

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**  
**Domingos Sávio Teixeira Geraldo**

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO  
FÍSICA NO NASF PARA QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE DA  
MULHER NAS FASES DE CLIMATÉRIO, MENOPAUSA E  
PÓS-MENOPAUSA.**

**Taubaté – SP**  
**2017**

**Domingos Sávio Teixeira Geraldo**

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO  
FÍSICA NO NASF PARA QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE DA  
MULHER NAS FASES DE CLIMATÉRIO, MENOPAUSA E  
PÓS-MENOPAUSA.**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Planejamento e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-graduação em Administração do Departamento de Gestão e Negócios – GEN da Universidade de Taubaté.  
Área de Concentração: Planejamento e Desenvolvimento Regional.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Quesia Postigo Kamimura.

**Taubaté – SP  
2017**

**DOMINGOS SÁVIO TEIXEIRA GERALDO**

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO NASF  
PARA QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE DA MULHER NAS FASES DO  
CLIMATÉRIO, MENOPAUSA E PÓS-MENOPAUSA.**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Planejamento e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-graduação em Administração do Departamento de Gestão e Negócios – GEN da Universidade de Taubaté.  
Área de Concentração: Planejamento e Desenvolvimento Regional.

Data: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup>. Dra. Quesia Postigo Kamimura

Universidade de Taubaté

Assinatura \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dra. Adriana Leônidas de Oliveira

Universidade de Taubaté

Assinatura \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dra. Vera Lúcia Ignácio Molina

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Assinatura \_\_\_\_\_

À minha esposa e filhos, pela compreensão, apoio, carinho e amor. Obrigado pelas palavras de incentivo nos momentos em que a caminhada tornara-se difícil.

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof<sup>ª</sup>. Dra. Quesia Postigo Kamimura pelo apoio, atenção, orientação, confiança e incentivo durante esses dois anos, expresso minha profunda gratidão.

A todos os professores do curso de Mestrado em...., meu muito obrigado.

Aos colegas do Mestrado, que realmente contribuíram de alguma forma durante todo o processo de construção desta dissertação.

A todos os membros do NASF de Mineiros – GO, gestores e diretores que colaboraram cedendo seu tempo para serem entrevistados compartilhando seus conhecimentos para a construção deste estudo.

Às mulheres que participaram deste estudo, que de coração aberto colaboraram e sem as quais não seria possível a realização desta pesquisa.

E mais uma vez, à minha esposa Lucimeire Goulart Teixeira, ao meu filho Diego Goulart Teixeira Geraldo e à minha filha Carolina Goulart Teixeira, pessoas que realmente fazem a diferença em minha vida.

*“Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.”*

(Dalai Lama)

## RESUMO

Durante o envelhecimento e a transição menopausal fatores de risco cardíacos e metabólicos aumentam devido ao crescente acúmulo de gordura corporal e perda de massa magra juntamente com o estado de hipoestrogenismo, que podem impactar negativamente na saúde e Qualidade de Vida em Saúde (QVS) das mulheres. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) é um importante subterfúgio para apoiar e intensificar as ações das Equipes de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços visando aumentar a resolução das situações-problema e a qualidade da Atenção Básica (AB). A promoção das atividades físicas faz parte dessas estratégias, dessa forma o NASF poderá desenvolver vários tipos de atividades tendo o Educador Físico como profissional capacitado para planejar e executar tais ações. Neste estudo avaliaram-se as ações do Educador Físico na modelagem dos serviços de saúde no NASF para Qualidade de Vida em Saúde da mulher nas fases do climatério, menopausa e pós-menopausa no município de Mineiros - GO. O método aplicado foi de natureza descritiva e exploratória e teve duas abordagens: A qualitativa por intermédio de uma entrevista semiestruturada com os cinco profissionais integrantes do NASF e a quantitativa com um grupo de 108 mulheres, divididas em dois subgrupos: um grupo com 54 mulheres que praticam atividade física e outro com 54 mulheres que não praticam atividade física, ambos com idade acima de 45 anos e cadastradas na UBS D. Florinda, na cidade de Mineiros – GO. O resultado apontou que a modelagem dos serviços de saúde, por meio do NASF, neste estudo específico e na ação específica, contribuiu por meio das ações do profissional de Educação Física no NASF para a Qualidade de Vida em Saúde das mulheres na fase do envelhecimento ovariano. Considera-se que no futuro, melhores condições de trabalho e organização destes serviços de saúde podem melhorar o acesso de mais mulheres ao programa de atividade física e uma melhor capacitação dos profissionais de Educação Física voltadas para a Atenção Básica, a fim de melhorar a Qualidade de Vida em Saúde deste grupo de mulheres em questão.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas. Saúde pública. Saúde da família. Educador físico. Desenvolvimento Regional.

## **ABSTRACT**

### **EVALUATION OF PROFESSIONAL ACTIONS OF PHYSICAL EDUCATION IN NASF FOR QUALITY OF LIFE IN WOMEN'S HEALTH IN PHASES CLIMACTERIC, MENOPAUSE AND POST MENOPAUSE.**

During aging and the menopausal transition, cardiac and metabolic risk factors increase due to increasing body fat accumulation and loss of lean mass along with the state of hypoestrogenism, which may negatively impact women's Health in Quality of Life. The Family Health Support Nucleus (NASF) is an important subterfuge to support and intensify the actions of the Family Health Teams (ESF) in the service network to increase the resolution of situations / problems and the quality of basic. The promotion of physical activities is part of these strategies, in this way the NASF can develop various types of activities having the Physical Educator as a trained professional to plan and execute these actions. In this study evaluated the actions of the Physical Educator in the modeling of health services in the NASF for Quality of Life in Health of women in the phases of climacteric, menopause and postmenopause in the county of Mineiros - GO. The method applied was descriptive and exploratory in nature and had two approaches: qualitative through a semi-structured interview with the five NASF professionals and quantitative with a group of 108 women, divided into two subgroups A group with 54 women practicing physical activity and the other with 54 women who do not practice physical activity, both over the age of 45 and registered at the UBS D. Florinda in the city of Mineiros - GO. The result showed that the health services model, through the NASF, in this specific study and in the specific action, contributed through the actions of the Physical Education professional in the NASF for the Health Quality of Life of women in the stage of ovarian aging. It is considered that in the future, better working conditions and organization of these health services can improve the access of more women to the physical activity program and a better qualification of Physical Education professionals focused on Primary Care in order to improve Quality of this group of women in question.

**Keywords:** Public Policies. Public health. Family Health. Physical educator. Regional development.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Situação de Mineiros em relação ao Brasil e ao estado de Goiás.....	52
Figura 2 – Mapa de Mineiros – GO com marcação do NASF (UBS D. Florinda) e o território adstrito.....	53
Figura 3 – Tema I - Planejamento em ações de promoção de Saúde e Prevenção de Doença.....	65
Figura 4 – Tema II - Organização dos Serviços de Saúde na Atenção Primária à Saúde.....	70
Figura 5 – Tema III - Inserção do profissional de Educação Física no NASF.....	74
Figura 6 – Tema IV - A perspectiva dos profissionais sobre o encaminhamento para as atividades físicas.....	78
Figura 7 – Comparação geral entre os domínios com as médias obtidas nos três testes aplicados entre os Subgrupos E, E1 e E2.....	104
Figura 8 – Comparação geral entre os domínios com as médias obtidas nos três testes aplicados entre os Subgrupos E, E1 e E2.....	105

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modalidades de NASF, conforme a Portaria nº 3.124/2012.....	33
Quadro 2 – Estágios do envelhecimento ovariano.....	43
Quadro 3 – Divisão do grupo de mulheres do estudo.....	92

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da frequência percentual das condições sociodemográficas e econômicas das mulheres cadastradas na UBS D. Florinda no município de Mineiros (GO).....	84
Tabela 2 – Distribuição da profissão/ocupação das mulheres cadastradas na UBS D. Florinda em Mineiros (GO).....	85
Tabela 3 – Distribuição da frequência percentual quanto ao Estilo de Vida das mulheres cadastradas na UBS D. Florinda no município de Mineiros (GO).....	87
Tabela 4 – Distribuição da frequência percentual quanto a história ginecológica e sintomatologia climatérica das mulheres cadastradas na UBS D. Florinda no município de Mineiros (GO).....	90
Tabela 5 – Graus gerais de Qualidade de Vida em Saúde no Pré e Pós-teste dos Subgrupos do estudo.....	93
Tabela 6 – Escore geral da Qualidade de Vida em Saúde dos Subgrupos E e F no Pré-teste. Mineiros (Go), 2017.....	94
Tabela 7 – Distribuição da frequência percentual quanto ao Estilo de Vida das mulheres cadastradas na UBS D. Florinda no município de Mineiros (GO).....	95
Tabela 8 – Classificação da confiabilidade a partir do coeficiente Alpha de Cronbach.....	96
Tabela 9 – Correlação de Pearson e Alpha de Cronbach entre os domínios do SF-36 dos Subgrupos E e F, no Pré-teste.....	97
Tabela 10 – Escore obtido pelos Subgrupos E1 e F1 no Pós-teste 1, 30 dias após o Pré-teste. Mineiros (GO), 2017.....	98
Tabela 11 – Escore do Pós-teste 1, 30 dias após o SF-36 nos Subgrupos E1 e F1: Aspecto Físico e saúde Mental, Mineiros (GO), 2017.....	99
Tabela 12 - Correlação de Pearson e Alpha de Cronbach entre os domínios do SF-36 dos Subgrupos E1 e F1.....	100
Tabela 13 - Escores relativos do Pós-teste 2 dos Subgrupos E2 e F2 após 90 dias. Mineiros-GO, 2017.....	101
Tabela 14 - Escores do Pós-teste 2 após 90 dias do SF-36 nos Subgrupos E2 e F2: Aspectos Físicos e Saúde Mental. Mineiros-GO, 2017.....	102

Tabela 15 - Correlação de Pearson e Alpha de Cronbach entre os domínios do SF-36 dos Subgrupos E2 e F2.....	103
---	-----

## LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACMS	<i>American College of Mohs Surgery</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CONFED	Conselho Federal de Educação Física
CREF	Conselho Regional de Educação Física
EAB	Equipe de Atenção Básica
ECR	Equipe Consultório na Rua
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSf	equipes de Saúde da Família
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
IMS	<i>International Menopause Society</i>
LH	Hormônio Luteinizante
MS	Ministério da Saúde
NANS	<i>North American Menopause Society</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida
STRAW	<i>The Stages of Reproductive Aging Workshop</i>
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 PROBLEMA.....	19
1.2 OBJETIVOS.....	20
1.2.1 Objetivo Geral .....	20
1.2.2 Objetivos Específicos .....	20
1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	21
1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	21
1.5 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	22
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	24
2.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	24
2.1.1 Promoção em Saúde e Prevenção em Doença.....	30
2.2 Atenção Básica e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.....	32
2.3 A importância do profissional de Educação Física e da atividade física no âmbito da saúde pública.....	35
2.4 Saúde em Mulher.....	39
2.4.1 Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher .....	40
2.4.2 Humanização e Ética na Atenção à Saúde da Mulher .....	41
2.5 A Mulher e as Fases do Envelhecimento Ovariano.....	42
2.6 Qualidade de Vida.....	44
2.7 Qualidade de Vida em Saúde.....	45
2.8 Estilo de Vida em Saúde.....	48
3 MÉTODO.....	51
3.1 Tipo de Pesquisa.....	51
3.2 Área de Realização.....	51
3.3 População e Amostra.....	53
3.4 Critérios de Inclusão .....	54
3.5 Critérios de Exclusão.....	54
3.6 Aspectos Éticos.....	54
3.7 Instrumentos.....	55
3.7.1 Pesquisa Qualitativa.....	55
3.7.2 Pesquisa Quantitativa.....	56

3.8 Análise de Dados.....	58
3.8.1 Pesquisa Qualitativa.....	58
3.8.2 Pesquisa Quantitativa.....	59
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	61
4.1 Caracterização dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Mineiros-GO.....	61
4.2 Resultado da Pesquisa Qualitativa.....	62
4.2.1 Temas de análise das entrevistas com os profissionais participantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	62
4.3 Resultado da Pesquisa Quantitativa.....	83
4.3.1 Características Sociodemográficas.....	83
4.3.2 Caracterização do Estilo de Vida.....	86
4.3.3 Caracterização das mulheres quanto à história gineco-obstétrica e sintomatologia climatérica referida.....	88
4.3.4 Avaliação da Qualidade de Vida em Saúde pelo SF-36.....	91
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERÊNCIAS.....	110
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Institucional .....	126
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	128
APÊNDICE C – Roteiro para Entrevista Individual.....	130
APÊNDICE D – Roteiro para Análise de Prontuários da UBS D. Florinda .....	132
ANEXO A – Questionário Perfil Socioeconômico .....	133
ANEXO B – Questionário de Qualidade de Vida SF-36.....	136
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP .....	140

## 1 INTRODUÇÃO

Na Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde de 1978, a Declaração de Alma-Ata, mostra que estes devem ser primordiais, estando ao alcance de toda a comunidade, mediante participação plena, de fácil acesso e custo. O Sistema Público de Saúde brasileiro tem como parte integrante a Atenção Primária à Saúde (APS) do país e representa o primeiro contato com a comunidade, devendo ser levado o mais próximo de onde as pessoas vivem, constituindo o primeiro processo de auxílio à saúde.

As ações realizadas na APS envolvem a promoção, proteção, prevenção, reabilitação e a manutenção da saúde. O desenvolvimento dessas ações ocorre por intermédio de conhecimento e gestão, envolvendo uma equipe de trabalho voltada para a comunidade assumindo responsabilidade conforme as qualidades da população (BRASIL, 2011).

A APS oferece uma base para um sistema normativo de medição das funções de Atenção Primária, onde o desempenho de um conjunto de programas de saúde centrada na população desenvolve ações de oferta e demanda de serviços. Desta forma, dois componentes se desenvolvem, um em forma de atividades de quem oferece atenção e aqueles representados pelas atividades da comunidade (STARFIELD, 2002).

Na APS, como a promovida em Alma-Ata, que, além de tratamento e prevenção de doenças, incluiu um componente significativo de participação comunitária e coordenação intersetorial no local onde os Sistemas de Saúde foram criados com a descentralização do setor de saúde (LABONTÉ, et al., 2017).

No Brasil, recentemente, fez-se necessário realizar um método de expansão e renovação da APS, com intuito de modificar os modelos assistenciais existentes. Estratégias mais dialógicas e menos invasivas foram traçadas para avaliar o impacto da saúde na APS, gerando parâmetros que irão analisar, junto às Políticas Públicas, o impacto na saúde familiar (GIOVANELLA, 2012; ALENCAR et al., 2014)

Após a concretização do SUS em 1990, a Atenção Primária em Saúde Pública evoluiu e quebrou um paradigma totalmente revertido para a reabilitação, iniciando um sistema único, público, com participação e controle social, propagando os princípios de universalidade, equidade e integralidade.



O início da Estratégia da Saúde da Família (ESF) foi um dos marcos desta evolução em 1994. A ESF teve como alicerce o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) iniciado nos municípios da região Nordeste em 1991. Como principal fonte de inovação a ESF focou a família e não o indivíduo, além do raciocínio baseado nas análises das situações regionais/locais levando-se em conta o lugar onde as pessoas vivem para organizar os serviços de Promoção de Saúde.

Proposto pelo Ministério da Saúde (MS), recentemente, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), foi criado para levar melhorias ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas unidades foram criadas com a intenção de solucionar os problemas relacionados à área de saúde, realizando o atendimento da população, reduzindo assim o encaminhamento para os hospitais (BRASIL, 2012).

O NASF foi criado pela Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008, para aproximar a população de forma efetiva dos princípios de universalidade, equidade e integralidade, melhorar o atendimento na AB na ESF e auxiliar na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Este programa colabora com as equipes de ESF, apoiando-se no princípio básico do trabalho interdisciplinar e do matriciamento, para realizar a PS respeitando e atuando, conforme a particularidade regional, com profissionais e áreas que até então não eram beneficiadas no âmbito das equipes de ESF (BRASIL, 2013).

A PNPS, publicada em 2006 pelo MS, enuncia que a prática de atividades físicas é uma variante importante para o crescimento humano e direciona um capítulo somente para a promoção desta no âmbito da AB (BRASIL, 2010).

A promoção das atividades físicas faz parte destas estratégias. O Educador Físico pode fazer parte das equipes do NASF, sendo reconhecido como fator essencial e parte integrante deste processo. Portanto, o profissional de Educação Física veio de um processo avançado que, apesar de ter atingido a maioria recentemente, já trouxe grandes mudanças na Atenção Básica em Saúde Pública no Brasil (BRASIL, 2010).

Conforme o complexo CONFEF/CREFs, na Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área de Saúde de 2015, várias potencialidades de atividades físicas são evidenciadas nos campos da prevenção e Promoção de Saúde. O esporte, a ginástica, a dança, as artes marciais e a musculação, apresentam-se como práticas economicamente viáveis para a Promoção de Saúde e da inclusão social. Quando a

ocupação do tempo livre com atividades físicas e esportivas é desenvolvida, as mesmas, levam a uma diminuição de doenças causadas pelo sedentarismo.

A Atenção à Saúde voltada para a mulher foi incorporada às Políticas Públicas Nacionais a partir do século XX, com conseqüente evolução a partir da década de 1970. Durante esse período a saúde da mulher tinha uma visão mais restrita, imposta pelo MS, e se limitava à saúde materna ou à ausência de agravos associados à reprodução biológica. Portanto, partindo-se de uma visão mais ampliada diversos aspectos da vida a elas relacionados como a alimentação, lazer, condições de trabalho, moradia, educação, informação e renda, relações sociais e familiares, autoimagem e autoestima e o meio ambiente poderão promover uma melhora da QV desta população (BRASIL, 2008).

Diversas fases na vida da mulher passam por etapas decorrentes de fenômenos naturais fisiológicos como a menarca, a gestação ou a última menstruação.

As mulheres ao entrarem na fase do climatério e principalmente após a menopausa passam por problemas emocionais e sociais que afetam o desempenho de suas atividades de vida diária levando a uma maior consciência do processo de envelhecimento (BRASIL, 2008).

Durante o envelhecimento, que tem como principais características as alterações morfofisiológicas, funcionais e bioquímicas, ocorre uma redução na capacidade de adaptação homeostática às situações de sobrecarga funcional, deixando, desta forma, o organismo com predisposição consecutiva às agressões intrínsecas e extrínsecas (VALADARES et al., 2011).

Diante destes fatos, um crescimento dos fatores de risco cardíacos e metabólicos fica evidenciado, podendo aumentar durante o envelhecimento e a transição menopausal, no sexo feminino. Durante esta fase, o crescente aumento da gordura corporal associado à perda de massa magra e as alterações cardiometabólicas juntamente com o estado de hipoestrogenismo, podem impactar negativamente na saúde e QV desta população. O exercício físico passa a ser uma opção para impedir o risco de doenças metabólicas graves e doenças cardíacas (KEMMLER et al., 2013, JAVADIVALA et al., 2013).

A Qualidade de Vida em Saúde está intimamente associada às estratégias de Promoção de Saúde, pois requer um olhar mais profundo do profissional de saúde frente ao contexto da desigualdade. Ações efetivas a nível coletivo devem ser

trabalhadas conscientemente para diminuir os problemas sociais que interferem nesta desigualdade (BARATA, 2001).

Por esta razão, no Brasil o Ministério de Saúde tem adotado Políticas Públicas, cujo objetivo é estimular a realização de atividades físicas regulares na população em geral. Exercícios físicos sob supervisão são sugeridos para diminuir sintomas como a dor e como fator de redução do impacto do envelhecimento sobre a capacidade funcional, levando a prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis e na redução do risco de morte prematura (MALTA; SILVA, 2012).

Segundo Javdivala et al (2013), Sternfied; Dugan (2011) apontam que a eficácia do exercício físico sobre indicadores de saúde de mulheres limitam a exorbitação dos resultados para modelos de intervenção em saúde pública, particularmente em UBS e Unidades de Saúde da Família (USF).

O presente estudo avaliou as ações do Educador Físico na modelagem dos serviços de saúde desenvolvidos no NASF para Qualidade de Vida em Saúde, da mulher nas fases do climatério, menopausa e pós-menopausa no município de Mineiros - GO.

## **1.1 PROBLEMA**

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família veio para apoiar e diversificar as ações das ESF na rede de serviços, de aumentar o alcance e o objetivo das ações da APS, tendo como princípio básico um trabalho interdisciplinar e de matriciamento, visando aumentar a resolutividade da mesma, intensificando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2009).

Na cidade de Mineiros – GO, atualmente, existem oito UBS em funcionamento, com grande procura de atendimento por usuários a fim de obter tratamento para as patologias relacionadas com problemas que são causados pelas atividades da vida diária.

O profissional de Educação Física realiza as ações voltadas para a Promoção da Saúde, na Academia de Saúde, para a população inscrita no programa de atividade física, da qual faz parte o grupo de mulheres em estudo.

Desta forma, foi verificado como ocorre o planejamento e como são geridas estas ações promovidas pelo NASF, bem como se realmente o Educador Físico está inserido na realização destas ações. Também analisou-se se essas mulheres,

cadastradas na referida UBS, e que estão na transição menopausal estavam tendo acesso de forma contínua as estas atividades e se estavam tendo os benefícios esperados com a prática da atividade física para a melhora da Qualidade de Vida em Saúde.

Conforme a Lei Orgânica do Município de Mineiros, promulgada em 05 de abril de 1990, no capítulo VI, seção I que diz respeito à Política de Saúde, no art.102, afirma que, todos os cidadãos terão direito ao acesso geral e imparcial as ações e serviços para a sua proteção, promoção e recuperação, e que as Políticas de Saúde são de interesse público, devendo ser realizadas de preferência de acordo com os serviços públicos.

Dentro desta problemática questiona-se:

Como são planejadas e geridas as ações de Promoção da Saúde desenvolvidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em particular as atividades realizadas pelo profissional de Educação Física, para melhorar a Qualidade de Vida em Saúde em mulheres nas fases do climatério, da menopausa e da pós-menopausa, na UBS D. Florinda em Mineiros - GO?

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

Avaliar as ações do Educador Físico na modelagem dos serviços de saúde desenvolvidos no NASF para Qualidade de Vida em Saúde, da mulher nas fases do climatério, menopausa e pós-menopausa no município de Mineiros - GO.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar as ações realizadas pelo NASF na UBS D. Florinda no município de Mineiros GO, por meio de uma entrevista semiestruturada realizada com seus cinco integrantes.

- Caracterizar a Qualidade de Vida em Saúde das mulheres participantes do programa de atividades física realizado na Academia de Saúde.

### **1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO**

Este estudo teve como delimitação as ações que envolvem especificamente o profissional de Educação Física, como parte da equipe do NASF na promoção de saúde, realizando um programa de atividade física voltado para mulheres acima de 45 anos que estejam nas fases do climatério, da menopausa e da pós-menopausa e que estão cadastradas na UBS deste estudo, no município de Mineiros – GO.

### **1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO**

O estudo descreve as condições da saúde da mulher, bem como, as ações do NASF e a importância do profissional de EF, almejando as contribuições, até o momento, para que o mesmo amplie a abrangência das ações de AB e melhore a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde para aumentar a QV da mulher.

O NASF possui características e objetivos próprios com inúmeras ações que podem ser desenvolvidas juntamente com as equipes de ESF, a fim de melhorar a atenção à saúde por intermédio de novas áreas estratégicas criada pelo MS em 2009, entre elas podemos citar a saúde da mulher e as práticas corporais/atividade física (MYOTIN, 2011).

Para estas novas áreas que fazem parte das ações do NASF, verificou-se que é muito importante que esta equipe seja composta com um perfil multiprofissional, pois só assim conseguiria atender de forma global seus usuários e ter sucesso de maneira satisfatória dentro dos seus objetivos e ações (MYOTIN, 2011).

O profissional de Educação Física no NASF, dentro do processo de consolidação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), foi inserido com o objetivo de estimular e orientar os adultos a aderirem a uma vida fisicamente ativa saudável. Essa adesão possibilitará seus usuários a viverem todos os ciclos da vida com qualidade e dignidade (MYOTIN, 2011).

No decorrer da vida diversas mudanças de natureza fisiológica ocorrem com as mulheres, é o ciclo da vida. As alterações hormonais levam a mulher a se adaptar fisicamente, psicologicamente e emocionalmente. Várias são as alterações que levam as mulheres a vivenciar conflitos que podem levá-las à insatisfação e desmotivação, tornando suas vidas um caos. Dentre eles podemos citar as

alterações que ocorrem no metabolismo que modificam as funções do sistema endócrino e paralisam o próprio fluxo vital (BRASIL, 2008).

O exercício físico regular e controle ponderal têm sido apontados como fatores importantes para o controle, prevenção e tratamento de alterações metabólicas principalmente no que se refere aos cuidados com a saúde da mulher pós-menopausa, onde é observada alta prevalência de valores elevados de glicemia de jejum e alterações do perfil lipídico, que expõe a maior chance de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

## **1.5 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**

O presente estudo mostra a organização para o desenvolvimento do tema ora proposto, que se encontra subdividido em cinco (5) seções. Inicia-se pela introdução ao tema com o problema, objetivos, delimitação do estudo e relevância do estudo.

Seguindo para a segunda seção, a revisão de literatura, com uma apresentação dos conceitos de APS no Brasil, da AB e os NASF, da Importância do Profissional de EF e da Atividade Física no âmbito da saúde pública, da Saúde da Mulher, da Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher, da Humanização e Ética na Atenção à Saúde da Mulher, e as Fases do Envelhecimento Ovariano, da QV, Qualidade de Vida em Saúde (QVS) e Estilo de Vida em Saúde, com abordagens que perpassam pelo escopo temático.

A terceira seção aborda a proposição do estudo, qual a hipótese para o problema da pesquisa, e os possíveis resultados a serem encontrados.

O método previsto para a realização dessa pesquisa é a quarta seção e aborda o tipo de pesquisa que se sustentará de natureza descritiva e exploratória e de abordagem qualitativa tendo como população os profissionais que fazem parte do NASF de Mineiros - GO e quantitativa, os 108 participantes cadastrados na UBS D. Florinda, localizada no município goiano de Mineiros, concluindo o método com um plano para coleta de dados onde está previsto o Questionário de QV SF-36, Questionário perfil socioeconômico, roteiro para análise dos prontuários da UBS D. Florinda e um roteiro de entrevista semiestruturada, além da análise de dados que se deu por intermédio de métodos estatísticos descritivos e inferenciais, bem como, o processamento estatístico dos dados pelo Software SPSS versão 20.0.

A quinta seção deste estudo apresenta os resultados e discussão, conclusão e considerações finais. Nesta seção, foi almejado abordar e registrar novas informações a respeito da PS na cidade de Mineiros, que estejam voltadas para a saúde da mulher onde o foco principal é a mulher acima de 45 anos, que provavelmente estará passando pelo processo de envelhecimento; e contribuir com a difusão da importância da prática de atividades físicas proporcionadas pelo Profissional de EF dentro da AB de Saúde. E por fim, abordará uma vertente que introduz o debate e discussão sobre a relevância do NASF em planejar e gerar ações que promovam o desenvolvimento local e a saúde da mulher por intermédio de programas de atividades físicas realizados nas UBS por um profissional de EF, esse referido assunto terá maior ênfase após o completo levantamento dos dados e informações almejadas.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

Para dar início a esta revisão foi necessário a construção de um quadro teórico que esboce um caminho teórico-metodológico para a compreensão e avaliação deste estudo.

Sendo assim, diversos conteúdos serão abordados nesta seção com intuito de facilitar o entendimento do mesmo. Serão abordados temas, em um primeiro momento, sobre a atenção primária à saúde no Brasil, ainda, a promoção em saúde e prevenção de doença, também será abordada a questão sobre a atenção básica e o núcleo de apoio à saúde da família. Em seguida será relatada a importância do profissional de educação física e da atividade física no âmbito da saúde pública.

Em um segundo momento serão abordados temas relacionados à mulher, objeto de estudo deste trabalho, sua saúde e a evolução das políticas públicas, humanização e ética envolvidas.

Posteriormente, em terceiro momento, será abordada a mulher e as fases do envelhecimento ovariano, a qualidade de vida, a qualidade de vida em saúde e estilo de vida em saúde.

### **2.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil**

Nas décadas de 1980-1990, no Brasil, as agendas de políticas públicas tiveram reformulações na concepção da saúde e organização da AB.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) com relação ao aumento da desigualdade social e de saúde em quase todos os países adotou uma série de princípios para implantar uma base da APS conhecida como a Carta de Lubliana, propondo que os sistemas de saúde deveriam ser voltados para valores de dignidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para a proteção e PS; centrados no cidadão a fim de que os mesmos possam influenciar nos programas de saúde e serem responsáveis pela sua própria saúde, focados na qualidade, baseados em financiamento sustentável e direcionados para a atenção primária (STARFIELD, 2002).

Conforme descrito na Declaração de Alma-Ata, para melhorar a saúde, a Atenção Primária à Saúde combina não apenas profissionais de saúde de primeira linha e médicos aliados, mas oferece uma gama de cuidados de prevenção ao



tratamento, incluindo outros elementos, como a equidade de acesso, a colaboração entre setores além de saúde, capacitação e participação da comunidade nos serviços disponibilizados (LABONTÉ et al., 2017)..

Avanços nas políticas brasileiras para a APS foram observados, em concordância às proposições internacionais notadamente explicitadas na PNAB promulgada em 2006 (BRASIL, 2006) e atualizada em 2011 (BRASIL, 2012), com a incorporação de novos arranjos para aperfeiçoamento do modelo centrado na ESF.

A ESF, como parte integrante da APS, tem como princípio atender integralmente as necessidades de uma comunidade definida por limites territoriais, interferindo nos padrões de produção de saúde e doença, conseqüentemente, melhorando os indicadores de saúde (BRASIL, 2006).

Os serviços de Atenção Primária à Saúde, atendendo às suas características, na maioria dos casos são mais apropriados quando assumem a responsabilidade de coordenar as vias clínicas dos usuários, reforçando a APS, mobilizando o apoio necessário e os recursos políticos, econômicos, financeiros e humanos (LABONTÉ et al., 2017).

Nas últimas décadas, a Qualidade na Atenção Primária à Saúde tornou-se um tema importante a partir da reformulação dos sistemas nacionais de saúde. A universalidade e a garantia de acesso por meio dos cuidados primários de saúde têm sido prioridade em muitos países no mundo como meio para alcançar a equidade e satisfação das expectativas dos usuários (CORNETTA; PEDROSO; KAMIMURA, 2015).

Ao se planejar a estrutura organizativa dos serviços públicos de saúde, a APS passa a ser a porta de entrada do indivíduo, onde o vínculo pessoal é mantido ao longo do tempo com o serviço de saúde, estruturado em um conjunto de atributos (AGOSTINHO et al., 2010). Esses podem ser definidos em quatro essenciais e três derivados, a saber:

1) Acesso de primeiro contato: proporciona o acesso e o uso do serviço a cada novo problema pelo qual as pessoas buscam o serviço;

2) Longitudinalidade: Vínculo de atenção onde o desenvolvimento da conexão entre profissionais da saúde e usuários permanecem de forma contínua ao longo do tempo;

3) Integralidade: Ações que o serviço de saúde deve oferecer com o propósito dos usuários receberem atenção integral;

4) Coordenação: É a organização do cuidado ao cliente com continuidade da assistência, devendo ser capaz de integrar todo o atendimento que o paciente recebe através da coordenação entre os atendimentos;

5) Orientação familiar: Diz respeito à orientação no contexto familiar e seu potencial de cuidado;

6) Orientação comunitária: Planejamento e avaliação conjunta do serviço, bem como o reconhecimento dos principais problemas e agravos da comunidade;

7) Competência cultural: Levam em consideração as características culturais de uma população, envolve conhecimento e atenção às necessidades de uma comunidade facilitando a relação com a mesma (SATARFIELD, 2002. p.53).

Na promoção da APS com o propósito de orientação da organização do sistema de saúde e obtenção de respostas das necessidades da população, deverá ser exigido o entendimento da saúde como garantia social e o enfrentamento dos determinantes sociais. Quando bem organizado, os serviços de APS contribuem para melhora da atenção com impactos positivos na saúde do cidadão e à eficiência do sistema (MACINKO; STARFIELD, 2003; STARFIELD, 2002).

Nesse contexto, destaca-se a necessidade e o interesse em avaliar e observar como estão sendo alcançadas e organizadas as metas do serviço de saúde e seu impacto para o desenvolvimento, no que diz respeito ao bem-estar da população e à implementação e consolidação do SUS (LEÃO; CALDEIRA, 2011).

É inevitável a avaliação para o bom funcionamento da APS. Da mesma maneira, torna-se necessário que esta avaliação seja realizada pela comunidade e equipe de saúde de uma determinada população adstrita; e que não seja investigada somente por pesquisadores externos (SERAPIONI; SILVA, 2011).

São duas as metas principais de um Sistema de Saúde. A primeira é aprimorar a saúde da comunidade mediante o conhecimento sobre as causas das enfermidades, tratamento das doenças e maximização da saúde. A segunda é diminuir a diferença entre grupos populacionais, para que todos tenham o mesmo acesso de qualidade aos serviços proporcionados pelo órgão público responsável pela saúde (STARFIELD, 2002. p. 19).

Conseqüentemente ao acúmulo de experiências por diversos fatores envolvidos pela história com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, surgem a PNAB, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (PNAB, 2012).

Instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem as UBS, desempenham um papel fundamental na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. O Brasil com um Sistema de Saúde Público grandioso faz-se necessário beneficiar estas unidades de infraestrutura para melhor atendimento à população (BRASIL, 2012).

As modificações propostas pela reorganização da APS da comunidade, visando à estabilização do SUS, trazem desafios aos trabalhadores desses locais (GOMES et al., 2011).

Demanda-se dos profissionais a oferta de serviços fundamentados em estimativas da integralidade, com ações humanizadas de escuta e acolhimento às necessidades das pessoas, o que muitas vezes representa a própria carência dos trabalhadores face à sua saúde na relação com o trabalho (SCHRADER et al., 2012).

O acolhimento é um dispositivo operacional para proporcionar melhoria ao acesso dos serviços de saúde aos usuários. O desenvolvimento do acolhimento como tecnologia caracteriza-se por promover a ampliação efetiva do acesso universal à AB e aos demais níveis do sistema (CAMPOS; NETO; TESSER, 2010; BREMHER; VERDI, 2014).

Entretanto, a efetuação do acolhimento depara-se com obstáculos cotidianos, referentes ao despreparo dos profissionais, à dinâmica de trabalho centrada no modelo tradicional e à deficiência de estrutura física adequada das unidades de saúde. Diante dessas fragilidades, o acolhimento torna-se uma prática obscura para as ESF. Apesar de compreenderem os conceitos da operacionalização, de fato, por parte dos profissionais, encontra-se aquém, observados os processos de triagem, encaminhamento, agendamento de consulta, regras de acesso, ações reduzidas e focais, como sinônimos de acolhimento (GARUZI, 2014).

O acolhimento demanda mudança no posicionamento dos profissionais, dos usuários e gestores, que devem compreendê-lo como parte de toda relação baseada no respeito às competências e atendimento do indivíduo (MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011).

Considera-se como uma possibilidade real na reorganização dos programas de AB a possibilidade das práticas do acolhimento, em suas diversas modalidades, bem como as limitações para concretização do mesmo por meio do PMAQ-AB, implantada por intermédio da Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011.

Esse programa foi instituído com o propósito de melhorar os serviços de AB, aportados no acesso e na qualidade de maneira que se estabeleça um padrão nacional, no que se refere às ações voltadas a esse nível de atenção (BRASIL, 2011).

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) foi implantado em todos os estados brasileiros e delineou-se em quatro fases, sendo a avaliação externa a terceira delas e compreendida pela visita às unidades de Atenção Básica que aderiram ao Programa, a fim de constatar as condições de acesso e qualidade à AB das mesmas.

Com relação ao acesso, existem quatro dimensões de análise: a econômica no que diz respeito à relação entre a oferta e a demanda pelos serviços de saúde; a técnica, que resume-se ao planejamento e organização da rede de atendimento para atender aos usuários do sistema de saúde; a política, que implica no desenvolvimento da consciência sanitária e da organização social; e a simbólica que envolve os representantes sociais acerca da atenção e organização do sistema de saúde para atender aos usuários (GIOVANELLA; FLEURY, 1996. p. 177-98).

Neste sentido, o acesso aos serviços de saúde envolve situações que se caracterizam como condição primordial à modificação da realidade e ao atendimento aos direitos do cidadão (JESUS; ASSIS, 2010), além de representar um avanço, pois historicamente o atendimento à saúde tem sido posposto pelas Políticas Públicas, especialmente para as pessoas mais necessitadas.

Com a mudança na proposta no modo de se fazer saúde, o foco passa a ser no indivíduo que procura o serviço de saúde, em suas necessidades. Como refere Botazzo (2008, p.9) “Sem dúvida, é melhor não adoecer; porém, se adoecemos a intervenção precoce ou ainda que feita numa altura qualquer do processo, tem a possibilidade de evitar a piora do quadro e limitar o dano”.

Da mesma maneira, Cecilio (2009, p.120) coloca: “A demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário.” É a forma do indivíduo chegar ao serviço e expressar o que procura.

No cotidiano do serviço de saúde, ao envolver a gestão – trabalhador e usuário – o modo de produzir saúde dentro das instituições e pelo território que os circunda podem ser modificados.

Teixeira (2010, p. 97) aborda esse tema nos seguintes trechos: “Postulamos [...] que a substância do trabalho em saúde [...] seja a conversa”. A conversa dos

trabalhadores com a população, dos trabalhadores entre eles, dos que sempre utilizam aquele serviço, daqueles que ali estão pela primeira vez. Essa conversa deve ser valorizada e estimulada, como forma de troca de saberes, práticas e para que os desejos e expectativas dos envolvidos fiquem claros.

Ainda Teixeira (2010, p.104), acerca dos encontros que ocorrem nos serviços de saúde, “Sendo tais encontros momentos pautados pelo espírito do entendimento e da negociação permanente das necessidades a serem satisfeitas, neles se decide a trajetória necessária de cada usuário através do serviço”.

O usuário traz consigo a necessidade, para que possa ser olhada, escutada, desconstruída junto ao profissional. Daí um projeto passa a ser elaborado com o intuito de tratar ou ao menos aliviar o que o aflige. Devido às necessidades serem individuais, a proposição de protocolos assistenciais, por vezes, não dá conta das especificidades de cada um. Devemos então criar um modo para utilizarmos as necessidades de saúde como instrumentos para trabalhadores e gestores (CECILIO, 2009).

Uma recente pesquisa sobre a Atenção Básica no Brasil identificou que há, de modo geral, persistência de uma “visão vertical” de programas e protocolos que compartimentam a prática clínica, repercutindo um modelo rígido e fragmentado na área. Além disso, destaca que há também ênfase na “visão preventiva” que ocasiona o escasso desenvolvimento da atividade clínica nas práticas de saúde (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2011).

Atualmente o termo PSF mudou para ESF. A ESF é uma reestruturação e reorientação do modelo assistencial, mediante a disposição de equipes multiprofissionais em unidades de saúde distribuídas em territórios delimitados espacialmente (ARAÚJO; TONIOLLI; DRUMMOND, 2012).

O espaço físico da ESF, como forma de organização territorial, deixou de ser simplesmente o espaço político-operativo do sistema de saúde, passando a ser um espaço no qual se observa a interação entre uma população específica, de um espaço determinado e os serviços no âmbito local (BARBOSA; FERREIRA; FURBINO, 2010).

Vinculado à organização federativa brasileira, a regionalização das ações e serviços de saúde é um processo político que inclui o financiamento de uma rede de ações e serviços em determinados territórios, propiciando o desenvolvimento de

diversas estratégias e formas de planejamento (KAMIMURA; MOLINA; OLIVEIRA, 2008; LIMA et al., 2012; DOURADO; ELIAS, 2011).

No contexto do sistema de saúde, a regionalização, pode propiciar vínculos duradouros entre determinada população e determinada rede de serviços, garantindo para o cidadão atendimento integral, específico e confiável (KAMIMURA; OLIVEIRA, 2013).

### **2.1.1 Promoção em Saúde e Prevenção de Doenças**

A Carta de Ottawa serve como referencial teórico para a Promoção da Saúde (WHO, 1986) e a busca da diminuição das desigualdades em saúde, visando a promoção de capacidades dos indivíduos ou grupos (BUSS, 2009. p.12-49). A Promoção tem como propósito aumentar as perspectivas das pessoas e comunidades intervirem sobre fatores que influenciam a Qualidade de Vida em Saúde, com maior participação no controle deste segmento (MORETTI et al., 2009; WHO, 2009).

Com o intuito de melhorar a Qualidade de Vida em Saúde, a promoção da saúde deve organizar o conjunto das políticas públicas (MORETTI et al., 2009). A intersectorialidade baseia-se em processos sistemáticos de organizações, atuações, planejamento e cooperação entre as políticas públicas e os diferentes setores da comunidade, constituindo em um método organizado entre saberes e práticas, que busca a concentração de recursos humanos, financeiros, políticos e organizacionais (MORETTI et al., 2009; BRASIL, 2007).

Para Moretti et al (2009) a Promoção da Saúde, pode ser compreendida como um método de produção social de saúde, e que deve influenciar o futuro da Qualidade de Vida em Saúde por meio de um conjunto das políticas públicas, que deverão considerar como seu objeto principal de atuação a melhoria nas condições de vida, de trabalho, da cultura, propiciando a participação social MORETTI et al., 2009).

Prevenir exige ação antecipada baseada no conhecimento da historia natural da doença para tornar seu progresso improvável, implica no conhecimento do estudo das epidemias para o controle de doenças, além de projetos de prevenção e educação baseados na informação científica e recomendações normativas (WHO,1986; BUSS, 2003).

Promover refere-se a medidas que não se dirigem a doenças específicas, mas que visam aumentar a saúde e o bem-estar implica no fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade das causas e restrições da saúde (WHO,1986; BUSS, 2003).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é uma das estratégias do setor de saúde para buscar a melhoria da Qualidade de Vida em Saúde da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade, visando a Qualidade de Vida em Saúde e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relativos à suas causas e restrições (ANS, 2007).

A PNPS, aprovada pela Portaria nº 687, de 30/03/2006, dá diretrizes e aponta estratégias de organização das ações de PS nos três níveis de gestão do SUS para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Dentre as ações prioritárias nos sete eixos da PNPS estão a Alimentação Saudável, a Prática Corporal/Atividade Física, Prevenção e Controle do Tabagismo, a Redução da morbidade e mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, a Redução da morbidade e mortalidade por acidentes de trânsito, a Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e a Promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2010).

A prática da atividade física está sendo difundida no mundo como um fator de proteção para a saúde dos indivíduos. Além dos benefícios já conhecidos, como a melhoria da circulação sanguínea e o aumento da disposição para as atividades diárias, ressaltam-se também os aspectos de socialização e a influência na redução de estados de ansiedade ou de estresse (BRASIL, 2006c).

O Programa Academia da Saúde foi instituído pelo governo federal para ser um modelo de intervenção em Promoção da Saúde, buscando contribuir de forma efetiva para a igualdade no acesso a ações, que em espaços qualificados, irão produzir modos de vida saudáveis, constituindo-se fatores da atenção básica em saúde (BRASIL, 2011).

Criadas a partir da elaboração de integralidade da atenção à saúde, as Academias da Saúde, vêm ampliando as estratégias de atendimento à população usuária do SUS no que diz respeito às ações de promoção da saúde, com o propósito de proporcionar melhoria da Qualidade de Vida em Saúde da

população por intermédio de ações que incentivem a prática de atividade física e da alimentação saudável. A inserção ao serviço ocorre por demanda espontânea ou por encaminhamentos realizados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde de referência (MAGALHÃES, 2010).

## **2.2 Atenção Básica e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família**

Como eixo que estrutura o SUS a AB constitui uma das prioridades das agendas do MS, onde se tem como desafio o aumento do acesso e da qualidade de atendimento, bem como a resolução das ações da AB. Sendo assim, esta prioridade se torna importante na formação de uma política ampla, saindo do discurso existente, para enfrentar os principais pontos críticos que condicionam a expansão e o desenvolvimento da AB no Brasil (BRASIL, 2014).

Neste âmbito, o NASF por intermédio do aumento do propósito de ações e por intermédio da divisão de conhecimentos consegue melhorar a qualidade da AB, ampliando desta forma a capacidade de resolução clínica de suas equipes (BRASIL, 2014).

O NASF é um importante subterfúgio para aumentar o alcance e disparidade das ações da ESF bem como sua resolubilidade, promovendo a criação de espaços para a produção de novos saberes e ampliação da clínica (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

O MS diante dos problemas de saúde da população na AB, cria o NASF por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, com a intenção de aumentar a capacidade de resposta a estes problemas. Essa criação se deu por intermédio de experimentos nos municípios e também por intermédio de conferências ocorridas nacionalmente. Esta atitude teve um caráter político audacioso, mas, que não contemplou a uma grande parte dos municípios brasileiros. Mais tarde, surge, para complementar estas orientações iniciais, o Caderno de Atenção Básica nº 27 – Diretrizes do NASF, com o objetivo de projetar diretrizes mais claras para os gestores e os trabalhadores.

As portarias vigentes que se referem ao NASF são a de nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB, e a de nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação das modalidades 1 e 2, além de criar a 3, foram criadas para viabilizar aqueles municípios que desejassem ser beneficiados



com tal política. Recentemente o Ministro do Estado de Saúde, Substitui e inclui a Portaria nº 958 de 10 de maio de 2016 que "altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de AB. A partir desta portaria, tem-se hoje três modalidades de NASF financiados e reconhecidos formalmente pelo MS, assim definidas no Quadro 1:

**Quadro 1** – Modalidades de NASF de acordo com a proposição governamental, conforme a Portaria nº 3.124/2012

<b>Modalidades</b>	<b>Nº de equipes vinculadas</b>	<b>Somatória das cargas horárias profissionais *</b>
NASF 1	ECR: equipe ribeirinha e Fluvial: 5 a 9 ESF e/ou EAB	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter: Mínimo, 20h semanal, Máximo, 80h semanal.
NASF 2	ECR: equipe ribeirinha e Fluvial: 3 a 4 ESF e/ou EAB	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter: Mínimo, 20h semanal, Máximo, 40h semanal.
NASF 3	ECR: equipe ribeirinha e Fluvial: 1 a 2 ESF e/ou EAB	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter: Mínimo, 20h semanal, Máximo, 40h semanal.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2013.

**ECR:** Equipe Consultório na Rua.

**ESF:** Equipe Saúde da Família.

**EAB:** Equipe de Atenção Básica.

Segundo Oliveira (2010) o trabalho do NASF inicia-se a partir de um referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Este trabalho quando aplicado na AB irá ocorrer quando houver uma associação entre as ESF que estão envolvidas com situações-problema de um determinado território e com profissionais diversos com conhecimentos variados, diferentes das equipes existentes da Atenção Básica.

Dessa forma, pode-se dizer que o NASF se constitui como apoio especializado na própria AB, mas não é um ambulatório de especialidades ou um serviço hospitalar. Em pelo menos duas perspectivas, o NASF desenvolve trabalho partilhado e colaborativo.

No trabalho clínico-assistencial a ação incide diretamente sobre os usuários e no trabalho técnico-pedagógico a ação ocorre de forma educativa por intermédio das equipes de apoio. Além disso, o NASF pode apoiar e atuar de forma coletiva

ênfatizando ações que visam os riscos e a fragilidade da população ou mesmo por intermédio do trabalho coletivo de uma equipe de apoio. Essas ações podem ser realizadas a qualquer momento desde que tenha coerência conforme a situação ou a equipe tenha necessidade (BRASIL, 2009).

Portanto, o NASF, faz parte da Atenção Básica, não tendo um espaço físico independente. Neste caso o espaço utilizado pelos profissionais do NASF são aqueles cedidos pelas UBS, bem como o território estipulado para o desenvolvimento do seu trabalho. Os profissionais do NASF, por terem competências específicas em diversas áreas, podem incorporar novas ações na AB, por intermédio de uma interferência direta em ações individuais ou coletivas que as ESF não conseguiriam executar de forma exclusiva (BRASIL, 2014).

O NASF tem como principal objetivo, ao ser implantado nos municípios brasileiros, aumentar a resolução das situações-problema e a qualidade da AB (BRASIL, 2014).

De uma forma geral o NASF pode atuar em qualquer momento do ciclo de vida dos indivíduos dentro de seu território vinculado, sem deixar de considerar a realidade epidemiológica, cultural e socioeconômica daquela população, sem deixar de lado o planejamento em conjunto com as equipes às quais estão vinculados. Resumindo, o NASF, sem superpor às equipes de AB, não deve excluir como possibilidade de intervenção nenhuma faixa etária ou grupo populacional específico, podendo assim desenvolver diversas ações voltadas para este público em especial (BRASIL, 2013).

Com públicos-alvos distintos como as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família e os usuários destes serviços, é importante que o NASF crie meios para identificar e entender as necessidades das equipes dialogando de forma coerente a partir da atenção direta aos usuários (BRASIL, 2013).

Conseqüentemente, as equipes de apoio devem ter como relevante que o NASF é um coletivo de profissionais organizados com peculiaridades próprias que oferecem apoio na AB. Desta maneira deve ser claro que o objeto comum de intervenção é o apoio à saúde da população, entretanto, as peculiaridades e especificidades devem ser reconhecidas e potencializadas.

Quando se almeja a implantação do NASF, a gestão deve dar ênfase a diversas situações existentes nos bairros e municípios como análise demográfica, social e de saúde, tendo como suporte a rede existente ou tendo como referências,

municípios maiores onde este sistema já foi implantado e funciona com eficácia. Assim, a gestão tem como escolher os profissionais que irão integrar o NASF e organizar seus trabalhos dentro das ações que serão ofertadas e/ou frequência ou intensidade delas (BRASIL, 2013).

Ou seja, o NASF pode contribuir produzindo apoio integral ao SUS e, dessa forma, as ações que podem ser desenvolvidas não se esgotarão, ao contrário, através do encontro entre as equipes, entre estas e seus territórios, muitos caminhos poderão ser criados.

Neste contexto, os diferentes profissionais de uma mesma equipe do NASF poderão atuar de diferentes formas, pois existe uma peculiaridade de competências a serem consideradas. E isso não anula a necessidade de articulação e de integração das atividades. Na prática, estes profissionais deverão auxiliar na organização de modo a considerar as especificidades e as diferenças sem homogeneizar demais os membros da equipe, evitando assim, a burocratização na elaboração das atividades.

### **2.3 A importância do profissional de Educação Física e da atividade física no âmbito da saúde pública.**

Esta visão se consolida na medida em que vivenciamos condição inédita na história humana, com a liberação do corpo, passamos a lidar com questões inteiramente novas, sobre como e quando nos mover, uma espécie de dilema da atividade física. Sob essa ótica, a atividade física converte-se em instrumento para a manipulação dos corpos, matéria inerte e imperfeita, que carece de aprimoramento (LE BRETON, 2003).

A PNAB apresenta instruções para orientar a produção de saúde, com base na PS e na prevenção de doenças.

A sistematização da Educação Física no campo da Saúde Pública ainda é recente. A década de 1990 pode ser considerada um período importante de busca de afirmação e legitimidade. Neste período começaram a serem produzidos trabalhos acadêmicos científicos que levaram a debates e discussões sobre o tema demonstrando a importância dentro do universo da Saúde Pública.

Em 2008, o MS publica portaria que institui o programa NASF (BRASIL, 2008) e na sequência torna público o documento intitulado de Diretrizes do NASF (BRASIL,

2009), atualizando-o posteriormente com uma redefinição de parâmetros e modalidades (BRASIL, 2012). Apesar deste documento não ser o primeiro a destacar as atividades que podem vir a ser desenvolvidas pelo profissional de EF, é o texto oficial que vai sintetizar reflexões em torno do trabalho específico desse profissional no âmbito da saúde pública brasileira.

A ESF apresenta-se, portanto, como excelente espaço para promoção de atividade física, sobretudo a partir da criação do NASF, com a inserção do profissional de EF no conjunto de trabalhadores da AB que irá contribuir para o crescimento de sua prática junto à população (BRASIL, 2008).

Alem disso, entende-se que os desafios à incorporação da atividade física no cotidiano são semelhantes entre trabalhadores e usuários e, não por acaso, observamos baixos níveis tanto de prática de atividade física entre profissionais de saúde como de aconselhamento sobre a prática a população (SIQUEIRA; NAHAS; FACCHINI et al., 2009).

A prática de exercícios físicos ofertados pelas UBS contribui para a melhora dos níveis de saúde diminuindo assim o uso dos serviços de saúde ofertados pelo órgão público responsável, conforme a percepção dos usuários que participam do programa. A inclusão de programas que visam estimular a prática de exercícios físicos deve ser amplamente utilizada pelas Políticas Públicas de Saúde (GIRALDO et al., 2013).

A prática regular de atividade física é amplamente recomendada para promover a saúde e melhorar a QV da população (NIEMAN; SWAIN, 2011; TREMBLAY et al., 2011).

Com uma proporção abaixo do esperado para a prática de atividade física no Brasil, novas Políticas Públicas de Saúde voltadas para promover um estilo de vida mais saudável fazem-se necessárias para que ocorra uma mudança na realidade epidêmica atual da inatividade física no país (ISER et al., 2011; ALVES et al., 2011).

Fatores como quais estratégias serão aplicadas, características dos indivíduos e a forma de seleção das pessoas que participarão das atividades físicas influenciarão na elaboração, andamento e resultado de uma intervenção em atividade física (VAN ZUTPHEN; MILDER; BELMANS, 2008; DYSON; BEATTY; MATTHEWS, 2010).

Os exercícios supervisionados têm comprovada eficácia nos benefícios à saúde (NIEMAN; SWAIN, 2011; HASKELL et al., 2007). Porém, a cada dia aumenta

o número de estudos que estimulam a adoção de hábitos cada vez mais saudáveis, e isto vem fazendo com que mais pessoas adotem os exercícios físicos como forma de combater vários tipos de doenças que acometem os indivíduos (EAKIN et al., 2007; VAN DEN BERG; SCHOONES; VLIETLIET VLIELAND, 2007).

Entretanto, com o aperfeiçoamento de diferentes programas e ações que estão sendo desenvolvidos pela ESF na esfera da Saúde Pública, o Educador Físico vem conquistando espaço e contribuindo de forma significativa para a melhora da QV da comunidade, principalmente nos locais como as UBS, pelos NASF, bem como pelos Centros de Assistência Psicossocial, que apostam neste novo conceito de atuação profissional com vistas à melhora da saúde de seus usuários.

Portanto, a inserção do Educador Físico no âmbito da Saúde Pública ainda passa por um procedimento de implantação e assimilação pelos gestores em saúde e também pelos usuários e/ou beneficiários das ações aplicadas por este profissional.

Regulamentada por meio da Lei Federal nº 9.696/98, a profissão de Educador Físico, o que leva este profissional à prerrogativa de prestar serviços “a todas as demandas sociais referentes às atividades físicas nas suas diferentes manifestações, constituindo-se em um meio efetivo para a conquista de um estilo de vida ativo dos seres humanos” (LUCENA et al., 2009, p. 88).

Desta forma, por lei, o Educador Físico é um profissional integrado à área da saúde e da educação. O próprio Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), através de sua Resolução nº 046/2002, ressalta que:

Art. 1º - O Profissional de Educação é especialista em atividades físicas, nas suas diversas manifestações - ginásticas, exercícios físicos, desportos, jogos, lutas, capoeira, artes marciais, danças, atividades rítmicas, expressivas e acrobáticas, musculação, lazer, recreação, reabilitação, ergonomia, relaxamento corporal, ioga, exercícios compensatórios à atividade laboral e do cotidiano e outras práticas corporais -, tendo como propósito prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação e da saúde, contribuindo para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento físico corporal dos seus beneficiários, visando à consecução do bem estar e da qualidade de vida, da consciência, da expressão e estética do movimento, da prevenção de doenças, de acidentes, de problemas posturais, da compensação de distúrbios funcionais, contribuindo ainda, para consecução da autonomia, da autoestima, da cooperação, da solidariedade, da integração, da cidadania, das relações sociais e a preservação do meio ambiente, observados os preceitos de responsabilidade, segurança, qualidade técnica e ética no atendimento individual e coletivo (BRASÍLIA, 2012, p. 6).

Diante disso, o propósito deste profissional passa a ser o de contribuir para um melhor exercício da cidadania, orientando a população sobre a adoção de hábitos saudáveis para aperfeiçoar a qualidade de vida dos mesmos e também para promover uma maior integração social, não se limitando somente a ensinar a prática de atividade física.

Fica claro, diante do perfil traçado para o Educador Físico, que o mesmo está apto a trabalhar no âmbito da Saúde Pública, auxiliando principalmente nos programas e ações de saúde realizada pela ESF.

Em cumprimento às determinações contidas na Portaria MS/nº 154/2008, o Educador Físico também é parte integrante da equipe do NASF1, podendo participar das ações de reabilitação, que, segundo a mencionada portaria:

[...] devem ser multiprofissionais e transdisciplinares, provendo o desenvolvimento de responsabilidades compartilhadas no qual, por meio do entrosamento constante entre os diferentes profissionais, se formulem projetos terapêuticos únicos que considerem a pessoa, suas necessidades e o significado da deficiência no contexto familiar e social. Os resultados das ações deverão ser constantemente avaliados na busca por ações mais adequadas e prover o melhor cuidado longitudinal aos usuários (BRASIL, 2010, p. 88).

Desta maneira, com a formação dessa equipe multidisciplinar e incorporando esses profissionais às ESF, espera-se que estas sejam capazes de, além de solucionar problemas de saúde, contribuir na melhoria dos aspectos sociais, culturais, econômica e políticas da clientela assistida (BARBOSA et al., 2010).

Para Lucena et al. (2009, p. 89-90), o Educador Físico tem como primeira competência dentro das ESF, poder trabalhar junto a diversos grupos, partindo do princípio que a prática da atividade pode aperfeiçoar a qualidade de vida de idosos, diabéticos e hipertensos.

Com relação à segunda competência, o Educador Físico pode auxiliar na formação integral, principalmente de crianças e adolescentes, despertando nestes o interesse pelas atividades físicas, que irão contribuir para uma vida saudável no futuro.

Na opinião de Souza e Loch (2011, p. 6), “dentre as estratégias de promoção e prevenção de saúde a prática de atividades físicas tem sido referida como uma das ações importante nesse processo”.

Nesse sentido, cabe ao Educador Físico que atua junto à ESF, a missão de promover e realizar ações que estimulem a prática de atividades físicas junto a diferentes grupos, principalmente, direcionada para aqueles considerados como sendo de riscos.

## **2.4 Saúde da Mulher**

As mulheres frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, como acompanhantes e cuidadoras para crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos e amigos.

Durante a vida, fatores como o lazer, alimentação, renda, meio ambiente, condições de trabalho e moradia podem afetar a saúde da mulher. As mulheres conseguem ainda ter esta situação mais agravada devido a fatores relacionados com a discriminação como nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico e que podem ser agravadas devido a outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2004).

Conforme estudos de Ohara et al (2008), a saúde da mulher é uma das tendências do PSF que são pautados no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), considerado uma das mais importantes Políticas Públicas, este programa busca atender a Saúde da Mulher em todas as suas dimensões, especialmente em seu ciclo vital, abrangendo a adolescência e a pós-menopausa, e estabelece linhas de ação e estratégias para um modelo assistencial que inclui a integralidade e a equidade.

Ainda conforme os autores acima, no que se referem à saúde da mulher três fases distintas podem ser contempladas. Primeiramente, na fase reprodutiva, podemos incluir o planejamento familiar, o pré-natal, o parto e puerpério, o aleitamento materno, as intercorrências obstétricas, a vigilância epidemiológica de morte materna e a sexualidade. Em uma segunda fase, tomando por base a mulher no aspecto ginecológico teremos o planejamento familiar, a prevenção das ginecomatias, o controle e prevenção do câncer do colo de útero e mamas, o tratamento da infertilidade, a sexualidade, o climatério e a menopausa. E por último

no que se refere à mulher no aspecto social, incluem-se a violência contra a mulher, a discriminação, a vulnerabilidades e o desemprego.

#### **2.4.1 Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher**

A atenção à saúde voltada para a Mulher foi incorporada às Políticas Públicas Nacionais a partir do séc. XX com conseqüente evolução a partir da década de 70. Durante esse período havia uma visão mais restrita, imposta pelo MS, e se limitava à saúde materna ou à ausência de agravos associados à reprodução biológica (BRASIL, 2008).

Programas como os anteriores impostos pelo MS preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Sem qualquer tipo de avaliação das necessidades de saúde das populações locais, o governo federal, não fazia a integração entre seus programas e ações. Um dos resultados dessa prática foi a fragmentação da assistência (COSTA, 1999) e o baixo impacto nos indicadores de Saúde da Mulher.

Durante este período a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficou sem assistência na maior parte de sua vida. O movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento foram reveladas as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (ÁVILA; BANDLER, 1991).

Em 1984, o MS elaborou o PAISM que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção (BRASIL, 1984).

Este programa para a Saúde da Mulher incluía diversas ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras



necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Visando o enfrentamento de diversos problemas que poderiam aparecer durante a execução deste novo programa de assistência à mulher nos municípios, o MS editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001).

A NOAS estabelece, na área da saúde da mulher, para os municípios, a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (COELHO, 2003).

No período relacionado em que o NOAS esteve à frente, teve um balanço institucional das ações em que se trabalhou com o objetivo de resolver os problemas instalados na atenção básica, sendo que, ficou priorizada a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para a redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção). Desta forma outras áreas estratégicas ficaram prejudicadas do ponto de vista da agenda ampla de Saúde da Mulher, mesmo assim houve a incorporação de um tema novo como a violência sexual (CORREA; PIOLA, 2002).

Nesse balanço ainda ficaram várias falhas relacionadas à Saúde da Mulher como a atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infectocontagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2004).

Somente em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher percebe que deve haver a necessidade de conexão com outras áreas técnicas além de propor novas ações como atenção às mulheres rurais com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas (BRASIL, 2004).

#### **2.4.2 Humanização e Ética na Atenção à Saúde da Mulher**

Num passado recente, quando o assunto humanização chegou aos serviços de saúde, houve diversas controvérsias entre aqueles que já trabalhavam com

ações humanizadoras e aqueles que não tinham ideia do que se tratavam, estes reagiram de forma indignada, chegando a considerar como um insulto (SCHRAIBER, 1997).

“Humanização” pode ter diferentes significados. Pode ser interpretada como a relação entre a mulher e os profissionais de saúde. Com o crescente aumento da utilização de tecnologia, aparelhos e da massificação das unidades de saúde essa relação passa a ser mais subjetiva, portanto um de seus significados mais profundos é o reconhecimento da dignidade da pessoa. (BRASIL, 2008. p. 192).

A atenção humanizada e de boa qualidade implica o estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero e a necessidade de considerar as especificidades locais para aplicação da política (PAIM; SILVA, 2010. p. 15).

As mulheres podem apresentar maior sintomatologia durante o período da menopausa, fatores de ordem cultural, social, psicológico e emocional podem agravar a intensidade dos sintomas e ou sinais clínicos como o ambiente sociocultural em que vive situação pessoal (estado psicológico), conjugal, familiar e profissional, e a diminuição de estrogênio endógeno.

## **2.5 A Mulher e as Fases do Envelhecimento Ovariano**

Com o aumento da expectativa de vida, muitas mulheres passam um terço de sua vida após a menopausa, expostas às repercussões trazidas pelo envelhecimento ovariano e pelas consequentes alterações hormonais, principalmente relacionadas ao hipoestrogenismo (NAMS, 2004).

Em consequência do aumento no número de mulheres que estão envelhecendo e chegando a uma fase específica do ciclo vital, o climatério torna-se um importante tema em saúde pública (LIMA; BOTOGOSKI, 2009).

As primeiras flutuações hormonais, iniciadas na transição menopausal levam ao aparecimento de sintomas desconfortáveis como mudanças nos ciclos menstruais, onda de calor, aumento da sudorese, atrofia cutâneo-mucosas, aumento do peso, sintomas depressivos e alterações com o sono. Após a instalação da menopausa, as mulheres tornam-se vulneráveis a doenças como a osteoporose, as

doenças cardiovasculares, a incontinência urinária e as demências (ALDRIGHI et al., 2002).

O climatério representa a transição gradual do estado reprodutivo para o não reprodutivo. É marcado por manifestações polimorfas decorrentes da exaustão folicular ovariana e da dessincronização dos sinais neuronais do hipotálamo e sistema nervoso central (ALDRIGHI et al., 2005).

O estudo denominado *The Stages of Reproductive Aging Workshop* (STRAW), conduzido por Soules et al (2001. p. 76) foi o primeiro a observar que pequenas mudanças no ciclo menstrual poderiam marcar o início das flutuações hormonais. Baseados nestas alterações foram criados as nomenclaturas pré-menopausa, transição menopausal precoce, transição menopausal tardia e pós-menopausa. O avanço desta classificação ocorreu com o *Penn Ovarian Aging Study* (PENN-5), realizado por Gracia et al (2005), que por intermédio de determinações séricas dos hormônios luteinizantes (LH), folículo estimulante (FSH), inibina, estradiol, testosterona e sulfato de dehidroepiandrosterona, criaram o novo conceito de envelhecimento ovariano.

Este conceito, caracterizado pelo processo contínuo de consumo folicular, foi dividido em cinco estágios (fetal, infantil, reprodutivo, transição menopausal precoce e tardia e pós-menopausa) e correlacionou a sintomatologia menstrual às determinações sanguíneas hormonais; o que permitiu o diagnóstico clínico dos estágios de envelhecimento ovariano. As diferenças entre os estudos STRAW e PENN-5 podem ser observados no Quadro 2:

**Quadro 2:** Estágios do envelhecimento ovariano.

Período	STRAW *	PENN-5**
Pré-menopausa Inicial	Ciclos regulares	Ciclos regulares
Tardia		1 ciclo com intervalo $\geq 7$ dias
Transição menopausal Inicial	1 ciclo com intervalo $\geq 7$ dias 2 – 11 meses amenorreia	2 ciclos com intervalo $\geq 7$ dias
Tardia		3 – 11 meses amenorreia
Pós-menopausa	$\geq 12$ meses de amenorreia	$\geq 12$ meses de amenorreia

Stages of Reproductive Aging Workshop, \*Pen Ovarian Aging Study.  
Fonte adaptado de Gracia et al (2005).

Apesar da falta de consenso sobre a nomenclatura, várias sociedades internacionais como a NAMS (*North American Menopause Society*) e a IMS (*International Menopause Society*), têm utilizado a nova terminologia proposta pelo PENN-5.

Assim o estágio reprodutivo inicia-se na menarca e se estende até os 36-37 anos; a partir de então, começa o estágio da transição menopausal precoce, caracterizado por irregularidades menstruais (aumento do ciclo menstrual em 7 dias), decorrentes de sutis alterações hormonais, como redução da inibina ovariana, aumento compensatório do FSH, sem ainda se evidenciar qualquer alteração sanguínea do LH e estradiol (GRACIA et al., 2005).

Com o aumento da idade, as concentrações sanguíneas de inibina, FSH e LH aumentam e de estradiol diminuem, caracterizando o estágio da transição menopausal tardias, onde se notam significativas alterações menstruais como amenorreias (ausência menstrual) de 3 a 11 meses (GRACIA et al., 2005). Após 2 meses consecutivos de amenorreia, forma-se o diagnóstico de menopausa, última menstruação da vida da mulher, que no Brasil ocorre aos 48,7 anos (ALDRIGHI, 2005). Logo, o estágio do envelhecimento ovariano denominado de pós-menopausa é aquele que se inicia a partir da menopausa e se estende até o final da vida da mulher (GRACIA et al., 2005).

Escbach (2009) afirma que o desempenho muscular é um fator importante da capacidade funcional e qualidade de vida entre mulheres pós-menopausa.

A assistência à mulher transpõe-se hoje com desafios importantes no sentido de garantir a vivência saudável e com qualidade nas fases do ciclo vital (CARDELLI; TANAKA, 2012).

## **2.6 Qualidade de Vida**

Ao se definir Qualidade de Vida múltiplas tendências emergem: 1) No trabalho, 2) na saúde genérica, 3) nas diferentes profissões/ocupações.

A Qualidade de Vida possui significados diferentes dentro de uma construção de múltiplas dimensões conforme a variedade de contextos de vida. Entre as dimensões que envolvem este significado estão a manutenção da capacidade funcional, a satisfação pessoal, o estado emocional e a interação social (SILVA; COSTA, 2008; LORENZI, 2008).

Partindo de uma definição genérica de QV, pesquisadores relacionam as amostras estudadas a pessoas saudáveis, nunca se restringindo a amostras de pessoas portadoras de agravos específicos (SEIDL; ZANNON, 2004).

A Qualidade de vida vem sendo tratada sob vários aspectos dentro do meio acadêmico por diversos autores. O conceito, na maioria das vezes, passa a ter diversos sinônimos relacionados à saúde como, bem estar e felicidade, tendo indicadores que vão desde a renda até a satisfação com determinados aspectos da vida. Trata-se de um termo que determina uma construção social importante e varia de pessoa para pessoa, grupo para grupo, cultura para cultura (RENEWICK; BROWN, 1996. p.75-86).

Para Bertan e Castro (2009), a qualidade de vida engloba diversas definições e conceitos ao longo dos anos, bem como perante as diversas áreas de saúde, sendo aplicada de forma constante, a partir do ano de 1970, no sistema de saúde.

Especialistas no assunto diferem quanto ao significado de QV. Ao se tentar definir QV se alcançam algumas variedades de domínios como, meio-ambiente, recursos econômicos, relacionamentos, tempo para trabalho, lazer e saúde (FLANAGAN, 1978; CARR; TOMPSON; KIRWAN, 1996).

Nos séculos XVIII e XIX, no início da medicina social, no campo da saúde, o enunciado sobre relação entre saúde e qualidade de vida ainda bastante generalizado começou por ratificar esta tese e dar incentivos para as Políticas Públicas e movimentos sociais (MINAYO et al.; 2000).

## **2.7 Qualidade de Vida em Saúde**

O termo Qualidade de Vida em Saúde tem mais de um significado, também é complexo e multidimensional, e atualmente tem sido utilizado de forma obscura tanto científica quanto experimentalmente (STUMM; MASTELLA; UBESSI, 2012; GIMENES, 2013; PESTANA et al., 2015).

Apesar da indefinição que transpassa o seu significado, podem ser delimitados alguns fins ao qual o termo se descreve: técnicos, econômicos, clínicos, político-administrativos e subjetivos. Ao considerar o fim subjetivo, tem-se utilizado o termo Qualidade de Vida em Saúde para identificar como as pessoas se analisam

com relação ao bem-estar físico, mental e social ou, ainda, no sentido de como essas organizariam as possibilidades de seu aperfeiçoamento (GIMENES, 2013).

Ainda que os conceitos de Qualidade de Vida em Saúde (QVS) sejam abrangentes, sua percepção sobre o nível de QVS tem sido uma referência do ponto de vista do estado geral de saúde (BARALDI et al., 2015; KAMIMURA, REZENDE, OLIVEIRA, 2017).

O termo Qualidade de Vida em Saúde é muito usado na literatura e, com objetivos semelhantes à uma conceituação mais ampla implica com os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde (SEIDL, ZANNON, 2004).

Como uma das tendências quanto ao conceito expresso pelo termo na área de saúde, a Qualidade de Vida em Saúde (QVS) é frequente na literatura e tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral, principalmente para diferenciar da Qualidade de Vida em Saúde no sentido genérico. No entanto, parece envolver os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde.

Na área da saúde, devido às novas mudanças ocorridas nas políticas e nas práticas do setor de saúde tem-se percebido um maior interesse pelo conceito Qualidade de Vida em Saúde. Devido à complexidade e aos múltiplos fatores que envolvem o processo saúde-doença, muitos processos ficam compreendidos de forma contínua ligada aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida. Desta forma, a melhoria da Qualidade de Vida em Saúde passa ter relevância para o setor da promoção de saúde e da prevenção de doenças, esperando melhores resultados das práticas assistenciais e das Políticas Públicas (SCHUTTINGA, 1995. p. 31-42).

O caráter biológico, psicológico e social do indivíduo envolve o processo saúde-doença de uma população que tem como elemento-chave a Qualidade de Vida em Saúde, além disso, entende-se que a compreensão do indivíduo sobre a própria vida leva em conta problemas físicos, psicossociais, ambientais e também a subjetividade (GONÇALVES; SILVANY NETO, 2013).

Para Fayers; Machin (2007) a Qualidade de Vida em Saúde contém três grandes domínios: O domínio físico está associado com os aspectos capacidade funcional e aspectos físicos, já o domínio psicológico refere-se à satisfação, bem-

estar, autoestima, ansiedade e depressão e o domínio social está ligado aos aspectos da reabilitação para o trabalho, lazer, interação social e familiar.

Para Nahas (2013) a Qualidade de Vida em Saúde pode ser conceituada como um objeto de percepção que difere de indivíduo para indivíduo e tende a mudar no decorrer da vida. Diversos são os fatores que determinam a Qualidade de Vida em Saúde das pessoas ou comunidades. As combinações desses fatores podem modificar o dia a dia das pessoas. Em geral, vinculam a Qualidade de Vida em Saúde aos padrões socioambientais e individuais. Os padrões socioambientais referem-se à moradia, ao transporte, à segurança, à assistência médica, às condições de trabalho e à remuneração, à educação, às opções de lazer, ao meio ambiente e à cultura. Os padrões individuais estão associados à hereditariedade, ao estilo de vida, aos hábitos alimentares, ao controle de estresse, à atividade física habitual, aos relacionamentos e ao comportamento preventivo.

A conciliação dos fatores socioambientais juntamente com fatores individuais combina e diferencia o dia a dia do ser humano, e resulta em uma associação de situações e fenômenos que se pode chamar de Qualidade de Vida em Saúde (NAHAS, 2010).

O termo Qualidade de Vida em Saúde inclui fatores associados à saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, e também fatores como os amigos, a família, o trabalho, entre outros que não estão diretamente pertinentes com a saúde (MAZO, 2008).

O conceito de Qualidade de Vida em Saúde inclui satisfação e bem-estar, características multidimensionais composta de subjetividade (LIMA, et al., 2009; JENABI et al., 2015).

A Qualidade de Vida em Saúde pode ser definida como atribuição à duração da vida ou estado de saúde principalmente quando afetada por danos no estado funcional, percepções e oportunidades sociais quando influenciados por doenças ou agravos, tratamento e políticas de saúde (FREIRE et al., 2014).

Com o propósito de aumentar os anos de vida e melhorar a qualidade à maior sobrevivência, a Qualidade de Vida em Saúde assume, portanto, um caráter instrumental, uma vez que proporciona aos profissionais de saúde melhor entendimento de como diferentes práticas e intervenções terapêuticas influenciam os resultados principalmente por direcionar o foco para o valor que as pessoas atribuem à vida (GIMENES, 2013).

Embora o destaque das medidas específicas de avaliação recaia sobre sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas por enfermidades, ainda assim, mostram que estes instrumentos tem um caráter multidimensional e avaliam a percepção geral, estando em constante crescimento para as diversas especialidades avaliar a Qualidade de Vida em Saúde (GARRAT et al.; 2002. p. 1417-9).

Os autores Alquier et al (2005) e Singer (1993) conceituam Qualidade de Vida em Saúde (QVS), da seguinte forma: “[...] valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial.”

Evidenciado por Gianchello (2005. p. 236), a versão inglesa do conceito de *health related quality of life* (HRQL), é semelhante: “[...] é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos”.

O estado de saúde e a qualidade de vida das populações, grupos sociais ou indivíduo podem ser influenciados diretamente pelo termo saúde, sendo assim o estilo de vida pode ser determinante para a adequação das qualidades que irão favorecer a condição de saúde adequada (NIEDERAUER et al., 2007; VIANA, 2004).

A Avaliação da Qualidade de Vida em Saúde é um poderoso instrumento na área de saúde que inclui aspectos físicos, mentais e sociais diretamente ligados a sintomas, incapacidades e limitações (OTERO-RODRIGUES et al., 2010).

Um dos instrumentos mais utilizados para avaliação da Qualidade de Vida em Saúde é o SF-36, por ser de fácil acesso, possível de ser utilizado em diferentes populações e faixas etárias (GARBIN et al., 2008; MORALES, 2005; VAHIA et. Al., 2011; BARRICELLI et al., 2012).

## **2.8 Estilo de Vida em Saúde**

A busca pela qualidade de vida remete desde o final do século XX e está diretamente ligada à conscientização de que uma vida com qualidade depende de uma vida saudável que está intimamente relacionada ao estilo de vida. Um conhecimento sobre as influências do estilo de vida passa pelas decisões e atitudes tomadas pelo indivíduo que depende da sensibilização de cada indivíduo sobre



quais atitudes são saudáveis e que estas podem ser assumidas por todas. Desta forma, "Estilo de Vida" é um conceito que abrange a pessoa como um todo e tem muitos aspectos que combinam com o propósito de influenciar a saúde individual nas áreas física, mental espiritual e social (NAHAS, 2003).

Nas últimas décadas as pessoas vivenciaram uma importante alteração nos padrões do estilo de vida. Vários fatores como a vida urbana, aparecimento de doenças e, principalmente, o avanço das tecnologias vêm causando modificações nos vários segmentos do cotidiano das pessoas (RIBEIRO et al., 2012).

Para Nahas (2010), o estilo de vida representa um conjunto de ações diárias que reflete as atitudes, os valores e as oportunidades na vida dos indivíduos. Entretanto, as diferentes perspectivas teóricas sobre a temática e a existência de distintas definições do conceito proporciona uma imensa dificuldade na definição do termo.

Segundo os autores Castiel e Vasconcellos-Silva (2005) o estilo de vida mostra que um conjunto integrado de práticas individuais pode estar ligado diretamente com a necessidade do indivíduo de agir ou de quem ser, consistindo em ações supostamente automáticas e relativas a diversos hábitos como comer, vestir, morar locomover-se em espaços e ambientes diversos.

Os autores acima ao apresentar o conceito de estilo de vida, tecem uma crítica que enfatiza a miséria e aplicação a grupos sociais, onde as pessoas não elegem estilos para levar suas vidas, o que existe são estratégias de sobrevivência, muitas vezes sem margem de escolha.

Compreendido como uma forma cultural e social de viver, o estilo de vida, abrange hábitos e condutas que podem contribuir de forma positiva ou negativa para a saúde no aumento das taxas de mortalidade e morbidade (FERREIRA et al., 2011).

Portanto estes dois fatores citados acima são influenciadores do estilo de vida. Os fatores positivos promovem o bem-estar dos indivíduos, melhorando principalmente a autonomia e qualidade de vida. Estes atributos podem ser representados pela nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamentos e estresse. Os fatores negativos do estilo de vida que afetam a saúde podem aumentar o risco de morte e agravo à saúde e estes podem ser controlados, e, portanto são modificáveis. São eles: fumo, álcool, drogas, estresse, isolamento social, sedentarismo, esforços intensos ou repetitivos (NAHAS, 2003).

Castiel e Vasconcellos-Silva (2005) definem que um estilo de vida pode ser entendido como um conjunto relativamente integrado de práticas individuais que estão voltadas para necessidades utilitárias do como agir ou quem ser, que consistem em ações aparentemente automáticas, relativas a hábitos de comer, se vestir, formas de morar e modos de deslocar-se em espaços e ambiente diversos. Para os autores ainda poder-se-ia, numa visão mais elitista, abarcar padrões relativos ao bom gosto.

Ao apresentar o conceito de estilo de vida, os autores acima, tecem uma crítica referente ao seu emprego em contextos de miséria e aplicação a grupos sociais, onde as margens da escolha é praticamente inexistentes. Partindo das teorias sociológicas clássicas na orientação do entendimento da estratificação social, salienta que muitas pessoas não elegem estilos para levar suas vidas, isto porque não há opções disponíveis. Assim o que existe, nestas circunstâncias, são estratégias possíveis de sobrevivência, muitas vezes sem margem de escolha.

O estilo de vida inadequado pode contribuir para o surgimento de doenças, sejam elas infectocontagiosas ou crônico-degenerativas. De forma contrária, o modo de vida saudável leva a manutenção da saúde e prevenção de doenças (ESTEVES et al., 2010). Assim, o comportamento do indivíduo pode afetar positivamente ou negativamente a qualidade de vida (OLIVEIRA; RABELO; QUEIROZ, 2012).

Acredita-se que para manter um estilo de vida saudável e equilibrado, deve-se ter comportamento preventivo e controle de estresse, e isso pode ser feito por meio de atividade física regular, boas relações sociais, alimentação variada e equilibrada (ESTEVES et al., 2010).

O estilo de vida passou a ser um relevante indicador em relação à eficácia de tratamentos, à confrontação entre ações de controle aos problemas de saúde, ao impacto físico e psicossocial das doenças (CAMPOS; BOSCATTO; MINEIRO, 2015).

### **3 MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de Pesquisa**

O estudo foi de classificação exploratória e descritiva e foi desenvolvida em duas etapas: uma abordagem quantitativa e outra qualitativa.

A exploratória elucida os fenômenos ou a explicação destes que mesmo apesar de evidentes não eram aceitos (GONÇALVES, 2014).

Descritiva por ser realizada, sem a interferência do pesquisador, a pesquisa, a verificação, a anotação e a interpretação dos dados do mundo físico (BARROS; LEHFELD, 2007).

Para Minayo (2001, p.22), a abordagem qualitativa responde a questões que estão associadas às ciências sociais, onde a realidade não pode ser quantificada. Assim, pode ser observada como ela trabalha com os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Para Mattar (2001), a abordagem quantitativa procura confirmar as hipóteses utilizando de dados estruturados, estatísticos, determinados por uma amostra significativa de casos.

Quando combinadas, as abordagens Qualitativa e Quantitativa possibilitam uma análise dos aspectos objetivos e subjetivos, levando ao aumento do nível dos resultados (OLIVEIRA, 2007).

#### **3.2 Área de Realização**

O presente estudo foi desenvolvido no Município de Mineiros, localizado na região sudoeste do estado de Goiás. O Município de Mineiros conta atualmente com uma população superior a 59.000 habitantes, localizado a 420 km de Goiânia-Go, 500 km de Cuiabá-MT, 550 km de Campo Grande-MS e 650 km de Brasília-DF, apresenta alto índice de crescimento e mantém posição de destaque na região. Geograficamente, situa-se em uma das maiores altitudes brasileiras com variação de 700 a 1100 m, na Serra dos Caiapós. O clima é tropical subúmido com ocorrência de chuvas intensas na primavera e verão, com índice pluviométrico anual médio de

1700 mm, e com a estação seca definida no inverno. A vegetação predominante é o cerrado.

Figura 1 – Situação de Mineiros em relação ao Brasil e ao estado de Goiás



Fonte: G1 – Globo.com, dez/2016.

Este estudo teve uma de suas partes realizadas na sede da Secretaria Municipal de Saúde, onde se encontra o NASF, situada na 4ª Avenida esquina c/ Rua 3 Centro; CEP: 75830-000, e uma segunda parte realizada na UBS D. Florinda, situada na Av. dos Pampas esquina c/ Rua Rio Verde, Qd 16 Lt 28 Setor Leontino; CEP: 75830-000.

Figura 2 – Mapa de Mineiros-GO com marcação da UBS D. Florinda e o território adstrito.



- Mulheres cujo prontuário constava informação de Amenorreia há mais de 1 ano ou não;
- Mulheres cadastradas na UBS D. Florinda que participam ou não do programa de atividade física;
- Profissionais que fossem integrantes do NASF no município de Mineiros-GO.

### **3.5 Critérios de Exclusão**

O estudo teve como critérios de exclusão:

- Mulheres com idade inferior a 45 anos;
- Mulheres cujo prontuário não constava informação sobre o exame de FSH;
- Mulheres cujo prontuário não constava informação sobre Amenorreia;
- Mulheres que não eram cadastradas na UBS D. Florinda;
- Profissionais que não fossem integrantes do NASF no município de Mineiros-GO.

### **3.6 Aspectos Éticos**

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética (CAAE 59227416.3.0000.5501) com o parecer Número do Parecer: 1.732.316 (ANEXO C), em Pesquisa da Universidade de Taubaté (UNITAU) e após a instituição envolvida ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido institucional (APÊNDICE A). Os sujeitos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido redigido para este fim, concordando em participar da pesquisa (APÊNDICE B) e serão identificados por intermédio de uma ficha de identificação.

Conforme a portaria 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o risco é classificado como baixo, por delimitar em aplicação de questionários e a realização de entrevista.

Os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo Comitê de ética e Pesquisa, ficarão em arquivo, sob guarda do autor, por cinco anos, após a transcrição e término do prazo mencionado do trabalho os materiais serão descartados.

## **3.7 Instrumentos**

### **3.7.1 Pesquisa Qualitativa**

O instrumento de coleta de dados para este estudo teve um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE C) que foi aplicado nos cinco profissionais que são integrantes do NASF do Município de Mineiros – Goiás.

O roteiro da entrevista semiestruturada apresenta 16 questões. Foi dividido em cinco blocos: o primeiro aborda o Perfil dos participantes, com cinco questões abertas, o segundo bloco trata do Planejamento em Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doença, com duas questões abertas, o terceiro bloco questiona os participantes sobre a Organização dos Serviços de Saúde – APS, com três questões abertas, o quarto bloco aborda a participação dos Profissionais de Educação Física, com quatro questões abertas e o quinto bloco trata sobre a perspectiva dos Profissionais sobre o encaminhamento às atividades físicas, com três questões abertas. Os dados desta entrevista semiestruturada foram analisadas a partir da técnica de Análise Temática.

A partir destes questionamentos foi realizada uma discussão sobre a realidade da saúde local, identificando as fragilidades e as potencialidades da rede de AB, conduzindo a planejamentos de intervenção para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços voltadas para a saúde da mulher tendo como ação as atividades físicas conduzidas pelo profissional de Educação Física. A entrevista foi gravada em áudio para posterior transcrição das falas dos participantes. Para salvaguardar a identidade dos cinco profissionais integrantes do NASF de Mineiros-GO seus nomes não aparecerão no momento da transcrição de suas falas, os mesmos serão denominados de participantes 1,2,3,4 e 5.

Para Manzini (1990/1991, p. 154), a entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual se confecciona um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

No início de cada entrevista foram apresentados aos participantes os objetivos do estudo e a forma como seria conduzida a mesma, esclarecidas as

dúvidas e criando um ambiente amigável. Foi enfatizado que é um momento de debate, sem necessidade de consenso, que divergências serão também positivas. Os instrumentos referentes ao Comitê de Ética também foram cuidadosamente apresentados aos participantes, com posterior solicitação da ciência.

### **3.7.2 Pesquisa Quantitativa**

O instrumento de coleta de dados para este estudo foi dividido em três etapas e foram constituídos por três instrumentos: um roteiro para análise dos prontuários da UBS D. Florinda (APÊNDICE D), um Questionário perfil socioeconômico que foi elaborado pelo próprio autor do estudo, contendo perguntas fechadas e abertas (ANEXO A) e um Questionário de qualidade de vida SF-36, em sua versão brasileira (CICONELLI et al.;1999) (ANEXO B) que foram aplicados às mulheres que são cadastradas e residentes na área de abrangência da UBS D. Florinda, e que seguem os critérios de inclusão da pesquisa.

Inicialmente foram coletados dos prontuários da UBS D. Florinda, por intermédio de um roteiro (APÊNDICE B), informações com o objetivo de identificar as mulheres que fizeram parte da pesquisa, conforme os critérios de inclusão e exclusão citados anteriormente.

Na segunda etapa foi utilizado um Questionário Perfil Socioeconômico (ANEXO A). Esse instrumento foi constituído basicamente por perguntas gerais fechadas e abertas com o grupo de 108 mulheres respondendo questões relacionadas às características sócio-demográficas, estilo de Vida e dados ginecológicos e sintomas. A porcentagem e a média dos resultados foram calculadas a partir da amostra (n=108) do grupo de estudo.

Antes da aplicação definitiva deste instrumento foi realizado um Pré-teste no mês anterior, a primeira coleta de dados para efetivar e validar o conteúdo das questões. Ele foi aplicado em indivíduos, que, posteriormente, não comporão os participantes do grupo de coleta de dados. Os aspectos testados foram à sequência das questões, linguagem, conteúdo, relevância e compreensão das perguntas.

Com isso, o Pré-teste criou condições para que a pesquisa obtivesse dados preliminares que serviram de indicativo positivo no que se refere ao plano elaborado para a coleta dos dados. Dessa forma, foi realizada a calibração do questionário com



ajustes feitos a partir das observações na aplicação do pré-teste e na análise das respostas.

Na terceira etapa o grupo de 108 participantes, divididos em um subgrupo E com 54 mulheres que praticavam atividades físicas e um subgrupo F com 54 mulheres que não praticavam atividades físicas, as quais foram orientadas a responder o Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (ANEXO B). As participantes do subgrupo E responderam o teste antes do início das atividades, sendo orientadas passo a passo em como responder as questões. As participantes do subgrupo F foram abordadas durante os atendimentos dentro na UBS D. Florinda em dias marcados pela secretária.

O questionário de Qualidade de Vida em Saúde SF-36 foi aplicado em três momentos distintos sendo que o Pré-teste teve um pouco mais de dificuldade, pois os participantes participavam de um estudo pela primeira vez e alguns demonstraram, em um primeiro momento, desconfiança sobre as perguntas, mesmo após explicação e assinatura do termo de consentimento.

O Pós-teste 1 foi realizado após 30 dias do Pré-teste nos mesmos lugares e da mesma forma, porém já não houve mais nenhuma desconfiança e todos, principalmente do subgrupo que praticava atividade física, tiveram interesse em saber de suas evoluções.

O Pós-teste 2 foi realizado após 90 dias do Pré-teste, aqui houve um pouco de dificuldade para alguns participantes, principalmente aqueles de maior idade, que não puderam se deslocar até o local de coleta por motivos diversos, neste caso, a coleta foi realizada na residência destes participantes.

Segundo Ciconelli et al (1999) o SF-36 é um questionário genérico de avaliação de saúde, composto por 36 itens englobados em oito escalas, na qual investiga aspectos distintos:

1. Capacidade funcional (dez itens): avalia a presença e a extensão das limitações impostas à capacidade física;
2. Aspectos físicos (dois itens);
3. Aspectos emocionais (três itens);
4. Dor (dois itens): baseados numa questão do questionário SF-20 sobre a intensidade da dor, acrescido da interferência da dor nas atividades de vida diária;
5. Estado Geral de Saúde (cinco itens): derivados do questionário *General Health Rating Index*;

6. Vitalidade (quatro itens): considera o nível de energia, com a fadiga sendo derivado do questionário *Mental Health Inventory* (MHI);

7. Aspectos sociais (dois itens): analisam a integração do indivíduo em atividades sociais.

8. Saúde mental (cinco itens): investigam as dimensões de ansiedade, depressão, alteração do comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico. Resumem os 38 itens do questionário de avaliação de Saúde Mental (MHI-38).

### **3.8 Análise de Dados**

#### **3.8.1 Pesquisa Qualitativa**

Para a análise de dados da entrevista semiestruturada foi utilizada a Técnica de Análise Temática.

Conforme Minayo (2000), para analisar o conteúdo de uma mensagem precisa-se de várias formas de unidade de registro. A palavra pode ser usada como uma unidade vai depender do objetivo do estudo.

O tema também pode ser uma unidade de registro, em torno da qual se tira uma conclusão. Pode-se considerar essa forma de unidade como uma das mais usadas por aqueles que trabalham com análise de conteúdo. Assim, por intermédio desse método os elementos dos textos das entrevistas são classificados em categorias.

A análise temática é um método interpretativo de análise de dados, onde se permite apresentar e organizar os dados sistematicamente por meio da identificação, análise e descrição de padrões ou temas (BRAUN; CLARK, 2006).

Neste estudo a Análise Temática foi utilizada em três momentos. Primeiramente, foi realizada uma pré-análise da entrevista onde foi avaliado todo o material com o propósito de conhecimento dos dados coletados. Logo após, foi realizada a exploração do material, que consistia basicamente na operação de codificação onde foram realizados recortes do texto com o intuito de fazer a seleção das unidades de registro na forma de temas. A partir daí foram realizadas inferências no seu quadro teórico em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

Como aponta Bardin (1977, p. 101) a fim de analisar os dados obtidos, “o analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas”.

Destaca-se que as etapas da análise temática foram organizadas em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material, 3) tratamento de dados, inferência e interpretação.

A análise temática aplicada às entrevistas fornece uma percepção das estruturas internas dos sujeitos investigados considerados nesta pesquisa: os profissionais que fazem parte do NASF de Mineiros (GO).

### **3.8.2 Pesquisa Quantitativa**

Para o cálculo dos escores do questionário de QV SF-36 de uma amostra de um grupo de 108 participantes cadastrados e residentes na área de abrangência da UBS D. Florinda, foi feito, na Fase 1, a ponderação dos dados, como mostra o próprio questionário, e em seguida foi realizada a Fase 2, por meio do cálculo do *Raw Scale*.

Nesta fase foi transformado o valor das questões do questionário em grau de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de Raw Scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínios:

- Capacidade funcional;
- Limitação por aspectos físicos;
- Dor;
- Estado geral de saúde;
- Vitalidade;
- Aspectos sociais;
- Aspectos emocionais;
- Saúde mental;

Para avaliação da correlação entre as dimensões do instrumento, foi realizada a Correlação de Pearson, com nível de significância de  $p < 0,05$ , esta correlação mede a intensidade de associação entre duas variáveis quantitativas.

Este Coeficiente de Correlação pode variar entre -1 e +1, quanto mais próximo destes extremos maior é a correlação (positiva ou negativa) entre as variáveis comparadas (PESTANA; GAGUEIRO, 2008).

A fim de avaliar a confiabilidade do tipo consistência interna, utilizou-se o alfa de Cronbach. Esse índice é uma das medidas mais utilizadas para a verificação da consistência interna de um grupo de itens (PESTANA; GAGUEIRO, 2008).

Todo o processamento estatístico foi suportado pelo software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 for Windows (IBM. SPSS STATISTICS 20).

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 Caracterização dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Mineiros GO**

O município de Mineiros, conta atualmente com mais de 60.000 habitantes. Com uma cobertura do PSF acima de 38% com uma rede de serviços de:

- 01 – Ambulatório 24 horas;
- 09 – ESF;
- 02 – PACS;
- 02 – Centro de Saúde;
- 01 – CAPS modalidade I;
- 01 – laboratório municipal;
- 06 – Farmácia popular;
- 02 – Academia de Saúde;
- 01 – UPA;
- 08 – UBS.

A seleção para definição dos profissionais para o NASF 1 foi definida pela Secretaria de Saúde, no Departamento de Vigilância Epidemiológica e conta com os seguintes profissionais:

- 01 Fisioterapeuta;
- 01 Nutricionista;
- 01 Profissional de Educação Física;
- 01 Farmacêutica;
- 01 Psicólogo clínico.

Esta seção contém os resultados e discussão da abordagem qualitativa, onde os profissionais do NASF relatam suas experiências durante o trabalho em suas áreas específicas de atuação. Também, nesta seção, os resultados da abordagem quantitativa são relatados e discutidos, os participantes respondem a dois questionários, um relacionado com o perfil socioeconômico e outro relacionado à Qualidade de Vida em Saúde.

## 4.2 Resultado da Pesquisa Qualitativa

Apresenta os resultados obtidos com base no levantamento dos dados provenientes das entrevistas realizadas junto aos cinco profissionais que fazem parte do grupo NASF da cidade de Mineiros/GO.

As falas dos informantes apresentam-se transcritas em *itálico*. Os cortes nas falas foram indicados por reticências entre chaves, da seguinte maneira: [...] e resguardando suas identidades substituiu seus nomes pela representação de Participante 1, Participante 2, Participante 3, Participante 4, Participante 5.

### 4.2.1 Temas de análise das entrevistas com os profissionais participantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

A Análise Temática a partir da interpretação do conteúdo das entrevistas com os profissionais participantes do Núcleo de Apoio à saúde da Família permitiu a construção de informações sobre os seus cinco integrantes.

A faixa etária variou entre 25 anos até 45 anos, sendo que a maioria estava entre 25 anos e 35 anos, onde apenas um participante estava acima desta média.

Dentre os cinco profissionais participantes, somente um pertence ao gênero masculino e é graduado com especialização, as outras quatro profissionais do NASF, do gênero feminino, possuem graduação sem especialização, porém uma delas está fazendo, mas ainda não concluiu.

Os cinco participantes relataram o ano de sua formação, e destes, dois possuem cinco anos de formação, dos quais dois estavam vivenciando com o NASF sua primeira experiência profissional. Dentre os participantes que declararam experiência profissional prévia, apenas um trabalhou na Atenção Básica, um no serviço público e três vieram da área privada. O Participante 3, único com experiência na Atenção Básica, relata que *“No NASF é a primeira vez, mas sempre trabalhei no serviço público na Atenção Básica e no setor privado, você sabe, sempre dividimos opiniões sobre o trabalho no serviço de saúde pública.”*

O Participante 1 ressalta que *“Nunca havia trabalhado no NASF, pois a implantação dele foi agora nesta gestão, mas já havia trabalhado no serviço público na mesma função que exerço hoje nas UBS, com o controle e a distribuição de medicamentos.”* O Participante 4 responde da seguinte forma: *“Sim é a primeira vez,*

*antes só havia trabalhado no serviço clínico particular. A experiência que tenho é esta que adquiriu nestes quatro anos de trabalho.”*

O Participante 2 em sua fala expressa que: *“É a primeira vez que trabalho no setor público, antes trabalhei com clínica especializada.”* O Participante 5 também relata que *“No NASF, sim é a primeira vez, já que sua implantação ocorreu a poucos anos. Anteriormente trabalhava no setor privado.”* Dentre os participantes quatro possuem experiência prévia em serviços especializados do setor privado .

Os cinco integrantes ingressaram no NASF no momento de sua implantação. O processo de contratação para três integrantes foi por concurso público, o Participante 2 expressa sobre seu ingresso no NASF da seguinte forma. *“O meu acesso ao NASF, foi por concurso público, o último que teve, entrei no lugar de uma profissional que saiu, a satisfação de estar atuando no NASF é enorme.”* O Participante 3 relata da seguinte forma sobre seu acesso no serviço público *“O meu acesso ao NASF 1 foi por meio de concurso público da Secretaria Municipal de Saúde para ocupação específica deste cargo.”* O Participante 4 relata em sua fala *“Entre por concurso público e estou desde a sua implantação, isso faz com eu tenha mais tranquilidade, principalmente quando ocorrer a mudança na gestão do município.”*

Para os outros dois integrantes foi realizada uma seleção marcada por indicações políticas. O Participante 1 relata que: *“O acesso ao NASF, foi por indicação. Quando foi implantado o grupo gestor da Secretaria Municipal de Saúde, conhecendo o trabalho, procurou para fazer parte do grupo.”* Já o Participante 5, em sua fala ressalta, que o acesso foi da seguinte forma *“O NASF foi uma coisa que caiu por acaso na minha vida, porque uma pessoa da Secretaria Municipal de Saúde soube da criação da sua criação e me indicou, logo em seguida fui chamada. Eu vim ver, achei interessante e vim pro NASF, estou desde sua implantação.”*

Ao longo das entrevistas, os profissionais anunciaram terem recebido capacitação introdutória para sua atuação nos NASF, entretanto em suas falas percebe-se que o treinamento não foi totalmente eficaz. Visto que para eles faltaram um aprofundamento maior sobre o NASF, bem como uma necessidade de informações que ajudassem a iniciar o trabalho dentro de suas unidades. Conforme a fala do Participante 4 *“Foi bem geral, foi dito como funcionava o serviço de saúde pública e a rede de saúde pública de Mineiros. Para quem nunca tinha trabalhado no serviço público, foi bom. Mas a questão do NASF em si não foi aprofundada”.* O

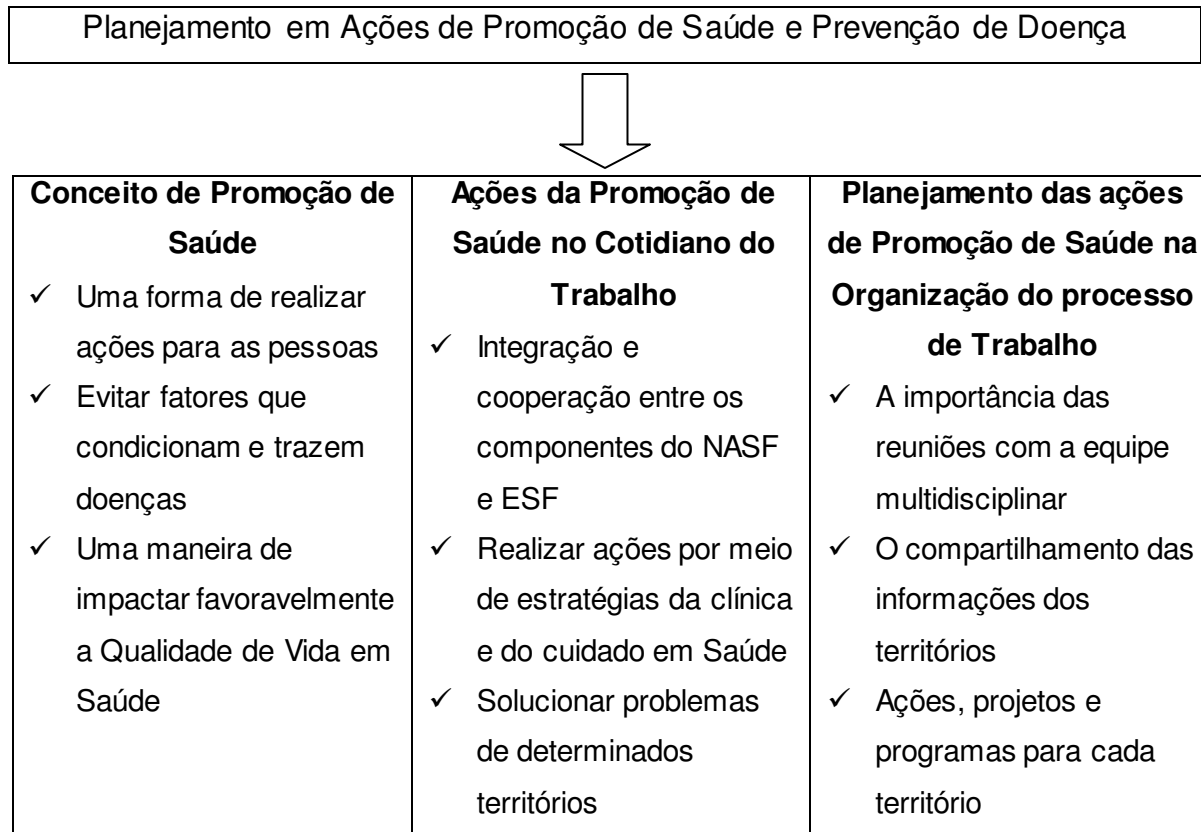
Participante 2 trata desta questão da seguinte forma *“A capacitação introdutória foi voltada para as questões do NASF, porém não como eu gostaria, ficou faltando informações que ajudasse a iniciar o trabalho de forma eficaz”*.

O Participante 1 expressa que *“Em um primeiro momento antes de começar a atuar passamos por um curso de capacitação introdutório para atuação no NASF que ajudou muito a dar início aos trabalhos. Foi muito bom, valeu a pena, porém ficou faltando um aprofundamento maior em relação ao conteúdo, principalmente quanto a forma de trabalho”*. O Participante 3 relata que *“Logo no início participamos de um curso de capacitação introdutória para atuar no NASF, para mim foi muito bom e tirei grande proveito de tudo aquilo que foi passado, ficou faltando informações de como iniciar os trabalhos dentro das Unidades Básicas de Saúde”*. O Participante 5 diz apenas *“Participei do curso de capacitação que foi realizado com todos os membros do NASF, achei pouco informativo com relação de como seria a prática no dia-a-dia”*.

Neste sentido, foi identificado o primeiro Tema denominado de Planejamento em Ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Doença, onde se apresentaram três categorias: Conceito de Promoção de Saúde, Ações de Promoção de Saúde no Cotidiano de Trabalho e Planejamento das Ações de Promoção de Saúde na Organização do Processo de Trabalho, ilustrada na figura 3.



Figura 3 – Tema I - Planejamento em Ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Doença



Fonte: dados do estudo.

A primeira categoria, denominada de **Conceito de Promoção de Saúde**, dos depoimentos colhidos, um participante refere-se à Promoção de Saúde como **uma forma de realizar ações para as pessoas** de forma que elas não se exponham aos fatores que possam levar a doenças.

O Participante 4 diz que *“Para mim a promoção da saúde tem haver com o que aceitamos em termos de comportamento e circunstâncias que trarão impactos para a nossa saúde, por meio da realização de ações para as pessoas, evitando assim que estas não se exponham aos fatores que levam a doenças”*.

Promover refere-se a medidas que não se dirigem a doenças específicas, mas que visam aumentar a saúde e o bem-estar implicando no fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade das causas e restrições da saúde (WHO,1986; BUSS, 2003).

Os resultados também apontam para a fala dos outros 2 participantes que acreditam na Promoção de Saúde como uma forma de **evitar fatores que condicionam e trazem doenças** para a população.

O Participante 3 em sua fala diz que *“Podemos dizer também que Promoção da Saúde são ações voltadas para evitar que as pessoas se exponham aos fatores condicionantes determinantes de doença”*.

Para o Participante 2 a *“Promoção da saúde são ações voltadas para evitar que as pessoas se exponham a fatores que condicionam algo que pode determinar a doença”*.

Estas ações exigem que ocorra um conhecimento prévio da doença em questão a fim de evitar seu progresso, isto implica no estudo de epidemias, projetos de prevenção e educação para que se possam controlar as doenças (WHO,1986; BUSS, 2003).

Dois dos participantes opinou que as ações desenvolvidas pela Promoção de Saúde devem ser **uma maneira de impactar favoravelmente a Qualidade de Vida em Saúde**, ajudando desta forma as pessoas a mudarem seu estilo de vida.

O Participante 5 relata assim sua fala *“Podemos dizer que Promoção da Saúde é uma forma de ajudar as pessoas a mudar o seu estilo de vida rumo a um equilíbrio entre a saúde física, emocional, social e intelectual, impactando favoravelmente a Qualidade de Vida em Saúde das pessoas”*. O Participante 1 relata que *“A promoção da saúde se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida”*.

A Promoção da Saúde visa a Qualidade de Vida em Saúde e a redução das vulnerabilidades relativas à saúde por meio de uma gestão que compartilhe com todos os setores que estão atrelados à rede de atendimento e as estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da QVS da população (ANS, 2007).

A categoria 2, denominada de **Ações da Promoção de Saúde no Cotidiano do Trabalho**, apresentou características que mostram a importância da integração e cooperação dos componentes do NASF com as ESF para solucionar os problemas dos territórios adstritos.

Apenas um dos participantes afirma que **deve haver integração e cooperação entre os componentes do NASF e ESF**. Atualmente a ESF conta com

o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado pelo Ministério da saúde com o intuito de fortalecer as ações e aumentar a resolutividade.

O Participante 2, por sua vez afirma que *“As ações são planejadas e realizadas juntamente com a ESF, aqui em reuniões compartilhamos ideias e conhecimentos a respeito do tema em questão e desta forma tentamos ajudar a solucionar os problemas relacionado a cada território”*.

O NASF é um importante subterfúgio para aumentar o alcance e disparidade das ações da ESF bem como sua resolubilidade, promovendo a criação de espaços para a produção de novos saberes e ampliação da clínica (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

Dois participantes opinaram que **realizar ações por meio de estratégias da clínica e do cuidado em saúde** pode levar à promoção e prevenção da saúde nos territórios determinados por cada equipe de trabalho.

Na fala do Participante 3 *“As ações são realizadas por meio de estratégias da clínica e do cuidado em saúde a partir da integração e cooperação entre as equipes responsáveis pelo cuidado de determinado território”*. O Participante 1 relata que *“São ações de saúde realizadas em conjunto pelas equipes NASF e saúde da família, compartilhando a prática de saberes, buscando auxiliá-los no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, entre outros, ampliando o escopo de ofertas”*.

Os outros dois participantes que compõem o quadro dos profissionais do NASF, quando indagados sobre as ações da promoção da saúde no cotidiano do trabalho, relatam que **solucionar problemas de um determinado território**, fortalece as ações e aumenta a resolubilidade dos territórios.

Na fala do Participante 4 *“Estas ações devem ser planejadas visando o território em que somos responsáveis, porém estas ações devem ser tratadas de forma integrada e com a cooperação da equipe multidisciplinar que atuam no NASF, afim de fortalecer e aumentar a resolubilidade destes territórios”*.

O Participante 5 ressalta em sua fala que *“A Atenção Básica deve viabilizar a articulação de diversas ações nos mais diversos aspectos, respeitando a particularidade de cada território afim de solucionar os problemas destes locais”*.

Segundo Oliveira (2010) o trabalho do NASF inicia-se a partir de um referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Este trabalho quando aplicado na AB irá ocorrer quando houver uma associação entre as ESF que estão envolvidas

com situações-problema de um determinado território e com profissionais diversos com conhecimentos variados diferentes das equipes existentes da AB.

Dentre as ações de Promoção de Saúde em seu cotidiano de trabalho, dos profissionais do NASF, elas se configuram como espaço para a promoção da saúde, incluindo grupos de esporte, espaço de socialização, palestras educativas, alimentação saudável, orientação e aconselhamento, incentivo educacional, tendo como foco o desenvolvimento de habilidades pessoais. Porém, as falas evidenciam que as ações estão focadas na prevenção e reabilitação.

Na categoria 3, denominada **Planejamento das Ações de Promoção da Saúde na organização do processo de trabalho**, a questão compartilhamento é muito evidenciada.

Desta forma, dois participantes relataram que **são importantes as reuniões com a equipe multidisciplinar**, onde os casos de cada território são discutidos e analisados.

O Participante 3 relata que *“Tudo ocorre aqui a partir das reuniões que temos em conjunto, somente depois disto é que começamos a pensar no planejamento das ações e na organização dos programas e projetos que podemos fazer para melhorar aquele território”*. O Participante 5, em sua fala relata que *“São feitas em forma de reuniões semanais e mensais em que se discutem os casos e encaminham para as UBS cadastradas. Depois de discutidos todos os problemas cada profissional começa a fazer seu próprio planejamento e programas de atendimento em grupo ou individual”*.

Para um participante, **o compartilhamento das informações de determinado território** ajuda na resolução de problemas de cada território.

O Participante 1 relata que *“As ações de saúde realizadas em conjunto pelas equipes NASF e saúde da família, são compartilhadas por meio da prática de saberes, buscando auxiliá-los no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, entre outros”*.

Neste caso, a contribuição do NASF será de forma compartilhada com as equipes vinculadas, aumentando a capacidade de resolução de problemas e de controle de certas situações.

Desta forma, os profissionais do NASF, por terem competências específicas em diversas áreas, podem incorporar novas ações na Atenção Básica, por

intermédio de uma interferência direta em ações individuais ou coletivas que as ESF não conseguiriam executar de forma exclusiva (BRASIL, 2014).

Para os outros dois participantes **as ações, projetos e programas para cada território** saem do planejamento, que é realizado após as reuniões, que ocorrem de forma semanal e mensal.

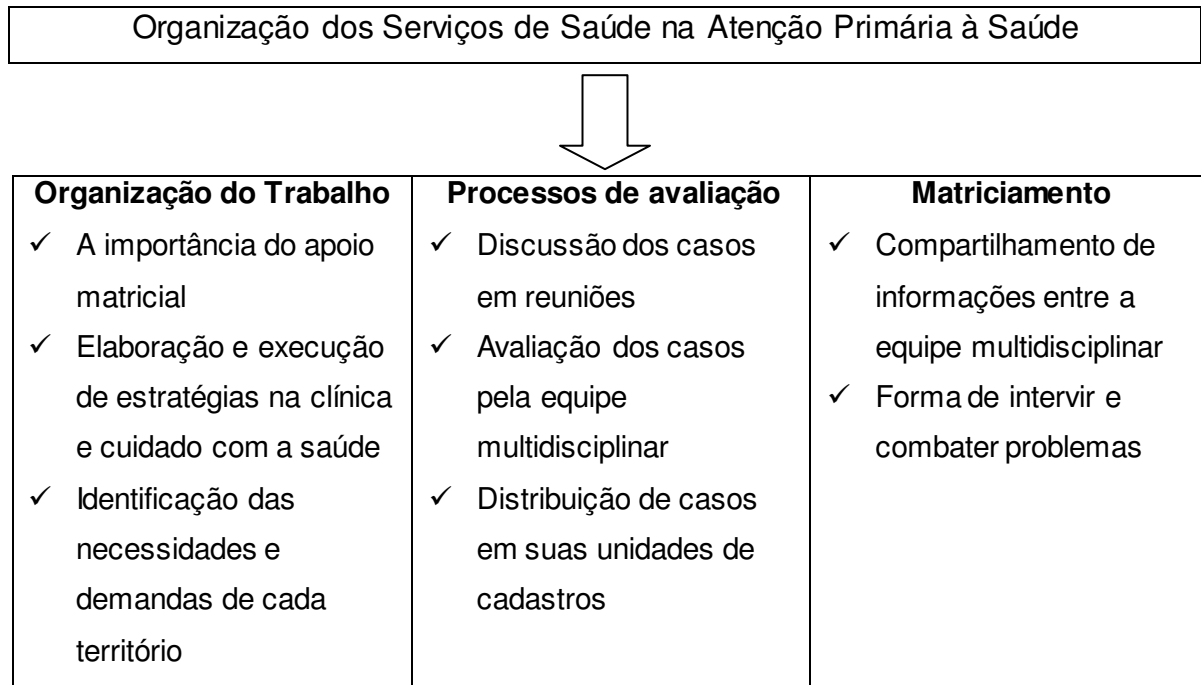
O Participante 2 parte do seguinte pensamento *“Penso que devemos buscar trabalhar em equipe, planejando ações que visem à reabilitação da população, tentando resolver os problema dentro dos territórios que estamos trabalhando”*.

O Participante 4 expressa que *“A organização do processo de trabalho deve ser compartilhada com os outros integrantes do NASF e isto ocorre semanalmente e mensalmente. Destas reuniões é que saem as ações, programas e projetos que serão executados nos territórios”*.

Neste âmbito, o NASF por meio do aumento do propósito de ações e por meio da divisão de conhecimentos consegue melhorar a qualidade da Atenção Básica, ampliando, desta forma a capacidade de resolução clínica de suas equipes (BRASIL, 2014).

Uma vez analisado o tema e as categorias anteriores, acrescenta-se a existência de um segundo tema identificado na entrevista com os participantes. O Tema II denominado de Organização dos Serviços de Saúde na Atenção Primária à Saúde apresenta três categorias: A Organização do trabalho em uma unidade e no território, processos de avaliação e Matriciamento, que são ilustradas na figura 4.

Figura 4 – Tema II - Organização dos Serviços de Saúde na Atenção Primária à Saúde.



Fonte: dados do estudo.

Na primeira categoria, denominada de **Organização do trabalho**, fica evidente, nas respostas de dois dos participantes que **a importância do apoio matricial** é muito importante.

Na fala do Participante 4 esta importância é definida *“Por meio do apoio matricial onde as equipes de referência representam um tipo de arranjo que busca modificar o padrão nas organizações, construindo a responsabilidade de pessoas por pessoas”*. O Participante 3 diz em sua fala que *“O apoio matricial é muito importante para a organização do trabalho, pois este arranjo permite trabalhar em equipe com intuito de ter sob sua responsabilidade um grupo de pessoas pré-determinadas”*.

O correto entendimento da expressão “apoio”, que é fundamental na proposta dos NASF, remete à compreensão de “apoio matricial”, que se complementa com a forma de trabalho em “equipes de referência” (BRASIL, 2011).

Equipes de referência representam um tipo de arranjo que busca construir a responsabilidade de pessoas por pessoas, Ou seja, formar uma equipe em que os trabalhadores tenham uma clientela sob sua responsabilidade, por exemplo, uma equipe responsável por certo número de leitos em um hospital ou, como no caso da

ESF, a responsabilidade por uma clientela dentro de um território de abrangência (BRASIL, 2011).

Apenas um participante do grupo acredita que **na elaboração e execução de estratégias na clínica e cuidado com a saúde** seja um fator prioritário para que uma organização do trabalho em uma unidade e no território possa ter sucesso na sua realização.

O Participante 5 expressa em sua fala que *“Um fator prioritário para uma organização do trabalho compreende a elaboração e execução de estratégias na clínica e cuidado em saúde, podendo realizar de forma efetiva os problemas de um determinado território”*.

A elaboração execução de estratégias na clínica e cuidado com a saúde são instrumentos a serviço da gestão, que abrange a organização do trabalho em uma unidade e no território, estabelecem dentro da administração uma proposta dos serviços em rede, entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção (WERNECK, 2009. p 84)

Apenas dois participantes abordaram **a identificação das necessidades e demandas de cada território** como sendo de grande importância para o planejamento das ações, não se deve abandonar a importância que este tema tem para ajudar a resolução dos problemas de cada território.

Assim relata o Participante 1 sobre o mesmo tema: *“Em geral, a equipe assistida identifica as necessidades e demandas da população e da localidade assistida e solicita o apoio dos profissionais do NASF para a construção de propostas de intervenção. Depois passamos para as reuniões multidisciplinares”*.

O Participante 2 diz que *“Assim que são identificadas as necessidades demandas de cada território passamos para as reuniões com o objetivo de planejarmos ações que irão solucionar tais problemas em cada território”*.

Dentro da categoria 2, denominada de **Processos de Avaliação** tem como ponto inicial as reuniões entre as equipes do NASF e da ESF.

Os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação são utilizados pelo município para monitoramento das ações e indicadores das Equipes de Atenção Básica. Este acompanhamento é feito por meio de **discussão de casos em reuniões** que ocorrem semanalmente e mensalmente.

Estas reuniões são importantes, mas apenas dois participantes cita em sua fala a questão dos processos de avaliação juntamente com o sistema de informação

durante as reuniões ocorridas com a equipe do NASF e afirma que o resultado ajuda e facilita o planejamento das ações, projetos e programas destinados a cada território com problema.

Na opinião do Participante 5 *“Por meio de reuniões, onde os casos são discutidos, os dados das famílias e dos indivíduos devem ser atualizados no sistema de informação com intuito de analisar a situação de saúde dos territórios considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local”*.

No relato do Participante 3 onde *“Primeiramente tudo é realizado nas reuniões de grupo, aqui desenvolvemos todo o planejamento, as ações e como deverão ser passadas estas informações, tanto para a Secretaria Municipal de Saúde quanto para os coordenadores de UBS.”*

Dois participantes entendem que a **avaliação dos casos pela equipe multidisciplinar** facilita na resolução dos problemas nos diversos territórios com necessidades específicas.

Na fala do Participante 1 esta ideia é confirmada *“Em nossas reuniões muitos casos são trazidos para serem avaliados pela equipe multidisciplinar, a partir destas informações iniciamos um processo de distribuição dos casos em suas Unidades de cadastro para que sejam distribuídos em grupos de acordo com horários pré-determinados pelas UBS.”*

O Participante 2 relata que *“Nas reuniões, após discussão sobre diversos temas, deve-se elaborar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção, através da realização de ações programadas, coletivas e de vigilância à saúde.”*

Após este processo, ocorre **a distribuição dos casos em suas unidades de cadastros**, onde os atendimentos serão agendados, conforme disponibilidade de vaga e horário. Neste caso apenas um participante mencionou sobre este assunto.

O participante 4 relata em sua fala que *“As avaliações são feitas em cada reunião. A partir do estudo dos casos é que ocorrerão a distribuição nas unidades onde as pessoas são cadastradas, onde ocorrerá o agendamento de acordo com as vagas existentes”*.



Dentro da categoria 3, denominada de **Matriciamento**, percebe-se que todos os participantes ressaltam ser importante na organização dos serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde e distribuição dos casos.

O Matriciamento ou Apoio Matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criando uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (BRASIL, 2011).

Dois participantes do grupo disseram que o **compartilhamento de informações entre a Equipe Multidisciplinar** geram ações, projetos e programas que tendem a melhorar a resolutividade em cada território.

Pelo Participante 4 *“Pode-se dizer que Matriciamento seja um planejamento da organização de serviços que através de projetos e funções, junto de uma gestão participativa envolve uma equipe de profissionais de diversas áreas.”*

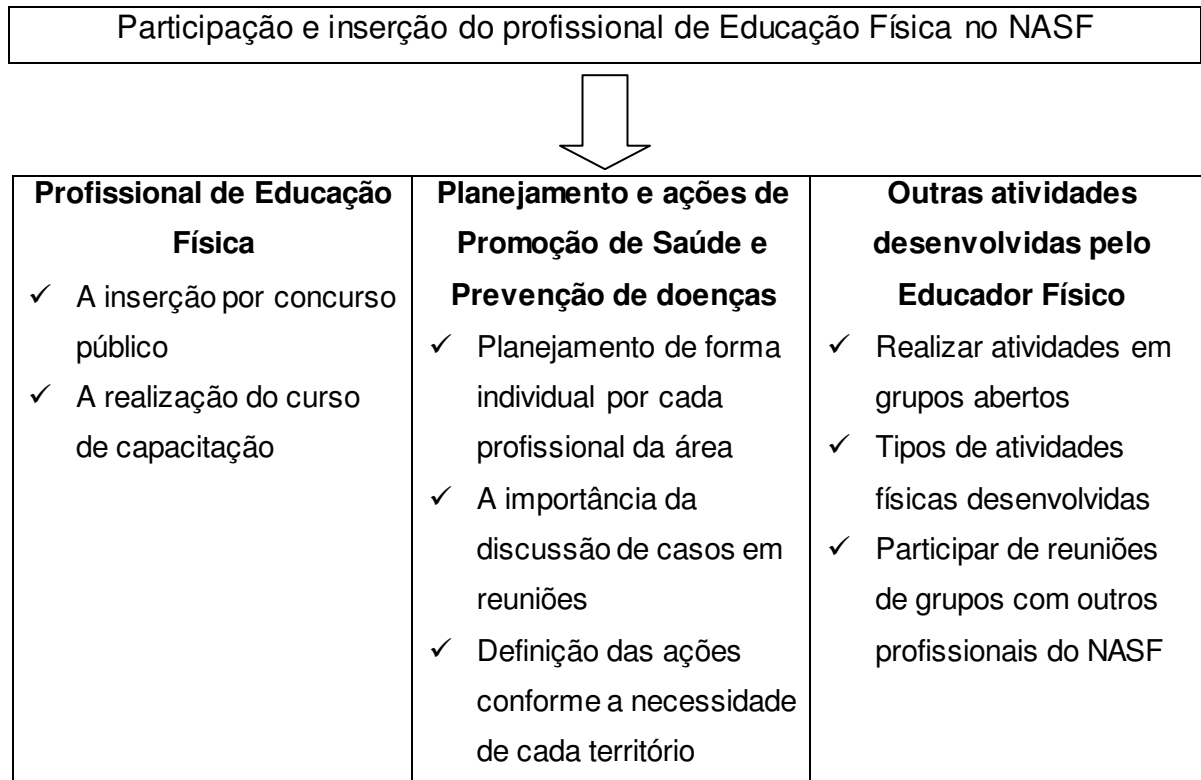
O Participante 5 afirma que *“Matriciamento é o suporte realizado por profissionais de diversas áreas especializadas com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações.”*

Neste mesmo raciocínio, um participante do grupo de profissionais do NASF confirma que o Matriciamento é **uma forma de intervir e combater os problemas** de um determinado território adscrito, o que é assegurado pelo Participante 3 *“É uma forma de produzir saúde em que duas ou mais equipes compartilham informações a respeito do território e criam uma forma de intervir e combater os problemas”*.

Os outros dois participantes do grupo não souberam definir Matriciamento gerando respostas que não tinham colocação dentro da categoria proposta.

Em análise das entrevistas com os integrantes do NASF de Mineiros-GO, foi identificado o Tema III denominado de Participação e inserção do Profissional de Educação Física, representada pela figura 5, onde foi possível especificar como este profissional foi inserido no NASF.

Figura 5 – Tema III – Participação e inserção do profissional de Educação Física no NASF.



Fonte: dados do estudo.

A sistematização da Educação Física no campo da Saúde Pública é recente. A década de 1990 pode ser considerada um período importante de busca de afirmação e legitimidade. Neste período começaram a serem produzidos trabalhos científicos que levaram a debates e discussões sobre o tema demonstrando a importância dentro do universo da Saúde Pública.

A primeira categoria traz informações sobre o **Profissional de Educação Física**. Todos os participantes informaram que **a inserção do profissional de Educação Física** no NASF foi por meio de concurso público e que **a realização do curso de capacitação** foi um requisito para que o profissional pudesse se inserir e realizar suas funções no NASF, além dele todos os outros profissionais também fizeram o curso de Capacitação Introdutória realizada junto a Secretaria Estadual de Saúde.

O Participante 2 informa que *“A inserção do profissional de Educação Física foi através de concurso público e passou por um curso de capacitação introdutória.”* Também afirmou que está desde o início das atividades do NASF, ou seja, desde

que foi implantado. Da mesma forma, o Participante 1 colabora informando que *“A inserção do nosso colega de trabalho foi por meio de concurso público e depois o mesmo passou pelo curso de capacitação assim como nós que estamos desde o período de implantação do NASF”*.

Esta afirmação é demonstrada pelo Participante 3 quando informa que *“Sua entrada se deu por meio de concurso público realizado pela Secretaria Municipal de Saúde e depois de passar pela capacitação realizada junto a Secretaria Estadual de Saúde.”*

O Participante 4 expressa que *“Pelo que o próprio Educador Físico já me informou ele entrou através de concurso público na mesma ocasião que eu entrei e participamos juntos do curso de capacitação oferecido pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás”*.

O Participante 5 diz em sua fala que *“Sua inserção se deu por concurso público especificamente para trabalhar no NASF, e que foi feito um curso de capacitação para todos os integrantes do NASF”*.

Com o aperfeiçoamento de diferentes programas e ações que estão sendo desenvolvido pela ESF, na esfera da Saúde Pública, o Educador Físico vem conquistando espaço e contribuindo de forma significativa para a melhora da qualidade de vida da comunidade, principalmente nos locais como as Unidades Básicas de Saúde.

Na categoria 2, dois profissionais do NASF, assinalam que o **planejamento das ações de forma individual por cada profissional da área** é, para eles, uma maneira de traçar estratégias de acordo com a abrangência, necessidade e estrutura dos territórios de uma forma mais individualizada.

O Participante 5 confirma esta afirmação *“Acredito que assim como os demais profissionais do NASF, não sabemos como ele realiza seus planejamentos, porém o início é igual para todos, participamos de reuniões onde são definidos os problemas e traçamos estratégias de ação para solucioná-los.”* O Participante 2 ressalta que: *“Não estou a par de como é a participação do profissional de Educação Física no planejamento de suas ações, aqui cada um tem a liberdade de fazer seus planejamentos sem a presença de outro profissional”*.

Apenas um dos participantes menciona de forma efetiva que a **importância da discussão de casos nas reuniões**. Quando o conhecimento é compartilhado pela equipe multidisciplinar as soluções se tornam mais eficientes, e isto, favorece o planejamento e as ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Doença.

O Participante 3 em sua fala deixa claro que: *“O planejamento ocorre depois da discussão de caso, atendimentos compartilhados do NASF e do levantamento da situação do território em atendimento nas reuniões do NASF. Depois desta discussão programa-se as ações e passa para o atendimento destas pessoas, mas basicamente tenho autonomia para planejar e executar as ações conforme as necessidades do território.”*

Desta maneira, com a formação dessa equipe multidisciplinar e incorporando esses profissionais às ESF, espera-se que ocorra uma discussão de casos sobre os territórios adstritos em reuniões e que estas sejam capazes de além de solucionar problemas de saúde, contribuir na melhoria dos aspectos sociais, culturais, econômica e políticas da clientela assistida (BARBOSA et al., 2010).

Um dos pontos abordados por dois participantes mostram que deve haver **uma definição das ações, conforme as necessidades de cada território**. Todo o planejamento e ações passam a serem direcionados para os territórios que apresentam maiores problemas, depois da discussão de casos nas reuniões os profissionais passam a realizar este trabalho individualmente de acordo com as evocações em suas entrevistas.

O Participante 1 confirma este aspecto quando afirmou que: *“Cada um, após as reuniões onde são detalhados os problemas nos territórios, faz o seu planejamento conforme a demanda do território específico”*. O Participante 3, no final de sua fala também faz o seguinte comentário: *“[...] Depois desta discussão programa-se as ações e passa para o atendimento destas pessoas, mas basicamente tenho autonomia para planejar e executar as ações conforme as necessidades do território.”*

A resposta do Participante 4 não teve nenhuma relevância para este estudo por isso não foi citada nesta categoria.

Para Lucena et al. (2009, p. 89-90), o Educador Físico tem como primeira competência dentro das ESF, trabalhar junto a diversos grupos, partindo do princípio que a prática da atividade pode aperfeiçoar a qualidade de vida das pessoas.

Também tem como propósito contribuir para um melhor exercício da cidadania, orientando a população sobre a adoção de hábitos saudáveis para aperfeiçoar a qualidade de vida dos mesmos e também para promover uma maior integração social, não se limitando somente a ensinar a prática de atividade física.

A categoria 3, foi denominada de **Outras Atividades Desenvolvidas pelo profissional de Educação Física na Unidade de Saúde**.

Para dois participantes do grupo de integrantes do NASF, o profissional de Educação Física **realiza as atividades em grupos abertos**. Após o planejamento das ações as pessoas são encaminhadas às Unidades cadastradas e são encaixadas nos programas conforme disponibilidade de horário e vaga.

Em sua fala, o Participante 1 relata que: *“Creio que sejam realizadas através de grupos abertos de caminhada, exercícios aeróbicos e outras atividades que não posso dizer com exatidão”*.

O Participante 5 relata que: *“As atividades ocorrem em grupos abertos e estão voltadas para a dança, ginástica localizada e caminhada orientada, tenho achado legal a sua participação no NASF, está tendo muito sucesso com seu desempenho e as pessoas estão tendo melhoras significativas”*.

Ao se elaborar e planejar um programa de atividade física deve-se levar em conta que muitos fatores como as estratégias que serão aplicadas, as características dos participantes e a forma de seleção podem influenciar o andamento e o resultado da intervenção (VAN ZUTPHEN; MILDER; BELMANS, 2008; DYSON; BEATTY; MATTHEWS, 2010).

Neste estudo, os fatores mencionados por dois participantes relatam sobre os **tipos de atividades físicas desenvolvidas** pelo Educador Físico. Em particular, o Participante 3 relata que *“Durante a semana são realizadas diversas ações com a população, entre elas posso citar a ginástica localizada, a dança e a caminhada, que as ações básicas realizadas na academia de saúde”*, confirmando o planejamento das ações e estratégias.

O Participante 2 ressalta que: *“Não sei dizer ao certo, mas, de maneira geral, atividades de ginástica localizada, grupo de caminhada, acho que é basicamente isto”*.

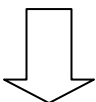
Apenas um participante afirma que **participar de reuniões de grupo com outros profissionais do NASF** ajuda na divisão dos grupos abertos e aproxima o profissional dos casos de outras especialidades, como a nutrição. O Participante 4

confirma esta opinião: *“Geralmente, quando atuamos juntos, ele participa das minhas reuniões em grupo e depois realiza seu próprio programa de atividade. Não é passado para mim qualquer tipo de programa de treinamento ou atividade específica para cada grupo, mas creio que atividade aeróbica seria uma delas”*.

Em síntese, os cinco profissionais integrantes do NASF que atuam na UBS D. Florinda, participantes deste estudo contribuíram sobremaneira na indicação das ações que envolvem o Educador Físico, tendo o matriciamento como modo de produzir saúde entre duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criando propostas de intervenção pedagógico-terapêutica.

A partir das entrevistas realizadas com os integrantes do NASF, construiu-se então o Tema IV, denominado **A perspectiva dos Profissionais sobre o encaminhamento às Atividades Físicas**, que contribuíram com o posicionamento do grupo dos profissionais do NASF sobre a relação das mulheres para encaminhamento à UBS D. Florinda, conforme ilustra a figura 6.

Figura 6 – Tema IV - A Perspectiva dos Profissionais sobre o encaminhamento às Atividades Físicas.

Encaminhamento das Mulheres para às Atividades Físicas		
		
<p><b>Encaminhamento das Mulheres na fase do envelhecimento ovariano para as práticas corporais/atividades físicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Analisar os casos nas reuniões do NASF</li> <li>✓ Agendamentos dos procedimentos nas UBS em que são cadastradas</li> <li>✓ Disposição de horários de atendimento</li> </ul>	<p><b>Forma de atendimento deste grupo específico de Mulheres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atendimento de grupo específico</li> <li>✓ Acompanhamento ocorre de acordo com o histórico clínico do grupo de mulheres</li> </ul>	<p><b>Planejamento e tipo de atividade física para esse grupo de mulheres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tipos de exercícios físicos</li> <li>✓ Coleta de dados para obter informação sobre o estado físico da praticante</li> <li>✓ Prescrição dos exercícios físicos</li> </ul>

Fonte: dados do estudo.

Com o aumento da longevidade, há um progressivo crescimento do período de vida pós-menopausa. Isto significa que uma fração cada vez maior da população feminina passa, em média, três décadas da sua vida no climatério.

Este dado é de importância para todos os profissionais da área da saúde, pois maior atenção interdisciplinar deverá ser dispensada a essa parcela da população, tendo em vista as inúmeras possibilidades de prevenção e tratamento disponíveis para este período da vida.

Na categoria 1, denominada de **Encaminhamento das mulheres na fase do envelhecimento ovariano para as práticas corporais/atividades físicas**, dois dos profissionais indicam que é necessário antes **analisar os casos nas reuniões do NASF** e agendar o procedimento na UBS em que a mulher é cadastrada, conforme defende o Participante 3: *“O encaminhamento é feito após análise de casos nas reuniões, depois a pessoa deve procurar a UBS em que está cadastrado para realizar sua inscrição nos grupos que houver disponibilidade”*. O que é confirmado também pelo Participante 2: *“Como sempre é feito, primeiramente passam por análise em reuniões da equipe e depois são encaminhadas para as UBS onde são cadastradas e lá encaixadas de acordo com os horários disponíveis.”*

Passada por esta fase de análise dos casos ocorre **o agendamento dos procedimentos nas UBS, onde as pessoas estão cadastradas**. Para um profissional, este procedimento existe para melhor organização, planejamento das ações, projetos e programas que serão executados com os diversos grupos de mulheres que participam das atividades físicas.

Estes passos, são, também, confirmados pelo Participante 1: *“O agendamento dos procedimentos como consultas, grupos, oficinas da equipe NASF devem ser realizados na agenda local da UBS devendo respeitar as prioridades de cada caso”*.

Apenas um profissional do NASF de Mineiros-GO relatou que a procura pelo atendimento é grande e é por isto que o agendamento nas UBS depende **da disposição de horários para o atendimento**. As UBS disponibilizam horários semanalmente durante o período matutino e vespertino.

Sobre este tema o Participante 5 corrobora informando que: *“Os encaminhamentos são feitos para os locais onde as pessoas estão cadastradas e lá são encaminhadas ao profissional de acordo com a disposição de horários de atendimento disponíveis nas UBS”*.

O Participante 4 não acrescentou nada de importante com relação a esta categoria.

Assim, conforme a categoria 2, ilustrada na figura 6, denominada de **Forma de atendimento deste grupo específico de mulheres**, os participantes quando questionados sobre a forma de **atendimento do grupo de profissionais**, informa que ele não ocorre de maneira específica. Os grupos de atendimento são formados a partir da disponibilidade de horário e acontecem em grupos abertos. Para que acontecesse este tipo de atendimento seriam necessários mais profissionais que trabalhassem de forma específica para cada tipo de doença, e isso não acontece. Dois participantes responderam de forma efetiva a esta pergunta.

O Participante 5 deixa claro a informação adiante: *“O atendimento destas pessoas é feita de forma coletiva após agendamento na UBS onde é cadastrado. Pelo que sei não existe um grupo específico somente para mulheres que estão passando pelo processo de envelhecimento, mas com certeza o educador Físico avalia seus dados e programa atividades que ajudarão a combater os sintomas relacionados à menopausa”*.

O Participante 4 diz em sua fala que: *“Os atendimentos não ocorrem de forma específica, pois as pessoas chega para o atendimento com diversas doenças, como o diabetes e a hipertensão”*.

Para dois profissionais, **o acompanhamento ocorre de acordo com o histórico clínico do grupo de mulheres** que participa destas atividades programadas pelo profissional de Educação Física.

O Participante 3 relata que: *“O atendimento pode ser individual ou coletivo, neste caso é coletivo, os grupos são abertos e não tem um atendimento para grupos específicos de mulheres, existe sim o acompanhamento de acordo com o histórico clínico destas mulheres”* e o Participante 2 afirma que: *“Não há atendimento específico para um determinado grupo de mulheres todos são encaixados de acordo coma disponibilidade de atendimento das UBS, porém todos os casos são analisados e as atividades são voltadas de acordo com a necessidade de cada grupo”*.

O Participante 1 não trouxe resposta que tivesse relevância para esta categoria.

O planejamento e o tipo de atividade física devem acontecer de acordo com seus interesses e nas suas habilidades, e então junto com a equipe multidisciplinar



cada caso pode ser discutido e depois um programa de exercícios pode ser criado baseado no que o grupo gosta de fazer, que combine com o estilo de vida e que esteja dentro dos limites das mulheres que participam dos grupos de atividades físicas.

Na categoria 3, denominada de **Planejamento e tipo de atividade física para esse grupo de mulheres**, o grupo de trabalho multidisciplinar deixa todo o planejamento e ações para serem realizadas pelo profissional da área, após a discussão de casos nas reuniões do NASF, neste caso o grupo de profissionais do NASF, em suas evocações, relatam que o **tipo de exercício físico** deve ser estipulado pelo profissional de Educação Física.

O Participante 1 diz em sua fala que: *“Apesar de não fazer parte da minha especialidade, basicamente o trabalho é feito por meio de exercícios aeróbicos e caminhadas”*. O Participante 2 corrobora dizendo que: *“Apesar de ser um pouco difícil responder a pergunta, basicamente são práticas de academia e caminhadas”*.

O Participante 3 relata que: *“[...] Os exercícios que são prescritos para o grupo são de ginástica localizada, a dança e a caminhada orientada”*.

O participante 4: *“Os exercícios que são prescritos nestes grupos são a ginástica localizada, a dança e a caminhada orientada”*. O Participante 5 expressa em sua fala que: *“Não sei ao certo qual tipo de atividade física, mas as que costumo saber ao conversar com ele são as já respondidas anteriormente, dança, caminhada orientada e ginástica localizada”*.

Apenas um dos participantes relatou que é necessário realizar uma **coleta de dados para obter informação sobre o estado físico da praticante** que está iniciando o programa de atividade física.

O Participante 3 confirma esta coleta de dados declarando que: *“Após a inclusão da pessoa no grupo de atividades físicas é realizada uma coleta dados para se obter informações relacionadas com prontidão para a atividade física, fatores de risco, qualidade de vida e nível de atividade física, somente depois se prescreve os exercícios, você sabe como funciona. Os exercícios que são prescritos nestes grupos são a ginástica localizada, a dança e a caminhada orientada”*.

Fatores como quais estratégias serão aplicadas, características dos indivíduos e a forma de seleção das pessoas que participarão das atividade físicas influenciarão na elaboração, andamento e resultado de uma intervenção em

atividade física (VAN ZUTPHEN; MILDER; BELMANS, 2008; DYSON; BEATTY; MATTHEWS, 2010).

A prescrição de exercícios deve encontrar aceitação e satisfação de quem vai praticá-lo, a fim de evitar o desinteresse inicial que poderá resultar em um abandono futuro e, conseqüentemente, na perda dos benefícios proporcionados pela prática regular da atividade física.

Para dois participantes do grupo de profissionais a **prescrição de exercícios físicos** deve acontecer de acordo com o histórico clínico de cada mulher que participa do programa, visto que cada tipo específico de exercício proporciona um efeito pré-determinado.

O Participante 3 declara, em reforço a este posicionamento que: *“Os exercícios físicos somente são prescritos após avaliação do histórico clínico do praticante de atividade física e após um consenso com esta sobre a preferência com relação a atividade proposta”.*

O Participante 2 diz em sua fala que: *“Um programa equilibrado deve conter exercícios aeróbios de baixo impacto, exercícios de fortalecimento muscular e exercícios de equilíbrio e coordenação visando melhorar o padrão de marcha e reflexos (propriocepção) e com isso diminuir a incidência de quedas e devem acontecer de acordo com o histórico clínico de cada pessoa”.*

Quando há um objetivo específico, deve-se escolher, em consenso com o candidato, qual a modalidade que alie prazer e eficácia comprovada para aquele determinado fim.

Como, frequentemente, os objetivos são muito mais amplos, incluindo todas as possibilidades de benefícios, recomenda-se uma composição de exercícios que prestigiem os diferentes componentes da aptidão motora.

### 4.3 Resultado da Pesquisa Quantitativa

A pesquisa quantitativa teve seus resultados baseados em duas etapas, um questionário perfil socioeconômico onde foram avaliadas as características sociodemográficas, a caracterização do estilo de vida das mulheres quanto à história gineco-obstétrica e sintomatologia climatérica. Em seguida foi aplicado um Questionário de qualidade de vida SF-36, que é um questionário genérico de avaliação de saúde.

#### 4.3.1 Características Sociodemográficas

De acordo com o IMB (Instituto Mauro Borges, 2010), na cidade de Mineiros (GO) as mulheres representam 42,6% da população, e aquelas pertencentes à faixa etária acima de 45 anos correspondem a 50,2%.

Na UBS D. Florinda, 108 mulheres tiveram seu perfil social delineado, como relata a tabela 1.

De acordo com a tabela 1:

- a) A média etária das 108 mulheres participantes foi de 63,5 (+- 8,28) anos.
- b) Quanto ao estado civil, 56 delas (51,8%) eram casadas, e 25 (23,1%) solteiras.
- c) Verificou-se que 52 (48,1%) das participantes do estudo eram naturais de outros municípios do Estado, sendo que 48 (44,4%) nasceram em Mineiros (GO) e 8 (7,5%) eram de outros municípios do Brasil.
- d) Quanto à escolaridade, referidas em anos completos de estudo, esta variou entre 0 a 16 anos, com uma média de 10,4 (+- 4,5) anos.

Conforme Lorenzi et al (2006) na investigação em seu estudo, as mulheres com maior grau de escolaridade tem maior entendimento sobre as mudanças corporais que ocorrem durante o período de transição menopausal e pós-menopausa, levando a estabelecer mudanças em seus hábitos e estilo de vida que irão reduzir os níveis de ansiedade e estimulará o autocuidado, tudo isto proporciona uma melhor qualidade de vida. Os autores puderam constatar que a Qualidade de Vida em Saúde tende a ter um resultado mais significativo pior com as mulheres na fase do climatério com menor escolaridade ( $p < 0,01$ ).

Tabela 1 - Distribuição da frequência e percentual das condições sociodemográficas e econômicas das mulheres cadastradas na UBS D. Florinda, no município de Mineiros (GO).

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
45 a 50	1	0,9
51 a 60	46	42,6
61 a 70	40	37,1
71 a 80	16	14,8
81 a 90	5	4,6
<b>Média (desvio padrão) = 63,5 (+- 8,28)</b>		
<b>Naturalidade</b>		
Mineiros	48	44,4
Outros municípios de Goiás	52	48,1
Outros municípios do Brasil	8	7,5
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>		
0 a 5	13	12,0
6 a 9	48	44,5
10 a 12	31	28,7
13 a 16	16	14,8
<b>Média (desvio padrão) = 10,4 (+-4,5)</b>		
<b>Estado civil</b>		
Solteira	25	23,2
Casada	56	51,8
Divorciada	16	14,8
Viúva	11	10,2
<b>Renda pessoal (salário mínimo)</b>		
Até 1	32	29,6
1 a 2	45	41,7
2 a 3	16	10,2
3 e mais	11	10,2
<b>Renda familiar per capita (salário mínimo)</b>		
Até ½	5	4,6
½ a 1	13	12,0
1 a 2	62	57,4
2 e mais	28	26,0
<b>Arranjo domiciliar</b>		
Reside só	19	17,6
Com cônjuge	18	16,7
Com cônjuge e filhos	33	30,6
Com cônjuge e outros familiares	9	8,3
Com filhos	21	19,4
Com outros familiares	8	7,4
<b>Rede elétrica</b>		
Sim	108	100
Não	0,0	0,0
<b>Água encanada</b>		
Sim	108	100
Não	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados do estudo.

Quanto á ocupação, 77% das participantes trabalhava e possuía como renda pessoal mensal até 2 salários mínimos (71,3%) (Tabela 1). Percebe-se que famílias cuja renda pessoal mensal é de até dois salários mínimos, por vezes, podem levar a dificuldades na manutenção do lar, principalmente se for levado em consideração o número de pessoas que ali residem, pois as dificuldades financeiras podem levar ao estresse e a insegurança comprometendo a Qualidade de Vida em Saúde.

Quanto à análise da renda familiar *per capita* (Tabela 1), realizada a partir da renda mensal bruta, dividida pelo número de pessoas do domicílio tendo como referência o salário mínimo atual, 13 mulheres (12%) recebiam entre meio e 1 salário mínimo *per capita* e 62 (57,4%), de 1 a 2 salários mínimos *per capita*.

No que diz respeito ao núcleo familiar, a grande maioria das participantes apresentaram a estruturação tradicional – pai, mãe e filhos – em que 30,6% das mulheres residiam com o cônjuge e o filhos, seguido de 19,4% que moravam somente com os filhos (Tabela 1).

Verificou-se que 100% das casas possuem rede de energia elétrica e rede de água encanada em seu domicílio (Tabela 1).

Na tabela 2 visualiza-se que, dentre as profissões exercidas pelas 108 entrevistadas, 30 (27,8%) funcionárias públicas e 21 (19,4%) eram pedagogas.

Quanto à profissão/ocupação, 27,8% das mulheres pertenceu ao funcionalismo público, seguida por 21% das mulheres cuja profissão é pedagoga. Neste estudo apenas 9,3% das participantes eram do lar.

Tabela 2 – Distribuição da profissão/ocupação das mulheres cadastradas na UBS D. Florinda em Mineiros (GO).

<b>Profissão/Ocupação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Funcionário público	30	27,8
Pedagoga	21	19,4
Comerciante	18	16,7
Doméstica	18	16,7
Do lar	10	9,3
Outras profissões	11	10,1
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados do estudo.

### 4.3.2 Caracterização do Estilo de Vida

A tabela 3 demonstra que 54 (50%) das mulheres participantes não praticavam exercício físico durante todo o período do estudo. Os resultados mostram que a metade das mulheres entrevistadas está sedentária e isto favorece o desenvolvimento do sobrepeso e obesidade, fatores que levam o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e suas complicações, especialmente com o decorrer da idade.

Das 54 (50%) das mulheres que praticavam exercício, durante o estudo de campo, 31 (28,7%) realizavam caminhada. Porém dentro do projeto da Academia da Saúde outras atividades como ginástica aeróbica com 14 (13,0%) das mulheres e práticas de academia com 9 (8,3%) das mulheres também eram realizadas.

Quanto às atividades de lazer e recreação as mais citadas pelas mulheres que participaram deste estudo teve como maiores práticas a dança com 22 (20,4%) mulheres seguida pelas atividades manuais/visuais com 16 (14,8%) e ir à Igreja, com 15 mulheres (13,9%).

Na Tabela 3 visualiza-se que as atividades grupais e individuais como ir à igreja, dançar, atividades manuais/visuais, reunião com os grupos e festas foram as mais citadas, o que representa um envolvimento social, que de certo modo, é importante nesta fase, pois viver em sociedade faz com que as mulheres tenham apoio e suporte para enfrentar as dificuldades do momento, compartilhando dúvidas e experiências únicas com as demais.

Destaca-se que 13 (12%) não têm ou não gostam de nenhuma atividade de lazer e recreação, o que pode contribuir para o risco de solidão e isolamento social.

Quando indagadas se frequentavam festas 76 (70,4%) referiram não ter este hábito, justificando-se por questões relacionadas a namorado e/ou esposo que não gostam 51 (67,1%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da frequência e percentual quanto ao estilo de vida das mulheres cadastradas na UBS D. Florinda em Mineiros (GO).

<b>Estilo de Vida</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Exercício físico (até março de 2017)</b>		
Sim	54	50
Não	54	50
<b>Característica da Atividade Física</b>		
Individual	14	12,9
Grupal	40	37,1
Nenhuma	54	50,0
<b>Tipo de Atividade Física</b>		
Caminhada	31	28,7
Ginástica aeróbica	14	13,0
Práticas de academia	9	8,3
Nenhuma	54	50,0
<b>Tipo de atividade de lazer e recreação</b>		
Passeio	5	4,6
Igreja	15	13,9
Dançar	22	20,4
Cinema	3	2,8
Pescar	8	7,4
Atividades manuais/visuais	16	14,8
Reunião com amigos/ Grupo da 3ª idade	14	13,0
Outros (festa de aniversário, viajar)	12	11,1
Não tem/Não gosta	13	12,0
<b>Frequenta festas</b>		
Sim	32	29,6
Não	76	70,4
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>
<b>Motivos para não frequentar</b>		
Religião	16	21,1
Não gosta/Namorado e/ou esposo não gostam	51	67,1
Outros motivos	9	11,8
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados do estudo.

A prática regular de atividade física é amplamente recomendada para promover a saúde e melhorar a qualidade de vida da população e este é um problema de ordem social e não somente individual, devendo haver enfoques multissetoriais e multidisciplinares (NIEMAN; SWAIN, 2011; TREMBLAY et al., 2011).

A Organização Mundial da saúde (OMS) considera suficiente a prática de 30 minutos diários por pelo menos cinco dias da semana, de atividade leve ou moderada (caminhada, caminhada na esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo, voleibol) ou 20 minutos de atividade

rigorosa em três ou mais dias da semana (corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis).

O estudo de Elavsky (2009) relata que a prática de alguma atividade física reduz os sintomas da transição menopausal, entre eles os sintomas vasomotores, melhorando desta forma a qualidade de vida e a autoestima destas mulheres.

#### **4.3.3 Caracterização das mulheres quanto à história gineco-obstétrica e sintomatologia climatérica referida.**

Neste ponto os dados foram coletados pelo prontuário das 108 mulheres da UBS D. Florinda. Estes dados foram organizados e a tabela 4 demonstra os resultados obtidos.

Em síntese o grupo de mulheres foi assim caracterizado:

- a) A média de idade à menarca foi de 14,3 (+- 1,5) anos. Sendo que a idade mínima da primeira menstruação foi 11 anos e a máxima 17 anos.
- b) As mulheres estudadas tiveram em média de gestações foi de 2,3 (+- 2,2) e 1,8 (+-1,6) filhos vivos.
- c) Constatou-se neste estudo que a menopausa ocorreu em torno de 51 (+- 2,7) anos.
- d) Verificou-se que 25 (23,1%) entrevistadas ainda menstruavam e 83 (76,8%) eram pós-menopáusicas.

Quanto ao número de filhos, este estudo se aproxima dos resultados encontrados no PNDS (2006) que mostra maior taxa de filho por mulher na região Norte, equivalente a 2,2 e a menor na região Sul, em torno de 1,1. A média de filhos vivos nascidos para todo o país, entre as mulheres com idade reprodutiva, de 15 a 49 anos, é de 1,5 e a média no grupo etário de 45 acima é de 2,6.

Estudo de Kapur et al (2009) revelam que 44% das mulheres tiveram dois filhos com média de 3,5 (+- 1,7) filhos vivos.

A média de idade onde ocorreu a menopausa neste estudo se assemelha ao resultado do estudo de Pedro et al (2003a), que relata que a média etária de ocorrência da menopausa não mudou a aproximadamente dois mil anos, em que o relato da idade da menopausa era em torno da quarta e início da quinta década de vida.



A principal queixa predominante em mulheres na Peri e pós-menopausa são as ondas de calor. Conforme Freedman (2005), estes sintomas são os mais comuns e ocorrem em torno de 75% das mulheres no climatério.

Neste estudo as ondas de calor foram referidas por 73 mulheres (67,6%) enquanto 35 (32,4%) mulheres relataram não sentir mais ondas de calor (Tabela 20).

No que se refere à dificuldade para dormir constatou-se que 59 (54,6%) relataram a presença deste fator.

Estes dados do estudo mostram semelhança com o relato do estudo de Amore et al (2007), onde estes afirmam que sintomas somáticos e psicológicos, características da síndrome da menopausa, que diminuem a qualidade de vida e os hábitos pessoais das mulheres, podem levar a sensação de ondas de calor, sudorese noturna, dificuldade para dormir, secura vaginal, mudanças no comportamento sexual, depressão, ansiedade, irritabilidade e problemas de memória e concentração.

Os resultados do estudo também se assemelham ao de Soares (2006), cujo relato diz que muitos fatores como períodos de oscilação hormonal, tais como gravidez, puerpério e perimenopausa, podem levar as mulheres à insônia. Mas o maior fator de ocorrência de insônia é de fato as ondas de calor causadas durante a noite, acarretando déficits sociofuncionais significativos diminuindo a qualidade de vida dessas mulheres.

Tabela 4 - Distribuição da frequência e percentual quanto à história ginecológica e sintomatologia climatérica referida das mulheres cadastradas na UBS D. Florinda em Mineiros (GO).

<b>Dados Ginecológicos e Sintomas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade da menarca (anos)</b>		
11 a 12	11	10,2
13 a 15	74	68,5
16 a 17	23	21,3
<b>Média (desvio padrão) = 14,3 (±1,5)</b>		
<b>Número de gestações</b>		
1	24	22,2
2	41	38,0
3	26	24,1
4	13	12,0
5	4	3,7
<b>Média (desvio padrão) = 2,3 (±2,2)</b>		
<b>Número de filhos vivos</b>		
1	24	22,2
2	44	40,7
3	25	23,2
4	12	11,1
5	3	2,8
<b>Média (desvio padrão) = 1,8 (±1,6)</b>		
<b>Menstrua atualmente</b>		
Sim	25	23,2
Não	83	76,8
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>
<b>Idade da menopausa (anos)</b>		
45 a 50	24	28,9
51 a 55	59	71,1
<b>Média (desvio padrão) = 51,0 (±2,7)</b>		
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100</b>
<b>Ondas de calor</b>		
Sim	73	67,6
Não	35	32,4
<b>Dificuldade para dormir</b>		
Sim	59	54,6
Não	49	45,4
<b>Alteração de peso atualmente</b>		
Aumentou	63	58,3
Diminuiu	15	13,9
Não alterou	30	27,8
<b>Dor nas articulações</b>		
Sim	53	49,1
Não	55	50,9
<b>Exame de FSH</b>		
Menor que 30 U/L	0	0
Maior que 30 U/L	100	100
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados do estudo.

Por volta dos 45 anos de idade, a mulher pode começar a sofrer flutuações acentuadas do hormônio estrogênio. As articulações possuem receptores deste hormônio, que atuam como um anti-inflamatório natural e que, na menopausa, deixa de ser produzida, podendo causar dores generalizadas nas articulações.

A presença de dor nas articulações foi observado neste estudo em 53 (49,1%) das mulheres entrevistadas e em 55 (50,9%) não relataram presença de dor nas articulações, mostrando semelhança com o estudo de Freedman et al (2007), onde neste caso as dores sentidas nas articulações são muitas vezes generalizadas, trazendo ainda sintomas acrescidos como o calor, rigidez e inchaço na zona afetada.

Em relação à alteração de peso durante este período, este estudo mostra que 63 (58,3%) das mulheres entrevistadas tiveram um aumento de peso e 15 (13,9%) tiveram uma diminuição do peso, somente 30 (27,8%) não tiveram nenhuma alteração em seu peso (Tabela 4).

Durante o período de transição menopausal ocorre à queda do nível de progesterona que diminui de forma constante e o estrogênio oscila entre níveis altos e baixos, ou seja, ocorre um desequilíbrio hormonal. Essas alterações nos níveis hormonais, além da perda de massa muscular, sono inadequado e aumento da resistência à insulina podem levar ao ganho de peso e ao aumento no risco de algumas doenças (LORENZI et al., 2006).

Neste estudo, 108 (100%) das mulheres entrevistadas apresentaram o exame de FSH igual ou acima de 30 (Tabela 4).

FSH ou Hormônio Folículo Estimulante é um hormônio fundamental para regular os processos reprodutivos do corpo. Em mulheres com mais de 45 anos, os níveis elevados de FSH podem indicar uma menopausa iminente. A menopausa está associada à redução acentuada do nível do hormônio de estrogênio. Em outras palavras, um nível elevado de FSH indica que os ovários estão a falhar e a mulher está se aproximando da menopausa (SOARES et al., 2002).

#### **4.3.4 Avaliação da Qualidade de Vida em Saúde pelo SF-36**

O quadro 3 mostra como foi realizada a divisão do grupo de mulheres participantes deste estudo.

Quadro 3 – Divisão do grupo de mulheres do estudo.

Grupo de Mulheres	108 mulheres
Grupo E – Mulheres que praticam atividade física	
Subgrupo E	Pré-teste – SF-36
Subgrupo E1	Pós-teste 1 – SF-36 / após 30 dias
Subgrupo E2	Pós-teste 2 – SF-36 / após 90 dias
Grupo F – Mulheres que não praticam atividade física	
Subgrupo F	Pré-teste – SF-36
Subgrupo F1	Pós-teste 1 – SF-36 / após 30 dias
Subgrupo F2	Pós-teste 2 – SF-36 / após 90 dias

Fonte: Dados do estudo

O grupo de mulheres (N=108) foi dividido, gerando o Subgrupo E (Mulheres que praticam atividade física) e Subgrupo F (Mulheres que não praticam atividade física), nestes subgrupos foram realizados o Pré-teste SF-36. Após 30 dias foram realizados o Pós-teste 1 SF-36 gerando os Subgrupos E1 e F1 e após 90 dias foram realizados o Pós-teste 2 SF-36 gerando os Subgrupos E2 e F2 desta forma pode-se medir e comparar os resultados dos dois subgrupos deste estudo, conforme quadro...

Os domínios do questionário SF-36, de modo geral, demonstram se as pessoas conseguem executar atividades diárias e como se sentem quando as estão executando; além de representarem os conceitos de saúde mais frequentemente mensurados e também os mais afetados por doença ou tratamentos (SILVA, 2008).

Para a análise deste estudo, para as 108 mulheres foram calculados os escores individuais de cada domínio do questionário SF-36, cujos valores variaram entre 0 e 100, caracterizando maior e menor impacto negativo do climatério, da menopausa e da pós-menopausa na QVS das mulheres dos dois grupos estudados.

Como forma de facilitar a compreensão das siglas utilizadas neste trabalho, retomam-se seus significados:

Quanto aos DOMÍNIOS: Capacidade Funcional (**CF**); Aspectos Físicos (**AF**); Dor (**DOR**); Estado Geral de Saúde (**EGS**); Vitalidade (**VTL**); Aspectos Sociais (**AS**); Aspectos Emocionais (**AE**); Saúde Mental (**SM**).

Quando se iniciou o estudo com este grupo de participantes (N=108), como mostra os resultados do estudo na tabela 5, a saúde geral do Subgrupo E, com 54

mulheres que praticavam atividade física, no Pré-teste, estava com média de 55,5, comparando com o Pós-teste 90 dias após o início das atividades, a média subiu para 64,9, constituindo um aumento de 9,9 no grau de saúde das participantes.

Em relação ao Subgrupo F, com 54 mulheres que não praticavam atividade física, no Pré-teste, a média inicial que era de 50,1, após o Pós-teste 90 dias após o início do estudo, diminuiu para 46,7, constituindo uma diferença de 3,4 para menos no grau de saúde das participantes.

Portanto ao se comparar os dois Subgrupos ficam evidentes as diferenças que a prática de atividade física fez para o subgrupo de mulheres que participaram do programa de atividades físicas na academia de saúde.

Tabela 5 – Graus gerais da Qualidade de Vida em Saúde no Pré e Pós-teste dos Subgrupos do estudo.

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>CoeVar (%)</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Máximo</b>	<b>Moda</b>
<b>QVS Geral</b>								
Subgrupo E	54	55,5	7,0	12,6	41,0	59,0	66,0	61,0
Subgrupo E1	54	62,2	5,8	9,2	45,7	62,3	73,9	64,0
Subgrupo E2	54	64,9	6,0	9,2	47,0	65,0	78,0	62,0
<b>QVS Geral</b>								
Subgrupo F	54	50,1	11,7	23,4	34,0	45,0	71,0	42,0
Subgrupo F1	54	48,6	12,2	21,5	32,2	42,7	70,9	65,7
Subgrupo F2	54	46,7	10,4	22,2	31,0	42,0	66,0	58,0

Fonte: Dados do estudo

A seguir são apresentados os resultados do Pré-teste SF-36 entre os Subgrupos E e F, onde foram feitas as comparações das médias em cada dimensão e o grau geral (Tabela 6).

Tabela 6 – Escore geral da Qualidade de Vida em Saúde dos Subgrupos E e F no Pré-teste. Mineiros-GO, 2017.

Domínio	Grupos	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
		Subgrupo E = 55,5	Subgrupo F = 50,1			
Capacidade Funcional	Subgrupo E	85,0	19,0	25,0	90,0	100,0
	Subgrupo F	51,5	26,8	10,0	60,0	85,0
Aspectos Físicos	Subgrupo E	64,0	48,0	0,0	100,0	100,0
	Subgrupo F	42,1	49,5	0,0	0,0	100,0
DOR	Subgrupo E	57,2	18,5	20,0	60,0	80,0
	Subgrupo F	33,0	22,0	0,0	30,0	90,0
Estado Geral de Saúde	Subgrupo E	54,0	4,9	45,0	55,0	70,0
	Subgrupo F	53,2	6,4	40,0	55,0	65,0
Vitalidade	Subgrupo E	56,8	6,9	45,0	55,0	75,0
	Subgrupo F	56,4	7,4	40,0	55,0	75,0
Aspectos Sociais	Subgrupo E	57,0	17,0	13,0	63,0	88,0
	Subgrupo F	48,8	22,4	0,0	50,0	75,0
Aspectos Emocionais	Subgrupo E	53,0	18,0	0,0	67,0	67,0
	Subgrupo F	41,9	49,4	0,0	0,0	100,0
Saúde Mental	Subgrupo E	53,0	9,0	32,0	52,0	72,0
	Subgrupo F	49,6	6,1	32,0	50,0	60,0

Fonte: Dados do Estudo.

Na Tabela 6, observa-se que mulheres no climatério, na menopausa e na pós-menopausa que praticam atividade física, Subgrupo E, mostraram que quatro domínios se encontravam acima da média geral, entre eles estão à capacidade Funcional (CF), Aspectos Físicos (AF), Vitalidade (VTL) e Aspectos Sociais (AS) revelando saúde satisfatória das participantes, sendo ainda evidenciada pelos valores das medianas que se encontrava acima da média geral.

O Domínio DOR (33,0) apresentou-se com média abaixo da média do escore geral, indicando dor muita intensa e limitativa. Para Ferreira (2008) a dor representa a intensidade e o desconforto que causa ao indivíduo como também a extensão da forma como interfere nas atividades usuais e valores baixos podem levar a uma suposição de baixa intensidade e desconforto, enquanto valores altos podem dizer o contrário.

Ainda neste Subgrupo três domínios apresentaram valores abaixo da média, entre eles Estado Geral de Saúde (EGS), Aspectos Emocionais (AE) e Saúde Mental (SM). Resultados estes obtidos a partir do Pré-teste realizado com as participantes do estudo.

Os domínios que apresentaram maior grau geral de saúde foram a Capacidade Funcional (85,0) e os Aspectos Físicos (64,0).

Ainda conforme a tabela 6, O Subgrupo F das mulheres que não praticam atividade física apresentou três domínios acima da média do escore geral, para o Pré-teste realizado com as participantes, entre eles estão a Capacidade Funcional (CF), Estado Geral de Saúde (EGS) e Vitalidade (VTL) revelando saúde satisfatória das mulheres, evidenciada também pelos valores das medianas que estavam acima da média.

Nestes resultados, o domínio DOR (57,2), diferentemente do Subgrupo E, apresentou-se com média acima do escore geral, mostrando que neste caso a dor da participante encontra-se maior que o normal.

Quatro domínios se encontravam abaixo da média do escore geral, entre eles os Aspectos Físicos (AF), Aspectos Sociais (AS), Aspectos Emocionais (AE) e Saúde Mental (SM).

A tabela 7 mostra a média da Dimensão A, Aspecto Físico e da Dimensão B, Saúde Mental comparados com o escore geral total dos resultados obtidos a partir da análise de dados dos Subgrupos E e F.

Tabela 7 – Distribuição da frequência percentual quanto ao Estilo de Vida das mulheres cadastradas na UBS D. Florinda no município de Mineiros (GO).

Estatísticas descritivas	Dimensão A	Dimensão B	
	Aspecto Físico	Saúde Mental	Total SF36 Score
Média	Subgrupo E: 56,2 Subgrupo F: 52,1	Subgrupo E: 52,8 Subgrupo F: 50,0	Subgrupo E: 55,5 Subgrupo F: 50,1
Desvio Padrão	Subgrupo E: 10,6 Subgrupo F: 11,1	Subgrupo E: 4,6 Subgrupo F: 7,5	Subgrupo E: 7,0 Subgrupo F: 11,7
Mínimo	Subgrupo E: 37,0 Subgrupo F: 34,0	Subgrupo E: 37,0 Subgrupo F: 35,0	Subgrupo E: 41,0 Subgrupo F: 34,0
Mediana	Subgrupo E: 61,0 Subgrupo F: 49,0	Subgrupo E: 53,0 Subgrupo F: 49,0	Subgrupo E: 59,0 Subgrupo F: 45,0
Máximo	Subgrupo E: 70,0 Subgrupo F: 72,0	Subgrupo E: 61,0 Subgrupo F: 64,0	Subgrupo E: 66,0 Subgrupo F: 71,0

Fonte: Dados do estudo

O resultado do Escore Geral do Pré-teste mostra que o Subgrupo E que pratica atividades físicas, tiveram os domínios acima da média do escore geral total

com relação aos Aspectos Físicos que englobam os domínios de Capacidade Funcional (CF), Aspectos Físicos (AF), DOR e Estado Geral de Saúde (EGS), o mesmo ocorreu com o Subgrupo F com relação aos mesmos domínios, revelando um grau de saúde satisfatória para estes grupos de participantes.

Com relação à Saúde Mental ambos os Subgrupos E e F apresentaram médias abaixo do escore geral total, dentre eles estão os domínios Vitalidade (VTL), Aspectos Sociais (AS), Aspectos Emocionais (AE) e Saúde Mental (SM), revelando uma diminuição no grau de saúde destas participantes.

As medianas ajudam a confirmar os resultados da análise dos dois componentes avaliados com valores acima da média para os Aspectos Físicos e abaixo da média para Saúde Mental. Neste Pré-teste o Subgrupo E apresenta-se com condições de saúde melhores que as participantes do Subgrupo F.

Com o intuito de contribuir para o tratamento deste estudo, Malhotra (2008) sugere a classificação da confiabilidade a partir do cálculo do coeficiente Alpha de Cronbach de acordo com os limites apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 - Classificação da confiabilidade a partir do coeficiente alpha ( $\alpha$ ) de Cronbach.

Classificação	Muito baixa	Baixa	Moderada	Alta	Muito Alta
Valor de $\alpha$	$\alpha < 0,30$	$0,30 \leq \alpha < 0,60$	$0,60 \leq \alpha < 0,75$	$0,75 \leq \alpha < 0,90$	$0,90 \leq \alpha$

A tabela 9 mostra os resultados obtidos do Pré-teste dos Subgrupos E e F da Correlação de Pearson e do Alpha de Cronbach.



Tabela 9 – Correlação de Pearson e Alpha de Cronbach entre os domínios do SF-36 dos Subgrupos E e F, no Pré-teste.

<b>Domínios</b>	<b>Correlação Pearson</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
Capacidade funcional	0,08	0,75
Aspectos físicos	0,0	0,50
Dor	0,0	0,40
Estado geral de saúde	0,0	0,40
Vitalidade	0,0	0,30
Aspectos sociais	0,0	0,50
Aspectos emocionais	0,0	0,55
Saúde mental	0,0	0,45

Fonte: Dados do estudo

O teste de correlação de Pearson entre dos Subgrupos E e F mostrou correlação positiva no domínio capacidade funcional (CF) entre as duas variáveis enquanto nos outros domínios a correlação foi nula mostrando estatisticamente que as duas variáveis não dependem linearmente uma da outra (tabela 9).

Conforme tabela 9, o resultado do cálculo do Alpha de Cronback mostrou que o domínio Capacidade Funcional teve resultado de classificação alta, porém nos outros domínios a classificação foi baixa, mostrando que o resultado acompanhou a baixa pontuação dos mesmos.

Após 30 dias foi realizado Pós-teste 1 do SF-36 a fim de comparar se ocorreu melhoras ou não no grau de saúde. Para isto a divisão deste teste ficou: Subgrupo E1 (Mulheres que praticam atividade física) e Subgrupo F1 (mulheres que não praticam atividade física).

A seguir são apresentados os resultados das medidas descritivas e comparativas dos domínios de QVS. A tabela 10 contém a estatística descritiva dos domínios de QVS dos Subgrupos E1 e F1.

Tabela 10 – Escores obtidos pelos Subgrupos E1 e F1 no Pós-teste 1, após 30 dias. Mineiros-GO, 2017

Domínio	Grupos	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
<b>Escore Geral (Média)</b>						
		<b>Subgrupo E1 = 62,2</b>		<b>Subgrupo F1 = 48,6</b>		
Capacidade Funcional	Subgrupo E1	88,4	18,6	30,0	100,0	100,0
	Subgrupo F1	48,0	26,0	10,0	50,0	85,0
Aspectos Físicos	Subgrupo E1	88,9	29,8	0,0	100,0	100,0
	Subgrupo F1	42,0	49,0	0,0	0,0	100,0
DOR	Subgrupo E1	67,4	12,0	40,0	60,0	80,0
	Subgrupo F1	24,3	22,0	0,0	20,0	80,0
Estado Geral de Saúde	Subgrupo E1	54,9	6,0	45,0	55,0	70,0
	Subgrupo F1	51,4	7,4	35,0	50,0	65,0
Vitalidade	Subgrupo E1	56,9	7,5	40,0	57,0	70,0
	Subgrupo F1	52,6	6,3	40,0	50,0	65,0
Aspectos Sociais	Subgrupo E1	62,5	16,0	13,0	63,0	100,0
	Subgrupo F1	43,3	20,0	0,0	43,8	75,0
Aspectos Emocionais	Subgrupo E1	66,7	19,5	33,0	67,0	100,0
	Subgrupo F1	36,4	48,0	0,0	0,0	100,0
Saúde Mental	Subgrupo E1	64,8	7,8	48,0	64,0	80,0
	Subgrupo F1	47,3	5,2	36,0	48,0	56,0

Fonte: Dados do Estudo.

Conforme os resultados da Tabela 10 o Subgrupo E1, que tem as mulheres que praticam atividade física, se relacionados ao Pré-teste ocorreu uma melhora no grau de saúde destas participantes. Os domínios tiveram um aumento em relação aos resultados anteriores e além da Capacidade Funcional (CF), Aspectos Físicos (AF), DOR, agora houve uma melhora acima da média do escore geral dos domínios Aspectos Sociais (AS), Aspectos Emocionais (AE) e Saúde Mental (SM). Neste teste ocorreu uma queda do domínio Estado Geral de Saúde que anteriormente estava acima da média do escore geral, os outros domínios, apesar do aumento dos resultados, somente a Vitalidade (VTL) ficou abaixo da média do escore geral. As medianas deste estudo ajudam a explicar as melhoras no grau de saúde das participantes estando também acima da média do escore geral.

De forma geral, pode-se dizer que o grau de saúde das mulheres nesses aspectos, principalmente quanto aos domínios Capacidade Funcional e Aspectos Físicos, cujas médias e medianas se aproximam, foram “bem satisfatórias”.

O Subgrupo F1, das mulheres que não praticam atividade física, ao contrário dos resultados do Subgrupo E1, apresentou resultados piores que o Pré-teste.

Quando foram comparados os resultados com o subgrupo E pode-se observar que apesar da piora do grau de saúde os domínios Estado Geral de Saúde (EGS) e Vitalidade (VTL) se mantiveram acima da média do escore geral, a mediana confirma este resultado. O domínio Capacidade Funcional (CF) que anteriormente estava acima da média do escore geral agora se encontra abaixo da média.

Com relação ao domínio DOR (67,4) ocorreu um aumento do grau de saúde mostrando um possível aumento da dor nestas mulheres.

Mantiveram-se abaixo da média do escore geral os domínios Aspectos Físicos (AF), Aspectos Sociais (AS), Aspectos Emocionais (AE) e Saúde Mental (SM).

A seguir são apresentados os resultados das medidas descritivas e comparativas do escore geral do SF-36 relativo aos grupos E1 e F1 (Tabela 11).

Tabela 11 – Escores do Pós-teste 1 após 30 dias do SF-36 nos Subgrupos E1 e F1: Aspectos Físicos e Saúde Mental. Mineiros-GO, 2017

Estatísticas descritivas	Dimensão A	Dimensão B	
	Aspecto Físico	Saúde Mental	Total SF36 Score
Média	Subgrupo E1: 60,0 Subgrupo F1: 52,3	Subgrupo E1: 59,8 Subgrupo F1: 46,2	Subgrupo E1: 62,6 Subgrupo F1: 48,6
Desvio Padrão	Subgrupo E1: 6,1 Subgrupo F1: 12,0	Subgrupo E1: 6,0 Subgrupo F1: 7,9	Subgrupo E1: 5,8 Subgrupo F1: 12,2
Mínimo	Subgrupo E1: 41,0 Subgrupo F1: 34,0	Subgrupo E1: 45,7 Subgrupo F1: 29,6	Subgrupo E1: 45,7 Subgrupo F1: 32,2
Mediana	Subgrupo E1: 61,0 Subgrupo F1: 46,0	Subgrupo E1: 58,8 Subgrupo F1: 45,6	Subgrupo E1: 62,3 Subgrupo F1: 42,7
Máximo	Subgrupo E1: 69,0 Subgrupo F1: 73,0	Subgrupo E1: 74,2 Subgrupo F1: 60,4	Subgrupo E1: 73,9 Subgrupo F1: 70,9

Fonte: Dados do estudo

O resultado do escore geral do Pós-teste 1, em relação ao Pré-teste mostram um aumento da média do Subgrupo E1, principalmente devido ao aumento dos resultados dos domínios Aspectos Sociais (AS), Aspectos Emocionais (AE) e Saúde Mental (SM) que no Pré-teste estavam abaixo da média do escore geral. A mediana ajuda na confirmação dos resultados melhorando o grau de saúde tanto com relação aos Aspectos Físicos quanto em relação à Saúde Mental, mostrando uma evolução satisfatória no grau de saúde destas mulheres.

O Subgrupo F1 mostrou nos resultados do Pós-teste 1 uma diminuição principalmente no grau de saúde da Saúde Mental. Os resultados mostraram uma diminuição dos resultados nos domínios anteriores e ocorreu um acréscimo do domínio Capacidade Funcional (CF) com resultado abaixo da média. Os resultados mostram uma diminuição no grau de saúde das mulheres participantes deste estudo.

De acordo com a classificação no estudo de Malhorta (2008), a tabela 12 mostra os resultados obtidos no Pós-teste 1 dos Subgrupos E1 e F1 da Correlação de Pearson e do Alpha de Cronbach.

Tabela 12 – Correlação de Pearson e Alpha de Cronbach entre os domínios do SF-36 dos Subgrupos E1 e F1

<b>Domínios</b>	<b>Correlação de Pearson</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
Capacidade funcional	0,15	0,40
Aspectos físicos	0,13	0,50
Dor	- 0,05	0,50
Estado geral de saúde	0,33	0,40
Vitalidade	0,07	0,35
Aspectos sociais	- 0,20	0,50
Aspectos emocionais	- 0,11	0,45
Saúde mental	0,04	0,35

Fonte: Dados do estudo

O teste de correlação de Pearson aplicado aos Subgrupos E1 e F1 mostrou positiva nos domínios Capacidade Funcional (CF), Aspectos Físicos (AF), Estado Geral de Saúde (EGS), Vitalidade (VTL) e Saúde Mental (SM). Enquanto nos domínios DOR, Aspectos Sociais (AS) e Aspectos Emocionais (AE) a correlação foi negativa entre as duas variáveis, mostrando estatisticamente que se uma aumenta a outra sempre diminui (tabela 12). Com relação aos resultados dos Subgrupos E e F houve uma pontuação em todos os domínios diferentemente do que havia ocorrido no Pré-teste.

De acordo com a tabela 12, o resultado do cálculo do Alpha de Cronbach mostrou que todos os domínios tiveram resultados de classificação baixa, mostrando que os resultados acompanharam a baixa pontuação dos mesmos.

Após 90 dias foi aplicado um segundo Pós-teste 2 SF-36 para observar se ocorreu ou não melhoras no nível geral de saúde em cada Subgrupo. Segue-se a mesma estrutura já apresentada, a divisão deste Pós-teste 2 ficou: Subgrupo E2 (Mulheres que praticam atividade física) e Subgrupo F2 (Mulheres que não praticam atividade física).

A seguir são apresentados os resultados das medidas descritivas e comparativas do escore geral do SF-36 relativo aos Subgrupos E2 e F2.

A tabela 13 contém a estatística descritiva dos domínios de QVS dos Subgrupos E2 e F2.

Tabela 13 – Escores relativos do Pós-teste 2 dos Subgrupos E2 e F2 após 90 dias. Mineiros-GO, 2017.

Domínio	Grupos	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
<b>Escore Geral (Média)</b>						
		<b>Subgrupo E2 = 64,9</b>	<b>Subgrupo F2 = 46,7</b>			
Capacidade Funcional	Subgrupo E2	89,4	18,1	30,0	100,0	100,0
	Subgrupo F2	31,2	33,4	0,0	15,0	85,0
Aspectos Físicos	Subgrupo E2	89,4	29,8	0,0	100,0	100,0
	Subgrupo F2	33,3	47,6	0,0	0,0	100,0
DOR	Subgrupo E2	76,3	13,9	40,0	80,0	90,0
	Subgrupo F2	18,3	24,4	0,0	0,0	80,0
Estado Geral de Saúde	Subgrupo E2	56,4	5,7	45,0	55,0	70,0
	Subgrupo F2	49,9	6,1	35,0	50,0	60,0
Vitalidade	Subgrupo E2	57,5	6,2	50,0	55,0	70,0
	Subgrupo F2	48,9	4,5	40,0	50,0	60,0
Aspectos Sociais	Subgrupo E2	65,0	13,2	25,0	62,5	100,0
	Subgrupo F2	42,6	17,9	0,0	38,0	75,0
Aspectos Emocionais	Subgrupo E2	87,0	21,9	33,3	100,0	100,0
	Subgrupo F2	30,9	46,2	0,0	0,0	100,0
Saúde Mental	Subgrupo E2	65,0	6,2	48,0	64,0	76,0
	Subgrupo F2	45,0	6,1	36,0	44,0	56,0

Fonte: Dados do Estudo.

Conforme os resultados apresentados na Tabela 13, o Subgrupo E2 mostrou uma melhora ainda maior com relação ao Pré-teste e ao Pós-teste 1, mostrando que em relação aos graus gerais a média subiu para 64,9 contra 55,5 e 62,2 respectivamente.

Os domínios Capacidade Funcional (CF), Aspectos Físicos (AF), Aspectos Sociais (AS), Aspectos Emocionais (AE), DOR e Saúde Mental (SM) mantiveram-se acima da média do escore geral com melhoras ainda superior ao Pós-teste 1,

mostrando uma melhora do grau de saúde das mulheres participantes deste estudo “bem satisfatório”.

Continuaram abaixo da média, mesmo tendo uma melhora do grau de saúde os domínios Estado Geral de Saúde (EGS) e Vitalidade (VTL).

O Subgrupo F2, por sua vez, também apresentou resultados piores que o Pós-teste 1 e o Pré-teste.

Mantiveram-se com médias acima do escore geral os domínios Estado Geral de Saúde (EGS) e Vitalidade (VTL) mesmo com a diminuição no grau de saúde das mulheres deste estudo.

Os domínios Capacidade Funcional (CF), Aspectos Físicos (AF), Aspectos Sociais (AS), Aspectos Emocionais ((AE) e Saúde Mental (SM) mantiveram seu escore geral abaixo da média, além de, terem diminuído o grau de saúde das participantes.

O domínio DOR teve seu grau de saúde aumentado (76,3) o que pode ter caracterizado um aumento da intensidade e desconforto das participantes com relação às atividades de vida diária.

A seguir são apresentados os resultados das medidas descritivas e comparativas do escore geral do SF-36 relativo aos grupos E2 e F2 (Tabela 14).

Tabela 14 – Escores do Pós-teste 2 após 90 dias do SF-36 nos Subgrupos E2 e F2: Aspectos Físicos e Saúde Mental. Mineiros-GO, 2017

Estatísticas descritivas	Dimensão A	Dimensão B	
	Aspecto Físico	Saúde Mental	Total SF36 Score
Média	Subgrupo E2: 61,0 Subgrupo F2: 47,9	Subgrupo E2: 63,6 Subgrupo F2: 46,2	Subgrupo E2: 64,9 Subgrupo F2: 46,7
Desvio Padrão	Subgrupo E2: 5,7 Subgrupo F2: 12,9	Subgrupo E2: 5,5 Subgrupo F2: 7,9	Subgrupo E2: 6,0 Subgrupo F2: 10,4
Mínimo	Subgrupo E2: 41,0 Subgrupo F2: 34,0	Subgrupo E2: 50,2 Subgrupo F2: 29,6	Subgrupo E2: 47,0 Subgrupo F2: 31,0
Mediana	Subgrupo E2: 60,0 Subgrupo F2: 40,0	Subgrupo E2: 64,5 Subgrupo F2: 45,2	Subgrupo E2: 65,0 Subgrupo F2: 42,0
Máximo	Subgrupo E2: 69,0 Subgrupo F2: 73,0	Subgrupo E2: 75,2 Subgrupo F2: 60,4	Subgrupo E2: 78,0 Subgrupo F2: 66,0

Fonte: Dados do estudo

O resultado do escore geral do Pós-teste 2 após 90 dias do Pré-teste indica melhora dos Aspectos Físicos e Saúde Mental do subgrupo que praticava atividade física em relação aos resultados obtidos no Pós-teste 1. O resultado do Pós-teste 1 teve média de 60,0 enquanto a média do Pós-teste 2 foi de 61,0 para o Aspecto Físico e para a Saúde Mental um aumento maior, no Pós-teste 1 o resultado obtido foi de 59,9 enquanto no Pós-teste 2 foi de 63,6.

No Subgrupo das mulheres que não praticavam atividade física ocorreu uma maior diminuição do escore geral dos Aspectos Físicos, os resultados obtidos foram para o Pós-teste 1 de 52,3 enquanto para o Pós-teste 2 foi de 47,9. No caso da Saúde Mental houve um empate com relação aos resultados obtidos de 46,2 entre os dois testes mencionados anteriormente.

De acordo com do estudo de Malhorta (2008), a tabela 15 mostra os resultados obtidos no Pós-teste 2 dos Subgrupos E2 e F2 da Correlação de Pearson e do Alpha de Cronbach.

Tabela 15 – Correlação de Pearson e Alpha de Cronbach entre os domínios do SF-36 dos Subgrupos E2 e F2.

Domínios	Correlação de Pearson	Alpha de Cronbach
Capacidade funcional	0,19	0,40
Aspectos físicos	0,12	0,50
Dor	0,02	0,50
Estado geral de saúde	- 0,08	0,40
Vitalidade	- 0,07	0,45
Aspectos sociais	- 0,18	0,50
Aspectos emocionais	0,03	0,55
Saúde mental	- 0,08	0,45

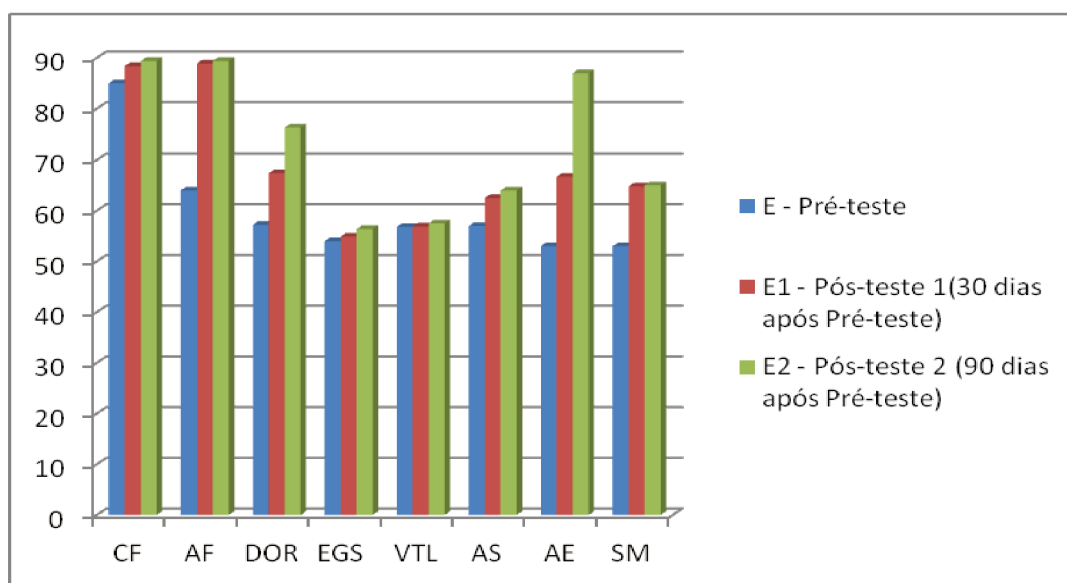
Fonte: Dados do estudo

O teste de correlação de Pearson entre os Subgrupos E2 e F2 mostrou correlação positiva nos domínios Capacidade Funcional (CF), Aspectos Físicos (AF), DOR e Aspectos Emocionais (AE) entre as duas variáveis, enquanto nos domínios Estado Geral de Saúde (EGS), Vitalidade (VTL), Aspectos Sociais (AS) e Saúde Mental (SM) a correlação foi negativa entre as duas variáveis, mostrando estatisticamente que se uma aumenta a outra sempre diminui (tabela 15).

De acordo com a tabela 15, o resultado do cálculo do Alpha de Cronbach mostrou resultado igual ao realizado no Pós-teste 1, ou seja, que todos os domínios tiveram resultados de classificação baixa, mostrando que os resultados acompanharam a baixa pontuação dos mesmos.

Para melhor evidenciar os resultados obtidos nas três aplicações do SF-36, na primeira ida a campo e nas encontradas após 30 e 90 dias, por domínio, far-se-à uso de um conjunto de figuras.

Figura 7 – Comparação geral entre os domínios com as médias obtidas nos três Testes aplicados entre os Subgrupos E, E1 e E2.



Fonte: Dados do estudo.

A Figura 7 mostra uma evolução em todos os domínios estudados. O domínio DOR indica que a participante possivelmente não apresenta dor ou limitação devido a dor, melhorando neste caso o grau de saúde deste grupo de mulheres. (FERREIRA, 2008).

Em relação ao Aspecto Físico, no Subgrupo E, os resultados obtidos indicam melhores médias para os domínios Capacidade Funcional (CF). Para Ferreira (2008) o aumento do grau de saúde no domínio CF pode significar uma diminuição da limitação das mulheres para executar atividades físicas, tanto aquelas consideradas menores e intermediárias.

Ainda conforme o autor citado anteriormente, um aumento do domínio AF pode significar uma diminuição da limitação em saúde devido a problemas físicos. O



mesmo pode-se dizer a respeito do domínio AE que com o aumento destes resultados é possível que os problemas emocionais não interfira na execução das atividades de vida diária destas mulheres.

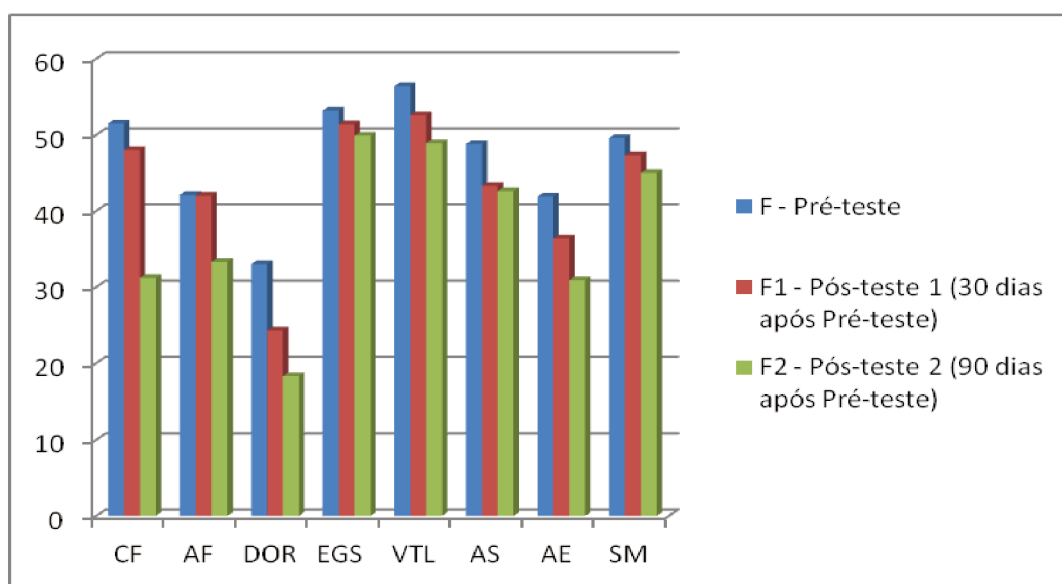
Em relação a Saúde Mental os melhores resultados estão nos domínios Aspecto Emocional (AE), Saúde Mental (SM) e Aspecto Social (AS)

É possível relatar que ocorreu uma melhora satisfatória com relação a vários domínios após os 30 e 90 dias de atividade física realizada por estas mulheres. As mulheres relataram uma diminuição na intensidade e desconforto causado pela dor, diminuindo assim, a limitação causada pela mesma.

Para os domínios com evolução mínima, segundo Ferreira (2008), no domínio Vitalidade (VTL), possivelmente houve uma pequena melhora no bem-estar destas mulheres, com diminuição da fadiga e aumento dos níveis de energia. O Estado Geral de Saúde (EGS) também teve uma pequena melhora após os três testes realizados, pois um menor número delas relatou que sua saúde iria piorar.

A Figura 8 traz os resultados obtidos nas três aplicações do SF-36, na primeira ida a campo e nas encontradas após 30 e 90 dias, por domínio, dos Subgrupos F, F1 e F2.

Figura 8 - Comparação geral entre os domínios com as médias obtidas nos três Testes aplicados entre os Subgrupos F, F1 e F2.



Fonte: Dados do estudo.

A Figura 8 mostra uma ilustração de comparação entre os resultados dos três testes realizados com os Subgrupos F, F1 e F2. É possível observar uma piora do grau de saúde das mulheres que não pratica atividade física em todos os domínios.

O domínio DOR teve uma piora considerável neste Subgrupo que pode ser justificado por Ferreira (2008) ao afirmar que a possível diminuição da dor provavelmente leva a uma maior intensidade e desconforto por parte das mulheres limitando as mesmas durante as atividades de vida diária destas mulheres, isto pode ser observado na Figura 8.

Pode-se observar também que o domínio que ocorreu maior piora foi a Capacidade Funcional (CF) seguida dos domínios Aspecto Física (AF), Vitalidade (VTL), Aspecto Emocional (AE) e Saúde Mental (SM). Os domínios Estado Geral de Saúde (EGS) e Aspecto Social (AS) tiveram pioras baixas em relação aos três testes.

Ainda para Ferreira (2008) a baixa diminuição do domínio Vitalidade (VTL) indica que estas mulheres possam estar mais cansadas, exaustas e com maior fadiga para realizarem as atividades de vida diária.

Segundo o autor acima, a baixa diminuição dos resultados do domínio Estado Geral de Saúde (EGS) indicam que possivelmente estas mulheres avaliam sua saúde como má e acredita que ela provavelmente vá piorar.

Se comparados o Aspecto Físico e a Saúde Mental teremos uma piora maior no grupo de domínios que fazem parte do Aspecto Físico, mostrando que os problemas relacionados a parte física destas mulheres interferem mais durante a execução das atividades de vida diária desta mulheres.

Em relação ao domínio Aspecto Físico (AF) a Figura 8 mostra uma igualdade entre os Subgrupos F e F1, porém abaixo da média demonstrando assim que o grupo possui limitações em saúde devido a problemas físicos.

Para Ferreira (2008) a diminuição do grau de saúde do domínio AE mostra que estas mulheres apresentaram maior dificuldade com o trabalho ou outras atividades como resultado de problemas emocionais.

Portanto, por meio deste estudo comparativo entre os Subgrupos aqui citados que a atividade física é importante e pode levar estas mulheres que estão na fase do climatério, da menopausa e da pós-menopausa a ter um maior grau de saúde e também uma melhor Qualidade de Vida em Saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A efetividade das ações do NASF na qualificação da assistência exige um exercício de compromisso e corresponsabilidade por parte de todos os atores envolvidos.

O NASF de Mineiros tem ações e atividades desenvolvidas diretamente ligadas à Promoção da Qualidade de Vida em Saúde da sua população, visando reduzir os indicadores de morbidade e mortalidade.

Os cinco profissionais integrantes do NASF, incluindo o Profissional de Educação Física como parte integrante e importante deste estudo, estão integrados às atividades das UBS, em especial a UBS D. Florinda, objeto de estudo desta dissertação, participando do planejamento e organização dos serviços, além de promover a articulação com a comunidade e com os diversos equipamentos da região para maior resolubilidade dos problemas de saúde.

Juntamente com as ESF e com base nos territórios de abrangência, houve a criação de um grupo de discussão continuada para casos clínicos inespecíficos ou necessidade de suporte para diagnóstico do paciente da ESF com a equipe do NASF, promovendo educação e formação profissional de acordo com a demanda.

Considerando-se as características do trabalho das equipes NASF, determinaram-se alguns parâmetros para organização das agendas e das ações a serem desenvolvidas. No entanto, vale ressaltar que em função da metodologia de trabalho e a realidade de cada local, torna-se necessária adequação dos parâmetros quando necessário, priorizando a qualidade das ações.

Há necessidade por parte da gestão municipal, fazer um cadastro dos clientes completos, informatizados e atualizados para que o pesquisador possa ter acesso ao realizar a pesquisa. Um dos fatores negativos desta pesquisa foi à falta de acesso a um material informatizado e atualizado, o que levou a uma dificuldade para obter todos os dados de forma completa.

As ações desenvolvidas pelo Profissional de Educação Física, neste estudo, estão voltadas para a Qualidade de Vida em Saúde das mulheres que estejam passando pelas fases do climatério, menopausa e pós-menopausa. Com a chegada da mulher na fase do envelhecimento ovariano, os profissionais da área de saúde devem ficar abertos para refletir sobre os diversos desdobramentos que estas

viveram durante essa fase da vida, bem como fazer escolhas profissionais que visam melhorar a Qualidade de Vida em Saúde das mulheres nesta etapa da vida.

Nesse sentido, o Educador Físico é o profissional indicado para desenvolver programas de atendimento adequados para diferentes grupos de mulheres com diversos problemas, habilidades e condições físicas, podem desempenhar ações que irão proporcionar benefícios psicológicos e melhora da Qualidade de Vida em Saúde dessas mulheres.

O Perfil Socioeconômico das participantes mostrou importância, na medida em que foram sendo analisadas, as situações particulares de cada participante, mostrando quais suas características sociodemográficas, estilo de vida, dados ginecológicos e sintomas. Todos estes fatores contribuíram para o conhecimento dos dois Subgrupos avaliados, demonstrando que interferem na melhora da Qualidade de Vida em Saúde destas mulheres.

Diante deste perfil devem ser estabelecidas políticas de saúde que atendam estas características demográficas contemplando, a saúde do trabalhador e a do homem, além daquelas pactuadas por intermédio do pacto pela saúde.

Ao se considerar os escores do SF-36 em cada domínio, os graus gerais da Qualidade de Vida em Saúde dos Subgrupos E, E1 e E2, mulheres que praticavam atividade física, obtidos demonstram o impacto da atividade física sobre elas. As melhoras ocorreram tanto no Aspecto Físico quanto na Saúde Mental.

Os Subgrupos F, F1 e F2, mulheres que não praticavam atividade física, também tiveram seus resultados obtidos por meio deste estudo. De forma comparativa com os outros Subgrupos pode-se observar uma piora dos graus gerais de Qualidade de Vida em Saúde.

A presença da prática regular de exercícios físicos influencia positivamente o grau de saúde e a Qualidade de Vida em Saúde das mulheres na fase de envelhecimento ovariano, ainda que indiretamente, por meio dos efeitos da atividade física sobre a autoestima e sintomas característicos dessa fase, mesmo quando trabalhada por um período de curto e médio prazo, como foi o caso deste estudo durante o período da aplicação dos testes.

Sendo assim, é importante que haja um planejamento de ações voltadas para esse grupo populacional, que é crescente, no sentido de preparar a sociedade brasileira para um envelhecimento mais saudável, o que aumentará a qualidade de vida adicional adquirida ao longo de décadas.

Portanto é possível evidenciar os aspectos físicos e emocionais como fatores impactantes na Qualidade de Vida em Saúde dessas mulheres buscando alternativas assistenciais para melhorar os programas de saúde já existentes, de maneira que eles possam atender estes grupo de mulheres, levando em consideração suas características sociodemográficas e clínicas. No processo de cuidado a esse público, deve sempre ser incentivada à prática de atividade física.

Contudo, é importante que estas mulheres se adaptem a suas possibilidades, levando em conta os aspectos institucionais e econômicos. Além disso, a criação ou a manutenção dos apoios sociais devem ser estimuladas e fortalecidas.

Parece também importante dar sequência com estudos nesta área, na medida em que são poucos os encontrados no Brasil que se referem às fases da mulher no envelhecimento ovariano. Em nosso país, ainda se realiza pouca pesquisa sobre o tema e nem toda produção científica estrangeira pode ser adequada à realidade das mulheres brasileiras

Desse modo, este cenário configura situações que exigem novos estudos com o intuito de desenvolver pesquisas traçando propostas coerentes e efetivas de intervenção junto a este grupo de mulheres que passam pelas fases do envelhecimento ovariano que levam a uma diminuição do sedentarismo e dos fatores de risco envolvidos, para, então, contribuir com a prevenção de doenças associadas ao modo de vida dos dias atuais, em especial nesta fase da vida mulher, melhorando assim a Qualidade de Vida em Saúde dessa população envolvida.

Desta forma, concluiu-se que a modelagem de serviços de saúde por meio do NASF de Mineiros-GO, neste estudo específico e na ação específica, contribuiu para a Qualidade de Vida em Saúde das mulheres nas fases do climatério, menopausa e da pós-menopausa, visto que da primeira para a terceira avaliação o grau geral de Qualidade de Vida em Saúde foi de 55,5 para 64,9 em relação ao grupo E, de mulheres que praticavam atividade física, e de 50,1 para 46,7 em relação ao grupo F, de mulheres que não praticavam atividade física.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar : manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – 2. ed. **rev. e atual.** – Rio de Janeiro : ANS, 2007. 168 p.

AGOSTINHO, M. R. et al. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 17, pp. 9-15, 2010.

ALDRIGHI J. M; ALDRIGHI C. M. S; ALDRIGHI A. P. S. Alterações sistêmicas no climatério. Ver **BRas Med.** 2002;59:15-21.

ALDRIGHI J. M. et al Tabagismo e antecipação da idade da menopausa. Ver **Assoc Med Brás.** 2005a; 51(1):51-53

ALENCAR, M. N. et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, PP.353-364,2014.

ALMA-ATA, Declaração. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. **Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata**, v. 15, 2002.

ALVES, J. G. B. et al. Physical inactivity among adults and elderly living in areas covered by primary healthcare units with and without the Family Health Program in Pernambuco State, Brazil. **Cadernos de saude publica**, v. 26, n. 3, p. 543-556, 2010.

AMORE, M. et al. Sexual and psychological symptoms in the Climateric years. **Maturitas.** V.56, p. 303-311, 2007.

ARAÚJO K. P. S; TONIOLLI T. R; DRUMMOND A. A. A fisioterapia em pacientes hipertensos da Estratégia Saúde da Família no Recanto das Emas – Distrito Federal. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** 2012; 3(2): 773-87.

AUQUIER, P.; SIMEONI, M. C.; MENDIZABAL, H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. **Revue Prevenir**, v. 33, n. 1, p. 77-86, 1997.

ÁVILA, M. B. E.; BANDLER, R. A Contracepção no Brasil 1980-1990. **Recife: SOS Corpo**, 1991.

BARALDI, S. et al. Avaliação da qualidade de vida de estudantes de nutrição. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 515-531, 2015

BARATA, R. B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista Usp**, n. 51, p. 138-145, 2001.

BARBOSA, E. G. et al. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter Mov**, v. 23, n. 2, p. 323-30, 2010.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. **Lisboa: edições**, v. 70, p. 225, 1977..

BARDIN, L. Análise de conteúdo. **São Paulo: Edições** 70, 2011. SILVA L.H.M, ARAÚJO C.V. Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos. **Ver Bras. Geriatr. Gerontol.** 2012; 15(3):505-15.

BARRICELLI I.L.F.O.B.L. et al. Fundamentos de Metodologia Científica. 3.ed. **São Paulo: Prentice-Hall**, 2007.

BERTAN, F. C.; CASTRO, E. K. Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros. **Psico (Porto Alegre)**, v. 40, n. 3, p. 366-372, 2009.

BOTAZZO, C. Sobre a Atenção Básica. Os cuidados primários de saúde no contexto da Reforma Sanitária Brasileira. In: BOTAZZO, C; OLIVEIRA, M. A. (Orgs.). Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. **São Paulo: Páginas & Letras**, 2008. p. 1-12.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1984.

. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** 2006; 29 mar.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. **Cadernos de Atenção Básica n.12**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 108p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Portaria do Gabinete do Ministro nº 1.409, de 13 de junho de 2007. Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União** 2007; 15 jun

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Manual técnico para estruturação física de unidades de saúde da família**. Editora MS 2006. [Página da Internet] [acessado 2014 jan 15]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/somasus/Dinamicos/Documentos.htm>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 154, de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família-NASF. Brasília: **Diário Oficial da União**; 2008. p. 47.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)**, 2008 jan 25. Seção 1:18.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. **Caderno de Atenção Básica** n. 27.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) **Cadernos de Atenção Básica**; n.27.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde,



Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 204, p. 48, 24 out. 2011a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 14 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 8 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011

\_\_\_\_\_. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União** 2011; 8 abr

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria N<sup>o</sup> 3.124 de 28 de Dezembro de 2012. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Acessado em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.htm). Acessado em 20/02/2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS; 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde mais perto de você: acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 55p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 3 jan. 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html)>. Acesso em: 14 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**.

BRASÍLIA. CONFEF-CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. Carta brasileira de prevenção integrada na área da saúde. 2004. Brasília, 2012. p. 6.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BREHMER L.C.F; VERDIM L. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva** [serial on the Internet]. 2014 [cited 2014 mar. 15]; 15(3): 3569-78. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900032](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900032)

BUSS P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESINA D; FREITAS C. M, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-38.

BUSS P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESINA D; FREITAS C.M, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 12-49

CAMPOS, G. W. S.; TESSER, C. D.; NETO, P. P.. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, 2010.

CAMPOS, L. M.; BOSCATTO, E. C.; MINEIRO, L. Perfil do estilo de vida dos idosos da Universidade Aberta da Maior Idade: UAMI da Cidade de Caçador-SC. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 9. n. 53. p. 315-320, maio/jun. 2015.

CARDELLI, A. A. M.; TANAKA, A. C. D'Andretta. O Papel das crenças e percepções de mulheres na vivência do processo saúde-doença.. **Ciencia, Cuidado e Saude**, v. 10, n. 5, 2012.

CARR A. J; THOMPSON P. W; KIRWAN J. R. Quality of life measures. **Br. J. Rheumatol.** 1996,35:275-81.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO. R.: MATTOS. R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p.117-130.

CICONELLI, R. M. Tradução para língua portuguesa e validação do Questionário Genérico de Avaliação da Qualidade de Vida SF-36 (BRASIL, SF-36). **REV. BRAS REUMATOL**, V. 39, P.143-150, 1999.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal**. 2003. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

CORNETTA, V. K.; PEDROSO, V. G.; KAMIMURA, Q. P. Gestão de qualidade em serviços de saúde. **Latin American Journal of Business Management**, v. 6, n. 1, 2015.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2003.

DEEKS, A. A.; MCCABE, M. P. Well-being and menopause: an investigation of purpose in life, self-acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women. **Quality of Life Research**, v. 13, n. 2, p. 389-398, 2004.

DE LORENZI, D. R. S. Avaliação da qualidade de vida no climatério. **Rev. bras. ginecol. obstet**, v. 30, n. 3, p. 103-106, 2008.

DE LORENZI, D. R. S. et al. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. **Rev assoc med bras**, v. 52, n. 5, p. 312-7, 2006.

DE LORENZI, D. R. S. et al. Characterization of the quality of life by menopausal status among women in the South region of Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 9, n. 4, p. 459-466, 2009.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E M. **Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro**. Ver. Saúde Pública. v. 45, n. 1, p. 204-11. 2011.

DYSON, P. A.; BEATTY, S.; MATTHEWS, D. R. An assessment of lifestyle video education for people newly diagnosed with type 2 diabetes. **Journal of human nutrition and dietetics**, v. 23, n. 4, p. 353-359, 2010.

EAKIN, E. G. et al. Telephone interventions for physical activity and dietary behavior change: a systematic review. **American journal of preventive medicine**, v. 32, n. 5, p. 419-434, 2007.

ELAVSKY, S. Physical activity, menopause, and quality of life: the role of affect and self-worth across time. **Menopause (New York, NY)**, v. 16, n. 2, p. 265, 2009.

ESCHBACH C. Exercise Recommendations for Menopause-Aged Women. **ACMS Fit Society Pae**, Fall 2009, p.3.

ESTEVES, J. V. del C. et al. Estilo de vida de praticantes de atividade física em academias da terceira idade de Maringá – PR. Conexões: **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v. 8, n. 1, p. 119-129, jan./abr. 2010.

FAYERS P. M.; MACHIN D. **Scores and measurement: validity, reliability and sensitivity. Quality of life. Assessment, analysis and interpretation**. Chichester (EN): John Wiley; 2007.

FERREIRA D. K. S.; BONFIM, C.; AUGUSTO, L. G. S. Fatores associados ao estilo de vida de policiais militares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, 2011.

FERREIRA, P. L. **A medição do estado de saúde**: criação da versão portuguesa do MOS SF-36. 1998.

FLANAGAN, J. C. A research approach to improving our quality of life. **American psychologist**, v. 33, n. 2, p. 138, 1978.

FONSECA, A. M. et al. Impact of age and body mass on the intensity of menopausal symptoms in 5968 Brazilian women. **Gynecological Endocrinology**, v. 29, n. 2, p. 116-118, 2013.

FREEDMAN, R. R. Hot flashes: behavioral treatments, mechanisms, and relation to sleep. **The American journal of medicine**, v. 118, n. 12, p. 124-130, 2005.

FREEDMAN, R. R.; ROEHRS, T. A. Sleep disturbance in menopause. **Menopause**, v. 14, n. 5, p. 826-829, 2007.

GARBIN L.M. et al. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes portadores de hemofilia. **Cinc Cuid Saúde** 2007; 6(2):191-205.

GARRATT, A. et al. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. **Bmj**, v. 324, n. 7351, p. 1417, 2002.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica-Pan American Journal of Public Health**, p. 144-149, 2014.

GERVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. Como construir uma atenção primária forte no Brasil. **Resumo Técnico Madri: SBMFC**, 2011. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/media/file/Visita Espanhois 2011/ Brasil,%20Relatorio%20Resumo%20final%202011.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/Visita_Espanhois_2011/Brasil,%20Relatorio%20Resumo%20final%202011.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2013.

GIANCHELLO A. L. Health outcomes research in Hispaniccs/ Latinos. *J. Med. Systems* 1996;21(5):235-54. Apud Minayo MCX, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Colet.** 2005;5(1):7-18.

GIOVANELLA L; FLEURY S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizador. **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 177-98.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s21-s23, 2008.

GIRALDO, A. et al. Influência de um programa de exercícios físicos no uso de serviços de saúde na Atenção Básica de Saúde do município de Rio Claro, SP. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 2, p. 186, 2013.

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. 2011.

GONÇALVES, H. A. Manual de Metodologia da Pesquisa Científica - 2ª Ed. 2014

GONCALVES, S. S.; SILVANY NETO, A. M. Dimensão psicológica da qualidade de vida de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 385-395, set. 2013

GRACIA, C. R. et al. Defining menopause status: creation of a new definition to identify the early changes of the menopausal transition. **Menopause**, v. 12, n. 2, p. 128-135, 2005.

HASKELL, W. L. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**, v. 116, n. 9, p. 1081, 2007.

ISER, B. P. M. et al. Risk and protection factors for chronic non communicable diseases by telephone survey-VIGITEL-2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, p. 90-102, 2011.

JAVADIVALA, Z. et al. Modeling the relationship between physical activity and quality of life in menopausal-aged women: a cross-sectional study. **Journal of research in health sciences**, v. 13, n. 2, p. 168-175, 2013.

JENABI E. et al. Assessment of questionnaire measuring quality of life in menopausal women: a systematic review. **Oman Med J** 2015; 30: 151-6.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Desafios do planejamento na construção do SUS**, p. 79, 2011.

KAMIMURA, Q. P.; MOLINA, V. L. I.; OLIVEIRA, E. A. A. Q. Análise da estratégia de regionalização do setor saúde: uma contribuição para o desenvolvimento local. In: SOUZA, C. M.; OLIVEIRA, E. A. A. Q.; CARNIELLO, M. F. (Orgs). **Estudo de gestão e desenvolvimento regional**. São Paulo: Oficina de livros, 2008. 97-131p.

KAMIMURA, Q. P.; OLIVEIRA, E. A. A. Q. Processo de regionalização da saúde na percepção dos gestores. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**. v.9, n. 2. p. 280-300. Taubaté – SP, 2013.

KAMIMURA, Q. P.; REZENDE, G. V.; OLIVEIRA, A. L. Qualidade de vida em mulheres que participam das ações de promoção à saúde no NASF do município de Goiatuba/GO. In: Ramón Missias-Moreira; Zenilda Noqueira Sales; Lílian Cristina Gomes do Nascimento; Olga Souza Valentim (organizadores). **Qualidade de vida e condições de vida e condições de saúde de diversas populações**. Curitiba: CRV, 2017. 69-80.

KAPUR, P.; SINHA, B.; PEREIRA, B. M. J. Measuring climacteric symptoms and age at natural menopause in an Indian population using the Greene Climacteric Scale. **Menopause**, v. 16, n. 2, p. 378-384, 2009.

KEMMLER, W. et al. Long-term exercise and risk of metabolic and cardiac diseases: the Erlangen Fitness and Prevention Study. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2013, 2013.

LABONTÉ, R. et al. (Ed.). **Revitalizing Health for All: Case Studies of the Struggle for Comprehensive Primary Health Care**. University of Toronto Press, 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas 2010, p.188-201).

LE BRETON D. **Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade**. Campinas: Papyrus, 2003.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, 2011.

LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1903-1914. 2012.

LIMA, S. M. R. R.; BOTOGOSKI, S. R. Menopausa, o que você precisa saber: abordagem prática e atual do período do climatério. In: **Menopausa, o que você precisa saber: abordagem prática e atual do período do climatério**. Atheneu, 2009.

LIMA, M. G. et al. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. **Cad Saude Publica** 2009; 25: 2159-67.

LUDEMIR, A. B.; FILHO, A. A. de. Condições de vida e estrutura operacional associados a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**. V.9, n.2, p. 213-221, 2002.

MACEDO, C. A.; TEIXEIRA, E. R.; DAHER, D. V. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. **Rev enferm UERJ**, v. 19, n. 3, p. 457-62, 2011.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. **Health services research**, v. 38, n. 3, p. 831-865, 2003.

MAGALHÃES JÚNIOR H.M. **Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008**. Belo Horizonte: Mazza; 2010

MALHOTRA, N K. **Pesquisa de Marketing**. Artmed Bookman. 2008

MALTA, D. C.; DA SILVA, J. B. Policies to promote physical activity in Brazil. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 195, 2012.

MÂNGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 2, 2008.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MAZO, G. Z. Atividade Física, Qualidade de vida e envelhecimento. Porto Alegre: Siluna, 2008.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Ed. Abrasco, 2000, p. 9-197.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 22..

MINEIROS. Lei Orgânica do Município de Mineiros. Promulgada em 05 de abril de 1990. capítulo VI, seção I, art.102.

MYOTIN, E.; BORGES, K. E. L. Educação Física: atenção à saúde do adulto. 2011. corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. **Saude Soc** 2009; 18(2):346-354.

MORALES R.R. **Avaliação transversal da qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla por meio de um instrumento genérico (SF-36)** [dissertação]. Uberlândia. Universidade Federal de Uberlândia, 2005.

NAHAS M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 3 ed. Londrina: Midiograf; 2003



NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2010.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2013.

NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY et al. Menopause practice: a clinician's guide. **Normal physiology**, p. 19-27, 2004.

NIEDERAUER. K. G. et al. Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão de literatura. **Revista brasileira de psiquiatria= Brazilian journal of psychiatry. São Paulo. Vol. 29, n. 3 (set. 2007), p. 271-278, 2007.**

NIEMAN D. C; SWAIN D. P. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. **Med Sci Sports Exerc** 2011;43(7):1334-59.

OHARA, E.C.C. Et al. **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

OLIVEIRA, A. L. Comportamento Organizacional e Pesquisa Qualitativa: algumas reflexões metodológicas. In: CHAMON, E.M.Q. **Gestão e Comportamento Humano nas Organizações**. Rio de Janeiro, Brasport, 2007.

OLIVEIRA, G. N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W. S; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas na atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 273-282.

OLIVEIRA, L. S.; RABELO, D. F.; QUEIROZ, N. C. Estilo de vida, senso de controle e qualidade de vida: um estudo com a população idosa de Patos de Minas-MG. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 416-430, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Avaliação da qualidade de vida**: perspectivas internacionais. Springer, Berlim, 1994.

OTERO-RODRIGUES A. et al. Change in health-related quality of life as a predictor of mortality in the older adults. **Qual Life Res** 2010;19:15-23.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PANWAR, M.; RATHI, K. Social sustainability: contextual facility location planning model for multi-facility hierarchical healthcare in India. **International Journal of Applied Engineering Research**, v. 9, n. 3, p. 275-284, 2014.

PEDRO, A. O. et al. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. **Cadernos de Saúde Pública**, V.9, n.1, p. 07-25, 2003a.

PESTANA, M. H.; GAGUEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais**. 5ª ed., Editora Síbaló: Lisboa, 2008.

PESTANA, P. R. M. et al. **Fatores relacionados à percepção do nível de qualidade de vida entre bombeiros militares**. In: JONAFES 2015 CIÊNCIAS EXATAS, HUMANAS, SOCIAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE, 2015, Montes Claros. **Anais...** Montes Claros: Associação Educativa do Brasil, 2015. p. 22.

PUTLAND, C.; BAUM, F. E.; ZIERSCH, A. M. From causes to solutions-insights from lay knowledge about health inequalities. **BMC Public Health**, v. 11, n. 1, p. 67, 2011.

REHWICK R.; BROWN I. The Center for Health Promotion's Conceptual Approach to Quality of Life. In: REHWICK R.; BROWN I.; NAGLER M., editors. **Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications**. Thousand Oaks: Sage Publications; 1996. p.75-86.

RIBEIRO, A. C. S. et al. Qualidade de vida no ambiente escolar como componente da formação do cidadão: desejos e carências no espaço físico. **Monografias Ambientais**, v. 8, n. 8, p. 1850-1857, 2012.

SANCHEZ, Z. M. V.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, Solange Aparecida. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 599-605, 2005.

SCHRADER, G. et al. Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, 2012.

SCHRAIBER L. B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. **Interface comun saúde educ**. 1997.1(1):123-138.

SCLOWITZ, I. K. T.; SANTOS, I. S.; SILVEIRA, M. F. Prevalência e fatores associados a fogachos em mulheres climatéricas e pós-climatéricas Prevalence and factors associated with hot flashes in climacteric and post-climacteric women. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 469-481, 2005.

SCHUTTINGA J. A. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: DIMSDALE J. E.; BAUM A, editors. **Quality of life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 31-42.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SERAPIONI, M; SILVA, M.G.C. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, pp. 4315-4326, 2011.

SILVA, A. A. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde: percepção sobre as condições de trabalho e de vida entre profissionais de enfermagem, de hospital universitário no município de São Paulo. 2008. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SILVA FILHO, E. A.; COSTA, A. M. Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil. **Rev. bras. ginecol. obstet**, v. 30, n. 3, p. 113-120, 2008.

SINGER, M. K. Redefining health: living with cancer. **Social Science & Medicine**, v. 37, n. 3, p. 295-304, 1993.

SIQUEIRA, F. C. V. et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil Physical activity among health professionals from South and Northeast Brazil. **Cad Saúde Publ**, v. 25, n. 9, p. 1917-28, 2009.

SIQUEIRA, F. V. et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde Counseling for physical activity as a health education strategy. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 203-213, 2009.

SOARES, C. N.; PROUTY, J.; POITRAS, J. Ocorrência e tratamento de quadros depressivos por hormônios sexuais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, p. 48-54, 2002.

SOARES, C. N. Insônia na menopausa e perimenopausa: características clínicas e opções terapêuticas. **Arch. clin. psychiatry (São Paulo, Impr.)**, v. 33, n. 2, p. 103-109, 2006.

SOULES, M. R. et al. Executive summary: stages of reproductive aging workshop (STRAW). **Climacteric**, v. 4, n. 4, p. 267-272, 2001.

SOULES M.R; SHERMAN S; PARROT E. **Executive summary:** Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Fertil Steril*. 2001. p. 76.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health Policy**, v. 60, n. 3, p. 201-218, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da saúde, 2002. p.19; p. 53.

STERNFELD, B.; DUGAN, S. Physical activity and health during the menopausal transition. **Obstetrics and gynecology clinics of North America**, v. 38, n. 3, p. 537-66, 2011.

STUMM, E. M. F.; MASTELLA, R. C. G.; UBESSI, L. D. Qualidade de vida da enfermagem em terapia intensiva - adulto, neonatal e pediátrica. **Trabalho & Educação**, v. 21, n. 2, p. 131-147, 2012

TREMBLAY, M. S. et al. New Canadian physical activity guidelines. **Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism**, v. 36, n. 1, p. 36-46, 2011.

TREVISAN, M. C. et al. Influência da proteína de soja e dos exercícios com pesos sobre o gasto energético de repouso de mulheres na pós-menopausa. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2010; 56(5):572-8

VAHIA I.V. et al., THOMPESON W et al. Correlated os Spirituality in older women. **Aging Ment Health** 2011; 15(1):97-102.

VALADARES, A. L. R. et al. Association between different types of physical activities and quality of life in women aged 60 years or over. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 4, p. 450-455, 2011.

VAN DEN BERG, M. H.; SCHOONES, J. W.; VLIELAND, T. P. M V. Internet-based physical activity interventions: a systematic review of the literature. **Journal of medical Internet research**, v. 9, n. 3, 2007.

VAN ZUTPHEN, M.; MILDERS, I. E.; BEMELMANS, W. J. Usage of an online healthy lifestyle program by pregnant women attending midwifery practices in Amsterdam. **Preventive medicine**, v. 46, n. 6, p. 552-557, 2008.

VIANA, H. B. Avaliando a qualidade de vida de pessoas idosas utilizando parâmetros subjetivos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 25, n. 3, 149-58, 2004.

ZÖLLNER, Y. F.; ACQUADRO, C.; SCHAEFER, M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. **Quality of Life Research**, v. 14, n. 2, p. 309-327, 2005.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. Protocolos de cuidados à saúde e de organização do serviço. 2009.

WIKLUND, I. Methods of assessing the impact of climacteric complaints on quality of life. **Maturitas**, v. 29, n. 1, p. 41-50, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Health promotion: Ottawa charter. **Geneva: World Health Organization**, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences **Geneva: WHO**; 2009.

## APÊNDICE A

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Institucional**

Esta pesquisa está sendo realizada pelo Sr. Domingos Sávio Teixeira Geraldo aluno do Curso de Mestrado em Planejamento e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Taubaté (PPGA), como dissertação, sendo orientada e supervisionada pela professora Doutora Quesia Postigo Kamimura.

Seguindo preceitos éticos, informamos que pela natureza da pesquisa, a participação desta organização não acarretará em quaisquer danos à mesma. A seguir, damos as informações gerais sobre esta pesquisa, reafirmando que qualquer outra informação poderá ser fornecida a qualquer momento, pelo aluno pesquisador ou pelo professor responsável. O nome da organização será preservado e não constará identificação da organização no documento final da pesquisa.

**TEMA DA PESQUISA:** Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Promoção das Atividades Físicas voltadas à saúde da Mulher.

**OBJETIVO:** Demonstrar a importância do profissional de Educação Física nas ações de promoção de saúde realizadas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Mineiros GO, especificamente com mulheres nas fases do climatério, da menopausa e da pós-menopausa.

**PROCEDIMENTO:** Aplicação de instrumento de coleta de dados (questionário) junto aos participantes do projeto a ser estudado e entrevista com os profissionais participantes da equipe NASF.

**SUA PARTICIPAÇÃO:** Autorizar a aplicação da pesquisa nesta organização.

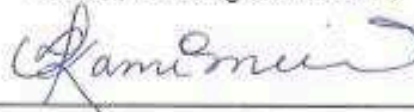
Após a conclusão da pesquisa, prevista para 2017, uma dissertação, contendo todos os dados e conclusões, estará à disposição na Biblioteca da Universidade de Taubaté.

Contato do pesquisador: (064) 99653-8122/dsteix@hotmail.com

Agradecemos sua autorização, enfatizando que a mesma em muito contribuirá para a construção de um conhecimento atual nesta área.



Taubaté, 10 de agosto de 2016.



Prof. Orientador: Doutora Quesia Postigo Kamimura

RG 16157832



Aluno: Domingos Sávio Teixeira Geraldo

RG M3417188 SSP/MG

Tendo ciência das informações contidas neste Termo de Consentimento. Eu Resangela de Rezende Amorim portador do RG nº 246.5171 responsável pela organização secretaria Municipal de Saúde, autorizo a aplicação desta pesquisa na mesma.

Mineiros, 12 de agosto de 2016.



Assinatura

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa está sendo realizada por Domingos Sávio Teixeira Geraldo, aluno do Mestrado de Planejamento e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Taubaté (PPGA), como dissertação, sendo orientada e supervisionada pela professora Quesia Postigo Kamimura.

Seguindo os preceitos éticos, informamos que sua participação será absolutamente sigilosa, não constando seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-lo no manuscrito final da monografia ou em qualquer publicação posterior sobre esta pesquisa.

Pela natureza da pesquisa, sua participação não acarretará em quaisquer danos para sua pessoa. A seguir, damos as informações gerais sobre esta pesquisa, reafirmando que qualquer outra informação que V.S. desejar, poderá ser fornecida junto ao aluno-pesquisador ou pelo professor orientador.

**TEMA DA PESQUISA:** Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Promoção das Atividades Físicas voltadas à saúde da Mulher.

**OBJETIVO:** Demonstrar a importância do profissional de Educação Física nas ações de promoção de saúde realizadas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Mineiros GO, especificamente com mulheres nas fases do climatério, da menopausa e da pós-menopausa.

**PROCEDIMENTO:** Aplicação de instrumento de coleta de dados (questionário) junto aos participantes do projeto a ser estudado e entrevista com os profissionais participantes da equipe NASF.

**SUA PARTICIPAÇÃO:** Ceder a entrevista.

Após a conclusão da pesquisa, prevista para mês de 2017 uma monografia, contendo todos os dados e conclusões, estará à disposição na Biblioteca da Universidade de Taubaté. O nome da instituição não será revelado no documento final.

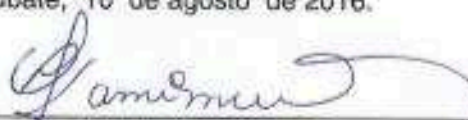


V.S. terá a total liberdade para recusar sua participação, assim como solicitar a exclusão de seus dados, retirando seu consentimento sem qualquer penalização ou prejuízo.

Agradecemos sua participação, enfatizando que a mesma em muito contribuiu para a construção de um conhecimento atual na área.

Contato do pesquisador: ( 064 ) 99653-8122 / e-mail: dstelx@hotmail.com

Taubaté, 10 de agosto de 2016.



Prof. Orientador Doutora Quesia Postigo Kamimura

RG 16157832



Aluno: Domingos Sávio Teixeira Geraldo

RG: M3417188 SSP/MG

Tendo ciência das informações contidas neste Termo de Consentimento, eu

portador do RG nº \_\_\_\_\_, autorizo a utilização, nesta pesquisa, dos dados por mim fornecidos.

Mineiros \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

Assinatura

## **APÊNDICE C**

**TÍTULO DA PESQUISA:** Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Promoção das Atividades Físicas voltadas à Saúde da Mulher

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Domingos Sávio Teixeira Geraldo

### **ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL**

#### **1. Perfil do Entrevistado**

- 1.1 Idade;
- 1.2 Sexo;
- 1.3 Formação acadêmica (Inclusive especialização);
- 1.4 Percurso profissional (Como entrou para o NASF; A quanto tempo está no NASF);
- 1.5 Experiência em NASF (Se é a primeira vez que trabalha com o NASF).

#### **2. Planejamento em ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doença**

- 2.1 Conceito de Promoção da Saúde;
- 2.2 Ações da Promoção da Saúde no cotidiano de trabalho;
- 2.3 Planejamento das ações de Promoção da Saúde na organização do processo de trabalho.

#### **3. Organização dos serviços de saúde – APS**

- 3.1 A organização do trabalho em uma unidade e no território;
- 3.2 Os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação
- 3.3 Matriciamento.

#### **4. Participação dos profissionais de educação física**

- 4.1 Inserção do profissional de Educação no NASF;
- 4.2 Participação do profissional de Educação Física no Planejamento e nas ações de Promoção e Prevenção da saúde;
- 4.3 Outras atividades desenvolvidas pelo Profissional de Educação Física na Unidade de Saúde (Academia de Saúde).

## **5. Atividades físicas, com mulheres nas fases do climatério, da menopausa e da pós-menopausa**

5.1 Encaminhamento das mulheres nas fases do climatério, da menopausa e da pós-menopausa para as práticas corporais/atividades físicas;

5.2 Forma de atendimento deste grupo específico de mulheres;

5.3 Planejamento e tipo de atividade física para este grupo de mulheres.



## ANEXO A

### Questionário Perfil Socioeconômico

#### 1 - Características Sociodemográficas

Idade: \_\_\_\_\_ anos.

Estado Civil atual:

- ( ) Solteira  
 ( ) Casada  
 ( ) Divorciada/Separada Judicialmente  
 ( ) Viúva

Grau de Escolaridade – Anos de estudo: \_\_\_\_\_ anos

Profissão: \_\_\_\_\_

Atualmente você:

- ( ) Trabalha  
 ( ) Trabalha eventualmente  
 ( ) Não trabalha

Quanto você ganha mensalmente?  
 \_\_\_\_\_ reais

Qual a sua renda familiar mensal?  
 \_\_\_\_\_ reais

Você mora?

- ( ) Só ( ) Acompanhada

Se acompanhada, com quem mora?

- ( ) Sozinha  
 ( ) Com Cônjuge  
 ( ) Com Cônjuge e Filhos  
 ( ) Com Cônjuge e outros familiares  
 ( ) Com filhos  
 ( ) Com outros Familiares

A sua casa tem rede de água encanada?

- ( ) Sim ( ) Não

A sua casa tem rede de energia elétrica?

( ) Sim ( ) Não

## 2 - Estilo de Vida

Você pratica algum exercício físico?

( ) Sim ( ) Não

A sua atividade física é:

( ) Individual ( ) Grupal

Qual o tipo de atividade que você pratica?

( ) Caminhada

( ) Ginástica aeróbica

( ) Práticas de academia

( ) Nenhuma

Tipo de lazer e recreação que gosta

( ) Passeio

( ) Ir a Igreja

( ) Dançar

( ) Ir ao cinema

( ) Pescar

( ) Atividades manuais/visuais

( ) Reunião com amigos/3ª idade

( ) Outros (festa de aniversário, viajar)

( ) Não tem/Não gosta

Frequenta Festas

( ) Sim ( ) Não

Motivos para não frequentar

( ) Religião

( ) Não gosta/Namorado não gosta/Marido não gosta

( ) Outros motivos

## 3 – Dados Ginecológicos e Sintomas

Idade da menarca: \_\_\_\_\_ anos

Número de gestações: \_\_\_\_\_

Número de filhos: \_\_\_\_\_

Você ainda menstrua?

Sim  Não

Qual a sua idade quando menstruou pela última vez? \_\_\_\_\_ anos

Você já sentiu ondas de calor?

Sim  Não

Você sente dificuldade para dormir?

Sim  Não

Você teve alteração de peso atualmente?

Sim  Não

Você sente dor nas articulações?

Sim  Não

Seu exame de FSH foi:

Menor que 30 U/L  Maior que 30 U/L

## ANEXO B

### Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

**1- Em geral você diria que sua saúde é:**

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

**2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?**

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

**3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?**

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3



- 4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?**

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

- 5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?**

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

- 6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?**

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

- 7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?**

Nenhuma	Muita Leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

**8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?**

De maneira Alguma	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.**

	Todo Tempo	A Maior Parte do Tempo	Uma Boa Parte do Tempo	Alguma parte do Tempo	Uma Pequena parte do Tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

**10-Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?**

Todo Tempo	A Maior Parte do Tempo	Alguma Parte do Tempo	Uma Pequena Parte do Tempo	Nenhuma Parte do Tempo
1	2	3	4	5

**11-O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?**

	Definitivamente Verdadeiro	A Maioria das Vezes Verdadeiro	Não sei	A Maioria das Vezes Falso	Definitivamente Falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

## ANEXO C



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NA PROMOÇÃO DAS ATIVIDADES FÍSICAS VOLTADAS À SAÚDE DA MULHER.

**Pesquisador:** Domingos Sávio Teixeira Geraldo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 59227416.3.0000.5501

**Instituição Proponente:** Universidade de Taubaté

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.732.316

## Apresentação do Projeto:

Distribuídas em diferentes classes sociais, as mulheres são a maioria no território nacional. Porém muitas são as diferenças existentes entre elas, estas diferenças se baseiam em diferentes aspectos como raça, etnia e idade, orientações sexuais, muitas residem no campo outras nas cidades e com problemas de saúde bastante complexos. Para responder às complexas demandas de saúde para as mulheres, a política deve beneficiar

diferentes ações, desde a atenção básica no Programa Saúde da Família (PSF) até os hospitais de mais alta tecnologia. Fatores de risco metabólico e cardíacos podem estar aumentados durante o envelhecimento e a transição menopausal, no sexo feminino. Quando evidenciado nesta fase, o crescente aumento da gordura corporal associado à perda de massa magra e as alterações cardiometabólicas juntamente com o estado de

hipoestrogenismo, podem impactar negativamente na saúde e qualidade de vida (QV) desta população. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem como estratégia diversificar as ações das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) tendo como uma de suas ações, a prática de atividades físicas, estratégia usada na promoção da saúde (PS) para melhorar a QV da população no âmbito da atenção básica (AB). Desta

forma este estudo tem como objetivo analisar as estratégias do NASF nas ações de promoção da

**Endereço:** Rua Visconde do Rio Branco, 210  
**Bairro:** Centro **CEP:** 12.020-040  
**UF:** SP **Município:** TAUBATE  
**Telefone:** (12)3635-1233 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** cepunitau@unitau.br



UNITAU - UNIVERSIDADE DE  
TAUBATÉ



Continuação do Parecer: 1.732.316

saúde especificamente aquelas realizadas por meio do profissional de Educação Física com mulheres nas fases do climatério, da menopausa e da pós-menopausa no município de Mineiros – GO. A pesquisa será de classificação descritiva e exploratória e terá duas abordagens: A primeira será qualitativa por intermédio de uma entrevista de grupo focal com os cinco profissionais integrantes do NASF 1 e a segunda uma abordagem quantitativa estatística descritiva com um grupo de 118 mulheres com idade acima de 45 anos e cadastradas em uma UBS da cidade de Mineiros – GO. Assim, esperamos que o NASF venha a contribuir com as equipes de ESF para melhorar o atendimento na AB, promovendo a saúde por intermédio de ações com os programas de atividades físicas que terão na QV um importante indicador da condição da saúde devido seu impacto sobre a autonomia para a realização de atividades diárias da mulher.(transcrito do projeto)

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar as estratégias do NASF nas ações de promoção da saúde especificamente aquelas realizadas por meio do profissional de Educação Física com mulheres nas fases do climatério, da menopausa e da pós-menopausa no município de Mineiros – GO.

**Objetivo Secundário:**

- Identificar as ações realizadas pelo NASF na UBS D. Florinda no município de Mineiros GO.- Caracterizar a qualidade de vida das mulheres participantes do programa de atividades física realizado na Academia de Saúde. (transcrito do projeto)

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

O projeto não traz nenhum risco para os sujeitos envolvidos na pesquisa visto que atende a todas as recomendações da Resolução 466/12.

**Benefícios:**

Essa pesquisa não trará benefícios individuais para os sujeitos da pesquisa, mas contribuirá para a construção de conhecimento na área em questão, podendo servir de fundamento para estudos futuros sobre Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Promoção das Atividades Físicas voltadas à Saúde da Mulher.

(transcrito do projeto)

**Endereço:** Rua Visconde do Rio Branco, 210  
**Bairro:** Centro **CEP:** 12.020-040  
**UF:** SP **Município:** TAUBATE  
**Telefone:** (12)3635-1233 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** cepunitau@unitau.br



UNITAU - UNIVERSIDADE DE  
TAUBATÉ



Continuação do Parecer: 1.732.316

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo relevante acompanhar mulheres nessa fase considerada como período de mudanças no corpo e na mente trará benefícios o envolvimento das mesmas nas ações propostas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou todos os termos.

**Recomendações:**

Recomenda-se colocar que toda pesquisa gera riscos nem que sejam mínimos.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté recomenda a entrega do relatório final ao término da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, em reunião de 09/09/2016, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 466/12, considerou o Projeto de Pesquisa: APROVADO.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_780490.pdf	27/08/2016 07:29:19		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.docx	27/08/2016 07:27:18	Domingos Sávio Teixeira Geraldo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/08/2016 15:07:11	Domingos Sávio Teixeira Geraldo	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	23/08/2016 15:06:17	Domingos Sávio Teixeira Geraldo	Aceito
Outros	Projeto_MestradoQuestionarios.docx	23/08/2016 14:54:00	Domingos Sávio Teixeira Geraldo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	cats2.jpg	23/08/2016 14:44:22	Domingos Sávio Teixeira Geraldo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	cats.jpg	23/08/2016 14:44:06	Domingos Sávio Teixeira Geraldo	Aceito

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210  
 Bairro: Centro CEP: 12.020-040  
 UF: SP Município: TAUBATE  
 Telefone: (12)3635-1233 Fax: (12)3635-1233 E-mail: cepunitau@unitau.br



Professor  
Robison  
Baroni

UNITAU - UNIVERSIDADE DE  
TAUBATÉ



Continuação do Parecer: 1.732.316

Investigador	cats.jpg	23/08/2016 14:44:06	Domingos Sávio Teixeira Geraldo	Aceito
--------------	----------	------------------------	------------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TAUBATE, 17 de Setembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Maria Dolores Alves Cocco**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Visconde do Rio Branco, 210  
**Bairro:** Centro **CEP:** 12.020-040  
**UF:** SP **Município:** TAUBATE  
**Telefone:** (12)3635-1233 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** cepunitau@unitau.br