significant increase on: positive health perception; exercise habitual physical activity level, and stages of behavioral change in physical activity and exercise. On the procedural evaluation it was possible to notice a massive approval (80%) by the adults. Thereby, the strategies, procedures and conceptions presented by Paulo Freire's Educational Theory and Transtheoretical Models would be considered good methodologies for physical activity interventions to promote health in adults covered by Family Health Strategy - National Health System (SUS).

KEYWORDS: Physical Activity, Primary Care, Transtheoretical Model (TTM), Effectiveness.

INTRODUÇÃO

Como uma importante estratégia para a saúde pública^{1,2}, a prática regular da atividade física tem representado um forte componente para a promoção da saúde, atentando não apenas para a prevenção e tratamento de doenças³. Isto pode ser confirmado pelas evidências sobre os benefícios da atividade física para a saúde^{4,5}, como também pela implantação e recomendação de programas de promoção da atividade física em diversos países^{6,7,8}.

No Brasil, alguns programas com o foco no aumento da atividade física têm merecido destaque, como é o caso do Curitiba⁹; Agita São Paulo¹⁰; Agita Brasil¹¹ e Academia da Cidade de Aracaju¹². Apesar de contribuírem para adoção de comportamentos saudáveis da população os programas de intervenção apresentam uma lacuna quanto a aplicação de métodos de avaliação rigorosos para identificar a efetividade e o impacto na atenção primária e em comunidades¹³.

Com o principal propósito de reorganização da prática de atenção à saúde e em substituição ao modelo tradicional, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) criou em 1994 a Estratégia Saúde da Família (ESF). Em consonância com os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) a ESF, é um modelo de assistência à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, que desenvolve ações de promoção e proteção à saúde, por meio de equipes de saúde e com importantes estratégias na atenção primária¹⁴.

A expansão e consolidação da ESF por todo país tem garantido importantes conquistas, que possibilitam a ampliação de suas ações com a inserção de outros profissionais envolvidos na promoção da saúde. Isto pode ser confirmado com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a inserção do professor de Educação Física¹⁵.

Sendo assim, diante desta oportunidade de atuação, é importante reconhecer as diferenças marcantes em nossa sociedade, na cultura, condições sociais e oportunidades, principalmente no debate sobre as questões metodológicas e pedagógicas para a construção e desenvolvimento de políticas públicas de atividade física. Logo, apesar de ser emergente, percebe-se que a aplicação de uma estratégia para mudança e adoção de comportamentos saudáveis é algo complexo e desafiador.

Portanto, o objetivo deste estudo foi desenvolver, implementar e avaliar a efetividade de uma intervenção de aconselhamento sobre atividade física para promoção da saúde em adultos aparentemente saudáveis na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, utilizando-se da estrutura, dos procedimentos e das estratégias aplicadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF/SUS).

MÉTODOS

Este estudo pode ser definido como descritivo desenvolvimental com delineamento de pré e pós-teste, com grupo controle¹⁶. Para tanto, selecionou-se duas Unidades Locais de Saúde (ULS) da cidade de Florianópolis por julgamento, considerando os seguintes critérios: pertencerem à mesma regional de saúde (Sul), apresentarem uma estrutura física mínima sugerida pelo SUS, e o tamanho da área de abrangência considerando o número de equipes saúde da família. Após a escolha das ULS definiu-se a ULS experimental (GE) e a ULS controle (GC), por meio de sorteio. Todos os adultos envolvidos receberam informações sobre o propósito e natureza do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (nº 070/2006).

A seleção da amostra foi intencional por convite, realizada pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Após visitar 180 domicílios pertencentes às áreas de cobertura das ULS, a amostra participante ficou composta por 103 adultos (média de idade 47 ± 10 anos), sendo 51 adultos (seis homens e 45 mulheres) pertencentes ao GE e 52 adultos (11 homens e 41 mulheres) ao GC.

Para a aplicação do programa, além do pesquisador principal (PEF) contou a participação de quatro equipes da PSF, sendo duas equipes da ULS experimental e duas equipes da ULS controle. Cada equipe era composta por um médico, uma enfermeira, um dentista, uma auxiliar de enfermagem e treze agentes comunitárias de saúde.

O programa de aconselhamento sobre atividade física foi intitulado: *Ação e Saúde Floripa - educar, conscientizar e praticar*. Durante 120 dias (julho a novembro de 2006) utilizando-se das estratégias adotadas pela ESF (a atuação multiprofissional, a visita domiciliar, o controle por área de

abrangência e a formação dos grupos temáticos) o GE foi submetido ao programa de intervenção dividido em três fases distintas: Fase I (descritiva exploratória), a Fase II (intervenção) e a Fase III (avaliação).

A Fase I iniciou-se em forma de investigação, com aplicação de questionário nos domicílios duas semanas antes do início Fase II. O questionário contemplava informações sobre: 1) os indicadores sócio-demográficos e econômicos (nível socioeconômico- A, B, C, D e E, escolaridade, estado civil, idade, renda familiar e sexo); 2) sobre os indicadores de saúde (percepção de saúde e qualidade do sono, satisfação com a vida profissional e com a situação do peso corporal, percepção do estresse, uso do fumo e de bebidas alcoólicas); e 3) atividade física avaliada pelos estágios de mudança do comportamento para atividade física e exercício (EMCAFE) composto por cinco estágios (pré-contemplação, contemplação, ação, preparação e manutenção), e pelo índice de atividade física habitual (IAFH)¹⁷. O IAFH determinado pelo questionário de Baecke¹⁷ é composto por 16 questões, que fornecem informações nos últimos 12 meses, relacionadas ao deslocamento/ locomoção para o trabalho e/ou na escola, nas atividades esportivas, nos programas de exercícios físicos, no lazer ativo e nas atividades de ocupação do tempo livre.

O questionário foi previamente testados em estudo piloto, obtendo-se boa reprodutibilidade, com índices de concordância relativa que variou entre 77,86 a 97,41% e com índices Kappa entre

73 a 96. A aplicação do questionário era realizada pela ACS, que recebiam orientação, por meio de palestras, do Professor de Educação Física (PEF) com relação ao desenvolvimento do programa e conteúdo das cartilhas aplicadas na Fase II (intervenção).

Na Fase II do programa apenas os adultos do GE receberam visitas domiciliares do PEF juntamente com a ACS, onde eram aconselhados e informados por meio de cartilhas que abordavam sobre a importância da atividade física, duração média de 5 a 10 minutos, e eram convidados para as palestras educativas (03) ministradas pelo PEF, duração média de 45 a 60 minutos, na ULS e/ou Centro Comunitário do Bairro.

As palestras e as visitas de aconselhamento foram aplicadas com base nas estratégias do método educacional de Paulo Freire^{18,19}, evidenciando o diálogo, a reflexão crítica e a problematização dos conteúdos. As práticas educativas têm sido amplamente utilizadas na área da saúde, e a teoria educacional de Paulo Freire tem se apresentado com uma maior concordância com os princípios e diretrizes da promoção da saúde²⁰. Neste estudo, a relação de horizontalidade na troca do conhecimento entre os envolvidos, a construção da autonomia e a emancipação dos sujeitos foram algumas das estratégias adotadas na prática pedagógica para aplicação do protocolo.

A estratégia de aplicação para cada módulo de ação (03) na Fase II (intervenção) pode ser visualizada na **Figura 1**.

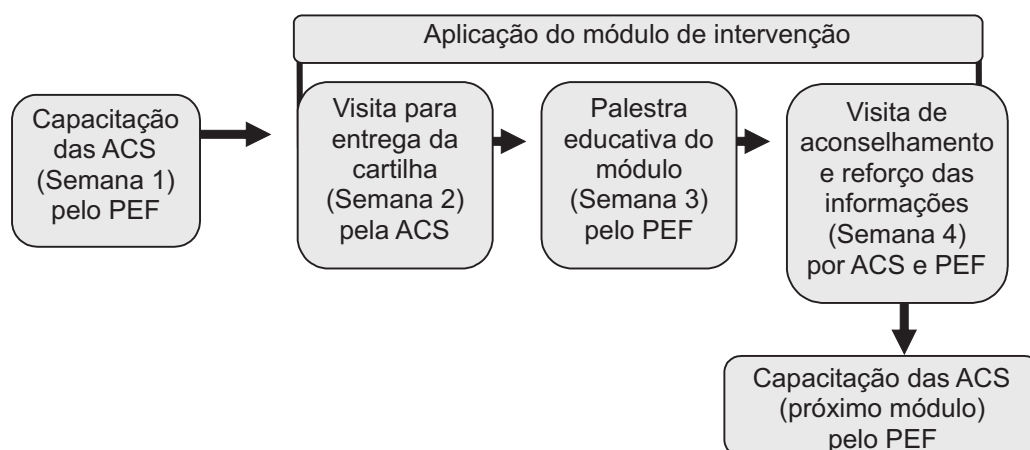


Figura 1

Etapas da aplicação de cada módulo de ação, com aconselhamentos, cartilhas e capacitação das ACS.

Para aplicação da Fase II definiram-se três módulos de ação baseados no modelo dos estágios de mudança de comportamento para atividade física e exercício (Modelo Transteorético)²¹: módulo educar (*estágios de pré-contemplação e contemplação*), *módulo conscientizar (estágio de preparação)* e *módulo praticar (estágios de ação e manutenção)* (**Figura 2**).

A elaboração das cartilhas (**Figura 2**) para cada módulo de ação obedeceu às recomendações do Colégio Americano de Medicina do Esporte²² e as estratégias de motivação para tornarem as pessoas ativas fisicamente segundo Marcus & Forsyth²³.

Considerando a estratégia de aconselhamento como processual e pedagógico, os adultos do GE foram submetidos aos três módulos de ação independente do estágio de comportamento para atividade física e exercício (EMCAFE) que se encontrava. Os conteúdos, objetivos e resultados esperados para cada módulo de ação podem ser observados no **Quadro 1**.

Na terceira e última fase (avaliação), após os 90 dias de intervenção (**Quadro 1**), além de avaliar a efetividade do protocolo realizou-se a avaliação processual considerando seis dimensões: conhecimento do projeto, conteúdo das informa-

ções, qualidade do material, metodologia aplicada, conhecimento dos módulos e conteúdo geral. O questionário aplicado teve o intuito de analisar os procedimentos, materiais e conteúdos aplicados na construção e implementação do programa.

Para verificar a efetividade do programa (pós-teste) se reaplicou alguns instrumentos da Fase I como: as informações sobre os indicadores de saúde e as co-morbidades, os estágios de mudança de comportamento para atividade física e o índice de atividade física habitual.

Esta Fase III teve a duração de duas semanas e foi realizada nos grupos experimental e controle, por um professor de educação física não envolvido com a pesquisa e que foi previamente treinado para aplicação do questionário de avaliação.

Utilizou-se como procedimento estatístico à análise descritiva (frequências e médias) e testes de hipótese. Para identificação das diferenças entre os grupos (pré-teste) utilizou-se o Teste *t* para amostras independentes e o Teste U de Mann-Whitney. Para análise da efetividade intergrupos (pré e pós-teste) aplicou-se os Testes *t* pareado, para um nível de significância de $p \leq 0,05$. 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.



Figura 2

Capa das cartilhas de cada módulo de ação (educar, conscientizar e praticar) na Fase II- intervenção.

Quadro 1

Organograma da Fase II - Intervenção do Programa Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar

| Fase | | Fase II (intervenção) | | |
|--------------------|------------------------------------|---|--|--|
| Módulos de ação | | Educar | Conscientizar | Praticar |
| Período (dias) | | 30 dias | 30 dias | 30 dias |
| Nº. de atividades | | 03 | 03 | 03 |
| Atividades | | 1- Entrega da cartilha; 2- Palestra educativa; e 3-Orientação domiciliar. | 1- Entrega da cartilha; 2- Palestra educativa; e 3-Orientação domiciliar. | 1- Entrega da cartilha; 2- Palestra educativa; e 3-Orientação domiciliar. |
| Objetivo | Capacitação das ACS (ver figura 1) | Informar sobre as contribuições da atividade física (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 |
| Resultado esperado | | Compreensão sobre os benefícios da AF para a saúde, refletindo sobre a realidade da comunidade | Reflexão sobre as barreiras e das possíveis alternativas para reduzi-las ou eliminá-las | Adoção e/ou aumento da prática da atividade física Formação de grupos focais |
| Etapas | | Recomendações para a prática regular de AF e de exercício físico | Autonomia e mudança de comportamento para AF | Agente multiplicador e redefinição dos objetivos |
| Atividades extras | | - | Medida de massa corporal, estatura e perímetro de cintura em domicílio | Explicação sobre a aplicação da escala subjetiva de esforço (BORG) |

RESULTADOS

A **figura 3** representa a distribuição dos participantes durante o estudo e as razões da perda amostral. Na fase descritiva exploratória (Fase I) foram visitados 180 domicílios, conseguindo-se a participação de 103 adultos na intervenção. Entre a fase de intervenção e a fase de avaliação do protocolo (fase III), houve uma perda amostral de 13,72% (n=07) para o grupo experimental e

de 15,38% (n=09) para o grupo controle. A perda, nesta fase, ocorreu devido a não participação em pelo menos 75% das atividades desenvolvidas, motivos de doença, desistência durante a aplicação do protocolo e mudança de endereço do domicílio na fase de avaliação. Dentre os 103 adultos que participaram da intervenção (Fase II), 87 concluíram o estudo.

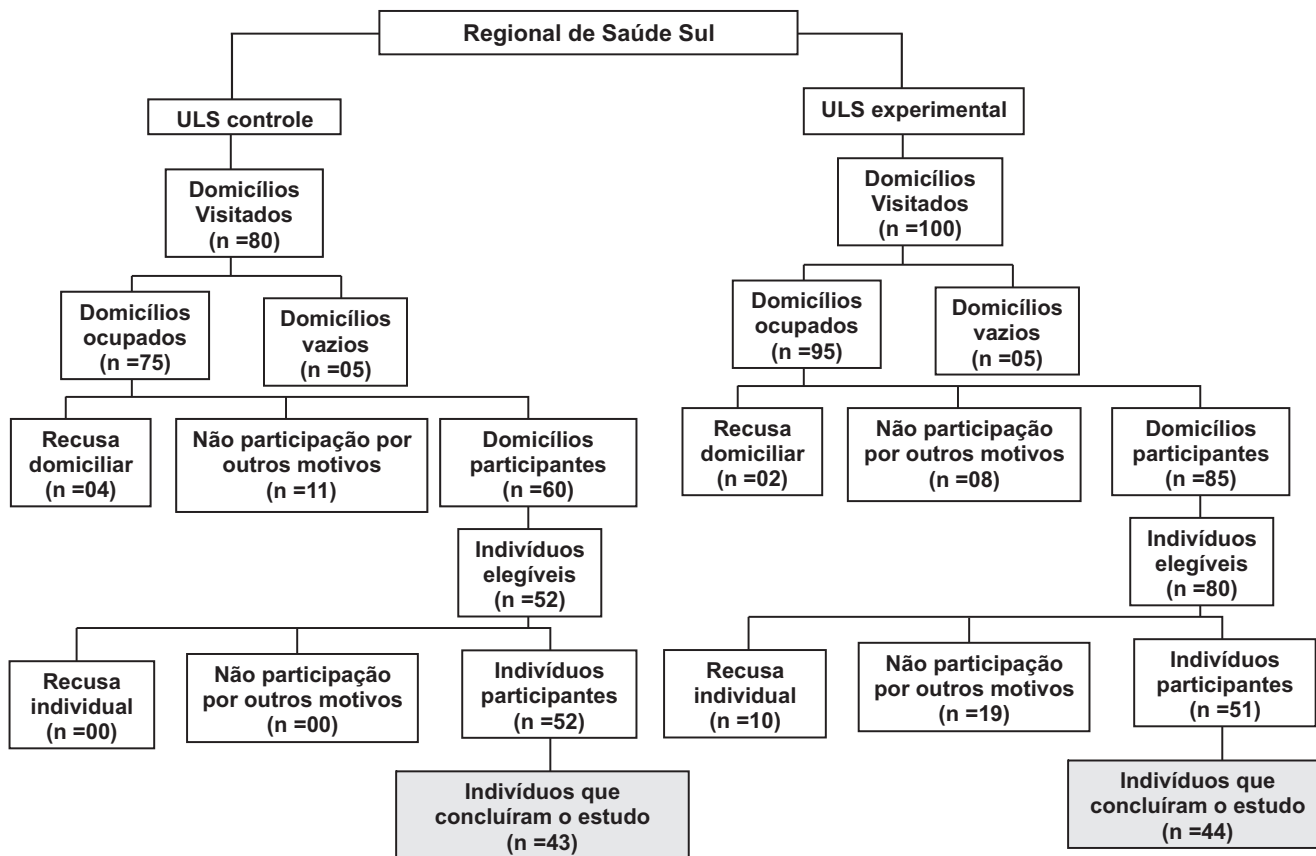


Figura 3

Representação e seleção da amostra do Programa Ação e Saúde Floripa: educar, conscientizar e praticar.

Na fase *descritiva exploratória* observou-se que para às características sócio-demográficas e econômicas a maior parte da amostra foi composta por mulheres (83,5%), casadas (68,9%) e possuíam ao menos o curso ginásial completo (53,4%). Para as variáveis socioeconômicas, 43,7% recebiam uma renda familiar mensal entre um e três salários mínimos e pertenciam à classe média, segundo a ABEP²⁴.

Na Fase I realizou-se a análise comparativa das características sociodemográfica e socioeconômicas, dos indicadores da saúde e das variáveis para atividade física (EMCAFE e IAFH) entre os grupos, não identificando-se diferenças significativas.

Para os indicadores da saúde (percepção de saúde e qualidade do sono, satisfação com a vida profissional e com a situação do peso corporal, percepção do estresse, uso do fumo e de bebidas

alcoólicas) observou-se semelhança entre os grupos, exceto para o consumo de bebidas alcoólicas, onde o GC apresentou ingestão significativamente mais elevada ($p \leq 0,01$) que o GE (**Tabela 1**).

Para as variáveis da atividade física (EMCAFE e IAFH), o GE apresentou valor significativamente maior com relação ao GC ($p \leq 0,01$) apenas para o índice de atividade física habitual no lazer.

Na Fase III, após a aplicação do programa avaliou-se a efetividade da intervenção, por meio de análises comparativas dos indicadores da saúde e das variáveis para atividade física (IAFH e TTM), de ambos os grupos (pré e pós).

Dentre os indicadores da saúde - no item “à percepção de saúde”- observou-se diferença para o GE, indicando um aumento positivo de 20,5% ($p \leq 0,01$).

Tabela 1

Comparação dos indicadores da saúde entre os grupos experimental e controle (pré), na fase II (intervenção).

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

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

No que se refere ao índice de atividade física habitual, o GE apresentou aumento significativo no índice do exercício. Para o GC não foram observadas mudanças significativas no índice de atividade física habitual (**Tabela 2**).

Ao comparar os estágios de mudança de comportamento para atividade física e exercício observou-se diferença no GE, com o aumento de 25% dos adultos no estágio de manutenção (**Tabela 2**).

Para a avaliação processual observou-se que 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 menores, com 88,6 e 89,1%, respectivamente (**Tabela 3**).

Dentre as questões sobre a metodologia aplicada “o período de intervenção suficiente” para mudança de comportamento e “sentiu falta de atividades práticas” apresentaram as maiores reprovações pelos adultos do GE, com 29,5% ($f=13$) e 34,1% ($f=15$) respectivamente.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi desenvolver, implementar e avaliar a efetividade de uma intervenção de aconselhamento sobre atividade física para promoção da saúde utilizando-se da estrutura, dos procedimentos e das estratégias aplicadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). O delineamento desenvolvimental 16, apesar de suas limitações, foi o mais apropriado para a elaboração do protocolo considerando as condições normais (mundo real) do espaço de intervenção e as normas aplicadas pela ESF.

A intervenção apresentou influência positiva para a mudança de comportamento para atividade física e saúde. Resultados semelhantes foram descritos por outro estudo²⁵ que, após intervenção de quatro meses em adultos identificaram mudança significativa no comportamento para o grupo experimental.

Por meio de estudo randomizado, que tinha como objetivo comparar a efetividade de dois programas de intervenção, durante dez semanas

Tabela 2

Análise do índice de atividade física habitual e dos estágios de mudança de comportamento para atividade física e exercício dos grupos experimental e controle, pré e pós-teste.

| Índice de Atividade Física Habitual (escore) ¹ | Grupo experimental (n= 44) | | | |
|--|----------------------------|------------------|-----------------------|------|
| | pré Média; DP | pós Média; DP | Δ (IC) | p* |
| Trabalho | 2,92; 0,65 | 3,03; 0,64 | ▲ 0,11 (-0,27; 0,06) | 0,20 |
| Exercício | 1,63; 0,48 | 1,92; 0,88 | ▲ 0,29 (-0,55; -0,04) | 0,02 |
| Lazer | 2,45; 0,66 | 2,43; 0,71 | ▼ 0,02 (-0,18; 0,23) | 0,81 |
| Total ² | 7,01; 1,18 | 7,38; 1,59 | ▲ 0,37 (-0,77; 0,02) | 0,06 |
| Estágios de Mudança de Comportamento para Atividade Física e Exercício | pré n (%) | pós n (%) | Δ (%) | |
| Pré-contemplação | - | - | - | |
| Contemplação | 03 (6,8) | 01 (2,3) | ▼ 02 (4,5) | |
| Preparação | 12 (27,3) | 05 (11,4) | ▼ 07 (15,9) | |
| Ação | 09 (20,4) | 07 (15,8) | ▼ 02 (5,4) | |
| Manutenção | 20 (45,5) | 31 (70,5) | ▲ 11 (25,0) | |
| Índice de Atividade Física Habitual (escore) ¹ | Grupo controle (n= 43) | | | |
| | pré Média; DP | pós Média; DP | Δ (IC) | p* |
| Trabalho | 3,07; 0,46 | 3,00; 0,48 | ▼ 0,07 (-0,07; 0,21) | 0,32 |
| Exercício | 1,70; 0,53 | 1,74; 0,47 | ▲ 0,04 (-0,16; 0,09) | 0,61 |
| Lazer | 2,21; 0,55 | 2,31; 0,59 | ▲ 0,10 (-0,25; 0,05) | 0,19 |
| Total ² | 6,99; 0,98 | 7,05; 1,06 | ▲ 0,06 (-0,33; 0,21) | 0,64 |
| Estágios de Mudança de Comportamento para Atividade Física e Exercício | pré n (%) | pós n (%) | Δ (%) | |
| Pré-contemplação | 02 (4,7) | 03 (7,0) | ▲ 01 (2,3) | |
| Contemplação | 08 (18,6) | 08 (18,6) | - | |
| Preparação | 09 (20,9) | 09 (20,9) | - | |
| Ação | 04 (9,3) | 08 (18,6) | ▲ 04 (9,3) | |
| Manutenção | 20 (45,5) | 15 (34,9) | ▼ 05 (10,1) | |

¹ Teste t pareado

² Total: soma dos índices das atividades físicas no trabalho, no exercício e no lazer.

DP = desvio padrão

* nível de significância de $p \leq 0,05$.

▼ = Diminuição ▲ = Aumento

Tabela 3

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

| Dimensões do procedimento de avaliação | GE (n=44) | |
|---|-----------|----|
| | % | 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 |
| Média da aprovação na dimensão | 98,5 | - |
| 2. Conteúdo das informações | | |
| 2.1- orientações /informações | 97,7 | 43 |
| 2.2- compreensão das informações fornecidas | 95,5 | 42 |
| 2.3- conteúdos/ temas/ assuntos | 95,5 | 42 |
| 2.4- informações claras e objetivas | 95,5 | 42 |
| Média da aprovação na dimensão | 96,0 | - |
| 3. Qualidade do material (cartilhas) | | |
| 3.1- desenhos, gráficos e distribuição do texto | 93,2 | 41 |
| 3.2- estrutura (tamanho e número de folhas) | 90,9 | 40 |
| Média da aprovação na dimensão | 92,1 | - |
| 4. Metodologia aplicada | | |
| 4.1- desenvolvimento do projeto | 97,7 | 43 |
| 4.2- período de intervenção suficiente | 70,5 | 31 |
| 4.3- duração das visitas | 93,2 | 41 |
| 4.4- número de visitas | 84,1 | 37 |
| 4.5- envolvimento e participação da equipe | 93,2 | 41 |
| 4.6- espaços utilizados | 86,4 | 38 |
| 4.7- participação das agentes comunitárias | 95,5 | 42 |
| Média da aprovação na dimensão | 88,6 | - |
| 5. Conteúdo geral | | |
| 5.1- importância do projeto para saúde da população | 100,0 | 44 |
| 5.2- sentiu falta de atividades práticas | 65,9 | 29 |
| 5.3- estimulou a mudança de comportamento | 86,4 | 38 |
| 5.4- compreensão das barreiras | 93,2 | 41 |
| 5.5- aprova o programa | 100,0 | 44 |
| Média da aprovação na dimensão | 89,1 | - |
| 6. Conhecimento dos módulos de intervenção | | |
| 6.1-Educar | 97,7 | 43 |
| 6.2-Conscientizar | 87,8 | 39 |
| 6.3-Praticar | 100,0 | 44 |
| Média da aprovação na dimensão | 94,1 | - |

de atividade física (material impresso e internet), Marshall et al.²⁶ observaram mudanças significativas no grupo submetido às informações impressas, onde os indivíduos considerados inativos tiveram um aumento da atividade física, corroborando com os achados do presente estudo.

Em outro estudo, Marcus et al.²⁷ identificaram que as intervenções que utilizam material impresso e/ou por telefone são eficazes para a mudança de comportamento a curto prazo, reconhecendo que as intervenções adaptadas para a realidade da população com mais contato, conseguem melhores resultados.

As conclusões destes estudos^{25, 26, 27}, apontam importantes estratégias que vão ao encontro das metodologias aplicadas neste estudo: a) orientações com materiais impressos (cartilhas e folhetos educativos) possibilitam melhores resultados para a mudança de comportamento para atividade física; e b) o Modelo Transteorético (TTM)²⁸ representa uma importante estratégia para intervenção e avaliação de programas nesta área.

Como premissa básica de que a mudança de comportamento é um processo e não um evento, o Modelo Transteorético (TTM)²⁸ tem sido extensivamente aplicado em intervenções para atividade física e exercício²⁹, com resultados significativos em diferentes grupos populacionais³⁰. Ele permite direcionar o planejamento e a implementação de intervenções para a prática de atividades físicas, de modo a aumentar a sua efetividade e o seu custo-benefício.

A *Task Force on Community Preventive Services*⁶ reconhece que os programas de mudança de comportamento, individualmente adaptados para adultos e crianças, têm sido fortemente recomendados, devido à efetividade comprovada no aumento da atividade física e na melhora da aptidão física.

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% ($f=13$).

A elevada afirmação do GE (35%) quanto à falta de atividades práticas no protocolo configura os anseios da população por este tipo de iniciativa. Oportunizar o aumento do conhecimento da popu-

lação sobre a importância da atividade física conjuntamente com sua prática, pode representar uma iniciativa importante para a promoção da saúde com adoção e melhor controle dos comportamentos relacionados a saúde.

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.

Reconhecendo estas limitações é que a Portaria nº 154 do Ministério da Saúde¹⁵, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), recomenda “*que a prática da atividade física seja abrangente e coletiva, a fim de possibilitar a inclusão dos diversos grupos populacionais adstritos nas áreas atendidas, não restringindo o acesso apenas às populações já adoecidas ou mais vulneráveis*”.

Diante dos valores superiores no IAFH no GE, no trabalho, no exercício e no lazer pós intervenção, pode-se afirmar que a estratégia aplicada possibilita o aumento do nível de atividade física em seus diferentes momentos, garantindo a efetividade do protocolo para a mudança de comportamento para a prática da atividade física.

Apesar da total aprovação pelo GE do protocolo (100%), a ampliação dos resultados requer alguns cuidados, pois diante da carência deste tipo de intervenção na população, 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, os caminhos adotados para a elaboração, a implementação e o desenvolvimento do projeto, reconhecidamente, foram adequados, pois procurou otimizar importantes pilares do ESF (visita domiciliar, formação de grupos temáticos, a atuação multiprofissional e o controle por área de abrangência) com estratégias que estimulam uma atuação crítica, reflexiva e consciente da população sobre os aspectos comportamentais e educacionais da atividade física para a promoção da saúde.

Porém, algumas limitações do delineamento metodológico devem ser citadas: 1) a escolha intencional das ULS e a seleção não randomizada representam risco de tendenciosidade na amostra, porém, isto pode ser justificado pelo delineamento adotado neste estudo¹⁶. As semelhanças entre os grupos (GE e GC) na maioria das variáveis na Fase I garantiram o controle desta limitação; 2) apesar do instrumento de avaliação da atividade física-IAFH¹⁷ apresentar boa reprodutibilidade para este estudo, a utilização de outros métodos (pedômetro, gasto energético, MET) para medir a atividade física, poderiam ser mais adequado, a fim de garantir medidas precisas.

Em síntese, reconhecendo as limitações do estudo e supondo que os efeitos encontrados possam ser atribuídos ao protocolo de intervenção, pode-se observar mudanças positivas apenas para o GE, com resultados significativos no aumento na percepção da saúde positiva, no IAFH no exercício e nos EMCAFE (TTM).

Para reaplicação deste protocolo recomenda-se: 1) ampliar o período dos módulos de intervenção, 2) desenvolver e estimular a prática de atividades físicas, democratizando o acesso e a permanência às práticas desportivas, de lazer e manifestações culturais no contexto das comunidades atendidas pela Atenção Básica e 3) desenvolver ações de interdisciplinaridade a fim de estimular a prática multidisciplinar por meio do núcleo comum (campo educacional/ de cuidado) em detrimento das competências (campo específico).

Sugere-se ainda estudos adicionais de seguimento (follow-up), procurando identificar as me-

lhores estratégias que favoreçam a aderência aos comportamentos saudáveis e as influências sobre outras variáveis relacionadas à atividade física, aptidão física e saúde.

CONCLUSÃO

Este estudo reconhece características e dificuldades para aplicação e abrangência de iniciativas como esta na atenção básica, em especial na ESF, onde: a não participação do homem nas decisões e nos projetos relacionados à saúde, a baixa condição econômica e de escolaridade da população atendida, a falta de espaços para a prática da promoção da saúde, a falta de condições básicas de vida e a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde da família.

A intervenção de aconselhamento sobre atividade física baseada nas estratégias do Modelo Transteorético e na teoria educacional de Paulo Freire podem ser consideradas boas metodologias para promoção da atividade física e saúde em adultos atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

No entanto, 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 ao baixo nível de atividade física habitual, metodologias permanentes devem ser desenvolvidas em seus diversos contextos, oportunizando a população um melhor controle sobre os fatores intervenientes a sua saúde e sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. HASKELL WL, LEE I-M, PATE RP, et al. A. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116: 000-000.
2. DUNN AL, ANDERSEN RE, JAKICIC JM. Lifestyle Physical Activity Interventions: History, Short-and Long-Term Effects, and Recommendations. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998; 15 (4):399-412.

3. BAUMAN AE. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. *Journal Science and Medicine Sport*, 2004;7(1 Supl):6-19.
4. PATE RR, PRATT M, BLAIR SN, et al. 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*, 1995; 273 (5): 402-407.
5. PRATT M, MACERA CA, SALLIS JF, O'DONNELL M, FRANK LD. Economic Interventions to promote physical activity: application of the SLOTH model. *American Journal Preventive Medicine*, 2004; 27(3S): 136-145.
6. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *American Journal Preventive Medicine*, 2002; 22(4S): 67-72.
7. RÜTTEN A, ABEL T, KANNAS L, et al. Self reported physical activity, public health, and perceived environment: results from a comparative European study. *Journal Epidemiology Community Health*, 2001; 55 (2):139-146.
8. FOSTER C. Guidelines for health-enhancing physical activity promotion programmes. *British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford*, 2001.
9. KRUCHELSKI S, RAUCHBACH R. Curitiba- Gestão nas cidades voltada a promoção da atividade física, esporte, saúde e lazer: avaliação, prescrição e orientação de atividades físicas e recreativas, na promoção da saúde e hábitos saudáveis da população curitibana. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2005.
10. Programa Agita São Paulo. Acessado em 12 de março de 2006. Disponível em <http://www.agitasp.com.br/>.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Agita Brasil: programa nacional de promoção da atividade física. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, Governo Federal: Ministério da Saúde, 2002.
12. OLIVEIRA ACC, ALCANTARA BC, Toscano JJO. Atividade física e promoção da saúde: o modelo academia da cidade de Aracaju (SE). *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 2007;12(S2): 201.
13. HOEHNER C M, SOARES J, PEREZ DP et al. Intervenções em atividade física na America Latina: Uma revisão sistemática. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008; 34(3):224-33.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, Governo Federal: Ministério da Saúde, 1994.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio da Saúde da Família. Portaria Ministerial de Saúde nº154, de 24 de janeiro de 2008. Acessado em 30 de abril de 2008. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/PORTARIA%20GM%20N154.pdf>.
16. THOMAS JR, NELSON JK, SILVERMAN SJ. Métodos de pesquisa em atividade física. (5ed). Porto Alegre: Artmed, 2007.
17. BAECKE JA, BUREMA J, FRIJTERS JE. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *American Journal Clinical Nutrition*, 1982; 36: 936-42.
18. FREIRE P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
19. FREIRE P. Conscientização: teoria e prática da libertação - uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro, 2005.
20. PEREIRA ALF. As tendências pedagógica e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cadernos de Saúde Publica*, 2003;19(5):1527-1534.
21. MARCUS BH, SIMKIN LR. The trans-theoretical model: applications to exercise. *Medicine Science Sports Exercise*, 1994; 26(11): 1400-4.
22. American College of Sports Medicine Guidelines for Exercise Testing and Prescription. (7th ed). Canadá: Williams & Wilkins, 2006.
23. MARCUS BH, FORSYTH LH. Motivating people to be physically active, physical activity intervention series. *Human Kinetics*, 2003.
24. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2003). Critério de Classificação Econômica no Brasil (ABA/ABIPEME). São Paulo. Acessado em 10 de setembro de 2005. Disponível em <http://www.anep.org.br/mural/anep/04-12-97>.
25. TITZE S, MARTIN BW, SEILER R, STRONEGGER W, MARTI B. Effects of a lifestyle physical

- intervention on stages of change and energy expenditure in sedentary employees. *Psychology of Sport and Exercise*, 2001; 2(2): 103-116.
26. MARSHALL AL, LESLIE ER, BAUMAN AE, et al. Print versus website physical programs: a randomized trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 2003; 25(2): 88-94.
27. MARCUS BH, OWEN N, FORSYTH LH., et al. Physical activity interventions using mass media, print media, and information technology. *American Journal Preventive Medicine*, 1998; 15(4):362-378.
28. PROCHASKA JO; DICLEMENTE CC. The stages and processes of self-change in smoking: Towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983; 51 (3): 390-395.
29. KAHN EB, RAMSEY LT, BROWNSON RC, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *American Journal Preventive Medicine*, 2002; 22(4S): 73-107.
30. SPENCER L, ADAMS TB, MALONE S, ROY L, YOST E. Apllying the transtheoretical model to exercise: a systematic and comprehensive review of the literature. *Health Promotion Practice*, 2007; 7 (4): 428-443.

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SC)

FINANCIAMENTO

Projeto de Pesquisa financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) sob o processo nº348/ 2006.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES PARA O TEXTO

Marcus de Almeida Gomes: aplicação do estudo e elaboração do texto

Maria de Fátima da Silva Duarte: orientação do estudo e elaboração do texto

CORRESPONDÊNCIA

Universidade do Estado da Bahia
Bairro: Ipanema Cep: CEP: 46430-000 - Guanambi - BA
fone: 48 9166-1744 - 77 3451-1535
e-mail: magomes@uneb.br - marcius_lepeaf@hotmail.com