

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

Natalia Caroline Cerri

**EFEITOS DE UM PROGRAMA DE CAMINHADA ORIENTADA NA
QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES ADULTAS E IDOSAS ATENDIDAS
NA ATENÇÃO BÁSICA.**

**São Carlos-SP
2016**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

Natalia Caroline Cerri

EFEITOS DE UM PROGRAMA DE CAMINHADA ORIENTADA NA QUALIDADE
DE VIDA DE MULHERES ADULTAS E IDOSAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO
BÁSICA.

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, Campus São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título em mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Maristela Carbol

Co-Orientadora: Grace Angélica de Oliveira Gomes

São Carlos-SP
2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C417e Cerri, Natalia Caroline
Efeitos de um programa de caminhada orientada na
qualidade de vida de mulheres adultas e idosas
atendidas na atenção básica / Natalia Caroline Cerri.
-- São Carlos : UFSCar, 2016.
71 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2016.

1. Qualidade de vida. 2. Atividade física. 3.
Saúde da mulher. 4. Atenção primária à saúde. 5.
Vulnerabilidade social. I. Título.



FOLHA DE APROVAÇÃO

NATALIA CAROLINE CERRI

“EFEITOS DE UM PROGRAMA DE CAMINHADA ORIENTADA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES ADULTAS E IDOSAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA”

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 30/03/2016

COMISSÃO EXAMINADORA:

- Prof.^ª Dr.^ª Maristela Carbol - UFSCar
- Prof.^ª Dr.^ª Carla Manuela Crispim Nascimento – FHO-Uniararas
- Prof.^ª Dr.^ª Grace Angélica de Oliveira Gomes - UFSCar
- Prof.^ª Dr.^ª Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim - UFSCar

Dedico este trabalho à memória de meu avô:

Domingos Fernando Cerri.

AGRADECIMENTOS

A Prof^a. Dra. Maristela Carbol, orientadora, por ter me acolhido no Programa de Pós-Graduação.

A Prof^a Grace Angélica de Oliveira Gomes pela oportunidade de desenvolver este trabalho.

A Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, da Universidade Federal de São Carlos, pelo auxílio na realização deste estudo.

Ao Departamento de Gerontologia, da Universidade Federal de São Carlos, pelo auxílio na realização deste estudo.

A FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) pelo apoio concedido ao grupo de estudo em que meu projeto está envolvido (nº do processo: 2014/03909-2).

A Secretaria Municipal de Saúde do município de São Carlos, pela a oportunidade da realização deste trabalho.

Aos participantes e a equipe do Programa de Caminhada Orientada em Unidades de Saúde da Família, pelo apoio e pela atenção dispensada.

As minhas amigas Layane Rodrigues Vieira e Thaianne Alcarde Robeldo e ao meu namorado Daniel Fernando Coletta da Silva, pelo incentivo e auxílio durante todo o período de elaboração desse estudo.

Aos meus pais Valter Luiz Cerri e Edna Kátia de Souza Cerri, pelo incentivo, desde o início...

CERRI, N.C. **Efeitos de um programa de caminhada orientada na qualidade de vida de mulheres adultas e idosas atendidas na atenção básica.** 2016. 71 f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP, 2016.

RESUMO

A prática regular de atividade física (AF) tem o papel fundamental para a promoção de benefícios básicos a saúde e, conseqüentemente, para uma boa qualidade de vida (QV). O estudo avaliou o efeito de um Programa de Caminhada Orientada (PCO) em relação à QV de mulheres adultas e idosas em contexto de alta vulnerabilidade social, atendidas na Atenção Básica (AB) no município de São Carlos-SP, nos momentos pré-intervenção, pós-intervenção e *follow-up*. Trata-se de um estudo quase experimental, não controlado, de caráter longitudinal e quantitativo. Para a coleta de dados utilizou-se instrumentos de caracterização dos aspectos sociodemográficos e econômicos, o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) e o WHOQOL-bref, os quais foram preenchidos através de entrevista individual com as 28 participantes. Estas fizeram uso do acelerômetro durante quatro dias em cada período de avaliação. Para a análise intragrupo foi realizada a análise descritiva e o teste de normalidade dos dados, tornou-se necessário utilizar os testes ANOVA para medidas repetidas e Friedman para dados normais e não normais, respectivamente. Ademais, foi utilizada a análise por intenção de tratar (ITT). Considerou-se significativo o $p < 0,05$. A média de idade das participantes foi de 51,6 (DP±14,8) anos, em sua maioria casada (67,9%), com a escolaridade ente um a oito anos (53,6%) e com renda individual menor ou igual a um salário mínimo (53,6%). Em relação aos níveis subjetivos de AF, as participantes dobraram as medianas no que se refere à AF como meio de transporte ($p=0,035$), bem como o domínio de AF de Lazer ($p=0,015$), apresentando diferenças significativas nos períodos estudados. Na análise objetiva dos níveis de AF as participantes apresentaram um aumento dos *Counts* por minuto (CPM), porém sem diferenças significativas nos três momentos; e em relação aos níveis de QV também não houve diferenças significativas. O domínio Físico apresentou diferenças marginalmente significativas tendo $p=0,064$. Conclui-se que é necessária a ampliação de estudos longitudinais que busquem realizar intervenções de AF na AB em comunidades mais vulneráveis estabelecendo uma relação temporal entre os fatores estudados, podendo contribuir no desenvolvimento de políticas e programas mais eficazes.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Atividade Física, Saúde da Mulher, Atenção Primária à Saúde, Vulnerabilidade Social.

CERRI, N.C. **Effects of a walking program oriented on quality of life of adult and elderly women attended in primary care.** 2016. 71 f. Dissertation (Masters in Clinical Management) - Center of Biological and Health Sciences, Federal University of São Carlos, São Carlos - SP, 2016.

ABSTRACT

Regular physical activity (PA) has the key role in the promotion of basic health benefits and, consequently, a good quality of life (QOL). The study evaluated the effect of a Program of Guided Walk (PGW) in relation to the QOL of adult and elderly women in high social vulnerability context, met in Primary Health Care (PHC) in São Carlos-SP, in the pre-intervention times, post-intervention and follow-up. It is a quasi-experimental study, not controlled, longitudinal and quantitative. For data collection characterization instruments of socio-demographic and economic aspects were used, the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) and WHOQOL-bref, which were filled through individual interviews with 28 participants. These made use of the accelerometer for four days in each evaluation period. For intra-group analysis, a descriptive analysis and data normality test were done; it has become necessary to use ANOVA for repeated measures and Friedman normal and non-normal data, respectively. In addition, it used the analysis by intention to treat (ITT). It was considered significant $p < 0.05$. The average age of participants was 51.6 (DP \pm 14,8 years, in his married majority (67.9%), with education being one to eight years (53.6%) and less individual income or equal to the minimum wage (53.6%). In relation to the subjective levels of PA, participants doubled median with respect to the PA as a transport medium ($p=0.035$), and the PA domain Leisure ($p=0.015$), with significant differences in the studied periods. The objective analysis of PA levels of the participants showed an increase in counts for minutes (CPM), but no significant difference in three stages; and in relation to QOL levels, no significant differences were evaluated also. The physical domain showed marginally significant differences, with $p=0.064$. It is concluded that the extension of longitudinal studies are required to perform PA PHC interventions in vulnerable communities, by establishing a temporal relationship between the studied factors, and it may contribute to the development of more effective policies and programs.

Key Words: Quality of Life, Physical Activity, Women's Health, Primary Health Care, Social Vulnerability.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Mapa das Administradoras Regionais de Saúde.....	29
Figura 2. Mapa do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social do município de São Carlos.....	30
Figura 3. Delineamento das fases do Programa de Caminhada Orientada.....	33
Figura 4. Fluxograma da distribuição dos participantes.....	37

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Análise subjetiva dos níveis de atividade física das participantes do Programa de Caminhada Orientada na ARES “Cidade Aracy”.....	40
Gráfico 2. Análise objetiva dos níveis de atividade física das participantes do Programa de Caminhada Orientada na ARES “Cidade Aracy”.....	41
Gráfico 3. Análise dos níveis de qualidade de vida das participantes do Programa de Caminhada Orientada na ARES “Cidade Aracy”	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das participantes do Programa de Caminhada Orientada na ARES “Cidade Aracy”, segundo características sociodemográficas e socioeconômicas.....	38
Tabela 2. Análise subjetiva dos níveis de atividade física das participantes do Programa de Caminhada Orientada na ARES “Cidade Aracy”.....	39
Tabela 3. Análise objetiva dos níveis de atividade física das participantes do Programa de Caminhada Orientada na ARES “Cidade Aracy”.....	40
Tabela 4. Análise dos níveis de qualidade de vida das participantes do Programa de Caminhada Orientada na ARES “Cidade Aracy”.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Atividade Física
ARES	Administração Regional de Saúde
AB	Atenção Básica
ABD	Associação Brasileira de Diabetes
CDC	Center of Disease Prevention and Control
CPM	Counts por minuto
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	Desvio Padrão
EF	Exercício Físico
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
ITT	Intenção de Tratar
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCO	Programa de Caminhada Orientada
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Science
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
QV	Qualidade de Vida

WHO World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA.....	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1	Atividade Física.....	18
3.2	Qualidade de Vida	20
3.3	Vulnerabilidade Social.....	24
3.4	Atenção Básica	26
4	OBJETIVO	28
4.1	Objetivo Geral	28
4.2	Objetivos Específicos	28
5	METODOLOGIA	29
5.1	Tipo de estudo	29
5.2	Local de Estudo	29
5.3	População-alvo	30
5.4	Amostra.....	31
5.5	Critérios de inclusão e exclusão	31
5.6	Desenvolvimento do Programa de Caminhada Orientada	31
5.7	Etapas do Programa de Caminhada Orientada	32
5.8	Instrumentos de coleta de dados.....	33
5.9	Aspectos Éticos	35
5.10	Análise dos dados	35
6	RESULTADOS.....	37
7	DISCUSSÃO	44
8	CONCLUSÃO	49
9	REFERÊNCIAS.....	50
10	APÊNDICES.....	60
10.1	APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	60
10.2	APÊNDICE B: Questionário sociodemográficos e socioeconômico.....	62
11	ANEXOS	64
11.1	ANEXO A: Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ).....	64
11.2	ANEXO B: Qualidade de vida (WHOQOL - Bref).....	68
11.3	ANEXO C: Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFSCar.....	70

1. INTRODUÇÃO

A prática regular de Atividade Física (AF) é um importante indicador de saúde da população, associando-se no controle de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e promovendo inúmeros benefícios no campo físico, biológico, mental e social (SOUZA et al., 2015). Apesar desses benefícios, três em cada dez indivíduos adultos não atingem as recomendações atuais, seja no âmbito geral ou em dimensões específicas (HALLAL et al., 2012a). Esse tipo de comportamento é considerado um problema de saúde pública tanto no Brasil como no mundo (BRASIL, 2010a; CDC, 2010a; BRASIL, 2011b; KOHL et al., 2012; MALTA; SILVA, 2012).

A proporção de adultos classificados, segundo a última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), como insuficientemente ativos foi de 46%. As mulheres apresentaram frequências mais elevadas de inatividade física, variando de 50,3% na Região Sul a 56,4% na Região Norte. Com relação à população idosa, 62,7% foram consideradas inativas e os mais jovens, com idade entre 18 a 24 anos, foram considerados os menos sedentários (36,7%) (IBGE, 2014b).

Com o envelhecimento, os idosos que permanecerem sedentários terão maiores chances de manifestarem alguma DCNT. Entretanto, os que se mantiverem ativos fisicamente terão maiores chances de alcançarem o bem-estar e, conseqüentemente, um envelhecimento saudável, visto que a AF auxilia na manutenção da capacidade funcional, sendo esta a principal preocupação desse segmento populacional (PRUDENCIATTO et al., 2015).

Segundo as recomendações internacionais, indivíduos adultos (18 a 64 anos de idade) devem realizar 150 minutos semanais de AF moderada ou 75 minutos de AF vigorosa para alcançar benefícios básicos à saúde. Na população idosa (65 anos ou mais), os benefícios dessas recomendações para a saúde podem ser mais evidentes, devido às DCNT que são mais comuns nessas pessoas, interferindo em sua QV, ademais, a prática de AF nessa faixa etária traz melhorias nos níveis de saúde funcional, e tem como consequência um menor risco de quedas e uma melhor função cognitiva (WHOQOL GROUP, 1995; NEGRI et al., 2010; CLELAND et al., 2012; HEATH et al., 2012).

A prevalência do sedentarismo motivou as organizações internacionais e nacionais a incluírem a AF na agenda mundial da saúde pública, além de elaborarem e divulgarem meios que conscientizem a população sobre a importância de incorporar

comportamentos saudáveis no cotidiano (CDC, 2010a; WHO, 2010a; BRASIL, 2011c; HALLAL et al., 2012a).

A AF se define, em suma, como qualquer movimento realizado pelo sistema musculoesquelético, havendo gastos de energia, diferenciando, dessa forma, do Exercício Físico (EF), sendo este, um conjunto de movimentos corpóreos, de caráter repetitivo, planejado e estruturado para a melhora do desempenho físico. A caminhada é um dos tipos de EF mais praticados, por ser de baixo custo e de simples manutenção da saúde e do bem-estar, além de poder ser praticada frequentemente por ambos os sexos. A caminhada realizada em grupo é mais atraente, aumenta a socialização e o controle do cansaço tornando-o mais efetivo (COELHO; BURINI, 2009).

Conceitos relativos à QV ainda são muito divergentes, dado que é um evento que têm múltiplas dimensões e é multideterminado, portanto, considera-se uma percepção subjetiva das pessoas em relação à QV (NERI, 2001). As principais definições de QV envolvem aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a atividade intelectual, os valores culturais e éticos, a religiosidade, a própria saúde, e não obstante o ambiente onde a pessoa vive e as atividades que exerce. Nesta perspectiva, a QV parece ser composta por aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais, mentais e espirituais (MAZO, 2003).

O termo QV relacionado à saúde se define, segundo a OMS como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al., 1999). Dessa forma, compreender a maneira pela qual a AF influencia os domínios gerais e específicos da QV é um fator fundamental para a promoção da saúde da população.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) tem enfatizando a necessidade de criarem estratégias para o acesso à AF como instrumento de promoção da saúde em diferentes locais. A respeito desses espaços, as políticas têm apontado para a importância da inclusão da AF no plano de gestão da Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2011b). Inserir esses programas nas principais portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) como na AB contribui com o seu objetivo de implementar ações de promoção e prevenção da saúde da população, atingindo especialmente os grupos mais vulneráveis (BIELEMANN; KNUTH; HALLAL, 2010; CODOGNO et al., 2011; CODOGNO; FERNANDES; MONTEIRO, 2012).

A vulnerabilidade é definida como o estado de indivíduos ou grupos que, por alguma razão, têm sua capacidade de autodeterminação reduzida, podendo apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos (BARCHIFONTAINE, 2006; NEVES, 2007; RODRIGUES; NERI, 2012). A vulnerabilidade social está associada ao modo de obtenção das informações, como o acesso aos meios de comunicação, escolaridade, disponibilidade de recursos, podendo influenciar em decisões políticas e no enfrentamento de barreiras. Dessa forma, as condições culturais, econômicas e políticas precisam ser consideradas quando se deseja compreender a razão pela qual as pessoas são expostas aos agravos de longa duração ou a eventos não condizentes a QV (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006).

Estudos internacionais têm mostrado a relação positiva na implementação de programas desta natureza em que o aumento do nível de AF melhora as condições de saúde dos participantes, porém, esses programas não foram implementados em comunidades vulneráveis socialmente, como as encontradas no Brasil, podendo dessa forma, apresentar resultados diferentes quando aplicados no país (AITTASALO et al., 2006; KALLINGS et al., 2007; LAWTON et al., 2008). Especificamente no Brasil, apesar do MS financiar cerca de 500 programas envolvendo AF, pouco se sabe sobre o impacto dessas intervenções que geram a promoção da QV das pessoas em condições de alta vulnerabilidade social (GOMES, 2012).

Dessa forma, este estudo buscou compreender os efeitos do programa de caminhada na QV de mulheres adultas e idosas em contexto de vulnerabilidade social.

2 JUSTIFICATIVA

O aumento da expectativa de vida tem sido acompanhado por mudanças no perfil epidemiológico da população, uma vez que, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e ganharam maior prevalência na sociedade. Ademais, muitos pesquisadores demonstram que a inatividade física é precursora de doenças crônico-degenerativas que representam a maior causa de morbidade e mortalidade (GARBER et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2011; LEE et al., 2012).

Ao passo em que são lançados novos desafios para o sistema de saúde pública frente à mudança de perfil epidemiológico, aumenta-se a demanda por maiores investimentos na área, tornando-o visível aos governantes o desenvolvimento de políticas públicas que almejam o incentivo da população na adesão de diversas atividades proporcionando hábitos de vida mais saudáveis e, conseqüentemente, uma possível redução de custos ao sistema (FURTADO et al., 2012; REIS et al., 2014).

A prática da AF regular é reconhecida cientificamente como benéfica a saúde do indivíduo, sendo positiva para a estratégia de prevenção de doenças e na promoção da saúde. Também tem se mostrado positiva perante as relações sociais, produtivas e de lazer, bem como, na capacidade funcional, no bem-estar e no estado cognitivo (DIAS; DUART; LEBRÃO, 2010).

Uma estratégia não farmacológica adotada para se promover saúde está na oferta de AF na AB, atingindo as populações mais vulneráveis (SALVADOR et al., 2012; NAKAMURA et al., 2015). Conhecer a vulnerabilidade de grupos populacionais, torna-se um interesse relevante para a literatura por serem aplicáveis a qualquer dano ou a qualquer condição de interesse a saúde pública, superando, dessa forma, a tradicional abordagem da epidemiologia, podendo possibilitar a implementação de políticas públicas e de ações de prevenção e promoção de saúde de forma integral e resolutiva (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006).

Apesar dos poucos estudos no Brasil sobre as intervenções comunitárias e AF, os resultados têm-se mostrado satisfatórios e está servindo de base para as políticas públicas de promoção da saúde, apesar de possuírem um caráter de prevalência, sendo necessário avançar substancialmente na parte de avaliação das intervenções que as envolvem (HALLAL et al., 2007; KNUTH, 2010a; KNUTH et al., 2010b; BRASIL, 2011a; GOMES, 2012; HOEHNER, 2013; GOMES, 2014b).

Pesquisas deste tipo direcionam de modo eficaz os financiamentos, ampliando as intervenções já existentes e que promovem a adesão da população em torno dos bons hábitos de vida (BRASIL, 2011a; KNUTH; HALLAL, 2011; GOMES, 2012; GOMES, 2014b). O incentivo à prática de AF à população tem-se demonstrado efetiva no controle e na prevenção de doenças crônicas, na diminuição de gastos referentes à saúde e na diminuição das taxas de morbimortalidade, além de benefícios físicos, psicológicos e sociais (BIELEMANN; KNUTH; HALLAL, 2010; CODOGNO; FERNANDES; MONTEIRO, 2012; LEE et al., 2012).

Com isso, quanto maior o grau de compromisso, de qualidade, dos recursos, da gestão e do monitoramento de programas nacionais envolvendo a AF em contextos de vulnerabilidade, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes e otimizar o uso, sendo possível propor a reconstrução ampliada e reflexiva das práticas em saúde, resultando em uma resposta social (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006).

Portanto, os estudos que avaliam o impacto de programas de AF em diferentes contextos, como na AB, tornam-se relevantes devido à escassez de evidências na literatura nacional e internacional. Além disso, envolver indivíduos em situação de vulnerabilidade social nesses programas é como proporcionar maior visibilidade internacional ao estudo. Sendo assim, há necessidade de realizarem estudos diagnósticos que visam identificar os níveis de QV e suas relações com a prática de AF em programas de caminhada orientada na AB em contextos de vulnerabilidade social.

Esse estudo busca contribuir para o direcionamento mais adequado de ações e estratégias em programas desse tipo na AB, podendo assim, intervir positivamente na redução de gastos públicos direcionados a prestação de serviços em saúde. Por tratar-se de um contexto de vulnerabilidade social, o estudo também colabora levando o conhecimento até a comunidade e oferecendo a oportunidade de se praticar AF, o que pode acarretar em mudanças de comportamento e nos hábitos de vida dessas pessoas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atividade Física

A AF pode ser definida como qualquer movimento realizado pelo sistema musculoesquelético, tendo gasto de energia além dos níveis de repouso. Isso implica em adotar hábitos mais ativos em pequenas modificações no dia a dia, como por exemplo: realizações de tarefas no meio doméstico, no local de trabalho e por meio de atividade de lazer e social. Descrita, geralmente, em suas quatro dimensões: frequência, sendo o número de eventos de AF durante um determinado período de tempo; duração, sendo o tempo de participação em uma única sessão de AF; intensidade, sendo o esforço fisiológico associado à participação em um tipo de AF e o tipo de atividade (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985; WHO, 2010).

Diferentemente do EF que é uma categoria da AF, este é definido como um conjunto de movimentos físicos repetitivos, planejados e estruturados para a melhora do desempenho físico, geralmente, requer locais próprios para sua realização, sob a supervisão e orientação de um profissional capacitado (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985).

Diferentes tipos de EF têm sido empregados no que diz respeito à promoção de saúde, sendo um deles a caminhada, e podendo ter o treinamento contínuo ou intermitente. Observou-se que a intensidade constante entre leve/moderada é a mais empregada como abordagem não farmacológica dentro da área da saúde, tendo comprovações benéficas sobre doenças cardiovasculares e endócrino-metabólicas (POTTER et al., 2011; CANÁRIO, 2011).

As pessoas têm se movimentado cada vez menos ao longo da vida, promovendo assim, o aumento da inatividade física, e conseqüentemente, ganho de peso e risco de doenças cardiometabólicas. Conceitualmente, a inatividade física é a prática insuficiente de AF, se referindo tanto a indivíduos completamente inativos (sedentários) quanto a indivíduos considerados insuficientemente ativos, ou seja, que não atingem a quantidade de AF recomendada mundialmente, porém fazem algum tipo de AF. Os inativos ou considerados com comportamento sedentários envolve pouco ou nenhum movimento, como sentar, assistir televisão, usar computador, e entre outros (OWEN et al., 2010; NG; POPKIN, 2012).

Em um estudo sobre a prevalência da inatividade física realizado em 122 países diferentes, os autores demonstraram que 31% da população mundial encontra-se

insuficientemente ativos, sendo as Américas e leste mediterrâneo com as maiores porcentagens, chegando aproximadamente em torno de 43% (HALLAL et al., 2012b).

No Brasil, em um estudo avaliando todos os domínios envolvendo AF entre os anos de 2006 e 2009 identificou-se que os níveis de AF dos brasileiros estão estáveis no que diz respeito ao tempo livre e nas atividades domésticas, mas aumentaram no deslocamento, acarretando assim, na diminuição de inativos do país. Ademais 30,3% realizam AF regularmente no tempo de lazer. Demonstrou ainda, que os homens (39,6%) realizam mais EF do que as mulheres (22,4%). Os homens costumam se engajarem mais em EF coletivos e de caráter competitivo e as mulheres em atividades individuais ou em grupos sociais que requerem menos esforços físicos (AZEVEDO et al., 2007; HALLAL et al., 2009; MATSUDO et al., 2010; HALLAL et al., 2012b).

Outros estudos demonstram que apesar dos homens praticarem mais EF, eles se engajam menos em atividades de grupo na comunidade e participam menos de programas voltados ao cuidado em saúde na AB (SALLES-COSTA et al., 2003; SCHRAIBER et al., 2010). Em compensação as mulheres apesar da tripla jornada, possuem horários mais flexíveis em relação aos homens, colaborando no uso dos serviços de saúde para realização de EF (GOMES, 2012).

Ademais, a prática de AF para mulheres têm-se mostrado importante, principalmente para mulheres no climatério, visto que, nessa fase elas apresentam mudanças antropométricas e bioquímicas que comprometem a QV (CANÁRIO, 2011; POTTER et al., 2011).

Há algumas barreiras que impedem as pessoas de se exercitarem que devem ser consideradas como: as características sociodemográficas, presença de doenças ou incapacidades, falta de tempo, falta de companhia ou ainda, um ambiente que não estimule a prática (BAUMAN et al., 2012).

As recomendações mundiais da AF para a saúde surgiram em função de explicar e difundir evidências que estão se acumulando sobre a temática, servindo de base para formulações e adequações das intervenções que envolvem a prática de AF. Ao longo do tempo várias mudanças ocorreram nessas recomendações, visando quantificar a intensidade das atividades a fim de causar reais modificações na saúde (BARROS et al., 2011).

Uma das principais modificações nessas recomendações que ocorreram foram em relação à intensidade vigorosa na AF que antes era tida como prioritária para a obtenção de ganhos na saúde. Entretanto, estudos evidenciam que a intensidade

moderada também é capaz de gerar benefícios. Ademais, passou-se a ter a necessidade de se realizar maiores volumes de AF na semana (cerca de 300 minutos por semana) para a efetiva perda de peso. Modificou-se também, a possibilidade de se realizar AF em diferentes sessões, o que implica em uma maior facilidade em se obter o hábito de praticar AF (HASKELL et al., 2007; GOMES, 2012).

As recomendações mais recentes apontam para a necessidade de realizar pelo menos 150 minutos por semana de AF aeróbica de intensidade moderada, ou 75 minutos por semana de atividades vigorosas ou a combinação delas por 150 minutos por semana para obter benefícios básicos a saúde (GARBER et al., 2011; POWELL; PALUCH; BLAIR, 2011).

No que diz respeito aos que são considerados insuficientemente ativos, as recomendações são no sentido de provocar mudanças no comportamento, portanto, utiliza-se a recomendação de pelo menos dez minutos contínuos de AF por semana (PARRA et al., 2010; FLORINDO et al., 2011). Desse modo, pode-se considerar que a baixa intensidade e o baixo volume de AF são mais saudáveis do que o comportamento sedentário (CDC, 2010b; WHO, 2010).

Vale ressaltar que alterar os níveis de AF com base nas recomendações mundiais é apenas um dos comportamentos necessário para a melhora da saúde da população, especialmente no que se refere ao surgimento e as complicações das DCNT (GOMES, 2012).

3.2 Qualidade de Vida

O termo QV foi mencionado pela primeira vez em 1920 por Pigou em um livro de economia e bem-estar material. Este termo não foi valorizado a princípio e acabou por cair no esquecimento. Após a Segunda Guerra Mundial, este conceito volta a ser discutido pela OMS, incorporando os aspectos de bem-estar físico, emocional e social e, também, desencadeando uma discussão frente à medição desses aspectos (WOOD-DAUPHINEE, 1999).

Antes da década de 50, o termo estava relacionado à economia, havia autores que utilizavam o termo para criticar políticas de crescimento econômico e seus impactos, outros acreditavam que a QV estaria ligada ao bem-estar material, com ênfase na aquisição de bens (BOWLING, 2003; LOW; MOLZAHN, 2007).

Já na década de 60, o uso do termo QV se ampliou, relacionando-o com educação, saúde, economia e bem-estar. A partir dessa década o termo ganhou força na

medida em que iniciaram movimentos sociais. Ainda nessa época, surgiu o uso do termo QV em um periódico médico, o qual se tratava da responsabilidade da medicina frente à manutenção da vida (FREITAS et al., 2011).

Na década de 70, o conceito surgiu na área da saúde, mais especificamente nas áreas de oncologia, psiquiatria e reumatologia, como incremento nos ensaios clínicos, chegando à conclusão que o aumento da expectativa de vida não era necessariamente ter uma boa vida. A partir disso, o termo ganhou espaço no meio acadêmico e em diferentes áreas do conhecimento (FREITAS et al., 2011).

O termo QV tem sido usado frequentemente pela sociedade moderna nas mais diversas circunstâncias. É possível encontrá-lo associado à alimentação, ao transporte, à segurança, ao urbanismo, e entre vários outros aspectos de extrema relevância para a vida cotidiana dos indivíduos e da sociedade (SANTOS; SIMÕES, 2012).

O conceito de QV está relacionado a múltiplos pontos de vistas, que variam de época para época, de país para país, de cultura para cultura, tornando-se um conceito abstrato. Dessa forma, diferentes autores tentam explicar o porquê da multiplicidade do conceito. Em 2003, Bowling conclui que QV é um conceito vago, multidimensional e amorfo, incorporando, teoricamente, todos os aspectos da vida humana. Para Minayo; Hartz; Buss (2000), o conceito é uma construção social, relativizada por valores culturais e por aspectos subjetivos. Com isso, os conhecimentos, valores, experiências de indivíduos e coletividades, de variadas épocas, espaços e histórias diferentes, compõem em conjunto o significado de QV (FREITAS et al., 2011).

Embora não haja um conceito consensual de QV, há uma concordância entre os pesquisadores de diferentes correntes em três pontos: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade (WHOQOL GROUP, 1995). A definição apresentada por esse grupo de especialistas consiste em: “QV é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Múltiplos são os aspectos para além da capacidade física que interferem na classificação da QV. Trata-se de uma medida subjetiva, cujo conceito incorpora também o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, crenças pessoais e a relação com os aspectos significativos do meio ambiente (AZEVEDO et al., 2013).

Adicionalmente, a QV relaciona-se diretamente ao estado de saúde, sendo uma expressão comumente utilizada na área (TEIXEIRA et al., 2015). Apesar de sua

definição complexa, a QV é uma medida que tem a importante correlação com a progressão das DCNT e mortalidade (SCHENKEVELD et al., 2010; YORGANCIOGLU et al., 2010).

Vários autores indicam diversas formas para conceituar QV como Castellón; Pino (2003), os quais caracterizam como qualidade as condições de vida (sendo um componente objetivo), satisfação pessoal com as condições de vida (sendo um componente subjetivo), combinação das condições de vida com a satisfação e combinação das condições de vida e satisfação pessoal.

Segundo Ros et al. (1992), é necessária a conceituação para poder classificar o que é uma boa ou má QV, os parâmetros que as definem e a importância de seus componentes, tanto objetivos quanto subjetivos. Esses componentes podem ser agrupados em bem-estar físico, material, social, emocional, desenvolvimento e atividade (CASTELLÓN; PINO, 2003).

É necessário alcançar algum consenso entre as diversas áreas no campo do cuidado devido à vasta produção literária sobre a temática, inclusive para poder fazer uma distinção precisa entre o termo QV e outros temas naturalmente relacionados a esse conceito e que são facilmente confundidos como saúde, sintomas, estado de humor, estado funcional e estados particulares de saúde. (ANDERSON; BURCKHARDT, 1999).

Atualmente, pesquisas sobre o assunto são realizadas nas mais variadas especialidades como sociologia, medicina, enfermagem, psicologia, economia, geografia, história social e filosofia (FARQUHAR, 1995). Consequentemente, é possível notar a multidimensionalidade e a complexidade do construto que aparece refletido na diversidade de abordagens sobre QV (IGLESIAS, 2002).

Na área da saúde, vários estudos relacionam diversas práticas corporais, AF, EF e prática esportiva como fatores que são positivamente vinculados à melhoria da QV. No entanto, nem sempre há clareza conceitual ou mesmo um delineamento preciso sobre tais práticas e a sua relação à QV (SANTOS; SIMÕES, 2012).

A QV em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). A inatividade física é um estilo de vida sedentário que estão relacionados a fatores de risco para o desenvolvimento ou agravamento de certas condições médicas, tais como: a doença coronariana ou outras alterações cardiovasculares e metabólicas (SILVA et al., 2010). Desse modo, o número de pesquisas relacionando QV à saúde tem

aumentado, entretanto, esses estudos não descrevem somente o fenômeno saúde/doença e sim, também procuram ajudar os clínicos e gestores em saúde para avaliar o impacto das terapêuticas e políticas públicas de saúde (GOMES, 2014a).

O interesse pela QV nos últimos tempos pode ser demonstrado pelo número crescente de artigos. Em uma pesquisa realizada no MedLine, foram encontradas 140 referências para o período entre 1966 e 1974, 4.605 referências entre 1974 e 1986, e mais de 62 mil referências sobre QV até 2008 (AGUIAR et al., 2008). Após esse período não foram encontrados mais estudos que evidenciasse o panorama atual.

Em relação aos instrumentos utilizados para QV, a maioria foi construída em países de língua inglesa e, posteriormente, traduzidos e aplicados em diferentes culturas, acarretando críticas no âmbito científico a respeito da generalização e a validação dos mesmos. A carência de ferramentas que avaliam QV dentro da perspectiva transcultural motivou a OMS a elaborar o WHOQOL-100 no início da década de 1990 (AGUIAR et al., 2008).

O WHOQOL-100 consiste em 100 perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e o meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas, em que cada uma é composta por quatro perguntas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25ª composta de perguntas gerais sobre QV (FLECK, 2000).

Ao proporcionar uma avaliação detalhada, o WHOQOL-100 pode tornar-se muito extenso para algumas aplicações. Desse modo, surgiu a necessidade de um instrumento mais curto que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse características psicométricas satisfatórias, fazendo com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref. O WHOQOL-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de QV, ao passo que, as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, contendo somente uma questão para cada faceta (FLECK, 2000).

O Grupo WHOQOL tem trabalhado para desenvolver medidas que avaliem a QV dentro de uma perspectiva internacional em que os diferentes países e culturas possam influenciar desde a elaboração dos conceitos que norteiam a elaboração das questões que farão parte do instrumento até sua validação. As aplicações desses instrumentos são amplas e incluem não somente a prática clínica individual, mas também, a avaliação de efetividade de tratamentos e de funcionamento de serviços de

saúde. Além disso, podem ser importantes guias para políticas de saúde (FLECK, 2000).

3.3 Vulnerabilidade Social

O termo vulnerabilidade tem sido usado frequentemente na literatura científica, especialmente após a década de 80, em vários estudos epidemiológicos, principalmente focalizados para a perspectiva de risco (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Vários são os autores que trabalham o conceito de vulnerabilidade nas mais variadas temáticas. Wisner (1998) analisa sob a perspectiva das pessoas apresentarem vulnerabilidade em caso de exposição a acidentes extensivos, como terremotos. Dilley; Boudreau (2001) empregam o termo na área de nutrição, definindo-o como a possibilidade de sofrer danos e a capacidade para o seu enfrentamento. Mann et al. (1993) propõem uma estrutura de análise que incorpora o comportamento individual, o âmbito coletivo e o social, propondo dessa forma, a aplicação de um sistema de escores, que classificam a vulnerabilidade como alta, média e baixa. Paris (1999) apresenta a vulnerabilidade relacionada aos fatores estruturais da sociedade, que se refere à desigualdade de renda, educação e de acesso a serviços.

A vulnerabilidade segundo Ayres et al. (2006) é norteada por três categorias: individual, social e programática, sendo que a vulnerabilidade individual compreende os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e referentes às relações sociais. A social é caracterizada por aspectos culturais, sociais e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. A programática refere-se aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo a riscos à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social. Segundo esses autores, a vulnerabilidade depende da combinação dos elementos dos três domínios no momento atual e, também, das experiências relativas a cada um deles, no passado, e de como as pessoas lidaram e lidam com as facilidades e as dificuldades da vida.

Nesse sentido, o modelo propõe construir políticas voltadas às necessidades dos seres humanos, trabalhar com as comunidades e realizar diagnósticos sobre as condições dos grupos sociais, de maneira participativa, assim como a redefinição dos objetos de intervenção e a análise crítica das práticas de saúde para a sua reconstrução orientada às necessidades dos indivíduos e da coletividade (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Entende-se, portanto, a partir dessa última perspectiva apresentada, o conceito de vulnerabilidade como um convite para renovar as práticas de saúde como práticas

sociais e históricas, através do trabalho com diferentes setores da sociedade e da transdisciplinaridade. Isso permite o repensar sobre as práticas, de maneira crítica e dinâmica, para contribuir na busca de mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas, que promovam impacto nos perfis epidemiológicos (AYRES, 1997).

No Brasil, mais especificamente no Estado de São Paulo utiliza-se o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), o qual leva em conta a complexidade do fenômeno da vulnerabilidade social, como indicador de vulnerabilidade dos municípios. Este índice surge na tentativa de suprir essas lacunas existentes no Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) que fornece muitos dados sobre o desempenho econômico e social dos municípios, mas não contempla integralmente a questão da desigualdade dentro deles e a situação das suas áreas de concentração de pobreza. O IPVS foi criado então, para examinar as condições de vida da população, não apenas sobre a renda, mas também, sobre a escolaridade, a saúde, as condições de inserção no mercado de trabalho, o acesso aos serviços prestados pelo Estado e as oportunidades de mobilidade social (SÃO PAULO, 2010).

Dessa forma, o IPVS é uma tipologia que classifica os municípios do Estado de São Paulo em grupos de vulnerabilidade social a partir de uma combinação entre as dimensões demográfica e socioeconômica. Essa classificação é dada por sete grupos com diferentes características e graus de vulnerabilidade, sendo que o grupo 1 é classificado como baixíssima vulnerabilidade, passando para vulnerabilidade muito baixa, vulnerabilidade baixa, vulnerabilidade média, vulnerabilidade alta, vulnerabilidade muito alta e o último representando o grupo 7 vulnerabilidade muito alta em áreas rurais (SÃO PAULO, 2010).

O Município de São Carlos, em 2010, que integra a Região Administrativa Central possuía 220.578 habitantes. A análise das condições de vida de seus habitantes mostra que a renda domiciliar média era de R\$2.859,00 sendo que em 9,8% dos domicílios não ultrapassava meio salário mínimo per capita. Em relação aos indicadores demográficos, a idade média dos chefes de domicílios era de 48 anos e aqueles com menos de 30 anos representavam 12,8% do total. Dentre as mulheres responsáveis pelo domicílio 12,9% tinham até 30 anos, e a parcela de crianças com menos de seis anos equivalia a 7,2% do total da população. O local escolhido para intervenção (a ARES Aracy) é pertencente ao grupo 5 (vulnerabilidade alta - setores urbanos). Segundo o IPVS, fazem parte desse grupo 28.393 pessoas (12,9% do total de pessoas do município). O rendimento nominal médio dos domicílios era de R\$1.356,00 e em 27,7%

deles a renda não ultrapassava meio salário mínimo per capita. Com relação aos indicadores demográficos, a idade média dos responsáveis pelos domicílios era de 42 anos e aqueles com menos de 30 anos representavam 20,8%. Dentre as mulheres chefes de domicílios 22,1% tinham até 30 anos, e a parcela de crianças com menos de seis anos equivalia a 10,5% do total da população desse grupo (SÃO PAULO, 2010).

3.4 Atenção Básica

Aprovado pela Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ser um marco histórico no Brasil, garantindo a população brasileira o direito à saúde assegurada pelo Estado, além de permitir espaços institucionais para a participação popular e o controle social (GOMES, 2012). O SUS é conhecido como um conjunto integrado de ações e serviços, de iniciativa pública em parceria com a sociedade que preconiza os princípios de universalidade, equidade e integralidade. É um sistema voltado para solucionar problemas de saúde de uma determinada população, sendo referência de modelo de saúde para outros países (BRASIL, 2006).

Desde a sua criação, o SUS tem representado um importante avanço no que diz respeito à saúde pública, e em especial na AB, uma vez que, entre os objetivos da criação do SUS está à tentativa de substituição do modelo tradicional médico assistencial privado, que tinha o direcionamento centrado na cura da doença, para um modelo que visa, sobretudo, aspectos de promoção, prevenção e reabilitação (SOUZA; LOCH, 2011).

Em 1994, o SUS teve suas ações fortalecidas através da implantação do programa Saúde da Família, atualmente referido como Estratégia Saúde da Família (ESF) com o objetivo de reorganizar a assistência à saúde e o processo de municipalização dos serviços. Vale ressaltar que programas com fins preventivos são considerados de baixo custo e quando bem estruturados fortalecem o processo de prevenção das doenças e reduzem os gastos por internações (BRASIL, 2012).

Com a ESF, a família passou a ser considerada uma unidade de intervenção e firmou-se a premissa da reorientação das práticas profissionais a partir da AB, no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. O papel da ESF foi reafirmado na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012), que definiu como prioridades a consolidação e a qualificação, tomando a AB como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. A ESF preconiza a territorialização e a delimitação das áreas de abrangência das equipes, tendo

em vista a identificação das necessidades e dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2011d; CUNHA; GASTÃO, 2011).

Em 2008, a ESF contou com uma ampliação importante, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que incorpora profissões que até então não estavam inseridas na AB. Ademais utiliza o conceito de Equipe de Referência e Apoio Matricial que se trata de uma equipe interdisciplinar que tem como função principal apoiar a equipe de saúde da família para que esta aumente sua resolutividade. Embora, os profissionais do NASF possam fazer atendimento individual, a atividade não é entendida como prioritária (CUNHA; GASTÃO, 2011).

A complexidade do trabalho na AB é obtida devido à diversidade da população dentre os municípios e dessa forma, espera-se que a união dos profissionais em diversas áreas possa proporcionar e direcionar amplamente de modo a melhorar o sistema de saúde (SOUZA; LOCH, 2011).

4 OBJETIVO

4.1 Objetivo Geral

Avaliar o efeito de um programa de caminhada orientada em relação à QV de mulheres adultas e idosas em contexto de alta vulnerabilidade social atendida na AB no município de São Carlos-SP.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar as características sociodemográficas e socioeconômicas das participantes;
- Identificar os níveis de AF nos momentos pré-intervenção, pós-intervenção e após seis meses;
- Identificar os níveis de QV nos momentos pré-intervenção, pós-intervenção e após seis meses.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

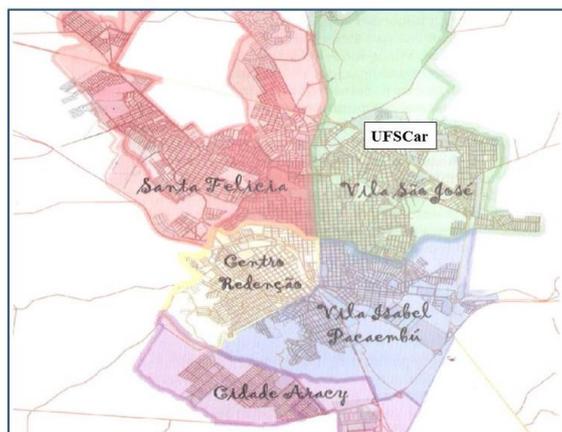
Trata-se de um estudo quase experimental, de caráter longitudinal, quantitativo e não controlado (POLIT; BECK, 2011).

5.2 Local de Estudo

O município de São Carlos está localizado na região central do Estado de São Paulo, na mesorregião homogênea de Araraquara e na microrregião de São Carlos, segundo esquema classificatório do IBGE (2015). De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 2014, a população estimada do estado de São Paulo para o ano de 2015 foi de 44.396.484 habitantes, sendo a cidade de São Carlos estimada em 241.389 habitantes. Os dados divulgados nesta pesquisa mostram que São Carlos tem aproximadamente 108.914 homens e 113.036 mulheres. Com relação à raça São Carlos apresenta uma população de aproximadamente 70% de brancos, 6% de negros, 22% de pardos e 2% entre amarelos e indígenas (IBGE, 2014a).

O município de São Carlos conta com cinco Administradoras Regionais de Saúde (ARES): Santa Felícia, Vila São José, Redenção, Vila Isabel e Aracy, conforme o mapa demonstrado na Figura 1. Esses ARES são para os usuários do SUS a representação da Secretaria Municipal de Saúde mais próxima a eles. As ARES têm a função de coordenar as Unidades de Saúde localizadas na área de abrangência, proporcionando um cuidado integral as necessidades de saúde dos usuários da área geográfica (SÃO CARLOS, 2015).

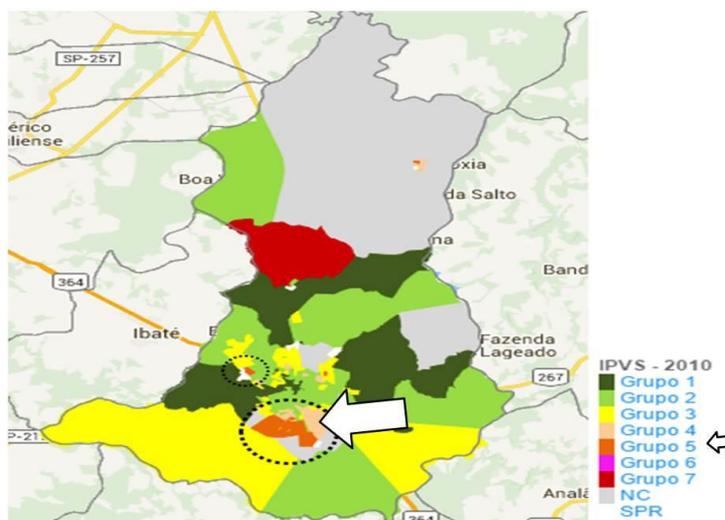
Figura 1. Mapa das Administradoras Regionais de Saúde.



Fonte: Prefeitura Municipal de São Carlos (2007).

A figura 2 aponta de acordo com o destaque na cor alaranjada a ARES "Cidade Aracy" pertencente ao grupo 5 de áreas que apresenta maior vulnerabilidade social (SÃO PAULO, 2010), e que também abrange a UBS Cidade Aracy e as cinco Unidades de Saúde da Família (USFs), que são: Antenor Garcia, Presidente Collor, Aracy I, Aracy II e José Fernando Petrilli Filho e esses territórios recebem a cobertura pela a equipe NASF.

Figura 2. Mapa do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social do município de São Carlos.



Fonte: São Paulo (2010).

Para este estudo foram incluídas três das USFs da ARES “Cidade Aracy”, as quais não possuíam programa de AF, sendo a Presidente Collor, Aracy I e Aracy II. Esses locais foram escolhidos devido à estrutura e a viabilidade apresentada para o desenvolvimento do estudo, bem como, a possibilidade de continuidade das ações por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) supervisionados pela equipe NASF após o término do mesmo.

5.3 População-alvo

A população-alvo do estudo foram mulheres, consideradas adultas (18 a 64 anos) e idosas (65 ou mais), segundo as diretrizes apontadas por WHO (2010) cadastradas em uma das três USFs escolhida e participantes do Programa de Caminhada Orientada (PCO).

5.4 Amostra

A amostra deste estudo foi extraída de um projeto maior intitulado: “Promoção de Atividade Física para Adultos e Idosos com Alta Vulnerabilidade: Avaliação de um Programa de Caminhada em Unidades Saúde da Família”, financiado pela FAPESP (2014/03909-2), que se trata de uma amostra não randomizada de moradores da área de abrangência das USFs da ARES “Cidade Aracy”.

Especificamente para esse estudo foram incluídas 28 participantes que atenderam aos critérios de inclusão e fizeram parte do projeto maior mencionado anteriormente.

5.5 Critérios de inclusão e exclusão

Inclusão:

- Ser do sexo feminino;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Ser cadastrada em uma das três USFs escolhidas para o estudo no território de abrangência do NASF na ARES “Cidade Aracy”;
- Desejar participar do PCO;
- Apresentar capacidade de compreensão e de comunicação verbal;
- Encontrar-se no nível de AF “insuficientemente ativa” nos últimos três meses e foram consideradas “insuficientemente ativas” as participantes que não somarem 150 minutos por semana de AF de intensidade moderada, considerando-se o tempo de AF de recreação, esporte, exercício e lazer e/ou AF como meio de transporte, baseando-se nas recomendações mundiais de AF total (GARBER et al., 2011).

Exclusão:

- Não completar o período de intervenção;
- Ter frequência menor que 50% no mês durante o período de intervenção.

5.6 Desenvolvimento do Programa de Caminhada Orientada

O PCO foi idealizado a partir de uma parceria entre o Departamento de Educação Física e Motricidade Humana, o Departamento de Gerontologia e a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos. A coordenação foi realizada pelos membros dos

departamentos envolvidos, a supervisão e a gestão do programa foram conduzidas por estudantes de iniciação científica e bolsistas de apoio técnico de Educação Física e Gerontologia. Os ACS na área de abrangência onde o estudo foi realizado estiveram envolvidos na colaboração do programa.

O programa consiste no oferecimento de EF para adultos e idosos através da prática supervisionada de caminhada em conjunto com as ações educativas de incentivo à mudança de comportamento relacionada à AF.

O PCO ocorreu cinco vezes por semana com uma hora de duração no período de seis meses de intervenção, sendo quatro dias de caminhada e um dia de Zumba, ocorrendo nos arredores de uma das USFs como referência para realização da caminhada. Antes do início dos EF verificou-se a pressão arterial dos hipertensos e os diabéticos foram orientados a monitorar a glicemia.

Durante os seis meses de intervenção foram passadas às instruções para que o EF pudesse se manter alcançando o objetivo do programa de forma contínua. Com base nessas orientações foram reavaliados mais seis meses e partir das observações foi possível analisar o impacto de tais instruções nos três momentos dos indivíduos. As ações educativas tiveram a duração de vinte minutos e não foram oferecidas em todos os dias dos EF. As orientações ocorreram com frequência diferenciada ao longo dos meses, sendo que no primeiro mês foi de quinze em quinze dias e, posteriormente, passou a ser mensal. O tempo de caminhada foi reduzido em vinte minutos, quando ocorreram as ações educativas.

Os temas foram adequados às dificuldades e necessidades apontadas pelos participantes para garantir o maior interesse por parte deles. Baseado em estudos anteriores de mudança de comportamento (DISHMAN et al., 2005; SALLIS et al., 2006; AMIREAULT; GODIN; VÉZINA-IM, 2013) as temáticas gerais utilizadas nas ações educativas foram: conceitos de AF e EF, a importância da prática de AF, o enfrentamento de barreiras para a prática, a construção de metas e as estratégias para cumprimento destas, o auto monitoramento, auto eficácia, influências ambientais, e o suporte social e familiar para AF.

5.7 Etapas do Programa de Caminhada Orientada

A primeira etapa consistiu na divulgação do PCO nas USFs por um período de dois meses antes do início, por meio de folders, cartazes e banners de modo a explicar minimamente do que se trataria o programa e a indicação do site

(www.caminhada.ufscar.br). Também, adotou-se a estratégia de fazer convites pessoais e visitas domiciliares dentro da área de abrangência das USFs, além do apoio de um carro de som fazendo a divulgação pelo bairro.

A segunda etapa consistiu na identificação dos indivíduos que manifestaram o desejo em participar do programa, dentre eles, as mulheres que se enquadravam nos critérios de inclusão do presente estudo. Dessa forma, buscou-se esclarecer os objetivos do estudo e do programa e aqueles que se mostraram interessados, cumpriam os critérios de inclusão e concordavam em participar, assinaram o TCLE (APÊNDICE A) consistindo na amostra deste estudo.

A terceira etapa consistiu na primeira semana de atividade, a qual foi considerada o tempo zero do estudo. Nessa primeira semana, todos os participantes foram convidados a responder os questionários, por um período máximo de 30 minutos, dessa forma, esse mesmo processo de avaliação foi repetido nas outras três etapas de avaliação, como mostra a figura 3. Para essas avaliações, contou-se com a colaboração dos estudantes de graduação em Gerontologia previamente treinados para a aplicação e com uma equipe de assessoria gerontológica contratada para avaliações. Todos os participantes receberam os resultados logo após cada uma das avaliações.

Figura 3. Delineamento das fases do Programa de Caminhada Orientada.



Fonte: Grupo de pesquisa Saúde Coletiva, Atividade Física e Envelhecimento (2014).

5.8 Instrumentos de coleta de dados

- Ficha de identificação: Elaborou-se uma ficha de identificação das características sociodemográficas e econômicas, contendo informações como: idade, estado civil, sexo, endereço, telefone, escolaridade, renda individual e familiar e número de pessoas no domicílio (APÊNDICE B).

- Nível de AF: Para mensurar o nível de AF habitual foram utilizados dois instrumentos distintos, sendo o primeiro de caráter subjetivo e o segundo de caráter objetivo, esse último considerado padrão ouro para avaliação de AF:

- a) International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – versão longa: este instrumento avalia a AF de forma subjetiva, em cinco seções: AF no trabalho, AF como meio de transporte, AF em casa, AF de recreação, esporte, exercício e lazer e por fim, tempo gasto sentado. As perguntas referem-se à AF da última semana (últimos sete dias) e realizadas por 10 minutos contínuos em atividades moderadas e vigorosas em cada uma das quatro seções, bem como, a quantidade de horas gasta sentado. Para este estudo, foram analisadas essencialmente as seções de AF como meio de transporte e AF de recreação, esporte, exercício e lazer para a identificação do perfil ativo ou não, baseado nas recomendações mundiais de AF. Para a AF como meio de transporte foi medido o tempo gasto de deslocamento que o indivíduo utilizou andando de bicicleta e caminhando para ir de um lugar para o outro. Para a AF de recreação, esporte, exercício e lazer mediu-se o tempo gasto em EF de intensidades leve, moderada e vigorosas. Se a participante atingisse 149 minutos de AF por semana ou menos era considerada insuficientemente ativa, enquanto se atingisse 150 minutos ou mais de AF por semana era considerada ativa. Optou-se por essas duas seções devido à diminuição de véis que elas apresentam perante a literatura, uma vez que, nessas seções a população não tende a superestimá-la tanto como nas outras (GARBER et al., 2011) (ANEXO A).
- b) Acelerômetro – Para avaliar a AF de forma objetiva, utilizou-se um sensor de movimento triaxial Actigtaph® modelo GT3X que registra as acelerações realizadas nos três planos (eixo vertical, médio-lateral e antero-posterior) e as transformam em uma unidade de medida de movimento nomeada Counts por minuto (CPM). Os acelerômetros foram colocados junto à cintura das participantes durante quatro dias consecutivos, sendo que elas foram orientadas a retirar o sensor somente quando fossem tomar banho, dormir ou realizar atividades aquáticas. No presente estudo, foi utilizado apenas as médias dos counts por minutos despendidos em atividades diárias calculados no software Actilife 6, ressaltando que foram considerados válidos o mínimo de nove horas de uso por dia e dados de pelo menos um dia de semana e um de final de semana.
- WHOQOL-bref: avalia a QV por meio de 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original

(WHOQOL-100). Este instrumento contempla quatro domínios (físico, psicológico, relações social e meio ambiente). Cada domínio do WHOQOL-bref é composto por subdomínios. O domínio físico é composto por sete subdomínios (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho). O domínio psicológico é dado por seis subdomínios (sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais). O domínio social é composto por três subdomínios (relações pessoais, suporte/apoio social e atividade sexual). Por fim, o domínio meio ambiente é dado por oito subdomínios (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades para adquirir novas informações e habilidades, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico-poluição/ruído/trânsito/clima e transporte).

Os escores dos domínios para o WHOQOL-bref são calculados multiplicando-se por quatro que é a média de todos os itens incluídos dentro do domínio. A avaliação dos resultados é feita mediante a atribuição de escores para cada questão, que podem ser transformados numa escala de zero a 100, onde zero corresponde a uma pior QV, e 100, a uma melhor QV. Cada domínio é analisado separadamente (ANEXO B).

5.9 Aspectos Éticos

O estudo foi autorizado pelo responsável do grupo do Programa de Caminhada Orientada e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, respeitando-se integralmente a Resolução 466/2012 (número do processo: 360.863) (ANEXO C).

5.10 Análise dos dados

Os dados foram organizados em planilhas no programa Excel para implementação do processo de validação por dupla entrada. Em seguida, os dados foram importados para o software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 17.0, para análise intragrupo nos momentos pré, pós-intervenção e após seis meses (*follow-up*).

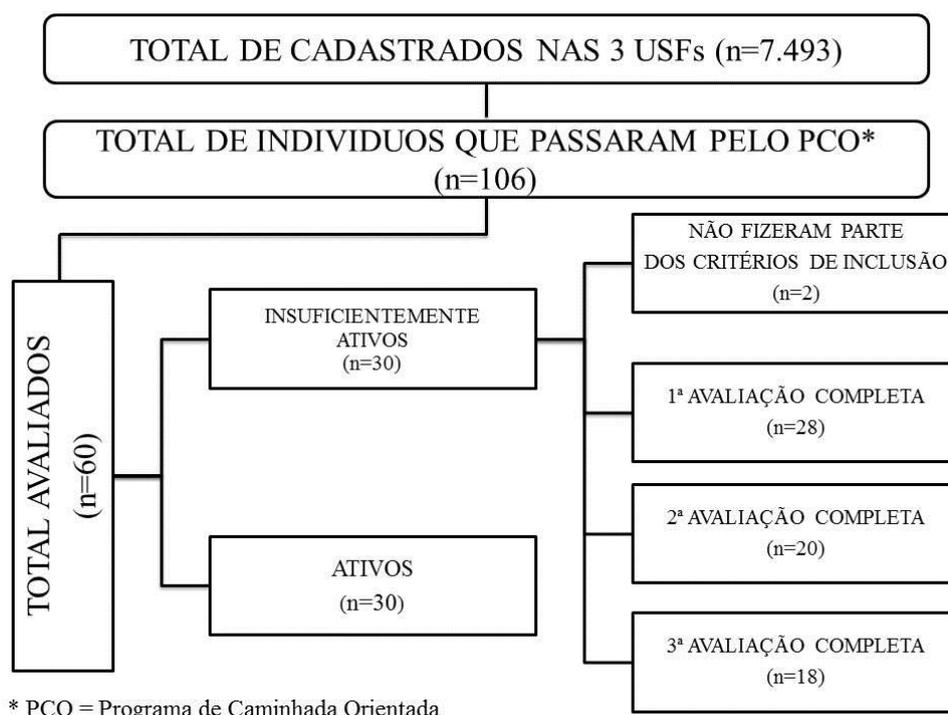
A análise teve como base a estatística descritiva com medidas de frequência, posição e de dispersão, sendo que, a normalidade dos dados foi analisada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Para a análise intragrupo, tornou-se necessário utilizar os testes ANOVA para medidas repetidas e Friedman para dados normais e não normais, respectivamente. Ademais, foi utilizada a análise por intenção de tratar (ITT). Considerou-se significativo o $p < 0,05$.

6 RESULTADOS

Dos 7.493 adultos e idosos cadastrados nas três USFs participantes, 106 indivíduos passaram pelo PCO. Dentre esses indivíduos, 60 realizaram a avaliação do nível de AF na primeira semana de intervenção, sendo que 30 foram classificados como insuficientemente ativos e foram convidados a participar da pesquisa e os outros 30 indivíduos foram classificados como ativos e não participaram da pesquisa, mas fizeram parte da intervenção. Destes 30 insuficientemente ativos, dois foram excluídos por não contemplarem os critérios de inclusão da pesquisa, mas permaneceram no PCO.

As 28 participantes da pesquisa realizaram a avaliação no momento pré-intervenção e dessas, oito se recusaram a passar pela avaliação no momento pós-intervenção ou desistiram. Já no período de *follow-up*, 18 aceitaram participar da última avaliação.

Figura 3. Fluxograma da distribuição dos participantes.



Fonte: Grupo de pesquisa Saúde Coletiva, Atividade Física e Envelhecimento (2015).

As 28 mulheres tinham idade entre 22 e 73 anos, com média de 51,6 anos (DP±14,8) e mediana de 52,5 anos. Houve o predomínio de mulheres casadas (67,9%), com escolaridade entre um a oito anos (53,6%), renda individual menor ou igual a um salário mínimo (53,6%) e renda familiar entre dois a quatro salários mínimos (78,6%).

A média de pessoas em cada domicílio foi de 3,2 (DP±1,3), variando de uma a nove pessoas, com mediana de 3 (Tabela 1).

Tabela 1 Distribuição das participantes do Programa de Caminhada Orientada na ARES “Cidade Aracy”, segundo características sociodemográficas e socioeconômicos.

Variável	Categorias	Média (±DP*)	Mediana	Varição Observada	N	%
Idade (anos)	--	51,6 (± 14,8)	52,5	22 – 73	28	100
Faixa Etária (anos)	18 a 49	--	--	--	10	37,7
	50 a 59	--	--	--	10	37,7
	≥ 60	--	--	--	8	28,6
Estado Civil	Solteira	--	--	--	2	7,1
	Casada	--	--	--	19	67,9
	Divorciada	--	--	--	3	10,7
	Viúva	--	--	--	4	14,3
Escolaridade (anos)	Analfabeta	--	--	--	3	10,7
	1 a 8	--	--	--	15	53,6
	≥ 9	--	--	--	10	35,7
Renda Individual (SM**)¹	≤ 1	--	--	--	15	53,6
	2 a 4	--	--	--	9	37,5
	≥ 5	--	--	--	0	0
Renda Familiar (SM**)¹	≤ 1	--	--	--	6	21,4
	2 a 4	--	--	--	22	78,6
	≥ 5	--	--	--	0	0
Pessoas no Domicílio	1 a 3	3,2 (± 1,3)	3	1 – 6	17	60,7
	≥ 4	--	--	--	11	39,3

* DP = Desvio Padrão

**SM = Salário Mínimo

¹ Perdas = 4

Fonte: Grupo de pesquisa Saúde Coletiva, Atividade Física e Envelhecimento (2015).

Em relação aos níveis de AF, conforme a análise subjetiva, as participantes apresentaram nos minutos de AF por semana (IPAQ), uma mediana de 30 minutos por semana no momento pré-intervenção, no momento pós-intervenção e no momento de *follow-up* a mediana dos minutos de AF dobraram, passando para 60 minutos por semana, porém sem diferença significativa nos três momentos ($p=0,099$). No que se refere à AF como meio de transporte houve um aumento significativo nas medianas, passando de 10 minutos por semana no momento pré-intervenção para 20 minutos no momento pós-intervenção e se manteve em 20 minutos no período de *follow-up* ($p=0,035$). Quanto à AF de recreação, esporte, exercícios e lazer houve um aumento significativo nas medianas de minutos por semana, transpondo de 0 minuto no momento pré-intervenção para 40 no momento pós-intervenção e 0 minuto no período de *follow-up* ($p=0,015$) (Tabela 2).

Tabela 2. Análise subjetiva dos níveis de atividade física das participantes do Programa de Caminhada Orientada na ARES “Cidade Aracy”.

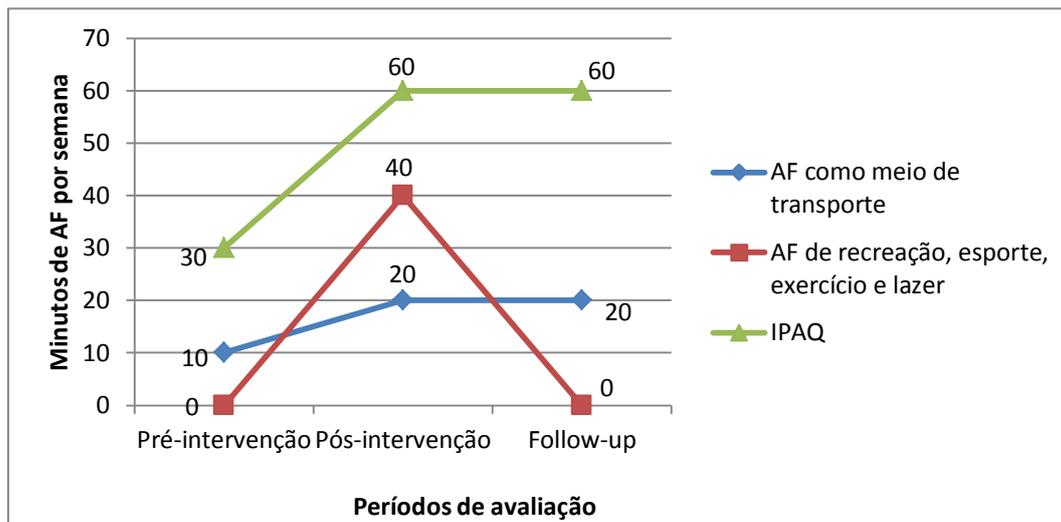
Variável	MOMENTO PRÉ	MOMENTO PÓS	FOLLOW-UP	P
	Mediana	Mediana	Mediana	
Atividade Física como meio de transporte	10	20	20	0,035*
Atividade Física de recreação, esporte, exercício e lazer	0	40	0	0,015*
IPAQ	30	60	60	0,099*

* = Teste de Friedman

Fonte: Grupo de pesquisa Saúde Coletiva, Atividade Física e Envelhecimento (2015).

No Gráfico 1 é possível demonstrar com mais clareza o aumento nos níveis de AF ao longo do tempo, permitindo comprovar que o PCO gerou uma mudança no comportamento dessas mulheres, deixando-as mais ativas, uma vez que, os minutos de AF dobraram após a participação no programa, mesmo não atingindo os 150 minutos por semana de AF moderada recomendado mundialmente para se ter benefícios básicos a saúde. Ademais, observa-se também que o PCO gerou para essas mulheres um aumento significativo no que se refere à AF de recreação, esporte, exercício e lazer, demonstrando a importância de se ofertar esse tipo de programa em contexto de vulnerabilidade social.

Gráfico 1. Análise subjetiva dos níveis de atividade física das participantes do Programa de Caminhada Orientada na ARES “Cidade Aracy”.



Fonte: Grupo de pesquisa Saúde Coletiva, Atividade Física e Envelhecimento (2015).

Com relação à análise objetiva dos minutos de AF utilizando o sensor de movimento acelerômetro das 28 participantes da pesquisa, 19 utilizaram o sensor no momento pré-intervenção. Dessas, 11 participantes aceitaram utilizar no período pós-intervenção. Já no momento de *follow-up*, 10 participantes aceitaram utilizar. Nessa análise, apesar de não obter diferença significativa dos CPM ($p=0,812$) a média de *counts* aumentou do momento pré-intervenção para o momento de pós-intervenção, passando de 730,3 para 806, respectivamente. No período de *follow-up* a média de *counts* foi de 668,1(Tabela 3).

Tabela 3. Análise objetiva dos níveis de atividade física das participantes do Programa de Caminhada Orientada na ARES “Cidade Aracy”.

Variável	MOMENTO PRÉ	MOMENTO PÓS	FOLLOW-UP	p**
	Média (±DP*)	Média (±DP*)	Média (±DP*)	
CPM ¹	730,3 (±184,1)	806,0 (±235,2)	668,1 (±204,6)	0,812

* = Desvio Padrão

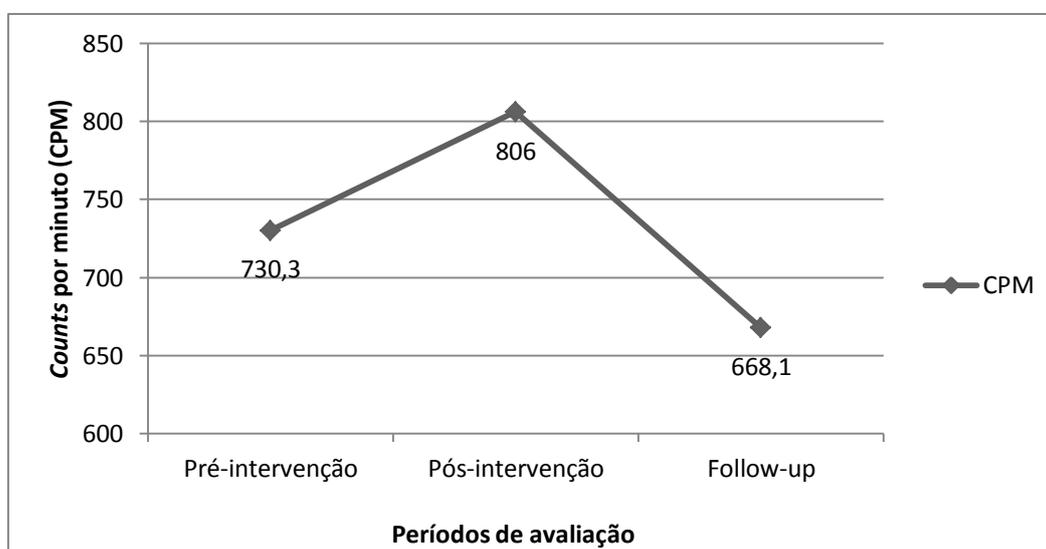
** = ANOVA para medidas repetidas

¹ = 9 perdas

Fonte: Grupo de pesquisa Saúde Coletiva, Atividade Física e Envelhecimento (2015).

O Gráfico 2 ilustra as médias dos CPM apresentadas pelas participantes do PCO, demonstrando que houve um aumento nas médias entre os momentos pré-intervenção e pós-intervenção. Demonstrando, dessa forma que o programa auxilia as pessoas a se tornarem mais ativas no dia a dia. Da mesma forma que a falta do PCO durante o período de *follow-up* fez com que essas mulheres tivessem a sua média abaixo do período inicial, reforçando a importância de se oferecer a oportunidade de prática de EF em comunidades vulneráveis.

Gráfico 2. Análise objetiva dos níveis de atividade física das participantes do Programa de Caminhada Orientada na ARES “Cidade Aracy”.



Fonte: Grupo de pesquisa Saúde Coletiva, Atividade Física e Envelhecimento (2015).

Quanto aos níveis de QV, apesar das participantes apresentarem um aumento nas medianas em alguns domínios de QV, não houve diferença estatisticamente significativa nos momentos pré, pós-intervenção e *follow-up* (Tabela 4).

Tabela 4. Análise dos níveis de qualidade de vida das participantes do Programa de Caminhada Orientada na ARES “Cidade Aracy”.

Variável	MOMENTO PRÉ		MOMENTO PÓS		FOLLOW-UP		p
	Média (±DP*)	Mediana	Média (±DP*)	Mediana	Média (±DP*)	Mediana	
FÍSICO		60,7		64,3		75	0,064**
PSICO		66,7		75		66,7	0,117**
SOCIAL		58,3		58,3		58,3	0,110**
MEIO AMB	60,3 (±16,4)	--	68,2 (±17,5)	--	64,5 (±16,4)	--	0,101***
QV	64,1 (± 16,0)	--	69,5 (± 14,8)	--	66,3 (±14,6)	--	0,125***

* = Desvio Padrão

** = Teste de Friedman

*** ANOVA para medidas repetidas

Fonte: Grupo de pesquisa Saúde Coletiva, Atividade Física e Envelhecimento (2015).

Em relação aos domínios de QV, o físico apresentou um aumento marginalmente significativo dos níveis ao longo do tempo ($p=0,064$), passando de uma mediana de 60,7 no momento pré-intervenção para 64,3 após a intervenção e 75 no período de *follow-up* (Tabela 4).

Quanto aos níveis referentes ao domínio psicológico, os resultados apontaram para a melhora, passando de uma mediana de 66,7 no momento pré-intervenção para 75 no momento pós-intervenção. Ainda ao que se refere a esse domínio, o período *follow-up* demonstrou níveis semelhantes no momento pré-intervenção, sem diferenças significativas ($p=0,117$) (Tabela 4).

O domínio meio ambiente apresentou melhoras nos níveis, entretanto, sem diferenças significativas ($p=0,101$). No período *follow-up* a média ficou em 64,5, indicando estar acima do momento pré-intervenção de 60,3, demonstrando que apesar de não ter melhoras estatisticamente significativas, o PCO conseguiu promover pequenas alterações nesse aspecto (Tabela 4).

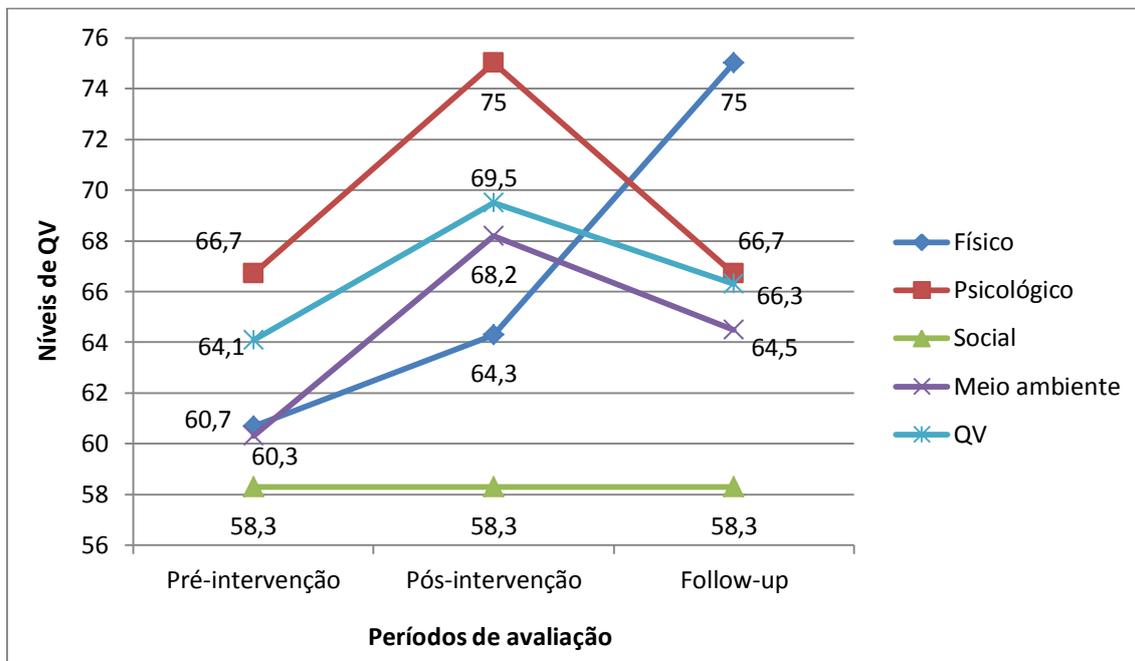
No domínio social, os resultados se mantiveram constantes no período estudado, apresentando a mediana de 58,3 ($p=0,110$) (Tabela 4).

O escore dos níveis de QV, também apresentou melhoras, permanecendo com a média acima no momento pré-intervenção, apesar de não demonstrar uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,125$). No momento pré-intervenção detectou-se 64,1, no momento pós-intervenção 69,5 e no período de *follow-up* 66,3 (Tabela 4).

O Gráfico 3 ilustra a evolução das médias nos níveis dos domínios de QV nos momentos estudados. Nota-se que, apesar de não haver diferenças estatísticas

significativas, as médias finais ficaram sempre acima das médias iniciais, menos para o domínio psicológico e o social.

Gráfico 3. Análise dos níveis de qualidade de vida das participantes do Programa de Caminhada Orientada na ARES “Cidade Aracy”.



Fonte: Grupo de pesquisa Saúde Coletiva, Atividade Física e Envelhecimento (2015).

7 DISCUSSÃO

A busca pela compreensão dessa relação entre AF e QV apresenta-se em crescimento. A revisão de Pucci et al. (2012) apontaram que a maior parte dos estudos foram publicados a partir de 2003 e indica o recente interesse nesta área. Além disso, verifica-se a carência de estudos realizados em países de baixa ou média renda, como os da América Latina.

Os estudos demonstram que o nível de desenvolvimento dos países parece ter relação com os padrões de AF de suas populações, bem como, a percepção da QV sendo influenciada por aspectos culturais, físicos e sociais, limitando dessa forma, a generalização e a comparação dos resultados encontrados para outros contextos (HOWARD, 2002; DUMITH et al., 2011). Ademais, esse é um aspecto relevante para a América Latina, uma vez que, as desigualdades sociais representam um importante aspecto associado às condições de saúde da população (CAMARÚ; WESTPHAL, 2004).

Com isso, esse estudo teve por objetivo avaliar os efeitos do PCO na QV de mulheres, adultas e idosas em contexto de vulnerabilidade social em que são inseridas na AB. Os resultados encontrados demonstram que houve um aumento significativo nos minutos de AF de lazer e de deslocamento e, em relação à QV não houve diferenças significativas, porém, as participantes apresentaram um aumento, tanto nos domínios quanto no escore do instrumento.

Com base nesses estudos, no Brasil sabe-se que as características sociodemográficas e econômicas são utilizadas, para a classificação do índice de vulnerabilidade social, principalmente o IPVS. Dessa forma, alguns padrões dessas características eram esperados devido ao local pertencer a uma área de alta vulnerabilidade.

Ademais, essas características também se associam com a AF. A pesquisa realizada por Hallal et al. (2012a) apontaram que o perfil brasileiro, frente a prevalência de inatividade física no país está dentre a faixa etária de 50 a 59 anos, no caso das mulheres apresentou-se como sendo elas casadas, com baixa escolaridade e baixa renda individual. Em 2013, Rocha et al. verificaram que as mulheres socialmente vulneráveis, casadas, com baixa renda e baixa escolaridade apresentaram uma frequência menor de AF no cotidiano. O Ministério da Saúde traz em sua pesquisa denominada “Vigitel” (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito

Telefônico), a avaliação dos níveis de AF e o perfil da população brasileira caracterizada por mulheres socialmente vulneráveis, e em sua maioria com faixa etária entre 50 a 59 anos, casadas, apresentando baixa escolaridade e baixa renda individual (BRASIL, 2014). Portanto, essas pesquisas demonstraram que as características sociodemográficas e econômicas são semelhantes as que foram observadas em neste estudo em que a população vive em um contexto de extrema vulnerabilidade.

A participação de mulheres no Programa em questão foi encontrada em outras pesquisas que relataram que a maior adesão e aderência por parte delas em relação aos homens em programas de AF foram por razões relacionadas à estética, manutenção do peso corporal e por terem maior interesse em cuidar da saúde. Porém, esses motivos não foram avaliados em nosso estudo (MATSUDO et al., 2002, CARVALHO; PETREÇA, 2012).

De acordo com NG; Popkin (2011) ao longo da vida os indivíduos estão se movimentando menos, implicando em maior risco de adquirir doenças e o aumento de peso. Esses dados, segundo Gomes et al. (2014b) e Brasil (2014), tendem a aumentar em contexto de vulnerabilidade social, principalmente entre as mulheres, o que condiz com os resultados observados no presente estudo.

Nesse estudo as participantes não alcançaram os 150 minutos de AF semanais que é o recomendado, dessa forma, pode se relacionar com os resultados encontrados por Zanchetta et al. (2010); Garber et al. (2011) e Powell; Paluch; Blair (2011), os quais verificaram que quanto maior a escolaridade, maior o nível de AF da população adulta do município de São Paulo, o que vai de encontro com os resultados apresentados no presente estudo, ou seja, mulheres com baixa escolaridade apresentaram menor nível de AF, não conseguindo o alcance dos 150 minutos semanais recomendados.

Segundo Duca et al. (2013), pessoas com maior renda tendem a serem mais ativas nas atividades de lazer e menos ativas nas atividades domésticas e na forma típica de deslocamento de um lugar para outro. O presente estudo demonstrou que as pessoas com baixa renda apresentam um aumento no nível de AF de recreação, esporte, exercício e lazer, bem como, na AF como meio de transporte em níveis significativos, quando inseridas em programas de promoção de AF.

O aumento nos níveis de AF de lazer que foi encontrado em nosso estudo se relaciona aos resultados obtidos por Tassitano et al. (2015), os quais desenvolveram uma pesquisa transversal em seis de nove capitais do Brasil e verificaram o aumento significativo da prática de AF em tempo livre, diante da inserção da população em

programas de promoção de AF já consolidados. Porém, em uma análise longitudinal quando se deixa de ofertar esse tipo de programa em comunidade vulneráveis socialmente ocorre um abandono das mesmas, portanto, esse estudo demonstra que a continuidade desses programas é de extrema importância para o aumento e manutenção dos níveis de AF, podendo propiciar ganhos na QV.

Acredita-se, portanto, que as pessoas em um contexto de vulnerabilidade social necessitam de estratégias de promoção da saúde que incluam o acesso à prática de AF, propiciando um aumento nas atividades de recreação, esporte, exercício e lazer e na AF como meio de transporte, sendo esse, o primeiro passo para propiciar uma mudança de estilo de vida, tornando-as mais ativas.

As projeções apontam para a tendência de aumento no percentual de indivíduos ativos para ambos os sexos (BRASIL, 2014). Em nosso estudo, mesmo após a aplicação do PCO, os níveis de AF não foram alcançados de forma satisfatória, demonstrando uma média reduzida de CPM e o não alcance da recomendação mundial de 150 minutos de AF por semana, apesar do aumento das médias dos minutos semanais de AF na análise subjetiva. Os resultados encontrados foram semelhantes ao que foi observado por Ferreira (2014), que identificou valores reduzidos de CPM em sua pesquisa quando utilizou o acelerômetro (padrão ouro) e, além disso, o autor verificou que os menores valores de CPM estavam associados à idade, em que piora a percepção de saúde e tem-se um número maior de doenças.

Segundo Dumith et al. (2011), a prática de AF da população está positivamente associada ao nível de desenvolvimento dos países. Nos estudos de Ding et al. (2013) e Fermino; Reis (2013) foram demonstrados que países de menor renda tendem a apresentar menos acesso a espaços públicos nos bairros, dificultando a promoção da AF e impactando negativamente na QV dessas pessoas. O fato do PCO ter sido realizado ao redor de uma das USFs, contando apenas com a infraestrutura do bairro pode não ter sido um fator suficiente para a melhoria dos aspectos de QV das participantes.

Diversas pesquisas corroboram para a AF propiciar um impacto positivo na QV, independente da idade, sexo, estado de saúde e tipo de AF que se oferece à população (POTTER et al., 2011; GUEDES et al., 2011). Todavia, nenhuma delas foi realizada em um contexto de vulnerabilidade social dificultando a comparação dos resultados desses autores como os de nossos estudos.

Em 2011, Guedes et al. demonstraram que os maiores índices de QV foram observados em mulheres ativas, bem como, os menores índices entre as mulheres

sedentárias. Em comunidades vulneráveis socialmente, a oferta de um programa de AF mostrou ter um impacto positivo na QV dessas mulheres mesmo elas não atingindo os 150 minutos de AF recomendado mundialmente, sendo consideradas insuficientemente ativas.

No presente estudo o domínio nas relações sociais apontou escores médios menores entre os domínios de QV como observado em outros estudos que apresentaram resultados similares (HALVORSRUD; KALFOSS; DISETH, 2008; VAGETTI et al., 2013).

Segundo Vagetti et al. (2013), o nível econômico apresenta relação com alguns domínios de QV (relações sociais, meio ambiente, físico e escore geral do WHOQOL), reforçando a importância de uma boa condição econômica para impactar positivamente nesses domínios. No entanto, isso não acontece em ambientes socialmente vulneráveis, como demonstra os achados desse estudo, uma vez que, a condição econômica dessa população é desfavorável. Diante disso, é fundamental que os programas de prevenção e promoção de saúde e outras ações públicas de promoção da QV busquem não somente a prática de AF como também o desenvolvimento dos aspectos sociais e econômicos nessas atividades, pois os resultados demonstram que ocorre o abandono dessas práticas quando se deixa de oferecer uma prática supervisionada, principalmente tratando-se de lazer.

O presente estudo testou um modelo de aplicação direto nos serviços de saúde, diferenciando em relação às pesquisas controladas nos ambientes universitários ou nos laboratórios, propiciando algumas limitações. Uma dessas trata-se do tamanho da amostra que não atingiu o ideal, apesar dos esforços realizados na divulgação, recrutamento e estratégias de aderência.

Vale ressaltar que o local da intervenção pode ter sido um fator limitante, pois aos arredores das unidades de saúde as calçadas e ruas eram inadequadas para a prática de EF, inviabilizando uma orientação de maior qualidade para a caminhada e o alongamento. Ademais, o número de perdas pode ser considerado elevado, influenciando nos resultados dos testes estatísticos.

Os motivos limitantes não podem ser impedientes da prática de AF, pois, de modo geral, as unidades de saúde brasileiras não possuem espaços específicos e totalmente adequados para essas atividades, precisando de adaptação nos espaços existentes na comunidade, de forma a promover uma assistência mais adequada às

peças que vivem em bairros menos favorecidos, onde a infraestrutura deixa a desejar (GOMES et al., 2014b).

No entanto, mesmo diante das limitações encontradas, o estudo se apresentou inovador e ousado em seu delineamento de estudo, tendo uma intervenção de seis meses e mais um período de seis meses de *follow-up*. Ademais buscou compreender uma nova temática no campo científico, sendo o contexto de alta vulnerabilidade social.

8 CONCLUSÃO

Essa investigação teve por objetivo avaliar os efeitos de um programa de Caminhada Orientada na QV de mulheres adultas e idosas em contexto de alta vulnerabilidade social.

Os resultados comprovam a eficiência do PCO em relação aos níveis de AF das mulheres, demonstrando que quando se oferece esse tipo de atividade os níveis tendem a aumentar, porém, não o suficiente para elas atingirem os 150 minutos de AF semanais de intensidade moderada recomendada mundialmente e, conseqüentemente, dispor dos benefícios básicos à saúde. Ademais, os resultados demonstraram que quando o PCO passa a ser conduzido pela equipe de AB e pelas próprias mulheres acarretam no retrocesso da AF de recreação, esporte, exercício e lazer, demonstrando a importância de se incorporar à equipe da AB profissionais capacitados no gerenciamento de programas de promoção de saúde.

Em relação à QV, o PCO não provocou diferenças significativas, porém, os resultados demonstram que a oferta de EF melhorou em quase todos os domínios de QV, e mesmo na condução do programa pela equipe, os níveis de QV em três domínios se mantiveram melhor do que elas apresentavam no início, tendo destaque para o domínio físico. O PCO, ao que se refere o domínio psicológico, houve melhora no nível durante sua execução, porém, na condução pela equipe, as mulheres apresentaram um retrocesso. Sabe-se que a QV é um conceito que envolve variáveis complexas e o contexto de vulnerabilidade social em que elas estão inseridas influenciam tais variáveis.

Conclui-se, que é necessário ampliar estudos que buscam realizar intervenções de AF na AB, principalmente em comunidades socialmente vulneráveis, de modo a contribuir com novas informações para a literatura nacional e internacional. Ademais, auxiliar o desenvolvimento de políticas públicas e de programas de intervenção mais eficazes. Além disso, este estudo reforça a necessidade da continuidade de aplicação de pesquisas longitudinais para se estabelecer a relação temporal entre os fatores estudados.

9 REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. C. T. et al. Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde no Diabetes Mellito. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, Fortaleza, v. 52, n. 6, p. 931-939, maio 2008.

AITTASALO, M. et al. A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care. **Preventive Medicine**, Finland, v. 42, n. 1, p. 40-46, jan. 2006.

AMIREAULT, S.; GODIN, G.; VÉZINA-IM, L. Determinants of physical activity maintenance: a systematic review and meta-analyses. **Health Psychology Review**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 55-91, mar. 2013.

ANDERSON, K. L.; BURCKHARDT, C. S. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 29, n. 2, p. 298-306, 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DIABETES (ABD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: Grupo Editorial Nacional, 2014.

AZEVEDO, M. R. et al. Gender differences in leisure-time physical activity. **International Journal of Public Health**, [S.l.], v. 52, n. 1, p. 8-15, fev. 2007.

AZEVEDO, A. L. S. et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, [S.l.], v. 29, n. 9, p. 1774-1782, 2013.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo: Hucitec; 1997.

AYRES, J. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. et al. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Fiocruz; 2006. p. 375-417.

BARCHFONTEINE, C. P. Vulnerabilidade e dignidade humana. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.30, n.3, p. 434-440, 2006.

BARROS, M. V. G. et al. Recomendações para Atividade física. In: FLORINDO, A.A; HALLAL, R.C. **Epidemiologia da Atividade Física**. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 45-60.

BAUMAN, A. et al. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?. **The Lancet**, [S.l.], v. 380, n. 9838, p. 258-271, jul. 2012.

BIELEMANN, R. M; KNUTH, A. G; HALLAL, P. C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 15, n. 1, p. 9-14, set. 2010.

BOWLING, A. Measuring Disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales (second edition). **Quality Of Life Research**, Philadelphia, v. 12, n. 8, p. 1147-1148, 2003.

BUONANI, C. et al. Prática de atividade física e composição corporal em mulheres na menopausa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S.l.], v. 35, n. 4, p. 153-

158, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032013000400004&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 nov 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília, 2006. 108 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, 2010. 152 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)**. Brasília, 2011, 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação em saúde. **Avaliação da efetividade de programas de atividade física no Brasil**. Brasília, 2013. 1-82 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2014. 61-77 p.

CAMARÚ, F. A; WESTPHAL, M. F. Housing, urban development and health in Latin America: contrasts, inequalities and challenges. **Reviews on Environmental Health**, [S.l], v. 19, n. 3-4, p. 329-345, jun. 2004.

CANÁRIO, A. C. G. **Impacto da atividade física na qualidade de vida de mulheres de meia idade: estudo de base populacional**. 2011. 79 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

CARVALHO, D. P.; PETREÇA, D. R. Adesão à prática de atividade física em indivíduos de 40 a 60 anos no município da Lapa – PR. **Saúde Meio Ambiente**, [S.l] v. 1, n. 2, p. 53-65, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/303>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

CASPERSEN, C. J; POWELL, K; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, [S.l], v. 100, n. 2, p. 126-31, mar. 1985.

CASTELLÓN, A.; PINO, S. Calidad de vida en la atención al mayor. **Revista Multidisciplinar de Gerontologia**, Espanha, v. 13, n. 3, p. 188-192, 2003.

CENTER FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION (CDC). Department of Health and Human Services. **The CDC guide to strategies for increasing physical activity in the community**. Atlanta, 2010a.

_____. Department of Health and Human Services. **Physical activity and health**. Atlanta, 2010b.

CEZAR, N. O. C. et al. Programas de promoção de atividade física envolvendo caminhada nas universidades públicas brasileiras. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 19, n. 4, p. 441-454, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/3531>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

COELHO, C. F; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 6, p. 937-946, 2009.

CODOGNO, J. S. et al. The burden of physical activity on type 2 diabetes public healthcare expenditures among adults: a retrospective study. **BMC Public Health**, Rio Claro, v. 11, n. 1, p. 11-275, maio 2011.

CODOGNO, J. S; FERNANDES, R. A; MONTEIRO, H. L. Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em unidade básica de saúde. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, Presidente Prudente, v. 56, n. 1, p. 6-11, fev. 2012.

CLELAND, C. L. et al. The effectiveness of physical activity interventions in socio-economically disadvantaged communities: a systematic review. **Preventive Medicine**, [S.l.], v. 54, n. 6, p. 371-380, jun. 2012.

CUNHA, G. T.; GASTÃO, W. S. C. Apoio Matricial e Atenção Primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DIAS, E. G; DUART, Y. A. O; LEBRÃO, M. L. Efeitos longitudinais das atividades avançadas de vida diária em idosos: implicações para a reabilitação gerontológica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 258-267, fev. 2010.

DILLEY, M.; BOUDREAU, T. E. **Coming to terms with vulnerability**: a critique of the food security definition. *Food Policy*, v. 26, n.3 p. 229-47, 2001.

DING, D. et al. Perceived neighborhood environment and physical activity in 11 countries: do associations differ by country?. **International Journal Behavioral Nutrition Physical Activity**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 1-11, maio. 2013.

DISHMAN, R. K. et al. Self-Management Strategies Mediate Self-Efficacy and Physical. **American Journal of Preventive Medicine**, [S.l.], v. 29, n. 1, p. 10-18, jul. 2005.

DUCA, G. F. D. et al. Prevalence and sociodemographic correlates of all domains of physical activity in Brazilian adults. **Preventive Medicine**, [S.l.], v. 56, n. 2, p. 99-102, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23200875>>. Acesso em: 1 nov. 2015.

DUMITH, S.C. et al. Worldwide prevalence of physical inactivity and its association with human development index in 76 countries. **Preventive Medicine**, [S.l.], v. 53, n. 1-2, p. 24-28, jul. 2011.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 22, p. 502-508, 1995.

FERMINO, R.; REIS, R. Variáveis individuais, ambientais e sociais associadas com o uso de espaços públicos abertos para a prática de atividade física: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, [S.l.], v. 18, n. 5, p. 523-535, set. 2013.

FERREIRA, C. V. **Atividade física e fatores associados em idosos do Estudo SABE: avaliação por acelerometria**. 2014. 279f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-21082014-234656/en.php>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

FERREIRA, J. S.; DIETRICH, S. H. C.; PEDRO, D. A. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 792-801, jul. 2015.

FURTADO, L. F. V. et al. Epidemiologia do envelhecimento: dinamização, problemas e consequências. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 55-69, mar. 2012.

FLECK, M.P.A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FLORINDO, A. A. et al. Percepção do ambiente e prática de atividade física em adultos residentes em região de baixo nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 45, n. 2, p. 302-310, 2011.

FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 1750 p.

GARBER, C. E. et al. Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, [S.l.], v. 43, n. 7, p. 1334-1359, 2011.

GOMES, G. A. O. **Participação em um programa de exercícios físicos em unidades de saúde da atenção básica e níveis de atividade física**. 2012. 126 f. Tese (Doutorado). Biodinâmica da Motricidade Humana. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Rio Claro, 2012.

GOMES, G. A. O. et al. Caminhada orientada na atenção básica de saúde do Brasil. In: JÚNIOR, J. M. N. **Atividade física e fatores relacionados: uma abordagem multiprofissional**. Curitiba: CRV, 2014a. p. 19-38.

_____. et al. Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2155-2168, 2014b.

GUEDES, D. P. et al. Quality of life and physical activity in a sample of Brazilian older adults. **Journal Aging Health**, Londrina, v. 10, n. 3, p. 106-112, out. 2011.

HALLAL, P. C. et al. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 41, n. 3, p. 453-460, 2007.

HALLAL, P. C. et al. Avaliação Quali-Quantitativa do Programa Academia da cidade, Recife (Pe): concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Recife, v. 14, n. 1, p. 9-14, abr. 2009.

HALLAL, P. C. et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**, [S.l.], v. 380, n. 9838, p. 247-257, jul. 2012a.

HALLAL, P.C. et al. Physical activity: more of the same is not enough. **The Lancet**, [S.l.], v. 380, n. 9838, p. 190-191, jul. 2012b.

HALVORSRUD, L.; KALFOSS, M.; DISETH, A. Reliability and validity of the Norwegian WHOQOL-OLD module. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 292-305, jun. 2008.

HEATH, G. W. et al. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. **The Lancet**, [S.l.], v. 380, n. 9838, p.272-281, jul. 2012.

HASKELL, W. I. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine & Science Sports Exercise**, v. 39, n. 8, p. 1423-34, ago. 2007.

HOEHNER, C. M et al. Physical Activity Interventions in Latin America. **American Journal of Preventive Medicine**, [S.l.], v. 44, n. 3, p. 31-40, mar. 2013. Disponível em:
<<http://api.elsevier.com/content/article/PII:S0749379712009087?httpAccept=text/xml>>. Acesso em: 08 fev. 2016.

HOWARD, M. D. F. Urban Sprawl and Public Health. **Public Health Reports**, Atlanta, v. 17, p. 201-217, maio. 2002.

IGLESIAS, R. B. **Qualidade de vida de alunos trabalhadores que cursam a graduação em enfermagem**. 2002. 97 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

IGLESIAS, R. B. **Qualidade de vida de alunos trabalhadores que cursam a graduação em enfermagem**. 2002. 97 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa por Amostra de Domicílio (PNAD)**. 2014a. Disponível em:
<<http://cod.ibge.gov.br/3DW>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. 2014b. Disponível em:
<<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

_____. **Estimativas de população**. 2015. Disponível em:
<http://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/nota_metodologica_2015.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

KALLINGS, L.V. et al. Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. **Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports**, [S.l.], v. 18, n. 2, p. 154-161, jun. 2007.

KNUTH, A. G. Description of the countrywide physical activity network coordinated by the Brazilian Ministry of Health: 2005-2008. **Journal of Physical Activity Health**. [S.l.], v. 7, p. 253-258, jul. 2010. Suplemento 2.

KNUTH, A. G. et al. Rede nacional de atividade física do Ministério da Saúde: resultados e estratégias avaliativas. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 15, n. 4, p. 229-233, set. 2010.

KNUTH, A. G.; HALLAL, P. C. Intervenções de atividade física no Brasil. In: FLORINDO, A. A.; HALLAL, P. C. **Epidemiologia da atividade física**. São Paulo: Atheneu. 2011. p. 2010.

KOHL, H. W. et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. **The Lancet**, [S.l.], v. 380, n. 9838, p. 294-305, jul. 2012.

LAWTON, B. A. et al. Exercise on prescription for women aged 40-74 recruited through primary care: two year randomised controlled trial. **The BMJ**, [S.l.], v. 337, n. 113, p. 2509-2509, dez. 2008.

LEE, I. M. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**, [S.l.], v. 380, n. 9838, p. 219-229, jul. 2012.

LOVATO, N. et al. Assiduidade a programas de atividade física oferecidas por Unidades Básicas de Saúde: o discurso de participantes muito e pouco assíduos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, [S.l.], v. 20, n. 2, p. 184-192, set. 2015.

LOW, G.; MOLZAHN, A. E. Predictors of quality of life in old age: a cross-validation study. **Research in Nursing & Health**, [S.l.], v. 30, n. 2, p.141-150, 2007.

MALTA, D. C.; SILVA, J. B. Policies to promote physical activity in Brazil. **The Lancet**, [S.l.], v. 380, n. 9838, p. 195-196, jul. 2012.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 276-300, 1993.

MATSUDO, S. M. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 41-50, 2002. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/469/495>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

MATSUDO, V. K. R. et al. Time Trends in Physical Activity in the State of São Paulo, Brazil. **Medicine & Science In Sports & Exercise**, São Paulo, v. 42, n. 12, p. 2231-2236, dez. 2010.

MAZO, G. **Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas**. 2003. 203 f. Tese (Doutorado em Ciências do Desporto), Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto, Porto, 2003.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 7-18, fev. 2000.

MOLZAHN, A. et al. The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. **Quality of Life Research**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 293-298, jan. 2010.

MCAULEY, E. et al. Physical activity and quality of life in older adults: influence of health status and self-efficacy. **Annals of Behavioral Medicine**, [S.l.], v. 31, n. 1, p.99-103, ago. 2006.

NAKAMURA, P. M. et al. Effect on physical fitness of a 10-year physical activity intervention in primary health care settings. **Journal of physical activity & health**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 102-108, jan. 2015.

NEGRI, C. et al. Supervised walking groups to increase physical activity in type 2 diabetic patients. **Diabetes Care**, [S.l.], v. 33, n. 11, p. 2333-2335, out. 2010.

NERI, A. L. **Palavras chaves em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2001. 136 p.

NEVES, M. C. P. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. In: BARCHIFONTAINE, C. P.; ZOBOLI, E. L. C. P. (org). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo: Editora Centro Universitário São Camilo, p. 29-45, 2007.

NG, S. W.; POPKIN, B. M. Time use and physical activity: a shift away from movement across the globe. **Obesity Reviews**, [S.l.], v. 13, n. 8, p. 659-680, jun. 2012.

OLIVEIRA, E. N. et al. Benefícios da atividade física para saúde mental. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 50, p. 126-130, 2011.

OWEN, N. et al. Too much sitting: the population-health science of sedentary behavior. **Exercise and Sport Science Reviews**, [S.l.], v. 38, n. 3, p. 105-113, jul. 2010.

PARIS, S. M. J. **Aspectos psicossociais e a vulnerabilidade feminina**. Folha Médica: UNIFESP, v.18, n.1, p. 41-5, 1999.

PARRA, D. C. et al. Perceived environmental correlates of physical activity for leisure and transportation in Curitiba, Brazil. **Preventive Medicine**, Curitiba, v. 52, n. 3, p. 234-8, dez. 2010.

PAZ, A. A; SANTOS, B. R. L; EIDT, O. R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 19, n. 3, p. 338-342, jun. 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

POTTER, R. et al. A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. **International Journal Geriatric Psychiatry**, [S.l.], v. 26, n. 10, p. 1000-1011, jan. 2011.

POWELL, K. E.; PALUCH, A. E.; BLAIR, S. N. Physical activity for health: what kind? How much? How intense? On top of what? **Review Public Health**, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 349-365, abr. 2011.

PUCCI, G. C. M. F. et al. Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 46, n. 1, p. 166-179, fev. 2012.

PRUDENCIATTO, K. C. et al. Exercícios resistidos como estratégia para aumento da reserva funcional em idosos sedentários: revisão de literatura. **Archives of Health Investigation**, São Paulo, v. 4, n. 2, p.66-73, fev. 2015.

RAHAL, M. A.; ANDRUSAITIS, F. R.; SGUIZZATTO, G. T. Atividade física para o idoso e objetivos. In: PAPALÉO NETO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2º ed.. São Paulo: Atheneu, 2007. 781-794 p.

REIS, R. S. et al. Assessing participation in community-based physical activity programs in Brazil. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, [S.l.],v. 46, n. 1, p. 92-98, jan. 2014.

ROCHA, S. V. et al. Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [S.l.], v. 19, n. 3, p. 191-195, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922013000300009&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 nov. 2015.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Campinas, v. 8, n. 7, p.2129-2139, set. 2012

ROS, V. R. et al. Bases conceptuales para el diseño de un instrumento de medida de la calidad de vida en los afectados por problemas de salud: el índice de calidad de vida de l'Escola Universitària d'Infermeria de la Universitat de València (IQV-EUIV-1). **Medicina Clínica**, Barcelona, v. 98, n. 17, p. 663-670, 1992.

SALLIS, J. F. et al. an ecological approach to creating active living communities. **Reviews Public Health**, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 297-322, abr. 2006.

SALLES-COSTA, R. et al. Gênero e prática de atividade física de lazer. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 325-333, out. 2003.

SALVADOR, E. P. et al. Descrição metodológica da seleção de participantes em uma intervenção para a promoção da atividade física pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 4, p. 279-285, ago. 2012.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 12, n. 2, p.319-324, abr. 2007.

SANTOS, A. L. P; SIMÕES, A. C. Educação física e qualidade de vida: reflexões e perspectivas. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 181-192, 2012.

SÃO CARLOS. Prefeitura de São Carlos. Secretaria Municipal de Saúde. **Administrações Regionais De Saúde - ARES**. 2015. Disponível em:

<<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/administracoes-regionais-saude/153938-administracoes-regionais-de-saude-ares.html>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

SÃO PAULO. Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. Governo do Estado de São Paulo. **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social**. São Paulo: Fundação Seade, 20 p, 2010.

SCHENKEVELD, L. et al. Health-related quality of life and long-term mortality in patients treated with percutaneous coronary intervention. **American Heart Journal**, [S.l.], v. 159, n. 3, p. 471-476, mar. 2010.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, maio 2010.

SILVA, R. S. et al. Atividade física e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 1, n. 15, p. 115-120, jul. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 95, p. 51, 2010. Suplemento 1.

SOUZA, S. C; LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Paraná, v. 16, n. 1, p. 5-10, ago. 2011.

SOUZA, M. M. et al. Prevalência e fatores associados à inatividade física geral e no lazer em idosos residentes em áreas rurais. **Arquivos de Ciências do Esporte**, Bahia, v. 2, n. 1, p.1-8, maio 2015.

TASSITANO, R. et al. Tendência temporal de indicadores da prática de atividade física e comportamento sedentário nas capitais da Região Nordeste do Brasil: 2006-2013. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, [S.l.], v. 20, n. 2, p.152-164, set. 2015.

TEIXEIRA, T. G. et al. Qualidade de vida e síndrome metabólica em mulheres brasileiras: análise da correlação com a aptidão aeróbia e a força muscular. **Motricidade**, v. 11, n. 2, p. 48-61, ago. 2015.

VAGETTI, G. C. et al. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 955-969, maio 2013.

WISNER, B. Marginality and vulnerability. **Applied Geography**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.25-33, jan. 1998.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research. **Journal of Clinical Epidemiology**, [S.l.], v. 52, n. 4, p. 355-363, abr. 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global recommendations on physical activity for health**. 2010.

WHOQOL GROUP. The World health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

YORGANCIOGLU, A. et al. Relation between quality of life and morbidity and mortality in COPD patients: two-year follow-up study. **Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**, [S.l.], v. 7, n. 4, p. 248-253, jul. 2010.

ZANCHETTA, L. M. et al. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 387-399, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000300003>. Acesso em: 4 nov. 2015.

10 APÊNDICES

10.1 APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Avaliação da qualidade de vida de adultos e idosos vinculados ao programa de Caminhada Orientada”.
2. Este trabalho poderá contribuir na ampliação de conhecimentos quanto ao nível de qualidade de vida de adultos e idosos vinculados ao Programa de Caminhada Orientada.
3. A coleta de dados será composta por dois questionários. Um deles de caracterização das participantes com informações pessoais. O outro questionário aborda a qualidade de vida.
 - a. Você foi selecionado por ter 18 anos ou mais, participar do programa de Caminhada Orientada na Universidade Federal de São Carlos. Sua participação não é obrigatória.
 - b. O objetivo do estudo é avaliar a qualidade de vida de adultos e idosos participantes do programa de Caminhada Orientada.
 - c. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas questões dos dois questionários mencionados. Para responder a esses questionários a senhora levará aproximadamente 20 (vinte) minutos de seu tempo.
4. O preenchimento destes dois questionários não oferece risco imediato a você, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas remetem à auto-avaliação de sua qualidade de vida. O possível risco subjetivo se refere ao que a lembrança sobre sua vida poderia causar. E sempre que necessário será realizado encaminhamento ao psicólogo Universidade Federal de São Carlos, para oferecimento de apoio psicológico.
5. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
6. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou onde é atendido.
7. Sua participação contribuirá com o conhecimento sobre a qualidade de vida de adultos e idosos vinculados ao programa de Caminhada Orientada. Você terá como benefício a oportunidade de ser avaliada em relação a qualidade de vida.
8. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Asseguramos que você não será identificado. As informações que você nos der serão guardadas no Laboratório da UFSCar.
9. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

10. No momento em que a pesquisa estiver pronta, os resultados serão apresentados em eventos e publicados em revistas científicas.

Grace de Oliveira Gomes
Rodovia Washington Luiz, Km 235, Caixa Postal 676
CEP: 13565-905 - São Carlos – SP Fone (16) 3351-9434

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Fui informado que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235, Caixa Postal 676 – CEP: 13565-905 – São Carlos – SP- Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data:

Assinatura do participante

10.2 APÊNDICE B: Questionário sociodemográficos e socioeconômico.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO – CAMINHADA ORIENTADA	
DATA DA ENTREVISTA: Dia __ __ Mês __ __ 201__	Nome do entrevistador
Instrução: As anotações a seguir são exclusivas do entrevistador. Marque possível participante, se a pessoa for considerada insuficientemente ativa/ ativa (-150/+150 min, respectivamente) e gostaria de participar. Caso não queria participar, marque a opção 2.	
Avaliação: (1) pré (2) pós (3) <i>Follow-up</i>	Grupo: (1) Controle (2) Intervenção
Nº do Acelerômetro: _____	(1) Ativo (+150 Min) (2) Não-Ativo (-150 Min)

SEÇÃO A – Informações pessoais

	AVALIAÇÃO Nº _____
Nome do Entrevistado COMPLETO	A1.Sexo: (1) Masc (2) Fem
A2. Unidade de Saúde cadastrado(a)? (1) USF Aracy I (2) USF Aracy II (3) USF Collor (4) USF Antenor (5) USF Petrilli (6) UBS Aracy (7) Santa Angelina (8) Nenhuma (9)Outros: _____	
A3. Data da Nasc.: Dia __ __ Mês __ __ Ano __ __ __ __ (Registro)	
A4. Estado Civil: (1) Casado(a)/Un. estável (2) Solteiro(a) (3) Divorciado(a) (4) Viúvo(a)	
A5. Endereço: _____ nº _____ Ponto de Referência: _____ Bairro: _____	
A6. Telefone: _____ (Residencial) _____ (Celular)	
A7. Número de anos de estudo: _____ anos	
A8. (1) Nunca foi à escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos) (2) Curso de alfabetização de adultos (3) Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série) (4) Ginásio (atual nível fundamental, 5ª a 8ª série) (5) Ensino Médio (6) Científico, clássico (atuais curso colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico) (7) Curso superior (8) Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor (9) NR	
A9. Renda Individual: _____ SM	A10. Renda Familiar: _____ SM

(Em Salários Mínimos- SM)

(Em Salários Mínimos- SM)

A11. Nº de pessoas no domicílio: _____ pessoas**Instrução:** no caso do GC não perguntar.**A12.** Qual horário você sugere para a realização da caminhada? (50 min aproximadamente)

Manhã: ____: ____ / ____: ____ Tarde: ____: ____ / ____: ____

11 ANEXOS

11.1 ANEXO A: Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ).

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ)
SEÇÃO 1 – Atividade Física no Trabalho
<p>B3)1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de casa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Pular para a Seção 2: Transporte</p>
<p>Instrução: As próximas questões serão em relação à AF que você fez na ULTIMA SEMANA em seu trabalho, NÃO considere o transporte e trabalho doméstico, pense nas atividades que você fez por 10 MINUTOS CONTÍNUOS, que incluem trabalho remunerado ou não, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho fora de sua casa.</p> <p>Lembre-se: AF VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal. AF MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.</p>
<p>B4)1b. Em quantos dias de uma semana normal você anda, durante pelo menos 10 minutos contínuos como parte do seu trabalho? _____ dias POR SEMANA <input type="checkbox"/> Nenhum – Pular para a questão 1d</p>
<p>B5)1c. Quanto tempo no total você usualmente gasta POR DIA caminhando como parte do seu trabalho? ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ = _____ Min.</p>
<p>B6)1d. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades MODERADAS, por pelo menos 10 minutos contínuos, como carregar pesos leves como parte do seu trabalho? _____ dias por SEMANA <input type="checkbox"/> Nenhum – Pular para a questão 1f.</p>
<p>B7)1e. Quanto tempo no total você gasta POR DIA fazendo atividades MODERADAS como parte do seu trabalho? ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ = _____ Min.</p>
<p>B8)1f. Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades VIGOROSAS, por pelo menos 10 minutos contínuos, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escada como parte do seu trabalho? _____ dias por Semana <input type="checkbox"/> Nenhum – Pular para a SEÇÃO 2: Transporte</p>
<p>B9)1g. Quanto tempo no total você usualmente gasta POR DIA fazendo AF vigorosas como parte de seu trabalho? ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ = _____ Min.</p>
SEÇÃO 2 - Atividade Física como meio de transporte

Instrução: estas questões se referem à forma típica como você **SE DESLOCA** de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas, outros.

B10)2a. O quanto você andou na ultima semana de carro, ônibus?

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum – **Pular para a questão 2c**

B11)2b. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** andando de carro, ônibus, metro ou trem? |___|+|___|+|___|+|___|+|___|+|___|+|___| = _____ Min.

Instrução: agora pense **SOMENTE** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro na **ULTIMA SEMANA**.

B12)2c. Em quantos dias da **ULTIMA SEMANA** você andou de bicicleta por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para o outro? (**NÃO INCLUA** andar por lazer ou por exercício) _____ dias por SEMANA () Nenhum- **Pular para a questão 2e**

B13)2d. Nos dias que você pedala quanto tempo no total você pedala por **DIA** para ir de um lugar a outro? |___|+|___|+|___|+|___|+|___|+|___|+|___| = _____ Min.

B14)2e. Em quantos dias da ultima semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (não inclua caminhar por lazer ou por exercício) _____ dias por semana () Nenhum – **Pular para a seção 3**

B15)2f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? (não inclua andar por lazer ou por exercício).

|___|+|___|+|___|+|___|+|___|+|___|+|___| = _____ Min.

SEÇÃO 3 – Atividade Física em casa (trabalho, tarefas domésticas e cuidar da família).

Instruções: Considere **SOMENTE** as atividades físicas que você fez por pelo **menos 10 minutos contínuos**, na sua casa ou ao redor dela na **ULTIMA SEMANA** (Dizer os dias).

B16)3a. Quantos dias você fez atividade **MODERADA**, como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar o jardim ou quintal? _____ dias

() Nenhum – **Pular para a questão 3c**

B17)3b. No dia em que você realizou essa atividade quanto tempo no total gastou?

|____|+|____|+|____|+|____|+|____|+|____|+|____| = _____ Min.

B18)3c. Quantos dias você fez atividade MODERADA como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão de dentro de casa? _____ dias

() Nenhum – **Pular para a questão 3e**

B19)3d. No dia em que você realizou essa atividade quanto tempo no total gastou?

|____|+|____|+|____|+|____|+|____|+|____|+|____| = _____ Min.

B20)3e. Quantos dias você fez atividades VIGOROSAS no jardim ou quintal, como carpir, lavar, esfregar o chão? _____ dias () Nenhum – **Pular para a Seção 4**

B21)3f. No dia em que você realizou essa atividade quanto tempo no total gastou?

|____|+|____|+|____|+|____|+|____|+|____|+|____| = _____ Min.

SEÇÃO 4 – Atividades Físicas de recreação, esporte, exercício e de lazer.

Instrução: Esta seção se refere às atividades físicas que fez na **ULTIMA SEMANA**. Pense **SOMENTE** nas atividades que fez por pelo menos 10 minutos contínuos. **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

B22) 4a. Quantos dias da **última semana** você caminhou no seu tempo livre? _____ dias () Nenhum – **Pular para a questão 4c**

B23) 4b. Nos dias em que você caminha no seu tempo livre, quanto tempo no total você gasta? |____|+|____|+|____|+|____|+|____|+|____|+|____| = _____ Min.

B24) 4c. Em quantos dias você fez atividades **MODERADAS** no seu tempo livre, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis? _____ dias () Nenhum – **Pular para a questão 4e**

B25) 4d. Nos dias em que faz atividades **MODERADAS** no seu tempo livre, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**? |____|+|____|+|____|+|____|+|____|+|____|+|____| = _____ Min.

B26) 4e. Em quantos dias você fez atividades **VIGOROSAS** no seu tempo livre, como correr, fazer aeróbicos, nadar ou pedalar a rápido ou fazer Jogging? _____ Dias () Nenhum – **Pular para a Seção 5**

B27) 4f. Nos dias que você faz estas atividades **VIGOROSAS**, no seu tempo livre, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

|____|+|____|+|____|+|____|+|____|+|____|+|____| = _____ Min.

SEÇÃO 5 – Tempo gasto sentado

Instruções: Estas últimas questões refere ao tempo que você permanece **SENTADO** durante o dia, seja no trabalho, na escola, em casa e durante o seu tempo livre. **NÃO** considere o tempo gasto sentado em transportes. **Considere o cochilo** como tempo sentado.

B28) 5a. Quando tempo no total você tem gasto sentado durante 1 dia da semana?

|__|+|__|+|__|+|__|+|__|+|__|+|__| = _____ Min.

B29) 5b. Quando tempo no total você tem gasto sentado durante 1 final de semana?

|__|+|__|+|__|+|__|+|__|+|__|+|__| = _____ Min.

Instrução: Considere para a somatória **SOMENTE** a pontuação da Seção 2 (Transporte) e da Seção 4 (Lazer)

Total:

11.2 ANEXO B: Qualidade de vida (WHOQOL - Bref)

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL - Bref)					
Instruções: este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas que lhe parece mais apropriada. Estamos tomando como referencia as duas ultimas semanas.					
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
J1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
J2. Quão satisfeito(a) está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas ultimas semanas					
J3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?	1	2	3	4	5
J4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
J5. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
J6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
J7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
J8. Quão seguro(a) se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
J9. Quão saudável é o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5
As questões seguintes são sobre o quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer algumas coisas nas ultimas semanas					
J10. Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?	1	2	3	4	5
J11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
J12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
J13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa	1	2	3	4	5

no seu dia a dia?					
J14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
As questões seguintes são sobre o quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos na sua vida nas últimas semanas.					
J15. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
J16. Quão satisfeito(a) está com o seu sono?	1	2	3	4	5
J17. Quão satisfeito(a) está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
J18. Quão satisfeito(a) está com a sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
J19. Quão satisfeito(a) está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
J20. Quão satisfeito(a) está com as suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
J21. Quão satisfeito(a) está com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
J22. Quão satisfeito(a) está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
J23. Quão satisfeito(a) está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
J24. Quão satisfeito(a) está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
J25. Quão satisfeito(a) está com seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o **com que frequência** você se sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas semanas.

J26. Com que frequência tem sentido sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5
TOTAL:					

11.3 ANEXO C: Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFSCar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Promoção de Atividade Física para adultos e idosos: Avaliação de um Programa de Caminhada Orientada na Universidade.

Pesquisador: Grace Angélica de Oliveira Gomes

Versão: 4

CAAE: 16759313.1.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 384.852 **Data da Relatoria:** 10/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo longitudinal, de caráter quantitativo, não randomizado e controlado, a ser realizado nos anos de 2013 a 2016. Serão aplicados seis meses de intervenção e um acompanhamento posterior de mais seis meses (*follow-up*).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a implementação de um programa de caminhada orientada para adultos e idosos na Universidade Federal de São Carlos.

Objetivo Secundário:

Identificar as características dos usuários quanto aos aspectos sociodemográficos e biopsicossociais; Analisar barreiras pra participação, adesão, aderência e motivos de desistência de participantes ao programa e seus fatores associados; Verificar o efeito da participação no programa nos níveis de atividade física nos domínios de lazer e deslocamento. Verificar os efeitos biopsicossociais do programa estudado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos envolvidos neste estudo são mínimos, com possível formação de hematoma (mancha escura) no local da coleta do sangue periférico. O preenchimento dos questionários apresenta a possibilidade de um risco subjetivo como cansaço, constrangimento e impaciência, pois algumas perguntas remetem à auto avaliação de sua condição psicológica e emocional. Em caso de algum desconforto durante a aplicação dos instrumentos ou na coleta, o sujeito poderá interromper a avaliação imediatamente ou requerer outro dia para continuá-la. Caso se perceba qualquer risco ou danos a sua saúde não prevista neste termo, as atividades desta pesquisa serão imediatamente suspensas e os sujeitos poderão ser encaminhados para a assistência médica e/ou psicológica do DeAMO-UFSCar

Benefícios:

Esse projeto tem uma contribuição relevante para o meio científico tendo em vista que a avaliação de efetividade de programas é escassa no Brasil e tem sido apontada na literatura científica como uma das possibilidades de estratégias de promoção de saúde tão amplamente preconizadas nas políticas públicas de saúde (HOEHNER et al., 2013; MALTA et al., 2010). Além disso, este estudo irá fortalecer e ampliar as ações do grupo de pesquisa que vem sendo criado na área de Atividade Física e Saúde Pública para adultos e idosos no Departamento de Gerontologia bem como colaborar na formação na área científica de alunos de graduação em Educação Física em Gerontologia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Pesquisa relevante para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Projeto aprovado.

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SÃO CARLOS, 05 de Setembro de 2013

Assinado por: Maria Isabel Ruiz Beretta.