

**Estilo de vida e práticas profissionais para a
promoção da atividade física em Agentes
Comunitários de Saúde**

Taynã Ishii dos Santos

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação Nutrição em Saúde
Pública para obtenção do título de
Mestre em Ciências.**

**Área de concentração: Nutrição em
Saúde Pública**

**Orientador: Prof. Dr. Alex Antônio
Florindo**

São Paulo

2014

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

DEDICATÓRIA

Para minha família, em especial aos meus pais Elaine e Jaime, meu noivo Thiago, meu padrasto Davi e meus irmãos Guilherme, Marcella e Alana, por compreenderem minhas ausências, por sonharem junto comigo, por todo carinho e apoio. E para todos que leram e deram sugestões valiosas a este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Alex Antônio Florindo. O senhor é um exemplo pra mim, alguém em quem me inspiro. Obrigada por acreditar neste estudo e por me mostrar a importância da atividade física e da ciência para a sociedade. Não há palavras que descrevam o quanto sou grata por sua vida.

Aos professores da banca examinadora, Prof^a Dr^a Jaqueline Brigagão e Prof. Dr. Emanuel Salvador. Agradeço pelas suas sugestões que melhoraram substancialmente este trabalho e por serem tão atenciosos comigo.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física e Saúde (GEPAF), uma família maravilhosa que me sinto privilegiada em fazer parte. Quero agradecer em especial ao Prof. Dr. Douglas, Evelyn Fabiana, Evelyn Helena, Leandro e Paulo, pelas correções, sugestões, torcida e tudo mais.

A todas as Agentes Comunitárias de Saúde pela inspiração e participação. Sem vocês, literalmente este trabalho não existiria.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e à Coordenação de Aperfeiçoamento e Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo suporte financeiro.

Amigos que são mais chegados que irmãos. Obrigada pelas orações e incentivos.

E principalmente a Deus, pois Tu és o meu Rei, meu Senhor, meu refúgio nas tribulações. Obrigada por esta rica oportunidade, por Seus milagres ao longo deste mestrado e pela realização deste sonho.

RESUMO

Santos TI. Estilo de vida e práticas profissionais para a promoção da atividade física em Agentes Comunitários de Saúde. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2014.

Introdução: Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais importantes na promoção da atividade física (AF) no Sistema Único de Saúde. No entanto, poucos estudos têm investigado indicadores de saúde relacionados ao estilo de vida e práticas profissionais de ACS na promoção da AF. **Objetivo:** Descrever indicadores de estilo de vida de ACS e verificar a associação destes com práticas profissionais para a promoção da AF. **Método:** Foi realizado estudo transversal em 2011 com 30 ACS que atuavam em uma unidade básica de saúde (UBS) no distrito de Ermelino Matarazzo, zona leste da cidade São Paulo. Foram avaliadas a prática de AF (questionário e pedômetro), a qualidade da alimentação (questionário), medidas antropométricas (peso, estatura e perímetro da cintura), aptidão física (força, flexibilidade e aptidão cardiorrespiratória) e pressão arterial. As práticas profissionais para a promoção da AF foram investigadas por meio de duas questões: 1) Se os ACS recomendavam AF para os usuários da UBS há pelo menos seis meses; 2) Se os ACS lideravam ou participavam de grupos de AF oferecidos para usuários da UBS. Foram realizadas análises descritivas e análises de diferenças de médias por meio do teste t de *Student* para amostras independentes para verificar se existiam diferenças nas variáveis de estilo de vida segundo as práticas profissionais. Todas as análises foram realizadas no software SPSS (versão 15.0). **Resultados:** Todos os ACS eram do sexo feminino e a maioria tinha até 39 anos de idade, escolaridade até

o ensino médio completo e trabalhava há menos de cinco anos na UBS. A maioria das ACS não praticava pelo menos 150 minutos de AF no lazer, não atingiu a recomendação de pelo menos 10 mil passos diários de caminhada e não tinha qualidade da alimentação classificada como boa. Metade das profissionais estava com excesso de peso, obesidade abdominal e escore de aptidão física ruim ou regular. Sobre as práticas profissionais, 51,9% relataram recomendar AF para os usuários há pelo menos seis meses e 53,6% relataram liderar ou participar de grupos de AF para usuários. As ACS que recomendavam AF para os usuários tiveram maior média de passos diários de caminhada ($p=0,039$) em comparação com as que não recomendavam. **Conclusão:** Indicadores de saúde relacionados ao estilo de vida estavam inadequados neste grupo de profissionais. Os ACS que recomendavam AF para os usuários praticaram mais caminhada, o que mostrou que as práticas profissionais tiveram associação com a prática de AF nestes profissionais.

Descritores: Agentes Comunitários de Saúde; Estilo de Vida; Prática Profissional; Atividade Física.

ABSTRACT

Santos TI. Lifestyle and physical activity promotion practices among Community Health Workers. [Master degree dissertation]. São Paulo: University of Sao Paulo School of Public Health; 2014.

Introduction: The Community Health Workers (CHWs) are important professionals to promote physical activity (PA) within the Brazilian Unified Health Service. However, few studies have investigated lifestyle-related health indicators and professional practices associated with PA promotion among CHWs. **Objective:** To describe CHWs' lifestyle indicators and verify the association between these indicators and professional practices related with PA promotion. **Method:** A cross-sectional study was performed in 2011 with 30 CHWs who were working in a primary healthcare unit (PHU) located in the Ermelino Matarazzo district, East zone of Sao Paulo city. Were assessed PA practice (questionnaire and pedometer), diet quality (questionnaire), anthropometric measurements (weight, height, and waist circumference), physical fitness (strength, flexibility, and cardiorespiratory fitness), and blood pressure. Professional practices related to PA promotion were investigated using two questions: 1) Whether the CHWs used to recommend PA for PHU users to at least six months: 2) Whether the CHWs used to lead or attend PA groups offered for the PHU users. Descriptive analyses and Student's t test for independent samples, to verify difference of means, were performed to determine whether differences in lifestyle variables existed according to professional practices. All analyzes were performed using the SPSS software (version 15.0). **Results:** All CHWs were female and most were up to 39 years old, completed the high school, and were working in

the PHU for less than five years. Most CHWs did not practice 150 minutes/week or more of PA in their leisure time, did not reach the recommendation of at least 10,000 daily steps, and did not have a good diet quality. Half of all professionals were overweight, with abdominal obesity, and with fair or poor physical fitness scores. About professional practices, 51.9% reported recommending PA for PHU users for at least six months and 53.6% reported to lead or attend PA groups for the PHU users. CHWs that recommended PA for the PHU users had higher average daily steps ($p = 0.039$) than those that not recommended. **Conclusion:** Lifestyle-related health indicators were inadequate in this group of professionals. CHWs that recommended PA for the PHU users also practiced more walking, what showed professional practices were associated with PA practice among these professionals.

Keywords: Community Health Workers; Lifestyle; Professional Practice; Physical Activity.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 REVISÃO DE LITERATURA	18
1.1.1 Estilo de Vida, Atividade Física, Alimentação Saudável e Aptidão Física Relacionada à Saúde.....	18
1.1.2 Sistema Único de Saúde	25
1.1.3 Agente Comunitário de Saúde.....	29
2 OBJETIVOS	36
2.1 OBJETIVO GERAL	36
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
3 MÉTODOS	37
3.1 COLETA DE DADOS RELACIONADOS À QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO E À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	37
3.1.1 Qualidade da Alimentação	37
3.1.2 Prática de Atividade Física	38
3.2 COLETA DE DADOS DAS VARIÁVEIS DE ANTROPOMETRIA, PRESSÃO ARTERIAL E DE APTIDÃO FÍSICA	39
3.2.1 Antropometria.....	39
3.2.2 Aptidão Cardiorrespiratória.....	40
3.2.3 Flexibilidade	40
3.2.4 Força muscular	41

3.2.5 Pressão Arterial	42
3.3. PRÁTICAS PROFISSIONAIS SOBRE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA	42
3.4 DADOS SOCIAIS, DEMOGRÁFICOS, PROFISSIONAIS E OUTROS INDICADORES DE SAÚDE.	43
3.5 PROCEDIMENTOS ADOTADOS NA COLETA DE DADOS.....	44
3.6 ANÁLISES DE DADOS	45
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	50
4 RESULTADOS	51
5 DISCUSSÃO.....	61
6 CONCLUSÃO.....	71
7 REFERÊNCIAS.....	72
ANEXOS.....	88
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO	88
ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA.....	92
ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO	104
ANEXO 4 – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA.....	111
ANEXO 5 – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	114
CURRÍCULOS LATTES.....	115

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Distribuição por frequência das agentes comunitárias de saúde, segundo as características sociodemográficas e profissionais. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011. 51
- Tabela 2. Distribuição da frequência de variáveis do estilo de vida de Agentes Comunitárias de Saúde. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011. 53
- Tabela 3. Distribuição por médias, desvios-padrão e valores mínimos e máximos, da prática de atividade física no tempo de lazer, do número de passos diários e do comportamento diário de assistir televisão de Agentes Comunitárias de Saúde. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011. 54
- Tabela 4. Distribuição de frequência das medidas de pressão arterial, de marcadores de obesidade e das variáveis de aptidão física relacionada à saúde de Agentes Comunitárias de Saúde. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011. 55
- Tabela 5. Distribuição por médias, desvios-padrão e valores mínimos e máximos, das medidas de pressão arterial em repouso, do índice de massa corporal, do perímetro da cintura e das variáveis de aptidão física de Agentes Comunitários da Saúde. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011. 56
- Tabela 6. Qualidade da alimentação e descrição do consumo de alimentos de Agentes Comunitárias de Saúde. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 57

2011.

Tabela 7. Nível de conhecimento sobre as recomendações de atividade física de Agentes Comunitários de Saúde. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011. 59

Tabela 8. Distribuição contínua por médias e desvios-padrão das variáveis de saúde segundo prática profissional de recomendação de atividade física de Agentes Comunitárias de Saúde. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011. 59

Tabela 9. Distribuição contínua por médias e desvios-padrão das variáveis de saúde segundo prática profissional de organizar ou participar de grupos de atividade física na unidade para usuários entre Agentes Comunitários de Saúde. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011. 60

LISTA DE FIGURA

Figura 1. Práticas profissionais relacionadas à promoção da atividade física de 58 Agentes Comunitárias de Saúde. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011.

ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Atividade física
Cm	Centímetro
CREF	Conselho Regional de Educação Física
Dp	desvio padrão
FSP	Faculdade de Saúde Pública
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
Kg	quilograma
kg/m ²	quilogramas pela estatura em metros elevada ao quadrado
MET	Equivalente Metabólico
ml/kg/min	mililitros por quilograma de peso corporal por minuto
mmHg	milímetros de mercúrio
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

1. INTRODUÇÃO

A epidemia de doenças crônicas não transmissíveis é um grave problema de saúde pública no Brasil (Schmidt et al. 2011), juntamente com a epidemia de obesidade, a qual é fator de risco para diversas doenças (WHO, 2000; WHO, 2005). Estilos de vida saudáveis incluindo a prática regular de atividade física e alimentação saudável contribuem para a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e da obesidade (WHO, 2004). No entanto, apesar de diversos estudos comprovarem os benefícios da prática regular de atividade física e da alimentação saudável, a prevalência de pessoas que praticam atividade física no tempo de lazer ou que consomem regularmente frutas, legumes e verduras ainda é baixa no Brasil (Florindo et al. 2009a; Florindo et al. 2009b; Jaime et al. 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos caminhos para a promoção da saúde e prevenção de doenças e ações como a promoção da atividade física e da alimentação saudável, tem potencial para atingir um grande contingente de pessoas, visto que uma grande parte da população brasileira é dependente única e exclusivamente deste sistema (Paim et al., 2012) .

No contexto do SUS, o Agente Comunitário de Saúde é um profissional muito importante na Estratégia Saúde da Família, por ser conhecido como o mediador dos usuários com as unidades e as equipes de saúde e por ser morador da mesma região em que os usuários são atendidos, conhece bem a dinâmica dos locais e necessidade das pessoas (Nunes, 2002; Bornstein, 2008)

Dentre as atribuições do Agente Comunitário de Saúde estão a prevenção de doença e a promoção da saúde que ocorrem por meio de ações domiciliares, comunitárias, individuais ou coletivas (Ministério da Saúde, 1997). Neste sentido, o Agente Comunitário de Saúde pode ter um papel importante na promoção da atividade física e da alimentação saudável no SUS. No entanto, esta classe trabalhadora é muito sobrecarregada e sofre com o estresse excessivo por conta das demandas de trabalho (Bachilli et al., 2008, Mascarenhas et al., 2013) que prejudicam a qualidade de vida e podem afetar comportamentos relacionados ao estilo de vida como a prática de atividade física e alimentação saudável.

Apesar da importância reconhecida dos Agentes Comunitários de Saúde nos processos de promoção da saúde e prevenção de doenças, pouco se conhece sobre como é o estilo de vida destes profissionais quanto às práticas de atividade física e hábitos alimentares, indicadores de obesidade, níveis de aptidão física relacionada à saúde, bem como as práticas profissionais promoção da atividade física e suas possíveis relações com os próprios comportamentos em saúde.

Dentro do contexto de um estudo de avaliação de intervenções para a promoção da atividade física para usuários do SUS atendidos pela Estratégia de Saúde da Família na zona leste de São Paulo e que foi denominado de “Ambiente Ativo” (Andrade et al., 2012), esta dissertação buscou investigar o estilo de vida relacionado às práticas de atividade física, qualidade da alimentação, indicadores de obesidade e de aptidão física relacionada à saúde, bem como as práticas profissionais de promoção da atividade física e as possíveis relações com o nível de atividade física de Agentes Comunitários de Saúde.

Acredita-se que este estudo permitirá uma melhor compreensão da saúde e das práticas profissionais de promoção da atividade física de Agentes Comunitários de Saúde.

1.1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1.1 Estilo de Vida, Atividade Física, Alimentação Saudável e Aptidão Física Relacionada à Saúde.

O estilo de vida relacionado à saúde é conceituado como um conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas (Nahas, 2013). A adoção de um estilo de vida saudável depende tanto de decisões individuais como de decisões políticas e ambientais mais amplas que estão relacionadas com os fatores determinantes da saúde.

De acordo com o artigo terceiro da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, a saúde da população é determinada por fatores que envolvem a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais em saúde (Brasil, 1990). A partir da Lei 12.864 do dia 24 de setembro de 2013, a atividade física também foi incluída como um dos fatores determinantes da saúde preconizados pela Lei 8.080 de 1990 (Brasil, 2013).

A prática de atividade física é um dos fatores relacionados ao estilo de vida e pode ser definida como todo movimento corporal, produzido pela musculatura esquelética, que resulta em gasto energético maior do que os níveis basais (Caspersen

et al., 1985), tendo como determinantes fatores biopsicossociais, culturais e comportamentais (Nahas, 2013).

A atividade física é compreendida por diferentes domínios que caracterizam esta prática no tempo de lazer, como forma de deslocamento, no âmbito das atividades domésticas e como forma de trabalho. Dentre estas se destaca a atividade física no tempo de lazer ou no tempo livre, que é realizada de forma autônoma em parques, clubes, praças, quadras, academias, unidades de saúde ou mesmo na rua, nas formas de caminhada, corrida, bicicleta, por meio de jogos coletivos, de treinamento com pesos, ginásticas ou danças (Farias Jr, 2011; Nahas, 2013).

Dentre as diversas manifestações da atividade física no tempo de lazer, destaca-se o exercício físico, que pode ser definido como toda atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem como propósito a melhora ou a manutenção de um ou mais componentes da aptidão física. A aptidão física, por sua vez, é definida como conjunto de atributos que as pessoas possuem para alcançar determinado objetivo, ou a capacidade de realizar tarefas com qualidade, sem fadiga excessiva e com ampla energia. As variáveis de flexibilidade, força muscular, aptidão cardiorrespiratória e de composição corporal compõe esta aptidão relacionada a adultos (Caspersen et al.,1985).

O primeiro estudo epidemiológico que demonstrou que a prática de atividade física beneficiava a saúde foi realizado por Jeremy Morris e colaboradores em 1953 (Morris et al., 1953). Os autores mostraram que existia maior incidência de doenças cardiovasculares por causa da inatividade física de trabalho comparando motoristas (grupo de inativos) com cobradores de ônibus (grupo de ativos) na cidade de

Londres. A pesquisa foi replicada em trabalhadores da empresa de correios e telégrafos de Londres comparando carteiros (grupo ativo) com telefonistas (grupo inativo), mostrando novamente que trabalhadores com maior nível de atividade física tiveram menor incidência de doenças cardiovasculares.

Com base nos achados pioneiros do Prof. Morris, desdobraram-se inúmeras questões científicas relacionadas à verificação do papel da atividade física na vida das pessoas, o que culminou em um aumento progressivo da produção na área até os dias atuais, o que por outro lado, reverteu-se na conquista importante no espaço da pesquisa em saúde.

Diante do debate e o conseqüente acúmulo de evidências, em 1995 um grupo de diversos pesquisadores da área publicaram um posicionamento oficial da recomendação de atividade física para prevenção primária de doenças e agravos não transmissíveis em adultos (Pate et al., 1995). Neste texto os autores preconizam que adultos devem fazer atividade física moderada, por no mínimo, 30 minutos em cinco dias na semana ou atividade física vigorosa, por no mínimo, 20 minutos em três dias na semana, para alcançarem os benefícios para a saúde.

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a prática de pelo menos 150 minutos por semana de atividade física aeróbica moderada ou 75 minutos por semana de atividade física aeróbica vigorosa (WHO, 2010), sendo que os minutos podem ser acumulados ao longo do dia e da semana. De acordo com o compêndio de Ainsworth et al. (2011), as atividades físicas moderadas dispõem de 3 a 5,9 equivalentes metabólicos em relação ao repouso (MET) e se caracterizam por atividades que demandam certo esforço físico, aceleração da frequência do batimento

cardíaco e da respiração, tendo como exemplo a caminhada, o treinamento com pesos, alguns tipos de ginástica, voleibol, basquetebol ou tênis. Já as atividades físicas vigorosas são caracterizadas por um dispêndio energético igual ou superior a 6,0 MET em relação ao repouso, com grande esforço físico, aceleração dos batimentos cardíacos e dificuldade para falar, tendo como exemplos mais recorrentes o correr, nadar em alta velocidade e pedalar rápido. A Organização Mundial da Saúde também recomenda a realização de exercícios físicos de força muscular e de flexibilidade numa frequência de duas a três vezes por semana (Haskell et al., 2007; WHO, 2010).

Atualmente é grande o interesse da epidemiologia na investigação da prática de atividade física nos domínios do lazer e como forma de deslocamento, principalmente por serem atividades em que as pessoas têm mais chances de praticá-las de forma voluntária e por estarem mais relacionadas com a promoção da saúde e de ambientes saudáveis como parques, clubes, ou como forma de caminhar nas cidades ou usar a bicicleta para se deslocar (Sallis et al., 2006), diferentemente de atividades realizadas no âmbito doméstico (como a faxina ou limpeza pesada) e como forma de ocupação ou trabalho, que em sua maioria são atividades obrigatórias (Florindo et al., 2009a; Florindo et al., 2009b). Vale ressaltar que alguns tipos de tarefas físicas, realizadas de forma manual (sobretudo no trabalho) vêm gradualmente sendo substituídas por tecnologias que facilitam a rotina das pessoas.

De acordo com os dados do *Global Health Observatory* da OMS, Hallal et al. (2012) estudaram o nível de atividade física de amostras representativas de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos de 122 países, mostrando que 31,1% dos

adultos eram fisicamente inativos (praticavam menos do que 30 minutos por dia em pelo menos cinco dias na semana de atividade física moderada ou menos do que 20 minutos por dia em pelo menos três dias da semana para atividade física vigorosa ou menos 600 MET em minutos por semana).

Em estudo realizado por Florindo et al. (2009b), com amostra representativa de adultos das 26 capitais brasileiras mais o Distrito Federal, verificou-se que somente 14,8% praticavam pelo menos 150 minutos por semana de atividades no lazer e apenas 11,7% se deslocavam a pé ou por meio de bicicleta para ir e voltar do trabalho por pelo menos 150 minutos por semana. Este mesmo estudo mostrou que 59,9% dos adultos brasileiros não praticavam nenhuma atividade física no tempo de lazer. Estes dados são piores em adultos residentes em distrito da zona leste de São Paulo, onde o nível de inatividade física no tempo de lazer chegou a 70% entre adultos (Florindo et al., 2011).

Juntamente com a atividade física, a alimentação saudável também é uma temática importante na adoção de um estilo de vida saudável. A alimentação tem significados sociais e culturais dos alimentos, neste sentido, é importante o resgate de práticas alimentares, da produção e consumo de alimentos regionais saudáveis levando em conta aspectos afetivos e comportamentais relacionados às suas práticas e buscando facilitar o acesso e valorizar a variedade, as preparações usadas tradicionalmente, harmonia em quantidade e qualidade, naturalmente colorida e que tenham segurança alimentar garantidas para serem consideradas como uma alimentação saudável (Ministério da Saúde, 2006a).

Devido à importância da alimentação saudável para prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, a dieta foi considerada um eixo importante da Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (WHO, 2004), onde se estabelece que os governos formulem e atualizem diretrizes nacionais de alimentação saudável. Para que os governos tomem decisões de intervenções em saúde pública, é importante considerar as evidências científicas e realizarem esforços em conjuntos, como a colaboração intersetorial, para que os hábitos alimentares saudáveis sejam cada vez mais frequentes na população. É essencial intervir na alimentação devido às mudanças do padrão nutricional, que são resultantes principalmente do aumento da oferta de alimentos industrializados que contém altas concentrações de açúcares, sódio, gorduras e ingredientes artificiais (Canella et al., 2014) e aumentam a prevalência das doenças e agravos não transmissíveis (Araújo e Sichieri, 2014).

As doenças e agravos não transmissíveis são os problemas que mais contribuem para a mortalidade e morbidade na sociedade atual. No Brasil, a prevalência de pessoas que morrem por estes problemas é de 70% (Schmidt et al., 2011). Existem muitas evidências científicas sobre os benefícios da prática regular de atividade física, da adoção de alimentação saudável e de manutenção do peso corporal em níveis adequados na prevenção de doenças crônicas como as cardiovasculares, alguns tipos de cânceres e diabetes tipo II (Coelho et al., 2012; Bielemann et al., 2010; Sattelmair et al., 2011; Barros e Vivolo, 2014 ; Gigante e Olinto, 2014) .

Segundo o estudo de Lee et al. (2012), se as pessoas adultas no mundo adotassem uma prática de atividade física regular (pelo menos 150 minutos por

semana), a expectativa de vida poderia aumentar em 0,68 anos e haveria uma diminuição de 5,3 milhões de mortes prematuras causadas por doenças como as coronarianas, o diabetes tipo 2 e alguns tipos de cânceres como os de mama e de cólon.

Com relação à alimentação saudável, o consumo adequado de porções de frutas, legumes e verduras está relacionado a menores taxas de mortalidade (Bellavia et al., 2013). Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011a), cerca de 2,8 milhões de mortes ocorrem todos os anos devido ao excesso de peso ou a obesidade e estima-se que 35,8 milhões de pessoas sofram com doenças em consequência do excesso de peso e a obesidade que aumentam os riscos para doenças coronarianas, acidente vascular cerebral isquêmico e diabetes mellitus tipo 2. A expectativa de vida reduz de dois a quatro anos para indivíduos que possuem o Índice de Massa Corpórea (IMC) de 30 a 35 quilogramas pela estatura em metros elevada ao quadrado (kg/m^2) comparados a aqueles que estão na faixa recomendável e redução de oito a 10 anos na expectativa de vida para aqueles que estão com IMC 40 a 45 kg/m^2 (Prospective Studies Collaboration, 2009).

Tendo em vista que as pesquisas cada vez mais evidenciam os benefícios da atividade física e da alimentação saudável para a saúde, o governo federal vem investindo em estratégias para promover estes comportamentos nos brasileiros. Dentre elas, destaca-se o repasse de incentivo financeiro aos municípios para ações de promoção da saúde e como consequência a atividade física e alimentação saudável que iniciou em 2005 (Knuth et al., 2010).

A preocupação com a promoção da atividade física e da alimentação saudável também se reflete no documento da Política Nacional de Promoção da Saúde lançado em 2006, que visa “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”. Entre os eixos de atuação, esta política estabelece ações específicas como a promoção da atividade física e da alimentação saudável entre os brasileiros (Ministério da Saúde, 2006b).

1.1.2 Sistema Único de Saúde

Em meio às conferências internacionais de promoção da saúde (Buss, 2000), movimento pela reforma sanitária e processo de redemocratização com movimentos sociais em prol de maior participação popular nas decisões políticas (Yunes, 1999), o SUS começou a tomar forma no contexto da Constituição de 1988, que definiu:

“A saúde é reconhecida como direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Artigo 196 – Constituição Federal).

O SUS foi criado em 1990 (Paim et al., 2012) com o objetivo de mudar de forma significativa o modelo de assistência à saúde baseado predominantemente em aspectos médicos-curativos com foco individual, para um sistema voltado à promoção da saúde e prevenção de doenças com atenção integral para indivíduos e coletivos.

Por meio do SUS, o acesso à saúde para a população brasileira é garantido com base nos fundamentos sobre os eixos transversais de universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão (Ministério da Saúde, 2007) e possui como um dos seus grandes desafios adequar o modelo de atenção que atenda as mudanças demográficas e epidemiológicas do país promovendo a qualidade do cuidado (Schmidt, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (1990), o princípio da universalidade caracteriza-se pelo fato do sistema ser garantido a todos os cidadãos com direito de acesso em todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. A integralidade refere-se ao cuidado total do indivíduo, pois o ser humano é um integral, biopsicossocial e deverá ser atendido por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde. A equidade é determinada pela diminuição das diferenças sociais pelo atendimento às pessoas mais necessitadas para realizarem na saúde a questão da justiça social. O contexto de descentralização é entendido como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo para os municípios, pois é reconhecido como principal responsável pela saúde de sua população. E o controle social diz respeito à participação popular no processo de formulação das políticas de saúde e sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local, que funcionam por meio de Conselhos de Saúde com representação de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço (Ministério da Saúde, 1990). O funcionamento do SUS ocorre de modo referenciado e o gerenciamento direto dos serviços de saúde para a população é de responsabilidade dos municípios.

Ao longo dos anos, o SUS vem melhorando o acesso e uso dos serviços de saúde, por meio de inovações institucionais, maiores investimentos em recursos humanos e em tecnologias em saúde (Paim et al., 2012). Além disso, fatores como a descentralização e maior responsabilidade do município pela saúde pública da população e maior participação popular nas tomadas de decisões e fiscalização dos recursos por parte dos conselhos de saúde também estão contribuindo para o avanço deste sistema (Ministério da Saúde, 2007). Avanços como a diminuição das desigualdades por nível educacional no uso do SUS, o aumento de conscientização popular quanto aos seus direitos à saúde e cidadania, cobertura universal de vacinação, assistência pré-natal e distribuição gratuita de alguns medicamentos básicos estão sendo obtidos ao longo do tempo (Paim et al., 2012; Ministério da Saúde, 2007).

Neste sentido, o SUS melhorou substancialmente com a reorganização e fortalecimento da Atenção Básica em saúde no Brasil, em 1994, quando foi criada a Estratégia Saúde da Família. Inicialmente implementado como Programa de Saúde da Família, essa estratégia evoluiu para uma política que está contribuindo para mudar a visão da saúde no país, a qual tinha foco predominante individual e na doença e atualmente busca privilegiar a promoção, prevenção e reabilitação (Ministério da Saúde, 2006b).

A Estratégia Saúde da Família configura-se como primeiro acesso ao sistema de saúde e é uma política prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica com o objetivo de oferecer acesso universal, abranger serviços, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado (Paim et al., 2012). Sua

composição é formada por uma equipe multiprofissional que contém um Médico, um Enfermeiro, dois Auxiliares de Enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (Ministério da Saúde, 2003), que devem atender no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas, podendo solucionar 80% dos casos em saúde das pessoas sob sua responsabilidade (Ministério da Saúde, 2007).

A equipe é responsável pelas pessoas pertencentes às famílias de uma determinada região e realizam visitas domiciliares (Brigagão e Gonçalves, 2009), em conjunto a equipe de Estratégia de Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde possuem como demanda de trabalho o repasse de informações sobre a situação dos seus cadastrados para a Equipe de Saúde da Família, planejamento de ações em saúde, participação de decisões da comunidade, fiscalização e monitoramento de situações de risco para doenças, realização de ações intersetoriais e de subsidiam o acesso aos serviços (Ministério da Saúde, 2003). Para se ter uma ideia da abrangência, o número de Agentes Comunitários de Saúde em 2010 chegou a 236.000 e 30.000 Equipes de Saúde da Família que atendiam cerca de 98 milhões de pessoas em 85% dos municípios brasileiros (Paim, 2012).

Por meio da pesquisa sobre os desafios à coordenação dos cuidados em saúde que investigou o nível de assistência de quatro centros urbanos (Almeida et al., 2010), demonstrou-se que o acesso e uso do sistema de saúde está melhor com o passar dos anos. E em estudo sobre a opinião de usuários sobre a Estratégia de Saúde da Família de Minas Gerais, 64,4% dos usuários aprovam o atendimento das equipes (Ronzani e Silva, 2008).

Para fortalecer as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde no SUS em conjunto de ações com a Estratégia de Saúde da Família, o governo federal criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família no ano de 2008 (Brasil, 2008). Por meio da inserção do profissional de Educação Física e do Nutricionista como possíveis membros das equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), estes profissionais podem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde a partir das demandas identificadas no trabalho em conjunto com as equipes da Estratégia de Saúde da Família, podendo qualificar e ampliar as estratégias de promoção da atividade física e da alimentação saudável (Brasil, 2008).

Além da Política Nacional de Promoção da Saúde e da criação dos NASF, a mais recente ação do governo federal em consonância com o SUS na Atenção Básica foi a Portaria número 719, de 7 de abril de 2011, que institui o Programa Academia da Saúde que tem como objetivo principal a construção de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para contribuir para a promoção da saúde, produção do cuidado e modos de vida saudáveis para a promoção da saúde da população (Brasil, 2011).

1.1.3 Agente Comunitário de Saúde

A portaria nº 1.886, de 18 de Dezembro de 1997 orienta que o Agente Comunitário de Saúde deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas (Ministério da Saúde, 1997). Porém, sua profissionalização

em âmbito nacional data de 1991, na criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, considerado como precursor da Estratégia Saúde da Família (Fortes e Spinetti, 2004).

No entanto, apesar deste grande avanço, faltava criar a categoria de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, além de definir melhor as atribuições que lhes seriam exclusivas para o trabalho no SUS, assim como a redefinição do perfil profissional e por isso após estabelecimento e uma década de atuação, o reconhecimento da profissão ocorreu por meio da Lei 10.507, de 10 de Julho de 2002 (Brasil, 2002).

Além do Agente Comunitário de Saúde orientar a população sobre como utilizar os serviços de saúde e informar as Equipes de Saúde da Família sobre a dinâmica social da comunidade e suas necessidades (Nunes et al., 2002), estes profissionais devem planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, mediante a articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (Cotta et al., 2006). Para tanto, eles devem realizar desde ações burocráticas e de vigilância até orientações de hábitos saudáveis como promoção da atividade física e alimentação saudável em todo o ciclo da vida (Ministério da Saúde, 2009; Ferreira et al., 2009).

Historicamente, o Agente Comunitário de Saúde foi e é um profissional muito importante para a reformulação do trabalho na Atenção Básica, pois é considerado um elo entre a comunidade e as equipes de saúde. Como morador da região em que atua, o Agente Comunitário de Saúde possui características pessoais e socioculturais similares à população do entorno (Bornstein, 2008) e pode incorporar saberes

populares para um modelo de cuidado inclusivo pela convivência com a população que atendem (Nunes, 2002; Dissen, 2011). Nesse espectro, a participação deste profissional é muito importante para a reformulação do trabalho na Atenção Básica, pois sua ação contínua busca estreitar os laços entre a comunidade e as equipes de saúde, sendo peça chave para o empoderamento da população (Fortes e Spinetti, 2004), devido a sua capacidade de liderança que se reverte em ação comunitária ao defender melhorias para as condições de vida e saúde da população (Pupin e Cardoso, 2008).

De acordo com Brigagão e Gonçalves (2009), os Agentes Comunitários de Saúde desempenham um papel central no modelo de saúde por realizarem visitas domiciliares e serem o elo entre a comunidade e as equipes de saúde. Por esse motivo, as autoras realizaram oficinas de promoção de saúde para estes profissionais que atuavam em uma Unidade Básica de Saúde na zona leste de São Paulo. Uma das conclusões acerca das práticas cotidianas foi que os Agentes Comunitários de Saúde desempenham funções que não fazem parte de suas atribuições originais com jornadas de trabalho que muitas vezes ultrapassam 40 horas semanais e que dentre as necessidades para estes profissionais está à construção e valorização da identidade profissional, melhor estabelecimento de funções e plano de carreira.

Apesar dos Agentes Comunitários de Saúde trabalharem com promoção da saúde e prevenção de doenças, estes profissionais são submetidos a estresse contínuo e a altas cargas de trabalho que influenciam em seus estados de saúde e prejudicam a sua qualidade de vida e a própria atenção ao cuidado destes profissionais (Cotta et al., 2006; Bachilli et al., 2008; Ferreira et al, 2009).

Estudos têm demonstrado que há influência dos processos de trabalho na qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde, por conta de situações de estresse e excesso de trabalho que resultam em preocupação e insatisfação com os cuidados de saúde e sociais, recursos financeiros e com as oportunidades de recreação/lazer (Duarte et al. 2007; Mascarenhas et al., 2012). Os múltiplos papéis dos Agentes Comunitários de Saúde podem elevar as privações e sofrimentos de ordem emocional, que repercutem em sua qualidade de vida e no desenvolvimento de seu trabalho, pois são cobrados para atender as necessidades da população e cumprir todas as exigências de funções (Duarte et al., 2007). Entretanto, pouco se faz pela saúde e qualidade de vida do Agente Comunitário de Saúde que precisam de ações de cuidado em saúde e de valorização profissional (Trindade et al., 2007).

Portanto, são necessários estudos que investiguem comportamentos relacionados ao estilo de vida como prática de atividade física, hábitos alimentares e indicadores de obesidade nestes profissionais, pois hábitos como a prática de atividade física estão relacionados com melhor qualidade de vida (Pucci et al. 2012).

Com relação às práticas profissionais de promoção da atividade física, cada vez mais cresce a importância do estudo da promoção da atividade física de forma ampla no SUS.

Uma das estratégias que pode ser utilizada são os aconselhamentos ou recomendações gerais que diversos profissionais de saúde podem fazer para os usuários ou pacientes (Siqueira et al. 2009).

Um aconselhamento ou recomendação geral pode ser definido como uma conversa básica que objetiva a mudança de algum comportamento (NICE, 2006). Com relação à promoção da atividade física, o Conselho Regional de Educação Física (CREF) do Estado de São Paulo descreve o aconselhamento como uma estratégia de ação pautada na educação e saúde que objetiva desenvolver ações de autonomia para o enfrentamento de possíveis problemas e a criação de solução que levem a adoção de mudanças comportamentais em alinhamento com a promoção da saúde, e este aconselhamento deve ser realizada por todos os profissionais da área da saúde (CREF, 2014).

Florindo et al. (2013) realizaram estudo com amostra representativa de Médicos e Enfermeiros que atuavam na Atenção Básica à saúde no Brasil para verificar a prevalência e os fatores associados ao aconselhamento para a promoção da atividade física. Os resultados mostraram que 81% dos Médicos e 62% dos Enfermeiros realizavam regularmente aconselhamentos para os usuários há mais de seis meses sobre atividade física.

Estudos sobre o aconselhamento para a promoção de atividade física feita por profissionais da área da saúde na atenção primária, principalmente por Médicos e Enfermeiros, apontam que tal prática é efetiva para aumentar o nível de atividade física dos usuários (*Group for the Activity Counseling Trial Research Group*, 2001; Aittasalo et al., 2006; McPhail e Schippers, 2012). Entretanto, ainda são escassos os estudos sobre estas práticas profissionais realizada por Agentes Comunitários de Saúde no Brasil.

É essencial que o Agente Comunitário de Saúde tenha conhecimentos básicos sobre a prática regular de atividade física para poder promover um estilo de vida mais ativo. Além de cursos introdutórios, são necessários processos de educação permanente para aprimorar este conhecimento e ampliar os saberes destes profissionais (Machado et al., 2007). Por exemplo, algumas pesquisas têm se focado no estudo de cursos de capacitação para que os Agentes Comunitários de Saúde repassem as informações, ações e estratégias de saúde para a população atendida (Pedrosa et al., 2011; Duarte et al., 2007).

Florindo et al. (2014) mostraram que um grupo de Agentes Comunitários de Saúde que participaram de um curso de capacitação melhoraram os conhecimentos para a promoção da atividade física, os benefícios da prática regular e as recomendações para a saúde, como o número de acertos sobre a frequência semanal e o conhecimento de que a atividade física pode ser feita em períodos acumulados ou de forma contínua. Além das práticas profissionais, ainda são poucas as pesquisas sobre as relações destas com os próprios comportamentos adotados por Agentes Comunitários de Saúde.

Siqueira et al. (2009) argumentaram que o baixo nível de atividade física dos profissionais de saúde pode resultar em pouca orientação aos usuários e que é preciso criar estratégias para estimular a mudança de comportamento destes profissionais, não apenas simplesmente incentivá-los a aconselhar ou recomendar para a população a adoção de comportamentos saudáveis.

Sá e Florindo (2012) estudaram um grupo de profissionais de duas unidades de saúde com Estratégia de Saúde da Família na zona leste de São Paulo, composto

por Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, que mesmo após intervenção para capacitação para a promoção da atividade física, estes profissionais não mudaram o comportamento relacionado à prática de atividade física no tempo de lazer.

No entanto, Silva et al. (2012) demonstraram que o nível atividade física dos Agentes Comunitários de Saúde de São Caetano do Sul era alto, provavelmente devido a participação dos mesmo junto a programas de promoção da atividade física na Estratégia de Saúde da Família.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever indicadores de saúde relacionados ao estilo de vida e verificar possíveis relações com práticas profissionais de promoção da atividade física em Agentes Comunitários de Saúde de uma unidade de saúde do distrito de Ermelino Matarazzo na zona leste de São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a prática de atividade física, a qualidade da alimentação, a aptidão física relacionada à saúde, indicadores de obesidade e de pressão arterial de Agentes Comunitários de Saúde.
- Descrever variáveis relacionadas ao conhecimento e práticas profissionais de promoção da atividade física de Agentes Comunitários de Saúde.
- Verificar se existe relação entre práticas profissionais de promoção da atividade física com indicadores de saúde relacionados ao estilo de vida em Agentes Comunitários de Saúde.

3 MÉTODOS

Este estudo foi do tipo transversal e foi parte de uma pesquisa maior que foi denominada de “Ambiente Ativo” e que teve como objetivo avaliar intervenções para a promoção da atividade física no SUS pela Estratégia de Saúde da Família na zona leste de São Paulo. Maiores detalhes sobre as intervenções podem ser obtidos na publicação de Andrade et al. (2012).

Esta dissertação foi realizada com 30 Agentes Comunitários de Saúde que atuavam numa Unidade Básica de Saúde do distrito de Ermelino Matarazzo na zona leste do município de São Paulo, SP. Este distrito possui três Unidades Básicas de Saúde com 15 equipes da Estratégia de Saúde da Família e com duas equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família que conseguem atingir uma cobertura de 50% do território total do distrito. Participaram desse estudo todos os Agentes Comunitários de Saúde de uma dessas Unidades Básicas de Saúde de Ermelino Matarazzo. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2011.

3.1 COLETA DE DADOS RELACIONADOS À QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO E À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

3.1.1 Qualidade da Alimentação

Para esta avaliação foi usado o questionário elaborado pela Coordenadoria Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. O instrumento é de caráter quantitativo e qualitativo, pois avalia a frequência e o consumo dos diferentes grupos de alimentos (número de porções ingeridas dos grupos de frutas,

verduras e legumes, feijões e oleaginosas, cereais, leites e produtos lácteos, carnes e água) e os hábitos de consumo (retirada de gorduras de carnes, adicionamento de sal, entre outros) (Ministério da Saúde, 2006a). Este questionário foi aplicado na forma de entrevista (Anexo 1).

3.1.2 Prática de Atividade Física

A prática de atividade física no tempo de lazer foi avaliada por meio do questionário internacional de atividade física versão longa (IPAQ). Este questionário já foi validado em amostra de adultos e idosos de Ermelino Matarazzo (Garcia et al., 2013) e estima os minutos de atividade física praticados na semana anterior a entrevista (Anexo 2) no tempo livre. As atividades estudadas são a caminhada no tempo de lazer, a atividade física moderada e a atividade física vigorosa que são analisadas por meio da duração durante o dia e frequência na semana. O instrumento foi aplicado na forma de entrevista.

A faxina pesada realizada em casa, a percepção sobre a atividade física no trabalho e o tempo em que a pessoa permanecia assistindo televisão foram avaliados por questões utilizadas na Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) do Ministério da Saúde do Brasil que foram validadas por Monteiro et al. (2008) (Anexo 2).

O bloco de faxina pesada do VIGITEL questiona se as pessoas realizam sozinhas a limpeza pesada ou faxina nas suas casas, cuja resposta é sempre em forma dicotômica (faz ou não faz). O bloco de atividades físicas no trabalho avalia se as pessoas carregam carga pesada no trabalho (sim ou não) e se andam bastante a pé no

trabalho (sim ou não). O bloco do comportamento de assistir televisão pergunta se a pessoa tem este tipo de hábito e, nos casos positivos, quantas horas por dia e quantos dias por semana permanecem assistindo televisão. Estes blocos do questionário VIGITEL foram aplicados em forma de entrevista.

A caminhada foi avaliada de forma objetiva por meio do uso de pedômetros da marca Digiwalker, modelo CW 700 que mensuram e gravam o número de passos executados em até 14 dias. Os Agentes Comunitários de Saúde foram orientados para usarem os aparelhos durante sete dias consecutivos e retirarem somente em atividades de higiene pessoal e na hora de dormir. O aparelho registrou o total de passos caminhados durante sete dias.

3.2 COLETA DE DADOS DAS VARIÁVEIS DE ANTROPOMETRIA, PRESSÃO ARTERIAL E DE APTIDÃO FÍSICA

3.2.1 Antropometria

O peso corporal foi coletado por meio de balança digital solar da marca Tanita, modelo HS-301 com resolução de 0,2 quilogramas (kg). O avaliado ficava descalço, com poucas roupas e em posição ortostática na balança. Para estimar o peso dos participantes, foram feitas duas medidas adotando-se a média dos valores.

Para a mensuração da estatura corporal foi utilizado estadiômetro afixado na parede da marca Sanny modelo ES2020. Foram feitas três medidas com o avaliado descalço, com roupas leves, com os pés unidos e com os calcanhares, escápulas e

cabeça encostados em uma parede e em posição ortostática. Adotou-se a média das três medidas.

Foi mensurado o perímetro da cintura três vezes sempre do lado direito do corpo usando-se uma fita inelástica e flexível com resolução de 0,1 centímetros (cm) em contato direto com a pele. Este perímetro foi mensurado com o avaliado realizando a respiração normal em posição ortostática, a partir do ponto médio entre o último arco costal e o pico da crista ilíaca (Martins e Lopes, 2011). Foi adotada a média das três medidas.

3.2.2 Aptidão Cardiorrespiratória

Foi obtida uma estimativa da aptidão cardiorrespiratória por meio do *Polar Fitness Test* com o frequencímetro da marca Polar, modelo RS300X. Este teste se baseia na estimativa do consumo máximo de oxigênio por meio de equação que leva em conta a medida da frequência cardíaca em repouso o sexo, a estatura, o peso corporal, a idade e o nível de atividade física avaliada. Durante o teste a pessoa permanecia em posição de decúbito dorsal e em repouso absoluto durante pelo menos cinco minutos para a medida da frequência cardíaca em repouso (Polar Electro OY, 2009). No final do teste foi gerada uma estimativa do consumo máximo de oxigênio da pessoa em mililitros por quilograma de peso corporal por minuto (ml/kg/min).

3.2.3 Flexibilidade

A flexibilidade foi mensurada pelo teste de sentar e alcançar com o uso do equipamento banco de Wells de madeira da marca Sanny. Este teste mensura

principalmente a flexibilidade do quadril e da parte posterior do tronco. O avaliado permanecia sentado em um colchonete e apoiava a sola dos pés descalços e unidos na base do equipamento com os joelhos estendidos, elevando os braços também estendidos acima da cabeça. O avaliado realizava uma flexão de quadril sem flexionar os joelhos para que com os membros superiores unidos pelas mãos e estendidos realizasse o movimento de “mergulho” e empurasse o cursor o mais longe possível na régua graduada em centímetros (Reiman e Manske, 2009). A medida foi realizada três vezes e foi considerado o maior valor dentre elas.

3.2.4 Força muscular

Para medir a força de prensão manual foi utilizado o dinamômetro portátil da marca Takey, modelo Smedley III T-18A que mensura a força em kg com resolução de 0,5 kg. Ao comando do avaliador, o avaliado em posição ortostática com braços estendidos realizava um único movimento com o máximo de força isométrica de prensão, que durava em torno de cinco segundos (Reiman e Manske, 2009). O teste teve três aferições em cada membro superior, com a alternância dos membros, sendo adotado primeiro a média dos membros esquerdo e direito, depois a soma dessas médias.

A força abdominal foi avaliada por meio de flexões de tronco executadas pelo indivíduo que ficava inicialmente deitado no colchonete com os joelhos flexionados, cruzava os membros superiores com mãos apoiadas nos ombros e com os pés sendo segurados pelo avaliador. O teste consistia em realizar o número máximo de flexões de tronco completas com o encontro dos membros superiores (braços cruzados) e com os inferiores (joelhos flexionados) durante 60 segundos (Reiman e Manske, 2009).

3.2.5 Pressão Arterial

A aferição da pressão arterial foi realizada com o uso de um esfigmomanômetro manual e um estetoscópio e ocorreu com o avaliado sentado em repouso absoluto sempre no braço esquerdo, considerando a auscultação do primeiro som como a pressão sistólica e quando o som cessava como a pressão diastólica (Sociedade Brasileira Cardiologia, 2010).

3.3. PRÁTICAS PROFISSIONAIS SOBRE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

Estes dados foram coletados nas Unidades Básicas de Saúde por meio de questionários já utilizados em pesquisa anterior com outro grupo de Agente Comunitário de Saúde (Sá e Florindo, 2012) (Anexo 3). Foi usada a primeira coleta feita com os Agentes Comunitários de Saúde antes da realização de processo educacional de treinamento para a promoção da atividade física (Florindo et al. 2014) e todos estes questionários foram autorrespondidos individualmente.

As práticas profissionais para promoção da atividade física foram avaliadas por meio de duas questões: 1) Se os Agentes Comunitários de Saúde realizavam o aconselhamento para a prática de atividade física há menos seis meses; 2) Se os Agentes Comunitários de Saúde participavam, organizavam ou participavam de programas de atividade física para usuários nas unidades de saúde.

Os conhecimentos sobre as recomendações de atividade física moderada e vigorosa para a saúde foram avaliados por meio de questões que investigava a opinião dos Agentes Comunitários de Saúde sobre qual era a frequência e duração destas práticas, se podem ser praticada de forma contínua ou acumulada durante o dia e se há diferença nos significados dos termos de atividade física, exercício físico, Educação Física.

3.4 DADOS SOCIAIS, DEMOGRÁFICOS, PROFISSIONAIS E OUTROS INDICADORES DE SAÚDE.

Dados como idade (em anos), escolaridade (em anos completos de estudos), estado marital (casadas ou com companheiro; solteiras ou sem companheiros), cor da pele autorrelatada (brancas; pardas ou pretas), religião (católica; evangélica; outras; não possui), tempo de trabalho na unidade de saúde (em anos), hábitos de fumar (sim; não), auto relato de saúde (muito ruim, ruim ou regular; boa ou muito boa) e auto relato de qualidade de vida (muito ruim, ruim ou regular; boa ou muito boa) foram coletados por meio de questões padronizadas na forma de entrevista (Anexo 3).

3.5 PROCEDIMENTOS ADOTADOS NA COLETA DE DADOS.

Os dados sobre práticas profissionais em promoção da atividade física foram coletados na Unidade Básica de Saúde e antecederam as avaliações das variáveis de saúde em duas semanas.

Os dados de atividade física, de alimentação, os indicadores antropométricos, as medidas de pressão arterial e as variáveis de aptidão física foram coletados num único dia em março de 2011 no Laboratório de Ciências da Atividade Física do Centro de Estudos e Práticas de Atividade Física da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP).

As avaliações foram realizadas na seguinte ordem - 1: Entrevistas por meio da aplicação dos questionários de atividade física e de alimentação; 2: Medida da pressão arterial em repouso; 3: Mensuração do peso corporal, da estatura e do perímetro da cintura; 4: Aplicação do *Polar Fitness Test* para a estimativa da aptidão cardiorrespiratória; 5: Aplicação do teste de flexibilidade no banco de Wells; 6: Aplicação do teste de força de preensão manual (força máxima muscular de membros superiores); 7: Aplicação do teste de força abdominal (flexões de tronco); 8: Entrega do pedômetro junto com as orientações para o uso durante uma semana (o qual foi retirado posteriormente na unidade de saúde com os Agentes Comunitários de Saúde).

Todos os profissionais envolvidos na coleta de dados eram alunos de doutorado e mestrado de Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) e alunos de graduação do curso de

Ciências da Atividade Física da Escola de Artes, Ciências e Humanidades-USP. Ao todo foram 10 avaliadores, sendo o coordenador da coleta de dados o professor doutor responsável pelo projeto maior. Todos os profissionais receberam um treinamento de 20 horas sobre todos os protocolos utilizados e seus procedimentos que seguiam o manual de avaliação física criado para pesquisa.

3.6 ANÁLISES DE DADOS

As variáveis: idade (18 a 39 anos; 40 anos ou mais), a cor da pele (brancas; pretas ou pardas), o estado marital (com companheiro (a); sem companheiro(a), a escolaridade (do ensino fundamental até o ensino médio completo; ensino superior incompleto ou mais), a religião (católicas; evangélicas; outras; não tem) e o tempo de trabalho na UBS (< 5 anos; 5 anos ou mais) foram analisadas por meio de frequências. Outras variáveis como: idade, escolaridade e tempo de trabalho na unidade também foram analisadas de forma quantitativa contínua por meio de médias e desvios-padrão (dp).

A qualidade da alimentação foi analisada por meio do cálculo da frequência das porções ingeridas de diferentes grupos alimentares como: cereais, tubérculos, raízes e derivados; feijões; frutas e sucos naturais; legumes e verduras; leite e derivados; carnes e ovos; óleos, gorduras e sementes oleaginosas; açúcares e doces, que foram categorizadas de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (Ministério da Saúde, 2006a) Foi calculado também um escore geral de alimentação que variou entre 1 a 58 pontos. Posteriormente este escore foi

analisado como variável qualitativa categórica de acordo com os seguintes critérios:

1. Alimentação inadequada (menor que 28 pontos); 2. Alimentação regular (de 29 até 42 pontos); 3. Alimentação saudável (43 pontos ou mais). Estes pontos de corte foram calculados de acordo com a recomendação do Guia Alimentar para a população brasileira (Ministério da Saúde, 2006a).

Os níveis de atividade física no tempo de lazer obtidos pelo questionário IPAQ foram calculados usando os seguintes pontos de corte: 1) Os Agentes Comunitários de Saúde que praticavam menos de 10 minutos por semana foram considerados como inativos fisicamente; 2) Os Agentes Comunitários de Saúde que praticavam entre 10 até 149 minutos por semana foram considerados como insuficientemente ativos; 3) Os Agentes Comunitários de Saúde que praticavam 150 minutos ou mais por semana foram considerados como ativos (WHO, 2010). Os minutos em atividades físicas vigorosas no lazer foram multiplicadas por dois de acordo com a recomendação de Hallal et al. (2010). A limpeza pesada em casa e a atividade física no trabalho foram categorizadas de forma dicotômica (faz ou não faz sozinha (o) a limpeza pesada em casa; anda bastante a pé e carrega peso no trabalho) conforme recomendação de Monteiro et al. (2008) e do relatório VIGITEL (Ministério da Saúde, 2012). O comportamento de assistir televisão foi analisado utilizando o ponto de corte de duas horas diárias. Os padrões diários de caminhada foram analisados utilizando-se o ponto de corte de 10 mil passos por dia (atinge ou não atinge a recomendação) (Tudor-Locke e Bassett Jr, 2004). A média de passos por dia foi calculada a partir da soma total de passos executados durante a semana

dividida pela quantidade de dias válidos, sendo considerados inválidos os dias em que o registro dos pedômetros estava com menos de 100 passos.

Para a prática de atividade física no tempo de lazer, caminhada diária e tempo em que os profissionais permaneciam assistindo televisão foram calculados os valores de média, dp, mínimos e máximos.

O estado nutricional foi calculado pelo IMC dividindo-se o peso corporal em kg/m^2 e foi analisado de forma categórica usando como ponto de corte para excesso de peso valores de $\text{IMC} \geq 25,0 \text{ kg/m}^2$ e para obesidade valores de $\text{IMC} \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ (WHO, 2000). O perímetro da cintura foi usado para a classificação da obesidade abdominal com os seguintes pontos de corte: 1) Até 79,9 cm para níveis normais; 2) De 80 até 87,9 cm para faixa de risco aumentado de obesidade abdominal; 3) Obesidade abdominal para perímetros iguais ou superiores a 88 cm (WHO, 2011b). Ambas as medidas também foram analisadas por meio de médias, dp e valores mínimos e máximos.

A pressão arterial de repouso foi analisada de forma categórica sendo consideradas como alteradas as medidas que ficaram com valores ≥ 140 milímetros de mercúrio (mmHg) para pressão sistólica ou ≥ 90 mmHg para pressão diastólica em repouso (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010). Para ambas as medidas foram calculadas os valores de média, dp, mínimos e máximos.

Os resultados dos testes de flexibilidade, de força de preensão manual e de força abdominal foram comparados com tabelas populacionais padronizadas de acordo com a bateria de testes de aptidão física do Ministério Estadual de Aptidão e

Esporte Amador Canadense. Estas tabelas geram resultados segundo sexo e faixa etária (*Minister of State Fitness and Amateur Sport*, 1986). Os dados de análise da estimativa da aptidão cardiorrespiratória foram analisados de acordo com os resultados propostos pelo manual do *Polar Fitness Test* (Polar Electro OY, 2009). Essas comparações geraram dados que foram categorizados como: 1) Aptidão física adequada; 2) Aptidão física inadequada. Além disso, para todas as variáveis de aptidão física foram calculados valores de média, dp, mínimos e máximos.

A partir dessas análises, também foi elaborado um escore de aptidão física relacionado à saúde com base nas quatro variáveis avaliadas (flexibilidade + força de preensão manual + força abdominal + aptidão cardiorrespiratória), somando-se um ponto para cada teste em que o Agente Comunitário de Saúde atingia a categoria de aptidão física adequada. Assim, os Agentes Comunitários de Saúde poderiam atingir as seguintes pontuações: 1) Pontuação máxima de quatro e eram classificadas como ótimo; 2) Três pontos como bom; 3) Dois pontos como regular; 4) Um ponto ou nenhum ponto como ruim.

As duas questões sobre práticas profissionais de promoção da atividade física foram analisadas de forma dicotômica: 1) Recomenda atividade física há mais de seis meses: (sim ou não), conforme critério proposto por Florindo et al. (2013); 2) Organiza ou participa de programas de promoção da atividade física para usuários nas unidades de saúde: (sim ou não).

A questão sobre conhecimentos das recomendações de atividade física para a saúde foi analisada com base na Estratégia Global da Organização Mundial da Saúde para a promoção da atividade física, alimentação saudável e prevenção de doenças

crônicas e também de acordo com Pate et al. (1995). A atividade física moderada foi analisada como certa para as respostas de 30 minutos por dia para a duração e cinco dias na semana para frequência, sendo que as demais respostas foram consideradas erradas. Somente foi considerado acerto da recomendação de atividade física moderada aqueles que acertaram a frequência e a duração. Na atividade física vigorosa as respostas consideradas corretas foram de 20 minutos para duração e três dias para a frequência, considerando as demais respostas erradas. Os conceitos de atividade física foram considerados como corretas quando discordavam que os termos atividade física, Educação Física e esporte significam a mesma coisa.

Todas as variáveis foram duplamente digitadas, passaram por processo de validação de dados e conferências no módulo *validate* no software EpiData 3.1. Todos os cálculos dos valores mínimos e máximos, das médias e dos dp, e as análises de frequências foram realizadas no software SPSS, versão 15.0.

Foram calculadas diferenças de médias entre os escores das variáveis quantitativas contínuas de saúde segundo três formas de categorização: 1) Recomenda atividade física para os usuários há pelo menos seis meses: sim ou não; 2) Organiza, participa e colabora com grupos de atividade física oferecidos nas UBS para os usuários: sim ou não. Para analisar se as variáveis contínuas tinham distribuição com aderência á curva normal foi usado o teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov. Posteriormente, para o cálculo das diferenças de médias das variáveis foi usado teste t de Student para amostras independentes ou seu equivalente não paramétrico para amostras independentes, o teste de Mann-Whitney. Foi considerado como estatisticamente significativo um $p < 0,05$.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo sob o protocolo CAEE 0072.0.162.000-10 e pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo sob o número do processo OF.COEP/047/13.

4 RESULTADOS

A amostra foi composta exclusivamente por mulheres, a maioria estava na faixa etária entre 18 a 39 anos de idade (com média de 39,4 anos, $dp= 9,1$ anos e amplitude de 24 a 61 anos) e com ensino fundamental completo como grau de escolaridade (média de 10,9 anos de estudo e $dp= 1,3$ anos de estudo). A maioria das participantes declarou que sua cor de pele era parda ou preta, que eram casadas ou viviam com companheiro, que seguiam a religião evangélica e trabalhavam há menos de cinco anos na unidade de saúde (média de 3,4 anos e $dp=2,9$ anos) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição por frequência das Agentes Comunitárias de Saúde, segundo as características sociodemográficas e profissionais. Ermelino Matarazzo, SP, 2011.

Variáveis	%
Idade (anos)	
18 a 39	55,6
40 anos ou mais	44,4
Cor da pele	
Branças	40,7
Pretas ou Pardas	59,3
Escolaridade	
Do ensino fundamental até o ensino médio completo	88,9
Ensino superior incompleto ou mais	11,1
Estado Marital	
Casada ou com companheiro(a)	64,0
Solteira ou sem companheiro(a)	36,0
Religião	
Católica	25,9
Evangélica	37,0
Outras	14,8
Não possui	22,3
Tempo de trabalho na unidade de saúde (anos)	
Menos de cinco anos	67,9
Cinco anos ou mais	32,1

Na Tabela 2 estão apresentados os dados sobre os indicadores de saúde relacionados ao estilo de vida das Agentes Comunitárias de Saúde. A maioria não fumava, considerava sua saúde e qualidade de vida como boa ou muito boa e assistia mais de duas horas de televisão por dia. Quanto às recomendações de atividade física, a maioria das Agentes Comunitárias de Saúde não atingiu a média dos 10.000 passos por dia de caminhada proposta por Tudor-Locke e Bassett Jr (2004) e nem de pelo menos 150 minutos por semana de atividade física regular no tempo de lazer. Entretanto, a maioria das Agentes Comunitárias de Saúde realizava sozinha a limpeza pesada de casa e declarava que caminhava bastante a pé no trabalho, mas que esta atividade física no trabalho não era pesada.

Tabela 2. Distribuição da frequência de variáveis do estilo de vida de Agentes Comunitárias de Saúde. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011.

Variáveis	%
Tabagismo	
Não fuma	80,0
Fuma	20,0
Autorrelatos de saúde	
Regular, ruim ou muito ruim	36,0
Boa ou muito boa	64,0
Autorrelatos de qualidade de vida	
Regular, ruim ou muito ruim	41,7
Boa ou muito boa	58,3
Recomendação diária de passos (caminhada)	
<10.000 passos por dia	66,7
≥10.000 passos por dia	33,3
Realização de limpeza pesada de casa sozinha	
Não	8,3
Sim	91,7
Anda bastante a pé no trabalho	
Não	-
Sim	100,0
Carrega peso ou faz atividade pesada no trabalho	
Não	63,0
Sim	37,0
Realização de atividade física ocupacional pesada (anda bastante a pé e carrega peso ou faz atividade pesada no trabalho)	
Não	63,0
Sim	37,0
Horas diárias que permanece assistindo televisão	
≤ 2 horas diárias	48,0
> 2 horas diárias	52,0
AF no tempo de lazer (minutos por semana)	
Não fazem	37,0
Fazem entre 10 a 149 minutos	44,5
Fazem 150 minutos ou mais	18,5

As Agentes Comunitárias de Saúde praticavam em média 76 minutos por semana de atividade física no lazer, caminhavam em média quase oito mil passos por dia e assistiam em média mais de 100 minutos de televisão por dia (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição por médias, desvios-padrão e valores mínimos e máximos, da prática de atividade física no tempo de lazer, do número de passos diários e do comportamento diário de assistir televisão de Agentes Comunitárias de Saúde. Ermelino Matarazzo, SP, 2011.

Variáveis	Média (dp)	Valores mínimos	Valores máximos
Atividade física no tempo de lazer (minutos/semana)	76,5 (101,4)	-	435,0
Passos (números/dia)	7946,0 (3380,7)	142,0	13852,4
Tempo de televisão (minutos/dia)	106,4 (55,1)	30,0	180,0

Metade das profissionais apresentava excesso de peso, ou seja, um IMC igual ou maior que 25 kg/m² (WHO, 2000), obesidade abdominal com valores iguais ou superiores a 88 centímetros de perímetro de cintura (WHO, 2011b), baixos níveis de aptidão física relacionada à saúde e níveis de pressão arterial alterada no repouso de acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010) (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição de frequência das medidas de pressão arterial, de marcadores de obesidade e das variáveis de aptidão física relacionada à saúde de Agentes Comunitárias de Saúde. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011.

Variáveis	%
Medida de pressão arterial elevada em mmHg* (sistólica ≥ 140 ou diastólica ≥ 90)	
Não	55,6
Sim	44,4
Estado nutricional (Índice de massa corporal – IMC em kg/m^2)	
Peso normal (IMC $< 25,0 \text{ kg}/\text{m}^2$)	48,1
Excesso de peso (IMC $\geq 25,0$ até $29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$)	37,0
Obesidade classe I (IMC $\geq 30,0 \text{ kg}/\text{m}^2$)	14,9
Obesidade abdominal (perímetro da cintura em cm)	
Perímetro normal ($< 80 \text{ cm}$)	29,6
Nível aumentado (entre 80 a $87,9 \text{ cm}$)	22,3
Obesidade abdominal ($\geq 88 \text{ cm}$)	48,1
Força de preensão manual	
Aptidão física adequada	25,9
Aptidão física inadequada	74,1
Flexibilidade	
Aptidão física adequada	30,8
Aptidão física inadequada	69,2
Força abdominal	
Aptidão física adequada	23,1
Aptidão física inadequada	76,9
Aptidão cardiorrespiratória	
Aptidão física adequada	85,2
Aptidão física inadequada	14,8
Escore de aptidão física relacionada à saúde	
Ruim	48,0
Regular	28,0
Bom	20,0
Ótimo	4,0

Nas análises das variáveis contínuas, observou-se que a média de IMC foi de 25,7 kg/m².

Tabela 5. Distribuição por médias, desvios-padrão e valores mínimos e máximos, das medidas de pressão arterial em repouso, do índice de massa corporal, do perímetro da cintura e das variáveis de aptidão física de Agentes Comunitários da Saúde. Ermelino Matarazzo, SP, 2011.

Variáveis	Média (dp)	Valores mínimos	Valores máximos
Pressão arterial diastólica (mmHg)	84,0 (12,0)	60,0	100,0
Pressão arterial sistólica (mmHg)	115,1 (13,4)	100,0	150,0
Índice de massa corporal (kg/m ²)	25,7(3,8)	20,6	34,7
Perímetro da cintura (cm)	86,8 (10,3)	69,6	103,5
Força de preensão manual (kg)	54,1 (10,5)	33,5	92,0
Flexibilidade (cm)	27,0 (6,8)	13,0	41,5
Força abdominal (número de execuções)	11,4 (6,5)	-	20,0
Aptidão cardiorrespiratória (ml/kg/minuto)	33,8 (6,7)	22,0	62,0
Escore geral de aptidão física	1,72 (1,0)	-	4,0

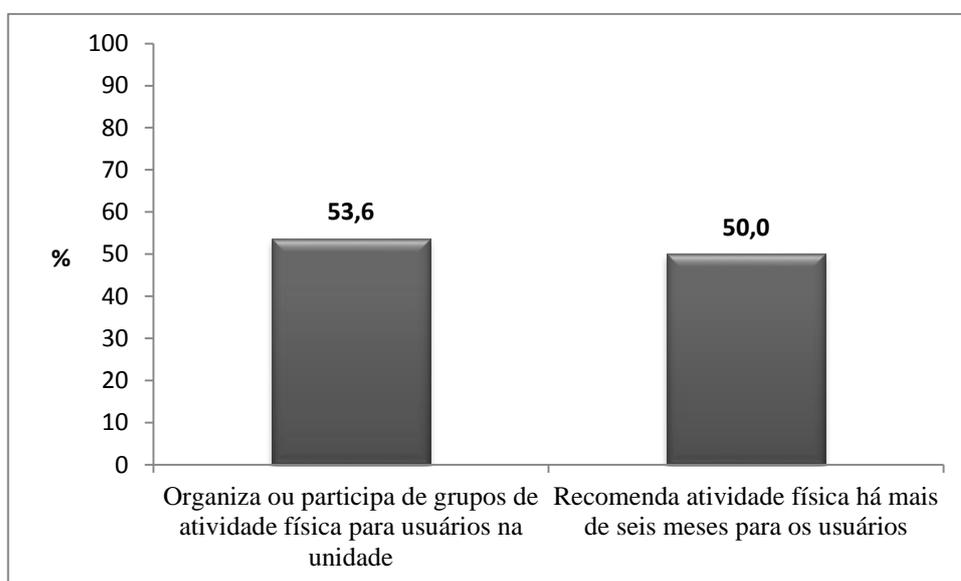
A qualidade da alimentação das Agentes Comunitárias de Saúde está descrita na Tabela 6. Poucas tinham uma alimentação classificada como boa para padrões de saúde de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira, pois tiveram pouco consumo de porções de frutas, legumes e verduras, de peixes e de água. A maioria das trabalhadoras possuía o costume de consumir comidas gordurosas, doces e bebidas alcoólicas e fritavam alimentos em óleo vegetal. Poucas consumiam leite com baixo teor de gordura, e realizavam cinco ou mais refeições por dia. No escore de alimentação caracterizado de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira (2006a), a média de 38,7 pontos (dp=4,3 pontos), variando de 30 (nível considerado regular) a até 46 pontos (nível considerado como bom).

Tabela 6. Qualidade da alimentação e descrição do consumo de alimentos de Agentes Comunitárias de Saúde. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011.

Variáveis	%
Qualidade da alimentação	
Regular	77,8
Boa	22,2
Consome quantidades adequadas diariamente de:	
Frutas	11,1
Legumes e verduras	22,2
Frutas, legumes e verduras	3,7
Feijões e oleaginosas	63,0
Cereais	40,7
Proteína	37,0
Peixes	18,5
Consome quantidades adequadas diariamente de:	
Leite e derivados	7,4
Água	37,0
Possuí o costume de consumir	
Leite com baixo teor de gordura	3,7
Comida gordurosa	59,3
Doces	70,4
Alimentos fritos em óleo vegetal	96,3
Gordura aparente de carne ou pele de aves	18,5
Bebidas alcoólicas	96,3
Faz cinco ou mais refeições por dia	7,4
Acrescenta sal em alimentos servidos	
Não	100
Sim	-
Lê informação nutricional de rótulos	
Não	74,1
Sim	25,9

Sobre as práticas profissionais em relação à promoção da atividade física (Figura 1), metade das Agentes Comunitárias de Saúde recomendava atividade física há mais de seis meses para os usuários e estava envolvida na organização ou participação de grupos de atividade física para usuários na Unidade Básica de Saúde.

Figura 1. Práticas profissionais relacionadas à promoção da atividade física de Agentes Comunitárias de Saúde. Ermelino Matarazzo, SP, 2011.



Poucas profissionais acertaram as recomendações de prática de pelo menos 30 minutos de atividade física moderada em cinco dias por semana ou 20 minutos de atividade física vigorosa em três dias da semana (Tabela 7).

Tabela 7. Nível de conhecimento sobre as recomendações de atividade física de Agentes Comunitários de Saúde. Ermelino Matarazzo, São Paulo, SP, 2011.

Variáveis	%
Acertou a recomendação de atividade física moderada	
Frequência (dias por semana)	17,9
Duração (minutos por dia)	46,4
Acertou a recomendação de atividade física vigorosa	
Frequência (dias por semana)	17,9
Duração (minutos por dia)	3,6

As Agentes Comunitárias de Saúde que recomendavam atividade física para os usuários há mais de seis meses tiveram maior média de passos diários em comparação com as que não recomendavam (Tabela 8)

Tabela 8. Distribuição contínua por médias e desvios-padrão das variáveis de saúde segundo prática profissional de recomendação de atividade física de Agentes Comunitárias de Saúde. Ermelino Matarazzo, SP, 2011.

Variáveis	Recomendação de atividade física para usuários há mais de seis meses		p
	Não média (dp)	Sim média (dp)	
AF no tempo de lazer (minutos/semana)	75,0 (125,3)	89,6 (82,1)	0,731
Tempo assistindo televisão (minutos/dia)	122,7 (54,4)	102,5 (53,4)	0,379
Escore de qualidade da alimentação	37,6 (5,4)	39,8 (3,3)	0,229
Pressão arterial sistólica (mmHg)	120,4 (16,0)	110,8 (10,1)	0,082
Pressão arterial diastólica (mmHg)	86,3 (10,2)	81,7 (13,9)	0,352
Índice de massa corporal (kg/m ²)	25,9 (4,8)	25,6 (3,2)	0,865
Perímetro da cintura (cm)	85,2 (11,3)	87,6 (10,2)	0,594
Escore de aptidão física	1,8 (0,8)	1,7 (1,2)	0,702
Média diária de passos caminhados	6417,4 (3239,8)	9265,2 (3263,6)	0,039*

AF (atividade física); *p<0,05

Não foram encontradas diferenças significativas nas análises das outras variáveis segundo a organização ou participação das Agentes Comunitárias de Saúde em grupos de caminhada para usuários na Unidade Básica de Saúde (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição contínua por médias e desvios-padrão das variáveis de saúde segundo prática profissional de organizar ou participar de grupos de atividade física na unidade para usuários entre Agentes Comunitários de Saúde. Ermelino Matarazzo, SP, 2011.

Variáveis	Organiza ou participa de grupos de atividade física para usuários na unidade		P
	Não média (dp)	Sim média (dp)	
AF no tempo de lazer (minutos/semana)	81,8 (129,0)	83,2 (82,4)	0,974
Tempo que assiste televisão (minutos/dia)	108,0 (56,9)	115,4 (53,2)	0,752
Escore de qualidade da alimentação	37,8 (5,7)	39,4 (3,2)	0,382
Pressão arterial sistólica (mmHg)	117,7 (18,1)	113,6 (9,8)	0,469
Pressão arterial diastólica (mmHg)	81,8 (12,7)	85,6 (11,9)	0,456
Índice de massa corporal (kg/m ²)	26,0 (5,1)	25,6 (3,0)	0,791
Perímetro da cintura (cm)	85,3 (11,5)	87,3 (10,2)	0,651
Escore de aptidão física	1,6 (0,9)	1,8 (1,1)	0,630
Média diária de passos caminhados	6514,2 (3400,1)	8985,7 (3289,2)	0,079

AF (atividade física)

5 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que a maioria das Agentes Comunitárias de Saúde não praticava pelo menos 150 minutos por semana de atividade física no tempo de lazer, não caminhava pelo menos 10 mil passos diariamente e não tinha uma alimentação classificada como boa ou saudável. Metade das profissionais estava com excesso de peso, obesidade abdominal, pressão arterial alterada e baixos níveis de aptidão física relacionada à saúde. No entanto, metade das Agentes Comunitárias de Saúde recomendava ou organizava e participava de grupos de atividade física desenvolvidos na unidade de saúde em que trabalhavam. Além disso, o grupo de profissionais que recomendava atividade física para os usuários teve maior média de passos diários de caminhada.

Algumas características sociais e demográficas como sexo, idade e nível de escolaridade das Agentes Comunitárias de Saúde deste estudo foram similares aos resultados obtidos em outras pesquisas de diferentes estados do país (Ferraz e Aerts, 2005; Trindade et al., 2007; Nascimento, 2008; Kluthcovsky e Takayanagui, 2010; Peres et al., 2010; Mascarenhas et al. 2012; Rosa et al., 2012; Pinto et al., 2012; Lino et al., 2012; ; Dissen et al., 2013; Menegussi et al, 2014). O estudo realizado por Lino et al. (2012), que pesquisou o perfil de 470 Agentes Comunitários de Saúde de Florianópolis mostrou que a maioria dos profissionais eram mulheres (95,1%), com idade entre 28 e 47 anos, casadas (62,1%) e com escolaridade até o ensino médio completo. O estudo de Nascimento (2008) com Agentes Comunitários de Saúde de 10 municípios da região metropolitana de Recife mostrou também que a maioria dos

profissionais eram mulheres (87,0%), com idade até 39 anos (63,4%) e com escolaridade até o ensino médio completo (84,3%).

Quanto à prática de atividade física no tempo de lazer, a proporção de profissionais ativas foi maior do que a encontrada nas mulheres adultas de Ermelino Matarazzo (Costa et al., 2010), mas mesmo assim, a maioria das Agentes Comunitárias de Saúde entrevistadas não praticava regularmente pelo menos 150 minutos por semana neste domínio. Estudos qualitativos feitos com Agentes Comunitários de Saúde tem argumentado que este tipo de prática de atividade física poderia contribuir para reverter os efeitos nocivos que são adquiridos na rotina de trabalho e como autocuidado para amenizar os problemas causados pelo estresse e desgastes psíquicos que podem causar doenças e problemas de saúde futuros (Dissen et al. 2007; Trindade et al. 2007).

Além da atividade física no tempo de lazer, a maioria das profissionais não atingia a recomendação de pelo menos 10 mil passos diários de caminhada de acordo com o que recomendam Tudor Locke e Bassett Jr (2004). Comparando com profissionais da mesma categoria, observou-se que Agentes Comunitários de Saúde de São Caetano do Sul que participavam como parceiros de programa de promoção da atividade física realizavam média de 11 mil passos diários e todos os profissionais cumpriam a recomendação dos 10 mil passos de caminhada por dia (Silva et al., 2012). Este fato pode ter influência pelo ambiente, pois o município tinha 11 polos de atividade física dividido ao longo de 15 bairros, o profissional de Educação Física que era concursado para trabalhar exclusivamente com o projeto possuía um programa comunitário de atividade física coordenado pelo Departamento Municipal

de Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde recebiam treinamento mensal durante um ano sobre orientações à comunidade para mudança de comportamento (prevenção de comportamento sedentário) e adoção de estilo de vida ativo que podem ter sido incorporado pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Por outro lado, a proporção de Agentes Comunitárias de Saúde avaliadas neste estudo que realizavam sozinhas a limpeza pesada/faxina de casa foi muito alta e superior aos dados encontrados em amostra de mulheres adultas residentes em Ermelino Matarazzo, zona leste de São Paulo (Costa et al., 2010).

Dissen et al. (2012) comentam que a dupla jornada de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, principalmente por conta das atividades domésticas, são comparáveis a um trabalho extra, por causa da demanda de tempo e esforço físico.

Quanto a atividade física no trabalho, todas as Agentes Comunitárias de Saúde declararam andar bastante a pé no trabalho, mas que não faziam atividade pesada ou carregavam peso no trabalho. Estes valores também são superiores aos encontrados nas mulheres adultas de Ermelino Matarazzo (Costa et al., 2010).

Trindade et al. (2007) discutem que os Agentes Comunitários de Saúde de Santa Maria no Rio Grande do Sul também não classificaram o trabalho como pesado, pois não costumavam carregar peso ou fazer atividades pesadas. Porém, os profissionais faziam longas caminhadas em ruas com condições irregulares e adotavam posições incômodas em visitas domiciliares. Além disso, outros problemas que podem prejudicar a atividade laboral destes profissionais são as caminhadas em condições desfavoráveis por conta da falta de equipamentos adequados, como bolsas

para carregar materiais de trabalho, uniformes confortáveis, falta de protetor solar e ambiente laboral ruim que os sujeitam a realizar as visitas em diferentes tipos de clima, temperatura, em meio à poluição e em domicílios em condições de risco por conta de animais domésticos (Disse et al., 2011; Trindade et al., 2007).

A maioria das Agentes Comunitárias de Saúde avaliadas neste estudo não teve uma alimentação classificada como boa para padrões de saúde de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2006a). O baixo consumo de frutas, legumes e verduras e o alto consumo de doces e gorduras prejudica a saúde destes profissionais. Segundo estudo realizado por Monteiro et al. (2011), o aumento do consumo de alimentos prontos e ultra-processados pela população brasileira não corresponde a uma alimentação saudável, por conter excesso de açúcar, carboidratos, gordura e sódio, que em longo prazo podem aumentar o risco de doenças e agravos não transmissíveis, que são justamente o grupo alimentar consumido em excesso por estas Agentes Comunitárias de Saúde.

Estudo que investigou o padrão alimentar de 88 Agentes Comunitários de Saúde da zona leste de São Paulo concluiu que o excesso de peso e obesidade abdominal esteve relacionado com suas práticas alimentares inadequadas, os quais também são influenciados por suas características sociais e demográficas (Freitas et al., 2008).

O problema de excesso de peso e de obesidade abdominal também estava presente em metade das Agentes Comunitárias de Saúde estudadas. A pesquisa realizada por Gigante et al. (2011) em mulheres adultas, mostrou que a prevalência de excesso de peso foi de 39% e para obesidade foi de 11% no país. Os dados são

similares ao estudo de Freitas et al. (2008) que identificaram proporção de 46,6% de excesso de peso em uma amostra de Agentes Comunitários de Saúde da zona leste de São Paulo.

Os valores de proporção de obesidade abdominal foram superiores aos encontrados em amostra de profissionais de saúde de um hospital particular em São Paulo (Sarno e Monteiro, 2007) e em mulheres usuárias de unidade de saúde com Estratégia de Saúde da Família da zona leste de São Paulo (Cristóvão et al., 2011).

A obesidade é fator de risco para diversas doenças, não somente para a hipertensão, mas também para diabetes, doenças renais, alguns tipos de cânceres, problemas articulares, posturais e também aumentam o risco de mortalidade (WHO, 2005; Nahas, 2013). Todos os anos 2,6 milhões de pessoas morrem em consequência do sobrepeso e obesidade (WHO, 2005).

Quanto a aptidão física relacionada à saúde, metade das Agentes Comunitárias de Saúde não tinha níveis considerados como bons ou ótimos no escore que somou os níveis de força muscular, de flexibilidade e de aptidão cardiorrespiratória. Existem poucos estudos que descrevem a aptidão física voltada à saúde na população adulta brasileira, sendo que pela revisão de literatura este é o primeiro estudo a analisar este padrão em Agentes Comunitários de Saúde. No entanto, sabe-se que bons níveis de aptidão física estão relacionados com melhores níveis de saúde (Caspersen et al. 1985; Nahas, 2013).

Apresentar bons níveis de força e de flexibilidade contribuem para diminuir problemas articulares e desvios posturais, dores, lesões musculares e quedas e podem

contribuir para melhorar a execução das atividades diárias, a capacidade funcional, a densidade mineral óssea e prevenir perda de massa muscular. Ter bons níveis de aptidão cardiorrespiratória pode contribuir para diminuir o risco de doenças cardiovasculares e melhorar a resistência à fadiga em esforços de média e longa duração, melhorar a captação e distribuição de oxigênio muscular e a circulação periférica, além de aumentar o consumo máximo de oxigênio e melhorar a circulação periférica (Fletcher et al., 1996; Nahas, 2013).

A maioria das Agentes Comunitárias de Saúde avaliadas neste estudo não conhecia a recomendação de atividade física proposta na Estratégia Global de Atividade Física e Alimentação Saudável da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004). Apesar das recomendações terem sido modificadas no ano de 2010 colocando como critério único que as pessoas adultas pratiquem pelo menos 150 minutos de atividades aeróbicas por semana (WHO, 2010), o próprio documento da Organização Mundial da Saúde recomenda que o ideal é que esta prática seja fragmentada durante a semana. Apesar destes profissionais não conhecerem adequadamente as recomendações de atividade física, um fato muito importante identificado neste estudo foi que metade das Agentes Comunitárias de Saúde recomendava atividade física para os usuários há mais de seis meses e organizava ou participava de grupos de atividade física para usuários nas Unidades Básicas de Saúde.

Este resultado foi similar ao estudo de Florindo et al (2013), que investigaram a prevalência e os fatores associados ao aconselhamento para a promoção da atividade física entre Médicos e Enfermeiros que trabalhavam na Atenção Básica a saúde em todo o Brasil no ano de 2011. Os autores mostraram que a maioria dos

profissionais não acertaram as recomendações de atividade física moderada ou vigorosa para a saúde. No entanto, a maioria dos profissionais aconselhava os usuários do sistema a praticarem atividade física.

Ainda são escassos os estudos no Brasil que investigaram ou trabalharam com práticas profissionais relacionadas à promoção da atividade física entre Agentes Comunitários de Saúde e estudaram as possíveis relações desta com a prática de atividade física.

Sá e Florindo (2012) realizaram um curso educativo feito para profissionais de saúde, incluindo Agentes Comunitários de Saúde de duas unidades de saúde da zona leste de São Paulo com Estratégia de Saúde da Família sobre práticas e saberes para a promoção da atividade física. Os resultados da pesquisa demonstraram que a prática de atividade física no tempo de lazer não foi modificada pela participação neste curso, que segundo os autores pode ser consequência do pouco período de seguimento e a influencia da sazonalidade em função do clima, devido o encerramento da pesquisa ocorrer no inverno. Entretanto, durante as falas analisadas pela pesquisa qualitativa de grupo focal, os participantes estavam se preparando para a prática e mudaram a visão sobre a atividade física que era mais voltada para a questão biomédica e depois passou para um foco no autocuidado.

O envolvimento com programas de promoção de atividade física pode contribuir com a própria prática de atividade física destes profissionais. Por exemplo, o estudo de Silva et al. (2012) descreveu que os Agentes Comunitários de Saúde de São Caetano do Sul que participavam como colaboradores de um programa de promoção da atividade física na atenção básica tinham uma alta prevalência de

caminhada diária. Provavelmente este fato pode ter ocorrido devido ao envolvimento destes profissionais com o programa de promoção da atividade física que era coordenado por um profissional de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no território.

Portanto, acredita-se que as práticas profissionais de promoção da atividade física realmente possam estar associadas com o autocuidado e com a própria prática de atividade física dos Agentes Comunitários de Saúde, contribuindo tanto para a saúde dos usuários como para a saúde dos próprios profissionais.

Os Agentes Comunitários de Saúde são profissionais que têm se mostrado muito importantes para contribuir com a promoção de hábitos de vida saudáveis de pessoas. Nos Estados Unidos, por exemplo, estudo realizado por Ayala et al.(2011), mostrou que uma intervenção que teve como principais profissionais as denominadas “Promotoras de La Salud”, contribuiu para que populações latinas atendidas por estas profissionais procurassem mais serviços de atividade física disponíveis nos bairros próximos às suas casas e com isso melhorassem diversos aspectos relacionados à saúde como a pressão arterial, a aptidão cardiorrespiratória, o perímetro da cintura, a flexibilidade, os sintomas de depressão as barreiras para a prática de atividade física, o suporte social e a auto eficácia. Outro estudo realizado no estado do Arizona nos Estados Unidos demonstrou que diferentes formas de aconselhamento para a promoção da atividade física feitas por Agentes Comunitários de Saúde resultaram em aumentos significativos não somente na prática de atividade física, mas também na redução da pressão arterial, dos níveis de colesterol total e aumento do consumo de frutas, legumes e verduras (Staten et al., 2004).

No Brasil, Gomes e Duarte (2008) mostraram que Agentes Comunitários de Saúde que foram orientados por Profissionais de Educação Física para promover atividade física nas visitas domiciliares contribuíram para melhorar o nível de atividade física de usuários do SUS na cidade de Florianópolis.

Algumas limitações deste estudo devem ser ressaltadas. Uma delas é referente ao tamanho da amostra, mesmo avaliando todas as Agentes Comunitárias de Saúde de uma unidade de saúde, o número de profissionais (n=30) foi pequeno e prejudicou algumas análises estatísticas para a verificação das relações entre as práticas profissionais em atividade física com alguns indicadores de saúde. Outra limitação refere-se à validade externa, já que o estudo foi realizado somente numa única Unidade Básica de Saúde. Além disso, por ser uma pesquisa transversal, não se pode estabelecer uma relação de causalidade entre as práticas profissionais para a promoção da atividade física e a realização da caminhada realizada pelas Agentes Comunitárias de Saúde, dado que não se conhece da temporalidade das variáveis.

No entanto, este estudo é importante porque pela revisão de literatura é o primeiro a descrever o estilo de vida relacionado com a prática de atividade física e níveis de aptidão física e também por avaliar as relações entre as práticas profissionais de atividade física e indicadores de saúde entre Agentes Comunitários de Saúde.

De acordo com a Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997 (Ministério da Saúde, 1997), a educação permanente dos profissionais das equipes de Saúde da Família faz parte das Diretrizes Operacionais da Estratégia de Saúde da Família, devido a importância dos profissionais se atualizarem quanto aos novos

conhecimentos e aprenderem como realizá-los na prática. Segundo Peres et al. (2010), particularmente quanto aos Agentes Comunitários de Saúde, este grupo de profissionais deseja entender e ajudar a comunidade com suas necessidades de saúde, ser reconhecidos como educadores e valorizados por conseguirem oferecer algo à população. Por este motivo, é muito importante realizar ações de educação permanente para estes profissionais, aproveitando seu potencial de aprendizado e vontade de ajudar ao próximo.

Neste sentido, recomenda-se a realização de programas educativos e de autocuidado para Agentes Comunitários de Saúde que envolvam tanto a promoção da atividade física como a alimentação saudável. Estes programas poderiam ser coordenados pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, como Nutricionistas e Profissionais de Educação Física, além de possíveis parceiras com programas de extensão em Universidades, para que assim se atinja o objetivo maior de prevenção de doenças e de promoção da saúde tanto para usuários como para os profissionais de saúde do SUS.

6 CONCLUSÃO

As Agentes Comunitárias de Saúde de uma Unidade Básica de Saúde de Ermelino Matarazzo avaliadas neste estudo praticavam pouca atividade física regular no tempo de lazer e caminhada em geral e não tinham uma boa qualidade de alimentação.

Metade das Agentes Comunitárias de Saúde estava com excesso de peso corporal, com obesidade abdominal, com níveis de pressão arterial elevado e com baixo escore de aptidão física relacionada à saúde.

Metade das Agentes Comunitárias de Saúde recomendava atividade há mais de seis meses ou organizava e participava de grupos de atividade física oferecidos para usuários na Unidade Básica de Saúde.

As Agentes Comunitárias de Saúde que recomendavam atividade física regularmente para os usuários tiveram maior média diária de passos caminhados em comparação com as profissionais que não recomendavam regularmente.

7 REFERÊNCIAS

- Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Bassett DR, Tudor-Locke C, et al. 2011 compendium of physical activities: a second update of codes and MET values. *Med Sci Sports Exerc.* 2011; 43(8):1575-81.
- Aittasalo M, Miilunpalo S, Kukkonen-Harjula K, Pasanen M. A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care. *Prev Med.* 2006; 42(1): 40-6.
- Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*, 2010. 26(2): 286-98.
- 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 ermellino Matarazzo, na zona leste de São Paulo, SP. *Rev Bras Ativ Fís e Saúde.* 2012; 17(3): 235-8.
- Araújo MC, Schieri R. Formulação, avaliação e aplicações de guias alimentares. In Cardoso MA coordenador. *Nutrição em Saúde Coletiva.* São Paulo: Atheneu, 2014: 195-04.
- Ayala GX, the San Diego Prevention Research Center Team. Effects of a Promotor -Based Intervention to Promote Physical Activity: Familias

Sanas y Activas. Am J Public Health. 2011; 101 (12): 2261-2268.

- Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC, A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. Ciênc. saúde coletiva. 2008; 13(1): 51-60.
- Barros CR, Vivolo SRGF. Epidemiologia de Doenças Crônicas não transmissíveis relacionadas à Nutrição. In Cardoso MA coordenador. Nutrição em Saúde Coletiva. São Paulo: Atheneu, 2014: 133- 46.
- Bellavia A, Larsson SC, Bottai M, Woolk A, Orsini N. Fruit and vegetable consumption and all-cause mortality: a dose-response analysis. The American journal of clinical nutrition. 2013, 98(2): 454-9.
- Bielemann RM, Knuth G, Hallal PC. Atividade física e redução de custo de doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. Rev Bras Med Esporte . 2010; 15(1): 9-14.
- Bornstein VJ, Stotz EN, Concepções que integram a formação eo processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. Ciênc. saúde coletiva, 2008. 13(1): p. 259-268.
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 1990.
- _____. Lei nº 10.507 de 10 de junho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília (DF),

2002.

- _____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2008.
- _____. Portaria nº719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2011.
- _____. Lei 12.864 do dia 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Brasília (DF); 2013.
- Brigagão J, Gonçalves R. Oficinas de promoção de saúde: discutindo os dilemas do cotidiano de um grupo de agentes comunitários de saúde. *Paideia*. 2009; 19(44): 387-93
- Buss, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000, 5(1): 163-77.
- Canella DS, Levy RB, Martins APB, Claro RM, Moubarac JC, Baraldi G et al. Ultra-Processed Food Products and Obesity in Brazilian Households (2008–2009). *PloS one* 9.3 (2014): e92752.
- Caspersen CJ, Powell KE, and Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related

research. Public health rep, 1985; 100 (2): 126.

- Coelho CF, Pereira AF, Ravagnani FCP, Michelin E, Corrente JE, Burini RC. Impacto de um programa de intervenção para mudança do estilo de vida sobre indicadores de aptidão física, obesidade e ingestão alimentar de indivíduos adultos. Rev Bras de Ativ Fís & Saúde. 2012; 15(1): 21-27.
- Conselho Regional de Educação Física. 2014. Disponível em <http://www.crefsp.org.br/interna.asp?campo=2157&secao_id=112>. Acesso 17 de julho de 2014.
- 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. Rev Bras de Ativ Física & Saúde. 2010; 15(3): 151-6.
- Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2006; 15(3): 7-18.
- Cristóvão MF, Sato APS, Fujimori E, Excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres atendidas em Unidade da Estratégia Saúde da Família. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011; 45(supl 2): 1667-72.
- Dissen CM, Becke CLC, Prestes FC, Tavares JP, Vogt MS, Coelho APF.

Cargas físicas no trabalho de agentes comunitários de saúde. *Rev Contexto & Saúde*. 2011; 11(20): 807-12.

- Duarte LR, Silva DCJR, Cardoso SH. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface: Comunic Saúde Educ*. 2007, 11(23): 439-47.
- Farias Júnior JC. Mensuração de atividade física em estudos epidemiológicos. In Florindo AA e Hallal PC coordenadores. *Epidemiologia da Atividade Física*. São Paulo: Atheneu, 2011: 37-56.
- Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10(2): 347-55.
- Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário. *Cad. Saúde Pública*. 2009, 25(4): 898-906.
- Fletcher GF, Gary Balady C, Blair SN, Blumenthal J, Caspersen C, Chaitman B et al. Statement on exercise: Benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans a statement for health professionals by the committee on exercise and cardiac rehabilitation of the council on clinical cardiology, American heart association. *Circulation*. 1996; 94(4): 857-62.
- Florindo AA, Guimarães VV, Cesar CL, Barros MB, Alves MC, Goldbaum M. Epidemiology of Leisure, Transportation, Occupational and Household Physical Activity: Prevalence and Associated Factors. *Journal*

of Physical Activity and Health: 2009a; 6: 625-32.

- Florindo AA, Hallal PC, Moura EC, Malta DC. Practice of physical activities and associated factors in adults, Brazil, 2006. *Revista de Saúde Pública*. 2009b, 43 (supl.2): 65-73.
- 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. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(2): 302-10.
- Florindo AA, Mielke GI, Gomes GAO, Ramos LR, Bracco MM, Parra DC. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. *BMC public health*. 2013; 13(1):1-10.
- Florindo AA, Costa EF, Sa TH, Santos TI, Velardi M, Andrade DR, Physical Activity Promotion in Primary Health Care in Brazil: A Counseling Model Applied to Community Health Workers. *J Phys Act Health*. 2014. No prelo.
- Fortes PAC, Spinetti SR. A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*. 2004, 13(2): 70-5.
- Freitas AC, Marcolino FF, Santos IG. Agentes comunitários de saúde da zona leste do município de São Paulo: um olhar para seu estado nutricional e consumo alimentar. *RBPS*. 2008; 21 (1): 3-12.

- Garcia LMT, Osti RFI, Ribeiro EHC, Florindo AA. Validação de dois questionários para a avaliação da atividade física em adultos. *Rev Bras de Ativ Física & Saúde*, 2013; 18(3): 317-31.
- Gigante DP, França GVA, Sardinha LMV, Iser BPM, Meléndez GV. Variação temporal na prevalência do excesso de peso e obesidade em adultos: Brasil, 2006 a 2009. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14 (Suppl 1): 157-165.
- Gigante DP, Olinto MTA. Epidemiologia da Desnutrição e da Obesidade. In Cardoso MA coordenador. *Nutrição em Saúde Coletiva*. São Paulo: Atheneu, 2014: 123-146.
- 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(1): 44-56.
- Group for the Activity Counseling Trial Research Group. Effects of physical activity counseling in primary care: The Activity Counseling Trial: A randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 2001, 286(6):677-687
- Hallal PC, Gomez LF, Parra DC, Lobelo F, Mosquera J, Florindo AA. et al. Lições Aprendidas Depois de 10 Anos de Uso do IPAQ no Brasil e Colômbia. *Journal of Physical Activity and Health*. 2010; 7(Suppl 2):

S259-64.

- Hallal PC, Andersen LB, Bull F, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*. 2012; 380(9838): 247- 57.
- Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007; 116(9): 1081.
- Jaime PC, Figueiredo ICR, Moura EC, Malta DC. Fatores associados ao consumo de frutas e hortaliças no Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl 2):57-64.
- Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Rev Bras Med Família e Com*. 2010; 2(5): 23-9.
- Knuth AG, Malta DC, Cruz DK, Freitas PC, Lopes MP, Fagundes J, et al. Rede nacional de atividade Física do Ministério da Saúde: resultados e estratégias avaliativas. *Rev Bras de Ativ Fís & Saúde*. 2010; 15 (4):229-33.
- Lee, I-M, Schiroma E, Lobelo F, Puska Pekka, Blair SN, Katzmaryk 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.
- Lino MM, Lanzoni GMM, Albuquerque GL, Schweitzer MC. Perfil

socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Cogitare Enfermagem*. 2012; 17(1): 57-64.

- Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc saúde coletiva*. 2007; 12(2): 335-42.
- Martins MO, Lopes MA. Perímetros, in *Antropometria - técnicas e padronizações*, E.L. Petroski, Editor. 2011, Fontoura: Várzea Paulista, SP. 67-74.
- Mascarenhas CHM, Prado FO, Fernandes MH. Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde. *Ciênc Saúde coletiva*. 2013;18 (5): 1375-86.
- McPhail S, Schippers M. An evolving perspective on physical activity counselling by medical professionals. *BMC family practice*. 2012, 13(1): 31.
- Menegussi JM, Ogata MN, Rosalini MHP. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. *Trab. Educ. Saúde*. 2014; 12(1): 87-106.
- Minister of State Fitness and Amateur Sport. Canadian Standardized Test of Fitness (CSTF) for 15 and 69 years of age. 1987.
- Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do

SUS: Doutrinas e Princípios. Brasília (DF); 1990.

- _____. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília (DF); 1997.
- _____. Programa saúde da família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica . Rev Bras Saúde Mater Infant. 2003; 3(1): p. 1113-25.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para a população brasileira – promovendo alimentação saudável. Brasília (DF); 2006a.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília (DF), 2006b.
- _____. Cartilha entendendo o SUS. Brasília (DF); 2007.
- _____. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília (DF), 2009.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília (DF); 2012.

- Monteiro CA, Florindo AA, Claro RM, Moura EC. Validade de indicadores de atividade física e sedentarismo obtidos por inquérito telefônico. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(4):575-81.
- Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IRR, Cannon G. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. *Public health nutrition*. 2011; 14(01): 5-13.
- Morris JN, Heady JA, Raffle PA, Roberts CG, Parks JW. Coronary heart-disease and physical activity of work. *Lancet* 1953; 262: 1111–20.
- Nahas, MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida saudável. 6 ed. Londrina: Midiograf; 2013.
- Nascimento, CMB. Análise do cumprimento das práticas dos agentes comunitários de saúde em municípios da Região Metropolitana do Recife [dissertação de mestrado]. Faculdade Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Mestrado em Saúde Pública; 2008.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Four commonly used methods to increase physical activity. <http://guidance.nice.org.uk/ph2>; March 2006.
- Nunes MO, Trad LB, Almenida BA, Homem CR, Melo MCI. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(6): 1639-46.

- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko. Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2012; 377 (9779): 11-31.
- Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskel WL, Macera CA, Bouchard C et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Jama*. 1995; 273(5): 402-407.
- Pedrosa IL, Lira GA, Oliveira B, Silva MSML, Santos MB, Silva EA et al. Uso de metodologias ativas na formação técnica do agente comunitário de saúde. *Trab Educ Saúde*. 2011, 9(2): 319-32.
- Peres CRFB, Caldas Júnior AL, Silva RF, Marin MJS. Ser agente comunitário de saúde: motivação e significado. *Rev. Min. Enferm*. 2010; 14(4): 559-65.
- Pinto RM, Silva SB, Soriano R. Community Health Workers in Brazil's Unified Health System: A framework of their praxis and contributions to patient health behaviors. *Social scien & med*. 2012;74(6): 940-7.
- Polar Electro OY. Polar Fitness Test and OwnIndex. Disponível em: <http://www.polar.com/en/support/Polar_Fitness_Test_and_OwnIndex>. Acesso em 07 de julho 2014.
- Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective

studies. *The Lancet*. 2009, 373(9669): 1083-96.

- Pucci GCM, Rech CR, Fermino RC, Reis RS. Association between physical activity and quality of life in adults. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(1): 1-12.
- Pupin VM, Cardoso CL. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”. *Estudos de Psicologia*. 2008; 13(2): 157-63.
- Reiman MP, Manske RC. Functional testing in human performance. 2009: *Human kinetics*.
- Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(1): 23-34.
- Rosa AJ, Bonfanti, AL, Carvalho CS. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. *Saúde e Sociedade*. 2012, 21(1): 141-52.
- 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. *Rev Bras de Ativ Física & Saúde*. 2012, 17(4): 293-99.
- 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: 297-22.

- Sarno F, Monteiro CA. Importância relativa do índice de massa corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. Rev Saúde Pública. 2007; 41(5): 788-96.
- Sattelmair J, Pertman J, Ding EL, Kohl HW, Haskell W, Lee IM. Doce response between physical activity and risk of coronary heart disease: a meta-analysis. Circulation. 2011; 124(7):789-95
- Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. The Lancet. 2011; 377 (9781): 1949-61.
- Silva L, Matsudo S, Lopes G. Do diagnóstico à ação: Programa comunitário de atividade física na atenção básica: a experiência do município de São Caetano do Sul, Brasil. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2012; 16(1): 84-8.
- Siqueira FCV, Nahas MC, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E. et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil Physical activity among health professionals from South and Northeast Brazil. Cad Saúde Publ. 2009; 25(9): 1917-28.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. Rev bras hipertens, 2010. 17(1): 4-62.

- Staten LK, Gregory-Mercado KY, Ranger-More J, Will JC, Giuliano AR, Ford ES et al., Provider counseling, health education, and community health workers: the Arizona WISEWOMAN project. *Journal of women's health*. 2004; 13(5): 547-56.
- Trindade LL, Gonzales RMB, Beck CLC, Lautert L. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. *Revista Gaúcha Enfer*. 2007; 28(4): 473-79.
- Tudor-Locke C, Bassett Jr DR. How many steps/day are enough? *Sports Medicine*, 2004. 34(1): p. 1-8.
- World Health Organization (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. 2000.
- World Health Organization (WHO). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. 2004.
- World Health Organization (WHO). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. 2005.
- World Health Organization (WHO). *Global recommendations on physical activity for health*. 2010.
- World Health Organization (WHO). *Global status report on noncommunicable diseases*. 2011a.
- World Health Organization (WHO). *Waist circumference and waist-hip*

ratio: Report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008.

2011b.

- Yunes J. O SUS na lógica da descentralização. Estudos Avançados. 1999; 13(35): 65,70.

ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO

<p>Faculdade de Saúde Pública</p> <p>ID: _____</p> <p>Escola de Artes, Ciências e Humanidades Universidade de São Paulo</p> <p>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”</p>

Como está sua alimentação?

- Se você achar que mais de uma resposta está certa, escolha a que você mais costuma fazer quando come.
- Lembre-se: responda o que você realmente come, e não o que gostaria ou acha que seria melhor.
- Se você tiver alguma dificuldade para responder, peça ajuda a alguém próximo da família, amigo ou vizinho.
- Escolha só UMA resposta. Vamos começar!

1) Qual é, em média, a quantidade de frutas (unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural) que você come por dia?

- A Não como frutas, nem tomo suco de frutas natural todos os dias
- B 3 ou mais unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural
- C 2 unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural
- D 1 unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural

2) Qual é, em média, a quantidade legumes e verduras que você come por dia?

Atenção! Não considere nesse grupo os tubérculos e as raízes (mandioca, batata, inhame, cará etc) (veja pergunta 4).

- A Não como legumes nem verduras todos os dias
- B 3 ou menos colheres de sopa
- C 4 - 5 colheres de sopa
- D 6 -7 colheres de sopa
- E 8 ou mais colheres de sopa

3) Qual é, em média, a quantidade que você come dos seguintes alimentos: feijão de qualquer tipo ou cor, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava, sementes ou castanhas?

- A Não consumo
- B 2 ou mais colheres de sopa por dia
- C Consumo menos de 5 vezes por semana
- D 1 colher de sopa ou menos por dia

4) Qual a quantidade, em média, que você consome por dia dos alimentos listados abaixo?

a Arroz, milho e outros cereais (inclusive os matinais); mandioca/macaxeira/aipim, cará ou inhame; macarrão e outras massas; batata-inglesa, batata-doce, batata-baroa ou mandioquinha

b Pães

c Bolos sem cobertura e/ou recheio

d Biscoito ou bolacha sem recheio

TOTAL DE PORÇÕES:

5) Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você come por dia?

A Não consumo nenhum tipo de carne

B 1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo

C 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos

D Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos

6) Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele frango ou outro tipo de ave?

A Sim

B Não

C Não como carne vermelha ou frango

7) Você costuma comer peixes com qual frequência?

A Não consumo

B Somente algumas vezes no ano

C 2 ou mais vezes por semana

D De 1 a 4 vezes por mês

8) Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados (iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos e outros) que você come por dia?

Pense na quantidade usual que você consome: pedaço, fatia ou porções em colheres de sopa ou copo grande (tamanho do copo de requeijão) ou xícara grande, quando for o caso.

A Não consumo leite, nem derivados

B 3 ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/porções

C 2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções

D 1 ou menos copos de leite ou pedaços/fatias/porções

9) Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?

A Integral

B Com baixo teor de gorduras (semi-desnatado, desnatado ou light)

10) Pense nos seguintes alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha,

mortadela, salame, lingüiça e outros). Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?

- A Raramente ou nunca
- B Todos os dias
- C De 2 a 3 vezes por semana
- D De 4 a 5 vezes por semana
- E Menos que 2 vezes por semana

11) Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, e biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados. Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?

- A Raramente ou nunca
- B Menos que 2 vezes por semana
- C De 2 a 3 vezes por semana
- D De 4 a 5 vezes por semana
- E Todos os dia

12) Qual tipo de gordura é mais usada na sua casa para cozinhar os alimentos?

- A Banha animal ou manteiga
- B Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão ou canola
- C Margarina ou gordura vegetal

13) Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?

- A Sim
- B Não

14) Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente no dia?

- a Café da manhã
- b Lanche da manhã
- c Almoço
- d Lanche ou café da tarde
- e Jantar ou café da noite
- f Lanche antes de dormir

NÚMERO DE REFEIÇÕES:

15) Quantos copos de água você bebe por dia? Inclua no seu cálculo sucos de frutas naturais ou chás (exceto café, chá preto e chá mate).

- A Menos de 4 copos
- B 8 copos ou mais
- C 4 a 5 copos
- D 6 a 8 copos

16) Você costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque, etc) com qual frequência?

- A Diariamente
- B De 1 a 6 vezes na semana
- C Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês)
- D Não consome

17) Você faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos, 30 minutos por dia, todos os dias da semana, durante o seu tempo livre?

Atenção: Considere aqui as atividades da sua rotina diária como o deslocamento a pé ou de bicicleta para o trabalho, subir escadas, atividades domésticas, atividades de lazer ativo e atividades praticadas em academias e clubes. Os 30 minutos podem ser divididos em 3 etapas de 10 minutos.

- A Não
- B Sim
- C 2 a 4 vezes por semana

18) Você costuma ler a informação nutricional que está presente no rótulo de alimentos industrializados antes de comprá-los?

- A Nunca
- B Quase nunca
- C Algumas vezes, para alguns produtos
- D Sempre ou quase sempre para todos os produtos

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	
Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH)	
	
<p>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”</p>	

Nome:				
01. Questionário:				
02. UBS:	03. Área:	04. Família:	05. Data da	
entrevista: / /				

ATIVIDADE FÍSICA

BLOCO B

Agora vamos conversar sobre suas atividades físicas do dia-a-dia.

Seção 1 - ATIVIDADES FÍSICAS DE DESLOCAMENTO:

As próximas perguntas se referem somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros. Pense somente naquelas atividades físicas que o(a) sr.(a) fez por pelo menos 10 minutos contínuos.

B 01. Em quantos dias da **última semana**, o(a) sr.(a) andou de bicicleta **por pelo menos 10**

minutos contínuos para ir de um lugar a outro? **(Não inclua o pedalar por lazer ou exercício físico)**

_____ dias

nenhum **(PULE PARA A QUESTÃO B 03)**

NS/NR-9

B 02. Nos dias em que o(a) sr.(a) pedalou para ir de um lugar a outro, no total, quanto tempo gastou por dia?

_____ horas e/ou _____ minutos

NS/NR-9

B 03. Em quantos dias da última semana o(a) sr.(a) caminhou **por pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar a outro? **(Não inclua caminhada por lazer ou exercício físico)**

_____ dias

nenhum **(SE NENHUM TAMBÉM NA
QUESTÃO B 01 PULE PARA A B 05; SE
ALGUMA FREQUÊNCIA SEMANAL NA B 01
PULE PARA SEÇÃO 2)**

NS/NR-9

B 04. Nos dias em que o(a) sr.(a) caminhou para ir de um lugar a outro, no total, quanto tempo gastou por dia? **(Não inclua as caminhadas por lazer ou exercício físico)**

_____ horas e/ou _____ minutos

NS/NR-9

B 05. Por que o(a) sr.(a) não costuma se deslocar de um local para outro através 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 ou lazer por **pelo menos 10 minutos contínuos**?

sim-1

não (PULE PARA QUESTÃO B 14)-2

B 07. Sem contar qualquer caminhada que o(a) sr.(a) já tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana o(a) sr.(a) caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos** no seu tempo livre por recreação, esporte ou lazer?

_____ dias

nenhum (PULE PARA QUESTAO B 14)

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

anos)? _____

B 11. Em qual horário o(a) sr.(a) costuma fazer esta caminhada?

manhã: _____ -1

tarde: _____ -2

noite: _____ -3

B 12. Qual é o seu objetivo ao realizar esta caminhada?

saúde-1

estética-2

recreação/lazer-3

outros: _____ -4

B 13. O(A) sr.(a) tem orientação de professor de Educação Física para fazer esta caminhada?

sim-1

não-2

B 14. Na última semana o(a) sr.(a) fez **atividades físicas moderadas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos contínuos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, musculação, ginástica, vôlei, basquete ou tênis?**

sim-1

não (**PULE PARA QUESTÃO B 26**)-2

B 15. Se sim, quais foram estas atividades?

B 15A: _____ B 15B: _____ B

15B: _____

B 16. Em quantos dias da **última semana** o(a) sr.(a) fez esta(s) atividade(s) física(s) moderada(s) no seu tempo livre?

B 16A: _____ dias

NS/NR-9

B16B: _____ dias

NS/NR-9

B 16C: _____ dias

NS/NR-9

B 17. Nos dias em que o(a) sr.(a) fez este(s) tipo(s) de atividade(s) moderada(s), **quanto tempo no total o(a) sr.(a) gastou por dia?**

B 17A: _____ horas
e/ou _____ minutos

NS/NR-9

B 17B: _____ horas e/ou _____ minutos

NS/NR-9

B 17C: _____ horas e/ou _____ minutos

NS/NR-9

Caso a pessoa tenha feito apenas uma atividade moderada PULE PARA A QUESTÃO B 19

B 18. Destas atividades moderadas que o(a) sr.(a) praticou, qual o(a) sr.(a) considera como principal? _____

B 19. Pensando nesta principal, em qual horário o(a) sr.(a) costuma fazer esta atividade moderada?

manhã: _____ -1

tarde: _____ -2

noite: _____ -3

B 20. Em que local o(a) sr.(a) costuma praticar esta atividade moderada?

Caso esta prática seja em casa, no condomínio ou local de trabalho PULE PARA A B 23

B 21. Como o(a) sr.(a) se desloca para chegar até este local?

carro/moto-1

ônibus/metrô/trem-2

caminhando-3

de bicicleta-4

B 22. Quanto tempo o(a) sr.(a) leva para chegar neste local?

_____ horas e/ou _____ minutos

NS/NR-9

B 23. Há quanto tempo o(a) sr.(a) vem fazendo esta atividade moderada (semanas, meses ou anos): _____

B 24. Qual é o seu objetivo ao realizar esta atividade moderada?

saúde-1

estética-2

recreação/lazer-3

outros: _____-4

B 25. O(A) sr.(a) tem orientação de professor de Educação Física para fazer esta atividade moderada?

sim-1

não-2

B 26. Na última semana, o(a) sr.(a) **fez atividades físicas vigorosas** no seu tempo livre por **pelo menos 10 minutos contínuos como correr, nadar rápido, pedalar rápido**?

sim-1

não-2

Caso a resposta da B 26 seja NÃO, ver as questões B 06 e B 14: caso SEJA NÃO NAS DUAS, PULE PARA A QUESTÃO B 38; caso seja SIM na B 06 OU na B 14, PULE PARA A SEÇÃO 3.

B 27. Se sim, quais foram estas atividades?

B 27A: _____ B 27B: _____ B
 27C: _____

B 28. Em quantos dias da **última semana** o(a) sr.(a) fez esta(s) atividade(s) física(s) vigorosa(s) no seu tempo livre por **pelo menos 10 minutos contínuos**?

B 28A: _____ dias

NS/NR-9

B 28B: _____ dias

NS/NR-9

B 28C _____ dias.

NS/NR-9

B 29. Nos dias em que o (a) sr.(a) fez este(s) tipo(s) de atividade(s) vigorosa(s) no seu tempo livre, quanto **tempo no total o(a) sr.(a) gastou por dia**?

B 29A: _____ horas e/ou _____ minutos

NS/NR-9

B 29B: _____ horas e/ou _____ minutos

NS/NR-9

B 29C: _____ horas e/ou _____ minutos

NS/NR-9

Caso a pessoa tenha feito apenas uma atividade vigorosa PULE PARA A QUESTÃO B 31

B 30. Destas atividades vigorosas que o(a) sr.(a) praticou, qual o(a) sr.(a) considerada como principal? _____

B 31. Pensando nesta principal, em qual horário o(a) sr.(a) costuma fazer esta atividade vigorosa?

manhã: _____-1

tarde: _____-2

noite: _____-3

B 32. Em que local o (a) sr.(a) costuma praticar esta atividade vigorosa?

Caso esta prática seja em casa, no condomínio ou local de trabalho PULE PARA A B 35

B 33. Como o (a) sr.(a) se desloca para chegar até este local?

carro/moto-1

ônibus/metrô/trem-2

caminhando-3

de bicicleta-4

B 34. Quanto tempo o (a) sr.(a) leva para chegar neste local?

_____horas e/ou_____minutos

NS/NR-9

B 35. Há quanto tempo o(a) sr.(a) vem fazendo esta atividade vigorosa (semanas, meses ou anos)? _____

B 36. Qual é o seu objetivo ao realizar esta atividade vigorosa?

saúde-1

estética-2

recreação/lazer-3

outros: _____-4

B 37. O(A) sr.(a) tem orientação de professor de Educação Física para fazer esta atividade vigorosa?

sim **(PULE PARA SEÇÃO 3)-1**

não **(PULE PARA SEÇÃO 3)-2**

B 38. Por que o(a) sr.(a) não costuma praticar nenhuma atividade física no lazer como caminhada, atividades moderadas ou atividades vigorosas?

B 39. O sr.(a) não é fisicamente ativo(a), e não pretende se tornar ativo(a) nos próximos seis meses?

sim **(PULE PARA SEÇÃO 3) -1**

não -2

B 40. O sr.(a) não é fisicamente ativo(a), mas pretende se tornar ativo(a) nos próximos seis meses?

sim -1

não **(PULE PARA SEÇÃO 3) -2**

B 41. O sr.(a) não é fisicamente ativo(a), mas pretende se tornar ativo(a) nos próximos trinta meses?

sim -1

não **(PULE PARA SEÇÃO 3) -2**

Seção 3 – ATIVIDADES FÍSICAS EM CASA

As próximas perguntas se referem somente às atividades feitas em sua casa. Pense somente naquelas atividades físicas que o(a) sr.(a) fez por pelo menos 10 minutos contínuos.

B 42. O(A) sr.(a) **costuma fazer sozinho(a) a limpeza pesada/faxina** da sua casa (atividades como limpar vidros, limpar banheiro, carregar pesos, arrastar móveis, esfregar e limpar o chão)?

sim-1

não **(PULE PARA A QUESTÃO B 45)-2**

B 43. Em quantos dias da ultima semana o(a) sr.(a) realizou a limpeza pesada/faxina de sua casa **por pelo menos 10 minutos contínuos** (atividades como limpar vidros, limpar banheiro, carregar pesos, arrastar móveis, esfregar e limpar o chão)?

_____ dias

NS/NR-9

B 44. Nos dias em que o(a) sr.(a) realizou a limpeza pesada/faxina de sua casa, quanto tempo gastou por dia?

_____ horas e/ou _____ minutos

NS/NR-9

B 45. Na ultima semana o(a) sr.(a) fez atividades moderadas na sua casa **por pelo menos 10 minutos contínuos** como cuidar de roupas (passar, lavar), realizar consertos e reparos na casa ou cuidar do jardim ou plantas?

sim-1

não **(PULE PARA A SEÇÃO 4)-2**

B 46. Se sim, quais foram estas atividades? _____

B 47. Em quantos dias da **ultima semana** o(a) sr.(a) fez estas atividades moderadas em sua casa por pelo menos **10 minutos contínuos**?

_____dias

NS/NR-9

B 48. 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/ou_____minutos

NS/NR-9

Seção 4 - ATIVIDADES FÍSICAS NO TRABALHO

As próximas perguntas se referem somente as atividades realizadas em seu trabalho. Pense somente naquelas atividades físicas que o(a) sr.(a) fez por pelo menos 10 minutos contínuos.

B 49. O(A) sr.(a) trabalha atualmente ?

sim-1

não **(PULE PARA A SEÇÃO 5)**-2

B 50. Qual é a sua

ocupação:_____

_____Cód:_____

B 51. Qual o horário que o(a) sr.(a) trabalha?

durante o dia:_____ -1

durante a noite: _____ -2

B 52. Quantas horas por dia o(a) sr.(a) trabalha?

_____horas

B 53. Quantos dias por semana o(a) sr.(a) trabalha?

_____dias

B 54. No seu trabalho o(a) sr.(a) anda bastante a pé?

sim-1

não-2

B 55. No seu trabalho o(a) sr.(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?

sim-1

não-2

B 56. Para ir de sua casa para o trabalho, o(a) sr.(a) costuma ir de:

carro/moto-1

ônibus/metrô/trem-2

caminhando-3

bicicleta-4

trabalha em casa (**PULE PARA A SEÇÃO 5**)-5

B 57 . Quanto tempo o(a) sr.(a) gasta para chegar ao trabalho?

_____ horas e/ou _____ minutos

NS/NR-9

Seção 5 – INATIVIDADES FÍSICAS:

As próximas perguntas se referem somente a quanto o(a) sr.(a) assiste televisão

B 58. Quantos dias por semana o(a) sr.(a) costuma assistir televisão? _____

(Se ZERO dia, PULE PARA O BLOCO B)

B 59. Quantas horas por dia o(a) sr.(a) costuma assistir televisão? _____

ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO

<p>Faculdade de Saúde Pública ID: _____</p> <p>Escola de Artes, Ciências e Humanidades</p> <p>Universidade de São Paulo</p> <p>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”</p>
<p>Caro colega,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você foi convidado a participar do estudo Promoção de Atividade Física na Estratégia de Saúde da Família: A avaliação da qualificação da Equipe de Saúde da Família, que tem como objetivo identificar conhecimentos e atitudes relacionados à atividade física dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família / SUS. Para tanto, contamos com a sua colaboração por meio do preenchimento do questionário a seguir. • Você não precisa escrever o seu nome, suas respostas são anônimas e serão mantidas em sigilo; • Para cada pergunta, leia com atenção todas as alternativas de resposta antes de responder; não existem respostas certas ou erradas. • Evite deixar perguntas sem resposta; • Você não gastará mais do que 15 minutos para respondê-lo. <p style="text-align: right;">Muito obrigado pela sua participação!</p>

D - Sobre suas fontes de informação a respeito da atividade física e saúde

<p>D1. Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) Sr(a) assistiu programas de televisão que abordaram o tema atividade física e saúde?</p> <p>[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Quase sempre [5] Sempre</p> <p>D2. Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) Sr(a) leu artigos em jornais e/ ou revistas que abordaram o tema atividade física e saúde?</p> <p>[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Quase sempre [5] Sempre</p> <p>D3. Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) Sr(a) assistiu palestras ou participou de cursos que abordaram o tema atividade física e saúde?</p>
--

[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Quase sempre [5] Sempre

E - Sobre os benefícios da atividade física para saúde

E1. Como você considera **seu conhecimento** sobre os **benefícios da atividade física** para promoção da saúde?

[1] Sei o suficiente [2] Gostaria de aprender mais [3] Insuficiente

E2. Para que uma pessoa cresça e envelheça com uma boa saúde, **você considera a atividade física:**

[1] Sem importância importante [2] Pouco importante [3] Importante [4] Muito importante

Em que medida você concorda ou discorda dos benefícios derivados da prática regular de **atividades físicas de lazer**, como: exercícios (ginástica, caminhada, corrida), esportes, dança, natação e lutas; para adultos (18 a 65 anos).

E3. Melhora a auto-estima

[1] Discordo [2] Indeciso [3] Concordo

E4. Reduz o risco de desenvolver hipertensão (pressão alta)

[1] Discordo [2] Indeciso [3] Concordo

E5. Melhora o raciocínio

[1] Discordo [2] Indeciso [3] Concordo

E6. Reduz o risco de desenvolver diabetes (açúcar no sangue)

[1] Discordo [2] Indeciso [3] Concordo

E7. Reduz o risco de mortes por doenças cardíacas

[1] Discordo [2] Indeciso [3] Concordo

E8. Auxilia na perda e manutenção do peso corporal

[1] Discordo [2] Indeciso [3] Concordo

E9. Aumenta a longevidade (tempo de vida)

[1] Discordo [2] Indeciso [3] Concordo

E10. Melhora o desempenho sexual

[1] Discordo [2] Indeciso [3] Concordo

E11. Auxilia no desenvolvimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis

[1] Discordo [2] Indeciso [3] Concordo

E12. Reduz a sensação de depressão e ansiedade.

[1] Discordo [2] Indeciso [3] Concordo

F1. Como você considera **seu conhecimento** sobre as **recomendações atuais** da atividade física para saúde?

[1] Sei o suficiente

[2] Gostaria de aprender mais

[3] Insuficiente

Considerando as atividades físicas de **intensidade moderada** (exemplo: **caminhada**), responda:

F2. **Quantos dias** da semana, **no mínimo**, as pessoas devem fazer **atividades físicas moderadas** para obter benefícios à saúde?

[_____] dias na semana

[88] Não importa o número de dias

[99] Não sei

F3. **Nos dias** em que a pessoa faz **atividade física moderada**, **qual o tempo mínimo** necessário para obter benefícios à saúde?

[_____] minutos

[88] Não importa o tempo

[99] Não sei

F4. Para que a **atividade física moderada** tenha efeito positivo sobre a saúde ela **deve ser feita de que forma?**

[1] Deve ser feita em uma única vez durante o dia

[2] Pode ser feita em uma única vez durante o dia ou dividida em várias vezes (de 10 a 15 minutos) durante o dia

[99] Não sei

Considerando as atividades físicas de **intensidade vigorosa** (exemplo: **corrida**), responda:

F5. **Quantos dias** da semana são suficientes para as pessoas que praticam **atividade física vigorosa** obtenham benefícios à saúde?

[_____] dias na semana

[88] Não importa o número de dias

[99] Não sei

F6. Nos dias em que a pessoa faz **atividade física vigorosa**, qual o **tempo mínimo** necessário para obter benefícios à saúde?

[_____] minutos

[88] Não importa o tempo

[99] Não sei

F7. As pessoas **podem combinar atividades moderadas** (exemplo: caminhada) **com atividades vigorosas** (exemplo: corrida) com o objetivo de atingir a quantidade **mínima de atividade física para saúde**?

[1] Discordo

[2] Indeciso

[3] Concordo

F8. As atividades físicas que trabalham a **força e resistência muscular** (exemplo: musculação, ginástica localizada) **também são importantes para saúde e devem ser praticadas** por adultos, **incluindo os idosos**?

[1] Discordo

[2] Indeciso

[3] Concordo

Quais dessas pessoas **podem fazer atividades físicas leves a moderadas**?

F9. Mulher no início da gravidez

[1] Sim [2] Não [99] Não sei

F10. Pessoa com osteoporose

[1] Sim [2] Não [99] Não sei

F11. Pessoa com problemas de coração

[1] Sim [2] Não [99] Não sei

F12. Pessoa idosa com mais de 90 anos

[1] Sim [2] Não [99] Não sei

F13. Uma criança com menos de 10 anos

[1] Sim [2] Não [99] Não sei

F14. Os termos atividade física, exercício físico, educação física e esporte **significam a mesma coisa**?

[1] Discordo

[2] Indeciso

[3] Concordo

H1. Programas voltados à **atividade física para a comunidade** devem ser oferecidos pelo **Sistema Único de Saúde**?

[1] Discordo

[2] Indeciso

[3] Concordo

H2. Em sua opinião, qual **profissional da saúde** é o **principal responsável pela promoção da atividade física**?

H3. Assinale **uma** das alternativas abaixo que **melhor represente** a sua atitude em relação à orientação de atividade física para saúde das pessoas que você atende:

[1] **Eu não** recomendo atividade física e **não tenho intenção** de começar a recomendar

[2] **Eu não** recomendo atividade física, **mas estou pensando** em começar a recomendar

[3] **Eu recomendo** a atividade física algumas vezes, **mas não regularmente**

[4] **Eu recomendo** a atividade física regularmente, **mas iniciei recentemente**

[5] **Eu recomendo** a atividade física regularmente **há mais de 6 meses**

[6] **Eu recomendava** a atividade física no passado, mas agora não

Quais são **as dificuldades** para você aconselhar sobre a prática de atividade física aos pacientes? (pode marcar mais de uma opção)

H4. [] Falta de conhecimento sobre o assunto

H5. [] Falta de tempo devido a demanda de trabalho

H6. [] Percepção da falta de recursos ambientais (parques, ruas etc)

H7. [] Percepção da falta de recurso financeiro do usuário

H8. [] Não percebo dificuldades

H9. [] Nunca orientei atividades físicas

H10. [] Outro: _____

I – Sobre seus dados sócio-demográficos

I1. Qual a sua **atividade profissional** na Unidade de Saúde da Família?

[1] ACS [2] Aux. Enfermagem [3] Enfermeiro(a) [4] Médico(a)

I2. Há quanto **tempo** trabalha nesta profissão? _____

I3. Há quanto **tempo** trabalha nesta UBS? _____

I4. O(A) Sr(a) **organiza / coordena** algum grupo de atividade física ou práticas corporais nesta UBS?

[1] Sim [2] Não [99] Não sei

I5. Qual? _____

ANEXO 4 – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

São Paulo, 08 de setembro de 2010
PARECER N° 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.

CAAE: 0072 .0.162.000-10

Serão incluídas pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, que não estejam grávidas (no caso de mulheres), que não possuam alguma incapacidade para a prática de atividades físicas no lazer ou como forma de locomoção e que não apresentem restrição cognitiva que impossibilite o preenchimento dos questionários.

O grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física e Saúde (GEPAF) de Universidade de São Paulo fez um convênio com os NASF da Supervisão Técnica de Saúde de Ermelino Matarazzo/ Ponte Rasa para a realização de estudos de intervenção para a promoção das atividades físicas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) cobertas pela Estratégia de Saúde da Família de Ermelino Matarazzo/ Ponte Rasa. Assim, a aplicação das estratégias terá a participação dos profissionais e agentes comunitários de saúde, que serão capacitados para tal.

O projeto terá duração total de 24 meses. Apresenta cronograma e orçamento para a realização do estudo.

2. Considerações

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa, cronograma e orçamento detalhado estão adequados, os custos do projeto estarão a cargo do pesquisador

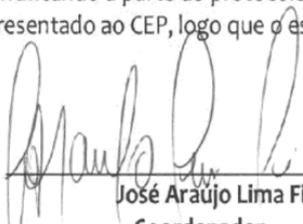
A metodologia é adequada aos objetivos; impõe alguma condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa, tal condição encontra-se devidamente justificada no desenho da pesquisa. Há possibilidade mínima de desconforto porem devidamente justificado no corpo do projeto.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - É conciso e objetivo, está redigido na forma de convite à participação no estudo. A linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa, há descrição suficiente dos procedimentos. As garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96 estão explicitadas. Permite a saída do sujeito de pesquisa da experimentação, sem prejuízo de seus cuidados possibilitando uma decisão consciente do sujeito da pesquisa.

3. Situação do Protocolo: **aprovado**

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.



José Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/047/13

24 de junho de 2013.

Prezado pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua 4.ª/13 Sessão Ordinária, realizada em 21/06/2013, analisou de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º CAAE 0072.0.162.000-10, intitulado "ESTUDO DE INTERVENÇÕES PARA A PROMOÇÃO DAS ATIVIDADES FÍSICAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.", sob responsabilidade do pesquisador Alex Antonio Florindo, tomando ciência e considerando APROVADO o estudo "ASSOCIAÇÃO DE VARIÁVEIS DO ESTILO DE VIDA COM O ACONSELHAMENTO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE", sob responsabilidade da pesquisadora Taynã Ishii dos Santos e orientação do Professor Alex Antonio Florindo, por ser parte do protocolo supracitado.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê por ocasião do encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Claudio Leone

Decano do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilm.º Sr.
Prof. Dr. Alex Antonio Florindo
Departamento de Ciências da Atividade Física
Escola de Artes, Ciências e Humanidades/USP

ANEXO 5 – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CURRÍCULOS LATTES



Taynã Ishii dos Santos

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/5253607941844356>

Última atualização do currículo em

04/12/2013

Possui graduação em Ciências da Atividade Física pela Escola de Artes, Ciências e Humanidade da Universidade de São Paulo (2012). Atualmente é aluna de Mestrado do Programa de Pós-Graduação de Nutrição em Saúde Pública da Universidade de São Paulo e integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física e Saúde (GEPAF) da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Educação Física, com ênfase em Atividade Física e Saúde **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Taynã Ishii dos Santos

Nome em citações bibliográficas SANTOS, T. I.

Formação acadêmica/titulação

2012 Mestrado em andamento em Nutrição em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
Título: Estilo de vida e práticas profissionais para a promoção da atividade física em Agentes Comunitários de Saúde
,Orientador: Alex Antonio Florindo
Antonio Florindo.



Alex Antonio Florindo

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/702707174957>

2031 Última atualização do currículo
em 17/01/2014

É graduado em Educação Física pela Universidade Camilo Castelo Branco (1996). É sanitarista formado pelo curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) (1997). Fez mestrado (2000) e doutorado em Saúde Pública (2003) pelo Departamento de Epidemiologia da FSP-USP. Kursou o Pós-Doutorado em Saúde Coletiva pelo Departamento de Nutrição da FSP-USP (2005). Atualmente é Professor Associado da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP), onde leciona as disciplinas de epidemiologia da atividade física e de métodos quantitativos de análise de situação em saúde para o curso de Bacharelado em Educação Física e Saúde. É Professor do curso de pós-graduação em Nutrição em Saúde Pública da FSP-USP onde leciona a disciplina de epidemiologia da atividade física e orienta alunos de mestrado e doutorado. É Editor-Chefe da Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. 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