

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CARLOS OTÁVIO DE OLIVEIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO DE HOMENS AO
PROGRAMA “CAMINHADA ORIENTADA” DO NASF EM BOCAIÚVA MG**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2013**

CARLOS OTÁVIO DE OLIVEIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO DE HOMENS AO
PROGRAMA “CAMINHADA ORIENTADA” DO NASF EM BOCAIÚVA MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Ms Christian Emmanuel Torres Cabido

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2013**

CARLOS OTÁVIO DE OLIVEIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO DE HOMENS AO PROGRAMA
“CAMINHADA ORIENTADA” DO NASF EM BOCAIÚVA MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Ms Christian Emmanuel Torres Cabido

Banca Examinadora

Prof. Christian Emmanuel Torres Cabido (Orientador)

Prof. _____

Banca Examinadora

Prof^a. Ana Cláudia Porfírio Couto

Prof. _____

Aprovado em Belo Horizonte em: 12 / Abril / 2014

“As partes do corpo que se mantêm ativas envelhecem com saúde, enquanto as inúteis ficam doentes e envelhecem precocemente”

Hipócrates a quase 2500 anos

Dedico este trabalho a meus familiares por estarem sempre ao meu lado e a todos aqueles que acreditam que a ousadia e o erro são caminhos das grandes realizações.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e a minha família pela compreensão dos momentos ausentes.

Agradeço de forma muito carinhosa a todos os usuários e alunos participantes dos projetos de atividades físicas do NASF em especial do projeto Caminhar com Saúde.

Aos Professores do curso Ágora que me fizeram enxergar a importância do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde, e em especial ao meu orientador Professor Christian Emmanuel Torres Cabido pela brilhante tutoria onde por muitas vezes me orientou de forma carinhosa, sugestiva e de muita inteligência.

RESUMO

Em Bocaiúva MG, o projeto “Caminhar com Saúde” foi implantado com objetivos primordiais de atender toda população que utiliza a Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, visando proporcionar mais saúde e qualidade de vida na população adulta do município através da prática da caminhada orientada. As atividades desenvolvidas são caminhadas, alongamentos e exercícios localizados que acontecem diariamente nas praças públicas do município onde totaliza uma média de 854 participantes de ambos os sexos. Entre os frequentadores, 96% são mulheres e somente 04% são homens. Neste sentido, o objetivo principal deste estudo é desenvolver um plano de ação para aumentar a adesão de homens ao programa. Para isso, foi necessário conhecer quais os motivos causadores dessa baixa adesão dos homens. Para organização e implantação adotou-se como estratégia, descrever inicialmente ao plano de ação um diagnóstico situacional onde foram definidos e priorizados os problemas apresentados neste estudo. A partir dos problemas diagnosticados como horário das caminhadas impróprio para a participação, o estilo de vida sedentário e o desconhecimento dos homens ao projeto, foram apresentadas às ações: elaborar melhores horários, aumentar o nível de informação e modificar hábitos e estilo de vida da população. Sendo assim, espera-se que com as ações apresentadas possam aumentar a adesão dos homens a este projeto que objetiva melhorar a saúde e a qualidade de vida da população bocaiuvense.

Palavras Chaves: Atividades físicas; Caminhar com saúde; Plano de ação.

ABSTRAT

In Bocaiúva MG, the " Walk for Health " project was implemented with primary objectives to meet *all* population using the Family Health Strategy and Support Center for Family Health through practice oriented walk aiming to provide better health and quality of life in adult population. The activities are walking, stretching exercises and located that happen every day in the public squares of the city which totals an average of 854 participants of both sexes. Among the attendees, 96 % are women and only 04 % are men. In this sense, the main objective of this study is to develop an action plan to increase the membership of men to the program . For this it was necessary to know the causative reasons for the low uptake of men. To organize and implement the adopted strategy, initially to describe the action plan where a situational diagnosis were defined and prioritized the issues presented in this study. From the problems diagnosed as improper timing of hikes for participation, sedentary lifestyle and lack of men to the project were presented to the actions: develop best times, increase the level of information and modify habits and lifestyle of the population. Thus, it is expected that with the actions presented may increase the adherence of the men in this project that aims to improve the health and quality of life bocaiuvense population.

Keywords: Physical activities; Walking with health; Action plan.

LISTA DE FIGURAS

Tabela 1 Classificação do IMC em adultos sugerido pela ABESO 2010.....	18
Tabela 2 Classificação do IMC em idosos sugerido pelo SISVAN 2004.....	18
Quadro 01 – Prioridades dos Problemas no Diagnóstico Situacional.....	23
Quadro 02 – Descritores do Problema.....	24
Quadro 03 – Nós Críticos.....	25
Quadro 04 – Recursos Críticos.....	26
Quadro 05 – Propostas de Motivação dos Atores.....	26
Quadro 06 – Elaboração do Plano Operativo.....	27
Quadro 07 – Acompanhamento do Plano de Ação.....	28
Quadro 08 – Acompanhamento do Plano de Ação.....	28
Quadro 09 – Acompanhamento do Plano de Ação.....	28

LISTA DE SIGLAS

ACSM	Colégio Americano de Medicina do Esporte
ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade
AFG	Atividade Física Global
AFL	Atividade Física no Lazer
DEXA	Ressonância magnética nuclear e a absorptometria de raio-X de dupla energia
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia da Saúde a Família
GLUT4	Proteína transportadora da glicose
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
NASF	Núcleo de Apoio a Assistência à Família
OC	Obesidade Central
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
QIAF	Questionário Internacional de Atividade Física
SF	Saúde da Família
SIVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SM	Síndrome Metabólica
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2 MÉTODOS	Erro! Indicador não definido.
3 REVISÃO DE LITERATURA	Erro! Indicador não definido.
3.1 Sedentarismo	Erro! Indicador não definido.
3.2 Sedentarismo e Obesidade	Erro! Indicador não definido.
3.3 Atividades Físicas / Exercícios Físicos.....	Erro! Indicador não definido.
3.4 Relação entre gênero e prática de atividade física.	Erro! Indicador não definido.
4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	Erro! Indicador não definido.
4.1 Definição dos Problemas	Erro! Indicador não definido.
4.2 Priorização de Problemas	Erro! Indicador não definido.
5 PLANO DE AÇÃO	Erro! Indicador não definido.
5.1 Adesão dos homens de Bocaiúva a participarem do projeto Caminhar com Saúde	Erro! Indicador não definido.
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS:.....	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE	Erro! Indicador não definido.

1 INTRODUÇÃO

O município de Bocaiúva localiza-se na região Norte do Estado de Minas Gerais, a 369 km da capital mineira. Distante 42 km de Montes Claros, o centro comercial mais próximo. Possui uma área total de 3.232 km² e uma população estimada em 46.623 habitantes para o ano de 2009, tendo uma densidade demográfica de 14,4 habitantes por km² (IBGE 2010). É banhado pelos rios Jequitinhonha e Guavinipan e tem como principal bacia a do rio Jequitinhonha e São Francisco.

Com o passar do tempo, Bocaiúva foi tornando-se um município de destaque na região. É a porta de entrada do Norte de Minas Gerais e polarizador dos pequenos municípios que o circundam. Dentro de uma escala que varia de 20.000 a 50.000 habitantes, o município é considerado como de pequeno porte II, sendo o de maior destaque da microrregião a qual pertence, onde estão inseridos os municípios de Engenheiro Navarro, Guaraciama, Olhos D`Água e Francisco Dumont.

Distribuindo os valores populacionais de Bocaiúva que representa 46.623 habitantes, 36.600 (78,4%) residem na zona urbana e 10.054 (21,6%) na zona rural. Quanto ao gênero, a população é composta de 23.288 (49,9%) mulheres e 23.368 (50,1%) homens (IBGE 2010).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é um projeto federal que tem como meta principal a atenção básica à família. Este deve ser constituído por uma equipe multiprofissional atuando em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família (SF). Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Em Bocaiúva MG, o NASF foi implantado no dia 01/02/2010 e conta com cinco profissionais da saúde: fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, psicólogo e assistente social.

Os trabalhos do NASF em Bocaiúva são divididos em visitas domiciliares, grupos operativos, atendimentos individuais e em grupo e educação permanente. Além de atender a zona urbana do município, a equipe se desloca todas as quintas-feiras

para atender os distritos de Terra Branca, Alto Belo, Sentinela e Engenheiro Dolabela assim como os povoados adjacentes dos distritos citados.

Dentre os trabalhos citados, são priorizados os atendimentos clínicos de nutrição, psicologia, reabilitação, assistência social e programas de atividades físicas através de caminhada orientada bem como práticas lúdicas e recreativas dentro do projeto “Caminhar com Saúde”.

O projeto “Caminhar com Saúde” foi implantado no município no dia 01/03/2010 sob responsabilidade e coordenação do educador físico do NASF. Este projeto tem como objetivos primordiais atender toda população que utiliza a Estratégia da Saúde a Família (ESF) através da prática da caminhada orientada. As atividades desenvolvidas acontecem diariamente nas praças públicas do município, divididas em 16 núcleos de caminhada, assim como nos quatro distritos totalizando uma média de 854 participantes cadastrados de ambos os sexos (1,83% da população).

Antes de iniciar a programação esportiva os participantes são avaliados por um enfermeiro ou médico do Programa de Saúde da Família (PSF) ao qual são cadastrados e posteriormente, são submetidos a uma avaliação física funcional realizada pelo Educador Físico do NASF.

O programa Caminhar com Saúde na zona urbana do município ocorre em três núcleos: Núcleo 1 (ou Central) na praça do Hospital Dr. Gil Alves, Núcleo 2, Praça do Sindicato e Núcleo 3, no Posto de Saúde Paulo Vieira Souto (no prédio do NASF). As atividades desenvolvidas nestes núcleos são ginásticas localizadas, alongamentos e caminhadas orientadas três vezes por semana sempre de 07:00h as 08:30h. Os usuários cadastrados nos três núcleos incluem pessoas de ambos os sexos, incluindo crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos.

Hoje, depois de 3,6 anos de andamento do programa, temos um registro de 685 usuários cadastrados e frequentes nestes núcleos, sendo que entre os frequentes, 655 (95,6%) são formadas pelas mulheres e somente 30 (4,4%) incluem os homens. Há de se considerar que a população adulta de Bocaiúva a partir dos 20 anos de

idade totaliza 30.027 (64,4%) pessoas, sendo que 14.840 são homens e 15.147 são mulheres (IBGE 2010).

Neste sentido, o objetivo principal deste estudo é desenvolver um plano de ação para aumentar a adesão de homens ao programa Caminhar com Saúde do NASF de Bocaiúva MG. No entanto, para que o plano de ação seja efetivo, primeiro é necessário conhecer quais os motivos causadores dessa baixa adesão. Sendo Assim, o objetivo secundário é identificar os motivos da reduzida participação dos homens no projeto Caminhar com Saúde.

2 MÉTODOS

Após detectar uma baixa adesão dos homens no projeto de atividade física do NASF em Bocaiúva, foi realizada uma pesquisa de campo através de um questionário fechado para saber os motivos desta baixa adesão (APÊNDICE A). A partir de então, foi sugerida uma proposta de um plano de ação para solucionar esse problema.

A fundamentação teórica deste trabalho foi realizada através de pesquisa bibliográfica nas Bases de Dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Libray Online (SciELO), Google Acadêmico e em documentos do Ministério da Saúde. Foram priorizados os trabalhos publicado em periódicos nacionais utilizando os seguintes termos: horário de atividade física; atividade física e sedentarismo; atividade física e gênero. O recorte temporal utilizado privilegiou os artigos publicados nos últimos cinco anos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Sedentarismo

Segundo Ferreira (1999), o termo “sedentário” originou do latim que significa *sedentarium*; aquele que está comumente sentado; que anda ou se exercita pouco; inativo, aquele que tem vida sedentária. Nahas (2010) define como sedentário, “o indivíduo que tenha uma rotina semanal com gasto energético inferior a 500 Kcal em atividades físicas”. O sedentarismo é um dos maiores problemas de saúde pública do século XXI. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), o sedentarismo é considerado o quarto maior fator de risco de morte no mundo.

Estudos epidemiológicos envolvendo o nível de atividades físicas comumente utilizam o Questionário Internacional de Atividade Física (QIAF) ou International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) como instrumento de avaliação. Este questionário foi proposto pela Organização Mundial de Saúde sendo testado em diversos países, entre eles o Brasil (GRAFF-IVERSEN *et al.*, 2007).

Neste sentido, a prevalência da inatividade física no Brasil avaliado pelo IPAQ foi observada por Zancheta *et al.* (2010), em estudo realizado em São Paulo com 2.050 pessoas adultas de ambos os sexos de 18 a 59 anos. O estudo revelou que a inatividade física nos adultos aumenta com o avançar da idade (GUIMARÃES, CESAR, 2005). Já Fuchs *et al.* (1993) estimam que a prevalência do sedentarismo no Brasil seja de até 56% nas mulheres e 37% nos homens, na população urbana brasileira. Esse resultado está de acordo com Mazo *et al.* (2005), ao apresentarem que o aumento da idade resulta em uma diminuição da prática de atividade física, fazendo com os idosos se tornem cada mais sedentários. Portanto, é importante estar atento a essa situação, pois o sedentarismo não é um fator de risco isolado, associado a ele estão presentes as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, o Acidente Vascular Encefálico (AVE), diabetes mellitus, complicações respiratórias e obesidade (McARDLE, 2003).

As Doenças Cardiovasculares (DCV) compreendem as doenças circulatórias, que apresenta como principal causa a aterosclerose (SCHMIDT *et al.*, 2011). Entre

principais fatores de risco das DCV destacam-se a idade, tabagismo, dislipidemia, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), diabetes mellitus, história familiar, obesidade central, sedentarismo, dieta rica em colesterol e gorduras e estresse psicossocial. A presença de nove destes fatores explica quase 90% do risco atribuível de doença na população ao redor do mundo (National Institute for Health and Clinical Excellence, (2006), citado por Petterle, Polanczyk (2011).

Como fator de risco das DCV e associada ao sedentarismo, a HAS é uma doença crônico-degenerativa não transmissível, sem causas ou fatores etiológicos específicos. Estima-se que 17 milhões (30%) da população brasileira a partir de 40 anos é portadora da HAS e que 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras (BRASIL, 2006). Modificações no estilo de vida, incluindo exercício físico, são recomendadas no tratamento da HAS. O efeito fisiológico do exercício físico sobre os níveis de repouso da pressão arterial é importante, pois o paciente hipertenso pode diminuir a dosagem dos medicamentos anti-hipertensivos ou podendo ter sua pressão arterial controlada sem a adoção de medidas farmacológicas (FUCHS *et al.*, 1993; RONDON e BRUM, 2003).

Outro fator associado ao sedentarismo é o diabetes, que resulta em complicações para a saúde como, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (MINSTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1 (DM1), conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2 (DM2), conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos.

O exercício físico contribui de forma benéfica para os indivíduos portadores da diabetes tipo 1 e 2 devido a vários fatores fisiológicos como: diminuição da resistência à insulina, atenuação do controle glicêmico, melhora da sensibilidade à insulina, aumento da densidade capilar, aumento da expressão e translocação de GLUT4 (proteína responsável para o transporte da glicose da membrana para o citosol da célula) (JESSEN e GOODYEAR, 2005).

3.2 Sedentarismo e Obesidade

A obesidade é uma doença crônica, pode ser definida como o acúmulo de gordura no corpo. Esse acúmulo, na grande maioria das vezes, ocorre devido a um balanço positivo de energia em que a ingestão de nutrientes é maior que o gasto calórico deles. Nesse caso é designada como obesidade exógena que corresponde a 95% dos casos de obesidade (GOULAR e VIANA, 2008).

Em alguns poucos casos (5%), a obesidade pode ser decorrente de doenças endócrino-metabólicas ou genéticas, sendo então denominada obesidade endógena (hipotireoidismo, Cushing, excesso de androgênios, síndromes genéticas, etc.) (GOULAR, VIANA, 2008).

A obesidade é consequência do balanço energético positivo que leva à perda importante da quantidade e qualidade de vida (WHO, 2000). Os dois aspectos mais relacionados a um quadro de balanço energético positivo têm sido mudanças no consumo alimentar, com aumento do fornecimento de energia pela dieta, e redução da atividade física (MENDONÇA e ANJOS, 2004). Quando comparados aos indivíduos com peso normal, aqueles com sobrepeso e obesidade possuem maior risco de desenvolver diabetes mellitus, dislipidemia e hipertensão arterial, condições que favorecem o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAUDE, 2003).

Dentre os fatores de risco supracitados, tem-se dado importância especial à obesidade central (OC), em virtude do fato de que a distribuição visceral de gordura está relacionada com a síndrome metabólica (SM), fator chave para predisposição de várias fisiopatologias (PAULO *et al.*, 2006).

O diagnóstico clínico para avaliar obesidade em crianças, adultos e idosos pode ser realizado com técnicas avançadas como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética nuclear e a absorptometria de raio-X de dupla energia (DEXA) (ERIKA, 2006). No entanto, essas técnicas são inviáveis para estudos populacionais, devido ao custo elevado. Sendo assim, o IMC é recomendado para a medida de

grandes populações e na prática clínica, além de apresentar validade em relação às técnicas consideradas “Padrão-Ouro” (ANJOS, 1992).

O IMC é calculado através da fórmula: peso dividido pela altura ao quadrado; (peso) / (altura x altura). Sendo que este índice é expresso em quilograma por metro quadrado (kgm^2) (FERNANDES, 2003).

Uma limitação importante desse método é que ele não distingue ganho de peso por aumento da massa muscular, edema ou peso dos ossos (FERNANDES, 2003). De acordo com Anjos (1992), o IMC é recomendado para a medida de sobrepeso e obesidade populacional e na prática clínica. A classificação clínica de sobrepeso segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO, 2010) e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN, 2004) corresponde os valores das tabelas 1 e 2.

Tabela 1: Classificação do IMC para adulto sugerido pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade.

Classificação do IMC em adultos	
IMC (kg/m^2)	Classificação
< 18,5	Baixo Peso
18,5 a 24,9	Eutópico
25 a 29,9	Sobrepeso
30 a 34,9	Obesidade Moderada
35 a 39,9	Obesidade Severa
> 40	Obesidade Mórbida

Fonte: ABESO (2010).

Tabela 2: Classificação do IMC para Idoso sugerido pelo Ministério da Saúde (SISVAN, 2004)

Classificação do IMC em idosos	
IMC (kg/m^2)	Classificação
< 22	Baixo Peso
22 a 27	Adequado ou Eutópico
> 27	Sobrepeso

Fonte: Lipschitz (1994).

3.3 Atividades Físicas / Exercícios Físicos

Segundo Cheic et. al., (2003) atividade física é “qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso” enquanto que exercício físico é uma forma específica de atividade que implica na execução planejada e sistemática de sessões de atividade física e conseqüente melhoria da capacidade funcional (CASPERSEN et. al., 1985).

Nos estudos epidemiológicos, a atividade física vem sendo propostas em dois contextos: atividade física no lazer (**AFL**) – que engloba jogos, esportes, caminhadas e exercícios físicos realizados no tempo livre; atividade física global (**AFG**) - que inclui, além das atividades de lazer, aquelas realizadas como meio de locomoção, no trabalho e nas ocupações domésticas (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008; PITANGA e LESSA, 2005). A maioria dos estudos epidemiológicos analisa em geral a atividade física no contexto de lazer, sendo que evidências de associações entre saúde e atividade física global ainda são escassas e controversas (GUIMARÃES, 2005).

A recomendação do Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM, 1995) para diminuir a incidência de morbidade e de mortalidade, causada pelas consequências do sedentarismo, é que indivíduos adultos devem praticar pelo menos 30 minutos de atividade física de moderada intensidade, cinco vezes ou mais por semana (PATE *et al.*, 1995), sendo a mesma recomendação feita pelo departamento de saúde do Reino Unido (DEPARTMENT OF HEALTH, PHYSICAL ACTIVITY HEALTH IMPROVEMENT AND PREVENTION, 2004).

3.4 Relação entre gênero e prática de atividade física

Compreender os motivos que levam as pessoas a aderirem a prática de atividade física é considerada uma excelente ferramenta para auxiliar os profissionais envolvidos nesta área. Principalmente ao se considerar que o número de sedentários ainda é crescente e que, cada vez mais, esse fato tem se tornado algo preocupante no que se diz respeito a saúde da população brasileira (GONÇALVES e ALCHIERI, 2010). De acordo com Esculcas e Mota (2011), a acessibilidade às

práticas de atividade física no tempo de lazer é claramente dependente de um conjunto de fatores, dentre eles o sexo e a idade.

Uma pesquisa epidemiológica realizada com indivíduos adultos na área rural de Minas Gerais sobre a prática de AFL revelou que os homens foram mais ativos que as mulheres no lazer como deslocamentos e trabalho, enquanto as mulheres foram mais ativas no ambiente doméstico (BICALHO *et al.*, 2011). Relatando especificamente a prática de AFL, o percentual de indivíduos que atingiu os 150 minutos e serem considerados fisicamente ativos (conforme índice da Organização Mundial de Saúde), foi cerca de três vezes maior entre os homens em comparação às mulheres (BICALHO *et al.*, 2011).

Dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2009) identificaram que a frequência de atividade física no grupo de adultos brasileiros pesquisados foi maior para os homens (14,7%) em relação as mulheres (11,3%). Dados similares foram encontrados em Belo Horizonte, onde os homens também possuem uma maior adesão a estas práticas (21,2%) do que as mulheres (15,8%).

Nesse sentido, visando compreender o fenômeno da adesão às práticas de AFL entre gêneros, verificamos na literatura que na idade adulta os homens são mais ativos fisicamente que as mulheres. Possivelmente pelo fato de que esse cálculo de nível de atividade física considera os deslocamentos para o trabalho, maior prática esportiva e por envolver razões de estéticas. No entanto, com o processo de envelhecimento os homens diminuem o nível de atividades físicas se comparados com as mulheres devido a alguns fatores como vaidade, ignorar a necessidade dos exercícios e a manifestação de algumas doenças. Segundo Tamayo *et al.* (2001), para o adulto aderir à atividade física é mais complicado, pois a aderência não ocorre imediatamente após o início da prática, há um processo lento da inatividade até a sua manutenção. Portanto, é observado no projeto Caminhar com Saúde na cidade de Bocaiúva MG, uma grande participação das mulheres, em relação aos homens, sendo necessário conhecer os motivos que levam a baixa adesão dos homens a este projeto.

4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

O projeto “Caminhar com Saúde” foi desenvolvido pelo NASF em 2010, com proposta de atender toda população bocaiuvense que utiliza a Estratégia da Saúde a Família (ESF) através de palestras educativas, ginástica localizada, alongamentos, avaliação física, caminhada orientada e comemorações das datas especiais como dia mundial da atividade física, dia mundial do controle do câncer de mama, agita Bocaiúva, entre outras. Dentre as atividades desenvolvidas no programa, a participação dos homens é sempre mínima em relação à participação das mulheres. Mediante este fato, foi preciso conhecer os motivos que resultam na pouca adesão dos homens ao programa.

Para isso, foi realizada uma pesquisa através de um questionário com 16 perguntas fechadas (APÊNDICE A), que era direcionado aos homens que não frequentam o programa, mas que tivessem algum grau de parentesco com alguma mulher participante (maridos, filhos, namorados ou parente de primeiro grau). As mulheres levavam o questionário para os domicílios e pediam para que os homens respondessem as perguntas. As mulheres foram orientadas a não influenciar nas respostas. Após respondido, o questionário foi entregue ao Professor Coordenador do projeto, para a interpretação dos dados. Durante a pesquisa foi preservado o anonimato dos entrevistados, uma vez que não havia nenhum registro de identificação no questionário.

4.1 Definição dos Problemas

Após análise do questionário, os aspectos observados que mais parecem influenciar na baixa adesão dos homens em participar do projeto caminhar com saúde são:

- Horário - 70% dos entrevistados gostariam de participar da caminhada, mas o horário não facilita,
- Desconhecimento do projeto - 44% dos entrevistados não conhecem o projeto,
- Vida Sedentária - 74% dos entrevistados não praticam outra atividade física.

4.2 Priorização de Problemas

Observando criteriosamente as 16 respostas dos entrevistados, na sequência destacaremos as três principais questões que podem representar os motivos da baixa adesão dos homens sobre o programa de atividades físicas do NASF.

A maioria dos homens entrevistados gostaria de participar da caminhada, mas o horário (matutino) não facilita, supondo que seja por motivos de trabalhos. A alternativa então confirma a mudança da programação incluindo novos horários principalmente a noite a partir das 19:00h.

Quando perguntados se conheciam o projeto, 44% dos entrevistados falaram que não conheciam. Indicando que o Prefeito Municipal deve investir mais na divulgação dos projetos municipais, sugerindo assim divulgação através de rádios locais (AM e FM), cartaz, outdoor, jornais e outras formas existentes no município.

A grande maioria dos entrevistados (74%) não frequenta ou participa de qualquer atividade física, mantendo assim um comportamento sedentário. Demonstrando a necessidade de aumentar o nível de informação da população sobre os benefícios da prática regular de atividade física.

5 PLANO DE AÇÃO

5.1 Adesão dos homens de Bocaiúva a participarem do projeto Caminhar com Saúde

A elaboração deste plano de ação tem por finalidade desenvolver propostas visando aumentar a adesão dos homens à prática regular de atividade física no projeto Caminhar com Saúde. Serão articuladas ações que visam facilitar esta adesão, prevendo a participação dos homens nos vários núcleos de caminhada orientada existentes no nosso município. Sendo assim, será enviada ao secretário municipal de saúde uma proposta alternativa propondo uma alteração na programação incluindo um horário noturno nos mesmos dias da semana, o que possivelmente fará necessário a contratação de mais profissionais ou adequar os horários dos já existentes. No quadro 01, são apresentados os problemas priorizados.

Quadro 01 – Classificação de Prioridades para os Problemas identificados no Diagnóstico Situacional do projeto Caminhar com Saúde.

Caminhar com Saúde – Priorização dos Problemas				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Horário	Alta	7	Parcial	1
Vida Sedentária	Alta	7	Parcial	2
Desconhecimento do Projeto	Alta	6	Parcial	3

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Descrição dos Problemas selecionados

Uma vez definido o problema (horário das atividades), serão abordadas propostas visando facilitar a participação dos homens e com isto, aumentar a adesão dos mesmos no projeto. Serão articuladas ações que visam facilitar esta adesão, incluindo um horário noturno a partir das 19:00h nos dias semanais segunda, quarta e sexta-feira, divulgar o projeto e explicar os homens os perigos do sedentarismo.

Quadro 02 – Descritores do problema

Descritores	Sugestões
Horário	Horários a partir das 19:00h
Vida Sedentária	Descrever os perigos do sedentarismo
Desconhecimento do Projeto	Divulgar o projeto

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Explicação do Problema

Esta etapa tem como objetivo entender a gênese que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas.

Causas relacionadas à baixa adesão dos homens ao projeto:

- Horário das caminhadas: Horário impróprio para as pessoas que trabalham durante o dia; Sistema voltado somente para as pessoas que tem o dia livre; Falta de programação exclusiva para atendimentos noturnos
- Estilo de vida sedentário: Estimular a prática de atividades físicas dos homens através de palestras e por indicação médica, psicológica e entre outros profissionais da saúde
- Desconhecimento do projeto Caminhar com Saúde: Pouca divulgação na mídia da cidade;

Seleção dos “Nós Críticos”

Nesta etapa é necessário que realize uma análise para identificar a causa do problema, por isto, utilizaremos o termo “Nó Crítico”. Segundo Cardoso *et al.*, (2008), trata-se de um tipo de causa de um problema que quando trabalhada pode ser transformada dentro da realidade da localidade.

NC: Nó Crítico

NC1: Adequação de novos horários

NC2: Desinformação do projeto

NC3: Hábitos de vida sedentária

Desenhos das Operações

Quadro 03 – Desenho das operações para os “Nós Críticos”.

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
NC1: Adequação de horários	Cuidar Melhor Aumentar os horários de atendimentos	Aumentar o número de adesão dos homens	Caminhada orientada pelo NASF no horário noturno	Organizacional: organizar novos horários de caminhadas Cognitivo: conhecimento da importância da caminhada para os homens Político: apoio da gestão, aquisição de novos horários nas praças públicas. Financeiro: aumentar a carga horária ou contratar novos funcionários.
NC2: Desinformação do projeto	Saber + Aumentar o nível de informação sobre o projeto Caminhar com Saúde	Informar a população adulta masculina sobre o projeto	Campanhas educativas; Grupos operativos; Divulgação pelos Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos e funcionários do NASF.	Organizacional: divulgar nas rádios, jornais, cartazes, outdoor entre outros. Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias relevantes. Político: apoio da gestão, espaços nos meios de comunicação. Financeiro: divulgar através das rádios, jornais, cartazes e outdoor.
NC3: Hábitos de vida sedentários	+ Saúde Aumentar o nível de adultos masculinos ativos fisicamente	Aumentar o % de homens se comparados às mulheres Diminuir o índice de absenteísmo no trabalho e de sedentários	Campanhas educativas; Grupos operativos; Convidar a população através dos funcionários e assistidos pelos PSF e NASF.	Organizacional: organizar grupos de caminhada Cognitivo: conhecimento sobre os perigos do sedentarismo. Político: apoio da gestão, aquisição de novos horários nas praças públicas. Financeiro: aumentar a carga horária ou contratar novos funcionários.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Identificação dos Recursos Críticos

Quadro 04 – Recursos críticos para o problema “a Baixa Adesão dos homens no projeto Caminhar com Saúde”.

Operação/Projeto	Recursos Críticos
Cuidar Melhor Elaborar melhores horários para a população	Político: apoio da gestão, aquisição de novos horários nas praças públicas. Financeiro: aumentar a carga horária ou contratar novos funcionários.
Saber + Aumentar o nível de informação da população	Político: apoio da gestão, espaços nos meios de comunicação. Financeiro: divulgar através das rádios, jornais, cartazes e outdoor.
+ Saúde Modificar hábitos e estilo de vida	Político: apoio da gestão, aquisição de novos horários nas praças públicas. Financeiro: aumentar a carga horária ou contratar novos funcionários.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Análise de Viabilidade do Plano

Quadro 05 – Propostas de ações para Motivação dos Atores

Operação/Projeto	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Operações Estratégicas
		Ator que Controla	Motivação	
Cuidar Melhor Elaborar melhores horários para a população	Político: apoio da gestão, aquisição de novos horários nas praças públicas. Financeiro: aumentar a carga horária ou contratar novos funcionários.	Secretaria de Saúde Coordenador da ESF	Favorável	Apresentar o projeto ao Secretário Municipal de Saúde
Saber + Aumentar o nível de informação da população	Político: apoio da gestão, espaços nos meios de comunicação. Financeiro: divulgar através das rádios, jornais, cartazes e outdoor.	Secretário Municipal de Saúde e Coordenador da ESF Prefeito Municipal	Favorável	Apresentar o projeto ao Secretário Municipal de Saúde e Prefeito Municipal
+ Saúde Modificar hábitos e estilo de vida	Político: apoio da gestão, aquisição de novos horários nas praças públicas. Financeiro: aumentar a carga horária ou contratar novos funcionários.	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto ao Secretário Municipal de Saúde

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Elaboração do Plano Operativo

Será realizada aqui a elaboração do plano operativo que tem como objetivo principal designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações.

Quadro 06 – Plano Operativo

Operação	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Cuidar Melhor Aumentar os horários de atendimentos	Aumentar o número de adesão dos homens	Caminhada orientada pelo NASF no horário noturno	Apresentar o projeto ao Secretário Municipal de Saúde	Educador Físico do NASF e Coordenadora da ESF	A partir de janeiro de 2014
Saber + Aumentar o nível de informação sobre o projeto Caminhar com Saúde	Informar a população adulta masculina sobre o projeto	Campanhas educativas; Grupos operativos; Divulgação pelos ACS, Enfermeiros e Médicos e funcionários do NASF.	Apresentar o projeto ao Secretário Municipal de Saúde e Prefeito Municipal	Equipe de ESF (Médicos, Enfermeiros, Agentes de Saúde, integrantes do NASF) e Prefeito Municipal	A partir de dezembro de 2013
+ Saúde Aumentar o nível de homens adultos ativos fisicamente	Aumentar o % de homens participantes do projeto Diminuir o índice de absenteísmo no trabalho e de sedentários	Campanhas educativas; Grupos operativos; Convidar a população através dos funcionários e assistidos pelos PSF e NASF.	Apresentar o projeto ao Secretário Municipal de Saúde	Equipe de ASF	A partir de janeiro de 2014

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Gestão do Plano

Nesta etapa será realizada a exposição da gestão do plano. Os objetivos é desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento deste plano e seus respectivos instrumentos.

Quadro 07 – Acompanhamento do Plano de ação

Operação “Cuidar Melhor”					
Coordenação: Educador Físico do NASF e coordenadora da ESF / avaliação 6 meses após iniciar					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Caminhada orientada noturna	Carlo Otávio de Oliveira e Lílian Jaqueline	3 meses	Implantação do programa	Programa em estudo	-----

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Quadro 08 – Acompanhamento do Plano de ação

Operação “Saber +”					
Coordenação: Secretário Municipal de Saúde e Prefeito Municipal / avaliação 6 meses após iniciar					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Informar a população adulta masculina sobre o projeto	Eron dos Santos e Ricardo Afonso Veloso	3 meses	Implantação do programa	Programa em estudo	1 Mês

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Quadro 09 – Acompanhamento do Plano de ação

Operação “+ Saúde”					
Coordenação: Equipe ESF / avaliação 6 meses após iniciar o projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Aumentar o % de homens se comparados às mulheres	Equipe ESF	3 meses	Implantação do programa	Programa em estudo	3 Meses

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde no seu amplo entendimento é conceituada como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, sendo assim relevantes as organizações e as estratégias políticas para oferecer saúde à população. O processo de envelhecimento associado ao sedentarismo e ao estilo de vida são componentes típicos que antagonizam a saúde.

Entretanto, o envelhecimento e a longevidade é uma ocorrência nata na vida do ser humano atual e que está em crescente ascensão. Sendo assim, é necessário que para atingir estes avanços paralelamente embasem a promoção à saúde e a qualidade de vida, com uma reflexão sobre a maneira como a população está sendo interpretada e atendida pelos profissionais de saúde. A prática regular de atividade física é considerada fundamental e bastante importante, pois possibilita benefícios que contribuem efetivamente para um envelhecimento ativo e saudável.

Evidências científicas têm mostrado que a prática de atividade física regular promove vários benefícios à saúde como, menor risco de desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes, alguns tipos de câncer, obesidade, quadros de depressão e ansiedade entre outras morbidades.

O incentivo, apoio e estímulo à caminhada orientada como prática de exercícios físicos realizados regularmente pode ser uma excelente opção para a população, pois é de fácil acesso, não tem custos adicionais e proporciona benefícios para a comunidade, além de contribuir efetivamente para a diminuição dos comportamentos sedentários.

A iniciativa pretendida neste estudo contempla as diretrizes da Política Nacional de Promoção à saúde, fortalece as ações das Equipes Saúde da Família (ESF) assim como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no âmbito do atendimento em saúde a população, pois se trata de um investimento acessível, barato e com várias vantagens e benefícios para a sociedade.

REFERÊNCIAS:

ABESO: Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. – 3ª ed. p19-20, 2009.

ANJOS LA. Obesidade nas sociedades contemporâneas: O papel da inatividade física. In: Anais do 3º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde, Florianópolis, **Universidade Federal de Santa Catarina**, p.33–40, 2001.

ANJOS LA. Índice de massa corporal (massa corporal. altura⁻²) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão de literatura. Ver. **Saúde pública**. São Paulo, 26(6): 431-6, 1992. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101992000600009&script=sci_arttext

BICALHO PG. *et al.* Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 11 out. 2013.

BRASIL: Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Saúde da Família. **Caderno da Atenção Básica – nº 15**, p.7, Brasília, 2006.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf>

Acesso em 3 set, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: **Ministério da Saúde**, p.9, 2006.

CHEIC NC *et al.* Efeitos do exercício e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v.11, n.3, p.45-52, jul./set. 2003.

CASPERSEN *et al.* Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, v.100 n.2, p.126-131, 1985.

Department of Health, Physical Activity Health Improvement and Prevention. At least five a week: evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. London: **Chief Medical Officer Annual Report**; 2004.

DUMITH S. Proposta de um modelo teórico para adoção da prática de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v.38, n.2, p.79-87, 2008.

DUNN AL, ANDERSON RE, JAKICIC JM. Life physical activity interventions. History, short-and-long-term effects, and recommendations. **Am J Prev Med**, v.15, n.4, p.398-412, 1998.

ERIKA AS, GILBERTO K, LARISSA SB. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classifi-

cação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7):1569-1577, jul, 2009.

ESCULCAS C, MOTA J. Atividade física e práticas de lazer em adolescentes. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v.5, n.1, p.69-76, jan. 2005.

FERNANDES FJ. A prática da avaliação física: testes, medidas e avaliação física em escolares, atletas e academias de ginástica. 2^o ed. **Shape**, 2^a Ed. p.266, 2003.

FERREIRA ABH. Novo Aurélio XXI: o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: **Nova Fronteira**. 3 ed. p2128, 1999.

FUCHS FD, MOREIRA DM, RIBEIRO JP. Eficácia anti-hipertensiva do condicionamento físico aeróbio. Uma análise crítica das evidências experimentais. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 61(3): 187-90, 1993.

GOMES MA, DUARTE MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família. Programa Ação e Saúde Floripa, Brasil. **Revista Brasileira de Atividade física e Saúde**. v.13, n.1: p.44-56, 2008.

GUIMARÃES VMV, CÉSAR CLG. Atividade física In: CÉSAR CLG *et al.* Saúde e condição de vida em São Paulo. **Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo**. São Paulo: USP/FSP, 2005.

GONÇALVES MP, ALCHIERI JC. Motivação à prática de atividade física: um estudo com praticantes não-atletas. **Psico – USF**, v.15, n.1, p.125-134, jan./abr. 2010.

GOULAR, LMHF, VIANA MRA. Caderno de estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (**CEABSF/NESCON/FM/UFG**). ISBN 978-85 - 7825 - 010 - 2 p.65, 2008.

GRAFF-IVERSEN S, *et al.*, An adapted version of the long International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-L): **construct validity in a low-income, multiethnic population study from**. Oslo, Norway. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 4:13, 2007.

IBGE: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Estimativa da população para 2010. Disponível em:
<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_urb_rur.php?codigo=310730> acesso em 17 de Julho de 2013.

JESSEN N, GOODYEAR LJ. Contraction signaling to glucose transport in skeletal muscle. **J Appl Physiol**. 99:330-7, 2005.

KUCZMARSKI RJ. Prevalence of overweight and weight gain in the United States. **Am J Clin Nutr**; 55:495S-502S, 1992.

KUSKOWSKA-WOLK A, BERGSTRoM R. Trends in body mass index and prevalence of obesity in Swedish women 1980-89. **J Epidemiol Comm Health**, 47:195-9, 1993.

McARDLE, KATCH e KATCJ (2003). Citado por DOMINGUEZ AGD, FERRAZ E, ULTRA F, OLIVEIRA J, ANASTÁCIA M. Sedentarismo: A inatividade física que pode comprometer sua vida. **Revista Eletrônica de Fisioterapia, Centro Universitário UNIEURO**; Vol. II, Abr / Set 2008.

MAZO GZ, MOTA J, GONÇALVES LHT, MATOS MG. Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. **Revista Portuguesa Ciências do Desporto** v.5, p.202-212, 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-05232005000200009&script=sci_abstract> Acesso em 22 ago, 2013.

MENDONÇA CP, ANJOS LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.698-709, mai-jun. 2004.

MUST A SPADANO J, COAKLEY EH, FIELD AE, COLDITZ G, DIETZ WH. The disease burden associated with overweight and obesity. **JAMA**, 282:1523-9, 1999.

NAHAS MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 5ªed. revista E atual. Londrina: **Midiograf**, 2010.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Disponível em: <http://guidance.nice.org.uk/TA94>. Citado por PETERLE WC, POLANCZYK CA. Avaliação Crítica dos Escores de Risco. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul** • Ano XIX nº 23 Set/Out/Nov/Dez 2011.

OKUMA SS. O idoso e a atividade física. Campinas, São Paulo: **Papirus**, 1998.

OMS: Organização Mundial de Saúde (2011). **Benefits of physical activity**. Disponível em:<<http://www.who.int/moverforthehealth/advocacy/information sheets/benefits/en/index.html>>. Acesso em: 21 set, 2013.

ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAUDE. Doenças crônico-degenerativas: **estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, DF, 2003.

PATE RR, PRATA M, BLAIR SN, HASKELL WL, MACERA CA, BOUCHARD C. Rastreamento do Sedentarismo em Adultos e Intervenções na Promoção da Atividade Física na Atenção Primária à Saúde. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the **American College of Sports Medicine**. **JAMA**, 273:402-7, 1995.

PAULO JB, BARBOSA IL, NAOMAR AF, LUCÉLIA BNC, MAGALHÃES JA. Critério de obesidade Central em População Brasileira: impacto sobre a Síndrome metabólica. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. p 407-414, 2006.

PITANGA, FJG, LESSA I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 870-877, maio/jun. 2005.

PETTERLE WC, POLANCZYK CA. Avaliação Crítica dos Escores de Risco. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul**. Ano XIX nº23, p1-6, Set/Out/Nov/Dez 2011.

RONDON MUPB, BRUM PC. Exercício físico como tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. p.134-139, 10(2): abr/jun, 2003.

SCHMIDT MI *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, UK, v.377, n.9781, p.1949-1961, jun. 2011.

SIQUEIRA FV *et al.* Atividade física em adultos e idosos residents em areas de abrangências de unidade básica de saúde em municípios da região Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.1: p.39-54, 2008.

SISVAN: Vigilância alimentar e nutricional - orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde / [Andhressa Araújo Fagundes *et al.*]. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 1ª ed. p.24, 2004.

TAMAYO, CAMPOS, MATOS, MENDES, SANTOS, CARVALHO, NÁLIS. A influência da atividade física regular no auto-conceito. *Estudos de Psicologia*, 2001,6(2), p.157-165 WEINBERG, Robert S.; GOULD, Daniel. *Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício*. 2 ed. Porto alegre: **Artmed**, 2001.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS). Physical activity guidelines advisory committee report. Washington, DC: U.S. **Department of Health and Human Services**; Washington. Disponível em: <<http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2008.

VIGITEL BRASIL 2009: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2010. 116 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

WHO Consultation on Obesity. **Obesity: prevention and managing: The global epidemic**. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, 3-5 June, 1997.

WHO. 2000. World Health Organization. *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva: **WHO**; 2000.

ZANCHETA *et al.* Inatividade física e fatores associados em adultos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, Brasil, 13(3): 387-99. p.387-399, 2010.

APÊNDICE A

Questionário de Pesquisa de Adesão

O objetivo desta pesquisa é simplesmente para entendermos a pouca participação dos homens ao projeto “Caminhar com Saúde”. Para tal, responda as perguntas abaixo lembrando que não precisa se identificar. Marque um X na opção que represente sua resposta.

- 1-Gosta de realizar caminhada? SIM NÃO
- 2-Tem preguiça de realizar caminhada? SIM NÃO
- 3-Tem vergonha de participar de caminhadas em grupo? SIM NÃO
- 4-Você acha que não precisa realizar caminhada? SIM NÃO
- 5-Gostaria de participar, mas o horário não facilita? SIM NÃO
- 6-Pratica outra atividade física mais que 2 vezes por semana? SIM NÃO
- 7-Tem doença (s) que a caminhada possa agravá-la (s)? SIM NÃO
- 8-Tem hipertensão Arterial? SIM NÃO
- 9-Tem diabetes? SIM NÃO
- 10-Você acha que a caminhada não vai adiantar para você? SIM NÃO
- 11-Tem conhecimento do projeto Caminhar com Saúde? SIM NÃO
- 12-Acha que falta incentivo? SIM NÃO
- 13-Acredita que realizar caminhada pode ser benéfica à saúde? SIM NÃO
- 14-Está com sobrepeso ou obesidade? SIM NÃO
- 15-Está satisfeito com a sua saúde? SIM NÃO
- 16-Considera-se uma pessoa sedentária? SIM NÃO
- 17-Caso não participe, interessa participar de um grupo de caminhada? SIM NÃO

*Obrigado pela colaboração
Professor Carlos Otávio de Oliveira
Setembro de 2013*