Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública

Promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde tendo como promotores os Agentes Comunitários de Saúde.

Evelyn Fabiana Costa

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Nutrição em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alex Antonio Florindo

São Paulo 2015

Promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde tendo como promotores os Agentes Comunitários de Saúde.

Evelyn Fabiana Costa

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Nutrição em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alex Antonio Florindo

São Paulo

2015

Financiamento de auxílio à pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo Processo número 2009/14119-4



É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida <u>exclusivamente</u> para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

Dedicatória

Dedico essa tese aos meus familiares, em especial ao meu marido Nelson, com esperança de que um dia entendam, as minhas muitas ausências. Conscientemente, sacrifiquei por esse trabalho acadêmico o tempo que poderia ter me dedicado à vocês, mas acredito ter sido por uma boa causa. Espero que um dia, vocês se orgulhem de mim e do meu trabalho!

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Doutor Alex Antonio Florindo, pela credibilidade e confiança em encarar um desafio. Um desafio não maior nem menor que os demais pelo senhor já superados, mas, um desafio diferente. Aceitar orientar uma aluna de doutorado com vínculo profissional de 40 horas semanais, sem dúvida, foi e será sempre um grande desafio. Os meus maiores e mais sinceros agradecimentos pelo constante incentivo, sempre indicando a direção a ser tomada nos momentos de maior dificuldade. Muito obrigada pela tutela, orientação, paciência, compreensão e disponibilidade!

Agradeço aos meus colegas do GEPAF Evelyn Helena, Leandro Garcia, Paulo Henrique, Taynã dos Santos, Emanuel Salvador pelo apoio e comprometimento durante os momentos mais duros dessa fase. Companheiros de trabalho e que contribuíram muito para a realização dessa tese.

Ao colaborador José Carlos, pessoa responsável por acolher de maneira única as Agentes Comunitárias de Saúde em seus grupos e pela cumplicidade e detalhe de todos os seus relatórios, os quais me permitiram vivenciar mesmo que em minha ausência, cada uma das experiências e alegrias sentidas por àquelas meninas.

Ao Thiago Hérick de Sá que com suas reflexões e experiências nos possibilitou uma nova descoberta no caminho da troca de saberes.

Um agradecimento especial à todos os voluntários da pesquisa, que nos acolheram com tanta disponibilidade e carinho. A partir deles percebi que é possível uma aproximação saudável e menos utilitarista da ciência ao campo.

A professora Marília Velardi pela sua sabedoria, doçura e compreensão. Ao lado dela tudo é possível e leve!

Ao professor Douglas de Andrade Roque pelo companheirismo e disponibilidade num dos momentos mais importantes do campo.

As minhas verdadeiras amigas e parceiras de trabalho, Bruna, Dafni e Vanessa, agradeço por só quererem o meu bem e me valorizarem como pessoa, além é claro, de me aguentarem por longos quatro anos compartilhando os assuntos dessa tese. Obrigada pela amizade!

Agradeço também a minha ex-colega de trabalho e atual colaboradora e amiga pessoal, Carol. Quantos foram os momentos de risadas, reflexões e muito trabalho! Sem o seu apoio, provavelmente, o rumo dessa tese teria sido outro.

Não posso deixar de agradecer a todos do Núcleo Técnico de Atenção Básica da Santa Casa de São Paulo pelo apoio e compreensão nessa etapa. Devo à eles as muitas liberações de cargas horárias do trabalho para me dedicar ao planejamento, coleta, análises e escrita dessa tese. Muito obrigada Bruna Makluf, Dr. César Inoue e Dona Maria Amélia.

Faço um respeitoso e especial agradecimento aos professores doutores e membros da banca Cláudia Maria Bógus, Grace Angélica de Oliveira Gomes, Maria Helena D'Aquino Benicio, Mathias Roberto Loch pela imensurável colaboração na versão definitiva dessa tese.

Meus agradecimentos à minha família chegam a ser redundantes, já que ela é o pilar em que sustento toda minha vida. Ao meu pai Paulo, o maior exemplo de honestidade e humildade que conheço. A minha mãe Wanda, a mais alegre, disposta a apoiar quaisquer das minhas decisões sempre com o coração aberto e sem julgamentos. A minha irmã Adriana, a qual defino como um símbolo de companheirismo e cumplicidade. Ao meu irmão Paulinho (*in memorian*), que pouco participou deste processo de evolução da minha vida, mas que me deixa saudades dos momentos longínquos de risadas e diversão. Ao meu sobrinho Lucas, um presente divino em

minha existência. Muito obrigada pelo total apoio as minhas escolhas, mesmo nos momentos que não entendiam direito o que eu estava fazendo, todos me apoiaram!

Epígrafe

"O assunto mais importante do mundo pode ser simplificado até ao ponto em que todos possam apreciá-lo e compreendê-lo. Isso é - ou deveria ser - a mais elevada forma de arte."

(Charles Chaplin)

APRESENTAÇÃO

Essa tese é um dos produtos da pesquisa intitulada "Estudo de intervenções para a promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde pela Estratégia de Saúde da Família", financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP –processo n° 2009/14119-4).

A tese é composta por três manuscritos. O primeiro manuscrito apresenta uma revisão sistemática que analisou os resultados de intervenções realizadas por Agentes Comunitários de Saúde com fins na promoção da atividade física, bem como discorre acerca das principais características descritivas e operacionais dessas intervenções. O segundo manuscrito avalia a efetividade de uma intervenção para a promoção da atividade física por meio das visitas domiciliares realizado por Agentes Comunitários de Saúde e composto por um processo de formação em educação profissional. Foram selecionadas duas Unidades Básicas de Saúde, uma onde os Agentes Comunitários de Saúde receberam a intervenção e outra para o controle, na qual os profissionais não receberam nenhuma intervenção. O processo educativo teve duração de 12 horas divididas em quatro encontros de três horas cada e foi elaborado um modelo de visita domiciliar para a promoção da atividade física. Além disso, os profissionais foram acompanhados posteriormente com quatro encontros mensais para discutir o processo das visitas domiciliares. Os adultos cadastrados pelas equipes de Saúde de Família e atendidos por esses Agentes Comunitários de Saúde foram aleatoriamente selecionados e responderam aos questionários aplicados por entrevistadores independentes nos momentos pré e pós-intervenção (seis meses após o término do curso). Foram avaliados o nível de atividade física, os estágios de mudança de comportamento e o recebimento de visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde para promoverem atividade física. E, por fim, o terceiro manuscrito descreve o conteúdo de dois grupos focais analisados sob a luz da análise temática, com o objetivo de identificar as diferentes percepções e atitudes dos Agentes Comunitários de Saúde com relação a intervenção para a promoção de atividade física.

Costa EF. Promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde tendo como promotores os Agentes Comunitários de Saúde. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2015.

Objetivo: Avaliar uma intervenção para a promoção da atividade física (AF) por meio de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em adultos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Métodos: Essa tese foi composta por três manuscritos, sendo um de revisão sistemática e dois provenientes de um estudo de intervenção não randomizado e controlado, realizado no distrito de Ermelino Matarazzo, extremo leste de São Paulo, SP, nos meses de abril a dezembro de 2011. Participaram do estudo os ACS e as pessoas atendidas nas áreas de cobertura das equipes de ESF de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Foi realizada intervenção para promoção da AF por meio de visitas domiciliares composta por um processo de formação em educação profissional, vivências de AF e encontros mensais para acompanhamento. O processo educativo foi realizado em quatro encontros semanais de três horas cada durante um mês, com 30 ACS de uma das UBS (grupo intervenção). Foram sorteados 176 adultos usuários do SUS (≥18 anos, sendo 90 da UBS/intervenção e 86 da UBS/controle, onde as ACS não receberam treinamento). A efetividade da intervenção nos usuários foi avaliada por meio da aplicação de questionários (níveis de AF no tempo de lazer e como forma de deslocamento e estágios de mudança de comportamento) antes e após seis meses do início do processo educativo. Foram realizados dois grupos focais com os ACS (um após o processo educativo e outro após o término da intervenção). Foi realizada revisão sistemática com fins em verificar o que já havia sido produzido com ACS na promoção da AF. Análise de dados: As análises das variáveis foram realizadas de acordo com o princípio de intenção de tratar. Nas análises bivariadas foram utilizados testes quiquadrado com correção de Yates, de tendência linear e exato de Fisher. Foram calculadas as razões de prevalências (RP) por meio da Regressão de Poisson para o recebimento de visitas domiciliares considerando variáveis sociais, demográficas e de saúde, estratificadas por grupo. O efeito da intervenção sobre os estágios de mudança de comportamento e dos níveis de AF foram analisados por meio de equações de estimativas generalizadas. Os dados qualitativos coletados nos grupos focais foram

gravados, transcritos e analisados por meio da análise temática. Resultados: Manuscrito 1: 27 estudos compuseram a revisão sistemática realizada com fins em recuperar as evidências acerca de intervenções desenvolvidas por ACS na promoção da AF. A maioria dos estudos (63%) apresentou resultados significativos para o aumento do volume total de AF e caminhada ou quantidade de passos por dia. As intervenções tiveram mediana de tempo de cinco meses e foram direcionadas a pessoas acima dos 30 anos, em grupos étnicos específicos, de baixo nível socioeconômico e portadores de doenças. Manuscrito 2: Não foram encontradas diferenças significativas inter ou intragrupos nos níveis de AF e nos estágios de mudança de comportamento nos usuários das UBS onde os ACS receberam a intervenção comparados com os usuários da área do grupo controle. Observou-se que o grupo de ACS da área de intervenção promoveu mais AF nas visitas domiciliares para usuários com menor nível de escolaridade (RP=2,74), que não trabalhavam (RP=3,61) e que possuíam diagnóstico médico de hipertensão arterial ou diabetes (RP=2,86). Manuscrito 3: Duas grandes categorias de temas emergiram do tratamento do material: a) o processo de formação em educação profissional como via de ressignificação da prática de AF e, b) os processos de trabalho das ACS e os limites para as transformações de atitudes. Inseridos nesses temas, constatou-se que o saber adquirido é uma ferramenta de empoderamento, mas que ainda há um limite do conhecimento técnico versus o saber leigo dos ACS para o aconselhamento da AF e que demandas institucionais interferem nas possibilidades de ações, resultando na dificuldade de incorporação da promoção da atividade física na rotina do trabalho. Conclusão: A revisão sistemática mostrou que intervenções realizadas no contexto da atenção primária tendo como promotores os ACS são efetivas para o aumento da AF em adultos. Na intervenção avaliada nesta tese não foram observadas evidências de efetividade para aumento dos níveis de AF e de estágios de mudança de comportamento de usuários do SUS atendidos pelos ACS da intervenção. No entanto, observou-se pelo conteúdo dos grupos focais que a implantação do processo de promoção da AF realizado com os ACS no contexto da ESF em uma região de baixo nível socioeconômico demonstrou ser uma oportunidade de empoderamento para esses profissionais nas ações de promoção à saúde, mas que a incorporação da promoção da AF nas visitas domiciliares para os usuários é dependente de mudanças mais amplas na gestão dos serviços. A partir dos efeitos

positivos obtidos no processo de formação dos ACS, aliado as dificuldades de se conseguir mudanças nos níveis de AF dos usuários, recomenda-se que sejam realizadas novas intervenções de promoção da AF com ACS para que modelos de promoção como este desenvolvido nesta tese sejam implementados na rotina de trabalho destes profissionais.

Descritores: Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Ensaio Clínico; Revisão; Atividade Motora.

Costa EF. Physical activity promotion in the Unified Health System through the Community Health Workers. [PhD Thesis]. São Paulo: School of Public Health, University of São Paulo; 2015.

Purpose: To evaluate an intervention to promote physical activity (PA) through Community Health Workers (CHW) to adult users of the Unified Health System (SUS) and served by the Family Health Strategy (FHS). Methods: This dissertation encompasses three manuscripts, one systematic review and two referred to a nonrandomized controlled intervention trial conducted in the Ermelino Matarazzo district, eastern end of São Paulo, SP, from April to December 2011. The study included the CHW and the users covered by FHS teams of two Primary Healthcare Centers (PHC). An intervention to promote PA through home visits was carried out, comprising a process of professional continuing education, PA experiences and monthly meetings for following up. The educational process was conducted in four weekly meetings of three hours each during a month, with 30 CHW of one PHC (intervention group). One hundred seventy-six adult users of the SUS were randomly selected (≥18 years, 90 of the intervention PHC and 86 of the control PHC, where the CHW received no training). The intervention effectiveness on users was evaluated through questionnaires (leisuretime and transport-related PA and the behavior change stages) before and six months after the educational process. Two focus groups were conducted with the CHW (one after the educational process and another after the intervention). A systematic review was performed to verify what had already been produced about PA promotion through CHW. **Data analysis:** Analysis considered the intention-to-treat principle. Bivariate analysis were conducted using the Chi-square test with Yates correction or linear trend and the Fisher's exact test. Prevalence ratios (PR) were calculated through Poisson regressions to analyze home visits according to social, demographic and health variables, stratified by group. The effect of the intervention on behavior change stages and leisure-time and transport-related PA was analyzed using generalized estimating equations. The content of the focus groups was recorded, transcribed and analyzed using thematic analysis. **Results:** Manuscript 1: 27 studies were included in the systematic review with the purpose of recovering the evidence about interventions using CHW to promote PA. Most studies (63%) found significant results of increase

in PA total volume and walking or steps per day. Interventions had a median duration of 5 months and were aimed at people over 30 years old, specific ethnic groups, low socioeconomic status and those diseased. Manuscript 2: There were no significant differences inter- or intra-group in PA levels and behavior change stages between user from intervention and control PHC. The CHW group who received the educational process promoted more PA in home visits to users with lower educational level (PR = (2.74), who did not work (PR = (2.61)) and had a medical diagnosis of hypertension or diabetes (PR = 2.86). Manuscript 3: Two broad categories of themes emerged from the material: a) the process of professional continuing education as a mean to reframe the PA practice and, b) the CHW's work processes and the limits of changing attitudes. Within these issues, it was found that acquired knowledge is an empowerment tool, but there is still a limit in the technical versus lay knowledge of the CHW for PA counseling and institutional demands interfere with the action possibilities, resulting in difficult incorporation of PA promotion in their work routine. Conclusion: The systematic review shown that interventions in primary care through CHW are effective for increasing PA in adults. In the intervention evaluated in this dissertation were observed no evidences of effectiveness on PA levels and behavior change stages among user of the SUS served by the CHW of the intervention group. However, it was observed through the analysis of the focus group that the implementation of an educational process aimed to promote PA in the FHE context in a low-socioeconomic area is an empowering opportunity for these professionals for health promotion actions. Nevertheless, the inclusion of PA promotion in the home visits to users depends on broader changes in the services management. From the positive effects obtained in the CHW educational process, combined with the difficulties of achieving changes in PA levels of users, it is recommended that new interventions are carried out to promote PA through CHW in order to implement promoting models like the one developed in this thesis in the routine work of these professionals.

Keywords: Community Health Workers; Primary Health Care; Clinical Trial; Review; Motor Activity.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇAO
2 OBJETIVOS
2.1 OBJETIVO GERAL
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS
3 MÉTODOS
3.1 DESENHO DO ESTUDO
3.2 PESQUISA "ESTUDO DE INTERVENÇÕES PARA A PROMOÇÃ
DAS ATIVIDADES FÍSICAS NOS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA"
3.3 O CONTEXTO DA INTERVENÇÃO
3.4 INTERVENÇÃO COM OS ACS
3.4.1 Amostra de Trabalhadores do SUS/ESF de Ermelino
Matarazzo
3.4.2 Processo de formação em educação profissional com as ACS
3.5 INTERVENÇÃO COM OS MORADORES
3.5.1 Amostra de Usuários do SUS/ESF de Ermelino Matarazzo
3.5.2 Descrição da Coleta
3.6 ASPECTOS ÉTICOS
3.7 ANÁLISE DOS DADOS
3.7.1 Análise Qualitativa
3.7.2 Análise Quantitativa
3.8 REVISÃO SISTEMÁTICA
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO
4.1 MANUSCRITO 1: Systematic review of physical activity promotion
by community health workers
4.2 MANUSCRITO 2: Avaliação da efetividade da promoção da
atividade física por agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares
4.3 MANUSCRITO 3: Percepções das agentes comunitárias de saúde
acerca de uma intervenção para a promoção da atividade física por meio das
visitas domiciliares
5 CONSIDER ACÕES FINAIS

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134
ANEXOS	138
CURRÍCULO LATTES	174

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1	
Tabela 1 Descriptive characteristics of included studies	58
Tabela 2 Operational characteristics of interventions and results of the	
included studies	63
MANUSCRITO 2	
Tabela 1 Características sociais, demográficas e de saúde dos usuários das	
unidades de saúde intervenção e controle. Ermelino Matarazzo, São Paulo,	
SP, 2011	89
Tabela 2 Descrição das visitas domiciliares realizadas pelas ACS por	
unidade de saúde. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011	90
Tabela 3 Recebimento das visitas domiciliares realizadas pelas ACS, por	
unidade de saúde, para promover a prática de atividades físicas segundo	
sexo, idade, escolaridade, trabalho e presença de doenças crônicas.	
Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011	91
Tabela 4 Comparação pré e pós-intervenção dos estágios de mudança de	
comportamento e da atividade física. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP,	
2011	92

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 Descrição dos temas dos encontros do processo educativo para a	
promoção da atividade física realizado com as Agentes Comunitários de	
Saúde, Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011	34
Figura 1 Esquema de visita domiciliar para a realização da promoção da	
atividade física pelos Agentes Comunitários de Saúde	37
Figura 2. Ficha de identificação da atividade física para ser utilizada nas	
visitas domiciliares realizadas pelas ACS	39
MANUSCRITO 1	
Figura 1 Systematic review flowchart	55
MANUSCRITO 2	
Figura 1. Fluxograma do processo de seleção da amostra das famílias	
(etapa 1), dos moradores (etapa 2) e das avaliações pré e pós-intervenção	88

1 INTRODUÇÃO

O processo assistencial no âmbito da Saúde Pública no Brasil sofreu grandes reformulações com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política pública, pautada em princípios fundamentais como equidade, universalidade e integralidade, procura reordenar a Atenção Básica em saúde no sentido de romper com as práticas individualizadas e fragmentadas das ações terapêuticas e assistenciais(1).

Após a promulgação da Lei nº 8.080 em 1.990 (Lei Orgânica da Saúde), as Normas Operacionais Básicas (NOB) definiram competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que os estados e municípios pudessem assumir atribuições. As delimitações de competências entre as três esferas de gestão (federal, estadual e municipal) passaram por diferentes pactuações ou acordos, desde a NOB 91 até o Pacto pela Saúde, que é o atual documento que orienta essas relações e visa a efetivação dos acordos nos processos e instrumentos de gestão, a redefinição de responsabilidades coletivas em função dessas necessidades e a busca de maior equidade, , implicando na definição de prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Especificamente o Pacto pela Vida é responsável por traçar os compromissos entre os gestores do SUS acerca das prioridades que apresentarão impacto na situação de saúde da população. O aumento da prevalência de atividade física no tempo de lazer em adultos foi instituído como um dos indicadores nacionais prioritários pelo Pacto pela Vida para as ações do eixo de atuação de promoção da saúde(2).

Ao longo dos anos, o SUS passou por transformações importantes, centradas na ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Em 1994, foi implantado no Brasil o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF)(3). A ESF é considerada estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organização da Atenção Básica e vem provocando, de fato, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país; caracteriza-se pela integração e pela organização das atividades em um território definido com enfoque principal na família, no contexto do ambiente em que vive, e numa maior proximidade com a comunidade, mudando também os métodos e os procedimentos de atendimentos(3).

A Atenção Básica não é apenas um nível de atenção à saúde, é colocada hoje como ponto de partida para a reordenação do SUS em todo o país e demanda uma intervenção

ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população, sendo considerada a principal porta de entrada dos usuários na rede assistencial no sistema público de saúde, partindo-se da organização de um sistema hierarquizado(4). Seus atributos principais são: primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, continuidade e integralidade da atenção, atenção centrada na família, orientação e participação comunitária, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema(5). No âmbito mundial, em 2004, foi lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. Essa estratégia é considerada um instrumento de promoção geral da saúde para populações e indivíduos e de prevenção de doenças e agravos não transmissíveis abordando dois dos seus principais fatores de riscos, a inatividade física e a alimentação não saudável(6).

Seguindo essa perspectiva, porém em âmbito nacional, o Ministério da Saúde divulga em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que amplia e qualifica as ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS. Essas ações devem permear as seguintes áreas: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e de outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável. Mais especificamente, no que tange a área da promoção da atividade física, é proposto que as ações ocorram na rede básica de saúde e na comunidade, ações de aconselhamento, orientação e divulgação, ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros e por fim, ações de monitoramento e avaliação(7).

Ainda na perspectiva da promoção da atividade física, também em 2006, o Ministério da Saúde publica a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, visando garantir a integralidade na Atenção Básica, considerando o indivíduo na sua dimensão global sem perder de vista a singularidade e contribuindo para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Atualmente, dentre as práticas preconizadas, encontramos as da Medicina Tradicional Chinesa, que são consideradas práticas corporais e meditativas, tais como: Lian Gong em 18 Terapias, I Qi Gong, Lien Chi, Tai Chi Pai Lin, Xian Gong, entre outras. Além dessas práticas, são preconizadas e oferecidas pelos serviços públicos de saúde a caminhada, a dança circular,

o alongamento, a ginástica e o relaxamento(8).

A promoção da atividade física surge como opção preventiva, terapêutica e de promoção da saúde, disponíveis dentro do sistema público de saúde, além de serem consideradas como possibilidades factíveis para os profissionais de saúde atuarem nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo. No contexto do SUS, cuja produção da saúde é entendida como resultante dos determinantes e condicionantes sociais da vida, tais abordagens podem contribuir para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, contribuindo assim, para o aumento do exercício da cidadania e do controle social. Recentemente a prática de atividade física foi incluída como um fator determinante e condicionante da saúde por meio da publicação de Lei nº 12.864 (24/01/2013) que altera o artigo 3º da Lei nº 8.080 de 1990, a qual anteriormente estabelecia a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a educação, a renda, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais como determinantes e condicionantes da saúde. Com essa inclusão, recai ao SUS a responsabilidade pela gestão de ações de vigilância epidemiológica, criando a possibilidade de financiamento para o setor.

Com base nessas perspectivas, a ESF é uma possibilidade de operacionalizar essas diretrizes de promoção da saúde. Em suas atuações, a ESF representa ações compatíveis a partir da noção ampliada de saúde e se propõe a humanizar suas práticas, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida. Na composição dessas equipes, além do Médico Generalista, o Enfermeiro e os Auxiliares de Enfermagem, há o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Mundialmente, os ACS foram inseridos em políticas públicas com fins na cobertura universal dos sistemas de saúde e via de regra, são pessoas da comunidade. Assim como ainda há inconsistência na terminologia adotada para esses profissionais, se observa também, inconsistências nos modelos de atuação e atribuições das funções(9). Mais especificamente no Brasil, a inserção desse profissional no sistema de saúde ocorreu em 1991 por meio da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. A partir das experiências com o PACS no

Ceará, houve o reconhecimento por parte do Ministério da Saúde da importância dos ACS nos serviços básicos de saúde e a proposição da cobertura familiar. O êxito com o PACS serviu de modelo para uma nova proposta que foi a criação do PSF em 1994(10). O ACS tornou-se um importante elemento na promoção de mudanças no modelo assistencial e fortalecimento da Atenção Básica e diferentemente dos outros integrantes da equipe, é oriundo da comunidade e pode ser considerado como um "agente" de mudanças no seu território pelo aspecto de liderança natural que exerce e pela capacidade de se comunicar. São profissionais que exercem o papel de mediadores entre os serviços de saúde e a comunidade, construindo laços de confiança entre os profissionais de saúde, o poder público e a população, incorporando/valorizando os saberes populares, exercendo um papel primordial no processo de transformação social e podendo ser visto pela comunidade como a sua voz ativa dentro do serviço público de saúde(11). Dentre as atribuições do ACS, a visita domiciliar (VD) pode ser considerada como a atividade mais importante do seu processo de trabalho, tem como principal papel contribuir pela melhoria da qualidade de vida da população por intermédio das ações educativas em saúde que iniciam nos domicílios, nas ações individuais ou coletivas e/ou nos espaços sociais na comunidade. Recentemente, as Diretrizes Operacionais (Documento Norteador) das UBS da Prefeitura de São Paulo que visam padronizar os processos de trabalho nas unidades de saúde do município, determinaram em sua publicação mais recente de janeiro de 2015, que os ACS devem dedicar 26 das 40 horas semanais de trabalho às VD, o que equivale em média de 52 a 65 visitas por semana(12).

Junto as equipes de ESF, atualmente existem os profissionais integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF foi criado em janeiro de 2008 com o objetivo de ampliar as ações da Atenção Básica e sua resolubilidade através da atuação com as equipes de Saúde da Família(13). Os profissionais que podem compor as equipes de NASF são: Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Acupunturista, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Médico Pediatra, Médico Psiquiatra, Nutricionista, Profissional de Educação Física, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Os NASF são distribuídos de forma a oferecer apoio matricial a um conjunto de equipes de Saúde da Família, na abrangência de territórios vinculados as redes de atenção à saúde. Cada NASF é constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento devendo atuar dentro de algumas diretrizes da Atenção Básica: ações interdisciplinar e intersetorial, educação permanente em saúde dos profissionais e da

população, desenvolvimento da noção de território, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização(14).

Cabem as equipes de NASF, junto às equipes de Saúde da Família, identificar o público prioritário para o desenvolvimento das estratégias, a demanda do território e as ações a serem executadas que se integrem as políticas sociais de outros setores: educação, esporte, trabalho, lazer, entre outras. Dentre as categorias que podem integrar os NASF, estão os Profissionais de Educação Física. Entre as ações previstas estão as de atividades físicas e ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis que deverão ser desenvolvidas priorizando o atendimento compartilhado, facilitando o processo de troca de saberes, capacitação e responsabilidade mútua, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias.

Para tanto, todos os serviços oferecidos pelo sistema público de saúde, representam a abertura de possibilidades de acesso aos indivíduos e a promoção de atividade física faz parte desse processo.

O enfoque da atividade física como uma ferramenta ou um instrumento de intervenção para a promoção da saúde tem ganhado força nos últimos anos em consonância com a evolução do entendimento sobre o processo saúde-doença-cuidado e a visão mais ampliada e menos reducionista acerca da saúde, além do crescente reconhecimento científico da relevância da atividade física como estratégia para esses fins. Em nível mundial, Lee et al. (2012), estimaram que se todas as pessoas com 15 anos ou mais atingissem as recomendações de prática de atividade física, os casos de doenças crônicas como as coronarianas ou a diabetes diminuíram em 5,8% e 7,2%, respectivamente, além da expectativa de vida aumentar em 0,83 anos(15). Mais especificamente no Brasil, se a inatividade física fosse eliminada, a expectativa de vida aumentaria em média 0,31 anos e de 3 a 5% dos casos relatados de todas as principais doenças crônicas não transmissíveis poderiam ser reduzidas. Aparte disso, 5,3% de todas as causas de mortalidade prematura poderiam ser evitadas, variando de 2,8% na região sul e 5,8% na região sudeste(16). No entanto, apesar de várias evidências científicas sustentarem a relação da prática de atividade física com a melhora da Saúde Pública, a maioria dos adultos das capitais brasileiras praticam pouca atividade física no tempo de lazer ou como forma de deslocamento e essas prevalências não estão mudando ao longo do tempo (17, 18). Em estudo com amostra representativa de adultos brasileiros (n=

54.369) realizado em 26 capitais mais o Distrito Federal, Florindo et al. (2009) constataram que apenas 14,8% foram classificados como ativos no tempo de lazer (praticavam atividades físicas de intensidade moderada por pelo menos 30 minutos em cinco ou mais dias por semana, ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos em três ou mais dias da semana) e que somente 11,7% utilizam a caminhada ou a bicicleta como meio de deslocamento para o trabalho por pelo menos 30 minutos por dia. A prevalência de inativos no tempo de lazer (pessoas não praticavam nenhuma atividade física no lazer) foi superior a 60% em dez cidades brasileiras(17). De acordo com Hallal et al. (2011), entre os anos de 2006 e 2009, os níveis de atividade física no tempo de lazer da população adulta brasileira mantiveram-se estáveis(18).

Essa situação é mais grave em regiões de baixo nível socioeconômico como em Ermelino Matarazzo-SP, extremo leste da cidade de São Paulo e local onde essa tese foi desenvolvida. Estudo com amostra representativa de adultos residentes nessa região (n= 890) indicou que 68,7% da amostra não praticava nenhuma atividade física no tempo de lazer e que metade dos moradores não atingia a recomendação de 150 minutos de prática de atividade física por semana considerando os domínios do lazer e como forma de deslocamento(19).

Portanto, intervenções para aumentar a prática de atividade física, principalmente associadas aos cuidados primários em sistemas de saúde universais como o do Brasil, poderiam contribuir para a melhorar a Saúde Pública. A forma de atuação da ESF com a inserção e o trabalho dos ACS e mais recentemente a implantação das equipes de NASF, tornam a Atenção Básica um potente espaço para a avaliação de ações de promoção da saúde. Portanto, acredita-se que seja importante avaliar intervenções de promoção da atividade física baseadas em processos de educação profissional nesse contexto.

Estudo de revisão sistemática e metanálise sobre intervenções realizadas nos serviços de Saúde Pública reforçam esta afirmativa, pois os autores constataram que aconselhamentos focados na promoção da atividade física como único item, realizados principalmente por Médicos ou Enfermeiros, orientando e incentivando as atividades físicas de intensidade moderada e a caminhada foram efetivas para aumentar a prática de atividade física dos usuários(20).

De acordo com o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), o aconselhamento para a promoção da atividade física é uma intervenção de baixo custo e considerado um dos métodos comumente utilizados para aumentar o nível de atividade

física de adultos. O termo aconselhamento é usado no sentido do aconselhamento verbal, discussão, negociação ou incentivo, com ou sem apoio de material educativo impresso, podendo variar de orientações básicas até as mais ampliadas. O NICE orienta que o aconselhamento pode ser realizado por qualquer profissional de saúde da Atenção Primária e recomenda cinco possibilidades de atuação: 1) identificação dos adultos inativos fisicamente: deve ser realizado quando a oportunidade surgir em uma consulta, na sala de espera ou em grupos; 2) realização do aconselhamento e o acompanhamento: aconselhar os adultos identificados como inativos fisicamente com o objetivo de atingir as recomendações mínimas para a prática de atividade física enfatizando os seus benefícios, o aconselhamento deve ser adaptado e adequado à pessoa considerando suas motivações, atual nível de atividade física e capacidade, condição de saúde, preferências e barreiras para a prática; além da oferta com opções de locais para realização da atividade física; 3) apoio dos gestores para a incorporação do aconselhamento nos serviços de saúde: o aconselhamento para a atividade física deve ser incorporado aos serviços de prevenção ou tratamento das doenças crônicas não-transmissíveis, nos cuidados com a saúde mental, em grupos etários suscetíveis a serem inativos como os idosos, as pessoas com deficiência ou de baixo nível socioeconômico; 4) sistemas para apoiar o aconselhamento: refere-se a disponibilidade de instrumentos (formulários/questionários) de avaliação do nível de atividade física aos profissionais no momento oportuno para a intervenção, além da garantia de informações atualizadas do mapeamento local com as oportunidades de espaços para a prática de atividade física; 5) processos educativos (informativos e de formação): fornecer informação e formação aos profissionais de saúde da Atenção Primária abrangendo a definição de atividade física, os seus benefícios para a saúde, definição e diferenciação entre as intensidade, duração e frequência das recomendações de atividade física para a saúde, grupos de risco para a inatividade física, como realizar a avaliação da atividade física, oportunidade de locais para a prática, as necessidades de grupos específicos como as pessoas portadoras de deficiências e abordagens de técnicas motivacionais e de mudança de comportamento(21).

No entanto, boa parte das evidências apontadas nessas intervenções feitas nos cuidados primários em saúde foram realizadas em países de renda alta e por meio de profissionais Médicos e Enfermeiros(22).

Além disso, em revisão sistemática que buscou analisar os efeitos de intervenções comunitárias de promoção da atividade física na América Latina, verificou-se que dentre

os 13 estudos realizados no Brasil incluídos na revisão, nove foram considerados com qualidade aceitável, porém nenhum desses foi desenvolvido ou estava vinculado à Atenção Básica, nem ao menos ao SUS(23). Esse dado indica a necessidade de estudos de intervenções vinculados aos sistemas nacionais de saúde pública.

Apesar de já existirem intervenções de promoção da atividade física implementadas no SUS e financiadas pelo Ministério da Saúde no âmbito nacional desde 2005(24-26) e, mais recentemente em 2011 com o lançamento do programa Academia da Saúde (27), ainda são poucas as intervenções que foram avaliadas e realizadas tendo como protagonistas os ACS.

É importante ressaltar que o programa Academia da Saúde faz parte da estrutura organizacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como componente da Atenção Básica, sendo assim, caracteriza-se também pela possibilidade de porta de entrada para o SUS. Para aumentar as possibilidades de vínculo do programa com o território local, é indicado que todo o processo desde a escolha do local ao projeto final, seja realizado com a participação da equipe de Atenção Básica local, bem como da comunidade(27).

Nesse sentido, os ACS são profissionais em potencial para se tornarem multiplicadores e atores importantes no contexto da promoção da atividade física em sistemas de saúde universais como o do Brasil, pois possuem características de atuação singulares e mantêm mais contato com as pessoas da comunidade, dada que a maior parte das suas ações são realizadas nas residências das famílias, o que lhes proporciona conhecer bem as pessoas da comunidade e os locais onde vivem. Além disso, podem ser muito participativos em ações inovadoras de promoção da saúde. Por exemplo, resultados de estudo realizado com profissionais de cinco equipes de ESF numa UBS da zona leste de São Paulo, SP demonstrou que os ACS foram os profissionais de saúde que mais aderiram a um processo educativo com foco na promoção da atividade física. (28).

Frente às demandas individuais e comunitárias, a inserção dos ACS nos processos de promoção da atividade física e as ações por eles realizadas nesse sentido, ainda são pouco avaliadas em sistemas universais de saúde países de renda média como o Brasil(29). Intervenções de prevenção de doenças e redução de fatores de risco realizadas por meio de ACS principalmente em países de alta renda apresentam importantes resultados de efetividade para aumento de atividade física de usuários dos sistemas(30-35). Porém, a revisão bibliográfica realizada para compor essa tese mostrou que são poucas as intervenções desenvolvidas especificamente para ACS promoverem atividade

física, dado que esta variável é tratada como secundária na maioria desses estudos internacionais e as ações dos ACS foram direcionadas a populações sob risco ou diagnosticadas com alguma doença crônica não transmissível.

No caso do Brasil, o único estudo encontrado foi publicado por Gomes e Duarte(36). Esse estudo teve duração de 120 dias e os autores desenvolveram e avaliaram uma intervenção de aconselhamento de atividade física para os usuários da ESF de Florianópolis (SC) que foi composta por palestras educativas realizadas nas UBS e por visitas domiciliares feitas pelos ACS acompanhados de Profissionais de Educação Física, que protagonizaram as ações de promoção da atividade física. Os resultados mostraram que houve aumento significativo no escore de atividade física habitual e na proporção de pessoas que atingiram os estágios de manutenção para a prática de atividade física. No entanto, limitações como problemas na seleção não aleatória dos usuários e avaliação realizada pelos próprios ACS que interviram são limitações que podem ter prejudicado os resultados. Além disso, o protagonismo das ações centrado no Profissional de Educação Física pode ter prejudicado a autonomia do ACS no processo de promoção da atividade física(36).

Pensando no reconhecimento dos potenciais de atuação e alcance à população das ações dos ACS, torná-lo mais autônomo para desenvolver as ações de promoção da atividade física ainda tem sido um desafio. Nesse sentido, os processos de educação permanente surgem como possibilidades de instrumentalizá-los para tais atividades.

Dessa forma, esta tese se justifica no intuito de avaliar uma intervenção de promoção da atividade física por meio de um processo de formação em educação profissional desenvolvido com ACS de Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, para que esses profissionais pudessem ter autonomia na promoção da atividade física por meio de visitas domiciliares para usuários do SUS atendidos em equipes de ESF.

Para além disso, ainda não se tem uma síntese de estudos originais acerca da efetividade da promoção da atividade física realizada por ACS.

Diante desse contexto, compreendendo o momento histórico e oportuno do reconhecimento da importância das ações de promoção da saúde e do potencial de atuação dos ACS, acredita-se que esse estudo possa nortear o debate acerca da necessidade de inserção das ações de promoção da atividade física realizadas por ACS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar uma intervenção para a promoção de atividade física realizada por Agentes Comunitários de Saúde para adultos usuários do Sistema Único de Saúde atendidos pela Estratégia de Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar revisão sistemática a fim de recuperar e analisar os resultados de intervenções desenvolvidas por Agentes Comunitários de Saúde para a promoção da atividade física.

Avaliar a efetividade de um processo de educação em formação profissional realizado com Agentes Comunitários de Saúde para a promoção da atividade física por meio das visitas domiciliares para usuários adultos do Sistema Único de Saúde atendidos pela Estratégia de Saúde da Família.

Compreender as diferentes percepções e atitudes que Agentes Comunitários de Saúde tiveram enquanto sujeitos profissionais de uma intervenção para a promoção da atividade física para usuários do Sistema Único de Saúde atendidos pela Estratégia de Saúde da Família.

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de intervenção não randomizado e controlado.

3.2 PESQUISA "ESTUDOS DE INTERVENÇÕES PARA A PROMOÇÃO DAS ATIVIDADES FÍSICAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA"

Essa tese é parte de uma pesquisa ampla que teve início no ano de 2010, no distrito de Ermelino Matarazzo com o objetivo de avaliar intervenções de promoção da atividade física que pudessem ser implementadas posteriormente no SUS/ESF. O conjunto das ações realizadas nessa pesquisa foi denominado de "Ambiente Ativo" (http://www.each.usp.br/ambienteativo/index.php) e coordenado pelo Grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física e Saúde (GEPAF) da Universidade de São Paulo (http://www.each.usp.br/gepaf/). Essas intervenções foram coordenadas por membros do GEPAF e contou com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de São Paulo (FAPESP), processo número 2009/14119-4(37).

O Ambiente Ativo surge como uma oportunidade de modificar as altas prevalências de inatividade física no tempo de lazer (68,7%) e de pessoas que não caminhavam como forma de deslocamento (47,1%), verificadas a partir de dados de inquérito de base domiciliar realizado no ano de 2007 com amostra representativa dos adultos e idosos que residiam há pelo menos seis meses no distrito. A partir desse levantamento, foram observadas associações positivas da prática de atividade física no tempo de lazer com o recebimento de convites de amigos ou vizinhos para praticar e com a presença de clubes a menos de 10 minutos caminhando das residências das pessoas(19, 38). Diante dessas evidências e da necessidade de se contribuir para modificar essa realidade dos baixos níveis de atividade física no tempo de lazer e como forma de deslocamento, surgiu a ideia de se avaliar intervenções no contexto da Atenção Básica visando as UBS como cenário de atuação, potencializa o surgimento do Ambiente Ativo. Andrade et al. (2012), publicaram o modelo lógico de todas as intervenções realizadas no Ambiente Ativo(37).

3.3 O CONTEXTO DA INTERVENÇÃO

Essas intervenções foram desenvolvidas em Ermelino Matarazzo, um distrito do município de São Paulo localizado no extremo da zona Leste, região que possui a maior população da cidade São Paulo, com mais de quatro milhões de habitantes e que apresenta grandes desigualdades socioeconômicas.

De acordo com dados do perfil socioeconômico dos distritos do município de São Paulo feitos pelo Atlas Ambiental e que leva em conta fatores como distribuição territorial, nível de renda, faixa etária, escolaridade, condições de saúde, condições de moradia e segurança, a maioria dos distritos da zona leste, incluindo Ermelino Matarazzo, estão em perfis considerados como ruins.

A administração do sistema público de saúde no município de São Paulo é realizada por seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudeste e Centro. A CRS Leste conta com seis Supervisões Técnicas de Saúde, às quais estão vinculadas 119 UBS(41). A Supervisão Técnica de Saúde (STS) Ermelino Matarazzo possui 11 UBS, sendo que quatro delas atendem pela ESF (UBS Costa Melo, Jardim Keralux, Pedro de Souza Campos e Vila Cisper), num total de vinte equipes de Saúde da Família atuantes(42).

Foram escolhidas duas unidades de saúde, uma para o grupo intervenção (UBS 1) e outra para o grupo controle (UBS 2). A escolha ocorreu por conveniência, pois as UBS faziam parte do contexto de outras intervenções do Ambiente Ativo. Entretanto, a similaridade entre as áreas de cobertura (tamanho e perfil da população adstrita) foi considerada para a escolha.

A UBS do grupo intervenção, em julho de 2011, era composta por seis equipes de Saúde da Família; duas destas equipes estavam sem médico, todas estavam completas com relação a equipe de enfermagem (um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem em cada equipe) e ACS, sendo compostas por cinco ACS cada uma das equipes, totalizando 30 ACS atuantes nesta UBS.

Para comparação, o grupo controle representado pela outra UBS, no mesmo período, era composta por sete equipes de Saúde da Família, sendo que três destas equipes estavam sem médicos, duas equipes estavam sem enfermeiros, todas as equipes estavam completas com relação aos auxiliares de enfermagem (dois auxiliares de enfermagem em cada equipe) e ACS (cinco ACS em cada equipe).

3.4 INTERVENÇÃO COM OS ACS

3.4.1 Amostra de Trabalhadores do SUS/ESF de Ermelino Matarazzo

Tanto na UBS do grupo intervenção quanto na UBS do grupo controle foram realizadas reuniões preliminares de apresentação da pesquisa e do curso de formação em educação profissional em atividade física e saúde, ressaltando que a participação seria totalmente voluntária.

Na reunião do grupo intervenção foi também realizada uma investigação temática, com base nos assuntos atividade física e saúde, acerca da vida e do trabalho das ACS. Todo o encontro foi registrado por um observador. Os ACS de todas as equipes em ambas UBS (intervenção e controle) eram mulheres.

As 30 ACS das seis equipes de Saúde da Família do grupo intervenção (UBS 1) foram abordados na reunião preliminar. Todas aceitaram participar do curso de formação em educação profissional para a promoção da atividade física e saúde e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

O grupo controle (UBS 2) era composto por 35 ACS representantes das sete equipes de Saúde da Família. Foram necessárias duas reuniões de apresentação da pesquisa para que todos os ACS fossem abordados. Os participantes da pesquisa, no total 27 ACS, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

3.4.2 Processo de formação em educação profissional com as ACS

O curso que compôs parte do processo educativo da presente tese foi descrito em artigo metodológico publicado no *Journal of Physical Activity and Health*(39). Os autores constataram que houve melhora no conhecimento referente a conteúdos da área de atividade física e saúde que são importantes para a realização de aconselhamentos feitos por profissionais de saúde. Além disso, o curso foi avaliado como muito positivo e contribuiu para o empoderamento das ACS no processo de promoção da atividade física.

Nessa tese serão descritos alguns aspectos principais desenvolvidos no processo educativo. Entretanto, todo o conteúdo de resultados do curso pode ser lido neste estudo (39).

Os pesquisadores responsáveis pelo estudo realizaram encontros para discutir, planejar e elaborar um programa educativo destinado as ACS que contemplassem um curso de promoção da atividade física sem perder de vista a realidade e contexto de

trabalho destes profissionais. O planejamento para o programa educativo surgiu a partir de estudo prévio realizado por Sá e Florindo (2012) que já haviam desenvolvido intervenção de um curso de capacitação para o aconselhamento da atividade física para trabalhadores da ESF de uma UBS da Zona Leste de São Paulo(28). Os autores desse estudo buscaram avaliar os efeitos de um programa educativo para promoção da atividade física sobre práticas e saberes de trabalhadores da ESF. Os temas abordados nos encontros foram: representação da atividade física; recomendações gerais sobre a atividade física; cuidar, ser cuidado e a gestão do cotidiano; desafios à prática de atividade física; descobrindo novas práticas e novos caminhos para o aconselhamento. O curso teve duração de nove horas totais, divididas em seis dias de 90 minutos de duração e teve adesão de 56,5% dos profissionais das equipes, sendo os ACS em sua maioria (95,5%). Conforme a avaliação qualitativa, o curso foi bem avaliado e capaz de promover alterações acerca da representação da atividade física e da qualidade do aconselhamento, além de se configurar como um espaço de diálogo e acolhimento(28).

O processo educativo foi elaborado baseando-se nos referenciais teóricos como o modelo ecológico para promoção da atividade física(43, 44), o modelo transteórico para mudança de comportamento(45) e na Política Nacional de Educação Permanente(46). Entretanto, a proposição dos pesquisadores responsáveis era a de se ter liberdade para a partir desses referenciais teóricos construir coletivamente com as ACS, ao longo dos encontros, o conteúdo do processo de formação em educação pelo trabalho.

A Política Nacional de Educação Permanente criada em 2007, busca reorganizar a gestão da educação em saúde no SUS tendo vistas à transformação das práticas profissionais e da própria organização de trabalho segundo as necessidades da população(46). Essa política ampara-se no conceito de Educação Permanente que visa a aprendizagem no trabalho, nos quais a partir da problematização dos processos de trabalho, as ações e reflexões ocorram concomitantes(47).

O modelo transteórico ou o modelo dos estágios de mudança de comportamento oferece uma perspectiva de estrutura de mudança intencional por parte do sujeito(45). No começo da década de 1980, um esquema linear de estágios de mudança de comportamento foi descoberto a partir de pesquisas realizadas com fumantes(48). No entanto, nas últimas décadas, tem sido amplamente utilizado na avaliação de comportamentos saudáveis como a prática de atividade física(49, 50).

Os estágios de mudança de comportamento para a prática de atividade física no

tempo de lazer obedecem a uma progressão em cinco níveis: pré-contemplação (o indivíduo não pretende modificar seu comportamento nos próximos seis meses), contemplação (o indivíduo demonstra intenção de mudar o comportamento nos próximos seis meses), preparação (o indivíduo pretende agir num futuro próximo, em geral, nos próximos trinta dias), ação (o indivíduo já incorporou a mudança, porém há menos de seis meses) e manutenção (as mudanças de comportamento já foram realizadas pelo indivíduo há mais de seis meses e as possibilidades de retorno ao estágio anterior são mínimas)(50, 51).

O modelo ecológico para a promoção da atividade física proposto por Sallis e Owen(43), considera a interação do sujeito com o seu ambiente social e físico. A gama de fatores individuais e ambientais pode influenciar o comportamento do indivíduo, afetando diretamente a sua saúde. Os fatores desse modelo são organizados nos seguintes níveis de influência: intrapessoal/individual, interpessoal, institucionais, comunitários e políticas públicas. O modelo sugere que mudanças substanciais no comportamento da atividade física não ocorrerão a menos que as intervenções se engajem em dois ou três desses componentes(43, 44).

O curso teve duração total de 12 horas, em quatro encontros semanais de três horas cada, entre os meses de abril e maio de 2011. Uma vez que a atuação do ACS é desenvolvida em sua maior parte extraunidade, foi necessário que as agendas das ACS fossem reservadas para os dias e horários previstos para os encontros, tornando possível que estes ocorressem dentro da UBS (sala das ACS/reuniões) e que fosse compatível com a carga horária de trabalho. Tendo em vista que os processos de educação permanente são preconizados pelo Ministério da Saúde, mas não são contemplados nas fichas de produtividade dos profissionais da ESF(52), a negociação para esse espaço com a gestão da UBS ocorreu a partir da possibilidade de justificar as horas que seriam direcionadas para outras atividades como visitas domiciliares, com o processo informativo e educativo.

O conteúdo do curso objetivou não apenas aprimorar o conhecimento das ACS para que as mesmas fossem autônomas para promover atividade física, mas também serviu como ferramenta para que as próprias ACS se tornassem responsáveis pelo seu processo de ensino e aprendizagem, responsabilizando-se pela mudança de sua saúde e, em última análise, pela promoção de saúde coletiva da sua comunidade. Os temas foram abordados utilizando-se estratégias metodológicas diversificadas, pautadas pelo diálogo e pela interação, assegurando um aspecto dinâmico às atividades. Centrado nesse

referencial metodológico, o conteúdo dos encontros foi discutido a partir de jogos educativos, atividades lúdicas, vivências práticas, estudos de casos, painéis e exposições que eram realizados ora na UBS, ora em locais externos, na comunidade (Quadro 1).

Quadro 1. Descrição dos temas dos encontros do processo educativo para a promoção da atividade física realizado com as Agentes Comunitários de Saúde, Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011.

Data	Descrição dos Encontros
19/04/2011	Apresentação da pesquisa para as Agentes Comunitários de Saúde
	(Investigação Temática)
19/04/2011	Apresentação da pesquisa para os Enfermeiros
19/04/2011	Apresentação da pesquisa para os Médicos
26/04/2011	Primeiro Encontro com ACS. Tema Central: Atividade Física, Saúde e
	Autocuidado
	Objetivos: Apresentar a intervenção; avaliar dados sociodemográficos e
	conhecimentos de atividade física e saúde das ACS; conceituar e
	caracterizar atividade física; discutir recomendações de atividade física
	para a saúde e a sua importância para o autocuidado; caracterizar a
	população de Ermelino Matarazzo quanto à prática de atividade física e
	explorar os tipos de atividade física mais praticados e outros tipos que
	podem ser incorporados.
	Atividades: Aplicação de questionários iniciais (45 minutos); Intervalo (15
	minutos). Por meio da técnica de grupo operativo, tendo como tarefa
	coletiva a realização de palavras cruzadas elaborada pelo pesquisador
	(Anexo 3), foi introduzida a temática acerca dos conceitos e recomendações
	de atividades físicas para a saúde (45 minutos). Roda de conversa para
	consolidar e discutir os termos e definições que surgiram na tarefa do grupo
	operativo, além de caracterizar um espaço de escuta qualificada,
	oportunizando a realização de trocas de saberes, experiências e vivências
	acerca do tema central, problematizando a realidade da prática/rotina do
	trabalho (45 minutos). Vivência de atividade física/prática corporal (30
	minutos).

Direcionamento para visita domiciliar/Resultados Esperados: Compreensão acerca dos conceitos de atividade física, recomendações e contribuições para o autocuidado; valorização e entendimento da realidade de Ermelino Matarazzo; percepção do serviço público de saúde como espaço importante e efetivo para o desenvolvimento de tais práticas e o papel da ESF nesses aconselhamentos à população; envolvimento e sensibilização para orientações relativas aos cuidados para com corpo e sua relação com a saúde física e mental, considerando a necessidade da dimensão afetiva com esse tipo de cuidado.

03/05/2011

Segundo Encontro com ACS. Tema Central: Superação de Barreiras

Objetivos: Explorar as barreiras pessoais e ambientais que dificultam a prática de atividade física; compreender as barreiras individuais que os moradores relatam aos profissionais de saúde; refletir acerca das barreiras institucionais, organizacionais e de trabalho; refletir acerca das barreiras ambientais; explorar dificuldades pessoais relacionadas ao trabalho, tal como lidar com o coletivo; explorar dados, coletados em pesquisa realizado pelo grupo de estudos, acerca dos níveis de atividade física e suas associações com variáveis sociodemográficas, da população de Ermelino Matarazzo e definir metas e objetivos para a prática de atividade física.

Atividades: Partindo da estratégia do grupo operativo, foi utilizada a técnica de desenho circular com enfoque para contextualizar o trabalho e suas dinâmicas (45 minutos). Roda de conversa para refletir acerca da atividade, contextualizando o tema central partindo do olhar e barreiras ambientais, institucionais, passando pelas pessoas, até focar o usuário como ator principal (60 minutos). Intervalo (15 minutos). Exposição e conceituação baseada em teorias científicas realizada pelos mediadores/coordenadores com base nos dois encontros (60 minutos).

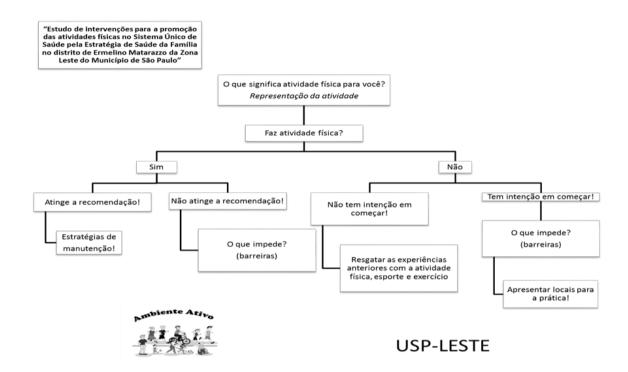
Direcionamento para visita domiciliar/Resultados Esperados: Empoderamento para lidar de maneira mais positiva com as barreiras ambientais, institucionais e pessoais. Compreensão acerca dos tipos de atividades físicas e quais as possíveis organizações coletivas (grupos abertos ou fechados, local, infraestrutura, material necessário) para a realização de cada atividade discutida, inicialmente, no encontro.

	Sensibilização para a participação popular no direcionamento das
	atividades a serem desenvolvidas pelo coletivo (responsabilização pelas
	atividades). Fortalecimento da capacidade de modificação/transformação.
10/05/2011	Terceiro Encontro com ACS. Tema Central: Construção Coletiva dos
	Conteúdos das Visitas Domiciliares
	Objetivo: Construir coletivamente e compartilhar possibilidades e
	estratégias factíveis de serem abordadas e aplicadas nas visitas
	domiciliares.
14/05/2011	Avaliação física e nutricional das ACS na EACH-USP
17/05/2011	Quarto Encontro com ACS. Tema Central: Construção Coletiva dos
	Conteúdos das Visitas Domiciliares
	Objetivo: Construir coletivamente e compartilhar possibilidades e
	estratégias factíveis de serem abordadas e aplicadas nas visitas
	domiciliares.
	Avaliação final: Nova aplicação dos questionários de atividade física e
	saúde e discussão acerca do curso ministrado.
17/05/2011	Entrega dos Certificados com Comemoração
31/05/2011	Grupo focal para avaliação do curso

Todos os encontros foram mediados pelos pesquisadores responsáveis e registrados por um observador, por meio de relatórios escritos que exigiram uma metodologia de coleta em que fosse possível captar o processo "em ação", uma vez que são momentos singulares e contingentes, que são traçados ao mesmo tempo em que se constituem(53).

De acordo com Florindo et al. (2014), um dos resultados do curso de formação em educação profissional foi a construção coletiva de um modelo de visita domiciliar para a promoção da atividade física exposto na Figura 1(39).

Figura 1. Esquema de visita domiciliar para a realização da promoção da atividade física pelos Agentes Comunitários de Saúde.



A exposição e discussão do esquema de visita domiciliar e a entrega do seu material explicativo (Anexo 4) foram realizadas em uma reunião com duas horas de duração, em junho de 2011. Utilizando esse material de apoio, as ACS foram orientadas a realizarem visitas domiciliares para a promoção da atividade física no tempo de lazer e como forma de deslocamento com os moradores atendidos na área de cobertura nos quatro meses subsequentes, partindo da compreensão de quais os significados da atividade física para cada pessoa e/ou família.

A ACS deveria, então, identificar em qual estágio de atividade física a pessoa se encontrava e por meio do diálogo trabalhar para melhorar esse estágio. Caso a pessoa respondesse que praticava atividades físicas, a ACS deveria verificar se ela atingia a recomendação mínima para a saúde. Se a pessoa atingisse as recomendações, a ACS, por meio de reforço positivo, deveria estimulá-la a continuar praticando, tentando ampliar suas vivências e encorajando-a para sensibilizar e aconselhar familiares, colegas e vizinhos a praticarem atividade física. Se a pessoa fizesse atividade física, mas não atingia

as recomendações, a ACS deveria dialogar e refletir com a pessoa quais são as barreiras/motivos para não atingir. A ACS foi orientada a não julgar ou discriminar a pessoa e deveria lembrar-se de que ela já pratica, o que já a deixa em vantagem quando comparada com as pessoas que ainda não fazem nenhuma atividade física. Nesses casos, a ACS necessitaria ser bem compreensivo e estimular a pessoa a atingir as recomendações mínimas com possibilidades e opções factíveis.

Caso a pessoa respondesse que não fazia atividade física, a ACS deveria verificar se ela tinha ou não a intenção de praticar. Caso sim, a ACS deveria compreender quais são as dificuldades para agir, uma vez que a intenção em iniciar já existe. Neste caso, a ACS deveria refletindo com a pessoa quais são as barreiras que a impedem de praticar atividades físicas e estimulá-la, por meio de aconselhamentos, que poderão ser convites para grupos já existentes nas UBS e clubes locais. Caso a pessoa não praticasse e não tivesse intenção de começar, por meio do diálogo a ACS deveria perceber quais são as barreiras desse indivíduo para a prática e o objetivo principal seria criar vínculos para, futuramente, auxiliar o cadastrado na superação.

Foram propostas como metas a incorporação da promoção da atividade física em pelo menos quatro visitas domiciliares ao longo dos meses de junho, julho, agosto e setembro de 2011, dado que as famílias devem receber visita mensal das ACS. A cada visita, a ACS poderia realizar a abordagem com o cadastrado de acordo com o esquema de visita domiciliar e, também, poderia identificar e registrar o estágio de atividade física em que cada adulto residente na casa se encontrava, com base na ficha especificada na Figura 2. Além disso, as ACS entregavam materiais impressos explicativos e de apoio que continham informações essenciais e úteis que serviam para facilitar e potencializar o processo de educação em saúde das ACS como opções para a ampliação dos saberes acerca dos espaços de lazer, da prática de atividades físicas, rede e convívio social (Anexos 5 e 6).

Figura 2. Ficha de identificação da atividade física para ser utilizada nas visitas domiciliares realizadas pelas ACS.

Nome	Gênero	Idade	Faz Atividade	Faz Atividade Física NO	Atinge a
			Física NO LAZER?	DESLOCAMENTO?	recomendação?
	()M()F		() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
	()M()F		() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
	()M()F		() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
	()M()F		() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
	()M()F		() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
	()M()F		() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
	()M()F		() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
	()M()F		() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
	()M()F		() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não

Durante esses quatro meses em que as ACS poderiam incluir a promoção da atividade física nas visitas domiciliares, foram feitos mais quatro encontros/reuniões mensais na UBS, com duração de uma hora cada. Nesses encontros, houve discussões acerca do esquema de visita domiciliar e da ficha de identificação da prática de atividade física elaborada coletivamente para ser utilizada nas visitas domiciliares. Dessa forma, foi possível manter um diálogo e problematizar as experiências vivenciadas pelas ACS, considerando seu próprio vocabulário e percepções, destacando as facilidades e dificuldades encontradas na realização das visitas domiciliares

No decorrer do período de acompanhamento das visitas domiciliares, foi elaborado e pactuado junto com a gerência um espaço onde as ACS pudessem experienciar vivências práticas de atividades físicas. Foi planejado que as ACS encontrariam um local viável na comunidade para essas práticas e deveriam articular/pactuar com o responsável do local o seu uso, enquanto os pesquisadores combinariam com a gerência da UBS a liberação das ACS, uma vez na semana pelo período de uma hora, para participarem desse grupo. No primeiro dia, em roda de conversa com um Profissional de Educação Física da equipe de pesquisadores que foi direcionado para coordenar estas atividades, as ACS expuseram quais atividades que desejavam vivenciar. Foram realizados encontros semanais com duração de uma hora, durante seis meses. A cada encontro, o Profissional de Educação Física escolhia uma atividade baseada naquelas previamente elencadas pelas ACS. Vale ressaltar que todas as atividades realizadas neste espaço faziam parte daquelas sugerida inicialmente pelas ACS, entretanto, elas não sabiam qual atividade seria realizada, nem a sua ordem, apenas no dia da realização da mesma.

3.5 INTERVENÇÃO COM OS MORADORES

3.5.1 Amostra de Usuários do SUS/ESF de Ermelino Matarazzo

O total de cadastros nas UBS em julho de 2011 era de 6.007 famílias (20.960 pessoas) na unidade de saúde do grupo intervenção (seis áreas de cobertura com seis equipes de ESF) e de 6.935 famílias (24.366 pessoas) na unidade de saúde do grupo controle (sete áreas de cobertura com sete equipes de ESF).

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o estudo de Gomes & Duarte(36). Esses autores realizaram uma intervenção de 120 dias para aconselhamento de atividade física aos usuários da ESF na cidade de Florianópolis (SC). As estratégias utilizadas foram a visita domiciliar e palestras educativas, com a presença do Profissional de Educação Física. Os autores obtiveram resultados significativos com um aumento de 25% de indivíduos classificados no estágio de manutenção no grupo experimental enquanto que no grupo controle houve um decréscimo (10,1%) na avaliação pósintervenção. Adotando-se erros α=5% e β=20%, o tamanho da amostra foi calculado em 58 pessoas por grupo. Para proteger-se dos efeitos da não resposta, possíveis perdas e recusas, somou-se 50% ao cálculo amostral. Aplicando-se tais valores, o tamanho da amostra foi calculado em 87 pessoas por grupo, totalizando 174 pessoas.

Apesar da escolha das UBS ter ocorrido por conveniência, a amostragem de usuários ocorreu de forma aleatória.

A seleção dos participantes foi realizada por sorteio levando-se em conta a quantidade de equipes e de famílias cadastradas em cada UBS e ocorreu de acordo com as seguintes etapas: 1) ordenação dentro de cada equipe de todas as famílias cadastradas de forma crescente e numérica de acordo com o seu número de cadastro na UBS; 2) sorteio de 33 famílias/domicílios em cada UBS, partindo do pressuposto de que cada família teria de duas a três pessoas no domicílio. Nesta etapa, se a casa da família sorteada estivesse vaga ou se a família não existisse, era escolhida para substituí-la a família com numeração no cadastro imediatamente superior na UBS; 3) definição das casas imediatamente vizinhas (do lado direito e esquerdo) do domicílio da família sorteada para aumentar a quantidade de famílias da abordagem inicial prevendo-se recusas e domicílios fechados e também porque estudos epidemiológicos anteriores na região mostraram que o apoio social de amigos e vizinhos foi associado com a prática de atividade física(19,

38). As famílias que já participavam de outras intervenções da pesquisa maior foram excluídas do processo de amostragem.

No total, foram abordadas 126 famílias em ambas UBS, representando por volta de 1% das famílias atendidas nos territórios adstritos.

Os critérios para inclusão foram: ter 18 anos ou mais e ser morador fixo no domicílio. Os critérios de exclusão foram: a) ter algum problema que impedisse a pessoa de realizar atividade física como forma de deslocamento ou alguma atividade física no tempo de lazer na semana anterior à abordagem, como fraturas de membros inferiores, acidente vascular cerebral ou alguma outra doença incapacitante; b) ter algum problema cognitivo ou doenças como Alzheimer, que impedisse a pessoa de responder sozinha ao questionário; c) mulheres grávidas, considerando a possibilidade de alteração de comportamentos com relação à prática de atividade física de deslocamento ou no tempo de lazer devido à gestação; d) pessoas com intenção de mudança de endereço durante o período de intervenção (seis meses).

3.5.2 Descrição da Coleta

A participação dos moradores cadastrados na ESF, cujas famílias foram sorteadas, foi totalmente voluntária. Para isso, entrevistadores independentes do processo da intervenção, devidamente treinado, dirigia-se até o domicílio sorteado abordando algum adulto da família. O entrevistador identificava-se como sendo pesquisador da USP e, a fim de atualização e conferência dos dados, realizava um novo cadastro de todos os adultos residentes no domicílio, explicava o projeto e os procedimentos da pesquisa e o convidava para participar. Caso o adulto abordado concordasse em participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 7 e 8) era assinado pelo entrevistado dando início à aplicação do questionário.

Vale ressaltar que as entrevistas para as coletas das informações dos adultos participantes do estudo foram realizadas por entrevistadores independentes que não participaram da intervenção.

O questionário foi dividido em oito blocos de medidas, englobando variáveis sociais e demográficas, nível de atividade física, barreiras para a prática de atividades físicas no tempo de lazer, escala de percepção de ambiente, consumo de álcool e tabagismo, autoavaliação da saúde e da qualidade de vida, doenças crônicas e, histórico de visitas domiciliares realizadas pelos ACS nos meses que antecederam a pesquisa

(Anexo 9).

Para a avaliação da prática de atividade física no tempo de lazer e como forma de deslocamento, foi utilizado o questionário internacional de atividades físicas ou International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), versão longa, validado no Brasil e utilizado em estudo com amostra representativa da população adulta do município de São Paulo(54). As questões foram referentes aos tipos de atividades físicas realizadas na última semana, a frequência semanal e o tempo diário em atividades de caminhada, atividades moderadas e vigorosas no tempo de lazer e para atividades de bicicleta e caminhada como forma de deslocamento. Ambos os questionários já foram usados em estudos anteriores realizados com adultos residentes em Ermelino Matarazzo(19, 55, 56) e validados comparando-os com acelerômetros (método de referência). Os resultados do estudo de validação realizado por Garcia et al. (2013) com uma amostra de adultos e idosos de Ermelino Matarazzo que respondeu aos módulos de lazer e deslocamento da versão do IPAQ, demonstraram concordância entre os minutos semanais de atividade física moderada à vigorosa mensurados pela acelerometria e estimados pelo questionário com coeficientes de correlação positivo e significativa de r=0,34 (p=0,01), as pessoas que foram classificadas como não tendo alcançado ao menos 150 minutos de atividade física na semana apresentaram menores médias de atividade física moderada à vigorosa semanal mensuradas pela acelerometria (p=0,04)(57).

Para compor a avaliação dos estágios de mudança de comportamento foram acrescidas duas questões ao final do bloco de atividades físicas no tempo de lazer que abrangiam os estágios de pré-contemplação (indivíduos que são inativas no tempo de lazer e que não pretendem se tornar ativos nos próximos seis meses), contemplação (indivíduos inativos no tempo de lazer mas que pretendem se tornar ativos nos próximos 6 meses) e preparação (indivíduos inativos no tempo de lazer mas que pretendem se tornar ativos nos próximos 30 dias). Os estágios de ação e manutenção foram avaliados e coletados a partir das questões do IPAQ de acordo com o bloco de atividade física no tempo de lazer (ação - indivíduos que realizam menos de 150 minutos de atividade física no tempo de lazer por semana ou que atingem as recomendações há menos de 6 meses e manutenção – indivíduos que praticam atividade física no tempo de lazer com tempo maior ou igual a 150 minutos por semana há mais de 6 meses)(50).

Para avaliação da percepção do ambiente para a prática de atividade física foi utilizada uma escala validada por Florindo et al. (2011) em amostra de adultos e idosos

moradores de Ermelino Matarazzo(19). O questionário foi uma versão adaptada da escala Neighborhood Environmental Walkability Scale (NEWS - versão brasileira), que foi validada por Malavasi et al(58) e da escala de apoio social de Reis et al. (2011)(59). A versão final que já havia sido utilizada em outros estudos realizados no mesmo distrito (19, 56) foi composta por 38 questões. A primeira parte do questionário foi estruturada para que os entrevistados respondessem quanto tempo levariam caminhando para chegar das suas residências até diferentes pontos comerciais, de serviço ou de lazer no bairro onde residiam. A segunda parte do questionário foi composta por questões relacionadas às estruturas ambientais próximas das residências dos entrevistados, tais como: a presença e qualidade das calçadas e áreas verdes, se as ruas tinham ou não superfícies planas, locais com acúmulo de lixo perto das residências, esgoto a céu aberto perto da residência, se o trânsito dificultava a caminhada ou o uso de bicicleta, se existiam faixas de pedestres para atravessar perto das residências, se os motoristas costumavam respeitar os pedestres nas faixas, se existia poluição de fumaça perto das residências, se as ruas perto das residências eram bem iluminadas à noite, se os idosos consideravam seguro caminhar durante o dia e a noite nas proximidades da residência, se recebiam convite de amigos, vizinhos e parentes para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes no bairro, se ocorriam eventos esportivos e/ou caminhadas orientadas no bairro, se o clima (frio, chuva ou calor) dificultava a caminhada, andar de bicicleta ou praticar esportes no bairro, se os entrevistados possuíam cachorro e se caminhavam com ele. Os entrevistados foram orientados para considerar como perto de suas residências os locais que eles conseguissem chegar em até dez minutos caminhando. A maioria das respostas foi padronizada em escalas dicotômicas. Todas essas questões originaram cinco grupos de avaliação: poluição ambiental, segurança para se deslocar no trânsito, segurança geral, apoio social e acessibilidade às facilidades e conveniências para a prática de atividade física.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto maior foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em 08 de setembro de 2010 (protocolo CAAE 0072.0.162.000-10) (Anexo 10), enquanto o projeto da presente tese foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP (protocolo CAAE 03102212.0.0000.5421) (Anexo 11) e está registrado na base internacional

ClinicalTrials.gov (identificador NCT01857648).

Todos os sujeitos convidados a participar foram esclarecidos acerca dos objetivos e procedimentos do estudo e aqueles que desejaram tomar parte assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Os adultos usuários do SUS do grupo controle foram informados que estavam participando de uma pesquisa de promoção da atividade física que estava sendo feita por pesquisadores em conjunto com a UBS em que eram cadastrados e que receberiam visitas dos entrevistadores para a aplicação de questionários a fim de coletar os dados. Já os adultos que faziam parte da área de visitação da UBS das ACS do grupo intervenção, além de serem informados da coleta dos dados por meio da aplicação dos questionários pelos entrevistados, também foram informados que poderiam receber visitas domiciliares das ACS para a promoção da atividade física. A intervenção apresentou riscos mínimos aos participantes e permitiu a saída do indivíduo a qualquer momento, sem prejuízo de seus cuidados.

As ACS que faziam parte do grupo controle receberam o mesmo processo de formação em educação profissional realizado com as ACS do grupo intervenção após o período da avaliação final da pesquisa. Isto foi feito de forma a garantir o mesmo tratamento para os usuários do SUS atendidos pelas ACS nas áreas do grupo controle.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

3.7.1 Análise Qualitativa

Foram realizados dois grupos focais com as ACS do grupo intervenção, sendo que o primeiro deles ocorreu uma semana após o término do curso de formação em educação profissional para a promoção da atividade física com o objetivo de coletar informações a respeito das dinâmicas apresentadas durante o processo educativo (Anexo 12). Foi realizado numa sala pequena dentro da própria UBS, onde havia uma mesa retangular e 15 pessoas participaram, sendo 13 ACS, uma moderadora e uma observadora.

O segundo grupo focal foi realizado em local no território adstrito da UBS, onde tratava-se de uma sala ampla, bem arejada, silenciosa e com boa luminosidade; na qual as ACS e a moderadora do grupo dispuseram-se em círculo. Esse ocorreu após os seis meses posteriores ao término do processo educativo e após o período utilizado para a realização das visitas domiciliares para a promoção da atividade física no tempo de lazer e como forma de deslocamento, com o objetivo de avaliar a realização das visitas

domiciliares, o impacto na atuação e a incorporação no processo de trabalho dos ACS. Neste segundo grupo focal participaram oito pessoas, sendo seis ACS, uma moderadora e uma observadora.

A moderadora que conduziu os grupos focais era uma profissional experiente no uso da técnica e na condução de entrevistas qualitativas e não teve envolvimento com o curso nem com a organização e condução das atividades junto às ACS. Os grupos foram gravados em áudio e transcritos. A observadora era conhecida do grupo de ACS e auxiliou na organização das falas e narrativas, além de fichar observações relevantes. Foram observadas as questões éticas relativas à comunicação e anuência do uso do gravador e das informações ali coletadas.

Durante os primeiros minutos, foi conduzida uma conversa informal com o intuito de estabelecer relações de confiança entre as ACS, a moderadora e a observadora. A entrevista foi iniciada após a identificação de que as participantes sentiam-se seguras para o início. Por entrevista, neste caso, compreende-se a ideia de conversação: diálogos acerca das questões apresentadas, que podem ser iniciados em função de situações apontadas pelas participantes e consideradas, pela entrevistadora, relevantes para a compreensão do assunto principal.

Os grupos focais foram iniciados com a apresentação da mediadora, bem como da observadora e com uma breve exposição dos objetivos da pesquisa e do grupo, seguido pela explicação da forma de funcionamento do grupo, deixando claro que não se buscava consensos nas discussões e que as divergências de opiniões, percepções e pontos de vista seriam bem-vindos e respeitados. A mediadora, imediatamente após o término das entrevistas anotou num caderno de campo quaisquer situações ou percepções que considerou importantes para ampliar a compreensão da dinâmica do grupo focal. A observadora ficou responsável pela gravação por meio de um gravador mantido no centro, com a anuência das ACS, além de realizar anotações a respeito de manifestações corporais ou faciais que pudessem sinalizar algum tipo explícito de comunicação nãoverbal.

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas mantendo-se integralmente a linguagem gravada. Foi realizada a conferência do material transcrito, acrescentando-se as anotações contidas no caderno de campo. Utilizou-se, a partir de então, a análise temática dos dados brutos dos textos produzidos, que consistiu no desmembramento da transcrição em categorias, evidenciando-se as unidades temáticas, seguindo três etapas:

pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, bem como, inferências e interpretações(60, 61).

3.7.2 Análise Quantitativa

Os dados coletados dos usuários foram duplamente digitados no programa EpiData 3.1 por dois digitadores independentes previamente contratados e treinados. Posteriormente, os dados foram revisados e validados pelos pesquisadores responsáveis.

Todas as variáveis do estudo foram descritas por meio de frequências absoluta e relativa, médias e desvios-padrão. As análises das variáveis de atividade física e estágios de mudança de comportamento foram realizadas de acordo com o princípio de intenção de tratar, no qual as respostas obtidas na linha de base foram repetidas na avaliação pósintervenção para àqueles que não foram reavaliados.

Para o cálculo do nível de atividade física foram considerados os seguintes critérios:

- Atividade física no tempo de lazer: classificada em duas categorias: a) não fazia ou fazia menos de 10 minutos por semana de atividade física no tempo de lazer; b) fazia pelo menos 10 minutos por semana de atividade física no tempo de lazer;
- 2) Atividade física no tempo de lazer e atividade física como forma de deslocamento: classificada em duas categorias: a) faz menos de 150 minutos de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa ou caminhada nestes dois domínios e, b) faz pelo menos 150 minutos de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa ou caminhada nestes dois domínios. Ademais à classificação em categorias, a soma das atividades físicas no tempo de lazer e como forma de deslocamento foi também apresentada em médias de minutos semanais de prática.

Os dados da variável de estágios de mudança de comportamento foram apresentados por meio de proporção em cinco categorias: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção.

Para verificar a associação da visita domiciliar de promoção da atividade física com as variáveis sociais, demográficas, de trabalho, tabagismo, presença de diabetes ou hipertensão arterial relatadas, percepção de saúde e de qualidade de vida foram utilizados os testes exato de Fischer, qui-quadrado com correção de Yates ou de tendência linear.

Foram verificadas as razões de prevalência (RP) por meio da Regressão de Poisson com ajuste robusto para variância e estratificadas por grupo, com resultados apresentados com intervalo de confiança de 95% (IC95%). O recebimento da visita domiciliar para promoção da atividade física pelos ACS, foi utilizada como variável dependente, enquanto sexo, idade, escolaridade, trabalho e relato de hipertensão arterial ou diabetes foram consideradas como variáveis independentes.

Por fim, analisou-se o efeito da intervenção sobre os estágios de mudança de comportamento e dos níveis de atividade física no tempo de lazer e total (lazer e deslocamento) dos usuários por meio de equações de estimativas generalizadas. Para as variáveis de atividade física dicotômicas (faz ou não faz no lazer e atinge ou não atinge pelo menos 150 minutos por semana), utilizou-se função de distribuição binomial e função de ligação logit. Para os minutos semanais de atividade física, utilizou-se função de distribuição gaussiana inversa e função de ligação identidade. Neste caso, foi atribuído 1 minuto por semana a todos os valores que estavam com menos de 10 minutos por semana (pessoas consideradas como inativas fisicamente e que estavam com valores=0) para se evitar valores nulos. Para os estágios de mudança de comportamento, utilizou-se função de distribuição multinomial e função de ligação logit cumulativo. Em todos os casos, uma matriz de correlação não estruturada e o estimador Huber-White para a matriz de covariância foram empregados. Os modelos incluíram os efeitos principais de grupo (intervenção ou controle) e de momento de avaliação (tempo) e o efeito da interação entre ambos (tempo x grupo), além de ajuste para idade. Para as comparações múltiplas Post Hoc, foi utilizado o teste de Bonferroni.

Todos os dados foram analisados nos programas Stata, versão 12, e Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 22.0, adotando-se um valor-p < 0,05 para considerar as diferenças como significativas.

3.8 REVISÃO SISTEMÁTICA

Como parte do processo de planejamento de avaliação foi realizado levantamento sistemático da literatura a fim recuperar e comparar os dados das intervenções realizadas por ACS para a promoção da atividade física em adultos, além de analisar as principais características descritivas e operacionais dessas intervenções. Os critérios de inclusão foram: 1) estudos experimentais direcionados às populações heterogêneas ou representativas de grupos com doenças crônicas não transmissíveis; 2) estudos

desenvolvidos por ACS envolvidos na promoção da atividade física.

Foram realizadas buscas sistemáticas sem limites de período de tempo em cinco bases de dados: LILACS, PubMed, Scopus, SportDiscus e Web of Science. Ademais, foram realizadas buscas manuais em listas de referências. A avaliação dos artigos foi realizada por quatro pesquisadores que trabalharam de maneira independente e a extração dos dados foi realizada por dois pesquisadores. A leitura dos artigos ocorreu inicialmente por título e resumo e posteriormente, por texto integral.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir são apresentados os resultados e discussão dessa tese no formato de três manuscritos, de acordo com as normas de Apresentação de Tese da Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP, que dispõe acerca das instruções e procedimentos normativos para a elaboração e defesa de dissertações e teses.

4.1 MANUSCRITO 1: Artigo submetido para ao Preventive Medicine em 26 de

fevereiro de 2015 (Anexo 13).

SYSTEMATIC REVIEW OF PHYSICAL ACTIVITY PROMOTION BY

COMMUNITY HEALTH WORKERS

Evelyn Fabiana Costa^{1,2}, Paulo Henrique Guerra^{2,3*}, Taynã Ishii dos Santos², Alex

Antonio Florindo ^{2,3}.

1. Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da

Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil;

² Grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas e Atividade Física e Saúde da

Universidade de São Paulo (GEPAF), São Paulo, SP, Brasil;

^{3.} Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, São Paulo,

SP, Brasil.

Correspondence to:

Evelyn Fabiana Costa: <u>faevelyn@usp.br</u>, telephone: 55 11 98344-4589

Word count for abstract: 200 words

Word count for text body: 4,469 words

51

ABSTRACT

Objective: Assess the effect of interventions conducted by Community Health Workers

in physical activity promotion.

Methods: Systematic search on five electronic databases (LILACS, PubMed, Scopus,

and Web of Science SportDiscus) and a manual search in reference lists were conducted

for papers published until May 2014. The inclusion criteria were interventions delivered

in adults by Community Health Workers, having as one of its objectives the physical

activity promotion.

Results: Of the 950 references initially retrieved, 27 were included in the descriptive

synthesis. Seventeen (63%) studies reported positive results in different parameters of

physical activity, including increases in its total amount (12), walking (3) and the number

of steps per day (2). At the operational level, action strategies were predominantly based

on the model of health education based in counseling, and delivered in populations at risk

or diagnosed with chronic non-communicable diseases. Only three studies had the

primary outcome the physical activity promotion, and regarding physical activity

assessment method, twenty-six studies used indirect methods for its evaluation.

Conclusions: The positive results in physical activity promotion highlighted the potential

of Community Health Workers in the Primary Health Care setting. Future trials may

involve these professionals in more heterogeneous samples and include objective

assessments.

Keywords: Community Health Workers; Primary Health Care; Motor Activity; Review.

INTRODUCTION

The implementation of public policies aimed at providing universal coverage of health systems have contributed to the emergence of Community Health Workers (CHW). As a general rule, this category comprises individuals drawn from the community that receive specific health-related training to work within the community setting where they reside, whether on a voluntary or remunerated basis and under short term or continuous programs. The ready contact with their peers from the community on account of having similar ethnicity, language, socioeconomic level and life experiences is conducive for the health messages conveyed by these professionals being better accepted and adopted (United States Department of Health and Human Services., 2007; Tulenko et al., 2013).

Despite the importance and potential of the CHW, wide range of actions of these professionals have been observed (Bhutta et al., 2010), where CHW can be involved in specific actions whose intervention outcome is to reduce the impact of diseases such as diabetes mellitus (Little et al., 2014), in programs for immunization, maternal and child health (Corluka et al., 2009; Lewin et al., 2010; Patel and Nowalk, 2010), HIV/AIDS (Kenya et al., 2011) or actions for health promotion or life-style improvements (United States Department of Health and Human Services., 2007). Despite of wide range of actions of the CHW there is general consensus that these professionals contribute to foster continuous stimulus of the organization and to strength of ties between members of their community and providers of healthcare and services, and delivering primary health care services, particularly in the provision of guidance on a healthy life-style (United States Department of Health and Human Services., 2007).

In view of its high prevalence and associated deleterious effects on health, physical inactivity is increasingly considered a major public health issue worldwide (Lee et al., 2012). Given that this problem calls for continuous efforts in terms of prevention, some approaches implemented in primary health care settings have yielded positive results in the promotion of physical activity (PA). The meta-analysis of Orrow et al. showed a significant increase in the practice of PA in sedentary adults through a series of interventions involving at least twelve months of follow-up (Orrow et al., 2012). However, a summary of the knowledge produced and available on the promotion of PA performed by CHW at the community level is lacking.

In order to address this gap in knowledge, the primary objective of the present study was to retrieve, analyze and compare the data from interventions for the promotion of PA in adults conducted by CHW. As a secondary objective, an in-depth analysis of the key descriptive and operational characteristics of these interventions was carried out.

METHODS

INCLUSION CRITERIA

Studies that met the two following inclusion criteria were included: i) targeting heterogeneous populations and/or representative population of participants with chronic non-communicable diseases and risk factors such as overweight/obesity, diabetes mellitus type II, cardiovascular diseases, metabolic syndrome and arterial hypertension (syndromic groups); and ii) reporting interventions run by CHW, with or without the involvement of multi-professional teams, entailing the provision of practices, counseling, interviews and/or face-to-face approaches, via telephone and correspondence (letters, pamphlets, internet), involving the promotion of physical activity, as their primary or secondary objective.

SEARCH OF AVAILABLE EVIDENCE

Systematic searches were conducted on five date bases for studies published up until 10th of May 2014: LILACS, PubMed, Scopus, SportDiscus and Web of Science. In order to prevent publication bias, manual searches of references lists were also carried out. No limitations on language or search period were imposed.

The strategy applied to the databases used the sensitive construct devised for PubMed as a reference, involving two of the study inclusion criteria: (community health worker) OR (chw) OR (community health care worker) OR (community health trainer) OR (community case manager) OR (community health aide) OR (community case manager) OR (family planning personnel) OR (community-based program) OR (community-based process) OR (lay health worker) OR (community health officer) OR (promoters) AND (physical activity) OR (physical education) OR (sports) OR (exercise). When the database offered filters by study type, search was limited by experimental

studies. In other databases, the following terms were used: "pre and post-test" OR non-controlled trials" OR "trials" OR "controlled trials" OR "randomized controlled trials".

RISK OF BIAS ASSESSMENT

Original studies were assessed using the *Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool* (Thomas et al., 2004), which assesses eight domains of a community-based study: selection bias, study design, confounders, blinding, data collection methods, withdrawals/drop—outs, intervention integrity, and analyses. For the purposes of the present study, the spreadsheet was adjusted numerically and allowed scores that could vary by 18 points (-8 to 9). No criteria for classifying bias risk of the articles was previously established (low: A, moderate: B, and high risk of bias: C), which was done *a posteriori*, based on the distribution of points for all the articles included and on consensus among the authors.

OPERATIONAL PROCESS

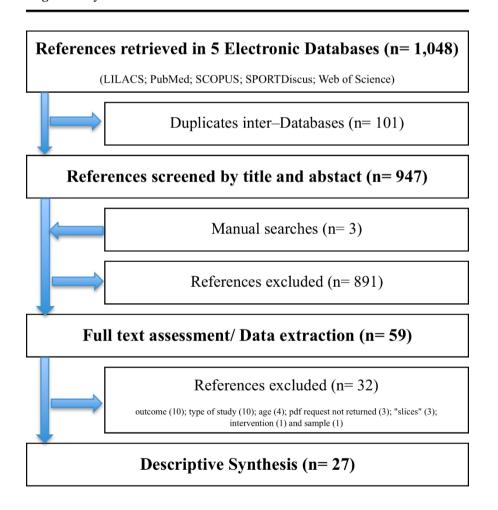
The systematic searches were carried out by two researchers, and were reviewed prior to their application to the databases by a third researcher. The processes of assessing the articles by title/abstract and full text were divided amongst the four researchers who worked independently. In the event of doubts and disagreements, a consensus was reached at a meeting of all those involved. Data extraction was performed by two independent researchers centering on the following information: characterization of the sample (age, percentage of women, biological/diagnostic status; 2) intervention objective, description and duration; 3) number of subjects at baseline and analysis; 4) method of assessment and description of results on PA.

RESULTS

The electronic and manual searches led to the retrieval of 950 potentially relevant studies for assessment of title and abstract. Of this total, 59 references were selected for subsequent assessment of full texts and extraction of the data. Twenty out of the 59 studies were excluded for: not having PA as an outcome (n= 13) or not having an experimental study design (n= 7). A further twelve articles (20.7%) were excluded for: distinct age

range (adolescents), lack of response from authors to requests for full texts, different publications based on the same study, intervention not run by CHW and having a sample including patients with diseases such as autism, cerebral palsy, epilepsy and developmental disabilities (Bazzano et al., 2009). This process is described in Figure 1. The final descriptive summary was based on the data of 27 original trials (Staten et al., 2004; Balcázar et al., 2005; Becker et al., 2005; Staten et al., 2005; Larkey, 2006; Gomes and Duarte, 2008; Plescia et al., 2008; Babamoto et al., 2009; Folta et al., 2009; Castillo et al., 2010; Comellas et al., 2010; Treadwell et al., 2010; Allen et al., 2011; Ayala, 2011; Mier et al., 2011; Ruggiero et al., 2011; Shlay et al., 2011; Spencer et al., 2011; Coleman et al., 2012; Cene et al., 2013; Islam et al., 2013a; Islam et al., 2014; Vincent et al., 2014).

Figure 1. Systematic Review flowchart



DESCRIPTIVE CHARACTERISTICS

The group of studies included varied widely for age, where nineteen studies (70.4%) involved samples with a mean age of over 45 years. Regarding the sex of participants, among the studies comprising mixed samples, women predominated in all (n= 18, 66.7%) and in six studies (23.1%) samples consisted only of women

Regarding to the study design, the majority had no control group (n= 15, 57.7%) (Balcázar et al., 2005; Staten et al., 2005; Larkey, 2006; Plescia et al., 2008; Castillo et al., 2010; Comellas et al., 2010; Treadwell et al., 2010; Ayala, 2011; Mier et al., 2011; Ruggiero et al., 2011; Cene et al., 2013; Islam et al., 2013a; Jennings et al., 2013; Krantz et al., 2013; Ursua et al., 2014) and four were pilot studies (Comellas et al., 2010; Treadwell et al., 2010; Mier et al., 2011; Ursua et al., 2014). Only two studies were performed outside the United States, one of which was carried out in Brazil (Gomes and Duarte, 2008) and another in England (Jennings et al., 2013).

The primary objective of most of the studies was either to reduce cardiovascular risk (Balcázar et al., 2005; Becker et al., 2005; Folta et al., 2009; Allen et al., 2011; Shlay et al., 2011; Krantz et al., 2013; Ursua et al., 2014), or to lower the risk of diabetes mellitus type II (Comellas et al., 2010; Treadwell et al., 2010; Ruggiero et al., 2011; Cene et al., 2013; Islam et al., 2013a; Islam et al., 2013b; Duggan et al., 2014). On the other hand, only three studies focused on the promotion of PA as the primary outcome (Gomes and Duarte, 2008; Mier et al., 2011; Coleman et al., 2012). Analysis of the samples revealed that in terms of ethnicity/race, half of the interventions were applied in Hispanic populations (or descendants) (Staten et al., 2004; Balcázar et al., 2005; Staten et al., 2005; Larkey, 2006; Babamoto et al., 2009; Castillo et al., 2010; Ayala, 2011; Mier et al., 2011; Ruggiero et al., 2011; Spencer et al., 2011; Coleman et al., 2012; Duggan et al., 2014; Vincent et al., 2014), and five (18.1%) in Blacks (Becker et al., 2005; Plescia et al., 2008; Treadwell et al., 2010; Spencer et al., 2011; Cene et al., 2013). About clinical conditions, nine studies involved samples at risk or with diabetes mellitus type II (Babamoto et al., 2009; Castillo et al., 2010; Comellas et al., 2010; Treadwell et al., 2010; Allen et al., 2011; Spencer et al., 2011; Islam et al., 2013a; Islam et al., 2013b; Duggan et al., 2014), and in five studies overweight/ obese individuals were approached (Folta et al., 2009; Treadwell et al., 2010; Mier et al., 2011; Jennings et al., 2013; Vincent et al., 2014).

The majority of studies were classified as low (33%, 3-6 range) and moderate risk

of bias (37%, scoring 0-2), and eight studies were classified as high risk of bias (30%, scoring between -1 and -3 points). Most of the studies had weaknesses associated with blinding (n= 21; 77.8%) and selection of participants (n= 18, 66.6%).

Table 1. Descriptive characteristics of included studies.

-						
Reference	Age mean (sd)	Gender (%F)	Type of study	Primary objective	Sample characteristics	Risk of bias
Allen et al. 2011	54 (12)	71	RCT	CVD RR	Participants at risk	Low
Ayala et al. 2011	38 (9)	100	NCT	Fitness and HO Improvement	Hispanic	High
Babamoto et al. 2009	50 (12)	71	RCT	HO Improvement	Hispanics with recent T2D diagnostic	Mod
Balcázar et al. 2005	nd	nd	NCT	CVD RR	Hispanic	Mod
Becker et al. 2005	47 (7)	63	RCT	CVD RR	Black sisters with predisposition to CVD	Low
Castillo et al. 2010	58 (13)	75	NCT	GC Improvement	Hispanic with T2D self-reported	Mod
Cene et al. 2013	57 (24–88) ^a	75	NCT	T2D RR	Black participants from rural communities	Mod
Coleman et al. 2012	52 (6)	100	RCT	PA Promotion	Hispanic	Low
Comellas et al. 2010	66 (7)	70	NCT	T2D self- management Improvement	Participants with T2D	Mod
Duggan et al. 2014	50 (1.0) ^b	71	RCT	T2D RR, GC Improvement	Hispanic with high levels of HbA1c	Low
Folta et al. 2009	57 (9)	100	RCT	CVD RR	Overweight/obese inactive participants	Low
Gomes; Duarte 2008	47 (10)	83	CT	PA promotion	Apparently healthy adults	High
Islam et al. 2013 (a)	53 (9)	58	NCT	T2D self- management Improvement	Bangladeshi with T2D	High
Islam et al. 2013 (b)	59 (8)	64	RCT	HO Improvement; T2D RR	Korean at T2D risk	High
Jennings et al. 2013	48 (15)	73	NCT	AM Improvement	People seeking to lose weight	High

Krantz et al. 2013	>18	56	NCT	CVD RR	People at CVD risk	High
Larkey 2006	>18	100	NCT	Cancer prevention	Hispanic	High
Mier et al. 2011	32 (9)	100	NCT	PA promotion	Overweight/obese Mexican- Americans	Mod
Plescia et al. 2008	>18	63	NCT	CVD and T2D RR	Black participants	Mod
Ruggiero et al. 2011	37 (8)	93	NCT	T2D RR	Hispanic with different risk factors	High
Shlay et al. 2011	50–65	nd	NCT	CVD RR	Participants of community health centres	Low
Spencer et al.2011	53 (47–57) ^a	58	RCT	GC Improvement	Black and Hispanic with T2D	Low
Staten et al. 2004	57 (4)	100	RCT	CD RR	Hispanic	Low
Staten et al. 2005	49 (nd)	86	NCT	CVD, CD and T2D RR	Hispanic	Mod
Treadwell et al. 2010	>18	0	NCT	Obesity reduction and T2D RR	Black participants at risk or diagnosed with T2D/ or obese/ or any other health risk	Mod
Ursua et al. 2014	53 (10)	82	NCT	CVD RR	Filipino	Mod
Vincent et al. 2014	51 (12)	78	RCT	Obesity reduction, AM and PA self– efficacy	Overweight/obese Mexican- Americans	Low

Legends: ^a: Confidence Interval 95%; ^b: Standard Error; %F: Percentage of Women in the Sample; AM: Anthropometric Measures; CD: Chronic Disease(s); CT: Controlled Trial; CVD: Cardiovascular Disease; GC: Glycaemic Control; HbA1c: Haemoglobin A1c; HO: Health Outcomes; Mod: Moderate (risk of bias); nd: NCT: Non–Controlled Trial; Not Described; PA: Physical Activity; RCT: Randomized Controlled Trial; RR: Risk Reduction; sd: Standard Deviation; T2D: Type 2 Diabetes.

OPERATIONAL CHARACTERISTICS

The number of participants in the analyses ranged from 16 to 4.743 individuals and the duration of interventions ranged from five weeks to sixty months (Table 2). Seventeen trials (65.4%) had interventions of at least six months (Staten et al., 2004; Balcázar et al. 2005; Becker et al., 2005; Plescia et al., 2008; Babamoto et al., 2009; Allen et al., 2011; Ayala, 2011; Ruggiero et al., 2011; Shlay et al., 2011; Spencer et al., 2011; Coleman et al., 2012; Cene et al., 2013; Islam et al., 2013a; Islam et al., 2013b; Krantz et al., 2013; Duggan et al., 2014; Ursua et al., 2014).

Only one study evaluated physical activity through an objective method, the pedometer (Folta et al., 2009). All other measures were obtained through indirect methods (e.g.: questionnaires, interviews). Fifteen studies reported the use of validated questionnaires to PA assessment (Staten et al., 2004; Becker et al., 2005; Staten et al., 2005; Gomes and Duarte, 2008; Plescia et al., 2008; Babamoto et al., 2009; Castillo et al., 2010; Allen et al., 2011; Ayala et al., 2011; Mier et al., 2011; Ruggiero et al., 2011; Spencer et al., 2011; Coleman et al., 2012; Duggan et al., 2014; Ursua et al., 2014). The more widely used questionnaires were as follows: the *Behavioral Risk Factor Surveillance System*, present in three studies (Plescia et al., 2008; Babamoto et al., 2009; Spencer et al., 2011), and in two studies each, the short version of *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)* (Mier et al., 2011; Ruggiero et al., 2011) and the 7–Day Physical Activity Recall were adopted in two studies (Becker et al., 2005; Allen et al., 2011).

All the action strategies run by the CHW were based on education in health, with the majority centered on counseling to promote motivational attitudes and behavioral changes (n= 20, 74,1%) (Staten et al., 2004; Balcázar et al., 2005; Becker et al., 2005; Larkey, 2006; Gomes and Duarte, 2008; Babamoto et al., 2009; Folta et al., 2009; Treadwell et al., 2010; Allen et al., 2011; Mier et al., 2011; Ruggiero et al., 2011; Shlay et al., 2011; Coleman et al., 2012; Cene et al., 2013; Islam et al., 2013a; Islam et al., 2013b; Jennings et al., 2013; Krantz et al., 2013; Duggan et al., 2014; Vincent et al., 2014). The majority of studies entailed group meetings (n= 18, 66,7%) and nine interventions included PA practices (e.g.: dance, gymnastics and walking) (Staten et al., 2004; Becker et al., 2005; Staten et al., 2005; Plescia et al., 2008; Folta et al., 2009; Ayala, 2011; Islam et al., 2013a; Islam et al., 2013b; Vincent et al., 2014). Complementary

strategies such as home visits and telephone contact were used to invite subjects to take part in the groups, to perform follow-up, monitoring or to reinforce the educational activities performed individually or in groups (Staten et al., 2004; Balcázar et al., 2005; Becker et al., 2005; Gomes and Duarte, 2008; Babamoto et al., 2009; Mier et al., 2011; Islam et al., 2013a; Islam et al., 2013b; Spencer et al., 2011; Shlay et al., 2011; Duggan et al., 2014; Ursua et al., 2014).

In 21 studies (77.8%), CHW underwent training sessions prior to running the interventions (Balcázar et al., 2005; Becker et al., 2005; Staten et al., 2005; Gomes and Duarte, 2008; Plescia et al., 2008; Babamoto et al., 2009; Folta et al., 2009; Castillo et al., 2010; Comellas et al., 2010; Treadwell et al., 2010; Allen et al., 2011; Ayala, 2011; Mier et al., 2011; Ruggiero et al., 2011; Shlay et al., 2011; Spencer et al., 2011; Coleman et al., 2012; Cene et al., 2013; Islam et al., 2013b; Krantz et al., 2013; Duggan et al., 2014), and owing to the high number of studies representing specific ethnic groups, sixteen interventions (61.5%) had bilingual content and agents (Staten et al., 2004; Balcázar et al., 2005; Staten et al., 2005; Babamoto et al., Larkey, 2006; 2009; Castillo et al., 2010; Comellas et al., 2010; Ayala, 2011; Ruggiero et al., 2011; Shlay et al., 2011; Coleman et al., 2012; Islam et al., 2013a; Islam et al., 2013b; Duggan et al., 2014; Ursua et al., 2014; Vincent et al., 2014).

In relation to the theoretical models, eight interventions (29,2%) were based on the trans-theoretical model for behavioral change (Gomes and Duarte, 2008; Babamoto et al., 2009; Allen et al., 2011; Mier et al., 2011; Shlay et al., 2011; Coleman et al., 2012; Jennings et al., 2013; Krantz et al., 2013), whereas five (19,2%) were grounded in the social cognitive theory (Shlay et al., 2011; Islam et al., 2013a; Islam et al., 2013b; Krantz et al., 2013; Duggan et al., 2014).

SYNTHESIS OF POSITIVE RESULTS

Seventeen (63%) studies reported a significant increase in PA as assessed by different parameters. Twelve of these studies reported an increase in total volume of PA expressed in minutes or days per week, higher energy expenditure and proportion of individuals increasing the level of PA practiced (Staten et al., 2004; Balcázar et al., 2005; Becker et al., 2005; Larkey, 2006; Gomes and Duarte, 2008; Babamoto et al., 2009; Castillo et al., 2010; Spencer et al., 2011; Coleman et al., 2012; Islam et al., 2013a; Islam

et al., 2013b; Jennings et al., 2013). Three studies reported increased walking (Staten et al., 2005; Mier et al., 2011; Ruggiero et al., 2011) while two observed an increase in the number of steps per day, measured by self-reports (Comellas et al., 2010) or pedometer (Folta et al., 2009) (Table 2).

Among the group of studies reporting enhanced PA relative to baseline data, two short interventions (≤ three months) led to an increase of one day of PA practice per week (Larkey, 2006; Castillo et al., 2010). Four interventions lasting 12 months yielded positive results by increasing energy expenditure (Becker et al., 2005), proportion of individuals practicing moderate and vigorous PA (Coleman et al., 2012), and duration of practice in number of minutes (Staten et al., 2004) and number of days per week (Islam et al., 2013a). The intervention times for promoting walking ranged from three to six months and significantly increased number of minutes walked per week (Staten et al., 2005; Ruggiero et al., 2011) and increased energy expenditure (Mier et al., 2011). Lastly, two interventions with duration of five weeks to three months showed an increase in the number of steps per day (Folta et al., 2009) and per week (Comellas et al., 2010).

The majority of these studies represented specific ethnic groups: Hispanics or descendants of Hispanics (n=11), Blacks (n=1), Bangladeshis (n=1), Koreans (n=1), Filipinos (n=1), Blacks and Hispanics (n= 1), and predominantly involving syndromic groups, particularly those affected by diabetes mellitus type II and overweight or obesity (n=13). Seven (26.9%) of these interventions had a control group (Staten et al., 2004; Becker et al., 2005; Babamoto et al., 2009; Folta et al., 2009; Spencer et al., 2011; Coleman et al., 2012; Islam et al., 2013b).

As regards bias risk among those studies with positive results, five were classified as low risk (Staten et al., 2004; Becker et al., 2005; Folta et al., 2009; Spencer et al., 2011; Coleman et al., 2012), six moderate risk (Balcázar et al., 2005; Staten et al., 2005; Babamoto et al., 2009; Castillo et al., 2010; Comellas et al., 2010; Mier et al., 2011) and six high risk of bias (Larkey, 2006; Gomes and Duarte, 2008; Ruggiero et al., 2011; Islam et al., 2013a; Islam et al., 2013b; Jennings et al., 2013).

Ten studies showed no statistically significant impact for increasing PA (37%). Nevertheless, several interesting perspectives were noted in these studies such as an increase in the use of parks and recreational spaces (Allen et al., 2011).

Table 2. Operational characteristics of interventions and results of the included studies.

Reference	N analysed (int/ con)	Intervention description/ time	PA Evaluation method	Result PA
Allen et al. 2011	261/264	Aggressive pharmacological management; EBC. Meetings with Nurse Practitioner and CHW/ 12 months	7-Day Physical Activity Recall: PA level.	There were no statistically significant differences between groups at the end of the intervention.
Ayala et al. 2011	200	The intervention was based on theoretical and practical classes. Also, a PA toolkit was provided to CHW and participants. BL/ 12 months	GPAQ: energy expenditure, use of parks, barriers and self-efficacy in PA.	There was no increase in the volume of PA in leisure time at the end of the intervention. On the other hand, significant increases were observed in the number of days of use of parks and recreation areas, self-efficacy for PA and community support for PA practice.
Babamoto et al. 2009	75/ 54	EBC and TC were made to monitor the progress of self-management, identify barriers and issues, and assist in problem solving. BL/6 months	BRFSS–CDC: PA volume (3x/wk).	PA improved significantly (p<0.05) across within two groups compared to baseline (INT: 28 to 63%/CON: 17 to 35%).
Balcázar et al. 2005	223 family	7 (+1) x 2h EBC sessions in 3 initial months, plus educational material, home visit and TC. BL/6 months	Family PA were assessed by 2 questions (4-point scale): "What does the family do to be more active"; and the second question focused on active transportation.	Were found improvements in the two topics, the first: increase of 13% (95% CI: 9; 16) and 17% in the second (95% CI: 14, 21).
Becker et al. 2005	196/ 168	EBC plus 2 wk sessions of exercise. Also, TC to monitor progress were available/ 12 months	7-Day Physical Activity Recall: energy expenditure.	At post-test, there was a marginally significant between-group difference in energy expended: a increase INT (from 10.4 to 10.8 mJ/d) and a decrease in the CON (from 10.8 to 10.4 mJ/d).
Castillo et al. 2010	23	This intervention was conducted at 2 community centres. Self-management education for 10 wk. BL/ 3 months	SDSCA: number of days/wk that was practiced at least 30 min of PA.	The intervention resulted in increased PA practice in relation to the number of days of the week: 2.8 (sd=2.3) to 4.0 (sd=2.3) (p=0.013).

Cene et al. 2013	45	12 EBC group sessions. Until the 6th wk, meetings were weekly and from the 7th wk were performed monthly/ 6 months	Self-reported measures (interview) to assess number of days/wk ≥ 30 min PA	There was no significant increase in PA.
Coleman et al. 2012	433/435	3 x 50 min EBC individual sessions, that occurred approximately 1, 2 and 6 months after screening. BL/ 12 months	Physical Activity Assessment Survey (adapted): self-report of moderate to vigorous PA.	In INT observed increase in the percentage of moderate PA (71 to 84%) and vigorous (13% to 33%). In the same group, also there was a greater number of people in action and maintenance stages of vigorous PA (47% to 67%).
Comellas et al. 2010*	17	5 EBC group sessions, aimed at promoting self-management T2D. BL/ 5 wk	Number of steps/day was assessed using a step meter (self report).	An increase in the PA frequency from 3.1 to 4.6 days/w (p=0.04). There was also an increase in the use the step meter from 3.2 to 4.8 days (p=0.02).
Duggan et al. 2014	154/ 166	5 EBC home sessions based on different domains of T2D, diet and PA. BL/6 months	IPAQ (adapted): frequency of leisure-time PA (times/wk).	The frequency of PA leisure time was not significant between the groups.
Folta et al. 2009	96/85	2 weekly EBC sessions, plus dance and walking/3 months	Number of steps/day was assessed using pedometer for 7 days.	A significant increase of steps/day between groups, difference 1637 steps/day (95% CI: 712; 2562) (p<0.01).
Gomes; Duarte 2008	44/43	PA counselling in home visit and 3 EBC group sessions/ 4 months	Baecke Questionnaire: Behaviour change stages a score of habitual PA.	INT group PA leisure time improved significantly in relation to the CON ($p \le 0.01$).
Islam et al. 2013 (a)	47	6 EBC sessions, plus exercise and 3 home visits (3, 6 and 9 months). All groups were separated by gender. BL/12 months	Bandura's self–efficacy framework: Self–efficacy questions of PA and nutrition.	At 12 months, all participants were moderate or high confident that they could engage in PA regularly. Note, a high percentage of people who joined the practice of PA (+ 37%) at the end of the intervention (p<0.001).
Islam et al. 2013 (b)	25/23	6 EBC sessions, plus 10 TC over the follow up period plus PA. BL/ 6 months	Measures to assess PA engagement (no, little/ moderate/ very confident) and volume (never/ several days).	Significant changes were observed in PA (p<0.05). INT participants reported higher levels of social interaction and confidence in the PA practice.

Jennings et al. 2013	227	6 EBC individual sessions (15–30 minutes) conducted in the community setting/ 21 wk	PA Frequency (days/wk): 30min (moderate) or 20min (vigorous).	There was an increase of 59 minutes/w in the practice of moderate PA (p<0.001) and vigorous PA (12 minutes/w) (p<0.001). Total activity increased significantly by 70.9 minutes/w (sd=110) (p<0.001).
Krantz et al. 2013	698 / 4045 (to retest)	EBC motivational interviews. The frequency and follow—up intervention time were established between CHW and participants/ 12 months	Frequency of aerobic exercise (days/wk) was assessed by self–reported measures (interview).	No significant increases in the number or charged days of practice PA.
Larkey 2006	366	2 monthly EBC sessions and walking group sessions. BL/ 3 months	PA Frequency (min/wk) was self-reported.	PA increases from 65.15 to 122.40 minutes/w (p<0.01).
Mier et al. 2011*	16	11 EBC meetings, by personal interviews and home–visiting/ 3 months	IPAQ: walking level (MET min/wk).	PA increases in the weekly walking level of 297 to 1212.7 MET minutes/w (p=0,002).
Plescia et al. 2008	884/ 2844	Were used qualitative methodologies that were developed to document changes in community capacity and change among change agents/ 60 months	BRFSS-CDC: PA frequency.	After 4 years, participants at risk are no longer more likely to physical inactivity when compared to state population ($p = 0.38$).
Ruggiero et al. 2011	42	The initial 6 months involved weekly EBC, sessions and monthly in subsequent months. Community forums were performed. BL/ 12 months	IPAQ: walking level (in min and MET min/wk).	Results of six months have shown changes in the walking level (change of 108.3, 95% CI: 42; 342) and energy expenditure (change of 334.2, 95% CI: 47; 1130). However, after 12 months, the gains were not maintained.
Shlay et al. 2011	340/340	1h EBC session at community health centre, plus follow-up TC/ 12 months	Weekly PA frequency (30 min of moderate PA or walking ≥5 days/wk).	There was no improvement in relation to PA levels.
Spencer et al. 2011	59/77	Empowerment-based approach, to T2D self-management. Also, were conducted home visits and follow-up at the clinic/ 6 months	BRFSS_CDC: weekly PA frequency (30 minutes of moderate PA or walking ≥5 days/wk).	Both groups showed an increase in the frequency of physical activity compared to baseline, 16% in INT (p<0.05) and 21% in CON (p<0.01). However, no differences were found between the groups.

Staten et al. 2004	67/77	CHW were responsible for bimonthly walks and permanent TC. BL/ 12 months	Arizona Activity Frequency Questionnaire and BRFSS-CDC: Volume of moderate and vigorous PA (min/wk).	The intervention group showed an increase in self-reported weekly minutes of moderate-to-vigorous PA, with no significant differences between the groups.
Staten et al. 2005	216	The strategy was based on the Su Corazón, Su Vida. Consisted of a manual and freestanding flip charts in addition to a flip chart, <i>telenovela</i> magazine and video. BL/ 3 months	Minnesota Leisure-Time PA Questionnaire: frequency of walking (times/wk).	The number of participants walking and the number of minutes per week of moderate to vigorous walking significantly increased (p=<0.001) and the number of minutes per week of fast walking (p=0.002) increased significantly at the end of the study.
Treadwell et al. 2010*	nd	A culturally tailored curriculum with 6 (2h) EBC sessions, 150h of wide array of fitness activities and 30h healthy eating/ 1.5 months	PA levels (hours/wk) were measured by questionnaire.	There have been men engaged percentage decreases between 1 and 3 hours a week PA (-33%). On the other hand, there were increases in volume from 4 to 6 hours (25%) 7 to 9 hours (15%) and 10 to 12 hours (24%).
Ursua et al. 2014*	33	Four 90 min workshops, monthly visits, and 2 monthly TC. BL/ 14 months	NYU Cardiac Rehabilitation Centre survey instrument (adapted): exercise self-efficacy.	No significant results in PA (except in the occupational context).
Vincent et al. 2014	38/20	In the first 2 months 8 x 2h EBC individual sessions. In the last 3 months, 1h EBC monthly session. BL/5 months	PA self-efficacy was measured using a questionnaire developed for the study.	Changes in self-efficacy were not statistical significance.

Legends: *: Pilot Study; BL: Intervention with CHW Bilingual; BRFSS–CDC: Behavioural Risk Factor Surveillance System of Centres for Disease Control and Prevention; CHW: Community Health Workers; CI^{95%}: Confidence Interval 95%; CON: Control Group; CVD: Cardiovascular Disease; EBC: Educational and Behavioural Counselling; GPAQ: Global Physical Activity Questionnaire; h: hour(s); INT: Intervention Group; IPAQ; International Physical Activity Questionnaire; MET: Metabolic Equivalent; min: Minutes; min: minute(s); nd: Not Described; PA: Physical Activity; sd: Standard Deviation; SDSCA: Summary of Diabetes Self-Care Activities; T2D: Type 2 Diabetes; TC: Telephone Contact(s); wk: week(s).

DISCUSSION

With the aim of retrieving and summarizing the available evidence on interventions run by CHW for promoting PA among adults in the primary health care setting, the results of this systematic review comprised the data of 27 studies, most of which (n= 17, 63%) achieved significant positive results by increasing of PA. The successful interventions were developed in a median of 5 months and targeted individuals older than thirty years of age in specific ethnic groups such as Hispanics, Blacks, Bangladeshis and Filipinos with a low socioeconomic level. Besides these aspects, the most notable findings were related to syndromic or at-risk individuals, particularly for diabetes mellitus II.

The vast majority of the interventions effective for the promotion of PA had some strategies and actions in common. With regard to the duration of the interventions, eight had at least six-months' follow-up (47%). These findings corroborate the minimum cut-off point of six months for establishing shifts in PA behavior proposed by Prochaska and Di Clemente (Prochaska and DiClemente, 1991), and support the study of Baker et cols., which indicated six months as the minimum period for planning behavioral changes in community-based interventions for promoting PA (Baker et al., 2011). However, the results of the present review also encompassed effective strategies for promoting PA based on intervention periods of less than six months (Staten et al., 2005; Larkey, 2006; Gomes and Duarte, 2008; Folta et al., 2009; Castillo et al., 2010; Comellas et al., 2010; Mier et al., 2011; Jennings et al., 2013).

The seventeen interventions with significant results for the promotion of PA were carried out using the model of education in health via counseling. In these activities, an array of aspects were addressed such as risk factors for cardiovascular diseases, diabetes, treatment, complications, incentives to practice PA, healthy diet and assistance setting goals. Action strategies included talking circles, flipcharts, TV soaps, magazines and videos, in addition to trips to different places in the city as a means of encouraging participants. The findings of the present study corroborate the evident of Tulloch et al., showing that the acquisition of healthy behavior and its continuation can be achieved through PA counseling and recommendations provided by lay persons as well as physicians (Tulloch et al., 2006). In this regard, the potential of CHW action in the promotion of PA is noteworthy, since their closer contact with the members of the

community can lead to a permanent routine of guidance through home visits and group meetings, in addition to the opportunity of promoting practices, as seen in some of the strategies contained in the present summary.

Thirteen (76,5%) of the studies effective for promoting PA used the educational group format as an action strategy, where seven of these also entailed the practice of PA, characterizing the combined use of strategies. With respect to intervention strategies or types aimed at promoting and/or maintaining PA in populations, the study of Kahn et al., identified three high-impact approaches: i) informative approaches aimed at decision-making for change in knowledge and attitudes; ii) behavioral and social approaches to foster independence and empowerment for change or maintenance of behavior; and iii) environmental and political approaches (Kahn et al., 2002). The study by Cleland et al. suggests that combined use of these strategies has a major impact on increasing PA among populations of low socioeconomic level, besides influencing inter-sector communication, community participation in devising and planning actions as well as in informing the community of the PA options available (Cleland et al., 2012).

A wide variety of models of practice of CHW were also observed. In the present summary, fifteen studies effective for promoting PA targeted specific populations in terms of ethnicity, low socioeconomic level, and risk status and or diagnosis for chronic non-communicable diseases, corroborating several previous reviews (Cleland et al., 2012; Conn et al., 2012; Nierkens et al., 2013). The studies conducted in the United States (n=25; 92.6%) revealed that the practice of CHW could respect the ethnic and cultural aspects of the communities of interest by choosing bilingual and bicultural professionals for work involving Hispanics, Bangladeshis, Koreans and Filipinos. The bilingual/bicultural action of CHW is intended to allow closer ties between the professionals and individuals attending the programs by recognizing and addressing their concerns, difficulties and also by translating, facilitating and disseminating the envisaged concepts and strategies (United States Department of Health and Human Services., 2007), particularly in settings where there is a greater need to intervene (Nierkens et al., 2013). Historically, bilingual and cultural strengthening is not a recent strategy. In the early 1960s, the US government formally decided to support community health programs aimed at low-income communities, consisting largely of immigrant workers (Pérez and Martinez, 2008). Thus, being bilingual and understanding the cultural tradition of the local population became key requirements for selecting these professionals. In the studies

conducted in England and Brazil, the work of CHW did not focus on any specific group, even when their actions involved cultural issues, but instead were centered on more general populations. In Brazil, CHW tend to live in the same area in which they work (Brasil, 2007) and form part of multi-professional Family Health teams. Over the space of ten years, the professional coverage of CHW increased from 54.2% to 65.7% (Brasil, 2014).

Concerning the methods of assessing PA, self-reporting was the most frequently used approach in the included studies (n= 26, 96%). In this regard, given the large number of results obtained through different self-report instruments, caution should be taken when comparing and extrapolating the results. Care should also be taken regarding the large number of surveys that used instruments developed specifically for the purposes of the study in question and failed to report their validity and reproducibility (n= 12, 44%).

For the majority of the studies showing increased PA, the CHW underwent previous training. In general, this training was given by specialists (physicians, nurses) and typically addressed concepts and practices related to levels of prevention, control and monitoring of cardiovascular diseases, diabetes and obesity, involving the recognition of their associated risk and prognostic factors. It is a recognized fact that training processes after recruitment improve the general competencies of CHW, such as their community entrepreneurism (leadership and individual/group approaches), while also enabling the acquisition of the specific competencies needed for their work (Health and Services, 2007). However, in view of the small number of studies whose main objective was the promotion of PA, it has been suggested that CHW also undergo a training program based on the current recommendations of PA and covering recognition of PA benefits, overcoming barriers and exploiting spaces for the practice of leisure-time and guidance for PA during transportation according to Florindo et cols. (2013).

Limitations of this review include the large variability of the studies incorporated in the summary of this review and the operational limitations of the issues of blinding and selection of participants. The first limitation hinders direct comparison of results of the different studies as well as generalization of their findings especially pertaining to three aspects: i) the large number of studies which employed instruments without reporting their validity or reproducibility; ii) PA constituted the secondary outcome in 24 of the studies included, which did not state whether there was sufficient power for the observation of significant improvements in relation to this outcome; and iii) absence of

control group: although most studies were designed to pursue a pragmatic bias, namely, were more orientated to the real world, this hindered comparisons. Concerning the second limitation, future studies should ensure blinding both of the assessor (when conducting the interview, for instance) as well as the researcher carrying out the summarizing and refinement of the participant selection process, by opting for random methods less susceptible to bias. Moreover, in order to improve the quality of communication of the methods employed, future studies should be written in accordance with the items from the CONSORT initiative (Moher et al., 2010).

Several strengths of the present study should be highlighted: i) the broad search criteria resulted in a considerable quantity of articles for analysis, besides pooling data on the effectiveness of promoting PA in different settings; ii) this is the first systematic review analyzing the descriptive and operational characteristics of studies that used CHW as promoters of PA among adults through educational action and practice. The study findings corroborate the results of other reviews confirming the potential of action of this professional in disease prevention and health promotion. The positive data of these reviews support that CHW, volunteers or otherwise, have played an important role in physical activity promotion.

Given the emergence of the subject, the participation of CHW is recommended in future interventions centered on the promotion of PA conducted in different countries and applied to less specific samples than those observed in the present review. It is also suggested that studies can use validated tools and direct methods for assessing PA in order to enhance the evaluation of effectiveness. Lastly, CHW could undergo specialized training within the framework for PA promotion for inclusion into the routine practice of working in primary health care.

Conflict of interest statement

The authors do not hold any particular conflict of interest. Author PG holds a postdoctoral scolarship from the Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (process: 2013/22204-7)

Authorship statement

All authors support and agree with the information presented in this study.

Contributorship statement

All authors truly contributed to the development of this study.

EC: (idea proponent) participated in research protocol development, assessment and data extraction of original studies, and the writing of this manuscript.

PG: participated in in research protocol development, assessment and data extraction of original studies, and the writing of this manuscript.

TY: participated in assessment, and reviewing the final draft.

AF: (senior researcher) participated in research protocol development, assessment and the writing of this manuscript.

REFERENCES

Allen, J.K., Dennison-Himmelfarb, C.R., Szanton, S.L., Bone, L., Hill, M.N., Levine, D.M., West, M., Barlow, A., Lewis-Boyer, L., et al., 2011. Community Outreach and Cardiovascular Health (COACH) Trial A Randomized, Controlled Trial of Nurse Practitioner/Community Health Worker Cardiovascular Disease Risk Reduction in Urban Community Health Centers. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 4:595-U44.

Ayala, G.X., 2011. Effects of a promotor-based intervention to promote physical activity: Familias Sanas y Activas. Am J Public Health 101:2261-8.

Babamoto, K.S., Sey, K.A., Camilleri, A.J., Karlan, V.J., Catalasan, J., Morisky, D.E., 2009. Improving diabetes care and health measures among hispanics using community health workers: results from a randomized controlled trial. Health Educ Behav 36:113-26.

Baker, P.R., Francis, D.P., Soares, J., Weightman, A.L., Foster, C., 2011. Community wide interventions for increasing physical activity. Sao Paulo Med J 129:436-37.

Balcázar, H., Alvarado, M., Hollen, M.L., Gonzalez-Cruz, Y., Pedregón, V., 2005. Evaluation of Salud Para Su Corazón (Health for your Heart) -- National Council of La Raza Promotora Outreach Program. Prev Chronic Dis 2:A09-A09.

Bazzano, A.T., Zeldin, A.S., Diab, I.R., Garro, N.M., Allevato, N.A., Lehrer, D., 2009. The Healthy Lifestyle Change Program: a pilot of a community-based health promotion intervention for adults with developmental disabilities. Am J Prev Med 37:S201-8.

Becker, D.M., Yanek, L.R., Johnson, W.R., Jr., Garrett, D., Moy, T.F., Reynolds, S.S., Blumenthal, R.S., Vaidya, D., Becker, L.C., 2005. Impact of a community-based multiple risk factor intervention on cardiovascular risk in black families with a history of premature coronary disease. Circulation 111:1298-304.

Bhutta, Z.A., Lassi, Z.S., Pariyo, G., Huicho, L., 2010. Global experience of community health workers for delivery of health related millennium development goals: a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. Global Health Workforce Alliance.

Brasil, 2007. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Cadernos e Atenção Básica Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília.

Brasil, 2014. Minitério da Saúde. Departamento de Atenção Básica., Brasília.

Castillo, A., Giachello, A., Bates, R., Concha, J., Ramirez, V., Sanchez, C., Pinsker, E., Arrom, J., 2010. Community-based Diabetes Education for Latinos: The Diabetes Empowerment Education Program. Diabetes Educ 36:586-94.

Cene, C.W., Haymore, L.B., Ellis, D., Whitaker, S., Henderson, S., Lin, F.-C., Corbie-Smith, G., 2013. Implementation of the Power to Prevent Diabetes Prevention Educational Curriculum Into Rural African American Communities A Feasibility Study. Diabetes Educ 39:776-85.

Cleland, C.L., Tully, M.A., Kee, F., Cupples, M.E., 2012. The effectiveness of physical activity interventions in socio-economically disadvantaged communities: a systematic review. Prev Med 54:371-80.

Coleman, K.J., Farrell, M.A., Rocha, D.A., Hayashi, T., Hernandez, M., Wolf, J., Lindsay, S., 2012. Readiness to be physically active and self-reported physical activity in low-income Latinas, California WISEWOMAN, 2006-2007. Prev Chronic Dis 9:E87.

Comellas, M., Walker, E.A., Movsas, S., Merkin, S., Zonszein, J., Strelnick, H., 2010. Training community health promoters to implement diabetes self-management support programs for urban minority adults. Diabetes Educ 36:141-51.

Conn, V.S., Phillips, L.J., Ruppar, T.M., Chase, J.-A.D., 2012. Physical activity interventions with healthy minority adults: Meta-analysis of behavior and health outcomes. J Health Care Poor Underserved 23:59-80.

Corluka, A., Walker, D.G., Lewin, S., Glenton, C., Scheel, I.B., 2009. Are vaccination programmes delivered by lay health workers cost-effective? A systematic review. Hum Res Health 7:81.

Duggan, C., Carosso, E., Mariscal, N., Islas, I., Ibarra, G., Holte, S., Copeland, W., Linde, S., Thompson, B., 2014. Diabetes prevention in Hispanics: report from a randomized controlled trial. Prev Chronic Dis 11:E28.

Florindo, A.A., Costa, E.F., Sa, T.H., Santos, T.I., Velardi, M., Andrade, D.R., 2013. Physical Activity Promotion in Primary Health Care in Brazil: A Counseling Model Applied to Community Health Workers. J Phys Act Health.

Folta, S.C., Lichtenstein, A.H., Seguin, R.A., Goldberg, J.P., Kuder, J.F., Nelson, M.E., 2009. The StrongWomen-Healthy Hearts program: reducing cardiovascular disease risk

factors in rural sedentary, overweight, and obese midlife and older women. Am J Public Health 99:1271-7.

Gomes, M.A., Duarte, M.F.S., 2008. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa Ação e Saúde Floripa-BRASIL. Rev Bras Ativ Fis Saude 13:44-56.

Heath, G.W., Parra, D.C., Sarmiento, O.L., Andersen, L.B., Owen, N., Goenka, S., Montes, F., Brownson, R.C., 2012. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. Lancet 380:272-81.

Islam, N.S., Wyatt, L.C., Patel, S.D., Shapiro, E., Tandon, S.D., Mukherji, B.R., Tanner, M., Rey, M.J., Trinh-Shevrin, C., 2013a. Evaluation of a community health worker pilot intervention to improve diabetes management in Bangladeshi immigrants with type 2 diabetes in New York City. Diabetes Educ 39:478-93.

Islam, N.S., Zanowiak, J.M., Wyatt, L.C., Chun, K., Lee, L., Kwon, S.C., Trinh-Shevrin, C., 2013b. A randomized-controlled, pilot intervention on diabetes prevention and healthy lifestyles in the New York City Korean community. J Community Health 38:1030-41.

Jennings, A., Barnes, S., Okereke, U., Welch, A., 2013. Successful weight management and health behaviour change using a health trainer model. Perspect Public Health 133:221-6.

Kahn, E.B., Ramsey, L.T., Brownson, R.C., Heath, G.W., Howze, E.H., Powell, K.E., Stone, E.J., Rajab, M.W., Corso, P., 2002. The effectiveness of interventions to increase physical activity: A systematic review. Am J Prev Med 22:73-107.

Kenya, S., Chida, N., Symes, S., Shor- Posner, G., 2011. Can community health workers improve adherence to highly active antiretroviral therapy in the USA? A review of the literature. HIV Med 12:525-34.

Krantz, M.J., Coronel, S.M., Whitley, E.M., Dale, R., Yost, J., Estacio, R.O., 2013. Effectiveness of a Community Health Worker Cardiovascular Risk Reduction Program in Public Health and Health Care Settings. Am J Public Health 103:e19-e27.

Larkey, L., 2006. Las mujeres saludables: reaching Latinas for breast, cervical and colorectal cancer prevention and screening. J Community Health 31:69-77.

Lee, I.-M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S.N., Katzmarzyk, P.T., 2012. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet 380:219-29.

Lewin, S., Munabi-Babigumira, S., Glenton, C., Daniels, K., Bosch-Capblanch, X., van Wyk, B.E., Odgaard-Jensen, J., Johansen, M., Aja, G.N., et al., 2010. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. Cochrane Database Syst Rev 3.

Little, T.V., Wang, M.L., Castro, E.M., Jiménez, J., Rosal, M.C., 2014. Community Health Worker Interventions for Latinos With Type 2 Diabetes: a Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Curr Diab Rep 14:1-16.

Mier, N., Tanguma, J., Millard, A.V., Villarreal, E.K., Alen, M., Ory, M.G., 2011. A pilot walking program for Mexican-American women living in colonias at the border. Am J Health Promot 25:172-5.

Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K.F., Montori, V., Gøtzsche, P.C., Devereaux, P.J., Elbourne, D., Egger, M., Altman, D.G., CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. J Clin Epidemiol 63:e1-e37.

Nierkens, V., Hartman, M.A., Nicolaou, M., Vissenberg, C., Beune, E.J., Hosper, K., van Valkengoed, I.G., Stronks, K., 2013. Effectiveness of cultural adaptations of interventions aimed at smoking cessation, diet, and/or physical activity in ethnic minorities. a systematic review. PloS One 8:e73373.

Orrow, G., Kinmonth, A.-L., Sanderson, S., Sutton, S., 2012. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 344.

Paintain, L.S., Willey, B., Kedenge, S., Sharkey, A., Kim, J., Buj, V., Webster, J., Schellenberg, D., Ngongo, N., 2014. Community Health Workers and Stand-Alone or Integrated Case Management of Malaria: A Systematic Literature Review. The Am J Trop Med Hyg 91:461-70..

Patel, A.R., Nowalk, M.P., 2010. Expanding immunization coverage in rural India: a review of evidence for the role of community health workers. Vaccine 28:604-13.

Pérez, L.M., Martinez, J., 2008. Community health workers: social justice and policy advocates for community health and well-being. Am J Public Health 98:11-14.

Plescia, M., Herrick, H., Chavis, L., 2008. Improving Health Behaviors in an African American Community: The Charlotte Racial and Ethnic Approaches to Community Health Project. Am J Public Health 98:1678-84.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., 1991. Stages of change in the modification of problem behaviors. Progress in behavior modification 28:183-218.

Ruggiero, L., Oros, S., Choi, Y.K., 2011. Community-Based Translation of the Diabetes Prevention Program's Lifestyle Intervention in an Underserved Latino Population. Diabetes Educator 37:564-72.

Shlay, J.C., Barber, B., Mickiewicz, T., Maravi, M., Drisko, J., Estacio, R., Gutierrez, G., Urbina, C., 2011. Reducing Cardiovascular Disease Risk Using Patient Navigators, Denver, Colorado, 2007-2009. Prev Chronic Dis 8:A143.

Spencer, M.S., Rosland, A.-M., Kieffer, E.C., Sinco, B.R., Valerio, M., Palmisano, G., Anderson, M., Guzman, J.R., Heisler, M., 2011. Effectiveness of a Community Health Worker Intervention Among African American and Latino Adults With Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. Am J Public Health 101:2253-60.

Staten, L.K., Gregory-Mercado, K.Y., Ranger-Moore, J., Will, J.C., Giuliano, A.R., Ford, E.S., Marshall, J., 2004. Provider counseling, health education, and community health workers: the Arizona WISEWOMAN project. J Womens Health (Larchmt) 13:547-56.

Staten, L.K., Scheu, L.L., Bronson, D., Pena, V., Elenes, J., 2005. Pasos Adelante: the effectiveness of a community-based chronic disease prevention program. Prev Chronic Dis 2:A18.

Thomas, B., Ciliska, D., Dobbins, M., Micucci, S., 2004. A process for systematically reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions. Worldviews Evid Based Nurs 1:176-84.

Treadwell, H., Holden, K., Hubbard, R., Harper, F., Wright, F., Ferrer, M., Blanks, S.H., Villani, G., Thomas, A., et al., 2010. Addressing obesity and diabetes among African American men: examination of a community-based model of prevention. J Natl Med Assoc 102:794-802.

Tulenko, K., Mgedal, S., Afzal, M.M., Frymus, D., Oshin, A., Pate, M., Quain, E., Pinel, A., Wynd, S., et al., 2013. Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy. Bull World Health Organ 91:847-52.

Tulenko, K., Mogedal, S., Afzal, M.M., Frymus, D., Oshin, A., Pate, M., Quain, E., Pinel, A., Wynd, S., et al., 2013. Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy. Bull World Health Organ 91:847-52.

Tulloch, H., Fortier, M., Hogg, W., 2006. Physical activity counseling in primary care: who has and who should be counseling? Patient Educ Couns. 64:6-20.

United States Department of Health and Human Services., 2007. Community health worker national workforce study. San Antonio: Regional Center for Health Workforce Studies of the University of Texas Health Science Center.

Ursua, R.A., Aguilar, D.E., Wyatt, L.C., Katigbak, C., Islam, N.S., Tandon, S.D., Nur, P.R., Van Devanter, N., Rey, M.J., et al., 2014. A community health worker intervention to improve management of hypertension among Filipino Americans in New York and New Jersey: a pilot study. Ethn Dis 24:67-76.

Vincent, D., McEwen, M.M., Hepworth, J.T., Stump, C.S., 2014. The effects of a community-based, culturally tailored diabetes prevention intervention for high-risk adults of Mexican descent. Diabetes Educ 40:202-13.

Wells, K.J., Luque, J.S., Miladinovic, B., Vargas, N., Asvat, Y., Roetzheim, R.G., Kumar, A., 2011. Do community health worker interventions improve rates of screening mammography in the United States? A systematic review. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 20(8):1580-98.

4.2 MANUSCRITO 2: Artigo submetido para avaliação na Cadernos de Saúde Pública em 15 de julho de 2014. Decisão editorial (Anexo 14) e pareceres recebidos em janeiro de 2015. Nova versão do artigo submetido em 21 de fevereiro de 2015. Artigo em análise pela revista (Anexo 15).

Artigo Original

Avaliação da efetividade da promoção da atividade física por agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares.

Evaluation of the effectiveness of physical activity promotion by community health workers on home visits.

Evaluación de la efectividad de la promoción de la actividad física por agentes comunitarios de salud en visitas domiciliares.

Promoção da atividade física por agentes comunitários de saúde.

Physical activity promotion by community health workers

Promoción de la actividad física por agentes comunitarios de salud.

Evelyn Fabiana Costa^{1,2}, Douglas Roque Andrade^{2,3}, Leandro Martin Totaro Garcia^{1,2}, Evelyn Helena Corgosinho Ribeiro^{1,2}, Taynã Ishi dos Santos^{1,2}, Alex Antonio Florindo^{2,3}.

^{1.} Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil;

^{2.} Grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas e Atividade Física e Saúde (GEPAF), São Paulo, SP, Brasil;

^{3.} Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Este estudo verificou a efetividade da promoção de atividade física (AF) realizada por agentes comunitários de saúde (ACS) em visitas domiciliares (VD). Trata-se de um ensaio controlado não randomizado com duração de seis meses, com um grupo de ACS que passou por um processo educativo para promover AF nas VD para intervir em usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e um grupo controle. Foram avaliadas a prática de AF e estágios de mudança de comportamento (EMC) em 176 adultos (n=90 do grupo intervenção e n=86 do grupo controle) atendidos pelos ACS. Foram realizadas análises de associação, razões de prevalência e equações de estimativas generalizadas para verificar diferenças entre os grupos. Não foram observadas evidências de diferenças nos níveis de AF e nos EMC entre os usuários dos dois grupos. Os ACS do grupo intervenção realizaram mais VD para promover AF aos idosos, pessoas com baixa escolaridade, que não trabalhavam e que tinham doenças crônicas. É importante que os modos de trabalho e prioridades dos ACS sejam repensados para ampliar a promoção da AF no SUS.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Visita Domiciliar; Ensaio Clínico; Atividade Motora.

Abstract

This study verified the effectiveness of a physical activity (PA) promotion action made by community health workers (CHW) in home visits (HV). It was a non-randomized controlled trial that lasted six months, with one group of CHW who received a process of training in professional education to promote PA in HV with users of the Unified Health System (UHS) and one control group. Physical activity practice and stages of behavior change (SBC) were evaluated in 176 adults (n=90 in the intervention group and n=86 in the control group) attended by the HCW. Analyses of differences association, prevalence ratio, and generalized estimating equations were done to verify differences between groups. No evidences of differences in PA and SBC levels were observed between subjects of both groups. CHW from the intervention group did more HV promoting PA to elders, those with low educational level, who did not work, and who had chronic diseases. It is important to rethink the modes of work and priorities of CHW to enlarge to PA promotion within the UHS.

Keywords: Community Health Workers; Primary Health Care; Home Visit; Clinical Trial; Motor Activity.

Resumen

Este estudio verificó la efectividad de la promoción de actividad física (AF) realizada por agentes comunitarios de salud (ACS) en visitas domiciliares (VD). Se trata de un ensayo controlado no randomizado que duró seis meses, con un grupo de ACS que se sometió a un proceso de formación en la educación profesional para promover la AF en RV los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS) y un grupo control. Fueron evaluadas la práctica de AF y las etapas de cambio de comportamiento (ECC) en 176 adultos (n=90 del grupo intervención y n=86 del grupo control) atendidos por los ACS. Análisis de asociación, razones de prevalencia y ecuaciones de estimativas generalizadas fueron realizados para verificar diferencias entre los grupos. No fueron observadas evidencias de diferencias en los niveles de AF y en las ECC entre los usuarios de los dos grupos. Los ACS del grupo intervención realizaron más VD para promover AF a personas mayores, con bajo nivel de escolaridad, que no trabajaban y que tenían enfermedades crónicas. Es importante que los modos de trabajo y prioridades de los ACS sean repensados para que ampliar en la promoción de AF en el SUS.

Palabras-clave: Agentes Comunitarios de Salud; Atención Primaria de Salud; Visita Domiciliar; Ensayo Clínico; Actividad Motora.

Introdução

A visita domiciliar (VD), prática antiga no campo da saúde, é uma oportunidade diferente para o cuidado num espaço extraunidade, caracterizada por ser uma tecnologia leve¹ dando vistas às condições culturais e socioeconômicas de cada família, indivíduo ou coletividade, que podem interferir no processo saúde-doença. Ceccim e Machado descrevem a VD como promotora da ampliação de informações e conhecimento (autocuidado, recursos sociais, ações políticas)², voltadas para o atendimento assistencial (diagnóstico e tratamento) ou educativo³. A valorização da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil como proposta de reorientação do modelo assistencial de Atenção Básica, possui o domicílio como um dos elementos chaves do espaço de atuação⁴. A VD é um dos instrumentos mais relevantes do trabalho dos profissionais da ESF, pois possibilita conhecer os problemas, fragilidades e necessidades de saúde dos usuários em seu domicílio, além de permitir que o profissional interaja com o meio em que os indivíduos vivem e de observar, conhecer e se aproximar da sua realidade.

De acordo com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, uma das cinco competências atribuídas aos agentes comunitários de saúde (ACS) é o desenvolvimento de ações em promoção da saúde por meio de atividades educativas⁵. Alguns estudos demonstraram que a VD realizada por ACS é um instrumento efetivo para a execução de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, principalmente quando associadas a um processo de educação permanente, contribuindo para a melhora de indicadores de saúde da criança, controle de pré-natal e imunizações, vigilância em saúde, uso adequado de medicamentos e controle da dengue⁶⁻⁹.

No que diz respeito aos processos educativos, mundialmente, cursos têm sido desenvolvidos com ACS para que eles promovam atividade física (AF) e alimentação saudável para a população utilizando estratégias como organização de grupos de prática de AF, encontros de educação em saúde e VD¹⁰⁻¹³. Nos Estados Unidos, o aumento na prática de AF foi encontrado como resultado de estudos de intervenções promovidas por ACS por meio das visitas às populações carentes^{14,15}.

Frente às demandas individuais e comunitárias, a promoção da AF realizada pelos ACS por meio das VD ainda é pouco utilizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Brasil. O único estudo encontrado na literatura que investigou o ACS como profissional promotor de AF foi o de Gomes e Duarte¹⁶. Esses autores desenvolveram e avaliaram uma intervenção de aconselhamento de AF aos usuários da ESF de Florianópolis e

obtiveram resultados significativos para a promoção da AF. Na ocasião, os adultos receberam VD do ACS acompanhado de um profissional de Educação Física.

A mudança do nível de AF populacional é complexa e não vem ocorrendo no Brasil, principalmente nas atividades praticadas no tempo de lazer¹⁷, na qual 60% dos adultos brasileiros são inativos¹⁸. O Ministério da Saúde, por meio do SUS, tem investido em ações de promoção da AF¹⁹ e o cenário atual é promissor na opinião de médicos e enfermeiros que atuam na Atenção Básica que consideram importante promover AF nas UBS²⁰. No entanto, os ACS ainda são pouco envolvidos como atores importantes na promoção da AF no Brasil, apesar de seu potencial por possuírem características de atuação singulares e manterem contato frequente com as pessoas da comunidade, dada que a maior parte das suas ações são realizadas extraunidade.

Dessa forma, foi realizado um processo formação em educação profissional para que os ACS se tornassem promotores de AF nas VD²¹. Neste sentido e a partir desse curso, o objetivo desse estudo foi verificar a efetividade de uma intervenção para a promoção da AF por meio das VD promovidas por ACS aos usuários do SUS atendidos pela ESF.

Métodos

Trata-se de um ensaio controlado não randomizado que fez parte de uma pesquisa maior denominada "Estudo de intervenções para a promoção da AF no SUS pela ESF", realizada entre os anos de 2011 e 2012, no distrito de Ermelino Matarazzo, extremo leste do município de São Paulo²². Todos os resultados estão sendo sintetizados e utilizados como um conjunto de ações de promoção da AF aplicadas na região e que foram denominadas de "Ambiente Ativo".

Contexto da intervenção

Foram escolhidas duas UBS, uma para intervenção e outra para o controle. A escolha intencional ocorreu porque as UBS faziam parte do contexto de outras intervenções da pesquisa maior. Entretanto, a similaridade entre as áreas de cobertura (tamanho e perfil da população adstrita) foi considerada para a escolha.

Em julho de 2011, a UBS intervenção era composta por seis equipes de ESF e 6.007 famílias estavam cadastradas (20.960 pessoas), enquanto a UBS controle era

composta por sete equipes com 6.935 famílias cadastradas (24.366 pessoas). Ambas as UBS atuavam com equipes compostas por cinco ACS (todas mulheres).

A intervenção constou de um processo de formação em educação profissional para a promoção de AF no lazer e como forma de deslocamento por meio das VD ministrado para as ACS da UBS intervenção. O curso foi realizado durante a jornada de trabalho, com início no final de abril de 2011 e teve duração de 12 horas, em quatro encontros semanais de três horas; utilizou-se como referenciais teóricos o modelo ecológico para a promoção da AF no nível da comunidade²³, o modelo transteórico para mudança de comportamento aplicado à AF²⁴ e a Política Nacional de Educação Permanente²⁵. O processo ensino-aprendizagem foi orientado por uma perspectiva construcionista social, a qual compreende e incorpora o conhecimento a partir da elaboração em conjunto pelo diálogo e trocas de saberes entre as pessoas que compõem o grupo²⁶.

Em média, 29 ACS participaram de cada um dos encontros e a taxa de frequência para os quatro encontros foi igual ou superior a 93%²¹. Durante o curso as ACS foram orientadas a realizarem as VD considerando a sua rotina de trabalho, ou seja, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, que recomenda que haja no mínimo uma visita mensal a cada domicílio da área de atuação do ACS, podendo haver variações em função do estado de saúde dos seus habitantes²⁷.

As ACS do grupo controle somente responderam aos questionários de avaliação quantitativa de conhecimentos sobre AF e mantiveram sua rotina de trabalho.

Amostragem dos usuários

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o estudo de Gomes e Duarte 16 . Eles encontraram um aumento de 25% de indivíduos classificados no estágio de manutenção no grupo experimental enquanto que no grupo controle houve um decréscimo (10%) na avaliação pós-intervenção. Adotando-se erros $\alpha = 5\%$ e $\beta = 20\%$, o tamanho da amostra foi calculado em 58 pessoas por grupo. Para proteger-se dos efeitos da não resposta, possíveis perdas e recusas, somou-se 50% ao cálculo amostral. Sendo assim, o tamanho da amostra foi calculado em 87 pessoas por grupo, totalizando 174 pessoas. O número inicial de 33 domicílios a serem sorteados para cada UBS foi pensado levando em conta que cada família teria entre dois e três adultos por casa.

A seleção dos participantes foi realizada por sorteio considerando a quantidade de equipes e de famílias cadastradas em cada UBS, nas seguintes etapas: 1) ordenação dentro

de cada equipe de todas as famílias cadastradas de forma crescente e numérica de acordo com o seu número de cadastro na UBS; 2) sorteio de 33 famílias em cada UBS. Nesta etapa, se a casa da família sorteada estivesse vaga ou se a família não existisse, era escolhida para substituí-la a família com numeração no cadastro imediatamente superior na UBS; 3) definição das casas vizinhas do domicílio da família sorteada para aumentar a quantidade de famílias da abordagem inicial prevendo-se recusas e domicílios fechados e também porque estudos epidemiológicos anteriores na região mostraram que o apoio social de amigos e vizinhos foi associado com a prática de AF²⁸.

No total, foram abordadas 126 famílias em ambas UBS, representando por volta de 1% das famílias atendidas nos territórios adstritos.

Foram incluídos todos os moradores fixos das famílias com 18 anos ou mais de idade. Os critérios de exclusão foram: a) ter algum problema que impedisse a pessoa de realizar AF como forma de deslocamento (caminhada ou bicicleta), ou alguma AF no tempo de lazer na semana anterior à abordagem (por exemplo, fraturas de membros inferiores, acidente vascular cerebral ou alguma outra doença incapacitante); b) ter algum déficit cognitivo ou doença que impedisse a pessoa de responder sozinha ao questionário; c) mulheres grávidas; e d) pessoas com intenção de mudança de endereço durante o período de intervenção (seis meses); e) famílias que já participavam de outra intervenção da pesquisa maior foram excluídas do processo de amostragem.

Descrição da coleta e das variáveis

Os dados foram coletados por seis entrevistadores que foram treinados durante seis horas na semana anterior ao início do trabalho de campo. Eles não participaram da intervenção (processo educativo), nem das VD para promoção da AF.

A coleta da linha de base dos usuários iniciou-se em março de 2011, um mês antes do processo educativo realizado com as ACS do grupo intervenção, e se estendeu até o início de junho do mesmo ano. Já a avaliação pós-intervenção ocorreu entre os meses de outubro a dezembro (após quatro meses do término do curso). Este intervalo foi proposital a fim de aguardar que as ACS tivessem a oportunidade de realizar as VD para a promoção da AF.

Para a avaliação do nível de AF foi usada a versão longa do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), módulos de lazer e deslocamento. As questões foram referentes ao tipo de AF realizada na última semana, à frequência semanal e ao tempo

diário em atividades de caminhada, de intensidade moderada e vigorosa no lazer e para a caminhada ou uso de bicicleta como forma de deslocamento. Para as atividades de intensidade vigorosa a duração foi multiplicada por dois²⁹. A AF no tempo de lazer foi categorizada como faz (≥ 10 minutos por semana) ou não faz (< 10 minutos por semana). A AF total (soma das AF no e lazer e como forma de deslocamento) foi analisada de duas formas: 1) total em minutos por semana; 2) atingem ou não atingem a recomendação, pelo menos 150 minutos por semana de AF. Esse questionário já foi validado em amostra de adultos residentes em Ermelino Matarazzo³⁰.

Para compor a avaliação dos EMC para a prática de AF no lazer, foram acrescentadas duas questões ao final do bloco de AF referentes aos estágios de précontemplação (indivíduos que eram inativos no lazer e que não pretendiam se tornar ativos nos seis meses seguintes), contemplação (indivíduos inativos no lazer, mas que pretendiam se tornar ativos nos seis meses seguintes) e preparação (indivíduos inativos no lazer, mas que pretendiam se tornar ativos nos 30 dias seguintes). Os estágios de ação e manutenção foram avaliados com base nas questões do IPAQ de acordo com o bloco de AF no lazer (ação: indivíduos que realizavam pelo menos 150 minutos por semana de AF no lazer há menos de seis meses; e manutenção: indivíduos que praticavam pelo menos 150 minutos de AF no lazer há mais de seis meses)²⁴.

No questionário da avaliação pós-intervenção foi incluído um bloco de questões referente ao histórico de VD que era composto por cinco perguntas.

Foram utilizadas informações coletadas dos usuários acerca das características sociais, demográficas e de saúde como: sexo, idade em anos, situação conjugal, escolaridade em anos completos de estudo, trabalho, percepção de saúde e de qualidade de vida, relato de diagnóstico prévio realizado por médico de hipertensão arterial ou diabetes.

Análise dos dados

As variáveis foram descritas por meio de frequências, médias e desvios-padrão (dp). As análises das variáveis de AF e EMC foram realizadas de acordo com o princípio de intenção de tratar, no qual as respostas obtidas na linha de base foram repetidas na avaliação pós-intervenção para àqueles que não foram reavaliados.

Para comparar as características sociodemográficas e as VD entre os grupos, utilizou o teste exato de Fisher e testes qui-quadrado com correção de Yates ou de tendência linear.

Em seguida, analisou-se por meio de regressão de Poisson a associação do relato dos usuários do recebimento da VD das ACS para a promoção da AF com as seguintes variáveis: a) sexo; b) idade; c) escolaridade; d) *status* de trabalho; e e) relato de hipertensão arterial ou diabetes. Os resultados foram apresentados em razões de prevalências (RP) e intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Por fim, analisou-se o efeito da intervenção sobre os EMC e dos níveis de AF no lazer e total (lazer e deslocamento) dos usuários por meio de equações de estimativas generalizadas. Para as variáveis de AF dicotômicas (faz ou não faz no lazer e atinge ou não atinge pelo menos 150 minutos por semana), utilizou-se função de distribuição binomial e função de ligação logit. Para os minutos semanais de AF, utilizou-se função de distribuição gaussiana inversa e função de ligação identidade. Neste caso, foi atribuído 1 minuto por semana a todos os valores que estavam com menos de 10 minutos por semana (pessoas consideradas como inativas fisicamente e que estavam com valores=0) para se evitar valores nulos. Para os EMC, utilizou-se função de distribuição multinomial e função de ligação logit cumulativo. Em todos os casos, uma matriz de correlação não estruturada e o estimador Huber-White para a matriz de covariância foram empregados. Os modelos incluíram os efeitos principais de grupo (intervenção ou controle) e de momento de avaliação (tempo) e o efeito da interação entre ambos (tempo x grupo), além de ajuste para idade. Para as comparações múltiplas *Post Hoc*, foi utilizado o teste de Bonferroni.

Todos os dados foram analisados nost programas Stata, versão 12, e IBM SPSS Statistics, versão 22.0, adotando-se um valor-p < 0,05 para considerar as diferenças como significativas.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (protocolo CAEE 0072.0.162.000-10) e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (protocolo CAAE 03102212.0.0000.5421) e está registrado na base do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos e na base internacional *ClinicalTrials.gov* (identificador NCT01857648).

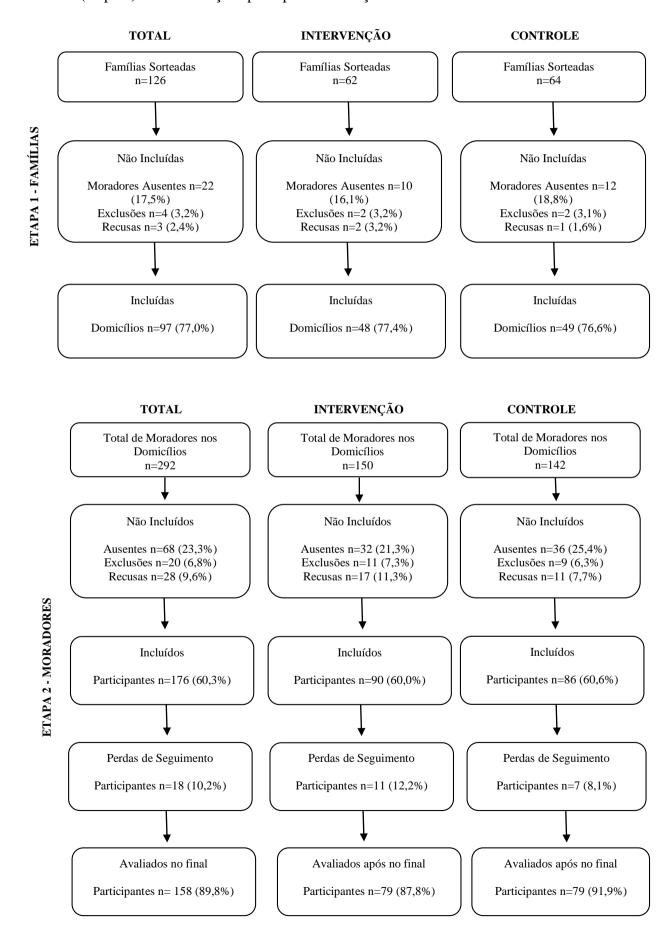
Todos os sujeitos foram esclarecidos acerca dos objetivos e procedimentos do estudo e aqueles que desejaram tomar parte assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. A intervenção apresentou riscos mínimos aos participantes e permitiu a saída do indivíduo a qualquer momento, sem prejuízo de seus cuidados.

As ACS do grupo controle receberam o mesmo processo educativo após o período da avaliação final da pesquisa. Isto foi feito de forma a garantir o mesmo tratamento para os usuários do SUS atendidos pelas ACS nas áreas do grupo controle.

Resultados

As informações referentes ao processo de seleção da amostra por domicílios/famílias e por moradores estão apresentadas na Figura 1. Visitaram-se 126 domicílios/famílias, dos quais 292 adultos cadastrados pelas equipes da ESF foram abordados. A taxa de resposta da segunda avaliação foi de 89,8% e não foram encontradas diferenças quanto ao sexo (p = 0.934), idade (p = 0.064) e escolaridade (p = 0.356) entre os sujeitos que não participaram da avaliação pós-intervenção (perdas de seguimento) quando comparado aos que participaram.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção da amostra das famílias (etapa 1), dos moradores (etapa 2) e das avaliações pré e pós-intervenção.



A Tabela 1 apresenta a descrição da amostra total e estratificada por grupo. Com exceção da idade, as demais variáveis não apresentaram diferença significativa entre os grupos.

Tabela 1. Características sociais, demográficas e de saúde dos usuários das unidades de saúde

intervenção e controle. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011

intervenção e controle. Ermelino Matarazzo,		otal	Intervenção		Controle		
Variáveis	n	%	n	%	n	%	p*
Sexo							
Homem	73	41,5	37	41,1	36	41,9	1,000
Mulher	103	58,5	53	58,9	50	58,1	
Idade (anos)							
18 a 39	80	45,5	36	40,0	44	51,2	0,040
40 a 59	67	38,1	34	37,8	33	38,4	
60 anos ou mais	29	16,4	20	22,2	9	10,4	
Estado marital							
Casado ou com companheiro	98	55,7	53	58,9	45	52,3	0,469
Sem companheiro	78	44,3	37	41,1	41	47,7	
Escolaridade (anos completos)							
0 a 8	89	50,6	40	44,4	49	57,0	0,131
9 anos ou mais	87	49,4	50	55,6	37	43,0	
Trabalho							
Sim	111	63,1	52	57,8	59	68,6	0,183
Não	65	36,9	38	42,2	27	31,4	
Relato de diabetes ou hipertensão arterial		,		•		*	
Sim	50	28,4	27	30,0	23	26,7	0,755
Não	126	71,6	63	70,0	63	73,3	,
Tabagismo		, , ,		, .		,-	
Sim	26	14,8	11	12,2	15	17,4	0,445
Não	150	85,2	79	87,8	71	82,6	- , -
Qualidade de vida		,-		,-		,-	
Ótima ou boa	105	59,7	53	58,9	52	60,5	0,953
Regular, ruim ou muito ruim	71	40,3	37	41,1	34	39,5	2,700
Percepção de saúde	, -	, .	υ,	, .		22,3	
Ótima ou boa	114	64,8	57	63,3	57	66,3	0,802
Regular, ruim ou muito ruim	62	35,2	33	36,7	29	33,7	5,002

^{*:} valor-p do teste qui-quadrado com correção de Yates ou de tendência linear.

Acerca do recebimento das VD realizadas pelas ACS, somente a quantidade de visitas recebidas nos últimos seis meses apresentou diferença entre os grupos, sendo que os adultos cadastrados nas áreas de atuação das ACS do grupo intervenção receberam mais visitas do que os usuários das áreas do grupo controle. Na observação da amostra total, a maior parte referiu ter recebido visita das ACS nos últimos seis meses. No entanto, 44,3% dos usuários que entraram no grupo intervenção não receberam visitas. Somente 27% dos indivíduos participantes que referiram ter recebido a VD da ACS nos últimos seis meses responderam que a ACS conversou acerca da prática de AF. Das pessoas que

receberam essa orientação, 96,3% gostaram das informações, sendo que 74,1% sentiramse estimuladas a praticar ou a se inserir num programa de AF (Tabela 2).

Tabela 2: Descrição das visitas domiciliares realizadas pelas ACS por unidade de saúde. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011.

Variáveis _		Total Interv		enção Co		ntrole	
		%	n	%	n	%	p*
Você recebeu VD da ACS nos últimos seis meses							
Sim	100	63,3	44	55,7	56	70,9	0,069
Não	58	36,7	35	44,3	23	29,1	
Quantas VD você recebeu nesse período [±]							
Menos de seis	58	58,0	13	29,5	45	80,4	< 0,001
Seis ou mais	42	42,0	31	70,5	11	19,6	
A ACS conversou com você sobre atividade física ou esporte em alguma VD nesse período [±]							
Sim	27	27,0	14	31,8	13	23,2	0,462
Não	73	73,0	30	68,2	43	76,8	
Você gostou de receber informações acerca de atividade física oferecidas pela							
Sim	26	96,3	14	100,0	12	92,3	0,480
Não	1	3,7	-	-	1	7,7	
A orientação estimulou você a praticar atividade física§							
Sim	20	74,1	11	78,6	9	69,2	0,680
Não	7	25,9	3	21,4	4	30,8	
Anteriormente aos últimos seis meses, você recebeu VD com informações ou convites para grupos							
Sim	17	10,8	11	13,9	6	7,6	0,304
Não	141	89,2	68	86,1	73	92,4	

ACS: agentes comunitárias de saúde; VD: visita domiciliar; *: valor-p do teste qui-quadrado com correção de Yates ou exato de Fisher.

Na Tabela 3 são apresentadas as relações das características sociais e demográficas dos usuários com o relato de recebimento de visitas de promoção da AF realizada pelas ACS nas VD. Foi possível observar que as ACS do grupo intervenção falaram mais de AF aos idosos (RP = 3,18; IC95%: 1,36-7,42), às pessoas com menor escolaridade (RP = 2,74; IC95%: 1,66-7,51), aos que não trabalhavam (RP = 3,61;

[±] n total = 100 (referente aos adultos que responderam ter recebido a VD da ACS nos últimos seis meses.

[§] n total = 27 (referente aos adultos que confirmaram ter recebido a VD da ACS para a promoção da atividade física.

IC95%: 1,32-9,85) e aos que relataram possuir diagnóstico médico de diabetes ou hipertensão (RP = 2,86; IC95%: 1,21-6,73).

Tabela 3. Recebimento das visitas domiciliares realizadas pelas ACS, por unidade de saúde, para promover a prática de atividades físicas segundo sexo, idade, escolaridade, trabalho e presença de doenças crônicas. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011.

	ACS conversou sobre atividade física nos últimos seis meses nas visitas domiciliares										
Variáveis	ariáveis Intervenção				Controle						
•	n (%)	RP (IC95%)	p§	n (%)	RP (IC95%)	p§	p *				
Sexo											
Homem	5 (29,4)	1	0,790	3 (15,8)	1	0,370	0,434				
Mulher	9 (33,3)	1,13 (0,45 – 2,84)		10 (27,0)	1,71 (0,53 – 5,55)		0,782				
Idade (anos)											
18 a 59	6 (19,4)	1	0,007	8 (16,7)	1	0,002	0,771				
60 ou mais	8 (61,5)	3,18 (1,36 – 7,42)		5 (62,5)	3,75 (1,62 – 8,66)		0,965				
Escolaridade											
(anos)											
9 ou mais		1				0,085	0,363				
0 a 8	10 (47,6)	2,74 (1,66 – 7,51)		12 (31,6)	5,68 (0,79 – 41,13)		0,268				
Trabalha											
Sim	4 (15,4)	1	0.012	8 (20,5)	1	0,467	0,749				
Não		3,61 (1,32 – 9,85)			1,43 (0,54 – 3,78)	,	0,176				
Diabetes e/ou											
hipertensão arterial											
Nenhuma	6 (20,0)	1	0,016	6 (18,2)	1	0,293	0,854				
Ao menos uma		2,86(1,21-6,73)	,		1,67 (0,64 - 4,37)		0,169				

ACS: Agentes Comunitárias de Saúde; RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; §: valorp da RP; *: valor-p do teste qui-quadrado com correção de Yates ou teste exato de Fisher, referente à associação entre o desfecho e os grupos, para cada nível das variáveis sexo, idade, escolaridade, status de trabalho e diabetes ou hipertensão arterial.

Os dados de AF e EMC estão apresentados na Tabela 4. Observando os dados para a amostra total, menos de 26% relataram fazer alguma AF no lazer tanto na linha de base quanto na avaliação pós-intervenção. Entretanto, na avaliação da AF total, em torno de 40% da amostra atingiu a recomendação da prática de AF para a saúde nas duas avaliações. A maioria das pessoas encontrava-se no estágio pré-contemplativo para a prática de AF no lazer. Ao comparar os usuários do SUS dos grupos controle e intervenção antes e após o processo educativo realizado com as ACS da área de intervenção, observou-se que não houve diferenças significativas tanto intragrupos como intergrupos para as variáveis de AF no lazer, AF total (lazer e deslocamento) e EMC.

Tabela 4: Comparação pré e pós-intervenção dos estágios de mudança de comportamento e da atividade física. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011.

Efficilio Matarazzo, Sao Faulo, SF, 2011.							
	Pı	·é	Po	ós	Valor-p		
Variáveis	Intervenção	Controle	Intervenção	Controle			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Tempo	Tempo x grupo	
EMC							
Pré-contemplação	36 (40,0)	38 (44,2)	42 (46,7)	40 (46,5)	0,481	0,733	
Contemplação	16 (17,8)	13 (15,1)	15 (16,7)	10 (11,6)			
Preparação	23 (25,6)	22 (25,6)	24 (26,7)	20 (23,3)			
Ação	4 (4,4)	5 (5,8)	2 (2,2)	8 (9,3)			
Manutenção	11 (12,2)	8 (9,3)	7 (7,8)	8 (9,3)			
Atividade Física							
AF no lazer							
Não faz (< 10 min/sem)	67 (74,4)	64 (74,4)	71 (78,9)	61 (70,9)	0,837	0,206	
Faz $(\geq 10 \text{ min/sem})$ <i>AF Total</i>	23 (25,6)	22 (25,6)	19 (21,1)	25 (29,1)			
Não atinge recomendação (< 150 min/sem)	47 (52,2)	48 (55,8)	48 (53,3)	49 (57,0)	0,769	0,988	
Atinge recomendação (≥ 150 min/sem)	43 (47,8)	38 (44,2)	42 (46,7)	37 (43,0)			
	média (dp)	média (dp)	média (dp)	média (dp)			
AF Total (min/sem)	248,4 (335,6)	187,0 (188,7)	253,4 (372,7)	189,9 (198,1)	0,695	0,886	

EMC: Estágios de Mudança de Comportamento; AF: atividade física. Análises ajustadas por idade.

Discussão

Não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de AF e nos EMC para a prática de AF no lazer e total entre os grupos de usuários atendidos pelas ACS que foram submetidas ao processo de formação em educação profissional em comparação com o grupo controle. Observou-se que o grupo de ACS que recebeu o curso promoveu mais AF nas VD para a população idosa, pessoas com menor nível de escolaridade, que não trabalhavam e que possuíam o diagnóstico realizado pelo médico de hipertensão arterial ou diabetes.

No Brasil, Gomes e Duarte (2008) obtiveram resultados significativos quanto as mudanças nos EMC para a AF (aumento de 25% dos adultos no estágio de manutenção) e aumento do escore de AF habitual de exercícios físicos 16. No entanto, os profissionais de Educação Física foram os responsáveis pelas VD e pelas palestras educativas nas UBS ou em Centros Comunitários dos bairros, caracterizando uma combinação de estratégias realizada pelo especialista. Ademais, os autores utilizaram amostra intencional dos participantes, realizada pelas próprias ACS e os dados na avaliação pré-intervenção foram coletados por elas, o que pode ter prejudicado as avaliações. Diferentemente, no presente estudo o processo educativo foi protagonizado pelos pesquisadores, porém as ACS não foram acompanhadas nas VD, proporcionando mais autonomia à elas. O processo de amostragem dos usuários analisados neste estudo foi aleatorizado e a coleta dos dados foi realizada por entrevistadores previamente treinados que não participaram do processo educativo. Além disso, as ACS não foram informadas sobre quais famílias foram sorteadas, o que pode ter representando melhor a realidade do trabalho dessas profissionais para verificar possíveis efeitos da intervenção.

Corroborando os resultados observados no presente estudo, Duggan et al. (2014) não encontraram diferenças significativas para a mudança no nível de AF no lazer em adultos latinos residentes na cidade de Yakima (Washington – Estados Unidos) submetidos a cinco VD temáticas semanalmente, com duração de uma hora, realizadas por ACS após um treinamento de 100 horas³¹. Por outro lado, resultados de estudo realizado com adultos indianos moradores da cidade de Nova Iorque, os quais receberam seis sessões mensais de VD para a promoção de AF de promotores de saúde, demonstrou que após o período de intervenção, a proporção de participantes que referiram praticar AF na semana passou de 52% para 89% ¹⁵.

É importante ressaltar que os ACS têm sido amplamente utilizados em intervenções de prevenção de doenças crônicas ou cuidados em saúde para populações carentes que residem nos Estados Unidos, sendo considerado um profissional potencialmente eficaz para melhorar o acesso aos cuidados de saúde³². Em algumas intervenções, a promoção da AF por meio das VD tem sido utilizada, mas, geralmente, os estudos utilizam encontros de educação em saúde no formato de palestras visando a promoção da AF e alimentação saudável e, em alguns casos, grupos de caminhada ou ginástica são oferecidos em espaços das comunidades como escolas, centros de saúde ou parques. Estas estratégias são oferecidas isoladamente ou combinadas^{33,34}. Vale ressaltar que o sistema de saúde norte-americano e, obviamente, muitas das funções e atribuições dos ACS são diferentes em comparação com os ACS do Brasil.

As dificuldades encontradas pelas ACS para promover AF nas VD podem ser caracterizadas por limitações institucionais, como a sobrecarga de trabalho, a falta de reconhecimento e valorização, a dificuldade do trabalho em equipe e o desconhecimento das funções³⁵ e isso pode ser uma das explicações do porquê não se conseguiu modificar o nível de AF dos usuários que receberam as VD das ACS que participaram do curso. Além disso, existem múltiplos fatores associados ou determinantes da prática de AF. Dessa forma, deve-se considerar para além das questões relacionadas ao processo de trabalho dos ACS, fatores individuais, interpessoais e ambientais que interferem a mudança de comportamento para a prática de AF³⁶.

Não é fácil realizar a VD com total efetividade, uma vez que parte do tempo dos ACS é dedicada às atividades administrativas que descaracterizam sua função e, muitas vezes, o horário de trabalho não está adequado à realidade local³⁷. Talvez, pela falta de uma clara delimitação das atribuições dos ACS, qualquer ação a ser desenvolvida no território seja atribuída a ele³⁸, fazendo com que esses profissionais desenvolvam ações que nem sempre não são de suas competências³⁹.

Outra questão importante é o fato de que os ACS enfrentam problemas de cunho social ao adentrarem nos domicílios, o que pode levá-los a acreditar que falar da relação entre AF e saúde não seja pertinente e nem prioridade para o momento. Relações de gênero, violência doméstica, conflitos familiares, pessoas doentes, desemprego, abordagens com os adolescentes, número elevado de pessoas a serem acompanhadas e frustrações pelo fato de perceberem que seu trabalho não tem a efetividade que gostariam são situações cujos ACS relatam ter dificuldades para lidar^{40,41}.

Ainda que o próprio ACS identifique a VD como a atividade mais importante do seu trabalho e mais efetiva para realizar as orientações de educação e promoção da saúde⁴², observou-se que as ações desses profissionais continuam reproduzindo o modelo de cuidado biomédico em detrimento à promoção da saúde ao priorizarem o tema AF na VD para os adultos portadores de hipertensão ou diabetes. Ainda é forte a concepção biomédica do trabalho em saúde, privilegiando-se o tratamento e a cura, onde grande parte dos trabalhadores, incluindo os ACS, não valoriza o potencial das ações de promoção da saúde⁴³. Para além das dificuldades encontradas pelos ACS, os demais profissionais das equipes de saúde da família, especialmente na Atenção Básica, também encontram dificuldades para desenvolver ações de promoção em comunidades com características tão singulares. Há um tensionamento entre o que a população apresenta como demanda e o que os serviços oferecem. Muitas vezes, os profissionais têm por atribuição a identificação de necessidades que enfatizem os indicadores de doenças e não de promoção. Logo, os ACS tenderão a identificar e agir com os problemas de saúde apontados pela equipe e pelos programas oficiais como prioritários⁴⁴.

Apesar disso, acredita-se que a formação dos ACS para a promoção da AF e os cursos de educação permanente ou de capacitação são promissores 10-13,45. Nessa perspectiva, o processo de formação em educação profissional realizado com as ACS do distrito de Ermelino Matarazzo, apesar de não ter sido efetivo para aumentar o nível de AF e melhorar os EMC da população atendida, proporcionou melhora no conhecimento das ACS acerca das recomendações de AF para a saúde , além da (re)significação acerca da prática de AF na vida pessoal e profissional, valorizando-se a possibilidade do autocuidado, transformando um conhecimento anterior mais funcionalista para uma visão mais integrada, ampla e prazerosa da prática de AF, bem como a importância do conhecimento adquirido influenciando a maneira como elas promoviam a AF para os usuários do SUS²¹.

Algumas limitações para este estudo devem ser ressaltadas. Ao considerar o formato tradicional de ensaios clínicos, a escolha intencional e não randomizada das UBS pode ser colocada como uma das limitações metodológicas⁴⁶. Entretanto, essa escolha foi importante pelas condições favoráveis encontradas pela UBS em que foi desenvolvida a intervenção, o que facilitou o processo, fato que é muito importante em intervenções como esta que são testadas no cenário real dos serviços de saúde. Neste sentido, alguns autores argumentam que os ensaios clínicos randomizados podem gerar muitos problemas

quando tentam ser reproduzidos na prática dos serviços⁴⁷. Já quanto ao processo de seleção amostral, apesar de termos excluído as famílias que já faziam parte de outras intervenções da pesquisa maior, não foi possível garantir que realmente não tenha havido nenhuma contaminação ou influência devido à proximidade da vizinhança, parentescos ou pelo fato das ACS residirem no mesmo território. Outra limitação é que não foi controlada a quantidade de visitas realizadas pelas ACS. O único dado para esse registro foi o relato do morador, nesse sentido, é preciso considerar o viés de memória dos entrevistados. Além disso, 44,3% dos adultos que compunham a amostra do grupo intervenção referiram não ter recebido nenhuma VD da ACS nos últimos seis meses, logo, esse fator desse ser considerado como uma possível limitação para o sucesso da intervenção. Outra limitação a ser considerada é a avaliação da AF por meio de questionários. Não foi aplicado nenhum método de avaliação direta da AF como o uso de acelerômetros, os quais fornecem avaliações mais precisas da prática de AF e são importantes para avaliar resultados de estudos de intervenção, podendo evitar possíveis vieses de respostas⁴⁸. Por outro lado, a prevalência de AF encontrada nos adultos que participaram deste estudo é muito similar a inquérito epidemiológico realizado com adultos daquela mesma região⁴⁹ e os questionários utilizados foram validados em amostra de pessoas adultas da mesma região onde foi feita a pesquisa³⁰.

A relevância do presente artigo se evidencia pela forma como a atuação profissional dos ACS vem sendo instituída: são trabalhadores na "linha de frente" das ações de saúde visando à transformação das condições e modos do viver, promovendo a relação e a aproximação da comunidade aos serviços de saúde e lidando com questões relativas à cidadania, à política, às relações sociais e à organização dos grupos^{38,50}. Dessa forma, é possível compreender que o trabalho dos ACS é complexo e que transcende o campo da saúde.

Considerando a VD como principal instrumento de trabalho do ACS no Brasil, a promoção da AF realizada por esses profissionais nos espaços extraunidade possui como vantagens a disponibilidade de mais tempo para o aconselhamento do que quando realizada nas UBS, permitindo regras de condutas mais flexíveis e descontraídas e favorecendo uma abertura maior por parte dos usuários, além do ambiente domiciliar favorecer o vínculo e um melhor relacionamento com o profissional de saúde, tornando o atendimento mais humanizado.

Conclusão

Não foram encontradas evidências de efetividade de mudanças no nível de AF e nos EMC em usuários do SUS/ESF que receberam VD das ACS que passaram por um processo de formação em educação profissional para promoção da AF. É possível que a extrapolação para a população dos saberes adquiridos pelas ACS no processo educativo²¹ não ocorreu devido as questões de processos de trabalho, limitações institucionais e demandas de outras ordens trazidas pela população, além das relações multifatoriais que permeiam a prática de AF. Entretanto, sugere-se que a promoção da AF por meio das VD seja discutida de forma mais ampla, como por exemplo, pelo Ministério da Saúde e por estados e municípios e também que seja avaliada em diferentes contextos e realidades, dado que as VD se apresentam como mais uma possibilidade importante para o cuidado em saúde.

Fonte de financiamento: FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), processo número 2009/14119-4.

Colaboração dos autores

E.F. Costa participou da elaboração dos instrumentos utilizados no estudo, coordenou o trabalho de campo, contribuiu na escrita, análise de dados, interpretação, elaboração de tabelas e redação final do artigo. D.R. Andrade participou da elaboração dos instrumentos utilizados no estudo, contribuiu com o trabalho de campo e colaborou na revisão do manuscrito. L.M.T. Garcia colaborou com as análises dos dados, interpretação e elaboração de tabelas e revisão do artigo. E.H.C. Ribeiro colaborou com a análise dos dados e revisão do artigo. T.I. Santos colaborou com o trabalho de campo e contribuiu com a revisão final do manuscrito. A.A. Florindo elaborou o projeto, revisou e colaborou com o trabalho desde a concepção até a redação final.

Agradecimentos

À FAPESP pelo apoio financeiro, aos profissionais de saúde das UBS e a supervisão de saúde de Ermelino Matarazzo pela colaboração.

Referências Bibliográficas

- 1. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface-comunicação*, saúde, educação. 2000;4:109-116.
- 2. Ceccim R, Machado N. *Contato Domiciliar em Saúde Coletiva*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.s/d.
- 3. Mattos T. Visita Domiciliar. *In: Enfermagem Comunitária*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.1995:35-39.
- 4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica: Brasília; 2012.
- 5. Brasil. Ministério da Saúde. *Perfil de Competências do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília, 2004.
- 6. Vidal SA, Silva EV, Oliveira MG, et al. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por Agentes Comunitários de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2003;3:205-213.
- 7. Fabri CA, Waidman MAP. Visita domiciliar: a atividade do agente comunitário de saúde no programa saúde da família. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. 2006:4.
- 8. Azeredo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007:12:743-753.
- 9. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Ulmi EF, Dall'Agnol MM, Neumann NA. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência prénatal no extremo Sul do Brasil Effects of different home visit strategies on prenatal care in Southern Brazil. *Cad. saúde publica.* 2008;24:2614-2622.
- 10. Cueva M, Hicks T, Kuhnley R, Cueva K. A Wellness Course for Community Health Workers in Alaska: "wellness lives in the heart of the community". *International journal of circumpolar health.* 2012;71.
- 11. Balcázar H, Wise S, Rosenthal EL, et al. An ecological model using promotores de salud to prevent cardiovascular disease on the US-Mexico border: The HEART Project. *Preventing chronic disease*. 2012;9.
- 12. Sranacharoenpong K, Hanning RM. Diabetes prevention education program for community health care workers in Thailand. *Journal of community health*. 2012;37:610-618.
- 13. Cené CW, Haymore LB, Ellis D, et al. Implementation of the Power to Prevent Diabetes Prevention Educational Curriculum Into Rural African American Communities A Feasibility Study. *The Diabetes Educator*. 2013;39:776-785.
- 14. Teufel-Shone NI, Drummond R, Rawiel U. COMMUNITY CASE STUDY Developing and Adapting a Family-based Diabetes Program at the US-Mexico Border. *Preventing chronic disease*. 2005:04_0083.
- 15. Islam NS, Wyatt LC, Patel SD, et al. Evaluation of a community health worker pilot intervention to improve diabetes management in Bangladeshi immigrants with type 2 diabetes in New York City. *The Diabetes Educator*. 2013;39:478-493.
- 16. Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa Ação e Saúde Floripa-BRASIL. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2012;13:44-56.

- 17. Hallal PC, Knuth AG, Reis RS, et al. Time trends of physical activity in Brazil (2006-2009). *Revista brasileira de epidemiologia*. 2011;14:53-60.
- 18. Florindo AA, Hallal PC, Moura ECd, Malta DC. Practice of physical activities and associated factors in adults, Brazil, 2006. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43:65-73.
- 19. Malta DC, da Silva JB. Policies to promote physical activity in Brazil. *The Lancet*. 2012;380:195-196.
- 20. Florindo AA, Mielke GI, de Oliveira Gomes GA, et al. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. *BMC Public Health*. 2013;13:1-10.
- 21. Florindo AA, Costa EF, Sá TH, Santos TI, Verlardi M, Andrade DR. Physical activity promotion in Primary Health Care in Brazil: a couseling model applied to Community Health Workers. *Journal Physical Activity and Health*. prelo.
- 22. Andrade DR, Costa EF, Ribeiro EHC, Salvador EP, Garcia LMT, Florindo AA. do diagnóstico à ação: A experiência da pesquisa Ambiente Ativo na promoção da atividade física em ermelino Matarazzo, na zona leste de são Paulo, SP. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2013;17:235-238.
- 23. Sallis JF, Cervero RB, Ascher W, Henderson KA, Kraft MK, Kerr J. An ecological approach to creating active living communities. *Annu. Rev. Public Health.* 2006;27:297-322.
- 24. Prochaska JO, Marcus BH. The transtheoretical model: applications to exercise. In: Dishman RK, ed. *Advances in exercise adherence*. Champaign, I.L.1994:181-190.
- 25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde. Brasília2006.
- 26. Iñiguez L. Manual de análise do discurso em ciências sociais. Petrópolis.2004.
- 27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília. 2001.
- 28. Florindo AA, Salvador EP, Reis RS, Guimarães VV. Percepção do ambiente e prática de atividade física em adultos residentes em região de baixo nível socioeconômico. *Revista de Saúde Pública*. 2011;45:302-310.
- 29. Florindo AA, Guimaraes VV, Galvao Cesar CL, de Azevedo Barros MB, Goi Porto Alves MC, Goldbaum M. Epidemiology of leisure, transportation, occupational, and household physical activity: prevalence and associated factors. *Journal of physical activity & health.* 2009;6:625.
- 30. Garcia LMT, Osti RFI, Ribeiro EHC, Florindo AA. Validação de dois questionários para a avaliação da atividade física em adultos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2013;18:317.
- 31. Duggan C, Carosso E, Mariscal N, et al. Diabetes prevention in Hispanics: report from a randomized controlled trial. *Prev Chronic Dis.* 2014;11:E28.
- 32. Gibbons MC, Tyus NC. Systematic review of US-based randomized controlled trials using community health workers. *Progress in community health partnerships: research, education, and action.* 2007;1:371-381.
- 33. Carrasquillo O, Patberg E, Alonzo Y, Li H, Kenya S. Rationale and design of the Miami Healthy Heart Initiative: a randomized controlled study of a community health worker intervention among Latino patients with poorly controlled diabetes. *International journal of general medicine*. 2014;7:115.

- 34. Islam N, Riley L, Wyatt L, et al. Protocol for the DREAM Project (Diabetes Research, Education, and Action for Minorities): a randomized trial of a community health worker intervention to improve diabetic management and control among Bangladeshi adults in NYC. *BMC Public Health*. 2014;14:177.
- 35. Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, da Silva GM. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer-sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012;46:633-640.
- 36. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJ, Martin BW. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet*. 2012;380:258-271.
- 37. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre; Daily activities by community health workers in the Family Health Program in Porto Alegre, Brazil. *Cienc. saude coletiva*. 2005;10:347-355.
- 38. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". *Interface comun saúde educ.* 2002;6:75-94.
- 39. Araújo MRN, Assunção RS. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Rev Bras Enferm.* 2004;57:19-25.
- 40. Brigadão J, Gonçalves R. Oficinas de promoção de saúde: discutindo os dilemas do cotidiano de um grupo de agentes comunitários de saúde. *Paideia*. 2009;19:387-393.
- 41. Theisen NIS. Agentes Comunitários de Saúde (ACS): condições de trabalho e sofrimento psíquico, Dissertação de Mestrado. Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC; 2004.
- 42. Pinafo E, Nunes E, Gonzalez A. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. *Cienc. saude coletiva*. 2012;17:1825-1832.
- 43. Oliveira DL. A "nova" saúde pública ea promoção da saúde via educação: entre a tradição ea inovação. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;13:423-431.
- 44. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 2 ed. ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
- 45. Javanparast S, Baum F, Labonte R, Sanders D, Rajabi Z, Heidari G. The experience of community health workers training in Iran: a qualitative study. *BMC health services research*. 2012;12:291.
- 46. Hulley SB, Cumming SR, Browner WS, Grady DG, Hearst NB, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*: Artmed; 2008.
- 47. Victora CG, Habicht J-P, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Journal Information*. 2004;94.
- 48. Ainsworth B, Cahalin L, Buman M, Ross R. The Current State of Physical Activity Assessment Tools. *Progress in cardiovascular diseases*. 2015;57:387-395.
- 49. Costa EF, Salvador EP, Guimaraes VV, Florindo AA. Atividade fisica em diferentes dominios e sua relacao com a escolaridade em adultos do distrito de Ermelino Matarazzo, Zona leste de sao Paulo, sP; Association between different domains of physical activity and schooling in adults of Ermelino Matarazzo district in the eastern of the Sao Paulo, SP. *Rev. bras. ativ. fís. saúde.* 2010;15.
- 50. Menegolla VL, Polleto DS, Krahl M. O agente comunitário de saúde no desenvolvimento de seu trabalho. *Boletim da Saúde*. 2003;17:81-93.

4.3 MANUSCRITO 3: Artigo não submetido.

Artigo Original

Percepções dos agentes comunitários de saúde acerca de uma intervenção para a promoção da atividade física por meio das visitas domiciliares.

Perceptions of community health workers about an intervention to promote physical activity through home visits.

Evelyn Fabiana Costa^{1,2}, Ana Carolina Santos de Souza³, Marília Velardi⁴, Alex Antonio Florindo^{2,4}.

^{1.} Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil;

^{2.} Grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas e Atividade Física e Saúde (GEPAF), São Paulo, SP, Brasil;

^{3.} Instituto Federal do Rio de Janeiro;

^{4.} Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Compreender as diferentes tomadas de decisão, percepções e atitudes que Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) tiveram acerca de uma intervenção para promoção da atividade física (AF) no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Métodos: Entre os meses de abril e dezembro de 2011, foi realizada uma intervenção para promoção da AF no contexto da ESF que compreendeu um processo de formação em educação profissional para a promoção de AF por meio de visitas domiciliares com duração total de 12 horas e grupos com ofertas de vivências práticas não sistematizadas de AF. Foram realizados dois grupos focais com as ACS, um imediatamente após o término do processo educativo e outro no final da intervenção (após 6 meses). Análise dos dados: Para o presente estudo foi utilizado somente o conteúdo dos grupos focais e os dados produzidos foram analisados utilizando-se o método de análise de conteúdo do tipo análise temática. **Resultados:** Duas grandes categorias de temas emergiram do tratamento do material: 1) o processo de formação em educação profissional como via de ressignificação da prática de AF e, 2) os processos de trabalho das ACS e os limites para as transformações de atitudes. Inseridos nesses temas, constatou-se que o saber adquirido é uma ferramenta de empoderamento, mas que ainda há um limite do conhecimento técnico versus o saber leigo das ACS para o aconselhamento da AF e que demandas institucionais interferem nas possibilidades de ações, resultando na dificuldade de incorporação da promoção da AF na rotina do trabalho, além da importância que o apoio da gestão tem no impacto para a adesão aos processos de promoção da AF. Conclusão: Observou-se que a implantação da promoção da AF, no contexto da ESF em uma região de baixo nível socioeconômico a partir de um processo de formação em educação pelo trabalho realizado com as ACS, demonstrou ser uma oportunidade de empoderamento para essas mulheres profissionais. Entretanto, para a transformação de atitudes é fundamental que os conhecimentos apreendidos se relacionem com vivências práticas dos conteúdos abordados nos processos educativos. Além disso, a incorporação da promoção da AF na rotina de trabalho como uma possibilidade de cuidado para os usuários é dependente do apoio da gestão e da priorização dessas ações.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Atividade Motora; Análise Qualitativa; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Purpose: To understand the different decision-making, perceptions and attitudes that Community Health Workers (CHW) had about an intervention to promote physical activity (PA) in the context of the Family Health Teams (FHT). Methods: Between April and December 2011, an intervention for the PA promotion in the context of FHT was held that included a process of training in vocational education to promote PA through home visits lasting a total of 12 hours and groups offering non systematic practical experiences of PA. Two focus groups were conducted with the CHW, one immediately after the educational process and the other at the end of the intervention (after 6 months of the educational process). Data Analysis: For this study, only the contents of the focus groups were analyzed using the thematic analysis. **Results:** Two main categories of themes emerged from treatment of the material: a) the process of training in vocational education as a means of PA practice and reframing and b) the work processes of the CHW and the limits to the changes and attitudes. Inserted in these themes it was found that the knowledge of CHW for the advice of PA and institutional demands interfere with the actions of possibilities resulting in the difficulty of incorporating the promotion of PA in the routine of work and the importance that the support of management has the impact on adherence to the PA promotion processes. Conclusion: It was observed that the implementation of the promotion of PA in the context of the FHT in a low socioeconomic area from a training process in education for the work done with the CHW has proved to be an empowering opportunity for these professional women. However, for the transformation of attitudes, it is essencial that the knowledge learned relate to practical experiences of the content covered in the educational processes. In addition, the incorporation of the promotion of physical activity in routine work as a possibility of care to users is dependent on the support of management and prioritization of these actions.

Keywords: Community Health Workers; Primary Health Care; Home Visit; Motor Activity; qualitative Analysis; Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

O agente comunitário de saúde (ACS), há mais de duas décadas, constitui-se como um profissional com segmento efetivo e essencial do trabalho em saúde. Desde os anos de 1940, experiências na saúde pública apontavam para a importância da inserção de pessoas da comunidade nas equipes de saúde da Atenção Básica. Os visitadores sanitários, assim conhecidos na época, já advinham da população local e, geralmente eram pessoas que desenvolviam alguma atividade com a comunidade em associações de bairro, igrejas ou escolas¹. Nessa perspectiva, a inclusão dos ACS vem ao encontro da necessidade dos programas de saúde, além de constituir um reforço importante para a construção de um novo modelo assistencial.

A trajetória da inserção do ACS no Sistema Único de Saúde (SUS) se dá a partir do início dos anos 90 com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), efetivamente instituído e regulamentado em 1997 (Portaria n.º 1.886 de 18/12/1997). Em 1994, os ACS são incorporados as equipes de Saúde da Família, criadas a partir do ideal da reorientação do modelo assistencial na Atenção Básica, visando o cuidado familiar a partir do seu contexto físico e social².

Embora sua trajetória date do início dos anos 90, a criação da profissão de ACS, só ocorre em julho de 2002 com a Lei n.º 10.507. Em 2006, com a Lei n.º 11.350 (05/10/2006), o exercício das atividades e das atribuições dos ACS são finalmente regulamentados. Evidencia-se assim, um perfil profissional que concentra atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de agravos, pela mobilização de recursos e práticas sociais de promoção da vida e cidadania ou mesmo pela orientação de indivíduos, grupos e populações.

Suas competências teóricas perpassam por três dimensões: saber (expresso pelos conhecimentos), saber-fazer (expresso pelas habilidades) e saber-ser (expresso pelas atitudes e convivência com os outros)³. O ACS é um profissional que advém do território de área de cobertura de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), tornando-se essencial para auxiliar a comunidade local a enfrentar seus problemas de saúde. Nesse profissional deposita-se a expectativa da formação de vínculo forte e ampliado entre a comunidade e o serviço de saúde, além de agregar competência cultural à Atenção Básica.

Atualmente, são 330.993 ACS credenciados pelo Ministério da Saúde distribuídos em 5.490 municípios, atuantes nas 47.735 equipes de Saúde de Família. Em dez anos, a cobertura populacional de ACS passou de 55,5% para 66,3%⁴.

Tendo em vista o aumento do número de ACS pelo país e a crescente cobertura populacional, torna-se relevante a reflexão acerca da formação e preparação desses trabalhadores para que possam desenvolver com efetividade as suas ações. De acordo com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde,

o desafio em preparar profissionais adequados às necessidades do SUS implica, dentre outras mudanças, profundas alterações na forma de organização da formação destes profissionais. A busca de alternativas que propiciem a construção de programas de ensino que possibilitem o maior ajustamento aos desenhos de organização da atenção à saúde proposta nacionalmente, leva à incorporação do conceito de competência profissional, cuja compreensão passa necessariamente pela vinculação entre educação e trabalho³.

Levando em consideração que as ações de prevenção de doenças e promoção a saúde são preconizadas no trabalho do ACS e apoiados nas diversas evidências da importância da prática regular da atividade física (AF) na prevenção, controle e tratamento das doenças e agravos não transmissíveis, foi elaborada uma intervenção de promoção da AF por meio de visitas domiciliares tendo como base um processo de formação em educação profissional para que as ACS de uma UBS da zona Leste do Município de São Paulo. Quando considerados os resultados do processo de formação, verificou-se melhora em variáveis importantes para a promoção como o conhecimento sobre as recomendações de AF para a saúde, das possibilidades e limitações da promoção da AF por meio das visitas domiciliares para os usuários, bem como com uma valorização do autocuidado das próprias profissionais e a construção coletiva de um modelo de visita domiciliar para a promoção da AF⁵. Entretanto, apesar dos bons resultados obtidos com o curso, essas evidências de melhora no conhecimento e do empoderamento de conteúdos e habilidades de promoção da AF não resultaram em mudanças efetivas dos níveis de AF dos usuários que eram atendidos por estas profissionais⁶.

Neste sentido, argumentamos que a dimensão do saber, do saber-fazer e do saberser podem ser mediadas pela subjetividade, pela individualidade, pelas vivências ou experiências pessoais ou grupais, pessoais ou institucionais e podem ter levado as ACS às tomadas de decisão sobre seus modos de agir. Considerando a subjetividade inerente a essas questões, parece inevitável buscarmos na investigação qualitativa meios para conhecer aquilo que mediou estas relações. Portanto, para o melhor conhecimento das percepções das ACS acerca dessa intervenção de promoção da AF, o presente artigo tem como objetivo compreender as diferentes tomadas de decisões, percepções e atitudes que as ACS tiveram acerca de uma intervenção para promoção da AF por meio de visitas domiciliares baseada num processo de formação em educação profissional.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou a técnica de grupo focal para a produção de dados e os analisou sob a luz da análise temática⁷.

Entre o período de abril e dezembro de 2011 foi desenvolvida e avaliada uma intervenção para promoção da AF no contexto da Atenção Básica tendo como principais promotores os ACS. Essa intervenção compreendeu um processo de formação em educação profissional junto às ACS para promover AF por meio de visitas domiciliares para a população adstrita de uma UBS localizada no extremo leste do município de São Paulo⁵. Tal processo foi constituído por seis etapas:

- Levantamento temático: realizado por roda de conversa para levantamento dos temas relativos à relação que as ACS tinham com a prática da AF, tanto experiências e vivências pessoais quanto profissionais. O objetivo foi conhecer quais os significados que a AF tinha para essas trabalhadoras, assim como utilizar tais temas como base para a construção da formação em si;
- Avaliação pré-curso: foi aplicado um questionário que objetivou verificar os conhecimentos que as ACS tinham acerca das recomendações de AF, assim como entrar em contato com suas percepções sobre o tema;
- Curso de formação em educação profissional: nesta etapa foram realizados quatro encontros semanais de três horas cada, dentro da jornada de trabalho. A partir dos temas geradores advindos da etapa um, foi elaborado um roteiro para cada encontro educativo, nos quais foram, pedagogicamente, divididos em três partes: dinâmica/atividade disparadora para o assunto principal; abordagem da temática principal e finalização com alguma vivência corporal (massagem, alongamento, relaxamento com técnicas de respiração, atividades lúdicas)⁵. Nos quatro meses após o término do processo educativo, foram realizados encontros mensais com duração de uma hora cada a fim de discutir as facilidades e as dificuldades na realização das visitas domiciliares para a promoção da AF;

- Avaliação pós-curso: o objetivo dessa etapa foi verificar se o conteúdo do curso de formação em educação profissional transformou tanto o conhecimento referente à prática e recomendações de AF, como o nível de autonomia das ACS para a promove-la nas visitas domiciliares;
- Vivências práticas: durante o período do curso de formação em educação profissional, foi pactuado com as ACS e com a gestão local um espaço onde elas pudessem ter a vivência da prática de AF. Desta forma, em roda de conversa com um Profissional de Educação Física que fazia parte da pesquisa e direcionado para essa atividade em específico, as ACS expuseram quais atividades elas desejavam vivenciar. Foram realizados encontros semanais com duração de uma hora, durante seis meses. A cada encontro, o Profissional de Educação Física escolhia uma atividade baseada naquelas previamente elencadas pelas ACS. Vale ressaltar que todas as atividades realizadas neste espaço faziam parte daquelas escolhidas por elas, entretanto, elas não sabiam qual atividade seria realizada, nem a sua ordem, apenas no dia da realização da mesma. Por conta da dinâmica utilizada nos grupos chamamos essa etapa de vivências práticas não sistematizadas de AF. Esses encontros foram realizados em um espaço da comunidade no território de abrangência da UBS.

Ao longo dessas etapas foram realizados dois grupos focais com as ACS já que este nos pareceu o melhor meio de compreender a dinâmica e rotina do trabalho e suas relações com a intervenção, além de ser uma estratégia que pode favorecer reflexões individuais e coletivas mediadas pelas impressões, opiniões e atitudes acerca do processo educativo e a incorporação do seu aprendizado no dia-a-dia do trabalho e em específico nas visitas domiciliares. No nosso caso, interessou-nos a produção de informações a respeito das dinâmicas apresentadas durante o curso, bem como do seu impacto sobre a construção de processos de trabalho das ACS.

Foram realizados dois grupos focais: o primeiro ocorreu dentro da própria UBS uma semana após o término do processo de formação em educação profissional, do qual participaram 15 pessoas, sendo 13 ACS, uma moderadora e uma observadora que realizaram o curso; o segundo aconteceu aproximadamente seis meses após o primeiro em um espaço na comunidade dentro do território de abrangência da UBS, participaram oito pessoas, sendo seis ACS, uma moderadora e uma observadora. As sessões grupais tiveram em média uma hora de duração.

A moderadora que conduziu os grupos focais era uma pesquisadora experiente no uso da técnica e na condução de entrevistas qualitativas e não teve envolvimento com o curso nem com a organização e condução das atividades junto às ACS. A observadora era conhecida do grupo e auxiliou na organização das falas e narrativas e fez anotações de todo o processo.

Os grupos foram iniciados com a apresentação da mediadora, bem como das observadoras e com uma breve exposição dos objetivos da pesquisa e do grupo, seguido pela explicação da forma de funcionamento do grupo, deixando claro que não se buscava consensos nas discussões e que as divergências de opiniões, percepções e pontos de vista seriam bem-vindos e respeitados. A mediadora, imediatamente, após o término Do grupo anotou num caderno de campo quaisquer situações ou percepções que considerou importantes para ampliar a compreensão da dinâmica do grupo focal. As duas observadoras ficaram responsáveis pela gravação por meio de um gravador mantido no centro, com a anuência das ACS, além de realizarem anotações a respeito de manifestações corporais ou faciais que pudessem sinalizar algum tipo explícito de comunicação não-verbal.

Posteriormente, as falas provenientes dos grupos focais foram transcritas mantendo-se integralmente a linguagem gravada. Foi realizada a conferência do material transcrito, acrescentando-se as anotações contidas no caderno de campo. Utilizou-se, a partir de então, a análise temática dos dados brutos dos textos produzidos, que consistiu no desmembramento da transcrição em categorias, evidenciando-se as unidades temáticas, seguindo três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, bem como, inferências e interpretações^{7,8}.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (protocolo CAEE 0072.0.162.000-10) e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (protocolo CAAE 03102212.0.0000.5421) e está registrado na base do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos e na base internacional *ClinicalTrials.gov* (identificador NCT01857648).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dois grandes temas emergiram do tratamento do material, com seus respectivos subtemas, os quais serão apresentados a seguir:

- 1. O processo de formação em educação profissional como via de ressignificação da prática de atividade física
 - a) Limites para o aconselhamento da atividade física como prática de promoção de saúde: visita domiciliar e o conhecimento técnico X o saber leigo e laico do ACS

Dentre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida, as ações de promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção da AF possuem especial relevância⁹.

Recentemente, a AF foi incluída como um fator determinante e condicionante da saúde por meio da publicação de Lei nº 12.864 (24/01/2013) que altera o artigo 3º da Lei nº 8.080 de 1990. Anteriormente, a lei estabelecia a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a educação, a renda, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais como determinantes e condicionantes da saúde. Com essa inclusão recai ao SUS a responsabilidade pela gestão de ações de vigilância epidemiológica, criando a possibilidade de financiamento para o setor.

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) fazem parte das ações das UBS, apoiar as práticas de AF da ESF e implantar tais iniciativas nas unidades de atendimento que ainda não possuem. Muitas ações são preconizadas pelo Ministério da Saúde no que tange a promoção de AF, desde ações na rede básica de saúde e na comunidade, como ações de aconselhamento/divulgação, ações intersetoriais e mobilização de parceiros e ações de monitoramento e avaliação. Algumas das metas específicas dentre essas ações, estão: mapear e apoiar as ações de prática de AF já existentes, ofertar grupos de prática de AF, capacitar os trabalhadores de saúde com conteúdos de promoção à saúde e práticas de AF, incentivar ações intersetoriais, desenvolver ações de aconselhamento junto à população, estimular a formação de redes, desenvolver estudo e formação de metodologias capazes de produzir evidências dos benefícios da AF e estimular a articulação com instituições de ensino e pesquisa⁹.

Durante a realização dos grupos focais, um tema importante que surgiu nas falas das ACS foi a problematização acerca da competência delas para promover ou ofertar a prática da AF que podem ocorrem por meio de duas formas: 1) na relação com o usuário, seja em visita domiciliar, em encontros na rua ou na UBS, convidando-o para a participação em grupos de AF ou ainda recomendando que o mesmo a realize; e 2) por meio dos próprios grupos, que envolve o aconselhamento e a recomendação da AF, assim como a prática em si.

No que diz respeito aos contextos de possibilidades para os ACS promoverem a AF, a visita domiciliar é encarada como uma potente estratégia de ação. O atendimento domiciliar valoriza a troca de experiências e saberes, aumentando o vínculo entre o profissional de saúde e o indivíduo e sua família¹⁰.

Apesar da intervenção ter tido como foco a promoção da AF por meio das visitas domiciliares⁵, na análise temática do conteúdo extraído dos grupos focais não foi possível identificar falas que abordassem esse tema, se fazendo necessário que a mediadora estimulasse essa reflexão:

Mediadora: E também vocês não estão sentindo que é na visita domiciliar que isso acontece.

ACS 9: Não, é no boca-a-boca, no grupo.

ACS 9: É pelo grupo.

ACS 2: Os próprios participantes que faz a propaganda.

Nos parece que o domicílio não é o melhor local para se promover AF e que isso deve ocorrer por meio da vivência nos grupos e no que elas chamam de "boca-a-boca". Provavelmente, o fato dessa temática não ter emergido pelas falas das ACS nos grupos focais explique de certa forma que nem todos os usuários receberam a visita para a promoção da AF⁶. Dessa forma, o que se torna claro no tratamento dos dados produzidos pelos dois grupos focais é que as falas das ACS não têm força no sentido de aprofundar a reflexão acerca da promoção da AF no domicílio e o que parece tomar corpo é a construção cotidiana de processos de trabalho associada à reflexão da intervenção realizada nesse estudo.

Com relação a competência delas para promover e ofertar a prática de AF, as falas a seguir demonstram a problematização acerca dessa reflexão:

ACS 1: A gente nunca vai ser capacitada profissional. Pra isso já existe um profissional. É a verdade. Essa que é a verdade. ACS 2: Tá vendo aquela praça ali embaixo? Olha, se eu fosse educadora física eu ia fazer o inferno nesta área aqui. Eu ia ficar catando pessoas que eu conheço que pudessem fazer atividade pra levar pra esta praça pra fazer exercício, ia colocar música. Eu queria ver se todo mundo não ia. É mó legal, vamos lá. Tem um monte de praça aqui que precisa fazer esse monte de coisa sabe? (Grifos nossos)

A partir dessas falas, percebe-se que apesar das atribuições que os ACS têm no sentido de desenvolver e realizar ações de promoção a saúde, mais especificamente da promoção da AF, por meio de atividades educativas¹¹, existe, por um lado a falta de conhecimento técnico-específico e por outro, o fato de não se perceberem como um potente multiplicador das ações de AF.

Vale ressaltar, que para além da questão do conhecimento técnico-específico, ainda pode permanecer a crença de muitos profissionais de saúde de que a inserção de programas de AF na Atenção Básica privilegie somente as ações terapêuticas. Hallal et al. (2009) em estudo realizado com o objetivo de identificar e analisar a visão dos professores que atuavam nos polos no Programa Academia da Cidade de Recife, constataram que os Profissionais de Educação Física acreditam que o fator "tratamento e prevenção" seja o maior impacto de atuação do programa na cidade, sendo uma das categorias mais relatada (42,9%)¹².

Foi verificado que essas mesmas ACS que trazem nas falas a falta de conhecimento técnico-específico, demonstram pelas atitudes que a inserção da AF na rotina de trabalho tem maior enfoque terapêutico do que de promoção à saúde, dado que as pessoas que tinham algum problema de saúde foram as que mais receberam a visita com enfoque na AF⁶.

Uma reflexão importante a ser feita, que será retomada mais adiante neste artigo, diz respeito à valorização de um saber que chamaremos aqui de "leigo e laico". Santos (2006) sustenta que existe na contemporaneidade um pensamento socialmente compartilhado que atribui uma pobreza à experiência social, ao saber popularmente produzido, retirando a riqueza desse saber como algo válido. Tal posição, para o autor, nos impede de revelar a diversidade e a multiplicidade das práticas sociais que fogem das nossas explicações¹³.

Desta forma, no presente estudo consideramos que o ACS, ao ocupar um lugar de sujeito apropriado de um saber leigo e laico, compõe as equipes de saúde com um conhecimento válido e produzido a partir das experiências sociais por eles vivenciadas, não filiado (ou referenciado) necessariamente a uma área de conhecimento científico ou profissional especializado.

A profissão do ACS se caracteriza pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS (LEI 10507). Dentro dessa perspectiva, de acordo com as políticas públicas de saúde, a promoção da AF é uma das atribuições desses profissionais que devem ofertar atividades como caminhada, práticas lúdicas e de lazer na rede básica de saúde voltadas para indivíduos e comunidade como um todo e não somente aos grupos vulneráveis⁹.

De acordo com o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde (2009), o ACS é estimulado a incentivar os seus cadastrados a praticarem regularmente AF, além de incentivarem a utilização dos espaços públicos adequados para a prática de AF próximos ao local de moradia e convidarem vizinhos e amigos para se dedicarem a alguma pratica de AF¹⁴.

É possível então concluir que as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos ACS visam à melhoria das condições de saúde das pessoas assistidas pela ESF, por meio de incentivo às mudanças comportamentais e de estilo de vida que minimizem os riscos de incidências de doenças crônicas não transmissíveis e/ou para tratamento e controle dessas doenças, uma vez já instaladas.

Para tanto, o Ministério da Saúde enfatiza a necessidade de qualificação de seus trabalhadores por meio da educação permanente ¹⁵. A educação permanente, além de sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante estratégia de gestão, com grande potencial de provocar mudanças no cotidiano dos serviços a partir da qualificação das práticas de cuidado.

Nesse sentido, os processos de educativos devem munir os ACS de conhecimentos acerca dos conceitos de promoção da saúde e da AF. Embora, a proposta atual da formação em educação profissional ter focado a promoção da AF por meio de visitas domiciliares⁵, a temática acerca das qualificações dos ACS para tal, surgiu como tema relevante na condução dos grupos focais. Isto porque, mesmo essas trabalhadoras tendo

passado por um processo de qualificação, elas apontam que este só se mostra suficiente quando constituído também, e talvez principalmente, de vivências práticas:

ACS 3: Faltou coisa, mas na prática. Porque a gente tem grupo aí tem gente que tem artrite, então tem artrose, outro tem bico de papagaio, tem marca passo. (Grifos nossos).

ACS 4: A gente fez esse grupo de capacitação, a gente sabe que uma gestante pode fazer, que um cardíaco pode fazer. Ai a gente fala de uma continuação, assim a gente sabe que ele pode fazer, mas o que fazer? O que pode orientar para gestante? Porque eu não sei. A gente não aprendeu isso (Grifos nossos).

Assim, há a afirmativa de que o curso de formação mudou as capacidades e competências das ACS para a orientação de AF, mas elas claramente solicitam vivências práticas que construam um saber-fazer. Em consonância com essa percepção das ACS para além do curso, esse processo de formação em educação profissional realizou também a construção coletiva de vivências de práticas de AF não sistematizadas para as próprias profissionais. Dessa forma, na percepção das ACS, por meio das falas, a melhor forma de "capacitá-las" para o trabalho se dá por meio do estar junto, do fazer junto e do sentir no corpo a própria vivência da AF:

ACS 2: Olha, temos um grupo de dor do NASF, quem participa lá é o educador físico e o fisioterapeuta. Foi falado em reunião que todas as agentes comunitárias participassem deste grupo. A ideia é que todas as ACS que estejam ali possam ter um conhecimento maior né, uma experiência maior de como fazer. Por que? Se eu vejo como é que o educador físico age, se eu vejo como é que o fisioterapeuta age, o que eles falam, eu estou adquirindo mais técnica.(...) Então o educador físico e o fisioterapeuta falaram, como eles são minoria, pra eles se deslocarem para vários outros lugares, eles acharam melhor falar com as enfermeiras pra liberarem as agentes comunitárias de duas em duas pra tá indo no grupo. E é isso! O que eles têm em mente é que a gente passe a ter um conhecimento maior na prática e visualizando. Porque a gente também participa, a gente também faz os exercícios, também ouve tudo que é a explicação deles.

b) O saber como instrumento/ferramenta de empoderamento

A estratégia de inserção da figura do ACS, sujeito que pertence ao território adscrito de uma equipe produtora de cuidados em saúde, no âmbito da Atenção Básica, diz respeito ao preenchimento de algumas lacunas no campo da assistência. Isso porque,

sendo pessoas que pertencem à população onde trabalham¹⁶, estes têm condições de conhecer bem as necessidades dos usuários.

De acordo com Silva e Damaso (2002), é possível identificar dois componentes ou dimensões principais da proposta de atuação do ACS: um mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento aos sujeitos e famílias, a intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos, e outro mais político, porém não apenas de solidariedade à população, da inserção da saúde no contexto geral de vida, mas também no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições¹⁶.

No que diz respeito à dimensão de atuação de natureza mais técnica, é possível ressaltar os processos de formação em educação profissional como um importante caminho para fortalecer as possibilidades de construções de processos de trabalho, por parte do ACS, que sejam de fato produtores de cuidado em saúde. Ressignificar a prática de AF das ACS pode ser entendida como uma iniciativa para a compreensão da importância e das possibilidades de promovê-la nos serviços da Atenção Básica.

Em estudo realizado por Sá e Florindo (2012) foi possível identificar alterações na representação de profissionais da ESF acerca da prática de AF após um programa educativo. Os autores constataram que a prática de AF, antes percebida como algo penoso e mais uma demanda dolorosa que recaía sobre esses profissionais e ao morador para o benefício à saúde, foi convertido após o programa educativo em atividade prazerosa, momento de cuidar de si e possibilidade de integração familiar¹⁷.

Considerando a aquisição do saber, após um processo de formação em educação profissional, Florindo et al. (2014) verificaram nestes mesmos ACS do presente estudo, mudanças significativas em análises antes e após o processo educativo nos conhecimentos acerca de conteúdos relacionados à promoção da AF, bem como um relato de que isso foi importante para estas profissionais⁵.

A percepção da importância de processos de formação em educação profissional para a construção do cotidiano de trabalho do ACS surgiu como um tema importante na condução dos grupos focais, tema este coletivamente compartilhado. Isso pôde nos indicar, neste estudo, que o conhecimento técnico, inclusive de natureza mais formal, na percepção do ACS, é uma possível estratégia de empoderamento, para que o mesmo se sinta capaz de protagonizar processos de trabalho. No caso do presente artigo, protagonizar processos de promoção da AF junto à população assistida:

ACS 4: Eu achei assim, eu não sabia muito como que era para orientar pra fazer atividade física. Agora a gente sabe que pode dividir o tempo da atividade que faz o mesmo efeito. (...) . aqui, a gente aprendeu que sim! E é sim! Então você pode tá passando isso pras pessoas. Normalmente eu falava que não era né. A gente aprendeu bastante coisa.

ACS 6: Você tem que falar né, porque você também é um profissional da saúde, porque tem que tanto saber quanto tem que ter capacidade de fazer lá fora. Então tem esse discurso do agente comunitário. Porque a gente na verdade não é assim, capacitado. Então com o curso a gente pode dizer pras pessoas que a gente sabe né.

ACS5: É conhecimento né. Você tá seguro daquilo que você tá falando.

ACS 4: Ah, traz segurança de você orientar e saber o que você está orientando né. Tá afirmando o que você aprendeu né.

ACS 5: Você tem certeza do que você tá falando. Ah eu me sinto chique.

ACS 4: Ah, você pode falar assim. Estou orientando porque eu sei.

Ocupando o lugar de profissional de saúde, o ACS demanda conhecimento técnico, este aspecto aparece claramente na fala da última ACS. Apesar do movimento de pensar processos de formação em educação profissional numa perspectiva não burocrática de procedimentos escolarizantes¹⁸, o registro destas experiências, por parte das ACS, foi de formalização do conhecimento numa perspectiva mais formal e convencional.

As falas destas trabalhadoras nos indicam que a formalização do conhecimento muda seu *status* dentro da equipe. Desta forma, o saber, em seu formato mais técnicocientífico, formalizado em uma instituição, tem o papel de ressignificar o lugar do ACS dentro da própria equipe de trabalho, e não apenas com a população assistida:

ACS 7: Naquele momento de informação é uma coisa diferente, que mudou no nosso ambiente de trabalho, na nossa rotina né. Foi um momento assim, a gente foi prestada atenção né. Teve alguém que virou, que prestou atenção né, na gente né. Eu me senti importante naqueles dias.

ACS 2: Eu me senti mais segura hoje pra dizer do que foi ensinado pra gente. Que antes era o que a ACS falou né. Independente do que era bom e do que não era, mas também a gente não sabia tá dividindo entre pessoas que poderiam ou não tá fazendo a atividade. Hoje a gente já

tem este conhecimento, que independente da idade, sendo gestante ou não né. Então isso que traz uma segurança. Até mesmo para a gente falar com pessoas que antigamente poderiam nos olha, e falar assim: "Quem você é? Você é só uma Agente Comunitária!". E hoje nós falarmos assim: "Sou uma Agente Comunitária, competente."

ACS 7: Tenho até o diploma pra provar. Diploma da USP!

ACS 2: Até aqui para os funcionários de dentro da unidade pra estarmos sabendo de estarmos capacitadas para isso. Isso muda nosso status, muda. Assim, se alguém tiver conversando, dialogando com o outro você já vai estar sabendo que língua é essa, você já vai estar um pouco mais entendida do assunto. Você pode até entrar em uma mesa e conversar sobre. Entendeu?

É possível notar que na percepção das ACS, o conhecimento formal, certificado através de uma instituição socialmente reconhecida, ressignifica o lugar delas nas equipes, mas não apenas isto, transforma também sua relação com a própria população, que reconhece nelas um saber, que pôde ser legitimado pela formalidade do diploma, proporcionando uma recolocação social.

A percepção que essas trabalhadoras têm sobre si mesmas também se transforma a partir das experiências de formação em educação profissional. O saber se torna capaz de transformar o cotidiano de trabalho, conferindo-lhes potência para protagonizar ações e visualizar os efeitos destas nas relações com os usuários:

ACS 7: Uma coisa que eu melhorei, eu melhorei comigo mesma. E eu vejo as pessoas falam: "..., você tá melhor". Tem uma cadastrada, toda vez que eu vou na casa dela a gente sempre fala: "O nosso tema é Exercício Físico". Então agora com o curso que a gente fez, eu me sinto mais segura para incentivar ela né, a participar, de sentir mais segura de falar: "Olha, vai lá naquele grupo, tem isso, tem aquilo". E eu vejo assim que as pessoas agora. Elas sentem mais segurança no que a gente fala, porque a gente tem conhecimento né, você tá seguro daquilo que você tá falando.

ACS 6: Eu consegui levar uma cadastrada na minha área, ela tem um problema familiar, filho preso. Eu sempre chamava ela pra começar uma atividade física e ela nunca ia, ai depois que eu terminei o curso, eu fiz a visita na casa dela e passei falando a importância da atividade física, eu disse que fiz um curso lá na USP, eu estou te passando o que eu aprendi no curso, falando tudo pra ela. Ela me olhou e perguntou aonde que era o grupo, ai eu disse onde era. Ela falou: segunda feira eu

levo meu filho pra depor, do depor eu vou direto. Eu não acreditei nela, porque ela sempre dizia que iria fazer, mas nunca ia. Ai, ai segunda feira ela chegou lá, eu tomei até um susto. Foi muito gratificante, ela tá adorando.

A racionalidade envolvida na inserção da figura do ACS é também contribuir para que os usuários e familiares se apropriem de conhecimentos e de práticas que lhes foram progressivamente retirados pelo poder das corporações e pelo discurso técnico, e ainda apoiar o desenvolvimento integral das pessoas e comunidades, mobilizando o potencial desses agrupamentos e estimulando o trabalho intersetorial¹⁹.

Entretanto, o que se vê no cotidiano dos serviços é a valorização dos discursos codificados; o que sustentamos no presente artigo é que processos de formação em educação profissional para a promoção da saúde devem pensar o processo de ensino-aprendizagem dos trabalhadores a partir da problematização da sua realidade cotidiana, valorizando aquilo que eles já sabem, uma vez que parte-se do pensamento freireano de que ninguém ignora tudo e que ninguém sabe tudo, todos sabem algo e ignoram algo, assim todos aprendem sempre²⁰.

As ACS se percebem reconhecidas a partir do momento que têm um diploma. Isso nos leva à reflexão acerca de como o lugar social e o empoderamento dentro da equipe depende do conhecimento técnico. Trata-se de uma inversão da lógica do "saber leigo e laico" do ACS como sendo sua maior potência para construção da ponte com a população.

Desta forma, as ACS trazem a importância do conhecimento como ferramenta que emancipa, que reconfigura suas relações, tanto com os demais trabalhadores nos equipamentos de saúde, como com a população, e que fomenta processos de trabalhos mais potentes. Paralelamente a isso, nos traz a reflexão do lugar do saber na construção cotidiana do ACS, nos lembrando da importância de cuidar para que apenas o saber de natureza mais técnica e formal não seja o único valorizado, num trabalho que tem sua potência também no saber popular.

2. Os processos de trabalho das ACS e os limites para as transformações de atitudes

a) Demandas institucionais e possibilidade de ação

A literatura tem apontado uma reflexão acerca do papel do ACS na reconfiguração do modelo de atenção em saúde, no sentido de pensar um peso excessivo de tarefas e responsabilidades, cada vez mais ampliadas, tanto no caráter universalista da dimensão técnica como também no caráter comunitário na dimensão social de seu

trabalho^{16, 21}. Tal reflexão traz consigo múltiplas expectativas diante deste profissional, depositadas pelos demais trabalhadores dos equipamentos de saúde, pelos gestores e também pelos usuários²¹.

Nas competências de trabalho do ACS, há a proposta de um conjunto de atribuições que, de acordo com Tomaz (2002)²² podem ser resumidas no tripé: identificar sinais e situações de risco, orientar as famílias e comunidade e encaminhar/ comunicar à equipe os casos e situações identificadas. Tais atribuições são racionalizadas numa perspectiva de promoção em saúde²².

Há consenso entre alguns autores²³⁻²⁵ que, diante da falta de uma clara delimitação das atribuições deste trabalhador, algumas vezes seu papel é distorcido, e muitas vezes este se vê sobrecarregado, uma vez que

qualquer ação que deva ser desenvolvida nas famílias e na comunidade é atribuída ao ACS. Assim, a identificação de crianças fora da escola, a limpeza das caixas d'água para combater o mosquito da Dengue, a reclamação ao proprietário de uma pocilga instalada numa área urbana, tudo isso e muito mais é de responsabilidade do ACS (Tomaz, 2002, p. 86)²².

O mesmo autor aponta para uma tendência de resolução na problemática da qualificação do ACS para responder a estas demandas em forma do que ele chama de "micro treinamentos". Isto implica numa compartimentalização de saberes depositado no ACS que justificariam a cobrança por resolutividade de questões complexas e respostas de demandas, que podem ter como resultado o fomento de processos de trabalho pautados no cumprimento de tarefas e de metas:

- ACS 7: Assim, eu penso muito. O que é mais importante? Quantidade ou a qualidade?
- ACS 3: É o sistema! Porque o que vale mesmo aqui no sistema é o número. Você entendeu?
- ACS 5: Na verdade sempre falta alguma coisa. Entendeu? Se você cumpriu 30% da sua meta, você tem que cumprir 90%. Se você cumpriu 100, aí vai vir mais alguma coisa pra você fazer. Não tem fim.
- ACS 3: Todo mês tem alguma coisa nova pra você fazer. Sempre tem uma aquisição nova pra ACS. Tudo que o paciente vem aqui as pessoas falam: "você procura a ACS."

Estas falas conduzem a reflexões no sentido de pensar que as transformações de atitudes, e construção de processos de trabalhos pautados nas necessidades dos sujeitos e dos coletivos, e ainda na realidade dos territórios, demandam mais que os processos de

capacitação, e mais do que processos de formação em educação profissional quando se trata de promoção da saúde. O que as ACS nos apontam em suas falas diz respeito às possibilidades institucionais e também à disponibilidade afetiva dos trabalhadores, como determinantes na construção cotidiana do trabalho.

O conhecimento técnico parece ser capaz de transformar comportamentos e atitudes, entretanto, há necessidade de reconhecer que existem as dinâmicas institucionais, exigências do cotidiano do trabalho, que impõem limites a estas transformações. As ACS trazem falas que nos parece indicar o reconhecimento do valor dos processos de formação e capturam uma dinâmica paradoxal, numa possível desvalorização deste espaço por parte dos demais trabalhadores:

ACS 1: Tem que ter mais capacitação! Muito mais, muito mais. Mas não deveria ser interno. Eles não respeitam o nosso momento. Você viu né? Você acabou de ver, a recepcionista entrou aqui, chamou, e ela teve que sair do grupo. As três horas que a gente tem de curso, a gente não desliga. É enfermeira, é pessoal lá fora, é médico, é paciente. Quando que a gente vai desligar? Não tem como. A gente fica dispersa, eu já falei. Capacitação tem momento certo. Não é nada tão urgente que precisava tirar a colega daqui. Daqui a pouco a enfermeira bate, e olha com o olho arregalado deste tamanho, você tem que levantar, mas você não quer levantar. Você não pode falar não.

Assim, fica explícito o sentimento de sobrecarga²³ e de pouca governabilidade sobre a organização do trabalho por parte das ACS, num nível estrutural. No entanto, como aponta Merhy (2002)²⁶, sendo o trabalho vivo fonte de novos procederes, há a presença de um autogoverno no trabalho em saúde que não pode ser capturado em seu nível estrutural. Numa clínica que se faz em ato, os trabalhadores têm a possibilidade de encontrar margens de manobra para fugir da captura de seus processos de trabalho²⁶.

Dessa forma, algumas falas das ACS nos conduzem a uma importante reflexão: mesmo tendo muitas demandas e o trabalho sendo por vezes engessado no que diz respeito às questões quantitativas e ainda o próprio volume de atividades que dizem respeito às suas atribuições, há possibilidade de flexibilização e organização do trabalho, e isso parece que tende a acontecer quando o ACS está sensibilizado pela atividade:

ACS 7: Eu vivo falando pras meninas, se a gente não se der chance de aprender, de se abrir e de se propor a fazer aquilo... É verdade, tem muita coisa pra gente fazer? Tem! É grupo, é cobrança, é número. Tem! Mas se eu ficar pensando no mundo, na cobrança, eu não vou, eu vou trabalhar pilhadona, pancadona que nem eu já

me vi muitas vezes, sem paciência. E pra começar, eu tenho que ter paciência, disponibilidade, o querer né ali!

ACS 8: Isso de guerer é verdade, que a gente tem que se entregar! Eu tava com um grupo de uma agente de saúde que pediu demissão. Eu fiquei no grupo sozinha, o grupo já estava ali já... (...) Ela pediu demissão. Eu me vi ali sozinha, só que ela queria acabar com o grupo: "Vamos acabar com o grupo, tá vindo duas ou três pessoas, vamos acabar, eu to saindo fora". Eu falei: "Não! Não é justo! Essa duas, três que vêm elas voltam né...". Eu falei assim: "Vamos enriquecer esse grupo". Ela falou assim: "Só se você ficar, porque eu to saindo fora". E eu fiquei, com duas ou três pessoas. Eu ia lá, falavam assim: "Mas, você vai ficar sozinha?". E eu falava: "Vou! Não tenho problema". Mesmo indo lá com duas pessoas eu continuei. É muito gostoso (...). É uma coisa muito prazerosa, eu fiquei e falei: "Vamos enriquecer esse grupo". Aí entraram as duas ACS e nós decidimos tentar. Ai depois que nós fizemos esse curso, nós conseguimos aumentar o grupo, nós já estamos com 12. (Grifos nossos)

O processo de formação em educação profissional fomentado junto a essas ACS, do qual este artigo resulta, foi coletivamente construído e conduzido, e preconizou não apenas o trabalho de conteúdos importantes para a recomendação de AF nas visitas domiciliares⁵, mas também um espaço de vivência de AF não sistematizada para as ACS. Isto porque sustentamos no trabalho de formação continuada a ideologia Freireana de não verticalização do processo de ensino-aprendizagem. Assim, esse espaço possibilitou experiências no campo da prática e se configurou também como espaço produtor de cuidado, de escuta e acolhedor.

ACS 10: Ah um bem pra gente própria é um momento que a gente relaxa, que a gente é a gente mesmo, não aquela funcionária, aquele comportamento que a gente tem que ter na frente do cadastrado.

ACS 9: Além de ser bom, de tudo isso que elas falaram, ainda ensina a gente em muita atividade que a gente ainda pode fazer e que a gente achava que não podia. A gente aprendeu a pular amarelinha.

ACS 2: Reaprendeu.

ACS 5: E o melhor a gente conheceu uma a outra, de outra equipe. Entendeu? Elas são de outra equipe. E eu e a ... somos de uma. Então a gente fez essa interação, assim a gente interagiu assim.

ACS 9: E agora todas viram uma equipe só.

ACS 5: É muito legal.

ACS 9: A gente bate papo.

ACS 8: E a gente aprende se conhecendo, quando uma não tá bem a outra conhece. Eu acho que todo mundo tem esta visão né?

Entretanto, o que foi percebido foi um esvaziamento deste espaço ao longo do tempo. A reflexão acerca desse esvaziamento surgiu na condução do segundo grupo focal, ocorrido após essas vivências. Inicialmente, suspeitávamos que as próprias demandas institucionais e as necessidades de cumprimento de tarefas e atribuições se configuravam como impossibilitador da operacionalização deste espaço de vivência e de cuidado. No entanto, as falas das ACS indicaram que este não seria o único fator:

- ACS 8: A gente teve uma chance de escolher o dia que ia fazer. Não terça, nem quarta, nem quinta. De sexta, porque de lá todo mundo vai pra casa e toma um banho e tá ótimo! E aí você vai ver tudo isso que a gente aprendeu nesse dia.
- ACS 7: Não adianta nada eu reclamar se eu não tiver uma chance de tentar. Ta lá aberta a oportunidade, vamos lá fazer. Se eu não for lá, depois não vou reclamar, eu fico quieta. Vai falar o que? você não foi ver.
- ACS 2: Nós temos quase a mesma quantidade de famílias. E se uma é capaz... Me diz quem nessa vida não pode ser capaz de fazer alguma coisa?
- ACS 9: Mas pra sair pra reunião dos filhos elas arrumam tempo, pra ir no banco, pra ir fazer a unha. Talvez se a gente deixar pra visitar aquelas famílias que não são prioridades. A gente deixa pra sexta-feira, aqueles que são mais rápidos entendeu?
- ACS 5: É o que a gente faz, a gente faz primeiro as prioridades, de segunda a quinta eu faço os que são minhas prioridades. Toda segunda a quinta, depois na sexta-feira eu faço o que não é prioridade.
- ACS 9: Deixa senha pra entregar na sexta que é mais rápido, deixa aquele que não é muito prioridade pra dar atenção básica, não precisa nem ficar meia hora ali. E com o horário a gente tem praticamente 6 horas pra ficar na rua trabalhando. A gente conhece quem tá assim, a gente tem bastante tempo. Então não tem isso, não é

desculpa. Porque quando tem evento que é obrigatório, todo mundo consegue ir. Mas quando não é obrigado fica arrumando uma desculpa.

Assim, torna-se perceptível que não apenas as demandas institucionais desenham as possibilidades de ação das ACS, mas também uma certa disponibilidade afetiva para gerenciar os processos de trabalho, seja na produção de cuidado junto à população assistida, ou na produção de cuidado com elas mesmas.

As falas das ACS nos apontam para uma possibilidade de flexibilização do trabalho, presente num certo nível de autogoverno que elas têm, que podem em alguns aspectos romper com o peso do trabalho pautado principalmente em tarefas e cumprimento de metas que por vezes engessam as práticas.

b) O apoio da gestão tem impacto importante na adesão ao processo de formação em educação profissional e nos espaços de cuidado

O material produzido nos grupos focais, objetivando compreender as diferentes percepções e atitudes que as ACS tiveram no que diz respeito à intervenção para promoção da AF e as vivências das práticas, tornou visível o reconhecimento que essas trabalhadoras dão ao processo de formação em si, assim como colocou em perspectiva, alguns entraves para sua operacionalização. No entanto, revelou não apenas alguns desafios, mas também os recursos que as ACS lançam mão para se imprimir em seu cotidiano de trabalho.

Além destes aspectos, as trabalhadoras também argumentam acerca da importância da gestão, no que diz respeito à garantia dos espaços de formação e de produção de cuidado junto às ACS. Suas falas nos levam a pensar que viabilizar espaços para se pensar, problematizar e discutir coletivamente o trabalho, relegando a eles a mesma importância que os programas pré-estabelecidos e metas a serem cumpridas tomam forma, são condições para que os trabalhadores se engagem no cotidiano de trabalho.

Santos et al. (2011) afirmam que muitas ações realizadas pelos ACS ainda estão centradas no enfoque curativo, com orientações voltadas principalmente para determinadas doenças¹³. Há uma priorização ao assistencialismo. Rosa e Labate (2005) ratificam, inclusive, que ações exageradamente voltadas aos programas preestabelecidos empobrecem e sumarizam a ESF, pois o olhar não se amplia para as reais necessidades de saúde, não gerando impactos importantes para a qualidade de vida das pessoas²⁷.

A impressão desta racionalidade nos processos de trabalho acaba por fomentar ações guiadas, quase que exclusivamente, pelas exigências de trabalho e metas que devem ser cumpridas.

Conforme visto no tópico anterior, a disponibilidade afetiva para se imprimir no trabalho é um dos determinantes no engajamento das trabalhadoras na realização de ações que estejam para além dos programas pré-estabelecidos e das metas a serem cumpridas. No entanto, as falas são também conduzidas por elas no sentido de pensar que às vezes o cotidiano do trabalho pode ser tão colonizante, ao ponto de fomentar incredulidade no sucesso dessas ações:

- ACS 5: É que também assim, sabe aquela coisa que tipo, ah ... esse grupo não vai durar...
- ACS 9: Muitas falaram isso, que isso não vai vingar.
- ACS 5: Sabe a história do macaquinho? Que o macaquinho vai subir e toma na cabeça e ele cai. Tá subindo o degrauzinho de novo e toma nele, e cai de novo.
- ACS 9: Pois é, o comportamento dos outros. E é assim que acontece lá, como nunca teve por que que vai ser agora? Eu nunca fiz, então vai ter que cortar e ai muitas acabam não aderindo, porque geralmente essas coisas não vingam.
- ACS 10: A equipe do NASF mesmo já tentou implantar atividade lá dentro da unidade, pra ser no lar do Luizinho, por ser uma unidade, por ser um ambiente maior pra gente e sempre tinha aquele grupinho que vetava.
- ACS 11: Se a gente for tentar incentivar uma colega pra falar assim. Poxa vamo lá, o grupo é bom pra gente, no final da tarde. A gente aprende uma atividade, você não pode fazer isso, mas você faz pelo menos isso. Ai eu não, eu não, pra que? Não vai servir de nada o que que vai me dar depois?
- ACS 2: No momento que elas comentavam sobre pra que isso. Ah pra que? Eu gente, eu sempre fui de argumentar assim. Gente, é uma coisa pra gente. Ah mas eu faço tanta coisa que já não dá tempo. Tá é um momento de relax, você vai tá lá, mas a gente esquece tudo. Ta lá a gente só pensa naquilo que vai fazer então. Ah isso ai não vai durar. Não vai durar por você, porque se depender de mim se depender das meninas aqui vai até o finalzinho, porque a gente gosta.

As ACS argumentam no sentido de pensar possibilidades para aumentar a adesão das demais colegas. A flexibilização da carga horária de trabalho, a possibilidade de execução de tarefas de ordem mais burocrática em outros momentos, a autonomia para que as ACS organizem seu tempo e possam lançar mão de margens de manobra na construção de seu trabalho; estes foram aspectos que as ACS trouxeram como fundamentais para as transformações de atitudes nos processos de trabalho.

Esse ponto pode nos remete a uma reflexão potente, e pensar que para que as ACS tenham mais oportunidade de participação em ações de autocuidado, seja importante que tais espaços façam parte da estruturação dos serviços e constituição dos processos de trabalho quanto a necessidade de cobertura de Papanicolau, o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, e tantas outras prioridades que se colocam nos serviços de saúde da Atenção Básica. Assim, importam também transformações na própria Política.

Diante disso, a forma como a gestão se posiciona frente a esses espaços, a relação afetiva entre trabalhadoras e gestor e as negociações no dia a dia do trabalho são aspectos que tomam forma nas falas das ACS. Entre o início e o final da presente pesquisa, houve uma mudança de gerência na UBS. Esta mudança é trazida como muito impactante nas possibilidades de autonomia na construção de processos de trabalho destas trabalhadoras.

Os agentes de saúde percebem que seu trabalho fica prejudicado por não haver incentivos por parte dos gestores²⁸. O apoio da gestão é primordial para o desenvolvimento do trabalho na ESF e as dificuldades apontadas pelos autores são comprovadas por meio das falas dos agentes.

- ACS 9: A gerente, ela gostava muito dessas coisas, foi ela que insistiu muito.
- ACS 5: É, ela que insistia muito. Se ela ainda estivesse aqui, teria mais gente aqui, com certeza teria mais gente.
- ACS 2: Nossa... Se ela estivesse aqui com certeza, ela arrumaria um jeito de continuar a atividade. Mas ela falava com jeito, assim: "Gente, é pra vocês, pense porque é importante saber como tá a avaliação física de vocês. A gente ficou sabendo que tem pessoas que andam não sei quantos quilômetros e outras não sei quantos. Isso é importante gente! É pra ir". Ela dava uma puxadinha de orelha, mas com luvinha de pelinho, sabe?
- ACS 5: Ela tinha um jeito totalmente diferente de lidar. Ela podia até pressionar um pouco, mas com amor. Porque ela era totalmente agente comunitária. Entendeu, então ela fazia tudo por quê? Porque a gente que levava tudo que acontece na UBS, é a agente

comunitária que leva, é a agente comunitária que move ali toda a infra-estrutura da UBS.

O acolhimento da gerência em saúde é fundamental para estruturar o trabalho em saúde das equipes²⁹. Kluthcovsky et al. (2007) enfatiza, igualmente, a importância da valorização da opinião do indivíduo para sua qualidade de vida. Reforça-se, aqui, a relevância da escuta e do cuidado para com os profissionais, destacando-se o papel do gestor³⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados produzidos através dos grupos focais fez dois grandes temas emergirem: 1) o processo de formação como via de ressignificação da prática de AF e, 2) os processos de trabalho e os limites para as transformações de atitudes.

No primeiro grande tema constatamos que para que haja a construção do saberfazer, os processos de formação devem priorizar o fazer junto e estar junto, além das vivências práticas, ambos possibilitaram às ACS assumirem um papel ativo nas equipes de Saúde de Família.

Aparte a essa consideração, observamos a necessidade que essas profissionais têm com relação aos processos de formação, porém, àqueles que se baseiam nos preceitos da educação permanente em saúde, que abriga além dos processos de educação em serviço, a orientação para enriquecer a essência humana e suas subjetividades partindo da prática e tendo o processo de trabalho como objetivo de transformação. Trata-se então da educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho a fim de melhorar a saúde da população.

Foi então possível reconhecer a existência de algumas encruzilhadas ao debruçar sobre as falas das ACS, que nos faz lançar mão de mais questionamentos do que respostas. Reconhecemos neste estudo a importância do que, tomando emprestado de Boaventura de Sousa Santos¹³, chamamos de saber leigo e laico do ACS, ao tempo em que ressaltamos o lugar privilegiado que os processos de formação em educação profissional ocupam nas políticas públicas de saúde. Aqui se pensa a importância de processos de formação não escolarizantes, que concebam o processo educativo como uma criação, reconhecendo que apenas ao nos interessarmos pelos atores deste processo é que podemos estabelecer significação ao mesmo.

No entanto, no cotidiano do trabalho, as ACS se percebem mais reconhecidas pelos demais membros da equipe de saúde e também pela população quando podem

comprovar, através do certificado e da mudança de sua linguagem, ao adotar termos técnicos do campo da saúde. O que pode nos levar a pensar que este saber leigo e laico é desvalorizado.

Entretanto, perdas importantes se colocam neste processo de especialização do ACS. Seu papel de costura entre a dimensão social e humanitária, por meio de um saber prático corre o risco de se tornar obsoleto em detrimento dos intensos processos de escolarização, que não tenham como base os processos de educação permanente. Isto porque a dimensão estrita de atenção à saúde destitui o ACS do olhar das situações de desigualdade social e ausência de direitos, para as quais a área de saúde não tem um saber sistematizado nem instrumentos adequados de trabalho e gerência.

Assim, sustentamos neste estudo que esse processo de promoção da AF deve reconhecer um saber-fazer dos ACS que não depende da apropriação do saber dos demais membros da equipe, e sim do senso comum e até mesmo das famílias e da comunidade. Um questionamento importante que nosso estudo levanta é como no cotidiano de trabalho as ACS podem na relação com os demais membros da equipe ter condições de se colocar, ter voz, ter empoderamento, sem estar totalmente colonizada por um saber sistematizado e hegemônico. Pela fala delas esse processo de formação em educação profissional foi um caminho efetivo para o empoderamento.

As reflexões das ACS apontam que para a operacionalização do saber adquirido há necessidade do viver no corpo; um saber que se faça factível no cotidiano do trabalho. Ou seja, no processo de transformar um saber num fazer, um processo educativo dá conta do saber mas fica aquém no fazer, ou seja, para ter sentido deve ser sentido no corpo, por meio das vivências ou mesmo pela rotina do trabalho...

Dessa forma, conclui-se que para a promoção da AF por meio dos ACS, os processos educativos e formativos dos são necessários para a aquisição do saber técnico-específico a fim de instrumentalizá-los para melhor lidar com as demandas da população e suas atribuições, desde que sejam baseados nos preceitos da educação permanente em saúde que está amparada pela aprendizagem no trabalho, a partir da problematização desses processos, considerando as experiências e vivências pessoais anteriores, onde ação e reflexão ocorram concomitantes, buscando atender as necessidades das pessoas e populações¹⁵. Entretanto, não bastam novas informações, mesmo que preciosamente bem comunicadas. Para transformar atitudes é fundamental que o conhecimento teórico dialogue com a prática, ou seja, a incorporação a rotina do trabalho dos conhecimentos

apreendidos num processo educativo está diretamente relacionada com as vivências práticas do conteúdo, é preciso que haja disponibilidade para o fazer-junto ao experienciar no concreto do trabalho situações anteriormente abstratas. Aparte a esses apontamentos, o apoio da gerência é fundamental para o envolvimento desses profissionais aos processos educativos e as transformações cotidianas do trabalho.

O processo da intervenção para promoção da AF realizado com as ACS proposto pelo presente estudo possibilita novos caminhos para a formação profissional de saúde acerca da temática AF na Atenção Básica. A partir da consideração dos fatores determinantes aqui identificados para que isso ocorra, a proposta apresentada é uma importante tecnologia de formação em serviço e desenvolvimento dos profissionais do setor.

Fonte de financiamento: FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), processo número 2009/14119-4.

Colaboração dos autores

E.F. Costa participou do planejamento do processo de formação em educação profissional, atuou como facilitadora dos encontros educativos, coordenou o trabalho de campo, contribuiu na escrita, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. A.C.S Souza colaborou na escrita, análise e interpretação dos dados e revisão do manuscrito. M. Velardi colaborou com o campo, conduziu os grupos focais e contribui para a revisão do artigo. A.A. Florindo elaborou o projeto, participou do campo, revisou e colaborou com o manuscrito desde a concepção até a redação final.

Agradecimentos

À FAPESP pelo apoio financeiro e aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde pela colaboração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1. Campos, G. W. S.; Guerrero, A. V. P. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. In *Saúde em debate*. Hucitec, 2010.
- 2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. 1997.
- 3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2008.
- 4. Brasil Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico da Cobertura da Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.ph p>. Acesso em: 31 dezembro 2014.
- 5. Florindo, A. A.; Costa, E. F.; Sá, T. H.; Santos, T. I.; Verlardi, M.; Andrade, D. R. Physical activity promotion in Primary Health Care in Brazil: a couseling model applied to Community Health Workers., *Journal Physical Activity and Health*. 2014, 11, 1531-1539.
- 6. Costa, E. F.; Andrade, D. R.; Garcia, L. M. T.; Ribeiro, E. H. C.; Santos, T. I.; Florindo, A. A. Avaliação da efetividade da promoção da atividade física por agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares., *Cadernos de Saúde Pública*. artigo submetido em 15/07/2014.
- 7. Bardin, L. Análise de Conteúdo, São Paulo: Edições 70, 2011.
- 8. Minayo, M. C. S. *O desafio do conheicmento: pesquisa qualitativa em saúde.*, 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Série Pactos pela Saúde, volume 7, Brasília. 2006.
- 10. Teixeira, C. P. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. *Sociedade em Debate*. 2012, 15, 165-178.
- 11. Brasil. Ministério da Saúde. *Perfil de Competências do Agente Comunitário de Saúde*, Brasília, 2004.
- 12. Hallal, P. C.; Carvalho, Y. M.; Tassitano, R. M., et al. Avaliação quali-quantitativa do programa Academia da Cidade, Recife (PE): concepções dos professores, *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2009, 14, 9-14.
- 13. Santos, B. S. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*., São Paulo: Cortêz, 2006.
- 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde*. 2009.
- 15. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde. Brasília, 2006.
- 16. Silva, J. A.; Dalmaso, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde., *Interface Comunic, Saúde, Educ.* 2002, 6, 75-96.
- 17. Sá, T. H.; Florindo, A. A. Efeitos de um programa educativo sobre práticas e saberes de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família para a promoção de atividade física, *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2012, *17*, 293-299.
- 18. Freire, P. *Política e educação*, São Paulo: Cortez Editora, 2001.

- 19. Nascimento, E. P. L.; da Silveira Correa, C. R. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad saúde pública*. 2008, *24*, 1304-1313.
- 20. Freire, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática pedagógica*. São Paulo: Paz e Terra. 1996, 165.
- 21. Nogueira, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica "universalista" ea dimensão social "comunitarista". *Interface Comunic, Saúde, Educ.* 2002, *6*, 91-93.
- 22. Tomaz, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói", *Interface Comun Saúde Educ*. 2002, *6*, 75-94.
- 23. Lopes, D. M. Q.; Beck, C. L. C.; Prestes, F. C.; Weiller, T. H.; Colomé, J. S.; da Silva, G. M. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer-sofrimento no trabalho: estudo qualitativo, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012, *46*, 633-640.
- 24. Ferraz, L.; Aerts, D. R. G. d. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Cienc saude coletiva*. 2005, 10, 347-355.
- 25. Araújo, M. R. N.; Assunção, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças, *Rev Bras Enferm*. 2004, 57, 19-25.
- 26. Merhy, E. E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In *Merhy, EE; Onocko, R Agir em saúde: Um desafio para o público* (Hucitec (ed.)). São Paulo., 2002, 71-112.
- 27. Rosa, W. A. G.; Labate, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assitência., *Rev Latino-Amerciana de Enfermagem*. 2005, 13, 1027-1034.
- 28. Santana, J. C. B.; Vasconcelos, A. L. d.; Martins, C. V.; Barros, J. V. d.; Soares, J. M.; Dutra, B. S. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia da saúde da família. *Cogitare enferm.* 2009, 14.
- 29. Fortuna, C. M. Cuidando de quem cuida-notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção de vida.). Universidade de São Paulo, 2003.
- 30. Kluthcovsky, A. C. G.; Takayanagui, A. M. M.; Santos, C. B. d.; Kluthcovsky, F. A. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida, *Rev psiquiatr Rio Gd Sul.* 2007, 29, 176-183.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi desenvolvida e avaliada uma intervenção de promoção da atividade física que incluiu um processo de formação em educação profissional para ACS de uma UBS do distrito de Ermelino Matarazzo, com duração de doze horas, divididos em quatro encontros de três horas cada. Esses encontros foram realizados dentro da carga horária de trabalho das ACS e na própria UBS, fazendo uso de espaços externos para apoio a algumas atividades de vivências práticas de atividade física e também houve um acompanhamento posterior dos processos das visitas por meio de reuniões mensais. O objetivo principal do processo educativo foi tornar as ACS autônomas para a promoção da atividade física nas visitas domiciliares. Alguns adultos cadastrados pela ESF dos ACS que participaram do processo educativo foram sorteados a fim de verificar a efetividade da intervenção na mudança de comportamento para a prática de atividade física e foram comparados com usuários de outra área onde as ACS não tinham recebido a mesma intervenção. Para verificar a percepção das ACS acerca da intervenção de promoção da atividade física e buscar compreender as questões da subjetividade referentes aos processo, foram realizados dois grupos focais com parte das ACS. Complementarmente a intervenção, foi realizada uma revisão sistemática com fins em recuperar as evidências acerca de intervenções realizadas por ACS na promoção da atividade física no contexto daos cuidados primários em saúde.

Em suma, a implantação de um processo de formação em educação profissional para a promoção da atividade física no contexto da Atenção Básica em uma região de baixo nível socioeconômico não resultou em efeito para aumentar a prática de atividade física dos usuários, mas melhorou conhecimentos e empoderamento dos ACS na temática de atividade física. Nas visitas domiciliares com os usuários, as ACS orientaram/aconselharam mais a atividade física as pessoas idosas, com menor nível de escolaridade, que não trabalhavam e que possuíam ao menos um diagnóstico de hipertensão arterial ou diabetes tipo II.

Ao se dar voz para essas mulheres nos grupos focais, a factibilidade da intervenção é ressaltada ao se identificar que o saber adquirido por esse processo educativo foi visto como um instrumento/ferramenta de empoderamento tanto no contexto do trabalho em equipe quanto aos "olhos" da comunidade, além de ter representado uma possibilidade de ressignificar a prática de atividade física. Por outro lado, os processos de trabalho e os limites objetivos e subjetivos para as transformações de atitudes podem ter contribuído

para a não incorporação da promoção da atividade física na rotina do trabalho das visitas domiciliares, correspondendo aos dados quantitativos de efetividade para aumento de atividade física dos usuários que não foram confirmados. Além disso, observou-se que parte dos usuários que forma avaliados não receberam a visita de promoção da atividade física, o que também pode ter prejudicado a avaliação.

Complementarmente, o levantamento bibliográfico realizado para compor a revisão sistemática, confirma a hipótese do potencial desses profissionais atuando com a promoção da atividade física em intervenções comunitárias e intervenções realizadas principalmente em países de alta renda. O modelo de educação em saúde por meio do aconselhamento, ato essencialmente educativo, se demonstrou efetivo na mudança de comportamento para a prática de atividade física de adultos de baixo nível socioeconômico e com fatores de risco para doenças cardiovasculares e diabetes.

Diante dos achados da presente tese partir dos efeitos positivos obtidos no processo de formação dos ACS, aliado as dificuldades de se conseguir mudanças nos níveis de atividade física dos usuários, recomenda-se que sejam realizadas novas intervenções de promoção da atividade física com ACS para que modelos como este desenvolvido nesta tese sejam implementados na rotina de trabalho destes profissionais.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1. Paim JS. O que é o SUS. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012.
- 2. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Agenda do gestor municipal de saúde do estado de São Paulo. Organizando o sistema a partir da Atenção Básica. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. 1 ed. Revisada. 2010.
- 3. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 20 anos do SUS São Paulo. 2008.
- 4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília.2012.
- 5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
- 6. WHO. Global strategy on diet, physical activity and health.2002.
- 7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Série Pactos pela Saúde, volume 7. . Brasília.2006.
- 8. Brasil. Ministério da Saúde. Secre taria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS PNPIC-SUS. . Brasília.2006.
- 9. Health UDo, Services H. Community health worker national workforce study. San Antonio: Regional Center for Health Workforce Studies of the University of Texas Health Science Center. 2007.
- 10. Rosa WAG, Labate RC. Programa de Saúde da Família: a construção de um modelo de assistência. Rev Latino-am enfermagem. 2005;13(6):1027-34.
- 11. Silva JAd, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface comun saúde educ. 2002;6(10):75-83.
- 12. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes Operacionais. 1ª edição. São Paulo. Janeiro de 2015.
- 13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008.
- 14. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos e Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. . Brasília.2009.
- 15. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. The Lancet. 2012;380(9838):219-29.
- 16. Rezende LFM, Rabacow FM, Luiz OC, Matsudo VKR, Lee I-M. Effect of physical activity inactivity on major non communicable diseases and life expectancy in Brazil. Journal of physical activity & health. 2014;Prelo.
- 17. Florindo AA, Hallal PC, Moura EC, Malta DC. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública. 2009;43(Supl 2):65-73.
- 18. Hallal PC, Knuth AG, Reis RS, Rombaldi AJ, Malta DC, Iser BP, et al. Time trends of physical activity in Brazil (2006-2009). Revista brasileira de epidemiologia. 2011;14:53-60.
- 19. Florindo AA, Salvador EP, Reis RS, Guimarães VV. Percepção do ambiente e prática de atividade física em adultos residentes em região de baixo nível socioeconômico. Revista de saude publica. 2011;45(2):302-10.
- 20. Hillsdon M, Foster C, Cavill N, Crombie H, Naidoo B. Health Development Agency. The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews evidence briefing. 2005.
- 21. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Physical activity: a brief advice for adults in primary care. 2013.
- 22. Orrow G, Kinmonth A-L, Sanderson S, Sutton S. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2012;344.

- 23. Hoehner CM, Soares J, Parra Perez D, Ribeiro IC, Joshu CE, Pratt M, et al. Physical activity interventions in Latin America: a systematic review. American journal of preventive medicine. 2008;34(3):224-33. e4.
- 24. Amorim TC, Knuth AG, Cruz DKA, Malta DC, Reis RS, Hallal PC. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. Rev Bras Ativ Fis Saúde 2013 jan;18(1):63-74.
- 25. Knuth AG, Malta DC, Cruz DK, Castro AM, Fagundes J, Sardinha LM, et al. Description of the Countrywide Physical Activity Network Coordinated by the Brazilian Ministry of Health. Journal of physical activity and health. 2010;7(2):S253-S8.
- 26. Malta DC, da Silva JB. Policies to promote physical activity in Brazil. The Lancet. 2012;380(9838):195-6.
- 27. Malta D, Silva M, Albuquerque G, Amorim R, Rodrigues G, Silva T, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2014;19(3):286.
- 28. Sá TH, Florindo AA. Efeitos de um programa educativo sobre práticas e saberes de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família para a promoção de atividade física. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2012;17(4):293-9.
- 29. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde Counseling for physical activity as a health education strategy. Cad saúde publica. 2009;25(1):203-13.
- 30. Babamoto KS, Sey KA, Camilleri AJ, Karlan VJ, Catalasan J, Morisky DE. Improving diabetes care and health measures among hispanics using community health workers: results from a randomized controlled trial. Health Educ Behav. 2009 Feb;36(1):113-26.
- 31. Balcázar H, Alvarado M, Hollen ML, Gonzalez-Cruz Y, Pedregón V. Evaluation of Salud Para Su Corazón (Health for your Heart) -- National Council of La Raza Promotora Outreach Program. Prev Chronic Dis. 2005 2005/06PY 2005;2(3):A09-A.
- 32. Ruggiero L, Oros S, Choi YK. Community-Based Translation of the Diabetes Prevention Program's Lifestyle Intervention in an Underserved Latino Population. Diabetes Educator. 2011 Jul-Aug;37(4):564-72.
- 33. Staten LK, Scheu LL, Bronson D, Pena V, Elenes J. Pasos Adelante: the effectiveness of a community-based chronic disease prevention program. Prev Chronic Dis. 2005 Jan;2(1):A18.
- 34. Comellas M, Walker EA, Movsas S, Merkin S, Zonszein J, Strelnick H. Training community health promoters to implement diabetes self-management support programs for urban minority adults. Diabetes Educ. 2010 Jan-Feb;36(1):141-51.
- 35. Folta SC, Lichtenstein AH, Seguin RA, Goldberg JP, Kuder JF, Nelson ME. The StrongWomen-Healthy Hearts program: reducing cardiovascular disease risk factors in rural sedentary, overweight, and obese midlife and older women. Am J Public Health. 2009 Jul;99(7):1271-7.
- 36. Gomes MdA, Duarte MdFdS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa Ação e Saúde Floripa-BRASIL. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2008;13(1):44-56.
- 37. Andrade DR, Costa EF, Ribeiro EHC, Salvador EP, Garcia LMT, Florindo AA. do diagnóstico à ação: A experiência da pesquisa Ambiente Ativo na promoção da atividade física em ermelino Matarazzo, na zona leste de são Paulo, sP. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2013;17(3):235-8.
- 38. Florindo AA, Salvador EP, Reis RS. Physical activity and its relationship with perceived environment among adults living in a region of low socioeconomic level. J Phys Act Health. 2013;10(4):563-71.

- 39. Florindo AA, Costa EF, Sá TH, Santos TI, Verlardi M, Andrade DR. Physical activity promotion in Primary Health Care in Brazil: a couseling model applied to Community Health Workers. Journal Physical Activity and Health. 2014;11:1531-9.
- 40. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fundação Seade. São Paulo: Instituto Geográfico e Cartográfico IGC, da Secretaria de Economia e Planejamento do Governo do Estado de São Paulo. [cited 2014 03/10/2014]; Available from: http://www.seade.gov.br/produtos/distritos/index.php?page=tabela.
- 41. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo: Coordenação de Epidemiologia e Informação CEINFO [cited 2012 03/10/2014]; Available from: http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao/TabelaEstabServCRS.pdf.
- 42. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo: Coordenação de Epidemiologia e Informação CEINFO: 2014; [cited 03/10/2014]; Available from:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/Ermelino Matarazzo.pdf.

- 43. Sallis JF, Owen N. Ecological models. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. Health behavior and health education Theory, research and practice. 2 ed. San Francisco.1997. p. 403-24.
- 44. Sallis JF, Cervero RB, Ascher W, Henderson KA, Kraft MK, Kerr J. An ecological approach to creating active living communities. Annu Rev Public Health. 2006;27:297-322.
- 45. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American psychologist. 1992;47(9):1102.
- 46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde. Brasília.2009.
- 47. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc saúde coletiva. 2005;10(4):975-86.
- 48. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. Addictive behaviors. 1982;7(2):133-42.
- 49. Burbank PM, Padula CA, Nigg CR. Changing health behaviors of older adults. Journal of Gerontological Nursing. 2000;26(3):26-33; quiz 52-3.
- 50. Prochaska JO, Marcus BH. The transtheoretical model: applications to exercise. In: Dishman RK, editor. Advances in exercise adherence. Champaign, I.L.1994. p. 181-90.
- 51. Marcus BH, Forsyth L. Motivating people to be physically active: Human Kinetics; 2003.
- 52. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB Manual dos sistema de informação de Atenção Básica. 2003.
- 53. Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde humanas e sociais: Edusp; 1999.
- 54. Florindo AA, Guimarães VV, Galvao Cesar CL, de Azevedo Barros MB, Goi Porto Alves MC, Goldbaum M. Epidemiology of leisure, transportation, occupational, and household physical activity: prevalence and associated factors. Journal of physical activity & health. 2009;6(5):625.
- 55. Costa EF, Salvador EP, Guimarães VV, Florindo AA. Atividade física em diferentes domínios e sua relação com a escolaridade em adultos do distrito de Ermelino Matarazzo, zona leste de São Paulo, sP. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2010;15(3):151-6.
- 56. Salvador EP, Florindo AA, Reis RS, Costa EF. Perception of the environment and leisure-time physical activity in the elderly. Revista de saude publica. 2009;43(6):972-80.
- 57. Garcia LMT, Osti RFI, Ribeiro EHC, Florindo AA. Validação de dois questionários para a avaliação da atividade física em adultos. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2013;18(3):317.

- 58. de Matos Malavasi L, da Silva Duarte MdF, Both J, Reis RS. Escala de mobilidade ativa no ambiente comunitário—news Brasil: retradução e reprodutibilidade. Rev bras cineantropom desempenho hum. 2007;9(4):339-50.
- 59. Reis MSd, Reis RS, Hallal PC. Validity and reliability of a physical activity social support assessment scale. Revista de Saúde Pública. 2011;45(2):294-301.
- 60. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 61. Minayo MCS. O desafio do conheicmento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ACS Grupo Intervenção

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais - Intervenção)

O senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo: "Estudo de intervenções para a promoção das atividades físicas no Sistema Único de Saúde pela Estratégia de Saúde da Família", de responsabilidade do pesquisador Alex Antonio Florindo. O objetivo desta pesquisa será avaliar os resultados de um programa de orientação para aumentar o nível de atividade física dos moradores deste bairro atendidos pelo SUS.

O senhor(a) receberá um curso de qualificação para orientação sobre atividade física e saúde incluindo conceitos de atividade física, barreiras para a prática e como orientar as pessoas para que elas possam adotar este hábito no seu dia-a-dia. Apos a qualificação, o senhor(a) deverá oferecer orientações para as pessoas atendidas pela Estratégia de Saúde da Família sobre a prática de atividades físicas ao longo de quatro visitas domiciliares de rotina, bem como entregar materiais educativos impressos sobre a prática de atividades físicas. O senhor(a) também deverá responder, antes e ao final do curso de capacitação, questionários que irão verificar os seus conhecimentos em atividade física, bem como alguns dados de saúde do(a) senhor(a) como outros hábitos de saúde como tabagismo, consumo de alcool e a sua propria prática de atividade física, possíveis barreiras para a praticar atividades físicas e a sua percepção do ambiente onde o(a) senhor(a) mora. aplicado por um entrevistador em uma das salas da Unidade Básica de Saúde onde o(a) senhor(a) trabalha. Caso o(a) senhor(a) sinta qualquer desconforto em respondê-lo, providenciaremos outro local ou horário.

O(A) senhor(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O(A) senhor(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação, a qualquer momento. A sua participação é voluntaria e a recusa em participar não retira do(a) senhor(a) qualquer benefício na sua atuação profissional pela Unidade Básica de Saúde. O(A) senhor(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo e seus dados serão confidenciais. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto ao pesquisador e a outra será entregue ao senhor(a). A sua participação no estudo não acarretará em custos e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Em caso de duvidas, o senhor(a) podera entrar em contato com o professor Alex Antonio Florindo ou com o aluno Thiago Hérick de Sá no telefone (11) 3091-8157. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – CEP/SMS, rua General Jardim, 36 – 8° andar, Fone: 3397-2464, e-mail: smscep@gmail.com.

		, declaro que
ticipar des	se estudo.	
	Assimatore de ACC Valuntária	
	Assinatura do ACS voluntario	MAFA
	Assinatura da Basavisador	Pro Dr Alex Antonio Florindo RG: 20.073.367
de	de 20	EACH - USP
		Assinatura do ACS Voluntário Assinatura do Pesquisador de de 20

Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ACS Grupo Controle

ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ACS Controle)

O senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo: "Estudo de intervenções para a promoção das atividades físicas no Sistema Único de Saúde pela Estratégia de Saúde da Família", de responsabilidade do pesquisador Alex Antonio Florindo. O objetivo desta pesquisa será avaliar os resultados de um programa de orientação para aumentar o nível de atividade física dos moradores deste bairro atendidos pelo SUS.

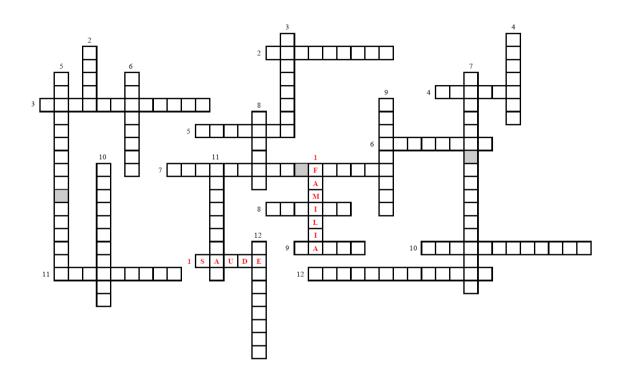
O senhor(a) deverá responder a questionários que irão verificar os seus conhecimentos em atividade física, bem como alguns dados de saúde do(a) senhor(a) como outros hábitos de saúde como tabagismo, consumo de álcool e a sua própria prática de atividade física, possíveis barreiras para a praticar atividades físicas e a sua percepção do ambiente onde o(a) senhor(a) mora. Estes questionários serão aplicados duas vezes com intervalo de aproximadamente 1 mês, por um entrevistador em uma das salas da Unidade Básica de Saúde onde o(a) senhor(a) trabalha. Caso o(a) senhor(a) sinta qualquer desconforto em respondê-lo, providenciaremos outro local ou horário.

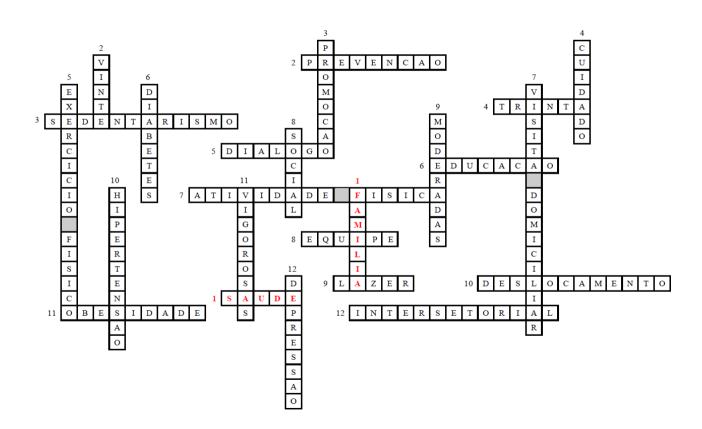
O(A) senhor(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O(A) senhor(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação, a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não retira do(a) senhor(a) qualquer benefício na sua atuação profissional pela Unidade Básica de Saúde. O(A) senhor(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo e seus dados serão confidenciais. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto ao pesquisador e a outra será entregue ao(a) senhor(a). A sua participação no estudo não acarretará em custos e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Após o período da pesquisa, um curso de qualificação para orientação sobre atividade física será oferecido ao senhor(a). O(A) senhor(a) também não é obrigado(a) a participar deste curso de qualificação e a recusa em participar desta curso também não retira do(a) senhor(a) qualquer benefício na sua atuação profissional pela Unidade Básica de Saúde.

Em caso de dúvidas, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o professor Alex Antonio Florindo ou com o aluno Thiago Hérick de Sá no telefone (11) 3091-8157. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – CEP/SMS, rua General Jardim, 36 – 8° andar, Fone: 3397-2464, e-mail: smscep@gmail.com.

Eu,			, declaro que
concordo em pa	rticipar desse	e estudo.	
		Assinatura do ACS Voluntário	
		Assinatura do Pesquisador	
São Paulo,	de	de 20 .	

Anexo 3 – Palavras Cruzadas utilizada no primeiro encontro com as ACS





Horizontal

assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes atuam com ações de
da comunidade. 3- Determinar os fatores de risco para diversas doenças é uma medida essencial para preveni-las. O é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares.
4- A recomendação mais atual para a prática de atividades físicas para a saúde é que todas as pessoas devem acumular minutos de atividades físicas moderadas em pelo menos cinco vezes por semana.
5- É necessário que haja sempre entre os profissionais das equipes de saúde (interequipe), bem como com os usuários, pois partimos do princípio de que no processo de educação em saúde, trabalhamos na perspectiva de que cada ator/indivíduo é portador de um saber, que jamais deve ser deslegitimado pelos profissionais de saúde. Possibilitando, assim, a construção da autonomia e da responsabilidade dos sujeitos no cuidado com a saúde, por meio da transformação dos saberes.
6- As famílias e pessoas do seu território devem ser acompanhadas por meio da visita domiciliar, na qual se desenvolvem ações de em saúde.
7 é todo movimento com intenção de realizá-lo, que provoca gasto energético e que melhora nossa saúde e bem-estar.
8- O trabalho em, embora não seja exclusividade da Estratégia Saúde da Família, representa um dos seus principais pilares sendo fundamental para uma boa organização da atenção básica.
9- A atividade física de é aquela que é realizada no tempo livre, a qual faz parte da vida dos seres humanos, pois é um dos requisitos da vida, que proporciona prazer, liberdade, sensação de bem estar entre outros benefícios.
10- Do ponto de vista da Saúde Pública, é essencial estimular a prática das atividades físicas realizadas como forma de, pois esse tipo de atividade física é muito importante para se atingir as recomendações para a saúde.
11- Nas diversas etapas do seu desenvolvimento, o organismo humano é o resultado de diferentes interações entre o seu patrimônio genético (herdado de seus pais e familiares), o ambiente socioeconômico, cultural e educativo e o seu ambiente individual e familiar. A é o resultado de diversas dessas interações. No entanto, o efeito acumulativo de gordura nas células, geralmente, decorre de um consumo de alimentos maior do que a demanda de gasto energético, para atividades diárias.
12- O compromisso o setor saúde na articulação é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade e devendo compor suas agendas. Essas

ações implicam a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida.

Vertical

2- Também é possível atingir a recomendação para a prática de atividades físicas acumulando minutos de atividades físicas vigorosas em pelo menos três vezes por semana.
3- A Política Nacional de da Saúde tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes: modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.
4- Buscar quais são as necessidades do corpo e da mente, melhorar o estilo de vida, evitar hábitos nocivos, abandonar o sedentarismo, adotar uma alimentação saudável, conhecer e controlar os fatores de risco que levam às doenças, adotar medidas de prevenção de doenças. Todas essas ações visam à melhoria da qualidade de vida e demonstram consigo mesmo e com as demais pessoas que convivemos, uma vez que somos capazes de aconselhar e estimular a mudança de hábitos dos nossos familiares, amigos e usuários cadastrados.
5- Qualquer atividade física desde que planejada, com objetivos, metas, procedimentos e periodicidade pré-estabelecidos é considerada um
6- A doença que acontece quando o organismo produz pouca ou nenhuma insulina (hormônio responsável pela redução da taxa de glicose no sangue, fazendo com que o corpo adoeça é conhecida como
7- A
8- O convívio foi e continua a ser decisivo para o desenvolvimento da humanidade. As atividades coletivas fortalecem esse convívio modificando o comportamento dos indivíduos envolvidos, como resultado do contato e da comunicação.
9- Caminhar, pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, musculação, ginástica, dançar, vôlei, basquete, tênis, são exemplos de atividades físicas de intensidade Estas atividades necessitam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte que o normal.
10- Se há uma doença cujo diagnóstico é fácil e o tratamento não depende de grandes tecnologias, mas apenas do envolvimento e compromisso dos profissionais de saúde e

dos próprios pacientes, ela se chamapressão que o sangue exerce nas paredes das artérias para se movimenticando acima dos valores considerados normais.	= =
11- As atividades físicas de intensidadenecessitam de um grande esforço físico e que fazem a pessoa respira que o normal. São exemplos desse tipo de atividade: correr, pedalar ou	r muito mais forte
12- Aé um problema psiquiátrico e psicoló	gico caracterizado
pela perda de prazer nas atividades diárias, apatia, alterações cognitiv	vas, psicomotoras,
alterações do sono, alterações do apetite, redução do interesse sexual, 1	retraimento social,
ideação suicida e prejuízo funcional significativo.	

Anexo 4 – Guia de visita domiciliar



UNIVERSIDADE DE SAO PAULO Escola de Artes, Ciências e Humanidades EACH-USP/Leste



Página na internet: www.each.usp.br/ambienteativo

Endereço eletrônico: ambienteativo@gmail.com
"Estudo de intervenções para a promoção das atividades físicas no Sistema Único de Saúde pela Estratégia de Saúde da Família no distrito de Ermelino Matarazzo da Zona Leste do Município de São Paulo"

ORIENTAÇÕES PARA VISITA DOMICILIAR (FLUXOGRAMA) PROMOÇÃO DAS ATIVIDADES FÍSICAS NO LAZER E COMO FORMA DE DESLOCAMENTO

O que significa atividade física para você? Representação da atividade

Por meio da escuta qualificada, compreender quais são as referências e o que significa atividade física para a pessoa. Poderão surgir diversas possibilidades positivas ou negativas: desde relatos de brincadeiras vivenciadas na infância, nas aulas de educação física escolar, esportivas, lazer, trabalho, atividade doméstica, como até nenhum relato, nenhuma identificação por parte da pessoa em experimentar atividades físicas. Somos nós que criamos, dependendo do imaginário e da história de vida de cada um, o significado para cada uma das nossas vivências.

Faz atividade física?

Partindo dos conceitos discutidos no curso, saber se a pessoa pratica ou não atividades físicas. Lembre-se que atividade física é todo e qualquer movimento com intenção de realizá-lo, que provoca gasto energético e que melhora nossa saúde e bem-estar. A partir dessa definição, é importante relembrarmos quais são as possibilidades que temos para realizar atividades físicas considerando cada domínio como lazer e deslocamento.

SIM

Caso a pessoa responda que pratica atividades físicas, verificar se ela atinge a recomendação mínima para a saúde. Lembrete: mínimo de 150 minutos na semana de atividades físicas moderadas, que poderão ser distribuídas em 30 minutos por dia ao menos 5 dias na semana em 2 sessões de 15 minutos ou em 3 sessões de 10 minutos cada.

Atinge a recomendação!

Estratégias de manutenção!

Esta é uma pessoa que merece ser estimulada a continuar suas atividades físicas. Podemos conversar acerca das possibilidades e estratégias para manter e, quem sabe, ampliar as suas vivências. Sendo possível estimulá-la a sensibilizar e aconselhar familiares, colegas e vizinhos, a praticarem atividades físicas no lazer ou como forma de deslocamento a partir de suas experiências pessoais. Informar sobre os grupos de atividade física que acontecem no território da URS.

Não atinge a recomendação!

O que impede? (barreiras)

Dialogar e refletir com a pessoa quais são as barreiras/motivos para não atingir as recomendações. Não julgue ou discrimine o motivo pelo qual a pessoa não atinge as recomendações. Lembre-se que esta pessoa já pratica atividades físicas, o que já a deixa em vantagem quando comparada com as pessoas que ainda não praticam nenhuma atividade física no lazer ou como deslocamento. Nesses casos, precisamos ser bem compreensivos e estimular a pessoa para atingir as recomendações mínimas com possibilidades e opções factíveis.



UNIVERSIDADE DE SAO PAULO Escola de Artes, Ciências e Humanidades EACH-USP/Leste



Página na internet: www.each.usp.br/ambienteativo

Endereco eletrônico: ambienteativo@gmail.com
"Estudo de intervenções para a promoção das atividades físicas no Sistema Unico de Saúde pela Estratégia de Saúde da Família no distrito de Ermelino Matarazzo da Zona Leste do Município de São Paulo"

NÃO

Caso a pessoa responda que não pratica atividades físicas, verificar se ela tem ou não a intenção de começar a praticar.

Não tem intenção em começar!

Quando uma pessoa refere que **não tem** intenção de iniciar atividades físicas, devemos respeitar sua decisão, mas sem deixar de cumprir nosso compromisso de educadoras em saúde. Com este tipo de pessoa o mais importante, em um primeiro momento, é manter um diálogo, ir descobrindo aos pouquinhos porque ela não tem intenção de começar a praticar atividade física. Muito provavelmente, ela nos dirá que já conhece todos os benefícios e sabe que deveria praticar algum tipo de atividade física, e é aqui que apresentaremos o nosso discurso e diálogo diferenciado, enfocando o próximo item.

Resgatar as experiências anteriores com a atividade física, esporte e exercício

Uma das possibilidades de dialogar com pessoas resistentes a qualquer mudança de hábito é, antes de mais nada, escutar o que ela tem para nos dizer, sem julgamento de valores pessoais. Assim, conseguimos nos aproximar e criar vínculos que nos possibilitarão, quem sabe, num próximo contato, progredir um pouco mais para atingir o nosso objetivo.

Tem intenção em começar!

Devemos compreender quais são as dificuldades para agir, uma vez que a intenção em iniciar já existe.

O que impede? (barreiras)

Devemos, agora, refletir com a pessoa quais são as barreiras que a impede de praticar atividades físicas. Após, pensadas algumas possibilidades devemos estimulá-la e encorajá-la, através de aconselhamentos que poderão ser convites para grupos já existentes na UBS para conhecer e experimentar vivências corporais ou em outros locais do bairro.

Apresentar locais para a prática!

Muitas vezes, não basta só aconselharmos a prática de atividades físicas, precisamos ter em mãos um "menu" de oportunidades para oferecer para as pessoas. Reforçar os locais como Clube Escola, Grupos já existentes na UBS, CEU, Escola da Família, entre outros.

Atividades Físicas no Lazer: atividades físicas realizadas no tempo livre como forma de recreação, esporte, exercício ou lazer. Exemplos: caminhada, pedalar, dançar, jogar bola, ginástica, musculação, vôlei, basquete, tênis, dança circular, liao gong, xian gong, tai chi, entre outros.

<u>Atividades Físicas de Deslocamento</u>: referem-se a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro, incluindo seu trabalho, escola, mercado, igreja, loja e outros.

Anexo 5 – Folder Onde Podemos Praticar Atividade Física

Endereços públicos em Ermelino Matarazzo para praticar atividade física:

CEU Quintas do Sol Rua Luiz Imparato, 564

CDC Areão de Vila Cisper Rua Barra de Santa Rosa com a Rua Caiçara do Rio dos Ventos, s/nº

CDC Ayrton Senna da Silva Av. Jaime Torres, 930

CDC Benedicto Ramos Rodrigues Rua Dr. Venâncio de Oliveira Lisboa, 242

CDC Danúbio Jardim Matarazzo (Clube Escola) Travessa Lírio da Paz, s/nº

CDC Délio de Carvalho (Clube Escola) Rua Antônio Pedro Ceara, 18

CDC Ermelino Matarazzo Rua Reverendo João Euclides Pereira, 08

CDC Flor do Burgo Paulista Rua Bartolomeu Belland, 02

CDC Jardim Penha Rua Jacome Teles de Menezes, 822

CDC Vinte e Nove de Junho (Clube Escola) Rua Saul de Camargo Neves, 49

UBS Vila Cisper Rua Wenceslau Guimarães, s/nº

UBS Pedro de Souza Campos Rua Paulo Bifano Alves, 764

Parque Linear de Ermelino Matarazzo Rua Professor Antonio de Castro Lopes

Parque Ecológico do Tietê Rodovia Ayrton Senna, km 17

ACUMULE PELO MENOS 30 MINUTOS DE ATIVIDADE FÍSICA POR DIA!



Ambiente Ativo 11 3091-8157 www.each.usp.br/ambienteativo ambienteativo@gmail.com



Anexo 6 – Folder Como Podemos Praticar Atividade Física

ATIVIDAI SENTIMEN	CÊ CONSEGUIU RE DE, ESCREVA QUA ITOS. É MUITO IMP DADES QUE TRAZI	IS FORAM OS SEUS PORTANTE PRATICAR	ACUMULE PELO MENOS 30 MINUTOS DE ATIVIDADE	COMO PODEMOS PRATICAR
Período	Qual foi a atividade física realizada?	Quais foram os seus sentimentos?	FÍSICA POR DIA!	ATIVIDADE FÍSICA?
Segunda				
Terça				
Quarta			EACH Scholage of Humanidades	Ambiente Ativo
Quinta			Conventionable Car cook made	
Sexta				
Sábado			Ambiente Ativo 11 3091-8157	
Domingo			www.each.usp.br/ambienteativo ambienteativo@gmail.com	

Anexo 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Usuários Grupo Intervenção

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo Intervenção)

O senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo: "Estudo de intervenções para a promoção das atividades físicas no Sistema Único de Saúde pela Estratégia de Saúde da Familia", de responsabilidade do pesquisador Alex Antonio Florindo. O objetivo desta pesquisa será avaliar os resultados de um programa de orientação para aumentar a prática de atividades físicas dos moradores deste bairro atendidos pelo SUS.

O senhor(a) receberá, ao longo de seis meses, quatro visitas domiciliares de rotina do agente comunitário de saúde, que vai lhe oferecer orientações sobre os benefícios da prática de atividades físicas, bem como possíveis locais adequados para a prática na sua região. Além disso, o senhor(a) receberá, ao longo destes seis meses, materiais educativos impressos sobre a prática de atividades físicas. A coleta de dados será realizada antes, logo após todas as orientações e seis meses após o término de todas as orientações. Nestas coletas, o(a) senhor(a) será perguntado sobre sua prática de atividades físicas e possíveis barreiras para a prática. Caso o senhor sinta qualquer desconforto em respondê-lo, providenciaremos outro local ou horário.

O(A) senhor(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O(A) senhor(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação, a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não retira do senhor(a) qualquer benefício no atendimento prestado pelo posto de saúde. O(A) senhor(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo e seus dados serão confidenciais. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto ao pesquisador e a outra será entregue ao Sr(a). A sua participação no estudo não acarretará em custos e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Em caso de dúvidas, o senhor(a) poderá entrar em contato com o professor Alex Antonio Florindo ou o aluno Thiago Hérick de Sá no telefone (11) 3091-8157. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – CEP/SMS, rua General Jardim, 36 – 8° andar, Fone: 3397-2464, e-mail: smscep@gmail.com.

Eu,			, declaro que
concordo em pa	rticipar dess	se estudo.	
		Assinatura do Voluntário	
		Assinatura do Pesquisador	
São Paulo,	de	de 20 .	

Anexo 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Usuários Grupo Controle

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo Controle)

O senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo: "Estudo de intervenções para a promoção das atividades físicas no Sistema Único de Saúde pela Estratégia de Saúde da Família", de responsabilidade do pesquisador Alex Antonio Florindo. O objetivo desta pesquisa será avaliar os resultados de um programa de orientação para aumentar o nível de atividades físicas dos moradores deste bairro atendidos pelo SUS.

O senhor(a) receberá três visitas (antes do início da pesquisa, seis meses depois e doze meses depois) de um entrevistador para coleta de dados por meio de questionários, na sua própria casa. Nestas coletas, o(a) senhor(a) será perguntado sobre sua prática de atividades físicas e possíveis barreiras para a prática. Caso o senhor sinta qualquer desconforto em respondê-lo, providenciaremos outro local ou horário.

O(A) senhor(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O(A) senhor(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação, a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não retira do senhor(a) qualquer benefício no atendimento prestado pelo posto de saúde. O(A) senhor(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo e seus dados serão confidenciais. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto ao pesquisador e a outra será entregue ao Sr(a). A sua participação no estudo não acarretará em custos e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Em caso de dúvidas, o senhor(a) poderá entrar em contato com o professor Alex Antonio Florindo ou o aluno Thiago Hérick de Sá no telefone (11) 3091-8157. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – CEP/SMS, rua General Jardim, 36 – 8° andar, Fone: 3397-2464, e-mail: smscep@gmail.com.

Eu,			, declaro que
concordo em pa			
		Assinatura do Voluntário	
		Assinatura do Pesquisador	
São Paulo	de	de 20	

Anexo 9 – Questionário

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH)





Pesquisa "Estudo de intervenções para a promoção das atividades físicas no Sistema Único de Saúde pela Estratégia de Saúde da Família no distrito de Ermelino Matarazzo da Zona Leste do Município de São Paulo"

Nome:				01. Questionário:	:
02. UBS:	03. Årea:	04. Microárea:	05. Família:	05. Data da entrevista:	1 1
		ATIVID	ADE FÍSICA		
					BLOCO
Agora vemes	oonwaraar oobro	una atividadaa fiaisa	a da dia a dia		
_		suas atividades física			
Seçao 1 - A I	IVIDADES FISICA	AS DE DESLOCAME	ENTO:		
seu trabalho,				alar para ir de um lugar a o vidades físicas que o(a) sr.(
		emana, o(a) sr.(a) ando dalar por lazer ou exer		elo menos 10 minutos contí	inuos para ir d
					d
				nenhum (PULE PARA A	QUESTÃO B
					NS/NR
B 02. Nos dias	em que o(a) sr.(a) p	edalou para ir de um lu	gar a outro, no total.	quanto tempo gastou por dia	?
	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		,	horas e/ou	
					NS/NR -
	s dias da última sema la por lazer ou exerc		or pelo menos 10 min	utos contínuos para ir de um lu	
					d
			nenhum (SE NENHUM	TAMBÉM NA QUESTÃO B 01 PU	
		'		UÊNCIA SEMANAL NA B 01 PUL	
			ALGORIA I REG	OCHOIA SCHIANAC NA B VI I OC	NS/NR
	em que o(a) sr.(a) o s por lazer ou exe		lugar a outro, no tota	al, quanto tempo gastou por d	
				horas e/ou_	minu
					NS/NR
B 05. Por que o	(a) sr.(a) não costu	ma se deslocar de um lo	ocal para outro atravé	és de bicicleta ou caminhada?	

Seção 2 - ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E LAZER:

As próximas perguntas se referem às atividades físicas que o(a) sr.(a) fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente naquelas atividades físicas que o(a) sr.(a) fez por pelo menos 10 minutos contínuos. Não inclua atividades que já tenha citado.

B 06. Sem contar qualquer caminhada que o(a) sr.(a) já tenha citado anteriormente, na última semana o(a) sr.(a) fez caminhada no seu tempo livre por recreação, esporte, exercício ou lazer por pelo menos 10 minutos contínuos?

sim - 1

			sım - 1
	não (PULE	PARA QUEST	ГÃО В 15) - 2
B 07. Sem contar qualquer caminhada que o(a) sr.(a) já tenha citado an semana o(a) sr.(a) caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre			
			NS/NR - 9
B 08. Nos dias em que o(a) sr.(a) caminhou no seu tempo livre, quanto tempo o(a)	sr.(a) gastou	por dia?	
		horas e/ou	minutos
			NS/NR - 9
B 09. Onde o(a) sr.(a) realizou esta caminhada?			
B 10. Há quanto tempo o(a) sr.(a) vem fazendo esta caminhada (semanas, meses ou an	os)?		
B 11. Em qual horário o(a) sr.(a) costuma fazer esta caminhada?			
b 11. Em quariorano o(a) si.(a) costama razor esta camininada:		manhã:	1
		tarde:	2
		noite:	3
B 12. Qual é o seu principal objetivo ao realizar esta caminhada?			
			saúde - 1
			estética - 2 ação/lazer - 3
			•
	outros:		4
B 13. O(A) sr.(a) teve recomendação de algum profissional para iniciar esta atividade?			
sim - Qual?			1
			não - 2
B 14. O(A) sr.(a) tem orientação/supervisão de algum profissional de saúde para realizar	esta atividade	?	
sim - Qual?			1
			não - 2
B 15. Na última semana o(a) sr.(a) fez atividades físicas moderadas no seu te contínuos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, musculação			
continuos, como pedarar ou nadar a vercerdado regular, jogar bela, musediayar	o, ginastica, i	voici, basquet	sim - 1
	não (PULE	PARA QUEST	
	(, -
B 16. Se sim, quais foram estas atividades?			
B 16A:B 16B:	B 16C:		
B 17. Em quantos dias da última semana o(a) sr.(a) fez esta(s) atividade(s) física(s	s) moderada(s	s) no seu temp	o livre?
		B 17/	۸:dias
			NS/NR - 9
		B 7B	:dias
			NS/NR - 9
		B 17	C:dias

B 18. Nos dias em que o(a) sr.(a) fez este(s) tipo(s) de atividad por dia?	le(s) moderada(s), quanto	tempo no total o(a) sr.(a) gas	tou
por dia:	B 18A:	horas e/ouminu NS/NR	
	B 18B:	horas e/ouminu	utos
		NS/NR	l - 9
	B 18C:	horas e/ouminu	utos
	_	NS/NR	l - 9
Caso a pessoa tenha feito apenas uma atividade moderada	, PULE PARA A QUESTÃ	O B 20.	
B 19. Destas atividades moderadas que o(a) sr.(a) praticou, qua	l o(a) sr.(a) considera com	o principal?	-
B 20. Pensando nesta principal, em qual horário o(a) sr.(a) cost	tuma fazer esta atividade n	noderada? manhã:	- 1
		tarde:	
		noite:	3
B 21. Em que local o(a) sr.(a) costuma praticar esta atividade mode local de trabalho, PULE PARA B 23.)	rada? (Caso esta prática s	eja em casa, no condomínio o	ou
B 22. Como o(a) sr.(a) se desloca para chegar até este local?			
D 22. Contro o(a) st.(a) se destoca para enegar are este rocar:		carro/moto) - 1
		ônibus/metrô/trem	1 - 2
		caminhando) - 3
P. 22 Quanto tamano a/a) ar /a) lava para abagar pasta lasal?		de bicicleta	1 - 4
B 23. Quanto tempo o(a) sr.(a) leva para chegar neste local?			
		horas e/ouminu NS/NR	
B 24. Há quanto tempo o(a) sr.(a) vem fazendo esta atividade mo	oderada (semanas, meses o		9
B 25. Qual é o seu principal objetivo ao realizar esta atividade mo		,	-
		saúde	. 1
		estética	
		recreação/lazer	r - 3
	outros:		- 4
B 26. O(A) sr.(a) teve recomendação de algum profissional para inic	ciar esta atividade?		
Si	im - Qual?		
		não	-2
B 27. O(A) sr.(a) tem orientação/supervisão de algum profissional d	•		
si	im - Qual?		
		nac	0-2
B 28. Na última semana, o(a) sr.(a) fez atividades físicas v contínuos como correr, nadar rápido, pedalar rápido?	igorosas no seu tempo li		
			1 - 1
questões B 06 e B 15. Caso SEJA NÃO NAS DUAS, PULE	PARA A QUESTÃO B 41; o	não - 2 (Ve caso seja SIM na B 06 OU na B PULE PARA A SEÇÃO	15.

	idade(s) fisica(s) vigor		
menos 10 minutos contínuos?		B 30	A:dias
			NS/NR - 9
		B 30	B:dias
			NS/NR - 9
		B 30	C:dias
			NS/NR - 9
B 31. Nos dias em que o (a) sr.(a) fez este(s) tipo(s) de atividade(s) o(a) sr.(a) gastou por dia?	vigorosa(s) no seu te	empo livre, quanto te	mpo no total
	B 31A-	horas e/ou	minutos
	B 31A	noras e/ou	NS/NR - 9
			NS/NIX - 5
	B 31B:	horas e/ou	minutos
	5 0 15. <u></u>		NS/NR - 9
	B 31C:	horas e/ou	minutos
			NS/NR - 9
Caso a pessoa tenha feito apenas uma atividade vigorosa, PULE	PARA A QUESTÃO	B 33.	
B 32. Destas atividades vigorosas que o(a) sr.(a) praticou, qual o(a) s	r.(a) considerada com	o principal?	
B 33. Pensando nesta principal, em qual horário o(a) sr.(a) costuma	razer esta atividade v	-	
		manhã:	
		tarde:	
		noite:	3
B 34. Em que local o (a) sr.(a) costuma praticar esta atividade vigorosa? local de trabalho, PULE PARA B 37.)	(Caso esta prática se	eja em casa, no cond	lomínio ou
B 35. Como o (a) sr.(a) se desloca para chegar até este local?			
			carro/moto - 1
			carro/moto - 1 metrô/trem - 2
		ônibus/	
B 36. Quanto tempo o (a) sr.(a) leva para chegar neste local?		ônibus/ ca	metrô/trem - 2
B 36. Quanto tempo o (a) sr.(a) leva para chegar neste local?		ônibus/ ca	metrô/trem - 2 aminhando - 3 de bicicleta - 4
B 36. Quanto tempo o (a) sr.(a) leva para chegar neste local?		ônibus/ ci	metrô/trem - 2 aminhando - 3 de bicicleta - 4
B 36. Quanto tempo o (a) sr.(a) leva para chegar neste local? B 37. Há quanto tempo o(a) sr.(a) vem fazendo esta atividade vigorosa	 a (semanas, meses ou	ônibus/ ci (horas e/ou	metrô/trem - 2 aminhando - 3 de bicicleta - 4 minutos NS/NR - 9
		ônibus/ ci (horas e/ou	metrô/trem - 2 aminhando - 3 de bicicleta - 4 minutos NS/NR - 9
B 37. Há quanto tempo o(a) sr.(a) vem fazendo esta atividade vigorosa		ônibus/ ci (horas e/ou	metrô/trem - 2 aminhando - 3 de bicicleta - 4 minutos NS/NR - 9
B 37. Há quanto tempo o(a) sr.(a) vem fazendo esta atividade vigorosa		ônibus/ ci (horas e/ou	metrô/trem - 2 aminhando - 3 de bicicleta - 4 minutos NS/NR - 9
B 37. Há quanto tempo o(a) sr.(a) vem fazendo esta atividade vigorosa		onibus/ci	metrô/trem - 2 aminhando - 3 de bicicleta - 4minutos NS/NR - 9 saúde - 1

B 39. O(A) sr.(a) teve recomendação de algum profissional para iniciar esta atividade?
sim - Qual?
não -
B 40. O(A) sr.(a) tem orientação/supervisão de algum profissional de saúde para realizar esta atividade?
sim - Qual?(PULE PARA SEÇÃO 3) -
não (PULE PARA SEÇÃO 3) -
B 41. Por que o(a) sr.(a) não costuma praticar nenhuma atividade física no lazer como caminhada, atividades moderadas o
atividades vigorosas?
B 42. O(A) sr.(a) pretende se tornar ativo(a) nos próximos seis meses?
sim - 1
não (PULE PARA SEÇÃO 3) - 2
illo (i oce i Alla oceano o) - 2
B 43. O(A) sr.(a) pretende se tornar ativo(a) nos próximos trinta meses?
sim - 1
não - 2
Seção 3 – ATIVIDADES FÍSICAS EM CASA
As próximas perguntas se referem somente às atividades feitas em sua casa. Pense somente naquelas atividade físicas que o(a) sr.(a) fez por pelo menos 10 minutos contínuos.
P 44 O(A) as (a) acetuma fazer accimba(a) a limnaza necede/favina da eua acea (atividades como limnas vidros limnas hanbais
B 44. O(A) sr.(a) costuma fazer sozinho(a) a limpeza pesada/faxina da sua casa (atividades como limpar vidros, limpar banheir carregar pesos, arrastar móveis, esfregar e limpar o chão)?
sim -
não (PULE PARA A QUESTÃO B 47) -
B 45. Em quantos dias da ultima semana o(a) sr.(a) realizou a limpeza pesada/faxina de sua casa por pelo menos 1
minutos contínuos (atividades como limpar vidros, limpar banheiro, carregar pesos, arrastar móveis, esfregar e limpar o chão)?
dias (Se ZERO dia PULE PARA B 4
NS/NR -
B 46. Nos dias em que o(a) sr.(a) realizou a limpeza pesada/faxina de sua casa, quanto tempo gastou por dia?
horas e/ouminuto
NS/NR -
B 47. Na ultima semana o(a) sr.(a) fez atividades moderadas na sua casa por pelo menos 10 minutos contínuos com
cuidar de roupas (passar, lavar), realizar consertos e reparos na casa ou cuidar do jardim ou plantas?
sim -
não (PULE PARA A SEÇÃO 4) -
B 48. Se sim, quais foram estas atividades?
B 49. Em quantos dias da ultima semana o(a) sr.(a) fez estas atividades moderadas em sua casa por pelo menos 10 minuto contínuos?
dias (Se ZERO dia PULE PARA SEÇÃO
NS/NR -

B 50. Nos dias em que o(a) sr.(a) fez este tipo de atividade em sua casa, quanto	tempo no total o(a)sr.(a) gastou por dia?
	horas e/ouminutos
	NS/NR-9
Seção 4 - ATIVIDADES FÍSICAS NO TRABALHO	
As próximas perguntas se referem somente as atividades realizadas el atividades físicas que o(a) sr.(a) fez por pelo menos 10 minutos contínuos.	m seu trabalho. Pense somente naquelas
B 51. O(A) sr.(a) trabalha atualmente ?	
	sim - 1
B 52. Qual é a sua ocupação:	não (PULE PARA A SEÇÃO 5) - 2
B 53. Qual o horário que o(a) sr.(a) trabalha?	duranta a dia:
	durante o dia:1 durante a noite:2
	-2
B 54. Quantas horas por dia o(a) sr.(a) trabalha?	horas
B 55. Quantos dias por semana o(a) sr.(a) trabalha?	dias
B 56. No seu trabalho o(a) sr.(a) anda bastante a pé?	
	sim - 1
	não - 2
B 57. No seu trabalho o(a) sr.(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?	ains d
	sim - 1 não - 2
B 58. Para ir de sua casa para o trabalho, o(a) sr.(a) costuma ir de:	1100 - 2
	carro/moto - 1
	ônibus/metrô/trem - 2 caminhando - 3
	bicicleta - 4
	trabalha em casa (PULE PARA A SEÇÃO 5) - 5
B 59. Quanto tempo o(a) sr.(a) gasta para chegar ao trabalho?	
	horas e/ou minutos
	NS/NR - 9
Seção 5 – INATIVIDADE FÍSICA	
As próximas perguntas se referem somente a quanto o(a) sr.(a) assiste televisão	
B 60. Quantos dias por semana o(a) sr.(a) costuma assistir televisão?	(Se ZERO dia, PULE PARA BLOCO C)
B 61. Quantos horas por dia o(a) sr.(a) costuma assistir televisão?	
Se FAZ qualquer atividade física no lazer (caminhada – B 06 , atividades n PULE O BLOCO C E VAI DIRETO PARA O B	

Se NÃO faz NENHUMA atividade física no lazer (caminhada – B 06, atividades moderadas – B15 ou vigorosas – 28):
APLICAR O BLOCO C.

BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS NO LAZER

BLOCO C

C 01. O(A) sr.(a) já praticou atividade física no tempo de lazer?

não (PULE PARA A QUESTÃO C 10) - 0

sim - 1 IGN - 9

Por que o(a) sr.(a) parou de praticar atividade física?		
C 02. Falta de tempo	(0) Não	(1) Sim
C 03. Preguiça	(0) Não	(1) Sim
C 04. Não tinha local adequado	(0) Não	(1) Sim
C 05. Se machucou	(0) Não	(1) Sim
C 06. Falta de dinheiro	(0) Não	(1) Sim
C 07. Falta de companhia	(0) Não	(1) Sim
C 08. Achava chato/não gostava	(0) Não	(1) Sim
C 09. Outro:	(0) Não	(1) Sim

C 10. Qual desses motivos a seguir, seria o principal para que o(a) sr.(a) inicie uma programa de atividade física? orientação médica - 1 porque gosta - 2 porque acha importante para a saúde - 3 outro motivo - qual? C 11. O(A) sr.(a) se sente velho(a) demais para fazer atividade física? não - 0 sim - 1 ING - 9 C 12. O(A) sr.(a) sente preguiça ou cansaço para fazer atividade física? não - 0 sim - 1 IGN - 9 C 13. A falta de dinheiro atrapalha o(a) sr.(a) de fazer atividade física? não - 0 sim - 1 IGN - 9 C 14. O(A) sr.(a) tem medo de se machucar fazendo atividade física? não - 0 sim - 1 IGN - 9 C 15. A falta de tempo atrapalha o(a) sr.(a) de fazer atividade física? não - 0 sim - 1 IGN - 9 C 16. A falta de local adequado atrapalha o(a) sr.(a) a fazer atividade física? não - 0 sim - 1 IGN - 9 C 17. O(A) sr.(a) acha chato ou não gosta de fazer atividade física? não - 0 sim - 1 IGN - 9

ESCALA DE AMBIENTE

BLOCO D

Caso o(a) sr.(a) fosse CAMINHANDO da sua casa, quanto tempo levaria até os segu	illites lugares no seu	ballios	NT	NS
D 01. Parque (qual):	horas	minutos		
D 02. Praça (qual):	horas	minutos		
D 03. Local para caminhar (qual):	horas	minutos		
D 04. Academia de ginástica/musculação (qual):	horas	minutos		
0 05. Clube (qual):	horas	minutos		
D 06. Quadra de esportes (qual):	horas	minutos		
0 07. Campo de futebol (qual):	horas	minutos		
0 08. Ponto de ônibus	horas	minutos minutos		_
D 09. Acesso à estação de trem D 10. Posto de saúde (qual):	horas horas	minutos	+	+
0 11. Farmácia	horas	minutos	+	+
D 12. Igreja/ templo religioso	horas	minutos	+	+
D 13. Padaria	horas	minutos		
D 14. Banco	horas	minutos		
D 15. Bar	horas	minutos		
D 16. Feira	horas	minutos		
D 17. Mercadinho	horas	minutos		
D 18. Supermercado	horas	minutos		
D 19. Existem calçadas na maioria das ruas perto de sua casa?				sim - 1
	" (DULE D	ADA A OUES		
	nao (PULE P	ARA A QUEST		
			ı	GN - 9
D 20. Como o(a) sr.(a) considera as calçadas perto de sua casa para caminhar?				
			b	oas - 1
			regula	ires - 2
			_	3 .ins - 3
D 21. Existem áreas verdes com árvores nas ruas perto de sua casa?				IGN - 9
				sim - 1
	não (PULF)	PARA A QUES	TÃO D	231 - 2
	(GN - 9
D 22. Como o(a) sr.(a) considera as áreas verdes perto de sua casa?				
			b	oas - 1
			regula	ares - 2
			n	uins - 3
			- 1	IGN - 9
D 23. As ruas perto de sua casa são planas (sem subidas e descidas)?				oino 4
				sim - 1
				não - 2
			I	GN - 9
D 24. Existem locais com acúmulo de lixo nas ruas perto de sua casa?				
				sim - 1
			-	não - 2
			1	GN - 9

D25. Existem locais com esgoto a céu aberto nas ruas perto de sua casa?	
	sim - 1
	não - 2
	IGN - 9
Agora vamos falar sobre o trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos perto de sua casa:	
D 26. O trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos dificulta a prática de caminhada ou o uso de bicicleta perto da sua c	asa?
	sim - 1
	não - 2
	IGN - 9
D 27. Existem faixas para atravessar nas ruas perto de sua casa?	
	sim - 1
não (PULE PARA A QUEST)	
	IGN - 9
D 28. Os motoristas costumam parar e deixar que as pessoas atravessem na faixa de segurança?	
	sim - 1 não - 2
	nao - 2 IGN - 9
	IGN - 9
D 29. Existe fumaça de poluição perto de sua casa?	
	sim - 1
	não - 2
	IGN - 9
Agora vamos falar sobre a segurança no seu bairro:	
D 30. As ruas perto de sua casa são bem iluminadas à noite?	
	sim - 1
	não - 2
	IGN - 9
D 31. Durante o dia, o(a) sr.(a) acha seguro caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa?	4
	sim - 1 não - 2
	IGN - 9
D 32. Durante a noite, o(a) sr.(a) acha seguro caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa?	1014-3
	sim - 1
	não - 2
	IGN - 9
Agora vamos falar de coisas da sua família, amigos, vizinhos, tempo (clima) e oportunidades no seu bairro:	
D 33. Algum(a) amigo(a) ou vizinho(a) convida o(a) sr.(a) para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esporte no seu bairr	ю?
	sim - 1
	não - 2
D 34. Algum parente convida o(a) sr.(a) para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esporte no seu bairro?	
	sim - 1
D 35. Ocorrem eventos esportivos ou caminhadas orientadas no seu bairro?	não - 2
	sim - 1
	não - 2
	NS/NR - 9
D 36. O clima (frio, chuva, calor) dificulta que o(a) sr.(a) caminhe, ande de bicicleta ou pratique esportes no seu bairro?	
	sim - 1
	não - 2
	NS/NR - 9

ALCOOL E FUMO

BLOCO E

Agora vamos perguntar algumas questões sobre bebidas alcoólicas e cigarros:

E 01. Com que frequência o(a) sr.(a) costuma ingerir bebida alcoólica?

- todos os dias (VÁ PARA A QUESTÃO E 02 SE HOMEM OU E 03 SE MULHER) 1
- cinco a seis días por semana (VÁ PARA A QUESTÃO E 02 SE HOMEM OU E 03 SE MULHER) 2
- três a quatro dias por semana (VÁ PARA A QUESTÃO E 02 SE HOMEM OU E 03 SE MULHER) 3
 - um a dois dias por semana (VÁ PARA A QUESTÃO E 02 SE HOMEM OU E 03 SE MULHER) 4
 - quase nunca ou nunca (PULE PARA A QUESTÃO E 05) 5

E 02. Num único dia o sr. costuma tomar mais de 2 latas de cerveja ou taças de vinho ou mais do que 2 doses de qualquer outra bebida alcoólica?

- Sim (PULE PARA QUESTÃO E 04) 1
 - Não (PULE PARA QUESTÃO E 04) 2
 - NS/NR 9

E 03. Num único dia a sra. costuma tomar mais de 1 lata de cerveja ou taça de vinho ou mais que 1 dose de qualquer outra bebida alcoólica ?

- sim -1
- não 2
- NS/NR 9

E 04. No último mês, o(a) sr.(a) chegou a consumir 5 ou mais latas de cerveja, 5 ou mais taças de vinho ou doses de bebida alcoólica em pelo menos uma ocasião?

- sim 1
- não 2
- NS/NR 9

E 05. O(A) sr.(a) fuma cigarro atualmente?

- sim 1
- não (PULE PARA A QUESTÃO E 09) 2

E 06. Quantos cigarros o(a) sr.(a) fuma por dia?

cigarros

E 07. Que idade o(a) sr.(a) tinha quando começou a fumar regularmente?

anos

E 08. O(A) sr.(a) já tentou parar de fumar?

- sim (PULE PARA O BLOCO F) 1
- não (PULE PARA O BLOCO F) 2
 - NS/NR 9

E 09. O(A) sr.(a) já fumou?

- sim 1
- não 2
- NS/NR 9

AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

BLOCO F

Agora vamos conversar o que o(a) sr.(a) pensa sobre sua saúde e qualidade de vida:

F 01. Em geral, o(a) sr.(a)diria que sua saúde é:

- ótima 1
- boa 2
- regular 3
 - ruim 4

F 02. Comparada há um ano, como o(a) sr.(a) classifica sua saúde em geral agora:

- muito melhor agora do que há um ano 1
- um pouco melhor agora do que há um ano -2
 - quase a mesma de um ano atrás 3
 - um pouco pior do que há um ano 4
 - muito pior do que há um ano -5
 - NS/NR 9

F 03. Como o(a) sr.(a) avalia a sua qualidade de vida?

- ótima 1
- boa 2
- regular 3
- ruim 4 muito ruim - 5
- NS/NR 9

F 04. Quanto satisfeito o(a) sr.(a) está com o seu nível de atividades no dia-a-dia?

- satisfeito 1
- nem satisfeito nem insatisfeito 2
 - insatisfeito 3
 - NS/NR 9

DOENÇAS CRÔNICAS

BLOCO G

Agora vamos falar sobre algumas doenças: O(A) sr.(a) tem alguma doença que foi confirmada por um médico como:

	Sim	Não	Caso sim, faz tratamento com medicação?		
			Sim	Não	
G 01. Hipertensão (pressão alta):	1	2	1	2	
G 02. Diabetes (açúcar no sangue)	1	2	1	2	
G 03. Doença de pele	1	2	1	2	
G 04. Doença de coluna/costas	1	2	1	2	
G 05. Artrite/artrose/reumatismo	1	2	1	2	
G 06. Doença renal crônica	1	2	1	2	
G 07. Acidente vascular cerebral (derrame cerebral)	1	2	1	2	
G 08. Infarto do coração:	1	2	1	2	
G 09. Depressão/ansiedade/problemas emocionais:	1	2	1	2	
G 10. Osteoporose	1	2	1	2	
G 11. Cirrose	1	2	1	2	
G 12. Doença de chagas	1	2	1	2	
G 13. Doenças do coração:	1	2	1	2	
G 14. Doença crônica do pulmão (DPOC/ bronquite/enfisema):	1	2	1	2	
G 15. Doença digestiva crônica (úlcera/gastrite):	1	2	1	2	
G 16. Câncer atual:	1	2	1	2	
G 17. Alguma outra doença ou problema:	1	2	1	2	

D	ADOS SÓ	CIO-DEM	OGRÁFICO	S		
						BLOCO H
H 01. Qual é a sua data de nascimento?	1 1		Н	102. Sexo: masc	ulino 1	feminino 2
H 03. Qual é a cor da sua pele? branca 1	preta 2	parda 3	amarela 4	indígena 5	outros6:	
H 04. Qual é sua religião ou culto?						
H 05. O(A) sr.(a) sabe ler e escrever?				não (PULE P	ARA QUE	STÃO H 07) - 0 sim - 1
H 06. Até que série o(a) sr.(a) estudou?						. ~
						: anotação o questionário) udo: anos NSA - 88
H 07. Qual a sua situação conjugal atual?				annada(a)	\ ou oom oon	
) ou sem con	npanheiro(a) - 1 npanheiro(a) - 2 separado(a) - 3 viúvo(a) - 4
H 08. Onde o(a) sr.(a) nasceu?		:E		-44		
		especifique	o município e e:	stado: Municí		Paulo - 0000001 S/NR - 9999999
H 09. Há quanto tempo o(a) sr.(a) mora no m	unicípio de Sã	o Paulo?			/	
			_			s, meses, anos) IS/NR-9999999
H 10 Há quanto tempo o(a) sr.(a) mora em Er	melino Matara	3ZZ0?	_			s, meses, anos)
H 11. Atualmente o (a) sr.(a) exerce alguma a	atividade remu	nerada de tra	halho?			
Translation of the state of the				sim, mas afasta sir	do por motiv m, e também não, de não, não, d	em atividade - 1 o de doença - 2 aposentado - 3 sempregado - 4 aposentado - 5 lona de casa - 6 pensionista - 7 só estudante - 8 NS/NR - 99
H 12. Qual é a renda total de sua família (ren	da líquida)? _					reais
H 13. Seu imóvel é?					N:	S/NR - 9999999
						próprio - 1
						alugado - 2
						cedido - 3
			outro	s:		4
H 14. Quantos cômodos têm na sua casa, co	ntando quarto	s, sala e cozi	nha (sem conta	r os banheiros)? _		
H 15. Qual é a escolaridade do chefe da famí	lia?					_
					pós encerrar pletos de esti	: anotação ro questionário) udo:anos NSA - 88

Dos itens listados abaixo, quantos o(a) sr.(a) possui em sua casa (exceto itens quebrados ou emprestados há mais de 6 meses):

	Quantidade de Itens				
Ver a quantidade de itens nesta linha	0	1	2	3	4 ou +
H 16. Televisão em cores	0	2	3	4	5
H 17. Rádio	0	1	2	3	4
H 18. Banheiro	0	2	3	4	4
H 19. Automóvel	0	2	4	5	5
H 20. Empregada mensalista	0	2	4	4	4
H 21. Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
H 22. Geladeira	0	2	2	2	2
H 23. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

VISITA DOMICILIAR			
			BLOCO
I 01. De abril para cá, o sr(a) recebeu visita domiciliar do ACS? não (PULE F		im – quantas UESTÃO I 05 E APL	
I 02. O(A) ACS conversou sobre a prática de atividades físicas ou esportes em a	alguma des	sta(s) visita(s) domicil	liar(es)?
		não (PULE PARA A	sim - 1 A QUESTÃO I 05) - 2
I 03. O sr(a) gostou?			IGN - 9
100. 0 0(a) godou:			sim - 1
			não - 2
			IGN - 9
I 04. Essa conversa fez com o sr(a) se sentisse estimulado a praticar alguma ativid	ade física?		
			sim - 1
			não - 2
			IGN - 9
I 05. Antes do mês de abril, o sr(a) recebeu alguma vez em visita domiciliar do A convite para participar de algum grupo de atividade física da UBS?	ACS, infor	mação sobre prática o	de atividade física ou
			sim - 1
			não - 2
			IGN - 9
Para finalizar, vamos fazer algumas perguntas sobre as crianças e	os adoleso	entes que moram ne	esta casa.
H 24. Quantas crianças e adolescentes moram nesta casa e quais deles pratical quadro abaixo)	m algum e	sporte ou exercício fí	sico (listar todos no
Primeiro nome das crianças e dos adolescentes	Idade		u exercícios físicos
. Third of the state of the sta	1000	Sim (1)	Não (2)
Agradecemos muito pela entrevista e gostaríamos de saber se o(a) sr(a) ter melhorar o acesso à prática de esportes/exercícios físicos no seu bairro:	ia alguma	sugestão do que po	oderia ser feito para
Tempo total de aplicação do	questioná	rio (minutos):	

Anexo 10 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa/SMS



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesqu isa/SMS

São Paulo, 08 de setembro de 2010 PARECER Nº 308/10 - CEP/SMS CAAE: 0072 .0.162.000-10

Ilmo. Sr. Alex Antonio Florindo

Projeto de Pesquisa: Estudo de intervenções para a promoção das atividades físicas no Sistema Único de Saúde pela Estratégia de Saúde da Família.

Pesquisador Responsável: Alex Antonio Florindo

Instituição: Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP

Local onde os dados serão coletados: Coordenadoria de Saúde/ Leste

Patrocinador: FAPESP.

1. Sumário Geral do Protocolo

O estudo tem como objetivo "Verificar o efeito de duas intervenções para a promoção de atividades físicas em usuários adultos e idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família de Ermelino Matarazzo/ Ponte Rasa".

Será realizado um estudo de intervenção randomizado, com grupo controle.

A primeira intervenção terá como foco central a Equipe de Saúde da Família que será capacitada para promover atividade física de usuários adultos. Serão verificadas a adesão e a aderência a programas supervisionados de atividades físicas entre dois grupos de 162 pessoas adultas, sendo 81 pessoas por grupo de UBS (intervenção e controle) antes, após seis meses de intervenção e após seis meses de término da intervenção. Essa primeira estratégia será baseada na prescrição de sessões estruturadas de acordo com a capacidade de cada participante.

A segunda intervenção terá como objetivo a comparação de dois tipos de estratégias para aumento dos níveis de atividades físicas, mudanças em indicadores metabólicos como lipídeos, glicemia e proteína C reativa e mudanças nas variáveis da aptidão física relacionada à saúde em adultos.

Serão utilizadas três UBS para essa intervenção, sendo uma baseada na mudança do estilo de vida, outra baseada na prescrição individual de exercícios e um grupo controle. Serão avaliados todos os indicadores metabólicos, de aptidão física e do nível de atividades físicas em 156 pessoas, sendo 52 por grupo (estilo de vida, exercícios físicos tradicionais e controle), antes, após 12 meses de intervenção e após seis meses de término da intervenção. Essa segunda estratégia será realizada em grupos de 10 a 15 pessoas de forma interdisciplinar, tendo como foco a mudança de estilo de vida, com planejamento de 16 encontros, com duração de duas horas distribuídas durante 12 meses nos quais serão discutidas estratégias cognitivas, comportamentais e técnicas que motivem os sujeitos a iniciar, adotar e manter um programa de atividade física e mudanças de hábitos de vida para um estilo mais ativo no dia-a- dia.

A seleção da amostra será feita por sorteio dos domicílios e, posteriormente, serão entrevistadas todas as pessoas que estiverem no domicílio no momento da abordagem do entrevistador.

Anexo 11 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-USP

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo de uma intervenção para a promoção da atividade física no Sistema Único de

Saúde/Estratégia de Saúde da Família tendo como promotores os Agentes

Comunitários de Saúde

Pesquisador: Evelyn Fabiana Costa

Área Temática: Versão: 2

CAAE: 03102212.0.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 154.884 Data da Relatoria: 23/11/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de intervenção em promoção de atividade física, com grupos de intervenção e controle envolvendo Agentes Comunitários de Saúde e moradores do distrito de Ermelino Matarazzo, cidade de São Paulo.

Conforme esclarecimentos prestados, ressalta-se que é componente de um projeto que já está em execução, em que todos os procedimentos de aquisição de dados já foram efetuados, tendo sido anteriormente aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em 08 de setembro de 2010 (CAEE 0072.0.162.000-10).

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os resultados de uma intervenção de promoção da atividade física em adultos atendidos pela Estratégia Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Devidamente apresentados e pertinentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Por se acoplar a uma pesquisa em andamento, já aprovada anteriormente, possui condições de ser bem sucedida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904

UF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3081-7779 Fax: (11)3081-7742 E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



Recomendações:

aprovar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 27 de Novembro de 2012

Assinador por: Claudio Leone (Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Amaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904

UF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7742 E-mail: coep@fsp.usp.br

Anexo 12 – Roteiro para os grupos focais

Ciente que o grupo focal pode nos fornecer um conjunto de experiências que nos levam a conhecer pontos de vista e posições acerca de determinado assunto, mas que, nem sempre essa técnica é adequada para todas as inquietações, a moderadora do grupo conversou algumas vezes com os responsáveis pela intervenção com o objetivo de encontrar relações entre as suas inquietações e as possíveis formas de conversação tradicionalmente disponíveis como recursos para as investigações qualitativas. O uso do grupo focal pareceu adequado uma vez que os objetivos dos responsáveis pela intervenção eram:

- conhecer pontos de vista de um grupo específico de trabalhadoras (as ACSs) a respeito do curso ministrado;
- levar as trabalhadoras que vivem o cotidiano daquela UBS a refletirem conjuntamente acerca das as possibilidades e impossibilidades de uso e aplicação do conhecimento que por ventura tenha sido construído ao longo do curso;
- identificar como se relacionam com os conteúdos desenvolvidos no curso (expectativas, sensações, visões) e de quais maneiras poderiam articulá-los com o mundo do trabalho.

O roteiro elaborado previamente partiu dessas inquietações. No entanto, considerando a perspectiva contemporânea do uso das entrevistas nas investigações qualitativas optamos por um roteiro pouco estruturado, que permitiu iluminar temas e posições espontâneos de modo a que norteassem os rumos do grupo. No entanto, o cuidado da moderadora na manutenção do foco - as experiências, sentidos e impressões sobre o curso – foi mantido durante todo o tempo do grupo focal.

Optamos por um roteiro de conversações que pode ser encontrado no anexo, mas que seguramente se mostra fielmente na condução da entrevista e que, portanto, está retratado nos relatos, nas posições, nas falas. Roteiro e posicionamentos se entrelaçam e tecem uma malha, mais do que conduzem um jogo de alternância entre questionamentos e posicionamentos (Ingold, 2012).

Durante os primeiros minutos será conduzida uma conversa informal com o intuito de estabelecer relações de confiança entre as ACS, a entrevistadora e a observadora.

A entrevista será iniciada após a identificação de que as participantes estejam sentindo-se seguras para o início do grupo e familiarizadas com as suas características e finalidades.

- Propor uma conversa sobre o curso que foi ministrado;
- Estimular a fala espontânea sobre o curso, buscando trazer a tona as impressões particulares e compartilhadas;
- Identificar o conhecimento que consideram ter sido assimilado durante o curso, procurando levá-las à reflexão sobre os valores;
- -Identificar as impressões sobre a aplicabilidade dos conteúdos assimilados no seu trabalho cotidiano de visitas e na própria UBS impeditivos/facilitadores.
- Identificar as impressões sobre a aplicabilidade dos conteúdos assimilados na sua vida pessoal impeditivos/facilitadores.

Referências:

GRAY, D.E. Doing research in real world (3^{er} Ed). Los Angeles: Sage, 2014 INGOLD, Tim. Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. *Horiz. antropol.*. Porto Alegre, v. 18, n. 37, June 2012.

Anexo 13 - Comprovante de submissão do manuscrito 1 à Preventive Medicine

Zimbra faevelyn@usp.br

Preventive Medicine: Submission Confirmation

De: PM (ELS) <pm@elsevier.com> Qui, 26 de Fev de 2015 22:16

Remetente: ees pm 0 2f8f34 87c7b250

<ees.pm.0.2f8f34.87c7b250@eesmail.elsevier.com>

Assunto: Preventive Medicine: Submission Confirmation

Para: faevelyn@usp.br, fa evelyn <fa_evelyn@terra.com.br>

Title: SYSTEMATIC REVIEW OF PHYSICAL ACTIVITY PROMOTION BY COMMUNITY HEALTH

WORKERS

Corresponding Author: Dr. Evelyn Fabiana Costa

Authors: Paulo H Guerra, Ph.D; Taynã I Santos; Alex A Florindo, Ph.D

Review Article

Dear Dr. Costa,

This is to confirm that the above-mentioned manuscript has been received for consideration in Preventive Medicine.

Once your paper is assigned a manuscript number, you will receive an e-mail with this number for your reference.

You will then be able to check on the progress of your manuscript by logging on to the Elsevier Editorial System for Preventive Medicine as an author:

http://ees.elsevier.com/pm/

Your username is: faevelyn@usp.br

If you need to retrieve password details, please go to: http://ees.elsevier.com/viro/automail_query.asp

Thank you for submitting your manuscript to Preventive Medicine. Should you have any questions, please feel free to contact our office.

Kind regards,

Elsevier Editorial System Preventive Medicine

For further assistance, please visit our customer support site at http://help.elsevier.com/app/answers/list/p/7923. Here you can search for solutions on a range of topics, find answers to frequently asked questions and learn more about EES via interactive tutorials. You will also find our 24/7 support contact details should you need any further assistance from one of our customer support representatives.

Anexo 14 – Decisão editorial da Cadernos de Saúde Pública referente ao manuscrito 2

CSP 1060/14

Avaliação da efetividade da promoção da atividade física por agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares.

Decisão Editorial (Versão 1)

Prezado(a) Dr(a). Evelyn Fabiana Costa...

Em nome do Conselho Editorial de Cadernos de Saúde Pública, cumpre-nos informar que seu artigo "Avaliação da efetividade da promoção da atividade física por agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares." não foi recomendado para publicação na forma atual. Caso deseje reenviar seu trabalho, solicita-se que atenda às recomendações do(s) parecer(es) CSP_1060/14 – G, I, J (vide em anexo). Em caso de reapresentação, pedimos que acrescente carta de rosto, apontando item a item o que foi ou não feito, modificado e por quê. Para facilitar a avaliação final de seu trabalho, solicitamos ainda que, no texto da nova versão, toda e qualquer alteração seja grifada em cor.

Informamos ainda, que o texto não poderá ultrapassar <u>6000 palavras</u> e deverá seguir as normas do <u>International Committee of Medical Journal Editors</u> ("estilo Vancouver") para citações no texto e bibliografia (vide instruções).

Por último, lembramos que CSP franqueia o custo de até 5 ilustrações (tabelas e/ou figuras) em preto e branco. Caso o artigo ultrapasse este limite, informamos que será cobrada uma taxa por cada ilustração excedente.

Atenciosamente,

Profa. Marilia Sá Carvalho Profa. Claudia Travassos Profa. Claudia Medina Coeli Editoras

Estamos fixando o prazo de 30 dias para a devolução deste artigo, a partir do qual o mesmo <u>seráarquivado</u>.

Anexo 15 – Comprovante de submissão da nova versão do manuscrito 2 à Cadernos de Saúde Pública



CSP_1060/14

Arquivos	Versão 1 [Resumo] Versão 2 [Resumo]		
Seção	Artigo		
Título	Avaliação da efetividade da promoção da atividade física por agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares.		
Título corrido	Título corrido Promoção da atividade física por agentes comunitários de saúde.		
Área de Concentração	Concentração Políticas Públicas de Saúde		
Palavras-chave Agentes Comunitários de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Visita Domiciliar, Ensaio Clínico, Atividade Motora			
Fonte de Financiamento	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)		
Autores	Evelyn Fabiana Costa (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil) Douglas Roque Andrade (Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil) Leandro Martin Totaro García (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, SP, Parasil) Evelyn Helena Corgosinho Ribeiro (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil) 13 ya partis il dos Santos (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo,		

DECISÕES EDITORIAIS: [Exibir histórico]

Versão	Recomendação	Decisão Pareceres Decisão Editorial G, I, J		Data de Submissão		
1	Indicado para Revisão			15 de Julho de 2014		
2	Em avaliação. Artigo enviado em 21 de Fevereiro de 2015.					

© Cadernos de Saúde Pública, ENSP, FIOCRUZ - 2015

171

Anexo 16 – Carta de autorização para utilização dos dados

São Paulo, 22 de março de 2012.

Ilmo. Sr.

Prof. Tit. Arlindo Philippi Júnior

Presidente da Comissão de Pós-Graduação da FSP/USP

Senhor Presidente,

Eu, Alex Antonio Florindo, coordenador da pesquisa intitulada "Estudo de intervenções para a promoção das atividades físicas no Sistema Único de Saúde pela Estratégia de Saúde da Família" que tem como objetivo testar metodologias para a promoção de atividade física possíveis de serem aplicadas na Estratégia de Saúde da Família/Sistema Único de Saúde, aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em 08 de setembro de 2010 (protocolo CAEE 0072.0.162.000-10), autorizo minha aluna de doutorado Evelyn Fabiana Costa, inscrita sob nº USP 5703816, a utilizar os dados da pesquisa supra mencionada para compor parte do seu projeto de pesquisa intitulado "Estudo de uma intervenção para a promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde/Estratégia de Saúde da Família tendo como promotores os Agentes Comunitários de Saúde".

Atenciosamente,

Prof. Dr. Alex Antonio Florindo

Anexo 17 - Modelo Lógico

Enunciado do Problema: 68% da Principais fatores influenciadores população adulta e idosa de Ermelino - Parceria com Supervisão de Saúde e OS (+) Matarazzo não pratica atividades físicas - Envolvimento das ACS e da gestão das UBS (+) de lazer e 14% não utiliza o deslocamento - Mudança de gestão na UBS intervenção (-) ativo. Participação indireta do educador físico do NASF (+) - Existência de ações coletivas para a promoção da saúde nas UBS Insumos - Barreiras ambientais objetivas para a prática de AF (-) - Interesses e demandas de saúde concorrentes dos usuários (-) Recursos Humanos - Baixo nível socioeconômico da população (-) - Agentes comunitários de saúde (ACS), Docentes, alunos de Atividades graduação e pós-graduação, - Levantamento dos prontuários, nas duas bolsistas de treinamento UBS, para registro dos moradores técnico e profissionais de cadastrados, saúde. - Sorteio das famílias cadastradas, - Seleção da amostra, - Planejamento/elaboração de capacitação para promoção da prática de atividade física Recursos Financeiros - Abordagem das famílias cadastradas pelos - Recursos financeiros da entrevistadores, FAPESP. - Aplicação dos questionários com os usuários que aceitaram participar da pesquisa, - Aplicação dos questionários com os ACS, Recursos Infraestrutura - Curso de capacitação para os ACS, - UBS Pedro de Souza Campos - Avaliação física dos ACS. (intervenção), - Organização de evento para a promoção da - UBS Vila Cisper (controle). atividade física, sociocultural e recreativo, Reuniões periódicas de planejamento e avaliação da intervenção entre o coordenador da pesquisa e a equipe Outros - Famílias cadastradas na envolvida. Estratégia de Saúde da Família - Parceria com a Supervisão de Produtos Saúde de Ermelino - Curso de capacitação para 28 ACS (12h), Matarazzo/Ponte Rasa. - 27 encontros semanais de acolhimento, - Espaços da comunidade para escuta qualificada e vivência de diferentes os cursos e encontros. tipos de práticas corporais com ACS, Materiais para curso, 4 encontros mensais de discussão com as avaliações e administração. ACS acerca das visitas domiciliares (VD). Usuários: Intervenção = 90 / Controle = 86.

Resultados iniciais

- Sensibilização dos ACS para a importância da promoção da saúde e do autocuidado nos âmbitos pessoal e profissional,
- Compreensão dos conceitos e benefícios da prática regular de atividade física para a saúde,
- Percepção que o serviço público de saúde é um espaço efetivo para promover atividades físicas para a população,
- Requalificação dos conteúdos das VD e incorporação do hábito de identificar o comportamento de atividade física e lazer dos usuários.
- Fortalecimento das relações sociais e dos vínculos: ACScomunidade e comunidade-serviço público de saúde.

Resultados intermediários

- Compreensão dos tipos de atividade física e quais possíveis aplicacões coletivas,
- Mudança de percepção, conhecimentos e atitudes da comunidade frente a prática regular de atividades físicas,
- Avanço nos estágios de mudança de comportamento dos moradores para a prática de atividade física,
- Envolvimento familiar no processo de mudança,
- Aumento da prática de atividades físicas no lazer e como forma de deslocamento,
- Sensibilização para a participação popular no direcionamento das atividades a serem desenvolvidas pelo coletivo,
- Empoderamento dos ACS para lidar com as barreiras ambientais, pessoais e institucionais relatadas pelos moradores.

Resultados de longo prazo

- Adoção da promoção da prática de AF como rotina nas VD das ACS,
- Empoderamento da população com relação à prática de atividades físicas,
- Manutenção do hábito de praticar atividades físicas de lazer e de deslocamento pela população,
- Apropriação dos espaços públicos de lazer.

Objetivo: Implementar no processo de trabalho das ACS, a promoção de atividades físicas no lazer e no deslocamento a fim de aumentar o nível de atividades físicas da população adulta e idosa de Ermelino Matarazzo.

Anexo 18 – Comunicado de Qualificação



FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA Programa de Pós-Graduação Nutrição em Saúde Pública Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo, SP, Brasil

Tel (55) (11) 3061-7818 e,mail: cpgnut@fsp.usp.br

COMUNICADO

De ordem da Profa. Dra. Lígia Araújo Martini, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Nutrição em Saúde Pública, comunico que será realizado nesta Faculdade o EXAME DE QUALIFICAÇÃO da candidata ao título de "Doutor em Ciências, área Nutrição em Saúde Pública".

EVELYN FABIANA COSTA

Data: 08 de junho de 2012, às 9:00 horas.

Local: Sala Diógenes Augusto Certain da FSP/USP.

Título do Projeto: "Estudo de uma intervenção para a promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde/Estratégia Saúde da Família tendo como promotores os Agentes Comunitários de Saúde".

Membros:

- Profa. Dra. Ana Cristina Passarela Brêtas Universidade Federal de São Paulo -UNIFESP;
- Profa. Dra. Maria Helena D'Aquino Benicio Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública, USP:
- Prof. Dr. Alex Antônio Florindo Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública, USP - Orientador.

Suplentes:

- Prof. Dr. Alexandre Romero Centro Universitário Metropolitano de São Paulo;
- Profa. Dra. Jacqueline Isaac Machado Brigagão Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP.

São Paulo, 19 de abril de 2012.

Alessandra Blaya Frutuoso

Secretária

19/11/2014 Currículo Lattes





Evelyn Fabiana Costa tp://lettes.cnpq.br/3118310316910740 Última atualização do curriculo em 19/11/2014

Resumo informado pelo autor

Possul graduação em Licenciatura em Educação Física pela Escola Superior de Educação Física de Jundial (2005), graduação em Fisioterapia pela Universidade Santa Cecilia (2001). Mestre em Ciências (área de Saúde Pública) pela Faculdade de Saúde Pública da USP (2009). Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP (término em março de 2015). Atualmente, atua no Núcleo de Apoio à Saúde da Familia pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, é preceptora do Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Redes) do Ministério da Saúde pelo Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e docente da pós-graduação da Universidade Estácio de Sá nas áreas de Metodología da Pesquisa Científica, Epidemiología, Políticas de Saúde e Promoção da Saúde. (Yexto informado pelo autor)

Links para Outras Bases: ScELO - Articos em texto completo.

Dados pessoais

Nome Evelyn Fabiena Costa

Fillação Paulo Costa e Wande de Oliveira Costa

Nasolmento 03/09/1979 - São Paulo/SP - Bresil

Cartetra de 206363680 SSP - SP - 04/12/1967

CPF 218.768.548-35

Passporte Fi392040

Enderego Rus Warner Goldberg, 170 - Apto 1840 recidenotal Jardim Tupanci - Barueri 08414025, SP - Brasil Talenos, 11 43058076 Calular 11 953444580

Formação acadêmica/titulação

2011 Doubrado em Nutrição em Saúde Pública.
Facultade de Saúde Pública - USP, FSP - USP, Brasil
Titulo: Infarverção para a promoção de atividade faice de adultos tando como promotor o Agente
Comunitativa de Saúde.
Orientador: Alex Antorio Florindo

2007 - 2009 Mestrado em Nutrição em Saúde Pública .
Faculdade de Saúde Pública - USP, FSP - USP, Brasil
Titudo: Prátice de efficidade física e a sua relação com a escieridade em edutos de Ermelino Metarazzo, Zona
Lesta de São Paulo, SP, Ano de obtenção: 2009
Orientador: Alex Antonio Flumido

Bolsista do(s): Coordenação de Aperteiçosmento de Pessoal de Nivel Superior

2010 - 2013

Especialização em Acupurtura e Eletroacupurtura.
Colégio Bres lairo de Acupurtura e Terapisa Tradicionais, CBA, Brasil
Titudo: Availação dos nivelas de dor e de incapacidade funcionai de paciente com lombalgia crônica
achmetido ao tratamento com eletroacupurtural. Relato de Caso.

2008 - 2007 Especialização em Faiologia e Blomecérica do Aparelho Locomotor. Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas, IOT-HC, Breal Tiblo, Relações entre attitudes física e os fatores da sinóricom emetabolica.

2001 - 2005 Giradusção em Licenciatura em Educeção Física.
Escoia Superior de Educeção Física de Jundial, ESEFJ, Brasil
Titulo: Implicações de sidvidade física em portedorea de sindrome metabólica.
Orientador: Asir Antonio Fisinhol.

1997 - 2000 Graduação em Fisiciarapia. Universidade Santa Cacilla, UNISANTA, Santos, Brasil Título: Práticas corporais da medicina chinesa na promoção da saúde.

Formação complementar

2011 - 2011 Extensão universitéria em Pacota estatístico Stata. Faculdada de Saúde Pública - USP, FSP - USP, Brasil

2011 - 2011 Extensão universitária em As práticas corporais e a saúde Faculdade de Saúde Pública - USP, FSP - USP, Brasil

18/01/2015

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Alex Antonio Florindo)



Alex Antonio Florindo

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/7027071749572031 Última atualização do currículo em 09/09/2014

Formado em Educação Física pela Universidade Camilo Castelo Branco em 1996. É sanitarista e epidemiologista e realizou Doutorado em Saúde Pública em 2003 pelo Departamento de Epidemiologia e Pós-Doutorado em Saúde Coletiva em 2005 pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. É Professor Associado da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, onde fez a Livre-Docência no ano de 2009. É Professor de epidemiologia da atividade física no curso de graduação em Educação Física e Saúde e nos cursos de pósgraduação em Ciências da Atividade Física e de Nutrição em Saúde Pública da Universidade de São Paulo. É líder do Grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física e Saúde (GEPAF) da Universidade de São Paulo e suas linhas de pesquisa são nas áreas de: métodos de avaliação da atividade física aplicados à populações; prevalência e fatores associados à prática de atividade física em populações; atividade física para pessoas vivendo com HIV/aids e no estudo de intervenções para a promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome Alex Antonio Florindo

Nome em citações bibliográficas FLORINDO, A. A.; FLORINDO, ALEX ANTONIO; FLORINDO, ALEX

ANTÔNIO; FLORINDO, ALEX

Endereço

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Escola de Artes Ciências e Humanidades Each.

Rua Arlindo Bettio, 1000 Ermelino Matarazzo 03828000 - São Paulo, SP - Brasil

Telefone: (11) 30918157

URL da Homepage: http://www.each.usp.br/gepaf

Formação acadêmica/titulação

2000 - 2003 Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: Atividade Física Habitual e Composição Corporal em Portadores do HIV/aids adultos em Terapia Anti-retroviral de Alta Atividade, Ano de

obtenção: 2003.

Orientador: Maria do Rosario Dias de Oliveira Latorre.

Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo,

FAPESP, Brasil.

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea:

Epidemiologia.

Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Educação Física.

Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição / Subárea: Nutrição.

1998 - 2000 Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: Atividade Física Habitual e Densidade Mineral Óssea em Homens

Adultos e Idosos, Ano de Obtenção: 2000.

http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?metodo=apresentar&id=K4700456T5