
Educação Física

Andrea Elisa Donovan Giraldo

**EFEITO DA ATIVIDADE FÍSICA NO USO DE SERVIÇOS DE
SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE RIO
CLARO, SP.**



Rio Claro
2011

Andrea Elisa Donovan Giraldo

**Efeito da atividade física no uso de serviços de saúde na atenção
primária no município de Rio Claro, SP**

Orientador: Eduardo Kokubun

Coorientador(a): Grace Angélica de Oliveira Gomes

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto de Biociências da
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho” - Campus de Rio
Claro, como requisito para obtenção do
grau de bacharel em Educação Física

Rio Claro

2011

796 Giraldo, Andrea Elisa Donovan
G516e Efeito da atividade física no uso de serviços de saúde na
atenção primária do município de Rio Claro, SP / Andrea
Elisa Donovan Giraldo. - Rio Claro : [s.n.], 2011
54 f. : il., tabs.

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Educação
Física) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de
Biociências de Rio Claro
Orientador: Eduardo Kokubun
Co-Orientador: Grace Angélica de Oliveira Gomes

1. Educação física. 2. Atenção Básica de Saúde. I. Título.

Ficha Catalográfica elaborada pela STATI - Biblioteca da UNESP
Campus de Rio Claro/SP

*Dedico esse trabalho às pessoas importantes da minha
vida, em especial meus pais, minha irmã e a Danaise,
amo vocês!*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por estar presente em minha vida e pela sua companhia constante, sem a qual certamente eu não alcançaria meus objetivos.

Agradeço também aos meus pais Paulo Giraldo e Deirdre Giraldo, minha irmã Helena Giraldo, sem os quais esta conquista seria vazia. Sou imensamente grata pelo apoio incondicional, pelas orações, pela alegria, pelo incentivo, carinho e pelo amor. Agradeço por confiarem em mim e acreditarem tanto no meu futuro, love you all.

Às minha amigas de república que tornaram a minha segunda família, que aguentaram o meu estresse, Cintia, Eliza, Rebeca e Maria Cristinha, em especial minha amiga Thayná Iasi que me deu apoio e me ajudou nas horas de maior aperto. Também às minhas amigas de Campinas, Carol, Pri, Rebeca, Mica, Rá, Mila e Jú, que mesmo distante se mostraram fieis a nossa amizade.

Ao meu orientador Prof. Dr. Eduardo Kokubun, pela oportunidade de trabalharmos em conjunto e pelo referencial profissional e pessoal.

Um muito obrigado a minha co-orientadora Profa. Ms. Grace Angélica de Oliveira Gomes pelo aprendizado e dedicação durante esses meses que trabalhamos juntos, e também pela sua paciência, compreensão e profissionalismo. Sem este apoio, este projeto não teria acontecido.

Aos meus colegas e professores dos postos que me ajudaram na hora da coleta e tiveram a paciência de responder aos meus e-mails.

Aos alunos do programa Saúde Ativa Rio Claro, pela colaboração e por terem participado da pesquisa, por terem paciência de responder o questionário e pela recepção amorosa a qual fui recebida.

À tia Sú, presente em todas as horas boas ou ruins. Obrigada pela força constante, amor e inspiração a mim e à minha família.

Dedico este trabalho à pessoa que ficou passo a passo do meu lado, me proporcionando carinho, amor, afeto e felicidade. Que acreditou no meu potencial e me incentivou para seguir os meus sonhos. Infelizmente não está mais aqui, mas estará eternamente no meu coração e nos meus pensamentos, que eu terei eternamente comigo para ter força e garra em futuras conquistas. Sem você nada seria possível! Dedico a você Danaise, Te amo!

Resumo

Introdução: A inatividade física é identificada como o quarto maior fator de risco de mortalidade mundial. Pouco se sabe sobre o quanto a inatividade física modifica a demanda por uso de serviços de saúde na atenção primária, o que torna necessário uma investigação mais aprofundada sobre a temática. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo verificar a influência que a atividade física apresenta na demanda ao uso dos serviços de saúde na atenção primária. **Métodos:** Esse trabalho é de caráter retrospectivo e transversal. O programa Saúde Ativa Rio Claro (SARC), estudado nessa pesquisa, tem parceria entre a Fundação Municipal de Saúde e a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), representada pelo Núcleo de Atividade Física, Esporte e Saúde (NAFES) do departamento de Educação Física e coordenado pelo Prof. Dr. Eduardo Kokubun. Participaram do estudo indivíduos de ambos os sexos atendidos no SARC, moradores do município de Rio Claro. Para avaliar a influência que a atividade física teve sobre a demanda ao uso dos serviços de saúde foi aplicado um questionário junto aos participantes do programa que foram atendidos desde 2009. Este questionário contém questões referentes ao nível de atividade física, uso do serviço de saúde, número de medidas da pressão arterial e glicose, número de consultas espontâneas e agendadas, números de medicamentos em uso, número de doenças e internações, comparando os dados encontrados no ano anterior e no ano posterior ao início do programa. Foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes da pesquisa. Foi realizada análise descritiva dos dados, utilizando-se frequência, média, desvio-padrão, máximo e mínimo. **Resultados:** A participação no programa Saúde Ativa Rio Claro influenciou positivamente nas seguintes variáveis: Percepção de saúde, des controle da pressão arterial; não modificou o número de doenças, número de medicamentos de forma geral, medida de pressão arterial, medida de glicose, controle de glicose e número de internações. O número de visitas às unidades de saúde aumentou após o início das aulas. **Conclusões:** O presente estudo comprovou que o programa SARC teve interferências positivas no uso dos serviços de saúde na atenção primária. Portanto, programas de intervenção devem ser mais estimulados através de políticas públicas no intuito de diminuir os gastos com uso de serviços de saúde.

Palavras-chave: Atividade Física, Atenção Básica de Saúde, Uso do serviço de saúde

Abstract

Introduction: Physical inactivity is identified as the fourth greatest risk factor of mortality worldwide. Little is known about how physical inactivity alters the demand for use of primary health care services, and it is a subject which demands further investigation. **Objective:** This study aims to determine the influence that physical activity has on the demand for use of primary health care services. **Methods:** This is a retrospective and cross-sectional study. The Rio Claro Active Health Program (SARC), studied in this research, is a partnership between the Municipal Health Foundation and Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho (UNESP), represented by the Nucleus of Physical Activity, Sport and Health (NAFES) department of Physical Education and coordinated by Prof. Dr. Eduardo Kokubun. The study was carried out on residents of Rio Claro of both sexes seen at SARC. To assess the influence that physical activity had on the demand of the use of health services a questionnaire was given to participants who had attended the program since 2009. This questionnaire contains questions concerning the level of physical activity, health service use, number of both blood pressure and glucose measurement takings, number of spontaneous and scheduled medical visits, number of medications taken, number of illnesses and hospitalizations, comparing the data found in the previous year and the year after the program began. An informed term of consent was used for research participants. Descriptive analysis was carried out, using frequency, mean, maximum and minimum standard deviation. **Results:** Active participation in The Rio Claro Active Health program has positively influenced the following variables: perception of health, uncontrolled blood pressure, did not modify the number of diseases, number of medications in general, blood pressure measurements taken, glucose measurements taken, uncontrolled glucose and number of hospitalizations. The number of visits to health facilities increased after the start of classes. **Conclusions:** This study proved that the SARC program had a positive interference on the use of primary health care services. Therefore, intervention programs should be further encouraged through public policy in order to reduce spending on use of health services.

Keywords: Physical Activity, Primary Health Care, Use of health services.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVO	10
2.1 <i>Objetivos Gerais</i>	10
2.2 <i>Objetivos Específicos</i>	10
3. HIPÓTESE	11
4. JUSTIFICATIVA.....	12
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	13
5.1 <i>Benefícios da atividade física</i>	13
5.2-1 <i>Promoção da saúde</i>	14
5.2-2 <i>O uso dos serviços de saúde</i>	17
5.3 <i>Programa de atividade física nas unidades básicas</i>	17
5.4 <i>Atenção primária à saúde</i>	19
a) <i>Unidades básicas de saúde e unidade de saúde da Família</i>	19
b) <i>NASF</i>	19
5.5 <i>Atividade física e uso de serviço de saúde</i>	20
6. CASUÍSTICA E MÉTODOS	22
6.1 <i>Delineamentos do estudo</i>	22
6.2 <i>Local</i>	22
6.3 <i>População e amostra</i>	22
6.4 <i>Critérios de Inclusão</i>	23
6.5 <i>Instrumentos para coletas de dados</i>	23
6.6 <i>Desenvolvimentos da pesquisa</i>	23
6.7 <i>Aspectos éticos</i>	24
6.8 <i>Análise Estatística</i>	24
7. RESULTADO	25
8. DISCUSSÃO	36
9. CONCLUSÃO	39

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
11. APÊNDICES	44
<i>11.1 Apêndice A - Termo de consentimento Livre e Esclarecido.....</i>	<i>44</i>
<i>11.2 Apêndice B- Questionário</i>	<i>46</i>
12.ANEXO.....	54
12.1 Anexo A- Aprovação do Comitê de ética	54

1. INTRODUÇÃO

O mundo vem presenciando o aumento de diversas doenças em decorrência das mudanças do estilo de vida desta nova era. Segundo estudos científicos, o uso de tabaco, dietas inapropriadas e inatividade física são consideradas como importantes causas para esse aumento. Estas doenças são causadoras de 60% das mortes, o qual tenderá a subir até 2020 (OMS, 2010).

A inatividade física é identificada como o quarto maior fator de risco de mortalidade mundial. Atividade física regular é um dos componentes importante para a saúde e tem resultados relevantes para a saúde pública quando atinge um maior número de pessoas (OMS, 2009). Ela auxilia na prevenção e redução de doenças como hipertensão, doenças coronarianas, infartos, diabetes, câncer, depressão, riscos de quedas, bem como promove o bem estar.

Segundo a OMS (2009), a atividade física traz benefícios também para economia de cada indivíduo, de empresas e algumas vezes em termos nacionais, pois ela pode reduzir os custos com saúde. Estudos têm analisado essa redução através da atividade física, o que mostra a importância de estudos mais aprofundados acerca das diferenças entre sedentários e ativos no que diz respeito à demanda aos serviços de saúde (FACCHINI et al., 2006).

Para uma sociedade mais saudável, a implantação de programas de utilizem atividade física é essencial, porém para que haja maior eficiência na implantação destes é importante que sejam realizadas avaliações em políticas e programas existentes (FACCHINI et al., 2006).

Estudos buscam compreender o quanto a atividade física diminui a demanda de hospitalizações ou o tempo da internação. Esses serviços são de alto custo e muitas vezes atendem demandas que poderiam ser supridas na atenção primária através de ações de prevenção e promoção da saúde (BIELEMANN et al., 2010). Porém, pouco se sabe sobre o quanto a atividade física modifica a demanda por uso de Serviços de Saúde na atenção primária. Neste sentido, esse estudo pretende compreender o

quanto um programa de atividade física em unidades de saúde pode influenciar essa demanda.

2.0 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Geral

Verificar a influência da prática de atividade física em unidades de saúde na demanda ao uso dos serviços de saúde na atenção primária.

2.2 Objetivo Específico

Verificar se a participação no programa Saúde Ativa Rio Claro modificou o uso dos serviços de saúde da Atenção Básica nos seguintes parâmetros:

- número de medicamentos
- número de consultas espontâneas e agendadas
- medidas da pressão arterial e glicose
- número de doenças
- número de internações
- Percepção de modificação do uso de serviços de saúde após ingresso no programa

3. HIPÓTESE

1. A atividade física diminuirá o uso de medicamentos, o número de consultas espontâneas e agendadas, a medida da pressão arterial e da glicose, o número de doenças, número de internações e melhora na percepção de saúde, mostrando uma diminuição geral do uso de serviço de saúde.

4. JUSTIFICATIVA

Apesar da relevância da atividade física na saúde da população, ainda não está claro na literatura se a aplicação de programas de atividade física regulares podem influenciar favoravelmente na saúde da população a ponto de diminuir suas necessidades de procura das unidades de saúde. Caso se confirme que a atividade física aplicada pelo programa Saúde Ativa Rio Claro realmente diminua o uso de serviços de saúde, com consequente melhora da saúde dos participantes, isto poderá incentivar pessoas que não têm a prática de atividade física como um hábito possa passar a tê-lo, bem como influenciar no financiamento de novos projetos comunitários na Atenção Básica por parte do governo federal. Este estudo poderá servir adicionalmente para o desenvolvimento de futuras ações em saúde e para esclarecer aos gestores de saúde sobre a importância da aplicação regular desse programa em suas comunidades.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 *Benefícios da atividade física*

A atividade física regular é considerada uma alternativa não farmacológica para tratamento de muitas doenças, demonstrando em relação ao uso medicamentoso, a vantagem de não apresentar efeitos colaterais indesejáveis (PATE et al., 1995).

A prática regular de atividade física tem sido preconizada como importante estratégia para a promoção de saúde. Segundo a OMS (2010), ela pode ajudar na prevenção de doenças crônicas, como o diabetes, hipertensão, osteoporose e doenças cardiovasculares, controle do peso corporal bem como promoção a saúde mental.

Essa prática também pode estar relacionada à diminuição do risco de morte. Segundo Macera e Powell (2001), homens e mulheres que praticam atividade física têm redução de 20% a 30% neste. Corroborando estes dados, a OMS (2010) revela que aproximadamente 2 milhões de mortes ocorridas durante todos os anos são atribuídas a inatividade física.

Doenças cardiovasculares são as maiores causadoras de morte prematura no mundo, porém 80% delas podem ser evitadas com o controle dos principais fatores de risco, sendo um deles a inatividade física (OMS, 2010). Essas doenças estão diretamente ligadas à hipertensão, segundo Whelton e colaboradores (2002), resulta em infarto, doença coronariana e insuficiência cardíaca congestiva.

A atividade física regular pode aumentar a capacidade cardiorrespiratória por aumentar perfusão tecidual periférica e as habilidades proprioceptivas. Portanto, a prática de atividade física reduz a pressão arterial em pacientes hipertensos, e consequentemente esses exercícios ajudam a prevenir doenças cardíacas (RIQUE et al., 2002).

Programas que proporcionam o estímulo do exercício ajudam na prevenção do diabetes. Assim, benefícios trazidos por exercícios de intensidade leve ou moderado, ou seja, exercícios resistidos com peso ou exercícios aeróbios, são: a diminuição da insulinemia, o aumento da sensibilidade à insulina, o aumento da tolerância à glicose, e consequente diminuição de riscos pela metade (BORGES et al.,

2010). Santaré (2003) explica que durante o exercício, a glicose é captada pelas células sem a necessidade de insulina, reduzindo a glicemia.

Devido às transformações ocorridas no século XX, a estrutura etária da população tem se modificado. Estas aumentaram a frequência de outros problemas de saúde, como por exemplo, a osteoporose. A osteoporose é uma doença metabólica do tecido ósseo, onde existe a perda tecidual da massa óssea que, portanto torna os ossos mais frágeis suscetíveis à fraturas (SANTOS e BORGES, 2010).

Segundo a literatura, uma forma de tratamento e prevenção da osteoporose é a atividade física, pois prática regular influencia na manutenção das atividades normais ósseas (SANTOS e BORGES, 2010).. Observou-se neste estudo que os exercícios mais estudados para esse fim têm sido extensão isométrica de tronco (realizados em posição antigravitacional), exercícios em cadeia cinética aberta, corridas, caminhadas e exercícios de equilíbrio e coordenação

A obesidade é uma doença que é resultada dos avanços tecnológicos, a revolução industrial, distúrbios alimentares e emocionais e sem dúvida o sedentarismo, além de, estar relacionada a diversos fatores como status socioeconômico, etnias, sexo e outros (CELESTRINO e COSTA, 2006). A inatividade física pode levar a obesidade, segundo Sichieri (2007), a obesidade pode levar a hipertensão provocando mais internações. Disto, podemos apontar que programas de atividade física podem incentivar e estimular à prática de atividade física.

Além das doenças crônicas mais comuns, é importante ressaltar que a atividade física é capaz de influenciar em aspectos psicológicos já que reduz as respostas fisiológicas ao estresse, melhora o humor, estimula uma visão positiva na imagem corporal, melhorando a autoestima, auxilia o funcionamento cognitivo, e ainda proporciona maior satisfação de viver (ROLIM et al., 2004).

5.2-1 Promoção da saúde

Por diversos motivos em 1988 foi criado no Brasil, pela Constituição Federal Brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, pois ele abrange desde simples atendimentos

ambulatoriais até o transplante de órgãos. Ele oferece consultas, exames, internações, promoção de campanhas de vacinação e ações de prevenção de vigilância sanitária.

Sua estrutura se divide em três níveis de atenção: a primária que enfatiza a promoção e prevenção da saúde, a secundária que atua quando é exigido um atendimento mais especializado onde a prevenção não foi possível e a terciária que é a cura e a reabilitação (MENDONÇA e MACADAR, 2008).

Em 1986 a Conferência de Promoção em Saúde promulgou a carta de Ottawa. Nela, a promoção da saúde foi caracterizada como um paradigma no campo da Saúde Pública, um processo de reunir as pessoas da comunidade para trabalhar na melhoria da qualidade de vida e saúde (HEIDEMANN, 2006).

Segundo Malta et al (2009) a promoção da saúde não é apenas uma ação que informa as condições de saúde de cada grupo dentro da população, é também um modo de operar e pensar em todas as tecnologias e políticas dentro do sistema de saúde, para aumentar e preservar cada indivíduo, respondendo então às necessidades sociais.

A literatura e a prática profissional apontam que este conceito é uma estratégia para enfrentar os inúmeros problemas que estão chegando neste século, mas para que possa haver um enfrentamento adequado, uma combinação de estratégias, envolvendo tanto os indivíduos como o Estado e a Comunidade como um todo, é necessária (BUSS, 2000). Quanto a Política nacional de promoção da saúde, é indispensável falarmos da necessidade de uma melhora no Sistema único de saúde e todos aqueles setores que constroem políticas públicas.

Na organização social, a definição de saúde engloba a integração entre as políticas sociais e econômicas e o engajamento do setor de saúde, evidenciando assim que a promoção da saúde é um campo teórico-prático-político que deve percorrer o conjunto de ações e projetos.

Campos et al. (2004) revelaram que os desafios colocados para a saúde pública no contemporâneo e, em especial, no Brasil, como por exemplo, a violência, as doenças crônicas não transmissíveis, as doenças infectocontagiosas e o envelhecimento da população, enfatizam a necessidade de pensarmos modos de gestão e de construção das políticas públicas, que envolvam outros fatores.

Portanto, a inserção de programas de atividade física em unidades de saúde pode ser uma boa estratégia de melhoria de atendimento à população e de promoção da saúde já que busca melhorar as condições de saúde através da prevenção e tratamento de doenças crônicas (CAMPOS et al; 2004).

Um fator importante para que haja uma mobilização maior para a prática de atividade física são os diversos programas dirigidos para a atividade física como: Programa Saúde Ativa Rio Claro, Agita São Paulo, Agita Brasil, Academia da Cidade de Aracaju, Academia da Cidade de Recife, dentre outros. Todos estes programas têm como objetivo a promoção à saúde, através da prática de atividade física (MATSUDO, 2003, HOEHNER, 2007; KNUTH, 2010; NAKAMURA et al., 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2008), a necessidade de criar estratégias para intervenções de atividade física vem aumentando com o passar do tempo já que a prevalência de sedentarismo está cada vez maior, variando entre 40% e 97% no Brasil.

5.2.2. O uso dos serviços de saúde

O centro de funcionamento do Sistema de Saúde é representado pela utilização dos serviços de saúde. Consultas médicas e hospitalização são consideradas como uso direto do serviço de saúde e como indireto, a realização de exames preventivos e diagnósticos. O uso de serviço de saúde está diretamente relacionado com o profissional e o paciente (TRAVASSO e MARTINS, 2004).

Facchini et al. (2006) apontam que na avaliação dos benefícios das políticas de saúde à população, o conhecimento dos arranjos e peculiaridades locais dos serviços de saúde é requisito básico. Entretanto, ao avaliar o efeito de uma política de saúde no desempenho dos serviços e na situação de saúde da população, é preciso valorizar o sinergismo entre os determinantes vinculados à política de saúde, aos serviços de saúde (estruturas, recursos humanos e processos) e ao estado de saúde das populações.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos serviços de saúde mais utilizados no Brasil e foi ele quem definiu a atenção básica de Saúde (ABS). Com esta estrutura surgiram programas como o Programa Saúde da família (PSF) (Facchini et al., 2006). Através da inclusão da atividade física como meio de promoção da saúde, o ministro da saúde tem incentivado cada vez mais a prática de atividade física com o objetivo de combater o sedentarismo. Por isso o uso de serviço de saúde é utilizado para a proteção contra os riscos que ameaçam a saúde (MALTA et al., 2009).

5.3 Programa de atividade física nas unidades de saúde

Estudos comprovam que as unidades básicas de saúde em todos os municípios brasileiros seriam lugares privilegiados e com condições mais favoráveis para tornar a atividade física um hábito de saúde, educando e estimulando a comunidade quanto à necessidade de realização da mesma, além de ser uma medida terapêutica e de prevenção de doenças crônicas (NAKAMURA et al., 2010).

Essa investigação mostra que os lugares mais específicos e com condições para a prática do exercício físico são as academias, assim sendo, a população atendida pelo SUS tem pouco estímulo para esta prática por terem poucas condições físicas para frequentar esses lugares.

Profissionais da área são os principais encarregados de estimularem a prática de exercício físico. Estudos comprovam que existe grande entusiasmo acerca do assunto, porém apenas 9% das técnicas de enfermagem e 11% dos agentes de saúde sabiam que a recomendação atual é de um acúmulo de 30 minutos de atividade física moderada cinco vezes por semana (DOUGLAS et al., 2006).

Alguns autores relatam que mesmo pouco volume de atividade física já implica benefícios à saúde, porém, é importante otimizar esses benefícios (HEIDEMANN, 2006 e DOUGLAS et al., 2006). Para isso, os profissionais da saúde devem estar cientes das recomendações a serem dadas aos pacientes. Devido à falta de orientação desses profissionais da saúde, grande parte dos atendimentos em atenção primária à saúde se deve aos agravos mais prevalentes na população, como hipertensão, diabetes, obesidade e lombalgia.

A maioria das Unidades de Saúde não estão estruturada para lidar com a demanda necessária, por ser escasso o conhecimento da orientação sobre a atividade física. O aconselhamento e orientação dos profissionais da unidade em relação à dieta e exercício são essenciais para a difusão de comportamentos saudáveis da população. Programas de exercício e orientação dietética devem fazer parte da rotina das Unidades de Saúde. A literatura mostra que a própria Unidade de Saúde deve manter um programa de exercícios. Acreditamos que todas as Unidades de Saúde deveriam ter entre os integrantes da equipe um profissional que pudesse prestar essa assistência. A orientação e acompanhamento para a atividade física são fundamentais para o bom atendimento em atenção primária e peça chave na abordagem das doenças mais prevalentes na população (SIQUEIRA et al., 2009).

5.4 Atenção primária à saúde

a) Unidades básicas de saúde e Unidades de saúde da família

A atenção básica de Saúde (ABS) foi definida com a implantação do Sistema único de saúde (SUS) em 1978. Entretanto, a constituição das ABS no Brasil foi marcada por problemas de estrutura física dos serviços, perfil dos profissionais de saúde e acesso oportuno aos recursos e efetividade de políticas e ações de saúde. Portanto, em 1994 foi implantado o Programa saúde da família (PSF) como alternativa. Esta reformulação melhorou a infraestrutura dos serviços, a capacidade dos recursos humanos e a avaliação dos PSF (FACCHINI et al; 2006).

O Ministério da saúde (MS) assumiu os PSF como principal estratégia de organização da atenção básica à saúde do país, mas infelizmente apenas 36,4% da população está coberta por este serviço. Portanto, a implantação dos PSF nas metrópoles pode contribuir para o acesso à atenção básica à saúde universal e igualitária.

A Secretaria Municipal de Saúde está no comando de toda rede de atenção básica as quais estão vinculadas 384 unidades de saúde, sendo 173 (45%) com PSF. A estrutura dos PSF é formada pela Equipe de Saúde da Família (ESF), com normas do Ministério da Saúde e obedecem ao preceito da delimitação de área de abrangência com a distribuição de clientela. Já as Unidades Básicas de Saúde, são estruturadas pela equipe médica (clínicos, pediatras e ginecologista-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico. Os pacientes atendidos são apresentados como espontâneo e/ou encaminhado por outros serviços por fim a delimitação da área (ELIAS et al., 2006).

b) NASF

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram criados em janeiro de 2008. Estes núcleos foram importantes passos para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família.

Os NASF visam fortalecer a interdisciplinaridade, intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a

promoção da saúde e a humanização atuando em oito áreas estratégicas, sendo uma delas atividade física e prática corporal.

Segundo o Ministério da Saúde (Secretaria de atenção à saúde e Departamento de atenção à Saúde), foi por causa da construção da Política Nacional de promoção da Saúde (PNPS) que houve a inserção das práticas corporais/ atividade física, para que houvesse o enfrentamento da prevalência ascendente das doenças circulatórias como principal causa da morbomortalidade. Assim, locais destinados ao lazer que envolveram dança, artes cênicas, jogos esportivos e populares e até brincadeiras adaptadas pela comunidade para a promoção da saúde foram contribuídos.

Eles estão divididos em duas modalidades. O NASF 1, composto por no mínimo cinco profissionais que devem desenvolver ações junto a no mínimo oito Equipes de Saúde da Família e o NASF 2, aquele que serve para municípios com densidade populacional abaixo de dez habitantes por quilômetro quadrado. Estes núcleos são constituídos por no mínimo três profissionais que deve desenvolver ações junto a no mínimo três equipes de Saúde da Família.

Juntos, a Equipe de Saúde da Família e os NASF deverão desenvolver e planejar ações de acordo com a necessidade e realidade local (MANGIA e LACMAN, 2008). Essa estrutura formada pelo SUS tem, nos últimos anos, incentivado ações preventivas na atenção básica, o que torna possível e adequado a presença de programas de incentivo à prática de atividade física nesses locais.

5. 5. Atividade física e uso de serviço de saúde

Estudos do século XXI comprovam que a atividade física se tornou a parte mais importante dentro do serviço de saúde (PRATT et al., 2009). Segundo Wang e colaboradores (2005), o uso de serviço de saúde é bastante elevado para pessoas inativas, assim como os maiores gastos que o serviço de saúde tem também.

Com relação a doenças crônicas incluindo doenças cardíacas, infarto, diabetes, obesidade e osteoporose, uma população inativa oferece tanto riscos financeiros quanto médicos. Portanto, o aumento prevalente das condições médicas crônicas e doenças relacionadas à inatividade são associados a dois custos. O primeiro

é associado à prevenção, diagnóstico e tratamento dessas doenças, incluindo serviços de ambulância, serviços de reabilitação, e serviços hospitalares. O segundo, com trabalhadores que estão ou incapazes de exercer o trabalho ou doentes (ROUX et al., 2008).

Segundo a literatura, pessoas fisicamente ativas têm uma média anual menor com relação a custos de medicamentos, menor número de internações hospitalares, menor número de medicamentos consumidos, e menor número de visitas de fisioterapeutas em relação àquelas inativas (WANG et al., 2005).

Já que atividade física regular ajuda prevenir doenças e promover a saúde, ela pode também ajudar a diminuir o uso dos serviços de saúde e consequentes gastos do governo com o sistema de saúde. Este estudo pretende, portanto, verificar se isso vem ocorrendo em um município em que a atividade física está inserida como estratégia de promoção da saúde na Atenção Básica.

6. CASUÍSTICAS E MÉTODOS

6.1 Delineamento do estudo

Esse trabalho é de caráter retrospectivo e transversal com profissionais da saúde da rede de atenção básica de saúde

6.2 Local

O estudo tem como campo de pesquisa seis Unidades Saúde da Família e quatro Unidades Básicas de Saúde e as residências das participantes do estudo, no município de Rio Claro – SP. As unidades atendem pacientes diabéticos e hipertensos do programa Hiper Dia entre outros pacientes sem doença crônica diagnosticada. O controle e análise dos dados da pesquisa e dos questionários foram realizados no NAFES (Núcleo de Atividade Física, Saúde e Esporte) do Departamento de Educação Física da UNESP (Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho).

O programa de atividade física Saúde Ativa Rio Claro, tem parceria entre a Fundação Municipal de Saúde e a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), representado pelo NAFES do departamento de Educação Física e coordenado pelo Prof. Dr. Eduardo Kokubun.

6.3 População e amostra

A população da pesquisa é participante do Programa Saúde Ativa Rio Claro, residente no município de Rio Claro, de ambos os sexos e com faixa etária acima de 20 anos. Um total de 10 unidades de saúde dentre as 13 que realizam atividade física no município foram abordadas, sendo elas as seguintes: Posto da 29, Jardim das Flores, Novo I, Wenzel, Benjamim, Bom Sucesso, Mãe Preta, Palmeiras, Boa Vista, Vila Cristina.

Participaram do estudo, todos os sujeitos que participam do programa de atividade física nas unidades de saúde do município do ano de 2009 até maio de 2011. Os dados foram coletados no período de junho e julho de 2011.

6.4 Critérios de inclusão:

Foram selecionados todos os indivíduos que frequentaram o programa de atividade física desde 2009 por pelo menos seis meses, com média de frequência de pelo menos cinco vezes ao mês e atendidos pelas unidades que possuíam programa de atividade física para a população no município.

Os participantes que recusassem ou aqueles que não atendessem os critérios acima (27 indivíduos) foram excluídos da pesquisa.

6.5 Instrumentos para coletas de dados:

Foi elaborado e aplicado na forma de entrevista um questionário (Apêndice B) para identificar o uso de serviços de saúde nos seguintes aspectos:

- Informações sobre atividade física
- Número de medicamentos
- Número de internações
- Número de consultas espontâneas e agendadas
- Medidas da pressão arterial e glicose
- Número de doenças
- Percepção sobre o uso de serviços de saúde após o ingresso no programa Saúde Ativa Rio Claro

6.6 Desenvolvimento da pesquisa

A coleta de dados foi efetuada em dois meses (junho e julho) de 2011 por uma equipe que foi previamente treinada para aplicação de questionários.

Fase 1 – Escolha da amostra:

- Identificar dentre os atuais alunos do programa quem participava das aulas a partir de 2009;
- Dentre esses, quem frequentou no mínimo cinco vezes no último mês e que aceitasse participar da pesquisa.

Fase 2 – Convite para a participação da pesquisa:

- Visita nos postos
- Houve a explicação do que seria a pesquisa, o que seria avaliado e quais eram os critérios de inclusão
- Todas as participantes que estavam dentro dos critérios de inclusão aceitaram participar da pesquisa

Fase 3 – Aplicação os questionários

- Foi necessária autorização de cada participante do programa de atividade física Saúde Ativa Rio Claro;
- Com a autorização dos participantes, os questionários de cada um foram aplicados para obter os dados do estudo
- O tempo de aplicação dos instrumentos foi em torno de 15 minutos.

6.7 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho (UNESP)-Campus Rio Claro, nº 0746 (Anexo A) e os participantes precisarão assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) elaborado para a pesquisa (Apêndice A).

6.8 Análise estatística

Foi realizada análise descritiva dos dados através de frequência, média, desvio padrão, máximo e mínimo. Os dados foram digitados no programa Excel e transferidos para o programa SPSS (versão 17.0). Não foi possível fazer a comparação estatística em função do número de casos restrito.

7. RESULTADOS

Foram aplicados 40 questionários, porém, para esse estudo, foram analisados 27, pois 12 participantes não utilizavam as unidades de saúde, que 11 participantes por já possuírem plano particular de saúde e 1 participante por nunca utilizar os serviços das unidades de saúde. A média de tempo de participação no programa de 2009 até o dia da entrevista foi de 23 meses.

Tabela 1- Características sociodemográficas (Gênero, Idade, Escolaridade) dos participantes.

VARIÁVEIS		n(%)	Média ($\pm$ DP)	Mín.	Máx.
Gênero	Feminino	26 (96,3)			
	Masculino	01 (3,7)			
Idade			54,3 ($\pm$ 11,6)	28	72
Nível de escolaridade	0-4 Anos	07 (25,9)			
	4-12 Anos	17 (63,0)			
	12 ou mais	03 (11,1)			

Pela Tabela 1, pode-se observar que 96,3% dos alunos são do sexo feminino e apenas 3,7% do sexo masculino, tendo esses uma média de 54,3 ($\pm$ 11,6) anos de idade, com uma variação de no mínimo 28 e no máximo 72 anos. Com 63% a grande maioria dos participantes tem um nível de escolaridade entre 4 e 12 anos.

Tabela 2- Atividade Física extra (prática de atividade física no tempo de lazer além das aulas na unidade, minutos por semana, frequência de aulas por mês)

VARIÁVEIS		n(%)	Média (±DP)	Mín.	Máx.
Prática de atividade física além do posto	Não	7 (25,9)			
	Sim	20 (74,1)			
Minutos por semana			96,8 (± 106,7)	0	360
Frequência de aulas por mês			6,7 (± 1,8)	0	8

De acordo com a Tabela 2, 74,1% dos participantes praticam em média 96,8 minutos de atividade física além das aulas das unidades de saúde por semana, enquanto 25,9% não praticam outra atividade física além das unidades de saúde, sendo o total de 8 aulas por mês, estes participantes frequentaram as aulas em média 6,7 vezes por mês.

Tabela 3- Tipo de atendimento de saúde buscados pelos usuários nas unidades de saúde

TIPO DE ATENDIMENTO		n(%)
Tipos de atendimentos	Consultas médicas de rotina com antecedência	22 (81,5)
	Atendimento de urgência	1 (7,4)
	Retirar medicamentos	2 (7,4)
	Faz atividade Física	1 (3,7)

A Tabela 3 mostra que 81,5% dos participantes entrevistados buscam como atendimento, consultas médicas de rotina com antecedência, 7,4% para atendimento de urgência e retirada de medicamentos e 3,7% para a prática de atividade física.

Tabela 4- Hábitos sobre visitas as unidades de saúde em relação a motivos, número de visitas e mudanças antes e depois do programa

VARIÁVEIS		n(%)	Média (±DP)	Mín.	Máx
Número de consultas agendadas no último ano			3,3 (± 3,2)	0	15
Número de consultas espontâneas no último ano			0,6 (± 1,1)	0	4
Vezes que costumava ir ao posto antes de fazer At. Física			3,0 (± 2,4)	1	9
Mudou a quantidade de vezes que vai ao posto após início da At. Física	Sim	10 (37,0)			
	Não	17 (63,0)			
Qual foi a mudança na quantidade de vezes	Aumentou	3 (17,6)			
	Diminuiu	14 (82,4)			
Motivo que fez mudar a quantidade de vezes	Diminuiu pelo atendimento ruim	1 (6,3)			
	Aumentou para se cuidar mais	1 (6,3)			
	Diminuiu por se sentir melhor com as atividades	14 (87,5)			

De acordo com a Tabela 4, uma média de 3,3 dos participantes buscaram a unidade de saúde para consultas agendadas, com uma variação de 0-15 consultas e apenas 0,6 buscaram para consultas espontâneas. Apenas 37,0% dos participantes perceberam uma mudança quanto ao número de vezes que ia às unidades de saúde em relação ao que vai, enquanto 63% dizem não ter mudado. Oitenta e dois vírgula quatro por cento dos participantes passaram a ir menos vezes, o maior motivo da

mudança segundo os participantes foi que eles se sentiram melhor com a atividade física, por isso diminuiu a frequência das visitas à unidade de saúde.

Tabela 5- Percepção da Saúde (Antes e depois das aulas)

VARIÁVEIS	n(%)
Melhorou muito	21 (77,8)
Saúde após início das aulas	
Melhorou um pouco	6 (22,2)

De acordo com a Tabela 5, 77,8% dos participantes acham que a sua saúde melhorou muito após ter iniciado as aulas nas unidades de saúde.

Tabela 6- Medicamentos (Número e dosagem de medicamentos)

VARIÁVEIS		n(%)	Média (±DP)	Mín.	Máx.
Medicamentos que tomava antes de participar das aulas			1,1 (± 1,3)	0	5
Dosagem dos medicamentos	Não mudou	17 (63,0)			
	Aumentou	5 (18,5)			
	Diminui	5 (18,5)			
Número de medicamentos de diabetes/ hipertensão	Não mudou	17 (63,0)			
	Aumentou	4 (14,8)			
	Diminuiu	6 (25,9)			
Número de medicamentos em geral	Não mudou	14 (51,9)			
	Aumentou	7 (25,9)			
	Diminuiu	6 (22,2)			

Pela tabela 6, pode-se observar que tanto na dosagem dos medicamentos quanto no número de medicamentos de diabetes/hipertensão e em geral, não houve mudança entre o antes de ter iniciado a atividade física e o depois de ter iniciado a atividade física, pois, 63% dos participantes disseram não ter mudado a dosagem de medicamentos e do número de medicamentos para diabetes/hipertensão e 51,90% o número de medicamentos em geral.

Tabela 7- Número e percentual de pessoas com medidas de pressão arterial e de glicose.

VARIÁVEIS		n(%)
Descontrole da Pressão arterial	Era descontrolada a um ano atrás e agora esta mais estável	17 (89,5)
	Era descontrolada e continua descontrolada	1 (5,3)
Descontrole da Glicose	Era descontrolada a um ano atrás e agora esta mais estável	9 (100,0)

De acordo com a tabela 7, quanto ao descontrole da pressão arterial e da glicose o que prevaleceu foi: que era descontrolada há um ano e agora esta mais estável com 89,5% no caso da pressão arterial e 100% no caso da glicose.

Tabela 8- Número de internações antes e depois de iniciar as aulas no posto

VARIÁVEIS	n(%)	Média ($\pm$ DP)	Mín.	Máx.
Número de internações		0,07 ($\pm$ 0,2)	0	1

Pela tabela 8, pode-se observar que houve, em média, 0,07 internações há um ano atrás.

Tabela 9- frequência média e desvio padrão de variáveis antes das aulas no posto e depois das aulas nas unidades de saúde.

VARIÁVEIS		ANTES				DEPOIS			
		N (%)	MÉDIA (±DP)	MIN	MAX	N(%)	MÉDIA (±DP)	MIN	MAX
Frequência de idas ao posto por mês			2,5 (±5,8)	0	30		3,1(±6,1)	0	32
Número de doenças	Não tinha doença	9 (33,3)				6 (22,2)			
	Uma doença	8 (29,6)				13 (48,1)			
	duas ou mais	10 (37,0)				8 (29,6)			
Percepção da saúde	Excelente	0				3 (11,1)			
	Muito Boa	0				7 (25,9)			
	Boa	6 (22,2)				16 (59,3)			
	Regular	11 (40,7)				1 (3,7)			
	Ruim	10 (37,0)				0			
Freq. Medida PA / mês			3,9 (± 6,1)	0	30		3,5 (± 3,5)	0	8
Freq. descontrole PA/ mês			2,3 (± 3,2)	0	12		0,1 (± 0,4)	0	2
Freq.medida glicose/ mês			0,4 (± 1,1)	0	4		2,8(± 11,5)	0	60
Freq. descontrole glicose/ mês			0,7 (± 2,3)	0	12		0,1 (± 0,7)	0	4
Número de Internações			0,1 (± 0,4)	0	2		0,04 (±0,1)	0	1

PA=Pressão Arterial

De acordo com a tabela 9, pode-se observar que a frequência de idas às unidades de saúde por mês era de 2,5 vezes em média e passou a ser 3,1 vezes por mês em média, a mudança não foi discrepante, pois a variação de idas antes é de 0-30 e a variação de idas depois é de 0- 32. O número de doenças que prevalecia antes dos participantes iniciarem as aulas nas unidade de saúde era de duas ou mais doenças com 37% das pessoas, depois do início das aulas passou a prevalecer, uma doença, com 48,1% das pessoas. Antes de iniciar as aulas, não houve nenhum relato de saúde considerada como excelente e 37,0% consideraram sua saúde ruim. Após o início das aulas, 11,1% consideraram excelente sua saúde e mais nenhum participante considerou sua saúde ruim. A pressão arterial era medida 3,9 vezes por mês em média, após os inícios nas aulas ela passou a ser medida 3,5 vezes por mês. Ao mesmo tempo em que diminuiu o número de medidas, diminuiu também o seu descontrole, que de 2,3 vezes por mês passou a ficar descontrolada apenas 0,1 vezes por mês. Ao contrário da pressão arterial, a glicose era medida 0,4 vezes por mês e passou a ser medida 2,8 vezes por mês. Mas quanto ao descontrole da glicose, assim como o da pressão arterial, houve uma redução no número de vezes que ela ficava descontrolada, o que era antes 0,7 vezes por mês, passou a ficar descontrolada 0,1 vezes por mês. Comparando o número de internações antes das aulas e o depois das aulas, houve uma redução de 0,1 internações para 0,04 internações.

Tabela 10 - Caracterização geral da percepção de mudanças em relação a percepção de saúde, frequência nas unidades de saúde, número de doenças, número e quantidade de medicamentos, pressão arterial, glicemia e internações.

VARIÁVEIS	Diminuiu	Piorou	Não Mudou	Aumentou	Melhorou	Positivo/Negativo
Saúde após início da aula						Positivo
Frequência de visitas ao posto						Negativo
Número de doenças						Neutro
Percepção da saúde						Positivo
Quantidade de medicamentos						Neutro
Número de medicamentos de diabetes/hipertensão						Neutro
Número de medicamentos de forma geral						Neutro
Medida de Pressão arterial						Neutro
Descontrole da pressão arterial						Positivo
Medida de glicose						Neutro
Descontrole da glicose						Neutro
Número de internações						Neutro

A tabela acima apresenta a característica de mudança que prevaleceu para cada uma das variáveis antes e depois da entrada no programa. Na tabela acima, houve um aumento para as variáveis, saúde após o início das aulas, frequência de visitas ao posto, mudança na quantidade de visitas às unidades de saúde, percepção da

saúde, descontrola da pressão arterial, enquanto que no número de doenças, quantidade de medicamentos, número de medicamentos de diabetes e hipertensão, número de medicamentos de forma geral, medida da pressão arterial, medida da glicose, descontrola da glicose e número de internações, não houve mudanças.

8. DISCUSSÃO

No Brasil, existem diversos programas que contribuem para saúde e o bem estar da população (NAKAMURA et al., 2010). Sendo assim, o presente estudo comprovou que o Programa Saúde Ativa Rio Claro teve interferências positivas na nela. Isso se deve ao fato de que houve uma melhora após o início das aulas e na percepção da saúde, e diminuiu o descontrole da pressão arterial, além de ter mantido os resultados no número de doenças, quantidade de medicamentos, número de medicamentos de diabetes/hipertensão, número de medicamentos de forma geral, medida da pressão arterial, medida da glicose, no descontrole da glicose e no número de internações.

De acordo com os resultados obtidos, em relação à influência da prática de atividade física nos serviços de saúde em Unidades de Saúde da Atenção Básica, pode-se notar que na comparação em antes e depois do programa, a maioria dos parâmetros analisados, como medida de pressão arterial, descontrole de pressão arterial, medida de glicose, descontrole da glicose, número de doenças, número de internações e a percepção da saúde, mantiveram-se neutros ou com resultados positivos. De modo geral, apenas um dos parâmetros, frequência das visitas às unidades de saúde, teve um resultado negativo, passando de 2,5 vezes para 3,1 vezes ao mês.

Hoje, a atividade física é um dos principais fatores para a melhora da saúde pública (PRATT et al., 2009). A inatividade física tem efeitos diretos em número de doenças, podendo ser comprovado pelos gastos com saúde pública (BIELEMANN, 2010). Altos custos estão sendo empregados na prevenção de doenças e com aqueles que não puderam mais trabalhar devido à incapacidade gerada pelas mesmas.

Segundo a literatura, custos com saúde pode ser amenizados com atividade física através da diminuição do número de internações causadas por complicações de doenças crônicas não-transmissíveis (WANG et al., 2005; US, 2002). Os dados do presente estudo corroboram com essas informações já que as participantes do programa de atividade física que relataram ter duas doenças ou mais diminuiu de 37,0% para 29,6% quando comparadas à fase anterior à participação.

Quanto a internações, estudos encontraram resultados parecidos, no qual pessoas que praticaram atividade física tiveram menos internações do que aquelas inativas (US, 2002). Bielemann e colaboradores (2010) demonstraram em seu estudo que a inatividade física proporcionou elevados gastos público com internações e a incorporação de atividade física cotidiana, em longo prazo, poderia contribuir na redução da procura de serviços de saúde. Ele relata uma possível economia de 13% nas internações causadas por diabetes e 50% nas internações causadas por doenças do aparelho circulatório. Segundo Nunes (2004), os procedimentos de maior frequência de internação são: a insuficiência cardíaca e coronária, doenças pulmonares, crise hipertensiva e diabetes.

Bielemann e colaboradores (2010) mostraram que o exercício físico foi capaz de reduzir 35% dos custos de ambulatório de mulheres hipertensas, pois assim como no presente estudo, o exercício físico reduziu em média o descontrole da pressão arterial, gerando uma economia média de 12% em medicamentos de hipertensão.

No estudo de Codogno et al. (2011), os indivíduos diabéticos, fisicamente ativos, tiveram 74% menos frequência em consultas médicas quando comparados com diabéticos sedentários. Quando relacionado a atividade física e o número de medicamentos, os indivíduos diabéticos ativos tomaram uma quantidade menor de medicamentos comparado aos diabéticos sedentários, isso porque, assim como neste estudo o descontrole de glicemia diminuiu com a prática de atividade física. De modo geral, na literatura a porcentagem de satisfação com a saúde foi maior em participantes ativos do que naqueles pouco ativos ou inativos. Assim como no presente estudo, Mazo e colaboradores (2008) mostraram que a percepção de saúde para os inativos prevaleceu regular, já naqueles ativos prevaleceu boa. Além da maioria dos participantes ativos afirmarem que o estado de saúde não interferiu na prática de atividade física o estado da saúde, enquanto os pouco ativos alegaram o contrário.

Dentre todos os serviços de saúde, a única modificação que aumentou com a participação no programa foi o número de visitas à Unidade de Saúde, situação contrária à esperada a partir da hipótese do estudo. Isso pode ter ocorrido já que a frequência de duas vezes semanais para a participação no programa pode ter proporcionado novos conhecimentos dos serviços oferecidos pelas unidades. Além disso, devemos considerar o viés de memória e a limitação do uso de questionários para esse fim.

Devido às limitações desse estudo, algumas recomendações (amostra maior, análise de prontuários ao invés de questionários) poderiam ser incorporadas em futuras investigações.

9. CONCLUSÃO

Esse trabalho teve como objetivo verificar a influência da atividade física na demanda ao uso dos serviços de saúde na atenção primária da cidade de Rio Claro, tendo como base os resultados encontrados sobre as mudanças de antes e depois da participação do programa. Os resultados encontrados mostraram que a participação no Programa Saúde Ativa Rio Claro influenciou positivamente nas seguintes variáveis: Saúde após o início das aulas, Percepção da saúde, descontrole da pressão arterial e não modificou em número de doenças, quantidade de medicamentos, número de medicamentos de diabetes/ hipertensão, número de medicamentos de forma geral, medida de pressão arterial, medida de glicose, descontrole de glicose e número de internações.

Os resultados desta pesquisa indicam que houve efetividade das ações de atividade física como meio de promoção da saúde incentivado pela OMS. Portanto, programas de intervenção devem ser mais estimulados devido aos resultados positivos obtidos pela influência da atividade física na demanda ao uso dos serviços de saúde na atenção primária.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIELEMANN, R.M., KNUTHA, G., HALLAL, P.C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Atividade Física Saúde*, Pelotas 2010; 15(1).
2. BORGES, G.A., ARAUJO, S.F., CUNHA, R.M. Os benefícios do treinamento resistido para portadores de diabetes mellitus tipo II. *EFDeportes.com, Rev Digital*, Buenos Aires, Año 15, Nº 151, Diciembre de 2010.
3. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Brasília – DF 2009.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde; 2009.
5. BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciêñ Saúde Col* 2000; 5(1):163-77.
6. CAMPOS, G.W., BARROS, R.B., CASTRO, A.M. Avaliação de política nacional de promoção a saúde, *Ciêñ Saúde Col* 2004; 9(3):745-9.
7. CELESTRINO, J.O., COSTA, A.S. A Prática de atividade física entre escolares com sobrepeso e obesidade. *Rev Mack Educ Fís e Esp* – Volume 5, número Especial, 2006.
8. CODOGNO, J.S., et al. The burden of physical activity on tipe 2 diabetes public healthcare expenditures among adults: a retrospective study. *BMC Public health* 2011, 11; 275
9. DOUGLAS, F., VAN TEIJINGENE, TORRANCE, N., FEARN, P., KERRA, MELONI S. Promoting physical activity in primary care settings: health visitors' and practice nurses' views and experiences, *J AdvNurs* 2006; 55(2):159-68.
10. ELIAS, P.E., et al. Atenção Básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo, *Ciêñ Saúde Col* 2006; 11(3): 6633-41.

11. FACCHINI, L.A., et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciêñ Saúde Col* 2006; 11(3):669-81.
12. HEIDEMANN, IRSB. A Promoção da Saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Riberão Preto.
13. KNUTH, A. G., D. C. MALTA, et al. Description of the countrywide physical activity network coordinated by the Brazilian Ministry of Health: 2005-2008. *J Phys Act Health*, 2010;7 (2):253-8.
14. MACERA, C.A., POWELL, K.E. Population attributable risk: implications of physical activity dose. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33:635-9.
15. MALTA, D.C et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol Serv Saúde*, Brasília 2009; 18(1):79-86.
16. MANGIA, E.F.E., LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Rev Ter Ocup Univ* 2008;19(2):i-i.**São Paulo** [online].
17. MATSUDO, S.M, et al. The Agita São Paulo Program as a model for using physical activity to promote health, *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2007; 14(4)265.
18. MAZO, G.Z., et al. Percepção subjetiva de saúde e nível de atividade física de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, Rio de Janeiro 2008;11(1)
19. MENDONÇA, L.L., MACADAR, M.A. A Importância dos Sistemas de informações para o Planejamento de ações e Políticas de Saúde no Programa de Saúde da Família do Município de Porto Alegre, *Rev Eletr Sist Inf* 2008; 7(2).

20. NAKAMURA, P.M., et al. Programa de atividade física em unidades básicas de saúde: Relato de experiência no município de Rio Claro- SP, *Rev Bras Ativ Fís Saúde*, 2007; 12(1):45-53.
21. NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, A.A. (Org.), *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004, p. 427-450
PRATT, M., EPPING, J.N., DIETZ, W.H. Division of Nutrition, Physical Activity and Obesity, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 4770 Buford Highway NE, K-46 Atlanta, GA 30341-3717, USA 2009.
22. RIQUE, A.B.R., SOARES, E.A., MEIRELLES, C. M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Rev Bras Med Esporte* 2002;8(6):244-254.
23. ROLIM, F.S., FORTI, V.A.M. Envelhecimento e atividade física: auxiliando na melhoria e manutenção da qualidade de vida. In: Diogo MJD, Neri AL, Cachioni, M. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas, SP: Alínea,. 2004. p.57-73.
24. ROUX, L., et al. Costa Effectiveness of Community-Based physical Activity. In: Interventions. *Am J Prev Med* 2008; 35 (6):578-88.
25. SANTARÉM, J. M. Hipertrofia muscular: aptidão física, saúde e qualidade de vida. Disponível em: <<http://www.saudetotal.com/saude/musvida/artigos.htm>> . Acesso em: 14 jul. 2003b.
26. SANTOS, M.L., BORGES, G. Exercício físico no tratamento e prevenção de idosos com osteoporose. *Rev Sistem Fisioter Mov* 2010; 23(2): 289-299.
27. SICHIERI, R., NASCIMENTO, S., COUTINHO, W. The burden of Hospitalization due to overweight and obesity in Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(7): 1721-1727.
28. SIQUEIRA, F.V., et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009; 25 (1):203-13.

29. STEIN, R., RIBEIRO, J.P. Atividade Física e Saúde. In: DUCANCAN BB, et al. *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. São Paulo, Artes Médicas; 2004. p. 508-15.
30. TRAVASSOS, C., MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*, 2004;20(2):190-198.
31. U.S. Physical Activity Fundamental to preventing disease. U.S. Department of Health and Human Services Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Jun 20, 2002
32. WANG, F., MCDONALD, T., REFFITT, B., EDINGTON, D. B.M.I. Physical Activity, and Health Care Utilization/ Cost Among Medicare Retirees. *Obesity Research* 2005; 13(8):1450-1457.
33. WHELTON, S., CHIN, A., XIN, X., HE, J. Effect of Aerobic Exercise on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. *Ann Int Med* 2002; 136(7): 493-503.

11. APÊNDICES

11.1 APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196-96)

Convidamos o senhor(a) a participar da pesquisa intitulada: *Efeitos da atividade física no uso de serviços de saúde na atenção primária em áreas de abrangência de Unidades de Saúde do município de Rio Claro*. O projeto é de responsabilidade da graduanda e bolsista de Iniciação Científica Andrea Giraldo, do Departamento de Educação Física da Universidade Estadual Paulista – UNESP, sob a orientação do Professor Doutor Eduardo Kokubun, professor adjunto da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus Rio Claro, situada à Avenida 24-A, 1515 – Bela Vista, CEP: 13506-900.

A sua participação é de grande importância, pois, através das informações colhidas poderemos avaliar a influência do Programa Saúde Ativa Rio Claro nos serviços de saúde do município. Caso o senhor(a) aceite participar desse estudo como voluntário(a), a responsável pela pesquisa terá acesso aos seus dados do prontuário da Unidade de Saúde na qual o(a) senhor(a) tenha cadastro e tenha hábito de utilizar os serviços de saúde do local. Serão analisadas informações detalhadas sobre sua idade, estado civil, renda, escolaridade, doenças, uso de medicamentos, consultas médicas, frequência de uso dos serviços, prática de atividade física, dentre outras. A participação é voluntária e a eventual recusa em participar, seja ela em qualquer momento da pesquisa não lhe provocará nenhum dano ou punição.

As informações coletadas por meio do questionário serão confidencialmente estudadas e serão utilizadas somente para fins de pesquisa. Após as explicações e leitura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se alguma dúvida persistir ou se o senhor (a) julgar necessárias informações adicionais sobre qualquer aspecto deste projeto de pesquisa sinta-se à vontade para perguntar ao entrevistador ou entre em contato com os pesquisadores acima citados.

Local _____, Data: _____

Dados do participante da pesquisa:

Nome: _____ RG: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Telefone: () _____

Endereço: _____

Após ter sido informado sobre o estudo acima descrito e ter esclarecido minhas dúvidas a respeito, declaro que concordo em **participar destas pesquisas e também que recebi cópia do presente termo.**

Assinatura do participante

Eduardo Kokubun

Andrea Giraldo

Núcleo de Atividade Física e Saúde (NAFES) - UNESP

Telefone: 35264607

11.2 APÊNDICE B- Questionário

O USO DO SERVIÇO DE SAÚDE EM UNIDADES DE SAÚDE DA CIDADE DE RIO CLARO

A- IDENTIFICAÇÃO	
Número do Questionário: _____	NQ__
Data: __/__/__	DATA __/__/__
Posto: _____	POSTO _____
Nome: _____	
Data de início no programa: Mês: _____ Ano: _____	INIPROG __/__/__
Data de nascimento: __/__/__	NASC __/__/__
Gênero: (0)F (1)M	GÊN _
Nível de Escolaridade:	NIVESC _
(1) Nenhum ou primário incompleto	
(2) Até a 4ª série (antigo primário) ou ginásial (primeiro grau) incompleto	
(3) Ginásial (primeiro grau) completo ou colegial (segundo grau) incompleto	
(4) Colegial (segundo grau) completo ou superior incompleto	
(5) Superior completo	
(6) BRC	
Quantos minutos você gasta da sua casa até o posto de saúde? _____ minutos	DIST _____

B- ATIVIDADE FÍSICA

1) O(a) Sr (a) fez atividade física no seu tempo livre na última semana ALÉM das aulas de atividade física nos postos? (0)Não (1)Sim (2) BRC Se sim, quantos minutos em média por semana? _____ (descontar as aulas nos postos) 2) Quantas vezes o Sr (a) frequentou às aulas no último mês? _____ (99) BRC 3) Com relação a saúde do(a) Sr.(a) após ter iniciado a atividade física no posto, o senhor acha que: (0) Melhorou muito (1) Melhorou um pouco (2) Nem melhorou nem piorou (3) Piorou um pouco (4) Piorou muito (5) BRC USO DE SERVIÇO DE SAÚDE 4) O Sr (a) tem plano de saúde particular? (0) Não (1) Sim (99) BRC Se sim, há quanto tempo? _____ 5) O(a) Sr(a) usa os serviços de saúde da unidade de saúde perto da sua casa, excluindo as aulas de atividade física? (0) Não (PULE PARA QUESTÃO 7) (1) Sim. (99) BRC Se sim, há quanto tempo? _____ 6) Que tipos de atendimentos geralmente você busca no posto de saúde? (0) Consulta médica de rotina agendada com antecedência	ATFLIV _ MINSEM __ FREULTMS __ SAUAINI _ PLANSDDPAR _ QTEMPO1 __ SERVSDUN _ QTEMP2 __ ATENPOST:_
--	---

(1) Atendimento de urgência (2) Retirar medicamento (3) Consultas com outros profissionais de saúde (4) Participar de grupos de apoio à saúde (5) Faz atividade física (6) Outros _____ (7) NSA (8) BRC	
VISITAS NO POSTO	CONAGEN __ __
7) No último ano, qual foi o número de consultas agendadas, contando com o retorno que o(a) Sr(a) fez? _____ (99) BRC	CONESP __ __
8) No último ano, qual foi o número de consultas espontâneas, contando com o retorno, que o(a) Sr(a) fez? _____ (99) BRC	VEZES1 __
9) Quantas vezes o(a) Sr(a) geralmente vai no posto?(considerar o retorno) _____vezes por (0) dia (1) semana (2) mês (3) ano (4) NSA (5) BRC	IDAPOST _ VEZES2 _
10) Quantas vezes o(a) Sr(a) foi ao posto de saúde nesse último mês? <i>(Fazer a conta de 30 dias pra trás)</i> _____vezes por mês (99) NSA (99) BRC	VEZES3 _
11) Quantas vezes o(a) Sr(a) costumava ir no posto de saúde antes de entrar nas aulas de atividade física nos postos? _____vezes por (0) dia (1) semana (2) mês (3) ano (4) NSA (5) BRC	IDAANTES _ MUDQT _
12) O(a) Sr(a) acha que mudou a quantidade de vezes que o senhor vai aos postos depois de ter entrado no projeto? (0) Não <i>(PULE PARA QUESTÃO 15)</i> (1) Sim (2) BRC	MUDANÇ _
13) Se sim, como foi essa mudança?	

(0) Eu passei a ir mais vezes ao posto de saúde depois que entrei no programa. (1) Eu passei a ir menos vezes ao posto de saúde depois que entrei no programa. (2) NSA (3) BRC 14) Qual seria o motivo mais importante que fez mudar a quantidade de vezes que o senhor foi ao programa? <i>(Deixar o participante responder livremente e depois tentar marcar a opção)</i> <i>(Obs: Pode marcar mais de uma opção?)</i> (0) Passei a usar os serviços de saúde do meu plano de saúde particular. (1) Sou/fui mal atendido e preferi ir menos ao posto (2) Não tenho tempo ou a fila é muito grande (3) Percebi que preciso cuidar mais da minha saúde e passei a ir mais ao posto de saúde. (4) Me senti bem com as atividades físicas e senti menos necessidade de ir até no posto (5) Outros _____ (6) NSA (7) BRC	MOTQT _
NÚMERO DE DOENÇAS 15) Relembre por favor o número de doenças que o(a) Sr(a) tinha antes de iniciar nas aulas dos postos: (0) Não tinha doenças (1) 1 doença (2) duas ou mais (3) BRC Quais eram elas? _____ 16) Relembre por favor o número de doenças que o(a) Sr(a) tem atualmente: (0) Não tenho doenças (1) 1 doença	NDOENANT _ DOENÇA1 _____ NDOENTM _

(2) 2 ou mais (3) BRC Quais são elas? _____ 17) Como o(a) Sr(a) percebia sua saúde antes de iniciar nas aulas dos postos? (Lembrar a data de início ao entrevistado) (0)Excelente (1)Muito Boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) BRC 18) Como o(a) Sr(a) percebe atualmente sua saúde? (0)Excelente (1)Muito Boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) BRC NÚMERO DE MEDICAMENTOS 19) Quais de medicamento o (a) Sr. (a) tomava antes de participar da atividade física do posto? Hipertensão: _____ Diabetes tipo II : _____ Doenças cardíacas: _____ Osteoporose: _____ Artrose: _____ Artrite: _____ (98)NSA (99)BRC 20) Depois que o(a) Sr. (a) entrou no programa, em relação a dosagem dos medicamentos que o (a) Sr.(a) usa : (0) Não mudou (1) Aumentou (2) Diminuiu (3) BRC 21) Em relação ao numero de medicamentos para diabetes/ hipertensão, que o(a) Sr. (a) tomou no ultimo ano :	DOENÇA2_____ PERCSDANT _ PERCSDATU _ MEDANT __ H_____ D_____ DC_____ OS_____ AR_____ ARI_____ DOSMEDEP _
--	---

(0) não mudou (1) Diminuiu (2) Aumentou (3) BRC	MEDDHULTA _
22) Considerando todos os medicamentos que toma, de forma geral depois que entrou no programa (<i>lembrar a data de entrada</i>): (0) Não mudou a quantidade (1) Aumentou a quantidade (2) Diminuiu a quantidade (3) BRC	MEDPSPROG _
MEDIDAS DE PRESSÃO ARTERIAL E GLICOSE	
<u>Pressão arterial</u>	
23) Quantas vezes o(a) Sr(a) costumava medir pressão arterial no posto antes de iniciar nas aulas do posto? (<i>Lembrar a data de início ao entrevistado</i>) (SE NÃO- PUL PARA QUESTÃO 27) _____vezes por (0) dia (1) semana (2) mês (3) ano (4) NSA (5) BRC	VEZES4 _ _
24) Com qual frequência sua pressão arterial ficava descontrolada? _____vezes (0) dia (1) semana (2) mês (3) ANO (4) NSA (5) BRC	AVAPAANT _
25) Quantas vezes o(a) Sr(a) costuma medir sua pressão arterial? (SE NÃO- PULE PARA QUESTÃO 28) _____vezes por (0) dia (1) semana (2) mês (3) ANO (4) NSA (4) BRC	FRQPAVADES _
26) Com qual frequência sua pressão arterial fica descontrolada? _____vezes po (0) dia (1) semanas (2) mês (3) ano (4) NSA (5) BRC	VEZES5 _ _
27) Em relação ao des controle da sua pressão arterial: (0) Era descontrolada a um ano atrás e agora está mais estável (1) Era mais estável a um ano atrás e agora está descontrolada (2) Era descontrolada e continua descontrolada atualmente	VEZES6 _ _ AVAMEDART _ VEZES7 _ _ FRQPAICA _ DESCPA _

(3) NSA (4) BRC	
<u>Diabetes tipo II</u>	
28) Quantas vezes o(a) Sr(a) costumava medir sua glicose para controle de diabetes antes de participar do programa?? <i>(Lembrar a data de início ao entrevistado)</i> (SE NÃO PULE PARA QUESTÃO 30) _____vezes por (0) dia (1) semana (2) mês (3) ano (4)NSA (5) BRC	VEZES8__ AVAMEDGLIC_
29) Com qual frequência a sua glicose ficava descontrolada? _____vezes por (0) dia (1) semana (2) mês (3) ano (4) NSA (5) BRC	VEZES9__ FRQGLIAVDES_
30) Quantas vezes o(a) Sr(a) costuma medir sua glicose para controle de diabetes? (SE NÃO- PULE PARA QUESTÃO 33) _____vezes por (0) dia (1) semana (2) mês (3) ano (4) NSA (5) BRC	VEZES10__ UMAMEDGLIC_ VEZES11__
31)Com qual frequência sua glicose fica descontrolada? _____vezes por (0) dia (1) semana (2) mês (3) ano (4) NSA (5) BRC	FRQGLICDES_
32) Em relação ao descontrolo da sua glicose: (0)Era descontrolada a um ano atrás e agora está mais estável (1) Era mais estável a um ano atrás e agora está descontrolada (2)Era descontrolada e continua descontrolada atualmente (3) NSA (4) BRC	DECGLIC_
NÚMERO DE INTERNAÇÕES:	
33) Qual o número de internações que o (a) Sr.(a) teve um ano antes de começar as atividades no posto? _____vezes . Quais motivos?_____	NINTEVEAN__ MOTIVOS1 _____
(99) BRC 34)Qual o numero de internações que o(a) Sr. (a) teve um ano depois de começar as atividade no posto? _____vezes	NINTEVEDP__ MOTIVOS2

Quais motivos? _____	_____
(99) BRC	
35)No ultimo ano, qual foi o número de internações que o (a) Sr.(a) teve?	UTANINTEV __
_____vezes	MOTIVOS3_____
Quais motivos? _____	_____
(99) BRC	_____
OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!	

12. ANEXOS

12.1 ANEXOS A- Aprovação do comitê de ética



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Rio Claro



DECISÃO CEP Nº 039/2011

Instituição: UNESP – IB – CRC	Departamento: Educação Física
Protocolo nº: 0746	Data de Registro CEP: 07.02.2011
Projeto de Pesquisa: "Efeito da atividade física no uso de serviços de saúde na atenção primária no município de Rio Claro, SP"	

Pesquisa Individual	Pesquisador Responsável: -.-
	Colaborador(a): -.-

Pesquisa Alunos de Graduação	Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Eduardo Kokubun
	Orientando(a): Andrea Elisa Donovan Giraldo Co-orientador(a): Grace Angélica de Oliveira Gomes

Pesquisa Alunos de Pós-Graduação	Pesquisador Responsável: -.-
	Orientador(a): -.-

Objetivo Acadêmico:	☒ TCC
	☐ Mestrado
	☐ Doutorado
	☐ Outros – projeto de pesquisa

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Biociências da UNESP – Campus de Rio Claro, em sua 42ª reunião ordinária, realizada em 24/05/2011

☒ (X)	Aprovou o Projeto de Pesquisa acima citado, ratificando o parecer emitido pelo relator.
☐ ()	Desde que atendidas as pendências apontadas na reunião (vide anexo), aprova o Projeto de Pesquisa acima citado.
☐ ()	Referendou o Projeto de Pesquisa acima citado, ratificando o parecer emitido pelo relator.
☐ ()	Aprovou retornar ao interessado para atendimento das pendências encontradas (prazo máximo de 60 dias):
☐ ()	Não Aprovou.
☐ ()	Retirou , devido à permanência das pendências.
☐ ()	Aprovou o Projeto de Pesquisa acima citado e o encaminha , com o devido parecer, para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP/MS , por se tratar de um dos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c.

➔ **"Formulário para Acompanhamento dos Protocolos de Pesquisa Aprovados"**
Data de Entrega: **Dezembro de 2011**

Rio Claro, 03 de junho de 2011.

Profa. Dra. Maria Izabel Souza Camargo
Coordenadora do CEP

Instituto de Biociências – Seção Técnica Acadêmica
Avenida 24-A nº 1515 - CEP 13506-900 – Rio Claro - S.P. – Brasil - tel 19 3526-4105 - fax 19 3534-0009 - <http://www.rc.unesp.br>

Andrea Elisa Donovan Giraldo

Aluno

Prof. Dr Eduardo Kokubun

Orientador

Profa. Ms. Grace Angélica de Oliveira Gomes

Co-orientadora