

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Departamento de Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde da Família (Profsaúde)

Danielle Bandeira de Oliveira Junqueira

**OBESIDADE E SOBREPESO: motivos das mulheres não aderirem à prática de
atividade física na Atenção Primária à Saúde**

Juiz de Fora

2019

Danielle Bandeira de Oliveira Junqueira

OBESIDADE E SOBREPESO: motivos das mulheres não aderirem à prática de atividade física na Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dr^a Beatriz Francisco Farah

Juiz de Fora

2019

DANIELLE BANDEIRA DE OLIVEIRA JUNQUEIRA

OBESIDADE E SOBREPESO: motivos das mulheres não aderirem à prática de atividade física na Atenção Primária à Saúde

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família, submetida ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Saúde da Família (PROFSAÚDE), Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em ____/____/2019.

Prof^a Dr^a Beatriz Francisco Farah – Orientadora – UFJF

Prof^a Dr^a Isabel Cristina Gonçalves Leite – UFJF

Prof^a Dr^a Glauce Cordeiro Ulhoa Tostes – FCMS – SUPREMA/JF

AGRADECIMENTO

A pesquisa e a escrita de uma tese de mestrado é processo solitário, que não seria possível sem o apoio de várias pessoas. Portanto, gostaria de agradecer:

À Deus, que tudo providenciou!

Ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal de Juiz de Fora, que me proporcionou a oportunidade de qualificação profissional.

À minha orientadora Professora Doutora Beatriz Francisco Farah, um exemplo para mim, de ensinamento e de motivação. O meu muito obrigada, pelas oportunidades e pelo apoio durante essa caminhada. Obrigada!

À Professora Doutora Isabel Cristina Gonçalves Leite, pela disponibilidade, carinho, ensinamentos e contribuições.

À Professora Doutora Glauce Cordeiro Ulhoa Tostes, pelo acolhimento e sugestões durante a qualificação.

À minha família: meus filhos Thaís, Igor e Bruna, em especial, ao meu marido José Otávio. Com todo o meu amor e meu carinho, um enorme obrigada pela força que me deram desde o início até ao final deste percurso. A eles dedico todo este trabalho!

À minha mãe, pela compreensão, pelo carinho e pelos ensinamentos da vida. Meu eterno amor!

À minha equipe de Estratégia de Saúde da Família, a 011, pela ajuda em campo e por acreditar em mim e no meu trabalho. Em especial à enfermeira Angela, que sempre me apoiou e incentivou.

À turma de caminhada, o grupo “Amigos da Saúde”, pela alegria e compreensão.

Às estagiárias do curso de medicina: Isabelle, Vivian, Roberta, Roane e Vânia. Vocês são muito especiais!

Ao meu amigo Sebastião, pelo carinho, incentivo e paciência.

Aos meus queridos irmãos do coração, Guilherme Côrtes e Juliana Samel, pelo grande exemplo, ajuda e carinho.

Ao casal, Mário e Letícia, que estiveram disponíveis, em certos momentos de desespero.

Aos funcionários e usuários da unidade de Estratégia de Saúde da Família pela compreensão.

Aos professores, o meu obrigada pelas aprendizagens.

Aos meus colegas, por tudo o que tive oportunidade de aprender e partilhar.

A todas as participantes que, embora no anonimato, prestaram uma contribuição fundamental para a realização deste estudo.

A todos os que, apesar de não estarem em nome, estão aqui contemplados.

Muito obrigada à TODOS!

JUNQUEIRA, Danielle Bandeira de Oliveira. **OBESIDADE E SOBREPESO: motivos das mulheres não aderirem à prática de atividade física na Atenção Primária à Saúde**. 2019. 101p. Dissertação [Mestrado em Saúde da Família - PROFSAÚDE], Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Francisco Farah.

RESUMO

Obesidade e sobrepeso são problemas crescentes na saúde pública mundial, representando uma ameaça, por aumentarem os riscos de doenças crônicas não transmissíveis. Causam importante impacto na qualidade de vida e na autoestima dos indivíduos. A atividade física é uma estratégia que traz resultado positivo na saúde das pessoas. Objetivo: analisar os motivos que levam as mulheres obesas e de sobrepeso a não participarem do grupo de caminhada “Amigos da Saúde” de uma unidade de Atenção Primária à Saúde; traçar perfil sociodemográfico das mulheres adultas obesas e de sobrepeso; identificar a prevalência de obesidade e de sobrepeso de mulheres adultas; e conhecer os motivos que levam as mulheres obesas e de sobrepeso a não aderirem ao grupo de caminhada “Amigos da Saúde”. Método: trata-se de uma pesquisa com abordagem quanti-qualitativa, realizada em duas etapas. A etapa quantitativa utilizou uma abordagem descritiva, de recorte transversal, cuja amostra foi de 221 mulheres adultas que foram convidadas a responder ao questionário sociodemográfico e econômico (idade, cor da pele autorreferida, renda familiar, escolaridade, situação conjugal, e ocupação); à pesquisa quanto a comorbidades (hipertensão arterial e diabetes) e quanto à prática de atividades físicas, além de realizarem avaliação antropométrica. Utilizou-se o teste de qui-quadrado para comparação de proporções, com nível de significância de, no mínimo, 5%. Os dados foram digitados em programa Excel e analisados pelo programa SPSS 14.0. Para a etapa qualitativa, foram convidadas a responder a entrevista semiestruturada as mulheres com excesso de peso que não praticavam atividades físicas, identificadas na etapa quantitativa. Na análise das entrevistas, foi realizada análise de conteúdo, do tipo análise temática, com a participação de 12 mulheres. Cenário: a pesquisa aconteceu em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, em Juiz de Fora - MG. Resultados: a maioria das mulheres que respondeu ao questionário era solteira (48,4%), com baixa renda familiar mensal (45,2%), baixo grau de instrução (34,8%), não eram brancas (69,6%), negaram hipertensão (70,8%), diabetes (94,7%) e praticar atividades físicas (74,5%). A prevalência de sobrepeso encontrada (28,1%) está abaixo dos dados brasileiros (34,9%), porém a de obesidade (48,4%), está bem acima dos dados nacionais (18,9%). A análise da significância, a partir do teste Qui-Quadrado, da relação do excesso de peso com algumas variáveis independentes, foi positiva para idade menor que 40 anos ($p=0,031$), para presença de hipertensão ($p=0,002$) e para mulheres não casadas ($p<0,001$). Dentre os principais motivos da não participação ao grupo “Amigos da Saúde”, emergiram das falas das participantes três categorias: 1. Motivos para a não realização da prática de exercício físico pelas mulheres com excesso de peso; 2. Não adesão das mulheres com excesso de peso ao grupo de caminhada “Amigos da Saúde” e 3. Motivação para as mulheres com excesso de peso praticarem atividade física. Conclusão: os principais motivos das mulheres não participarem do “Amigos da Saúde” foram a falta de tempo e o horário de realização da caminhada, demonstrando que mudanças serão necessárias.

Espera-se que a pesquisa possa contribuir com diretrizes e estímulo à promoção de estilo de vida mais saudável pelas mulheres obesas.

Palavras-chaves: Obesidade. Sobrepeso. Estilo de vida. Estratégia de Saúde da Família. Atenção Básica de Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Obesity and overweight are growing problems in global Public Health, posing a threat, by increasing the risks of chronic noncommunicable diseases. They cause an important impact on the quality of life and the self-esteem of individuals. Physical activity is a strategy that brings positive results in people's health. Objective: to analyze the reasons that lead to obese and overweight women not taking part in the "Amigos da Saúde" (Friends of Health) walking group, an initiative of a Primary Health Care unit; to analyze the sociodemographic profile of obese and overweight adult women; and to identify the prevalence of obesity and overweight in adult women; and to analyze the reasons that lead to obese and overweight women not adhering to the walking group. Method: this is a research with a quantitative-qualitative approach, conducted in two stages. The quantitative stage used a descriptive cross-sectional approach, with a sample of 221 adult women who were invited to answer a sociodemographic and economic questionnaire (age, self-reported race, family income, schooling, marital status, and occupation); questions on comorbidities (arterial hypertension and diabetes) and on the practice of physical activities, in addition to performing an anthropometric evaluation. The chi-square test was used to compare proportions, with a significance level of at least 5%. The data were entered in an Excel program and analyzed by the SPSS 14.0 software. For the qualitative stage, overweight women who did not practice in physical activities were invited to answer the semi-structured interview. The interviews were submitted to content analysis, such as thematic analysis. Scenario: the research was conducted in a Family Health Strategy unit, in the city of Juiz de Fora, Brazil. Results: the majority of the women who answered the questionnaire were single (48.4%), with low monthly family income (45.2%), low educational level (34.8%), non-white (69.6%), denied hypertension (70.8%) and diabetes (94.7%), and did no physical activities (74.5%). The prevalence of overweight found (28.1%) is below Brazilian data (34.9%), but obesity (48.4%) is well above national data (18.9%). The significance analysis of the relationship between excess weight and some independent variables was positive for age under 40 years ($p = 0.031$), for the presence of hypertension ($p = 0.002$) and for unmarried women ($p < 0.001$). Among the main reasons for not participating in the "Friends of Health" group, three categories of responses emerged: 1. Reasons for not doing physical exercise by overweight women; 2. Non-adherence of overweight women to the "Friends of Health" walking group and 3. Motivation for overweight women to practice physical activity. Conclusion: Women's main reasons for not participating in the "Friends of Health" were the lack of time and the time scheduled for the activity, demonstrating what changes will be necessary. This research may contribute to improve guidelines and encourage the promotion of a healthier lifestyle for obese women.

Keywords: Obesity. Overweight. Lifestyle. Family Health Strategy. Basic Health Care. Health promotion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Mudanças ocorridas entre a PNAB/2011 e a PNAB/2017	26
Quadro 2 -	Classificação do estado nutricional de adultos	35
Quadro 3 -	Fases de prevenção da obesidade – objetivos e intervenções ..	41
Quadro 4 -	Motivos para a não realização de atividade física pelas mulheres adultas, com excesso de peso, da área 011 da UBS Santo Antônio, Juiz de Fora - MG, 2018	63
Quadro 5 -	Motivos das mulheres com excesso de peso não aderirem ao grupo de caminhada “Amigos da Saúde”	66
Quadro 6 -	Motivação das mulheres com excesso de peso para realizarem atividade física	70
Figura 1 -	Modelo dos determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead e adotado pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde	46
Gráfico 1 -	Distribuição percentual do Índice de Massa Corporal (IMC), das mulheres adultas, da área 011, UBS Santo Antônio, Juiz de Fora – MG, 2018 (n=221)	59
Fluxograma 1 -	Seleção das mulheres na etapa qualitativa	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados antropométricos das mulheres adultas da área 011, UBS Santo Antônio. Juiz de Fora – MG, 2018.....	57
Tabela 2 - Características sociodemográficas das mulheres adultas da área 011, UBS Santo Antônio. Juiz de Fora – MG, 2018.....	58
Tabela 3 - Características clínicas das mulheres adultas da área 011, UBS Santo Antônio. Juiz de Fora - MG, 2018.....	58
Tabela 4 - Percentual de atividade física realizada pelas mulheres adultas da área 011, UBS Santo Antônio. Juiz de Fora - MG, 2018.....	58
Tabela 5 - Relação entre excesso de peso e variáveis independentes das mulheres adultas da área 011, UBS Santo Antônio. Juiz de Fora - MG, 2018.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	- Alcoolicos Anônimos
AB	- Atenção Básica
ABESO	- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ABRASCO	- Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	- Agente Comunitário de Endemias
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
APS	- Atenção Primária à Saúde
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CIT	- Comissão Intergestora Tripartide
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ENDF	- Estudo Nacional de Despesa Familiar
EPS	- Educação Popular de Saúde
eSF	- Equipe de Saúde da Família
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
FAO	- Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	- Índice De Massa Corporal
LBV	- Legião da Boa Vontade
MG	- Minas Gerais
MS	- Ministério da Saúde
NASF	- Núcleo Ampliado de Saúde da Família
n°.	- Número
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONG	- Organização Não Governamental
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDAPS	- Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde

PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PIB	- Produto Interno Bruto
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	- Política Nacional por Amostra Domiciliar
PNPS	- Política Nacional de Promoção à Saúde
PNSN	- Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
POF	- Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSF	- Programa de Saúde da Família
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
RJ	- Rio de Janeiro
SSAPS	- Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFJF	- Universidade Federal de Juiz de Fora
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	- <i>World Health Organization</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

\pm	- Desvio-padrão (mais ou menos)
\geq	- Maior ou igual
$>$	- Maior que
$+$	- Mais
®	- Marca Registrada
$<$	- Menor que
m^2	- Metro quadrado
%	- Percentual
Kg	- Quilograma
Kg/m^2	- Quilograma por metro quadrado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 SAÚDE DA FAMÍLIA: A ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE	18
2.1.1 Política Nacional de Atenção Básica e Redes de Atenção à Saúde, norteadoras e ordenadoras da ESF/APS	23
2.1.2 Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais e Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora/MG	30
2.2 OBESIDADE: PROBLEMA EM EXPANSÃO QUE NECESSITA AÇÕES INTERSETORIAIS.....	33
2.2.1 A obesidade e o sobrepeso: constante ameaça à saúde	38
2.2.2 Combate ao excesso de peso	40
2.2.3 Promoção da saúde, uma estratégia no enfrentamento da obesidade.....	43
3 OBJETIVOS	50
3.1 OBJETIVO GERAL	50
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	50
4 MÉTODO	51
4.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	51
4.2 CENÁRIO	51
4.3 DESENHO DO ESTUDO	52
4.4 ETAPAS DO ESTUDO	53
4.4.1 Etapa quantitativa	53
4.4.2 Etapa qualitativa	55
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
5.1 ETAPA QUANTITATIVA	57
5.1.1 Características antropométrica e sociodemográfica das mulheres adultas da área 011	57
5.2 ETAPA QUALITATIVA	62
5.2.1 Motivos para a não realização da prática de exercícios físicos pelas mulheres com excesso de peso	62
5.2.2 Não adesão das mulheres com excesso de peso ao grupo de caminhada "Amigos da Saúde"	66
5.2.3 Motivação para as mulheres com excesso de peso praticarem atividade física	70

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICES	90
ANEXOS	95

1 INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) têm revelado uma proporção crescente de adultos com sobrepeso e com obesidade. Mais de 50% dos adultos dos Estados Unidos, do Canadá e de alguns países da Europa Ocidental apresentam índice de massa corporal (IMC), obtido por meio da equação (peso em kg/altura em m²), superior a 24,9 kg/m², e, em alguns subgrupos, a prevalência de sobrepeso é superior a 70%.

No Brasil, a prevalência de obesidade em adultos também pode ser considerada um problema de saúde pública, pois, além do seu crescimento acelerado e do aumento dos riscos para diversas doenças, a obesidade impacta na qualidade de vida dos indivíduos, no aumento do número de internações, no afastamento do trabalho, na aposentadoria por invalidez e no índice de mortalidade, o que exige uma maior atenção e maiores gastos do Sistema Único de Saúde (SUS). Withrow e Alter (2011) concluíram que os gastos com saúde em obesos podem ser de 6,0% a 45,0% maiores do que em não obesos, e que 9,1% do gasto total dos sistemas de saúde pode ser atribuído ao tratamento do sobrepeso e da obesidade. Müller-Riemenschneider *et al.* (2008) referiram que, em países europeus, o gasto com tratamento de saúde devido à obesidade pode representar até 0,6% do produto interno bruto (PIB).

Segundo o relatório “Panorama da Segurança Alimentar e Nutricional, na América Latina e Caribe”, da ONU para Alimentação e Agricultura (FAO) e da Organização Pan-Americana da Saúde (FAO; OPAS, 2017), mais da metade dos brasileiros está com sobrepeso, sendo que a obesidade já atinge 20% dos adultos. Este mesmo relatório, que foi elaborado com dados da OMS, relata que a taxa de sobrepeso, no Brasil, passou de 51,1% em 2010, para 54,1% em 2014; e a taxa de obesidade também aumentou de 17,8% em 2010, para 20% em 2014, sendo mais prevalente entre as mulheres (22,7%). A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) constatou, no Brasil, uma tendência de aumento da prevalência de obesidade na população adulta de 20 a 75 anos. Os valores encontrados foram maiores entre as mulheres (16,9%) do que entre os homens (12,4%) (IBGE, 2010).

Ressalta-se que, no Brasil, o excesso de peso aumenta com a idade, a obesidade duplica a partir dos 25 anos e é mais prevalente em pessoas de menor escolaridade (BRASIL, 2017c). O excesso de peso tem etiologia multifatorial e

complexa, incluindo fatores de risco modificáveis como a inatividade física e a alimentação inadequada (ABESO, 2016).

Sobrepeso e obesidade representam uma séria ameaça à saúde do adulto, por estarem fortemente associados a um risco aumentado de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como dislipidemias, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio, apneia e alguns tipos de cânceres (ECKERSLEY, 2001). Ademais, trazem prejuízo para a saúde, para o bem-estar psicossocial e para a qualidade de vida, como a limitação da prática de atividades físicas, a insatisfação com a imagem corporal e, conseqüentemente, a redução da autoestima (ESKINAZI *et al.*, 2011; CORREIA, 2011a).

Entre as práticas alimentares causadoras do excesso de peso, pode-se citar o consumo de alimentos com elevada densidade calórica, com alta concentração de carboidratos simples, gorduras totais, ácidos graxos saturados e trans saturados, bem como a baixa ingestão de frutas e hortaliças (OPAS, 2016). Esse tipo de dieta, associada ao sedentarismo, é identificado como o principal fator etiológico da obesidade no mundo (DIAS *et al.*, 2017).

A OMS (2010) define a atividade física como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos e que gere gasto calórico acima do nível de repouso, já o exercício físico é um subgrupo da atividade física que deve ser planejado, estruturado e repetido com o propósito de manter ou melhorar os componentes da aptidão física. Quanto à inatividade física, dados da OMS (2011) revelam que 17% da população mundial é sedentária e 60% não atinge o mínimo de atividade física recomendado para ser considerado ativo (WHO, 2011). Essa inatividade é um grande problema de saúde pública na sociedade moderna. Destaca-se que a prática de atividade física é uma ferramenta barata, segura, não patenteável e, quando prescrita de maneira correta, põe fim à necessidade de inúmeras gama de medicamentos (GUALANO; TINUCCI, 2011).

Para o Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), em uma avaliação do panorama das práticas de esporte ou de atividade física, na população com 15 anos ou mais, 37,9% praticaram esporte ou atividade física no ano anterior à pesquisa, em 2012. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram proporções maiores que a média nacional (40,8% e 41,1%, respectivamente). O mesmo estudo observou que os homens praticaram mais esporte e atividade física

(53,9%) em relação às mulheres (46,1%), na mesma faixa etária (15 anos ou mais). Quanto ao nível de instrução, foi observada uma relação positiva: o percentual de pessoas praticantes foi crescente com a escolaridade. Observou-se que 17,3% das pessoas sem instrução, 36,6% das que tinham ensino fundamental completo, 43,0% das que tinham ensino médio completo, e 56,7% daquelas com superior completo praticaram algum esporte ou atividade física no ano de 2012.

A prática de exercícios físicos tem sido ressaltada como fator de prevenção primária e de suporte terapêutico para diversas enfermidades crônicas, incluindo a obesidade. O corpo humano foi programado para exercitar-se, especialmente para fazer caminhadas. As evidências são consistentes ao afirmarem que a atividade física, como as caminhadas regulares, produzem resultados positivos na saúde dos indivíduos, visto que diminuem pela metade o risco do diabetes; em mais de 25% o risco de acidente vascular encefálico; o risco de certos tipos de cânceres e resfriados, além de prevenirem ou melhorarem a depressão (HALVORSON, 2012).

Na prática profissional da pesquisadora, foi observado um número elevado de mulheres com obesidade e sobrepeso, o que despertou seu interesse em confirmar este fato. Além disso, conhecer essas mulheres socioeconomicamente e suas comorbidades e práticas de atividades físicas possibilitará que a equipe possa, juntamente com elas, elaborar estratégias de melhoria da qualidade de suas vidas.

Sabendo dos problemas que podem comprometer a saúde destas mulheres e de seus familiares, deseja-se analisar os motivos que levam as mulheres obesas e de sobrepeso a não aceitarem participar do grupo de caminhada “Amigos da Saúde” da área 011, de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A partir da análise desses dados, espera-se poder contribuir com diretrizes que subsidiem futuras propostas de intervenção para a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SAÚDE DA FAMÍLIA: A ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DE SAÚDE

Em 1978, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) organizaram a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, Cazaquistão, antiga União Soviética, onde foram propostos acordos e metas entre seus países membros, com o objetivo de atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para todos no Ano 2000”. O pacto assinado por 134 países, entre eles o Brasil, foi denominado Declaração de Alma-Ata (BRASIL, 1978).

No Brasil, várias foram as ações e programas para a implantação e o fortalecimento da APS, como estratégia de atingir a meta de saúde para todos.

Em 1988, a Constituição Federal cria o Sistema Único de Saúde (SUS) tornando-se o modelo público brasileiro de serviços e de ações de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas por poder público (POLIGNANO, 2001). Sua orientação é dada por um conjunto de princípios e diretrizes que partem de uma concepção ampla do direito à saúde, sendo esse direito, garantido pelo Estado (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A implantação do SUS se inicia na década de 1990 com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

O SUS tem como princípio garantir um sistema que se baseie na:

- universalidade (garantia do acesso às ações e aos serviços a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais, sendo garantido pelo Estado);
- equidade (respeito às necessidades, às diversidades e às especificidades de cada cidadão, independente de quaisquer fatores influenciadores);
- integralidade (entendimento de que as pessoas devem ser vistas como um todo, e todas as suas necessidades devem ser atendidas, para isso, é importante a integração de ações, como a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o

tratamento e a reabilitação, além, da articulação da saúde com outras políticas públicas, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida das pessoas);

- participação popular (garantia de que a população, por intermédio de suas entidades representativas, possa participar do processo de formulação de diretrizes e de prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação de ações e de serviços de saúde, executados nas diferentes esferas de governo);

- descentralização e comando único (distribuição do poder e da responsabilidade entre os três níveis de governo, sendo que, cada esfera deve ter autonomia e soberania nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade) (BRASIL, 2017a).

A concepção do SUS é baseada na formação de um modelo de saúde interessado nas necessidades da população, buscando um resgate do compromisso do Estado com o bem-estar social, em especial no referente à saúde coletiva, consolidando o SUS como um direito da cidadania (POLIGNANO, 2001).

O SUS é um dos quinze sistemas públicos de saúde mais bem estruturados do mundo (SANTOS, 2017). Segundo Saffiotti (2012, p. 94), “o SUS é o maior projeto de atendimento público do mundo e é a mais importante e avançada política de saúde do Brasil. É pública, popular e democrática, aponta para a justiça social”. O SUS ampliou a oferta e o acesso aos serviços e ações melhorando os níveis de saúde da população; está presente nas 27 unidades da federação e em quase 5.600 municípios brasileiros, assegurando a participação da comunidade por meio de conferências e dos conselhos municipais, regionais e locais de saúde. Para a sustentabilidade institucional deste sistema de saúde, verificou-se o avanço nos sistemas de informação em saúde, o crescimento de estabelecimentos, principalmente de APS, oportunizando o acesso de grande parte da população e o crescimento de equipes, equipamentos e tecnologias na assistência à saúde (PAIM, 2018; SANTOS, 2018).

O setor de saúde brasileiro é referência internacional, porém, enfrenta inúmeros desafios. Para Mendes (2013), o problema do SUS está na combinação entre a transição epidemiológica e nutricional acelerada e a tripla carga de doenças (doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva + causas externas + doenças crônicas), com predomínio das condições crônicas e uma resposta social estruturada num sistema de saúde fragmentado, atuando de forma

episódica e reativa, voltada para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são o reflexo de um problema da saúde global, ameaçando a saúde e o desenvolvimento humano (SCHMIDT *et al.*, 2011). O acelerado crescimento demográfico somado à urbanização, industrialização, mudanças nos padrões alimentares e hábitos não saudáveis levaram a uma rápida transição nutricional (MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000) e ao aumento dos riscos de a população adoecer por problemas crônicos, como hipertensão, diabetes e dislipidemias.

Outro desafio encontra-se no subfinanciamento federal do SUS que tem gerado distorções e desvios na sua implementação (SANTOS, 2018); uma vez que enfrenta resistências de profissionais de saúde e despreparo destes no atendimento à população, cujos interesses não foram considerados pelas políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde. A rede de atendimento é insuficiente para prestar assistência que atenda às necessidades de saúde; o Estado brasileiro não tem garantido condições para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS; políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica são consideradas impasses para a mudança dos modelos de atenção e de práticas de saúde (PAIM, 2018). Dentre outras, o SUS enfrenta a crítica sistemática, a oposição da mídia e é refém dos interesses econômicos e financeiros de operadoras de planos de saúde (SANTOS, 2018).

Não se pode deixar de contextualizar os desafios vivenciados pelo SUS, como ter sido alvo de contrarreformas neoliberais na década de 1990, afrontando seu caráter público e universal até a atualidade, devido a um processo de universalização excludente, de mercantilização e de privatização da saúde (CORREIA, 2011b).

Outros desafios incluem a falta de credibilidade da população brasileira em um sistema de saúde que seja realmente para todos, uma vez que é focada num modelo que não atende às necessidades de todas as pessoas, o que leva milhões a buscar serviços, planos ou seguradoras de saúde privados (SOUZA; COSTA, 2010). A dificuldade da gestão em promover a integração entre estados, municípios e redes assistenciais com alguns serviços de abrangência nacional, têm levado a problemas no acesso a esses serviços, comprometendo a universalidade e a integralidade (VASCONCELOS, 2005); além da distribuição desigual de poder e de recursos na política brasileira (FLEURY, 2011).

O SUS tem como propósito a reorientação do modelo assistencial de saúde, cuja base é a Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que é responsável pela sua reestruturação agregando os princípios da Reforma Sanitária, visando à um sistema universal e integrado de atenção à saúde. A APS, internacionalmente, tem-se apresentado como um mecanismo de organização da atenção à saúde, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, como resposta à maior parte das necessidades de saúde de uma população. Integra ações preventivas e curativas, promocionais e de recuperação da saúde, voltadas para indivíduos, famílias e comunidades (MATTA; MOROSINI, 2009).

Na década de 90, o Ministério da Saúde (MS), reconhecendo a crise do modelo hegemônico no país que privilegiava a doença, a cura e o indivíduo percebeu a necessidade de criação de propostas que levassem à transformação do sistema de atenção em saúde e de suas práticas, associada ao processo de trabalho coletivo em saúde (PAIM, 2002).

Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente, Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresentou-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios da APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário (STARFIELD, 2002), com os princípios doutrinários (universalização, equidade e integralidade) e organizativos (regionalização e hierarquização; descentralização e comando único, e; participação popular) e com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2016).

A Estratégia de Saúde da Família foi oficialmente implantada em 1994, pelo MS como um programa e, posteriormente, em 1997, alçada à condição de estratégia de reorganização do modelo assistencial de saúde. Caracteriza-se como um conjunto de ações de reabilitação, de prevenção e de promoção da saúde, focadas na perspectiva da família e da comunidade a partir do trabalho de uma equipe interdisciplinar no âmbito da APS (BRASIL, 2011). Por isso, o foco dessa pesquisa ser a mulher obesa. A mulher é a figura central do cuidado familiar, aquela que vivenciar e incorporar hábitos de vida saudáveis será capaz de multiplicar para sua família, melhorando a saúde e a qualidade de vida de todos.

No Brasil, a ESF foi construída em bases distintas, devendo cumprir com os objetivos do SUS inscritos nas legislações constitucionais. Suas especificidades são

várias, sendo um modelo de saúde da família com a proposta de atuar sobre os determinantes sociais da saúde em seus distintos níveis, por meio de ações integradas de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de cuidado, de cura, de reabilitação e de palição das condições de saúde.

Dessa forma, faz-se necessária a territorialização dos espaços de atuação da APS e a ação intersectorial. Desde o seu início, a ESF incorporou o trabalho multiprofissional, realizado por uma equipe mínima, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS) e, eventualmente, outros profissionais da saúde. A inclusão do ACS constitui um grande diferencial, por possibilitar a aproximação da equipe de saúde com os usuários e suas famílias e com as organizações e movimentos sociais do território (MENDES, 2012).

Para Mendes (2012), a proposta brasileira da ESF foi benéfica para a situação local, por se adequar aos princípios do SUS e por ser ampla ao centrar-se na saúde da população. Além disso, valoriza e incorpora a medicina familiar, por ampliar o foco na saúde da família.

Em 2011, o MS cria a Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de normas e de diretrizes para a organização da Atenção Básica (AB), para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Sobre os princípios e diretrizes da Atenção Básica (AB) discorre: a AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abarca a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012).

A ESF norteou o modelo assistencial de APS, no país, durante estes 24 anos de sua existência, obtendo grandes avanços na cobertura populacional de assistência de APS, ampliando a rede de unidades básicas de saúde, melhorando os indicadores de mortalidade materno-infantil, a cobertura vacinal, o atendimento ao pré-natal, dentre outros (CAMPOS, 2018; SANTOS, 2018).

Tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e de autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Deve ser desenvolvida por meio de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, por meio de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, assumindo a responsabilidade sanitária, ao

considerar a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012).

Emprega tecnologias de cuidado complexas e variadas com o objetivo de contribuir no manejo das demandas e das necessidades de saúde mais prevalentes e relevantes em seu território. Deve considerar os critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético no atendimento e no acolhimento de toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento (BRASIL, 2012).

A ESF deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012).

2.1.1 Política Nacional de Atenção Básica e Redes de Atenção à Saúde, norteadoras e ordenadoras da ESF/APS

As Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) têm sido norteadoras da implantação e do desenvolvimento da APS no Brasil.

A PNAB/2011 descreve como fundamentos e diretrizes da AB para o seu desenvolvimento em todo o estado brasileiro: ter território adscrito; possibilitar acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, de qualidade e resolutivo, sendo a porta de entrada aberta e preferencial das redes de atenção à saúde; ter população de usuários adscrita, desenvolvendo relações de vínculo e responsabilização entre equipes e usuários do sistema de saúde, a fim de garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado; coordenar a integralidade do cuidado em seus vários aspectos e estimular a participação dos usuários ampliando sua autonomia e sua capacidade na construção do cuidado individual e coletivo (BRASIL, 2012).

Essa política tem, na saúde da família, sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (AB). A PNAB atualizou conceitos na política, além de introduzir elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

As RAS foram criadas com a proposta de organizar o sistema de saúde de forma mais ampliada e menos fragmentada, de ser mais acessível e atender às necessidades da população de forma mais eficiente e eficaz. Os modelos de saúde que estão estruturados com base em uma Atenção Primária (AP) forte, resolutiva e coordenadora do cuidado têm melhores resultados se comparados com aqueles nos quais a Atenção Primária ou Atenção Básica de Saúde é frágil (MENDES, 2009; WHO, 2004).

Segundo Mendes (2009), as RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitárias e econômicas, além de gerar valor para a população.

De acordo com a Portaria nº 4.279/2010, que institui as RAS no SUS, identificam-se seis importantes características inerentes à sua matriz conceitual (BRASIL, 2010): 1. formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; 2. tornar as APS o centro de comunicação; 3. planejar e organizar as ações segundo às necessidades de saúde de uma população específica; 4. ofertar atenção contínua e integral; 5. dedicar cuidado multiprofissional; 6. compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos (OLIVEIRA, *et al.*, 2015).

O objetivo de implantação das RAS foi estabelecer uma coerência entre a situação de saúde e o SUS, propondo responder com eficiência, efetividade, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde dos brasileiros (MENDES, 2011).

Portanto, verifica-se que a organização e a implantação das RAS, nos estados e municípios, estão em estágios de desenvolvimento diversos, uma vez que existem diferenças nos contextos de saúde dos municípios, apontando a dificuldade de produção de saúde e do processo de avanço na efetivação do SUS, como é preconizado, não sendo diferente na cidade onde foi realizada essa pesquisa.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), para assegurar resolutividade nas RAS, é preciso considerar: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e

disponibilidade de recursos, o que nesta atual conjuntura do país possa ser um dificultador para o avanço e para o desempenho adequado das mesmas.

Em 2017, a PNAB sofreu um processo de revisão e atualização, depois de exaustivas discussões e debates entre profissionais da área, pesquisadores, gestores, associações e conselhos de saúde, cujo intuito era pactuar atualizações, com a incorporação de inovações a partir de experiências acumuladas nos últimos anos, após a publicação da PNAB, em 2011.

A nova PNAB organiza, em termos de princípios e diretrizes, o que a portaria 2.488/2011 definia como “fundamentos, diretrizes e funções na rede de atenção”. Princípios e diretrizes dessa nova edição não seguem os mesmos definidos na PNAB de 2011, sendo reafirmados na de 2017.

As principais mudanças ocorridas com a nova PNAB, publicada por meio da Portaria nº. 2.436 de setembro de 2017, segundo o MS, foram:

1. Continuar priorizando os recursos, credenciamentos e habilitações das equipes de Saúde da Família (eSF), tendo em vista ser a estratégia principal para expansão da AB;
2. Ampliar o número de equipes que recebem apoio dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Atualmente, os NASF apoiam somente as eSF. Com a revisão, passarão a apoiar também outras equipes de AB.
3. Contribuir para o aprimoramento e para a qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio da atuação de um gerente de unidade;
4. Otimizar o acesso do cidadão aos serviços das UBS. Atualmente, o usuário é vinculado à unidade próxima à residência. Com o novo texto, o cidadão poderá acessar outras unidades, como UBS próximas ao trabalho, desde que tenha uma equipe como referência para o cuidado;
5. Intensificar a implantação do Prontuário Eletrônico em todas as UBS, a fim de que a população possa ser atendida em qualquer unidade de saúde, caso haja necessidade;
6. Delegar, amparados na nova legislação, novas atribuições para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), como aferir pressão arterial e glicemia capilar,

além de fazer curativos limpos. Essas novas atividades começarão após autorização legal e capacitação técnica para tal;

7. Atender, com a atualização da PNAB, aos princípios e diretrizes propostos para a AB, uma vez que as equipes não se enquadram nos parâmetros da ESF e não têm definição específica nem financiamento. Desse modo, a gestão municipal poderá compor equipes de AB de acordo com características e necessidades locais e deverão ser compostas, minimamente, por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e/ou técnicos de enfermagem. Esta mudança englobaria as equipes já existentes e que, atualmente, cobrem 10% da população do país;
8. Estabelecer, apesar de a nova legislação manter o mínimo de profissionais (equipe mínima: médico, enfermeiro e técnico de enfermagem), que esse mínimo passe a ser de um agente nas eSF e, nas regiões de risco e vulnerabilidade, a recomendação é que alcancem 100% de cobertura da população adscrita;
9. Exigir, nas equipes de AB, carga horária mínima de 40 horas semanais de funcionamento, que poderá ser cumprida (dividida) por até três profissionais de mesma categoria, desde que cada profissional cumpra um mínimo de 10 horas (BRASIL, 2017b).

	PNAB/2011	PNAB/2017
NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) / NASF-AB (Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica)	NASF (Apoio às equipes de Saúde da Família)	NASF-AB (NASF passa a ser apoio para outras equipes da Atenção Básica, além das de Saúde da Família)
Gerente	O gerente é um dos membros das equipes da UBS	Gerente será um profissional de nível superior que não integre nenhuma das equipes da UBS
Acesso do usuário aos serviços das UBS	Usuário é vinculado à unidade próxima à sua residência	Cidadão poderá acessar outras unidades de saúde, como próxima de seu trabalho, mas tendo uma equipe como referência para o cuidado

Escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	O ACS deve ter o ensino fundamental	O ACS deverá ter nível médio. Porém, quando não tiver candidato com ensino médio, poderá ser contratado profissional com ensino fundamental, que deverá em três anos comprovar a conclusão do ensino médio
Número mínimo de ACS por equipe	Um ACS para o máximo de 750 pessoas, formando as microáreas	Um ACS/equipe, independente do número da população adscrita
Teto populacional por equipe	4.000 pessoas	De 2.000 a 3.500 pessoas
Reconhecimento e financiamento de outro formato da equipe	Equipes de outros formatos (sem ESF) aparecem sem definição específica, recebendo financiamento exclusivo do município	Reconhecimento das equipes de Atenção Básica (AB), sem ESF, que passam a receber financiamento federal, além do municipal
Sistema de informação	Utilização do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) como sistema de informação	Intensificação na implantação do e-SUS, que passa a ser o sistema de informação da Atenção Básica: e-SUS AB
Equipes que atendem na Atenção Básica (AB)	Prioridade em aumentar a implantação e ampliação das equipes de ESF recebendo repasses federais	Gestão municipal poderá compor equipes de AB (não Saúde da Família) de acordo com características e necessidades locais, com repasses federais
Carga horária	40 horas semanais pelos membros das equipes de ESF	Nas equipes de AB, as 40 horas poderá ser dividida por até três profissionais de mesma categoria, com cumprimento mínimo de 10 horas

Quadro 1: Mudanças ocorridas entre a PNAB/2011 e a PNAB/2017

Fonte: Elaborado pela autora.

As mudanças ocorridas foram criticadas por diversos segmentos, instituições da sociedade brasileira, entre essas, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 2017); Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2017); Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (2017).

Em setembro de 2017, o COFEN enviou um ofício ao Departamento de AB, solicitando esclarecimentos sobre a publicação na nova PNAB 2017 em relação à composição das equipes mínimas da ESF e quanto a alguns procedimentos, como aferição de pressão arterial, de glicemia entre outros. A intenção era confirmar se os ACS iriam realizá-los e, caso a resposta fosse afirmativa, como se daria a realização desses procedimentos (COFEN, 2017). Em 5 de janeiro de 2018, foi sancionada a lei número 13.595, que dispõe, entre outras coisas, sobre a reformulação das atribuições dos ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE). Nessa lei, foi vetada a função de aferição de pressão arterial e de glicemia capilar pelos ACS (BRASIL, 2018).

Segundo Castro (2017), a nova PNAB traz um retrocesso ao SUS e pontuou cinco críticas à nova PNAB 2017: 1) quanto ao financiamento, afirmou-se que como a nova PNAB flexibiliza a implementação das equipes de AB, podendo ser criadas fora da ESF, abre-se mão da prioridade do financiamento indutivo; 2) sobre o número de ACS, nos locais em que há a orientação para a retirada da obrigatoriedade de um número mínimo de ACS nas equipes de Saúde da Família, ocorre fragilização deste profissional e a precariedade de cobertura dos territórios; 3) compartilhamento de atribuições dos ACS e dos Agentes Comunitários de Endemias (ACE), pois, segundo os profissionais destas áreas, suas formações são diferentes; 4) padrão mínimo de serviços, em que a nova PNAB orienta que as equipes de AB devam realizar apenas um pacote mínimo de serviços, o que poderá reduzir a oferta de serviços aos usuários, pois, desobriga as equipes e municípios a oferecerem mais do que o pacote mínimo; 5) inadequada participação do controle social, porque houve a publicação da Portaria nº. 2.436/17 pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), sem que se considerasse os apontamentos destacados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e sem a garantia do amplo debate da pauta.

A ABRASCO (2017), em nota sobre a revisão da PNAB, destacou que haverá anulação da prioridade do modelo assistencial da ESF no âmbito do SUS, mesmo a minuta da PNAB afirmando que a Saúde da Família deva ser estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB. Relata que o texto rompe, na prática, com a centralidade da ESF na organização do SUS, pois haverá financiamento específico para quaisquer outros modelos na AB, mesmo não contemplando a composição de equipes multiprofissionais com obrigatoriedade da presença de ACS. Dessa forma,

abre-se precedente de organização de uma AB com princípios opostos aos da APS estabelecidos em Alma-Ata e adotados pelo SUS.

A mesma associação afirmou que os efeitos positivos no acesso a serviços de saúde e na saúde da população são decorrentes da continuidade da indução financeira da ESF ao longo dos anos, corroborados por pesquisas evidenciando a superioridade da Saúde da Família comparada ao modelo assistencial tradicional. Descreve que a ESF demonstra maior capacidade de efetivação dos atributos da atenção primária integral, produzindo impacto positivo na saúde da população com redução da mortalidade infantil, cardiológicas e cerebrovasculares e redução do número de internações por condições sensíveis à atenção primária. É categórica ao dizer que a reformulação da PNAB ameaça esses sucessos relatados, devido ao financiamento da AB tradicional com PAB variável, podendo acontecer desvio do financiamento da ESF para estas novas configurações de AB. Outra ameaça seria aos ACS que teriam como duvidosa sua presença como profissionais e integrantes da AB.

Além das críticas já citadas, houve unanimidade sobre o curto prazo para consulta pública (pouco mais de 1 mês) e sobre o processo ter sido pouco democrático.

Ao se considerar as mudanças e críticas, a equipe mínima, sem a presença do ACS, dificulta a aproximação com os usuários e as famílias, pois, eles são o elo da equipe-família-comunidade, o que dificulta a relação com toda rede social existente na comunidade. A participação dos ACS é fundamental na Educação Popular de Saúde (EPS), por fazer parte do mesmo cenário e vivenciar as demandas daquele local, fortalece a priorização das ações e utiliza linguagem de fácil compreensão pelos usuários. São profissionais que possuem conhecimentos singulares e específicos capazes de afetar os usuários, as famílias e a comunidade. Não tem como pensar em uma promoção da saúde eficaz sem a presença dos ACS.

Com a nova PNAB-2017, a equipe que acompanhar o usuário, que não seja na UBS próxima à sua residência, não terá compreensão da relação desta pessoa com sua família e nem conhecimento das possibilidades de relações sociais do indivíduo onde ele está inserido (na comunidade próxima ao seu domicílio), enfraquecendo o princípio da integralidade da atenção, o de vínculo e o da participação social.

Outra mudança que abala os princípios da integralidade, da longitudinalidade e do vínculo, é a das 40 horas semanais poderem ser cumpridas por até três profissionais da mesma categoria, pois, haverá fragmentação no cuidado ao usuário.

2.1.2 Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais e Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora/MG

Elaborado no ano 2000, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado de Minas Gerais é um instrumento de planejamento e de gestão, cujo objetivo, na área da saúde, é direcionar a descentralização, promovendo uma maior e melhor acessibilidade dos usuários, levando-se em consideração os princípios da integralidade, equidade e economia de escala (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011). Passou por ajustes em 2002, 2010 e 2018.

Seu objetivo é dar aos cidadãos garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde, partindo do atendimento próximo de sua residência, como uma UBS, conforme esteja estruturado o conjunto das ações e serviços necessários para solucionar seu problema de saúde, em qualquer outro nível de atenção. O usuário do sistema de saúde deverá encontrar serviços de atendimento primário em seu município, de atendimento secundário dentro de sua microrregião, recorrendo aos polos macrorregionais, exclusivamente, para atendimentos e procedimentos mais complexos, de alta complexidade. O PDR constitui um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de cogestão e organização dos serviços de saúde em RAS. Possibilita direcionar equitativamente a implementação das políticas públicas, sendo um instrumento de planejamento em saúde (MALACHIAS *et al.*, 2018).

Em Juiz de Fora, a estratégia adotada para a implementação da Atenção Primária à Saúde (APS), no município, foi a adoção do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) de Juiz de Fora/MG. A seguir, será apresentada esta estratégia.

Após a realização de um diagnóstico da situação da saúde do município de Juiz de Fora/MG, pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SSAPS) em 2013, confirmou-se a necessidade de enfrentamento de alguns problemas vivenciados pelas unidades de saúde como: modelo de atendimento com a lógica hierárquica e

fragmentada, no qual os diferentes níveis de complexidade não são integrados nem organizados; prioridade de atendimento das condições agudas num contexto no qual as condições crônicas são responsáveis pela maioria de internações e óbitos; pouca ou nenhuma utilização de diretrizes clínicas; estrutura física inadequada nas unidades de saúde, além da inadequação de seus equipamentos; e precariedade nas relações de trabalho e nos vínculos empregatícios dos profissionais, exigindo revisão de suas carreiras e salários, sendo esta uma das maiores dificuldades do município (PJF, 2014b).

A proposta do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), portanto, foi realizar um conjunto de ações, de maneira planejada e organizada, visando estabelecer um cenário com a capacidade de melhorar o desenvolvimento da APS em Juiz de Fora, fundamentalmente, amparado na atenção primária como organizadora do sistema de saúde e como centro de comunicação das RAS. Essas ações resultaram na criação de uma nova agenda ampliada de atendimentos para a APS, centrada na superação dos problemas de saúde observados que levaram às limitações da atuação dos profissionais (PJF, 2014a).

A agenda ampliada é baseada em um novo ciclo, no qual a atuação não deve ser focada somente em oferta de consultas médicas ou sem a priorização dos problemas. Seu objetivo maior é estruturar uma ESF, tornando-a mais efetiva, eficiente e de qualidade, o que a faz importante na concepção da ESF como ordenadora do SUS e como centro da comunicação das RAS (MENDES, 2012).

A SSAPS concluiu que a organização da saúde em Juiz de Fora estava baseada em um sistema piramidal, no qual os níveis de complexidade respeitavam a hierarquia da AB à média e alta complexidade, partindo da premissa equivocada de que a APS seria menos complexa que os outros níveis. É sabido que as tecnologias mais complexas estão na atenção primária, sendo menos densas e menos caras. São as mais complexas por exigirem elevado conhecimento para serem desenvolvidas e menos densas por não utilizarem equipamentos de alta tecnologia para serem bem realizadas (MENDES, 2009).

Outro aspecto importante, demonstrado pelo diagnóstico de saúde, foram os indicadores de mortalidade e morbidade do município, culminando em condições crônicas. De acordo com a análise de dados sobre internações hospitalares do MS (BRASIL, 2013) e do Plano Municipal da Saúde (2014-2017), há grande prevalência

da morbimortalidade por condições agudas decorrentes de causas externas e por agudização de condições crônicas, situações gradativas e prevalentes no aparelho circulatório e respiratório e nos transtornos mentais.

O perfil epidemiológico observado reflete as mudanças que têm ocorrido na população mundial, com elevação nos índices de doenças crônicas, manutenção e modificação do quadro de doenças infecciosas (condições agudas) e crescimento das causas externas, demonstrando a necessidade de reformulação dos serviços de saúde, com abordagem integral de equipes multiprofissionais, além do uso de tecnologias de conhecimento, promoção da saúde, prevenção de doenças, agilidade em diagnósticos e tratamentos, evitando maiores custos e sobrecarga dos serviços de alta tecnologia. Este perfil demonstrou também o predomínio de condições crônicas associadas a hábitos como o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade e a persistência de altos índices de pressão arterial como causas de agravamento de algumas doenças, de internações e de mortes prematuras (PJF, 2014a).

A resposta, de forma resolutiva, ao predomínio de condições crônicas, exige que a organização dos sistemas de saúde não seja fragmentada, voltada para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas. Mas, devem ser desenvolvidos os cuidados inovadores para as condições crônicas (MENDES, 2002).

Com este quadro epidemiológico, a SSAPS percebeu a necessidade de intensificação de algumas medidas, como: a promoção da saúde, a organização dos serviços para atendimento às condições crônicas, as ações de vigilância em saúde, a prevenção de doenças e a assistência, além do acompanhamento longitudinal dos usuários e da melhoria na qualidade dos serviços prestados às gestantes durante o pré-natal, parto e pós-parto e ao recém-nascido.

A partir desta percepção, entendendo que o atual modelo de atenção da APS necessitava de mudanças, a gestão da Secretaria de Saúde, por meio da SSAPS propôs a formulação e o planejamento de ações que buscassem solucionar, ou minimizar, os problemas destacados pelo diagnóstico da saúde do município. Devido à ausência de um modelo direcionado à condição crônica que atendesse às atuais necessidades da população juiz-forana, foi necessária a utilização de estratégias para alterar esta realidade. Portanto, emergiu a implantação do PDAPS como proposta ao enfrentamento destes problemas em Juiz de Fora.

As condições crônicas não transmissíveis monitoradas na atual agenda ampliada de atenção à saúde do adulto do PDAPS são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. O sobrepeso e a obesidade não são monitorados. Porém, pelo impacto negativo que causam à saúde das pessoas, principalmente nas doenças referidas, deveriam estar presentes nessa agenda ampliada.

2.2 OBESIDADE: PROBLEMA EM EXPANSÃO QUE NECESSITA AÇÕES INTERSETORIAIS

Segundo Halpern (1999), a obesidade não é uma doença recente, ao contrário, na época paleolítica, há mais de 25.000 anos, já existiam indivíduos obesos. Porém, sua prevalência nunca chegou a atingir proporções tão alarmantes como atualmente. Verifica-se o aumento da obesidade em quase todos os países onde há acesso a alimentos.

Durante muitos séculos, havia privações e carências proteico-calóricas às pessoas, sendo necessário muito trabalho, principalmente físico, para se obter e se preparar os alimentos. Atualmente, a situação é muito diferente, pois existe uma maior facilidade em se obter alimentos, e o estilo de vida está muito sedentário. As pessoas comem cada vez mais e se movimentam cada vez menos, o que leva a um excesso de calorias, favorecendo o crescimento da obesidade em indivíduos geneticamente predispostos, tornando o excesso de peso uma grande ameaça à saúde da maioria das nações, principalmente, as do mundo ocidental (REPETTO; RIZZOLI; BONATTO, 2003).

De acordo com Halpern (1999), o armazenamento de energia sob a forma de gordura é importante para suprir nossas necessidades vitais. Na pré-história, a batalha diária pela sobrevivência (procurar alimentos, proteção contra o frio, movimentação constante) exigia dos nossos antepassados estocar energia para obter proteção térmica. Presume-se, então, que em seus organismos havia mecanismos (genes para promover adipogênese, processos enzimáticos, etc.) que facilitavam a obtenção desse estoque e dessa proteção térmica, tendo, como resultado final, a produção constante de gordura, que era metabolizada rapidamente para fornecer os gastos calóricos diários, sobrevivendo, por seleção natural, os melhores adaptados. Essa capacidade de armazenamento de gordura, essencial para nossos antepassados,

tornou-se prejudicial com os padrões de vida atuais, uma vez que a excessiva oferta de alimentos associada aos crescentes confortos da vida moderna nos leva à obesidade. Dessa forma, concluiu-se que a obesidade é uma doença resultante do conflito entre genes antigos e a vida moderna.

Após revisão de artigos científicos, Barbieri e Mello (2012) destacaram como principais causas da obesidade o sedentarismo (82%) e a alimentação inadequada (66%), seguidos por fatores genéticos e nível socioeconômico (ambos com 30,6%), fatores psicológicos (21,3%) e fatores demográficos (16%). Portanto, as causas modificáveis são as mais expressivas, visto que os profissionais da APS podem intervir através da promoção da saúde, da prevenção e do tratamento.

Dados da *World Health Organization* (WHO, 2017) têm revelado uma proporção crescente de adultos com sobrepeso e obesidade, sendo que a obesidade quase triplicou desde 1975, com índice de 13% em 2016. O sobrepeso atingiu 39% dos adultos em todo o mundo neste mesmo ano.

O sobrepeso e a obesidade são definidos pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura que pode prejudicar a saúde (WHO, 2017).

Convenciona-se chamar de sobrepeso quando o IMC é de 25 a 29,9 kg/m², de obesidade quando o IMC é ≥ 30 kg/m² e de excesso de peso quando o IMC kg/m² é ≥ 25 Kg/m² (ABESO, 2016). Portanto, excesso de peso significa a soma de sobrepeso mais obesidade.

Na prática clínica cotidiana e na avaliação em nível populacional, o IMC é o método recomendado para avaliar se o peso do indivíduo está ou não excessivo, pela sua facilidade de mensuração, não invasivo e de baixo custo (BRASIL, 2015). O IMC é medido dividindo o peso do indivíduo (Kg) pela sua altura elevada ao quadrado (m²) (ANJOS, 1992).

Para a classificação do estado nutricional (Quadro 2), são adotados os seguintes conceitos, segundo o valor do IMC do adulto:

ESTADO NUTRICIONAL	IMC
Baixo peso	< 18,5 kg/m ²
Eutrófico	≥ 18,5 e < 25 kg/m ²
Sobrepeso	≥ 25 e < 30 kg/m ²
Obesidade I	≥ 30 e < 35 Kg/m ²
Obesidade II	≥ 35 e < 40 Kg/m ²
Obesidade III	≥ 40 Kg/m ²

Quadro 2: Classificação do estado nutricional de adultos.

Fonte: OMS (1995).

Mais de 50% da população da América Latina está com excesso de peso (58%), sendo que 23% está obesa (FAO; OPAS, 2017).

No Brasil, como em muitos outros países, a prevalência de obesidade em adultos pode ser considerada um problema de saúde pública. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) revelou que o sobrepeso e a obesidade vêm aumentando continuamente na população adulta. Ao fazer comparação com as pesquisas de 1974-1975, o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF, 1989), a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) e a POF 2002-2003, concluíram que o excesso de peso praticamente triplicou entre homens adultos, 18,5% em 1974-1975, para 50,1% em 2008-2009, sendo que, nas mulheres adultas, o aumento foi menor, 28,7% para 48%. O crescimento da obesidade nos homens mais que quadruplicou, indo de 2,8% para 12,4% e nas mulheres, mais que dobrou, cresceu de 8,0% para 16,9%.

A mesma pesquisa, ao comparar as regiões do Brasil, constatou que os adultos da região Sul apresentam maiores taxas de excesso de peso, tanto homens quanto mulheres, 56,8% e 51,6%, respectivamente. Também quanto à obesidade a frequência foi maior nesta região: 15,9% em homens e 19,6% em mulheres. O excesso de peso, quando associado ao fator rendimento, foi mais evidente nos homens com maior rendimento (61,8%), com pouca variação entre as mulheres em todas as faixas de renda (45% a 49%).

Segundo Rosa et al. (2011), em uma avaliação do excesso de peso e da obesidade abdominal, em mulheres usuárias de um serviço de pronto atendimento, a prevalência é maior nessas mulheres do que na população geral, estando associada a um aumento no número de agravos à saúde. No mesmo estudo, observou-se que existia uma maior prevalência da obesidade em associação com atividade física

insuficiente, história de três ou mais gestações, idade maior que 50 anos e obesidade central.

O diagnóstico de diabetes no Brasil aumentou de 5,5% em 2006 para 8,9% em 2016 e o de hipertensão arterial de 22,5% em 2006 para 25,7% em 2016. Sendo ambos mais prevalentes em mulheres (BRASIL, 2017c). O que demonstra a relação da obesidade com essas duas doenças.

O excesso de peso tem etiologia multifatorial e complexa, incluindo fatores de risco modificáveis como a inatividade física e a alimentação inadequada (ENES; SLATER, 2010).

Segundo WHO (2017), as mudanças na dieta e nos padrões de atividades físicas, frequentemente, são resultantes de modificações ambientais e sociais, somados ao desenvolvimento e à escassez de políticas de apoio nos setores da saúde, agricultura, transporte, planejamento urbano, meio ambiente, processamento de alimentos, distribuição, *marketing* e educação.

Nas últimas décadas, observou-se grande mudança na alimentação dos indivíduos, o que se denomina de transição nutricional. Atualmente, aumentou o número de pessoas que fazem a maior parte de sua alimentação fora de casa, sendo rica em açúcares e gorduras e pobre em vitaminas, fibras e minerais. Este fato reflete diretamente no estado nutricional da população, que está passando do quadro de desnutrição para o de obesidade (PONTIERI; CASTRO; RESENDE, 2011). Esse tipo de dieta, associada ao sedentarismo, são identificados como os principais fatores etiológicos da obesidade no mundo.

O governo brasileiro tem feito algumas publicações com o objetivo de apoiar a linha de cuidado de prevenção e de tratamento do sobrepeso e da obesidade. As publicações podem servir de ferramentas para auxiliar os profissionais de saúde a produzir o cuidado baseado no saber da epidemiologia clínica, da estatística, da metodologia clínica, além do saber popular. Porém, a atualização com as publicações disponíveis é um desafio para os profissionais de saúde, devido à sobrecarga de trabalho e a falta de tempo disponível para estudos.

Algumas das publicações são: os Cadernos de Atenção Básica (para dar apoio técnico na organização do cuidado e auxiliar no processo de trabalho dos profissionais e das equipes da Atenção Básica); os Guias Alimentares: Guia alimentar para menores de dois anos e Guia Alimentar para a População Brasileira (apresentam

informações, análises, recomendações e orientações sobre escolha, preparo e consumo dos alimentos); o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (para ajudar os diferentes setores governamentais nas ações educativas e formativas, com uma visão de educação que valoriza a emancipação popular, a humanização e os saberes populares); o livro: Alimentos Regionais Brasileiros (para dar apoio aos profissionais na promoção da alimentação adequada de acordo com a cultura alimentar diversificada encontrada em nosso país).

Além das publicações, existem espaços virtuais para que os profissionais se atualizem e obtenham informações sobre alimentação e nutrição: Rede de Alimentação e Nutrição do SUS (RedeNutri) (www.redenutri.com.br). Foi criada, também, uma estratégia de qualificar e fortalecer os trabalhadores da atenção básica nas ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar para crianças com menos de dois anos, estimulando hábitos alimentares saudáveis desde a infância: Estratégia Nacional para Promoção do Alimento Materno e Alimentação Complementar no Sistema Único de Saúde (EAAB), conhecida como “Estratégia Amamenta e Alimenta”. Outro exemplo de política pública nacional é o “Manual das cantinas escolares saudáveis: promovendo a alimentação saudável”, criado em cooperação entre o Ministério da Saúde e a Federação Nacional das Escolas Particulares (Fenep), cujo objetivo é implementar ações de promoção da alimentação saudável da rede privada de ensino (BRASIL; OPAS, 2014).

Considerando a inatividade física, dados da OMS (2014) revelam que um, em cada três adultos, não pratica atividade física suficiente, sendo a inatividade física o quarto principal fator de risco de morte no mundo.

O que determina, de forma imediata, se haverá ou não acúmulo de gordura e, por consequência, obesidade é o balanço energético, definido como a diferença entre a quantidade de energia consumida e a quantidade de energia gasta na realização das funções vitais e de atividades em geral (VIANA; LEAL, 2013). Embora o fator genético contribua para a ocorrência da obesidade, na atualidade, é proposto que somente uma pequena parcela dos casos de obesidade possa ser atribuída a este fator (WHO, 2011).

Nos obesos mórbidos (grau III), fatores hereditários, nutricionais e ambientais contribuem para o desencadeamento da obesidade, semelhante aos sem morbidade, porém, alguns fatores parecem ter maior importância que outros, como a história

familiar e o início da obesidade. Sabe-se que a obesidade grau III é uma doença de difícil tratamento clínico pela necessidade de continuidade das mudanças comportamentais e de hábitos de vida a longo prazo. A elevada frequência de fatores de risco cardiovascular, mesmo em indivíduos jovens, pode contribuir para uma morbimortalidade precoce deste grupo (SBC; SBH; SBN, 2010).

A prática de exercícios físicos tem sido ressaltada como fator de prevenção primária e de suporte terapêutico de diversas enfermidades crônicas. As evidências são consistentes para definir como positiva a influência da atividade física aeróbica na prevenção e no controle da obesidade (COSTA et al., 2009).

2.2.1 A obesidade e o sobrepeso: constante ameaça à saúde

Sobrepeso e obesidade representam uma séria ameaça à saúde do adulto, estando fortemente associados a um risco aumentado de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como dislipidemias, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio e alguns tipos de cânceres (PINHEIRO *et al.*, 2016). Ademais, trazem prejuízo para a qualidade de vida, como a limitação da prática de atividades físicas, insatisfação com a imagem corporal, o que implica a redução da autoestima (CORREIA, 2011).

São muitos os prejuízos que o excesso de peso pode causar aos indivíduos. Variam desde distúrbios não fatais, mas que comprometem severamente a qualidade de vida, até o risco de morte prematura. Os dados disponíveis são preocupantes: calcula-se que “mais de 80 mil mortes ocorridas no país poderiam ter sido evitadas” se estes indivíduos não fossem obesos (RECINE; RADAELLI, 2015, p. 9).

Define-se como complicações da obesidade: 1) articulares: maior predisposição a artrose, osteoartrite, entre outras; 2) respiratórias: aumento do esforço respiratório, tendência a hipóxia, infecções, apneia do sono, asma; 3) cardiovasculares: hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia cardíaca; 4) cutâneas: maior predisposição à micose, dermatite, piodermite; 5) endocrinometabólicas: resistência à insulina, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, infertilidade, menarca precoce; 6) gastrointestinais: litíase vesicular, esteatose hepática; 7) neoplásicas: maior frequência de câncer de endométrio, mama, vesícula biliar, cólon/reto, próstata; 8) psicossociais: ansiedade, depressão, discriminação social, isolamento, e; 9)

cirúrgicas: aumento do risco cirúrgico (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

Ao serem considerados os agravantes citados, é possível cogitar que indivíduos obesos têm menor expectativa de vida e maior risco de morte prematura do que indivíduos com valor de IMC classificado como normal (VIANNA; NOVAES, 2009).

Em 2016, a Revista *Lancet* divulgou uma metanálise de 239 estudos prospectivos, nos quais se relacionou o IMC e as causas de óbitos. Houve uma associação entre a obesidade como fator determinante para a maioria das causas de óbito, ao verificar que quanto maior o IMC, maior o risco de morte (GLOBAL BMI MORTALITY COLLABORATION *et al.*, 2016). Em outro estudo populacional, realizado com 2,3 milhões de adolescentes israelenses, foi observada uma associação de que quanto maior o IMC, maior a mortalidade por doenças cardiovasculares na vida adulta (TWIG *et al.*, 2016).

A obesidade deve ser reconhecida e tratada como uma doença, devendo a pessoa com obesidade entender que o objetivo da perda de gordura corporal é a redução da morbidade e mortalidade relacionada à obesidade, e não apenas a melhora estética. Com perda de 5% a 10% do peso corporal, observam-se reduções expressivas dos níveis da pressão arterial, glicemia e lipídios (WADDEN; FOSTER, 2000).

Porém, ser obeso não significa, exclusivamente, ter o risco de desenvolver doenças, mas, de conviver com dificuldades diárias, como: comprar roupas, conseguir um emprego ou, até mesmo, relacionar-se afetivamente (MARIANO; MONTEIRO; PAULA, 2013). Ou seja, pode afetar diretamente na qualidade de vida do indivíduo.

A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2010) afirma que o tratamento da obesidade é fundamentado nas intervenções para modificação do estilo de vida, na orientação dietoterápica, no aumento da atividade física e em mudanças comportamentais. O tratamento medicamentoso só é indicado quando não há perda de peso com a adoção de medidas não farmacológicas, porém, nunca isoladamente. Portanto, a contribuição da promoção da saúde pode ser efetiva, servindo de base para a tomada de decisão pelo indivíduo (empoderamento).

2.2.2 Combate ao excesso de peso

Já se sabe que a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, sendo necessário que, na Atenção Primária à Saúde (APS), seja feita sua prevenção e tratamento focados na mudança do estilo de vida como na alimentação (diminuição calórica) e na prática de atividades físicas. Mudanças estas que ajudam a melhorar e a prolongar a vida dos indivíduos.

A obesidade não é classificada como transtorno psiquiátrico, apesar de muitos leigos e profissionais de saúde terem isto em mente, pela obesidade ter sido entendida como uma somatização de algum conflito psicológico coexistente. Atualmente, reconhece-se que, devido à obesidade, as pessoas sofreram preconceitos e estigmas na infância. As crianças obesas eram consideradas preguiçosas, sujas, mentirosas, feias, burras e trapaceiras, levando aos sentimentos de inferioridade e ao isolamento social, o que pode acarretar em ansiedade, depressão, nervosismo e ao hábito de procurar alimentos quando problemas emocionais se apresentam. Portanto, sugere a relação entre estresse, compulsão por comida palatável, compulsão alimentar e obesidade. Na verdade, o estresse pode ser considerado consequência e não causa da obesidade (ABESO, 2016).

O ambiente moderno é obesogênico, pois propicia a diminuição das atividades físicas e o aumento da ingestão calórica, que são determinantes para o aumento do acúmulo de gordura no organismo.

O consumo alimentar ou calórico pode ser avaliado pelo hábito alimentar, através de diários alimentares ou lista de checagem de alimentos. Porém, é preciso cautela na interpretação e análise das informações obtidas, devido à subestimação ser algo rotineiro (ABESO, 2016).

A atividade física representa 20% a 30% do gasto energético de um adulto, sendo um importante componente no gasto energético total.

Segundo a Diretriz Brasileira da Obesidade (ABESO, 2016), o aumento da obesidade está sendo maior nas populações com maior grau de pobreza e com menor nível educacional. Essa associação pode ser explicada pela maior palatabilidade e baixo custo dos alimentos com grande densidade energética, além da insegurança alimentar (acesso e disponibilidade irregular, em quantidade e em qualidade). Associado a isto, vem acontecendo uma diminuição no número de refeições feitas em

casa, um aumento da alimentação em *fast food*, além do crescimento no tamanho das porções o que aumenta o conteúdo calórico de cada refeição.

O tratamento farmacológico da obesidade deve ser iniciado na prevenção secundária, impedindo sua progressão para um estágio mais grave e prevenindo complicações e pioras posteriores (Quadro 3). Porém, não deve ser realizado isoladamente, sem as modificações nos hábitos de vida: orientações nutricionais com diminuição no consumo de calorias e exercícios que aumentam o gasto calórico.

FASE DE INTERVENÇÃO	DEFINIÇÃO E OBJETIVOS	MÉTODOS DE INTERVENÇÃO
Prevenção Primária	<p>Práticas gerais: Prevenir uma doença de ocorrer</p> <p>Obesidade: Prevenir o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade</p>	<p>Práticas gerais: Eliminar fatores de risco, remover causas ou aumentar resistência à doença</p> <p>Obesidade: Educar o público, promover alimentação saudável e atividade física regular. Construir meio ambiente propício</p>
Prevenção Secundária	<p>Práticas gerais: Impedir a progressão da doença na sua fase inicial, antes de progredir para um estágio mais grave Deter o processo da doença para prevenir complicações ou sequelas</p> <p>Obesidade: Prevenir ganho de peso futuro e desenvolvimento de complicações relacionadas ao peso em pacientes com sobrepeso e obesidade</p>	<p>Práticas gerais: Usar um teste de rastreamento e diagnóstico seguido por tratamento</p> <p>Obesidade: Rastrear e diagnosticar usando IMC Avaliar a presença de complicações Tratar com intervenção de estilo de vida sem/com medicamentos anti-obesidade</p>
Prevenção Terciária	<p>Práticas gerais: Usar atividades clínicas que reduzam complicações e previnam deterioração posterior</p> <p>Obesidade: Tratar com terapia e medicamentos para perda de peso visando aliviar</p>	<p>Práticas gerais: Usar estratégias de tratamento que limitem consequências adversas da doença</p> <p>Obesidade: Tratar com intervenção de estilo de vida/comportamental e medicamentos anti-obesidade Considerar cirurgia bariátrica</p>

	complicações relacionadas à obesidade e prevenir progressão da doença	
--	---	--

Quadro 3: Fases de prevenção da obesidade – objetivos e intervenções.

Fonte: ABESO (2016).

Para se escolher o tratamento, deve ser avaliada a gravidade do problema e a associação com complicações, ou seja, deve-se fazer uma abordagem individualizada.

A meta deve ser de perda mantida de no mínimo 5% do peso inicial, pois, a partir daí ocorre melhora de doenças que possam estar associadas à obesidade. O sucesso a longo prazo vai depender de uma vigilância constante da ingesta calórica e do nível adequado de atividade física, além, do apoio social, familiar e da automonitorização. As equipes de APS podem ser parceiras no incentivo da apropriação do usuário pelo seu corpo, seu autocuidado, no resgate à autoestima e no controle de comorbidades. O usuário, se sentindo confiante e motivado, será capaz de propor e realizar mudanças positivas na prevenção e no combate ao excesso de peso.

Pacientes com IMC maior ou igual 45 Kg/m² têm uma diminuição da expectativa de vida e um aumento da mortalidade por causa cardiovascular, podendo chegar a 190%. Diante deste contexto, segundo o *SOS Study* (2015), que foi um estudo observacional, do tipo caso-controle de quase trinta anos, a cirurgia bariátrica tem boa indicação nos casos de obesidade grave (IMC \geq 40 Kg/m²) quando houver falha documentada de tratamento clínico, o que proporcionaria uma diminuição da mortalidade e melhora clínica das comorbidades.

O paciente com IMC maior ou igual a 35 Kg/m² poderá ser submetido ao procedimento de cirurgia bariátrica, desde que apresente comorbidades como: alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, com insucesso no tratamento clínico longitudinal por, no mínimo, dois anos e que tenha seguido protocolos clínicos (BRASIL, 2017c).

É importante ressaltar que, embora, até hoje, esse procedimento seja o tratamento mais eficaz da obesidade grave, esta é uma cirurgia que pode desencadear complicações nutricionais e metabólicas ainda não totalmente

esclarecidas (FARIA *et al.*, 2010).

O tratamento mais seguro para a obesidade é o tratamento não medicamentoso. Segundo Nonino-Borges, Borges e Santos (2006) este tratamento consiste na prática de atividade física formal, aumento da atividade física informal e mudanças do hábito alimentar. Desta forma, as ações a serem realizadas para controle da obesidade e do sobrepeso devem ser direcionadas para promover a alimentação saudável e a realização de atividade física regularmente. Estas medidas devem ser aplicadas de forma diferenciada de acordo com a fase do curso da vida (crianças, escolares, adolescentes, homens, mulheres, gestantes e idosos). A orientação alimentar e as modalidades de exercício físico a serem prescritos também devem diferir segundo o sexo, o nível de renda, a cultura, a idade e o local de moradia. Todos esses parâmetros devem ser considerados no momento de se propor uma intervenção no controle da obesidade (BRASIL, 2006).

2.2.3 Promoção da Saúde, uma estratégia no enfrentamento da obesidade

A Carta de Ottawa define a promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OMS, 1986).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), a promoção da saúde é definida como um conjunto de estratégias focadas na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e coletividades. Pode se materializar por meio de políticas, estratégias, ações e intervenções no meio, cujo objetivo seja atuar sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular. Desta forma, possibilita escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde residem, estudam, trabalham, entre outros. As ações de promoção da saúde são potencializadas por meio da integração dos setores da saúde, e a articulação com demais setores públicos do município, favorecendo a efetividade e sustentabilidade das ações ao longo do tempo, melhorando as condições de saúde das populações e dos territórios.

O diagnóstico precoce das DCNT, incluindo a obesidade, representa um desafio para o sistema de saúde, sendo a promoção da educação em saúde uma estratégia fundamental no enfrentamento dos problemas no processo saúde-doença-

cuidado (SANTOS, 2005). A educação em saúde é um processo educativo dinâmico de construção do conhecimento em saúde, cujo objetivo é fazer com que os sujeitos se apropriem das temáticas, contribuindo para melhorar sua autonomia e seu autocuidado. Consiste em um modelo de atenção em saúde que busca valorizar as necessidades individuais e coletivas, além de estimular o exercício do controle social sobre os serviços de saúde e sobre as políticas públicas, buscando respostas que atendam às necessidades de saúde da população. Portanto, a educação em saúde é importante para a promoção da inclusão social e da autonomia e emancipação dos sujeitos na participação em saúde (PEREIRA *et al.*; 2015).

Os programas de educação em saúde não devem ser unidirecionais, onde os profissionais das equipes de saúde transmitem informações sobre problemas de saúde, mas, devem promover a troca de informações, considerando as crenças, os valores e costumes que podem conduzir a melhores práticas educativas e mudanças de comportamento. Nessa troca de conhecimentos os profissionais de saúde e os usuários constroem novos saberes considerando as práticas e saberes populares. Todos os participantes deste processo são ativos durante todo o tempo, tendo papéis importantes na melhoria da realidade vivenciada por ambos (PINAFO *et al.*, 2011).

Através do compartilhamento de saberes entre equipe e comunidade nos grupos educativos, os sujeitos são capazes de adquirir uma posição mais ativa, o que favorece na análise e na reflexão crítica, tornando-os capazes de consolidar e de fazer suas próprias escolhas para uma vida mais saudável. Deve ser agregado aos grupos de educação em saúde nas UBS, os pilares de autonomia e de empoderamento dos sujeitos, para que se fortaleça a credibilidade das pessoas, possibilitando causar mudanças favoráveis na realidade enfrentada por elas (PEREIRA *et al.*, 2015).

Existe uma estreita relação entre saúde e qualidade de vida. A condição de saúde é um termo complexo, multidimensional e dinâmico, e sofre influência de vários fatores denominados determinantes sociais da saúde (DSS), sendo responsáveis pela iniquidade no acesso aos cuidados de saúde (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Os DSS são os fatores que afetam a saúde das pessoas, das famílias e das comunidades. O equilíbrio saúde-doença é influenciado por vários fatores de origem biológica, econômica, social, ambiental, cultural e política (CARVALHO, 2012; GEORGE, 2011).

George (2011) destaca que, dentre os DSS, o estilo de vida saudável deveria ter lugar de destaque, por causar maiores ganhos em saúde. O estilo de vida, por sua vez, é influenciado por fatores econômicos, pois, para se ter o acesso a certos comportamentos capazes de impactar na saúde dos indivíduos, como a participação em algumas atividades físicas e a opção por escolhas alimentares mais saudáveis, pode ser necessário aumentar os gastos financeiros.

Carvalho (2012) afirma que os determinantes de saúde que causam uma maior estratificação social merecem destaque especial, como: a distribuição de riqueza, poder e prestígio; a estrutura das classes sociais; o preconceito de gênero, etnia ou deficiências; e as estruturas políticas e de governança que sustentam as iniquidades do poder econômico. A maioria dos DSS podem ser alterados através de ações de promoção de saúde baseadas em trocas de informações que podem ser trabalhadas nos grupos de educação em saúde, nas unidades de Estratégia de Saúde da Família.

Na literatura, existem alguns modelos que descrevem a complexa relação existente entre os diferentes fatores que influenciam, determinam a saúde dos indivíduos. Um dos mais citados é o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), que é o adotado pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008) no Brasil, fundada por decreto presidencial em 2006.

O modelo de Dahlgren e Whitehead explica mais detalhadamente as relações entre os diversos níveis de maneira simplificada e com clareza gráfica os diversos DSS (FIGURA 1). Nesse modelo, os DSS estão dispostos em camadas, de acordo com seu nível de abrangência, sendo a primeira camada mais próxima aos determinantes individuais até uma quarta camada mais distal, onde estão situados os macrodeterminantes (CNDSS, 2008).



FIGURA 1: Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead e adotado pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

Fonte: CNDSS (2008)

No primeiro nível do modelo de Dahlgren e Whitehead, os indivíduos encontram-se no centro, com suas características próprias: idade, sexo e fatores hereditários, que influenciam seu potencial e suas condições de saúde e estão relacionadas aos fatores comportamentais e ao estilo de vida, que sofrem grande influência dos DSS, pois dificilmente muda-se comportamentos de risco sem que se mude a cultura que os influenciam. Portanto, para se atuar nesse nível, é necessário promover mudanças de comportamento, através da educação em saúde e comunicação social, de programas que facilitem o acesso a alimentos saudáveis, da criação e manutenção de espaços públicos para a prática de exercícios físicos, do combate ao preconceito, que são políticas de abrangência populacional.

Por isso, a importância do empoderamento da população nos grupos educativos, para se sentirem fortalecidos na luta pelos seus direitos e contra qualquer tipo discriminação. Como, por exemplo, a discriminação existente contra as mulheres e as obesas, grupo alvo dessa pesquisa.

O segundo nível é o que corresponde às comunidades e suas redes de relações. As relações sociais e as de solidariedade entre indivíduos e grupos são essenciais para a promoção e proteção da saúde. Estão incluídas aqui as políticas que visam estabelecer redes de apoio e aumentar a participação das pessoas e das comunidades de maneira individual e coletiva.

Quando, na comunidade, existem parcerias voluntárias, com o objetivo de apoiar e de participar na melhoria da saúde e do bem-estar de todos, é neste nível dos DSS que acontece.

No terceiro nível, situam-se as políticas que atuam nas condições psicossociais e materiais onde os indivíduos vivem e trabalham, procurando assegurar melhores condições de moradias, alimentos mais saudáveis e nutritivos, melhor acesso à água limpa, melhor tratamento do esgoto, ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis, serviços de saúde e educação de melhores qualidades.

Nas comunidades, os conselhos locais de saúde são os locais adequados para se refletirem essas condições, formularem estratégias e controlarem a execução de políticas para melhoria dos problemas encontrados. Os conselhos de saúde têm a responsabilidade do controle social do SUS.

O quarto e último nível, é aonde atuam os macrodeterminantes, através de políticas econômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de incentivo a cultura de paz e solidariedade. Nesse nível deve ocorrer o desenvolvimento sustentável, a redução das desigualdades social e econômica, da violência e da degradação ambiental. Os macrodeterminantes têm grande capacidade de influenciar os demais níveis abaixo deste (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Os DSS são dinâmicos e devem ser constantemente analisados de maneira interdisciplinar e multiprofissional, além da participação da população no controle social, afim de que haja consciência sobre a importância desses determinantes na situação de saúde das pessoas e sobre a necessidade de se combater as iniquidades em saúde que os determinantes possam gerar.

Portanto, é necessária uma intervenção multiprofissional e interdisciplinar para o tratamento do excesso de peso, pois, além da redução de peso, deve ocorrer mudança do estilo de vida (BUENO *et al.*, 2011), considerando os DSS da população que se queira atuar. Comparado ao tratamento convencional em que existe apenas o médico atuando, o tratamento interdisciplinar demonstra melhores resultados, segundo diferentes pesquisas (FLODGREN *et al.*, 2010). O tratamento adequado é necessário para que o obeso perca peso, diminuindo os agravos à saúde (GOMES *et al.*, 2013).

Tem-se debatido muito sobre a obesidade como um problema de saúde pública, estando a promoção da saúde presente nas discussões, devido ao seu olhar

ampliado que transcende a prioridade da terapêutica que é voltada para a alimentação saudável e para a prática de atividade física. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (2006) reforça a importância da autonomia e da singularidade dos sujeitos, famílias e comunidades influenciadas pelo contexto socioeconômico, político e cultural. Observa-se, em sua revisão de 2015 (BRASIL, 2015), o emprego de expressões como “promover hábitos saudáveis”, “articular” e “mobilizar”, diferente do que era usado na PNPS anterior (BRASIL, 2006), que enfatizava a expressão “prevenção” e a abordagem na patologia.

Na PNPS (2015), a abordagem da promoção de saúde é caracterizada pelo seu caráter heterogêneo: concebida como um conjunto de ações necessárias à transformação dos comportamentos individuais dos sujeitos e às modificações dos determinantes sociais do processo saúde-doença e das condições de saúde. Sendo assim, a promoção da saúde influencia nas abordagens da obesidade, demonstrando julgamentos distintos sobre o problema e seu enfrentamento (BRASIL, 2006; BRASIL, 2015).

O vínculo entre a equipe da ABS, a comunidade e a troca de informações facilitarão na tomada de decisões e ajudarão os indivíduos a assumirem a autonomia e o autocuidado necessários para melhoria de sua qualidade de vida, e garantirão o direito e o acesso à informação.

Dentre os hábitos saudáveis a serem estimulados para a promoção da saúde inclui-se a atividade física. Atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal que acarrete gasto de energia muscular, podendo ser as atividades físicas exercidas na realização do trabalho, jogos, tarefas domésticas, viagens e lazer. Não deve ser confundida com exercício físico, que é uma subcategoria da atividade física, sendo planejado, estruturado, repetitivo, cujo objetivo é melhorar ou manter o condicionamento físico. A atividade física, de moderada a intensa, é benéfica à saúde (OMS, 2014).

Quando se fala em atividade física benéfica à saúde, a OMS (2014) recomenda 150 minutos por semana para adultos, de intensidade moderada (como pedalar, caminhar e praticar esporte), devendo ser realizada em sessões que devem durar, pelo menos, dez minutos, sendo que a intensidade varia entre as pessoas. O mesmo órgão revela que a pouca atividade física é, em parte, devido ao comportamento sedentário no ambiente e no domicílio, somado à inatividade no lazer e ao uso de

transporte “passivo”. Acrescenta os fatores ambientais capazes de atrapalhar o aumento da atividade física praticada pelas pessoas: alta densidade do tráfego; medo da violência e crimes em ambientes externos; baixa qualidade do ar, poluição; poucos parques, calçadas e instalações para prática de esportes e lazer.

Segundo a OMS (2016), um em cada três adultos no mundo não pratica atividades físicas suficientes. Dado semelhante foi observado no Brasil (IBGE, 2015), quando a Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) publicou que somente 37,9% das pessoas com 15 anos ou mais teriam praticado algum esporte ou atividade física no ano de 2014. Destes praticantes, a maioria eram homens (53,9%), de grupos etários mais baixos, com idade entre 15 e 17 anos (53,6%), da região sul (32,3%), com maior nível de instrução: superior completo (56,7%) e com melhor rendimento médio mensal *per capita*: cinco ou mais salários mínimos (65,2%).

Com a análise dos dados citados pelo IBGE, percebe-se que a vulnerabilidade em relação à atividade física é maior entre mulheres, de grupos etários mais elevados, com menor nível de instrução e com menor rendimento mensal *per capita*. Portanto, as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) devem desenvolver ações que priorizem este grupo populacional.

São necessárias estratégias que extrapolem as intervenções focadas no corpo e no atendimento individualizado, devido à existência de limitações que os indivíduos enfrentam para poderem modificar suas escolhas em relação à alimentação e à prática de atividades físicas, em contextos adversos para a adoção de práticas saudáveis. Por isso, a abordagem do excesso de peso, na perspectiva da Promoção da Saúde, vai contribuir para que ocorra uma reflexão mais ampla deste problema que não apenas a da doença e a do tratamento (DIAS *et al.*, 2017). A concepção da obesidade, exclusivamente, como doença biológica deve ser ampliada, para que medidas ambientais sejam analisadas e propostas.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os motivos que levam as mulheres obesas e de sobrepeso a não participarem do grupo de caminhada “Amigos da Saúde” de uma unidade de Atenção Primária à Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar perfil sociodemográfico das mulheres adultas obesas e de sobrepeso;
- Identificar a prevalência de obesidade e de sobrepeso de mulheres adultas;
- Conhecer os motivos que levam as mulheres obesas e de sobrepeso a não aderirem ao grupo de caminhada “Amigos da Saúde”.

4 MÉTODO

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme determina a Resolução nº. 466/2012 e a Norma Operacional nº. 001/2013 do CNS, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e aprovado sob o parecer nº. 2.475.431, em 26 de janeiro de 2018 (Anexo A).

Foram garantidos o sigilo das informações e o anonimato das participantes da pesquisa. Todas as participantes foram voluntárias e, após explicação sobre os objetivos do estudo e a concordância das voluntárias em participar, as mesmas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B).

4.2 CENÁRIO

O cenário da pesquisa é um município de médio porte de Minas Gerais, em uma unidade de ESF.

A pesquisa aconteceu na área 011, de uma unidade ESF, na cidade de Juiz de Fora/MG.

A população atendida pela unidade de saúde é de, aproximadamente, dez mil pessoas que contam com três equipes/áreas de Saúde da Família, seguindo a PNAB-2017, cuja população adscrita por equipe deve ser de 2.000 a 3.500 pessoas (BRASIL, 2017b).

A equipe/área 011 possui seis microáreas; sendo composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis ACS trabalhando juntos há, aproximadamente, 19 anos. Sua atual população é de 2.932 pessoas (BRASIL, 2017b). O total de crianças é de 385, sendo quarenta menores de um ano, 150 entre um e quatro anos, 195 entre cinco e nove anos. O número de adolescentes é de 416 ao todo, o de adultos totaliza 1.618 e o de idosos 513 (BRASIL, 2017b).

Segundo o cadastro familiar e individual das ACS, atualmente, a área 011 possui 489 hipertensos, 196 diabéticos, destes, 29 usando insulina. Além de 34 gestantes (4 de alto risco) e 133 idosos frágeis ou de alto risco.

É uma área carente que apresenta alguns problemas sociais como o uso abusivo de drogas e o tráfico, levando à violência com disputas entre gangues locais.

Possui muitos recursos locais, como, igrejas católicas e evangélicas, terreiros de umbanda, Organizações Não Governamentais (ONGs) como a Legião da Boa Vontade (LBV) e os Alcolicos Anônimos (AA), escolinha de futebol (gratuita), de dança contemporânea e ballet, grupos de caminhada da UBS, além, de um grande apoio social entre os vizinhos. Ainda conta com uma creche e duas escolas municipais, o bairro possui escolas e creches particulares. O comércio é bem diversificado, possuindo, inclusive, um grande mercado.

Todo o bairro dispõe de tratamento de água e esgoto, coleta de lixo três vezes por semana e energia elétrica.

O total de mulheres adultas (entre 20 e 59 anos) é de 753, população alvo da pesquisa.

As participantes são todas as mulheres com 20 a 59 anos, moradoras de uma área, de uma Unidade de ESF, totalizando 732 mulheres, após a utilização dos critérios de exclusão.

4.3 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa.

A amostra de estudo foi obtida a partir do levantamento da situação cadastral da ficha "A" dos ACS (Apêndice A1 e A2). Foi feita a identificação do total de mulheres adultas entre 20 e 59 anos, cadastradas na população adscrita de uma área em uma unidade de ESF.

Todas as mulheres foram convidadas a responder o questionário (Apêndice B) e a realizar a avaliação antropométrica (peso, altura) (Apêndice C). A pesquisadora realizou posteriormente o cálculo do IMC e dessas mulheres foram selecionadas aquelas classificadas em sobrepeso e obesidade que não praticavam atividade física, para a entrevista semiestruturada (Apêndice D).

O IMC foi calculado dividindo o peso (Kg) pela altura (m^2). Para classificá-las em sobrepeso e obesidade, utilizou-se os valores de IMC entre 25 e 29,9 Kg/m^2 para caracterizar o sobrepeso e IMC a partir de 30 Kg/m^2 para definir a obesidade, conforme indica a OMS (2012). Foi utilizada balança de plataforma mecânica Filizola®, com graduação/precisão de 100 g com estadiômetro acoplado, cuja graduação/precisão é de 0,5 cm e escala numérica de 200 cm.

Como critério de inclusão utilizado: todas as mulheres adultas de 20 a 59 anos, que morassem na área 011 de uma unidade de ESF foram convidadas a participar voluntariamente da pesquisa.

Na etapa qualitativa, foram incluídas as mulheres classificadas em obesas e de sobrepeso, que não praticavam atividade física.

Foram excluídas da pesquisa as mulheres adultas que estavam grávidas ou que tiveram parto há menos de seis meses, além das que apresentavam dificuldades em ficar na posição ortostática, as acamadas, e aquelas que tinham dificuldades em responder a entrevista.

Os riscos envolvidos na pesquisa foram considerados mínimos, porque não houve intervenção, modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas ou sociais do participante. Todos os cuidados foram adotados para que fossem mantidos o sigilo e o anonimato das participantes.

4.4 ETAPAS DO ESTUDO

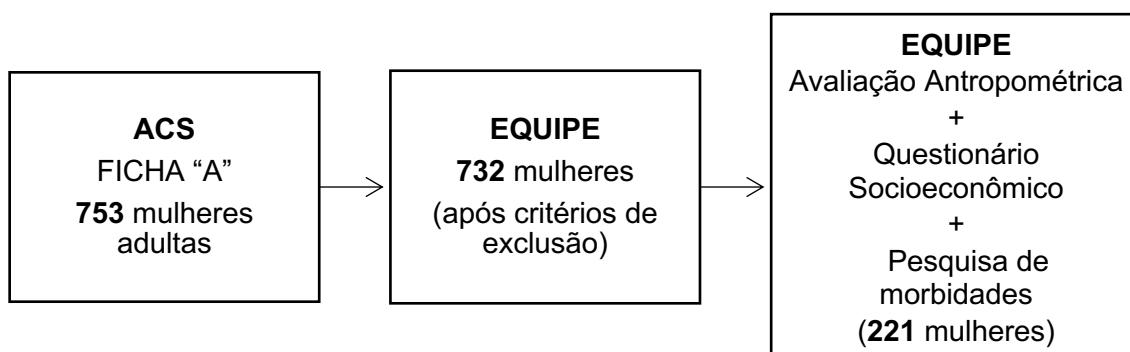
4.4.1 Etapa quantitativa

Estudo de abordagem quantitativa descritiva, de recorte transversal.

A amostra de estudo foi obtida a partir do levantamento da situação cadastral da ficha "A" dos ACS (Apêndice A1 e A2). Foi feita a identificação do total de mulheres adultas entre 20 e 59 anos, cadastradas na população adscrita de uma área, em uma unidade de ESF.

Todas as mulheres adultas, após serem utilizados os critérios de exclusão, foram convidadas a responder o questionário (Apêndice B) e a realizar a avaliação antropométrica (peso, altura) (Apêndice C). A pesquisadora realizou posteriormente o cálculo do IMC e selecionou aquelas que foram classificadas em sobrepeso e obesidade.

Fluxograma 1: Seleção das mulheres na etapa quantitativa.



A amostra foi constituída de forma independente, por conveniência, por todas as mulheres que, após receberem o convite, compareceram à unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foram programados três sábados, exclusivamente para a aferição e o registro dos dados antropométricos em planilha própria (Apêndice C), além, da aplicação do questionário sociodemográfico e econômico, e pesquisa quanto às morbidades: hipertensão arterial e diabetes, e quanto à prática de atividade física (Apêndice C).

A coleta dos dados antropométricos foi realizada conforme protocolo da OMS (2012), peso e altura, pela pesquisadora e pela enfermeira da Saúde da Família de sua equipe, que possibilitaram a obtenção do IMC posteriormente. O questionário foi aplicado por ACS, estudantes da graduação da Medicina e da Educação Física de faculdades da cidade de Juiz de Fora, que foram orientados e treinados pela pesquisadora anteriormente.

O IMC foi calculado dividindo o peso (Kg) pela altura (m^2). Para classificá-las em sobrepeso e obesidade, utilizou-se os valores de IMC entre 25 e 29,9 Kg/m^2 para caracterizar o sobrepeso e IMC a partir de 30 Kg/m^2 para definir a obesidade, conforme indica a OMS (2012). Foi usada balança Filizola[®], com divisões de 100 g e estadiômetro Filizola[®], com precisão de 0,5 cm.

O questionário aplicado foi elaborado com dados sociodemográficos: idade (em anos), cor da pele autorreferida (branca, parda ou preta), renda familiar (em salários mínimos: até um, de um a dois ou mais de dois salários mínimos), escolaridade (analfabeto, elementar ou fundamental completo/incompleto, médio ou superior completo/incompleto), situação conjugal (solteira, casada, divorciada, viúva, outros) e

ocupação (desempregada, empregada ou aposentada), que foi utilizado para análise posterior.

Optou-se por pesquisar a associação do excesso de peso com análise dicotomizada das variáveis independentes: idade média (menos de 40 anos e 40 anos ou mais), estado civil/situação conjugal (casada e outros), renda familiar (até 1 salário mínimo e mais de 1 salário mínimo), ocupação (empregada somada a aposentada e desempregada), cor da pele autorreferida (branca e não branca), escolaridade (até fundamental completo e a partir de médio incompleto), hipertensão (sim e não), diabetes (sim e não), além da atividade física (sim e não).

O período de realização da coleta dos dados antropométricos e a aplicação do questionário foi de março de 2018 a agosto de 2018.

Nesta etapa, foi realizada análise descritiva dos dados, com cálculo de frequências absolutas e relativas médias e desvio-padrão. A comparação de proporções foi feita pelo teste de Qui-Quadrado e, se necessário, teste exato de *Fischer*. Nível de significância admitido de, no mínimo, 5%. Todos os dados foram digitados em programa Excel e analisados pelo programa SPSS 14.0.

4.4.2 Etapa qualitativa

Após conhecer a prevalência de sobrepeso e de obesidade, foram convidadas a continuar na pesquisa todas as mulheres identificadas com excesso de peso que não praticavam atividade física, para participarem da entrevista individual com roteiro norteador semiestruturado (Apêndice D), elaborado e aplicado pela pesquisadora, de agosto de 2018 a outubro de 2018.

Este tipo de técnica é conhecido por facilitar a abordagem e dar ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender à pergunta formulada (MINAYO, 2014).

As entrevistas foram gravadas em áudio (MP4), após consentimento das participantes e, em seguida, transcritas na íntegra, tornando-se material de análise.

Nesta etapa, as entrevistas foram realizadas até obter-se saturação em relação ao conteúdo manifesto pelos participantes. Após esta constatação, foram efetuadas outras duas entrevistas para confirmação da saturação dos dados.

No término da pesquisa, todas as entrevistas foram transferidas para um *pen*

drive. Este, junto com as falas transcritas e o diário de campo será mantido com a pesquisadora por cinco anos. Após o término da pesquisa, este será destruído.

Na etapa qualitativa foi realizada análise de conteúdo, do tipo análise temática segundo Bardin (2011). A análise temática é um conjunto de técnicas de pesquisa que possibilita ao pesquisador fazer inferências sobre as informações coletadas no processo de entrevista, através de procedimentos sistemáticos, especializados e científicos. A análise de conteúdo quantifica, sistematiza e descreve os dados obtidos, objetivando a interpretação dos mesmos.

Minayo (2010) refere que tema é uma afirmação retirada de um contexto que pode ser expressa graficamente por meio de uma palavra, frase, ou um resumo. Portanto, análise temática consiste em interpretar a comunicação, destacando a presença e a frequência de núcleos de sentido significativos para os objetivos específicos e gerais da pesquisa.

A análise temática se divide operacionalmente em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação.

A pré-análise consistiu na leitura flutuante e demanda familiaridade com o material de campo, formulação e reformulação de teorias ou suposições (OLIVEIRA, 2008). Na etapa de exploração de conteúdo, a pesquisadora buscou identificar, no conteúdo da fala, palavras ou expressões que foram significativas para a construção da análise temática (MINAYO, 2007). Em seguida, os dados foram reunidos e classificados em categorias teóricas ou empíricas responsáveis pela especificação do tema (BARDIN, 2011). A partir daí, a pesquisadora realizou as inferências dos resultados alcançados, relacionando-os com os referenciais teóricos citados inicialmente ou com contribuições interpretativas novas pertinentes ao tema.

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

5.1 ETAPA QUANTITATIVA

5.1.1 Caracterização antropométrica e sociodemográfica das mulheres adultas da área 011

Concluiu-se, após análise dos dados digitados no programa Excel, que o total de mulheres participantes foi 221 e possuíam em média $40,62 \pm 10,98$ anos, $74,34 \pm 16,4$ Kg de peso e $1,58 \pm 0,07$ m de altura (Tabela 1).

Tabela 1: Dados antropométricos das mulheres adultas da área 011, UBS Santo Antônio. Juiz de Fora – MG, 2018 (n=221).

	Idade	Peso	Altura
Média	40,62	74,34	1,58
Mediana	41,00	72,80	1,58
Desvio-padrão	10,98	16,40	0,07
Mínimo	20	38,30	1,33
Máximo	60	123,80	1,76

Fonte: Elaboradora pela autora.

A maioria das mulheres que participou da pesquisa e respondeu ao questionário, era solteira (48,4%), tinha uma renda familiar mensal de até um salário mínimo (45,2%), com baixo grau de instrução: ensino fundamental incompleto (34,8%) e não era branca (69,6%). No quesito ocupação, não houve diferença quanto a estar ou não empregada (Tabela 2).

Quanto à hipertensão arterial e diabetes autorreferidas e realização de atividades físicas, a maioria negou, totalizando, respectivamente, 70,8%, 94,7% e 74,5%, conforme descrito nas tabelas 3 e 4.

Tabela 2: Características sociodemográficas das mulheres adultas da área 011, UBS Santo Antônio. Juiz de Fora – MG, 2018 (n=221).

Características		n	%
Estado Civil	Solteira	107	48,4
	Casada	9	4,1
	Divorciada	68	30,8
	Viúva	20	9,0
	Outros	17	7,7
Renda	Até 1 salário	100	45,2
	De 1 a 2 salários	53	24,0
	Mais de 2 salários	19	8,6
	Sem relato	49	22,2
Escolaridade	Analfabetismo	02	0,9
	Fundamental incompleto	77	34,8
	Fundamental completo	30	13,6
	Médio incompleto	25	11,3
	Médio completo	48	21,7
	Superior incompleto	19	8,6
	Superior completo	19	8,6
Informação incompleta	1	0,5	
Ocupação	Desempregada	103	46,6
	Empregada	103	46,6
	Aposentada	15	6,8
Cor	Branca	70	31,7
	Preta/negra	66	29,8
	Parda	85	38,5

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 3: Presença de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus autorreferidos, nas mulheres adultas da área 011, UBS Santo Antônio. Juiz de Fora - MG, 2018 (n=221).

Características		n	%
Hipertensão	Sim	66	29,9
	Não	155	70,1
Diabetes	Sim	12	5,4
	Não	209	94,6

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 4: Realização de atividade física pelas mulheres adultas da área 011, UBS Santo Antônio. Juiz de Fora - MG, 2018 (n=221).

Atividade Física	n	%
Sim	56	25,3
Não	165	74,7

Fonte: Elaborada pela autora.

Foi realizada a estratificação do IMC e observou-se predomínio de sobrepeso e de obesidade I. Das 221 mulheres avaliadas, 62 estavam com sobrepeso (28,1%) e 63 estavam com obesidade I (28,5%). O excesso de peso foi presente em 169 mulheres (76,5%), sendo que, 107 eram obesas (48,4%) (Gráfico 1).

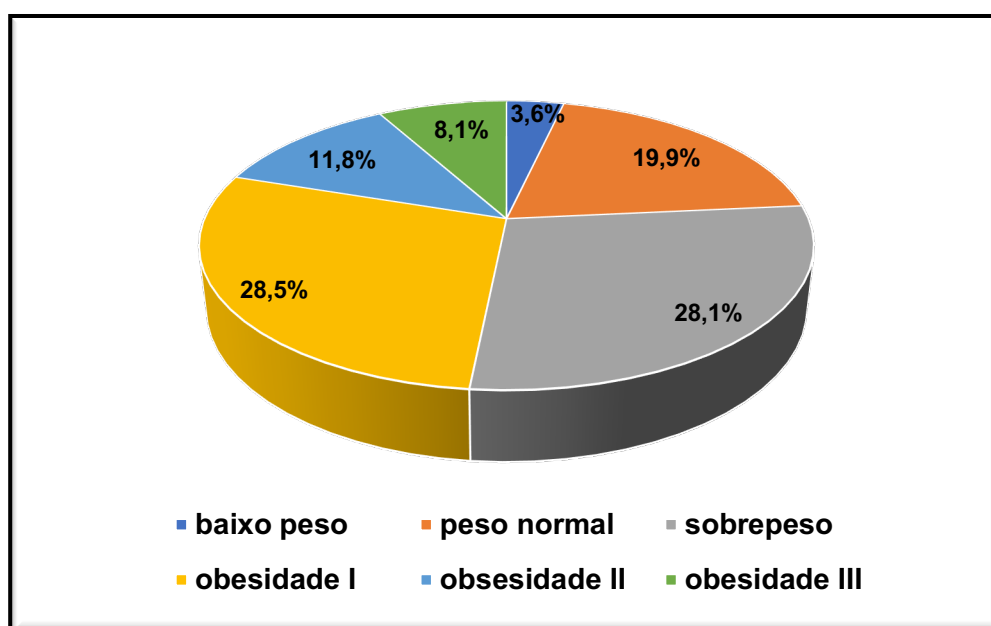


Gráfico 1: Distribuição percentual do Índice de Massa Corporal (IMC), das mulheres adultas, da área 011, UBS Santo Antônio, Juiz de Fora – MG, 2018 (n=221).

Fonte: Elaborada pela autora.

Pesquisou-se a associação do excesso de peso com análise dicotomizada das variáveis independentes: idade média, estado civil/situação conjugal, renda familiar, ocupação, cor da pele autorreferida, escolaridade, hipertensão, diabetes, além da atividade física.

A partir do teste Qui-Quadrado, foi analisada a significância da relação do excesso de peso com as variáveis independentes citadas, sendo positiva nas variáveis idade, hipertensão e estado civil (Tabela 5).

Tabela 5: Relação entre excesso de peso e variáveis independentes das mulheres adultas da área 011, UBS Santo Antônio. Juiz de Fora - MG, 2018 (n=221).

Variáveis	Peso Normal		Excesso de peso		p*
	n	%	n	%	
Idade	≥ 40 anos	32 29,4	77 70,6		,031
	< 40 anos	20 17,9	92 82,1		
Renda	Até 1 salário mínimo	26 26	74 74		,431
	Mais de 2 salários mínimos	17 23,6	55 76,4		

Ocupação	Empregado ou aposentado	27	22,9	91	77,1	,808
	Desempregado	25	24,3	78	75,7	
Cor	Branca	13	18,6	57	81,4	,156
	Não branca	39	25,8	112	74,2	
Escolaridade	Analf. até fund. completo	24	22	85	78	,344
	Médio incomp. até superior comp.	28	25,2	83	74,8	
Hipertensão	Sim	7	10,6	59	89,4	,002
	Não	45	29	110	71	
Diabetes	Sim	1	8,3	11	91,7	,180
	Não	51	24,4	158	75,6	
Atividade física	Sim	10	17,9	46	82,1	,165
	Não	42	25,5	123	74,5	
Estado civil	Casada	14	13,1	93	86,9	<,001
	Não casada	38	33,3	76	66,7	

* Valor de $p < 0,05$: variáveis que geraram dados de significância.

Fonte: Elaborado pela autora.

Neste estudo, as prevalências de sobrepeso e de obesidade reveladas comprovam os níveis epidêmicos que vem ocorrendo no Brasil: 34,9% e 18,9%, respectivamente (VIGITEL, 2016) (Gráfico 1). Além de ter revelado, como dados de significância, a associação do excesso de peso, nas mulheres adultas com menos de quarenta anos ($p=0,031$), com hipertensão arterial ($p=0,002$) e com as casadas ($p<0,001$) (Tabela 5).

Os resultados, quanto a associação do excesso de peso com a hipertensão e ao estado civil casada, foram semelhantes aos encontrados na literatura, como no estudo de Arabshahi *et al.* (2014) que demonstra um maior risco de hipertensão arterial nos pacientes obesos em comparação aos não obesos e no estudo de Rosa e Alves (2017), cujo levantamento do estado civil de mulheres obesas em Caxias do Sul – RS demonstrou que 56% delas eram casadas. Porém, quanto a associação de excesso de peso com a idade, este estudo difere dos dados encontrados na literatura que revelam haver aumento do excesso de peso com o aumento da idade (VIGITEL, 2016; CORREIA *et al.*, 2011a; ROSA *et al.*, 2011).

A hipertensão é uma das complicações cardiovasculares da obesidade, portanto, é possível inferir que exista relação entre as duas doenças (MELLO; LUFT; MEYER, 2004; Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2016). Segundo Correia (2011) e Santiago, Moreira, Florêncio (2015). O casamento pode levar a mudanças no comportamento social, favorecendo o aumento da ingestão calórica (mais alimentos ricos em gordura e açúcares) e a diminuição de gasto energético (menores atividades físicas), além aumentar as idas a bares e a

restaurantes nos momentos de lazer. Não obstante, a preocupação com a autoimagem tende a ser menor entre os não solteiros (SANTIAGO; MOREIRA; FLORÊNCIO, 2015).

O diabetes tipo 2 vem aumentando consideravelmente, segundo dados da VIGITEL (2016), em 10 anos, subiu 61,8%, assim como o excesso de peso, que aumentou 26,3%. Nesta pesquisa, não houve associação entre o excesso de peso e o diabetes, talvez pelo dado da doença ser autorreferida, pelo número de participantes da pesquisa (n=221) ser pequeno em relação ao total de mulheres (753) ou por essas mulheres serem pré-diabéticas, podendo ainda evoluir para o diabetes tipo 2.

A análise dos dados mostrou, também, significância na associação do excesso de peso com a idade menor que quarenta anos (Tabela 5), sendo contrário ao que existe na literatura, onde é demonstrada uma relação positiva do excesso de peso com o aumento da idade (ABESO, 2016; VIGITEL, 2016). Este dado sinaliza para a necessidade de se iniciar a prevenção da obesidade o quanto antes, na infância e na adolescência, pois, com o aumento da expectativa de vida, sua presença pode aumentar a possibilidade de desenvolvimento de alguma morbidade capaz de afetar na qualidade de vida, podendo inclusive, aumentar a mortalidade.

Mesmo não sendo dado de significância, 74,7% das mulheres pesadas negaram fazer atividade física, superior ao revelado pela OMS (2011) que 60% não atinge o mínimo de atividade física necessária. É muito importante para a qualidade de vida da população a prática de atividades físicas, trazendo inúmeros benefícios, como o controle de doenças crônicas não transmissíveis, por exemplo: dislipidemias, hipertensão, diabetes e obesidade (FILHO; JESUS; ARAÚJO, 2012). Conhecendo a importância da atividade física, ações de promoção da educação em saúde são necessárias para este grupo de mulheres.

Chama a atenção a prevalência de obesidade na população estudada, que foi de 48,4%, estando muito acima dos dados nacionais, cuja prevalência de obesidade é de 18,9% (VIGITEL, 2016). Faz-se necessário, nos grupos educativos e nos atendimentos individuais, trabalhar as mulheres com sobrepeso, para não ganharem mais peso e para perderem peso, além de conhecer bem quem são as obesas, para que seja avaliado e bem indicado o melhor tratamento, até mesmo medicamentoso e cirúrgico, se necessário.

5.2 ETAPA QUALITATIVA

Das 221 mulheres adultas que aceitaram, inicialmente, participar desse estudo e responderam ao questionário sociodemográfico (Apêndice B), as que apresentaram excesso de peso e não praticavam atividades físicas foram convidadas a responder a entrevista semiestruturada (Apêndice D). Participaram da entrevista 12 mulheres.

Emergiram das falas das participantes três categorias: 1. Motivos para a não realização da prática de exercício físico pelas mulheres com excesso de peso; 2. Não adesão das mulheres com excesso de peso ao grupo de caminhada “Amigos da Saúde” e 3. Motivação para as mulheres com excesso de peso praticarem atividade física.

5.2.1 Motivos para a não realização da prática de exercício físico pelas mulheres com excesso de peso

Ao serem indagadas se exerciam alguma atividade física, a maioria das mulheres respondeu que não. Relataram que, em algum momento, ao praticarem alguma atividade física, esta era a caminhada, e a exerciam “duas vezes na semana”.

“Eu estava fazendo duas “vez” por semana. Caminhada”. E2

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) revelam que um em cada três adultos não pratica atividades físicas suficientes. No Brasil, na pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), verificou-se que os resultados coincidem com os da OMS (2014). Esses dados são semelhantes ao encontrado nos questionários e nas entrevistas e reforçam a associação entre inatividade física e obesidade.

A ausência de atividade física é apontada como a quarta causa de mortalidade global da população mundial (WHO, 2009). Quando se avalia apenas os efeitos dos comportamentos de risco, a inatividade física aparece em segundo lugar, ficando atrás, somente, do tabagismo (WHO, 2009).

Estima-se que a ausência de atividade física seja responsável por 6% dos casos de doenças arteriais coronarianas, 7% dos casos de diabetes tipo 2 e 10% dos casos de câncer de mama e de cólon (LEE *et al.*; 2012).

Os dados citados demonstram a necessidade da adoção de estilos de vida mais ativos pelos indivíduos, em especial pelas mulheres desse estudo, que 74,7% delas relataram não praticar nenhuma atividade física, sendo que estão em plena fase produtiva e dedicam seu tempo ao trabalho e ao cuidado com elas e seu familiares.

Apenas uma das entrevistadas referiu que exercia atividade física “dia sim, dia não”, E1. Porém, ao desligar o gravador ela declarou que mentia, não exercia nenhuma atividade física, revelando o motivo:

“tenho vergonha, porque sou muito gorda”. E1

É possível perceber na fala da E1, por estar fora dos padrões de beleza impostos pela sociedade atual e pelos meios de comunicação, onde a mulher “bela” é magra, com corpo definido, musculoso (SOUZA; SILVA, 2017), a não aceitação pelo seu corpo, o que está interferindo negativamente em sua autoestima e em sua qualidade de vida.

Nos grupos de educação em saúde da área estudada, deve ser trabalhada a questão da singularidade das pessoas, para se entender e respeitar as diferenças, além de desmistificar os estereótipos de beleza que são impostos, na maioria das vezes, pelas sociedades de consumo. Assim, espera-se elevar a autoestima daquelas que se percebem diferentes e fora dos padrões estabelecidos pela sociedade.

Dentre os motivos citados para a não realização do exercício físico estão: problemas de saúde; falta de tempo; preguiça; dor muscular e horário de realização das atividades, conforme quadro 4.

SUBCATEGORIAS	FALAS
Problemas de saúde	“Os “poblemas” que eu tô tendo. Inclusive, a ultrassom que eu fiz do fígado, né? [...] eu sinto na perna, no pé, não consigo calçar tênis, mas eu tô tentando... Gordura no fígado”. E2 “Eu tenho “poblema” de coluna e... eu tava até caminhando, mas, quando eu chegava da caminhada doía demais, [...] la continuar assim se eu fizesse... continuasse fazendo a caminhada, é por isso que eu parei.” E6 “Porque eu tenho “poblema” de coluna”. E8
Preguiça	“Ah... eu tenho preguiça de fazer, de ficar caminhando.” E3 “Preguiça!” E9
Falta de tempo	“Hã... nada, minha filha, nada! Eu falo que é falta de tempo, mas o tempo é a gente que faz, né?... falo falta de tempo, minha vida é corrida, começo cinco horas da manhã.” E4 “Tempo”. E5 “Ah, por causa do tempo, agora que eu tenho tempo, agora... mas, antes, eu tava com... praticamente sem tempo, eu trabalhava durante o dia direto”. E10 “Porque não tenho tempo”. E12

Horário	“[...] que eu olho criança, aí não dá pra “mim vim”, que o horário é de oito e meia “pá” frente, e os “horário” não bate pra “mim vim”. E7
Dor muscular	“[...]E... tenho dor...” E8 “Eu fico com dor nas pernas, assim... É, é, é, fico, fico, com as pernas doendo. Se eu vim “cá” em baixo e subir o morro, quando eu chego em casa, assim que o sangue esfria, aí fica tudo doendo, as “panturrilha”, fica tudo doendo. E11

Quadro 4: Motivos para a não realização de atividade física pelas mulheres adultas, com excesso de peso, da área 011 da UBS Santo Antônio, Juiz de Fora - MG, 2018.

Fonte: Elaborado pela autora.

O estudo de Júnior e Planche (2016) descreve como principal motivo de mulheres adultas desistirem da prática de exercícios físicos a falta de tempo, seguido pela preguiça e pela desmotivação/falta de interesse, corroborando com os achados de estudos anteriores de Saba (2001) e Tahara, Schwartz e Silva (2003).

Essa pesquisa vai ao encontro dos estudos acima citados, quando as entrevistadas E4, E5, E10 e E12 relatam que o motivo de não praticarem atividade física é a falta de tempo, por conhece-las bem, a pesquisadora reconhece que são trabalhadoras e cuidadoras da família e do lar. Além disso, pode-se inferir que o desconhecimento dos reais benefícios da atividade física e daquela que possa lhes dar prazer em realizá-la têm sido barreiras para a motivação de encontrarem tempo para se exercitarem. Percebe-se a necessidade de se conhecer as preferências dessas mulheres, para estimulá-las a priorizar o exercício físico em suas rotinas diárias. Porém, há de se verificar que muitas das atividades que lhes dão prazer dispõem recursos financeiros, o que pode ser um impedimento de realizá-las. Essa situação deve ser discutida com a equipe e com a comunidade, no intuito de buscar parcerias e voluntários para investir em novas modalidades de exercícios físicos menos dispendiosos, mas, que também tragam satisfação e prazer às mulheres. Por exemplo: danças, pular corda e andar de bicicleta.

Os problemas de saúde citados pelas entrevistadas E2, E6 e E8 (Quadro 4) devem ser melhores investigados, porém, apenas E8, por ter hérnia de disco deve priorizar atividades sem impacto como natação e hidroginástica. As outras duas, E2 e E6, podem iniciar uma caminhada até se certificarem de seus reais problemas. Mas, E2 se beneficiará muito de uma atividade física por ser portadora de esteatose hepática. Atividade física tem um papel protetor no desenvolvimento da esteatose hepática não alcoólica (PINTO *et al*, 2015).

As entrevistadas E8 e E11 referem não realizar atividades físicas devido a dores musculares, porém, parece ser a dor muscular de início tardio (DMIT), que é aquela sensação dolorosa que alguns praticantes de exercício físico experimentam, principalmente, após executar movimentos diferentes daqueles aos quais estão acostumados (LEMOS, 2014). Sendo que, nesses casos, a prática regular do exercício não causaria mais a dor, que deixaria de ser motivo de impedimento da prática de atividades físicas. E8 e E11 afirmaram nunca terem praticado exercício físico, mesmo sendo hipertensas e obesas grau III, e sabendo da importância de se exercitarem para o controle da pressão e da obesidade.

A preguiça foi associada à não realização de atividades físicas por E3 e E9 (Quadro 4). No dicionário do Aurélio (2018), preguiça é um substantivo feminino de origem latina, estando relacionada à indisposição, demora ou lentidão para se praticar qualquer ação.

Existem alguns estudos que mencionam a preguiça como motivo da inatividade física, principalmente em adolescentes (SANTOS *et al.*, 2010a; SANTOS *et al.*, 2010b; DIAS, LOCH, RONQUE, 2015). Porém, quando se descobre um benefício ou uma recompensa ao se realizar uma atividade, estes podem servir de estímulo para sua realização, ou seja, servir de motivação.

Charles Duhigg, jornalista do *The New York Times*, escreveu o livro: “O poder do hábito – por que fazemos o que fazemos na vida e nos negócios” (2012), onde resume o hábito em três fases: gatilho/deixa, rotina e recompensa. O gatilho/deixa é o elemento de motivação inicial (aciona o hábito); a rotina é um comportamento pré-programado pelo cérebro que atende ao gatilho do hábito, são as ações realizadas automaticamente; e a recompensa é o que buscamos quando o hábito é acionado, está associada à sensação de realização e de prazer (satisfação em realizar uma atividade). É possível entender que, quando se descobre a recompensa/satisfação na realização da atividade física, esta pode ser um fator motivador capaz de criar rotinas novas, mais prazerosas, que podem se tornar parte do cotidiano das pessoas: um hábito. A partir do momento que se torna um hábito, o indivíduo simplesmente executa a ação sem precisar de motivação. Para que isso aconteça, é importante que cada indivíduo descubra sua recompensa com a atividade física, assim, provavelmente, ela se repetirá outras vezes, tornando-se uma rotina.

A equipe pode realizar rodas de conversas com essas mulheres, por ser o local em que elas podem se expressar, trocar experiências, socializar, construir e desconstruir saberes e refletir, por exemplo, sobre sua recompensa com a prática regular de atividade física (NASCIMENTO e SILVA, 2009).

Ao emergir da fala da entrevistada E7 que o motivo dela não participar de atividade física seria o horário em que é realizada (Quadro 4), demonstra a necessidade de se oferecer outros horários para que as atividades propostas pelo grupo “Amigos da saúde” sejam realizadas. Essa seria uma estratégia de aumentar o número de participantes e uma maneira de se respeitar as singularidades e disponibilidades dessas mulheres. O grupo “Amigos da Saúde” deve, em comum acordo com as mulheres que trabalham no período da manhã, escolher novos horários que sejam benéficos a todos.

Entendendo melhor os motivos das mulheres não realizarem atividades físicas, permite que sejam incrementadas ações mais resolutivas capazes de favorecerem a adesão delas nas atividades propostas pela equipe, o que possibilita melhorar suas condições da saúde. Por exemplo: descobrir parceiros e voluntários para a prática de novas modalidades de exercícios físicos, promoção de rodas de conversas com temas motivadores capazes de instigar a reflexão dessas mulheres para iniciarem atividades físicas e escolher diferentes horários de realização da caminhada do grupo “Amigos da Saúde”.

5.2.2 Não adesão das mulheres com excesso de peso ao grupo de caminhada “Amigos da Saúde”

Verificou-se que as mulheres apontaram que a não adesão ao “Amigos da Saúde” tinha como motivos principais o horário de realização da caminhada e as mialgias e dores nos pés. Mas, também foi identificado a falta de tempo, o desânimo, a vergonha e o desconhecimento da existência desse grupo de caminhada (Quadro 5).

SUBCATEGORIA	FALAS
Horário de realização	“Ah, porque o horário não dá pra mim”. E1 “A partir do mês que vem, eu vou pegar meio dia e vou sair as nove, aí eu tinha falado com ela que eu acho que vou entrar sim, vai ser legal, dá”. E5 “Por causa do horário, que não dá pra mim vim, [...]”. E7

Falta de Tempo	<p>“É ... fizeram vários “convite”, mas eu não pude, porque eu tomo conta da minha mãe com Alzheimer, tomo conta da minha avó e tomo conta de um tio com “pobrema” mental. Então, eu não tenho quem olha pra mim, entendeu? E meu tempo é só a noite, durante o dia, pra mim, é complicado”. E2</p> <p>“Porque eu... tenho que... tomar conta do meu neto, né? E... de vez em quando, tenho que trazer e buscar o X, o Y na escola. Aí, não dá tempo...” E12</p>
Desânimo	<p>“[...] eu sou desanimada, de ... sabe, de ficar caminhando. É por isso que eu não vim ainda. É o negócio de levantar de manhã pra fazê. Sabe, porque eu durmo até nove horas”. E3</p> <p>“A desculpa que eu dô é isso mesmo, falta de tempo. A verdade é desanimada, desânimo, desanimada. (risos)” E4</p>
Dor muscular e nos pés	<p>“Por causa da dor, por causa da dor, depois eu “num guento”. E6</p> <p>“Porque eu não aguento fazer caminhada. Porque dói!” E8</p> <p>“[...] Fico cansada e com dor!... E11</p>
Vergonha	<p>“Vergonha. [...]Ah... sei lá... porque ali é exposto na praça. Aí, eu fico com vergonha. Todo mundo passa, olha... É vergonha”. E9</p>
Desconhecimento sobre o “Amigos da Saúde”	<p>“[...] Eles nunca falaram que iam fazer isso, eu nunca soube assim... diretamente. Não tinha conhecimento, não, não tinha, diretamente não tinha. E10</p>

Quadro 5: Motivos das mulheres com excesso de peso não aderirem ao grupo de caminhada “Amigos da Saúde”, da área 011 da UBS Santo Antônio, Juiz de Fora - MG, 2018.

Fonte: Elaborado pela autora.

Estudos apontam que a falta de tempo é o principal motivo para o abandono da prática de exercícios nas academias (SOARES, 2004; LIZ; ANDRADE, 2016; MACHADO, 2016). Segundo Santos e Kniknik (2006), a falta de tempo, normalmente, está relacionada à jornada de trabalho intensa, às obrigações familiares e à dificuldade que as pessoas têm em administrar seu tempo. Pode-se inferir, ser o que ocorre com as entrevistadas E2 e E12 (Quadro 5) que são mulheres adultas que têm compromissos domésticos, pessoais e de trabalho. Estão inseridas no grupo de mulheres que são casadas e cuidam de outros familiares, além de cuidarem de seus filhos.

No atendimento individual e nos grupos de educação em saúde, como nas rodas de conversas, os profissionais da unidade de saúde devem descobrir junto dessas mulheres meios de motivá-las a priorizarem a participação no grupo da caminhada e a otimizarem melhor seu tempo. Motivação é um processo capaz de

auxiliar nas escolhas individuais, sendo um fator determinante do modo como o sujeito se comporta (GONÇALVES; ALCHIERI, 2010). Na análise das entrevistas dessa pesquisa, a falta de tempo não foi a principal causa da não adesão ao “Amigos da Saúde”, mas, aparece como uma das causas.

As entrevistadas E3 e E4 (Quadro 5) citaram que o desânimo é o motivo delas não aderirem ao grupo de caminhada “Amigos da Saúde”. Em alguns estudos como os de Cohen-Mansfield, Marx, Guralnik (2004), Sebastião (2009), Silva, Petroski, Reis (2009), Gómez-López, Gallegos, Extremera (2010) e Ribeiro (2011) também apontam o desânimo como motivo de inatividade física. A realização da caminhada com uma pessoa amiga, fazer da atividade física uma rotina, dormir bem e ter uma alimentação saudável podem estimular essas mulheres a participarem do grupo da caminhada e a serem mais ativas em seu dia-a-dia. E3 e E4 estão em grupos que houve significância de associação com o excesso de peso: hipertensão e casadas, além de serem classificadas como obesidade I, situando entre as 28,5% das mulheres avaliadas na etapa quantitativa dessa pesquisa.

O horário de realização das caminhadas, foi apontado como o fator principal da não adesão dessas mulheres ao grupo “Amigos da Saúde” (Quadro 5). As saídas para a caminhada do grupo “Amigos da Saúde” acontecem sempre num mesmo horário: às 8 horas, o que acaba sendo um fator excludente para algumas mulheres. Sob esse aspecto, uma flexibilização e uma variação nos horários devem ser analisadas junto a equipe e às participantes, para uma maior adesão ao grupo.

No quadro 5, a entrevistada E9 cita como motivo de sua não adesão ao grupo de caminhada a vergonha. Essa entrevistada foi classificada como obesidade III, estando entre as 8,1% do total de mulheres avaliadas na etapa quantitativa, por isso seu incômodo em se expor e em sentir vergonha de ser vista por outras pessoas que passem pelo local. É preciso que as pessoas sintam prazer em praticar atividades físicas sem se preocuparem em encaixar em padrões de beleza que fazem com que as mulheres se sintam excluídas. Elas têm que se sentir empoderadas, apropriando-se do próprio corpo, sem se alienarem a padrões estéticos. Têm que gostar do seu corpo e das sensações que são transmitidas por ele, além de perceberem suas necessidades. Inclusive a necessidade de praticar exercícios físicos, sem se preocuparem com opiniões externas, pois assim, poderão ser mulheres saudáveis e felizes consigo mesmas. Para isso, podem ser feitas, mensalmente, rodas de

conversas com a participação de profissionais da psicologia para ajudarem no autoconhecimento e na elevação da autoestima dessas mulheres. Nos grupos educativos, as mulheres devem ser incentivadas e motivadas a se conhecerem e a se aceitarem independente de padrões impostos pela sociedade, pois, assim perderão a vergonha de fazerem atividades físicas em locais públicos.

As dores referidas por E6, E8 e E11 (Quadro 5) são explicadas por Lemos (2014) como sendo a dor muscular de início tardio (DMIT), já comentado anteriormente. Dores essas que desaparecem ao se realizar exercícios físicos de maneira regular. Portanto, o incentivo e a motivação para a prática regular da caminhada devem estar sempre presentes entre os participantes do “Amigos da Saúde”. Para isso, nos grupos educativos, os profissionais podem convidar educadores físicos e fisioterapeutas para participarem e abordarem temas específicos como a DMIT, favorecendo a compreensão pelas mulheres que, em sua maioria, são de baixa escolaridade, como a maioria das mulheres que participou da etapa quantitativa.

Quando a entrevistada E10 relatou desconhecimento em relação ao grupo de caminhada, gerou grande desconforto na pesquisadora, que acreditava haver boa divulgação do “Amigos da Saúde”. Tal fato, evidencia falhas na comunicação entre equipe e comunidade, demonstrando a necessidade de melhoria na informação das ações existentes na unidade de saúde. Existem técnicas pedagógicas, como a que o próprio usuário do sistema de saúde elabore cartazes para divulgação do grupo de caminhada, que podem auxiliar no processo de construção de novas práticas e de novos conhecimentos, além de auxiliar no processo de comunicação, sendo capaz de fazer com que o usuário do sistema de saúde assimile a informação dada, reflita sobre ela e perceba que ações e mudanças comportamentais são necessárias para melhorar sua saúde (BASTOS, 2010).

Todos os profissionais da UBS devem estar envolvidos para melhorar a divulgação do grupo “Amigos da Saúde”, que deve ser feita durante seus atendimentos individuais, além, das salas de espera, dos grupos educativos, das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde e aproveitando o espaço das reuniões do conselho local de saúde.

As barreiras das mulheres entrevistadas não aderirem ao grupo de caminhada “Amigos da Saúde” são barreiras pessoais, não foi citada nenhuma barreira física nas

respostas dadas. Portanto, ações de educação em saúde devem ser implementadas e priorizadas, por contribuírem de maneira positiva, aumentando a autonomia da população e permitindo o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, levando o sujeito a cuidar de si e propor e opinar nas decisões de saúde de si, de sua família e da coletividade.

5.2.3 Motivação para as mulheres com excesso de peso praticarem atividade física

Ao responderem à questão referente à motivação para realizarem atividade física, emergiram as subcategorias: mudança do horário da atividade do grupo “Amigos da Saúde”; emagrecer/perder peso, rede de apoio social, melhora da dor, ter companhia e mudança do local (Quadro 6).

Motivação é o processo que direciona e impulsiona os esforços de uma pessoa para alcançar uma determinada meta (Robbins, 2005). É uma força que surge, regula e alimenta as ações do indivíduo; sendo um processo complexo que vai influenciar o início e a manutenção de uma atividade (PANSERA *et al.*, 2016).

O quadro 6 demonstra que a grande maioria das entrevistadas (41,7%) relatou como principal fator motivador para a prática de atividade física a mudança do horário, mesmo aquela que não precisa cumprir horário, por não trabalhar fora de casa. Pode-se concluir que suas prioridades sejam cuidar de sua residência e de seus familiares. Outro fator bem citado, foi a expectativa no emagrecimento e na perda de peso (25%) como motivadores.

SUBCATEGORIA	FALAS
Troca do horário	<p>“Ah, tem que trocar o horário, né? Pra mim, entendeu? Aí dá certo, pra mim fazer...” E1</p> <p>“ [...] não sei te explicar não. Aí, as vezes dava pra mim se mudasse o horário. E3</p> <p>“ [...] Aí libera o serviço, pega mais serviço, as costuras, aí se fosse um pouco mais cedo, antes dela chegar, até daria”. E4</p> <p>“Se o horário fosse um horário mais cedo, que aí, ia melhorar muito pra mim, que aí, dava pra “mim vim”. E7</p> <p>“É... se fosse um outro horário [...] Entendeu? Então, eu prefiro outro horário. Só o horário”. E9</p>
Rede de Apoio Social	<p>“la me ajudar muito... Alguém tomar conta deles pra mim, pra mim podê participar. Porque aí, eu ia emagrecer ...” E2</p>
Emagrecer/Perder peso	<p>“Ah eu queria fazer cirurgia, né? Peito e barriga. E tenho que emagrecer 25 quilos. É, emagrecer”. E5</p>

	“A “perca” de peso... a “perca” de peso...” E6 “Ah... serve meu peso? [risos] Perder peso! É, perder o peso”. E12
Melhora da dor	“Se eu não sentisse dor... Se a dor melhorasse...” E8
Ter companhia	“Sou muito desanimada! Sou, sou, sou, muito, muito. Quando eu fazia academia, eu fazia com minha amiga, ela ia comigo. Uma companhia! É, é verdade!” E10
Mudança de local	“Se fosse mais perto de casa, ficava melhor, né? [...] É... Se fosse mais próximo de casa... mais fácil, né?! E11

Quadro 6: Motivação das mulheres com excesso de peso para realizarem atividade física, da área 011 da UBS Santo Antônio, Juiz de Fora - MG, 2018.

Fonte: Elaborado pela autora.

Em várias pesquisas, o fator estético, como a perda de peso, também é um dos motivos mais citados como motivador da prática de atividades físicas, além, da preocupação com a saúde e a qualidade de vida (FURLAN, 2014; TORRILA, NETO, 2013). Pode-se inferir o fator estético nas falas das entrevistadas E5, E6 e E12 (Quadro 6), quando referem que o que as motivaria a praticar atividade física seria a perda de peso. Para a conquista da perda de peso, a atividade física deve estar associada à melhoria de hábitos alimentares, sendo necessária uma boa orientação e trocas de experiências em grupos de educação em saúde, inclusive com a participação de nutricionistas, educadores físicos e psicólogos, sendo capazes, não só de trazer informações, mas, de incentivadores para o início do exercício físico.

A principal motivação, relatada pelas entrevistadas, para a realização de atividade física, foi a troca do horário da caminhada do “Amigos da Saúde” (Quadro 6). Esperava-se que aparecesse esta justificativa como fator motivador, pois, o horário de realização da caminhada foi um dos motivos que as mulheres relataram que as impediam de participar da caminhada proposta pelo grupo “Amigos da Saúde”. A flexibilização no horário, deve ser proposta à equipe e aos participantes, como citado anteriormente, para novas adesões ao grupo “Amigos da Saúde”. Poderia ser proposto, também, a escolha de novos locais para a realização das caminhadas, para possibilitar que usuários de microáreas mais distantes sejam mais participativos em tal modalidade de atividade física. Pois, a mudança de local surgiu como motivador na fala da entrevistada E11 (Quadro 6).

A entrevistada E8 relatou que o que a motivaria a realizar atividade física seria a melhora da dor (Quadro 6). Por conhecer bem E8, a pesquisadora é capaz de referir que esta mulher é portadora de hérnia discal lombar e que, mesmo fora da crise álgica,

ela usa a doença para não praticar exercícios físicos. Lima e Mejia (2014) referem a importância de se iniciar uma atividade física regular, para prevenção e tratamento da dor nos portadores de hérnia de disco. Portanto, E8 deverá acreditar nos benefícios que poderá ter ao iniciar caminhadas leves por poucos minutos, com aumento gradativo da intensidade e do tempo dessa atividade, para fortalecer a musculatura dorsal e, conseqüentemente, o alívio da dor. Nas consultas individuais, nos grupos educativos e nas rodas de conversas, o assunto deve ser bem abordado, para encorajá-la a iniciar a atividade física e para fazê-la acreditar, inclusive, no alívio da dor com o exercício leve. Para isso, a linguagem deve ser adequada, pois, E8 está inserida nos 34,8% cujo grau de escolaridade é o ensino fundamental incompleto, da etapa quantitativa dessa pesquisa.

A entrevistada E10 refere que sua motivação para realizar atividade física seria ter companhia, pois, quando praticou exercícios numa academia, tinha uma amiga que a acompanhava, o que era um fator motivacional (Quadro 6). Stone *et al.* (2018) observou que o fator integração social é um importante motivador para a prática de atividades físicas, principalmente entre mulheres adultas e idosas. Leme (2013) também aponta a sociabilidade como uma das motivações para se praticar exercícios físicos, principalmente na faixa etária entre 41 a 65 anos.

Conhecendo E10, a pesquisadora conclui que é uma mulher que não trabalha fora de casa, tem quatro filhos que passam muitas horas na escola e o companheiro, que é trabalhador, sai cedo e só volta para casa no início da noite. Portanto, é presumível que se sinta sozinha e que o convívio social durante a atividade física seria importante. O benefício seria físico, psicológico e social. Uma rede de apoio bem entrelaçada e bem estruturada faz com que o indivíduo seja protegido de se sentir excluído socialmente, se sentir deprimido ou se sentir sozinho. Possibilita, também, sua resiliência e gera transformações e empoderamento, capazes de levar esse indivíduo a promover mudanças favoráveis em sua vida, como o início de uma atividade física, por exemplo (JULIANO e YUNES, 2014).

A mulher, dona de casa, trabalhadora e mãe enfrenta dificuldades para cuidar de si mesma, por precisar cuidar de seus filhos. O que ficou claro na fala da entrevistada E2 ao referir que sua motivação para praticar atividade física seria ter alguém que pudesse cuidar de seus filhos, enquanto ela estivesse caminhando (Quadro 6). Segundo López-Benavente *et al.* (2018), as mulheres não se dedicam à

prática de exercícios físicos por valorizarem mais seus papéis de esposa, mãe e cuidadora, deixando para segundo plano as atividades sociais e de lazer. Os mesmos autores associam a isto, a imposição cultural e social de gênero, onde as mulheres foram educadas e socializadas para o cuidado de seus familiares, sendo identificadas como um “ser para os outros”, o que lhes geram conflitos quando tentam romper as regras de comportamento impostas a elas culturalmente.

Mesmo tendo ocorrido várias mudanças ao longo dos tempos, na questão de gênero, como o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, a crescente escolarização, a diminuição da fecundidade, a maior disseminação dos métodos contraceptivos e o maior acesso a informação, as mulheres ainda continuam dedicando mais tempo ao cuidado de pessoas e/ou afazeres domésticos do que os homens, 73% a mais, no ano de 2016, no Brasil (IBGE, 2018). É o que acontece com oito das dozes entrevistadas nessa pesquisa. Ainda segundo o IBGE (2018) essa e outras desigualdades são ainda maiores se as mulheres forem pretas ou pardas (na etapa quantitativa, 68,3% das mulheres desse estudo se autodeclararam pretas ou pardas).

Essas questões são difíceis de serem mudadas, porém, é necessário conhecer o significado que as mulheres da comunidade dão à sua saúde e ao seu papel no âmbito familiar, para a equipe desenvolver relações e intervenções que as estimulem a praticar atividades físicas, com respeito à sua cultura e aos seus costumes. Portanto, ao se estabelecer estratégias de intervenções para promoção da saúde e da atividade física, deve ser considerada a questão de gênero.

Estão subentendidos nas respostas das entrevistadas os problemas sociais e culturais enfrentados pelas mulheres na faixa etária pesquisada, entre 20 e 59 anos, como: baixa autoestima, baixa escolaridade, isolamento social, priorização do cuidado familiar e afazeres domésticos em detrimento ao cuidado consigo, baixa renda familiar e problemas de saúde, que dificultam a participação no grupo de caminhada “Amigos da Saúde”. Esses problemas foram fáceis de serem captados pela pesquisadora, por ela estar presente e em contato constante com o cotidiano vivenciado por essas mulheres.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa analisou e deu voz as mulheres adultas e obesas da comunidade de uma unidade de Atenção Primária à Saúde (APS), objetivando conhecer os reais motivos delas não participarem de um grupo de caminhada, denominado “Amigos da Saúde”, que já acontece no bairro desde 2008.

O excesso de peso e suas consequências são, atualmente, alguns dos grandes desafios para a saúde pública no Brasil e no mundo. Através de um retrato mais preciso da situação da saúde de uma população específica, as ações de promoção da saúde e intervenções necessárias serão mais eficazes e eficientes.

A análise quantitativa permitiu que se conhecesse o perfil sociodemográfico e a prevalência da obesidade e do sobrepeso das mulheres adultas da área 011, da Unidade Básica de Saúde (UBS) estudada. Os dados demonstraram que a porcentagem de mulheres com excesso de peso era bem maior que a nacional, às custas de um grande percentual de obesidade. Este fato alerta para a necessidade de se intensificarem as medidas de promoção, de prevenção e de combate à doença, por meio de ações educativas, atividades físicas e orientações nutricionais.

Vale ressaltar que a redução da obesidade e do sobrepeso implica em ganhos importantes, tanto na saúde física quanto na saúde mental, por auxiliar no controle de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, apneia, alguns tipos de câncer) e aumentar a autoestima e o convívio social dos indivíduos.

A metodologia da pesquisa qualitativa possibilitou à pesquisadora uma proximidade com a realidade de cada uma das participantes, além de um maior conhecimento dos desafios enfrentados por elas.

Com a análise das entrevistas, foi possível constatar que a equipe terá um grande desafio pela frente, para colocar em prática as propostas de prevenção do excesso de peso na APS. Sugere-se:

1^o Apresentar os resultados dessa pesquisa para a equipe e, após analisarem os dados, criarem juntas estratégias de ação;

2^o Realizar um plano singular com cada uma das mulheres, por meio de consultas individuais;

3^o Identificar na comunidade recursos sociais e parceiros voluntários capazes de realizar outras modalidades de atividade física, para motivar e atrair mais mulheres para praticá-las;

4^o Disponibilizar novos horários do grupo de caminhada “Amigos da Saúde”, como forma de agregar novas mulheres e atender suas singularidades;

5^o Melhorar a divulgação do grupo “Amigos da Saúde” nas atividades realizadas pela UBS: salas de espera, grupos educativos, visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, atendimentos individuais de todos os profissionais da UBS; nas reuniões do Conselho Local de Saúde (CLS). Além de distribuir cartazes por todo o bairro;

6^o Realizar, mensalmente, rodas de conversas com mulheres, para que possam se expressar e expor suas dificuldades e seus prazeres, como forma de estímulo à construção de reflexão e autonomia para se exercitarem e se cuidarem;

7^o Convidar para as rodas de conversas profissionais de outras áreas, como: nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas e psicólogos, com o objetivo de, além de orientá-las, incentivá-las;

8^o Estimular o grupo de mulheres a realizar atividades de socialização como passeios em parques, museus, cinemas e teatros;

9^o Criar um novo grupo: “Amigos da Beleza”, convidando profissionais da beleza, como cabeleireiros, manicures e maquiadores, capazes de empoderar e levantar a autoestima dessas mulheres, para que tenham vontade de se cuidar sempre;

10^o Apresentar essa pesquisa aos gestores municipais e propor a inclusão da avaliação do estado nutricional na nova agenda ampliada do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde da cidade de Juiz de Fora.

A avaliação e o conhecimento do estado nutricional das mulheres adultas foram atitudes necessárias e importantes para produzir informações reais e compreensíveis que serão úteis para a análise da situação de saúde. Essas informações são fundamentais para o planejamento e tomada de decisões da equipe no desenvolvimento de ações voltadas para a saúde destas mulheres. Além, de servirem de embasamento para a criação de diretrizes municipais de promoção da saúde necessárias a população com excesso de peso.

Os objetivos da pesquisa foram atingidos e a percepção inicial da pesquisadora de que havia um grande número de mulheres com excesso de peso foi confirmada. Após identificar a existência de muitas obesas e de conhecer os principais motivos da não participação delas no grupo de caminhada “Amigos da Saúde” verificou-se a

necessidade de intervenções de curto, médio e longo prazo, para melhorar a aderência dessas mulheres especificamente no grupo referido. Para isso, o apoio institucional e as parcerias na comunidade serão importantes, pois contribuirão para a adesão e a participação delas nas atividades a serem propostas. Algumas atividades são sugeridas, inicialmente, por já existirem na comunidade: aulas de zumba na quadra da escola e exercícios nos aparelhos instalados na praça próxima à UBS, essas modalidades podem atrair mais participantes para as atividades físicas orientadas pelos profissionais da equipe de saúde.

A prevenção e o combate à obesidade pela equipe devem ser realizados de forma ética, comprometida, longitudinal e efetiva, com apoio interdisciplinar e multiprofissional. O governo, as escolas, os profissionais de saúde, as famílias e cada indivíduo da comunidade, são considerados parceiros para promoção de estilo de vida saudável e ativo, contribuindo para melhoria da qualidade de vida.

Os profissionais da unidade de saúde, além de abordar a temática de obesidade nas salas de esperas, nos grupos educativos, nas consultas individuais, nas visitas domiciliares, nas ações dos ACS, devem abordá-la também nas escolas do território, como proposta de melhorias na atenção à saúde.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir com diretrizes e ações voltadas à integralidade do cuidado para essas mulheres e estimular a construção de projetos de promoção de estilo de vida saudável e prevenção da obesidade nas demais unidades de APS do município deste estudo.

REFERÊNCIAS

ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal estatura-2) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 431-436, dez. 1992.

AMORIM, A. C. C.; ARAÚJO, M. R. N. **Legislação Básica/Saúde da Família**. Montes Claros: UNIMONTES Científica, 2004. 15p.

ARABSHAHI, S.; *et all*. Adiposity has a greater impact on hypertension in lean than not-lean populations: a systematic review and meta-analysis. **Eur J Epidemiol**, 29 (5): 311-324, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO. **Sobre os impactos negativos da nova Política Nacional de Atenção Básica**. 2017. Disponível em: www.uff.br/isc/.../325-nota-da-abrasco-sobre-revisao-da-pnab. Acesso em: 10 jun. 2018.

AURÉLIO. **Dicionário do Aurélio Online** 2018. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/preguica>. Acesso em: 17 de Mar 2019.

BARBIERI, A. F.; MELLO, R. A. As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica. **Conexões: Rev da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 121-141, jan./abr. 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed. revista e atualizada. São Paulo: Edições 70, 2011. 229p.

BASTOS, G. B. P. **Comunicação e saúde – utilizando recursos tecnológicos como estratégia para esclarecimento dos usuários do sistema único de saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

BRASIL. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. **Alma-Ata, URSS**, 6-12 de setembro, 1978.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248p.

BRASIL. **Lei n. 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Altera a Lei n. 11350, de 5 de outubro de 2006, que dispõe sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ano 155, n. 5, 8 jan. 2018. Seção 1, p. 1-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nova PNAB é aprovada em CIT**. 31/08/2017. Brasília, 2017a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2442. Acesso em: 05 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 27 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.488, de 21 de setembro 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). Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 27 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 31 maio 2018.

BRASIL. Ministérios da Saúde. **Princípios do SUS**. 2016. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em: 31 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por**

inquérito telefônico – estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde - PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº. 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS**. 2013. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 27 maio 2018.

BUENO, J. M. et al. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. **Rev Nutr**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 575-584, jul./ago. 2011.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1707-1714, 2018.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v.26, n.3, p.676-689, 2017.
CASTRO, D. Entenda porque a nova PNAB traz retrocessos ao SUS. **Rev Nac Saúde**, Brasília, p. 10-11, set./out. 2017.

COHEN-MANSFIELD, J.; MARX M. S.; GURALNIK J. M. Motivators and barriers to exercise in an older community-dwelling population. **Journal of Aging and Physical Activity**, 11(2):242-253, 2004.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE - CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Ofício nº. 1449/2017 GAB/PRES**. Brasília, 01 de set de 2017.

CORREIA L. L. et al. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 133-145, jan. 2011a.

CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **Gestão na saúde: relação público x privado**. Parte II. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011b. p. 35-54.

COSTA, P. R. F. et. al. Mudança nos parâmetros antropométricos: a influência de um programa de intervenção nutricional e exercício físico em mulheres adultas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1763-1773, ago. 2009.

DIAS, D. F.; LOCH, M. R.; RONQUE, E. R. V. Barreiras percebidas à prática de atividades físicas no lazer e fatores associados em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(11):3339-3350, 2015.

DIAS, P. C. D. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 1-11, jul. 2017.

DUHIGG, C. **O Poder do Hábito: Por que fazemos o que fazemos na vida e nos negócios**. Tradução de Rafael Mantovani. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

ECKERSLEY, R. M. Losing the battle of the bulge: causes and consequences of increasing obesity. **Med J Aust**, Sydney, v. 174, n. 11, p. 590-592, June 2001.

ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 163-171, mar. 2010.

ESKINAZI, F. M. V. et al. Envelhecimento e a epidemia da obesidade. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, Londrina, v. 13, n. esp., p. 295-298, 2011.

FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

FILHO, I. B.; JESUS, L. L.; ARAÚJO, L. G. S. Atividade física e seus benefícios à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(Supl. 2): 3035-3042, 2012.

FLEURY. **Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil**. The Lancet, p. 4-5, 2011. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/arquivo/928_ReformaSUS.pdf. Acesso em: 06 jun. 2018.

FLODGREN, G. et al. Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in overweight and obese people. **Cochrane Database Syst Rev**, Oxford, v. 17, n. 3, p. 1-104, Mar. 2010.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Campinas, mar. 1999. Disponível em:

<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>. Acesso em: 27 maio 2018.

FRENK, J. et al. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. **Lancet**, London, v. 368, n. 9546, p. 1524-1534, Oct. 2006.

FURLAN, A. J. **FATORES MOTIVACIONAIS RELACIONADOS À PRÁTICA DE CORRIDA DE RUA POR MULHERES ADULTAS NA CIDADE DE CURITIBA/PR**-Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Educação Física da Universidade Tecnológica Federal do Paraná - UTFPR, Curitiba, 2014.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GLOBAL BMI MORTALITY COLLABORATION. et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. **Lancet**, London, v. 388, n. 10046, p. 776-786, Aug. 2016.

GOMES, A. C. M. et al. Impacto de estratégias de educação nutricional sobre variáveis antropométricas e conhecimento alimentar. **Rev Bras Promoc Saude**, Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 462- 469, out./dez. 2013.

GÓMEZ-LÓPEZ, M.; GALLEGOS, A. G.; EXTREMERA, A. B. Perceived barriers by university students in the practice of physical activities. **Journal of Sports Science and Medicine**, 9:374-381, 2010.

GONÇALVES, M. P.; ALCHIERI, J. C. Motivação à prática de atividades físicas em não-atletas. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 125-134, jan./abr., 2010.

GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Rev Bras Educ Fís Esporte**, São Paulo, v. 25, n. esp., p. 37-43, dez. 2011.

HALVORSON, G. **Walking our way to better health**. Washington: Institute of Medicine, 2012.

HALPERN, A. A epidemia de obesidade. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 175-176, jun. 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estatísticas de Gênero - Indicadores sociais das mulheres no Brasil**, Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica, n.38, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008 – 2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescente e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 130p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 180p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Práticas de esporte e atividade física: 2015**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M., REFLEXÕES SOBRE REDE DE APOIO SOCIAL COMO MECANISMO DE PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DE RESILIÊNCIA, **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. XVII, n. 3, p. 135-154, jul.-set., 2014.

JUNIOR, A. C. T.; PLANCHE, T. C. **SAÚDE REV.**, Piracicaba, v. 16, n. 43, p. 63-70, maio-ago. 2016.

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

LEME, I. H. O. **Motivação: praticantes de exercício físico em academias de ginástica de Campinas**. Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas. Campinas. 2013

LEMOS, I. C. S. **Métodos mecânicos capazes de induzir dor muscular de início tardio em ratos**. Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2014.

LIMA, E. S.; MEJIA, D. P. M. O exercício no tratamento da hérnia de disco lombar. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, 12(2), dez. 2014.

LIZ, C.M.; ANDRADE, A. Análise qualitativa dos motivos de adesão e desistência da musculação em academias. **Rev Bras Ciênc Esporte**;38(3):267-274, 2016.

LÓPEZ-BENAVENTE, Y.; ARNAU-SÁNCHEZ, J.; ROS-SÁNCHEZ, T.; LIDÓN-CEREZUELA, M. B.; SERRANO-NOGUERA, A.; MEDINA-ABELLÁN, M. D. Dificuldades e motivações para o exercício físico em mulheres idosas. Um estudo qualitativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; 26:e2989, 2018.

MACHADO, C. V.; **motivos da procura e desistência da prática de atividade física em uma academia de Santa Rosa-RS**. TCC (Curso de Pós-Graduação Lato Sensu - MBA em Gestão Empresarial) - UNIJUÍ - Universidade Regional do Noroeste do Estado do RS, 2016.

MALACHIAS, I. et al. **Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2018.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011.

MARIANO, M. L. L.; MONTEIRO, C. S.; PAULA, M. A. B. Cirurgia bariátrica: repercussões na vida laboral do obeso. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 38-45, set. 2013.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. P. 39-50.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **J Pediatr**, Porto Alegre, v. 80, n. 3, p. 173-182, maio/jun. 2004.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud Av**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, abr./jun.2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 186p.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, N. C. S. Apresentação. In: GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio Libanês, 2014.

MINAYO, N. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAYO, N. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA R. B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta alimentar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 251-58, jun. 2000.

MÜLLER-RIEMENSCHNEIDER, F. et al. Health-economic burden of obesity in Europe. **Eur J Epidemiol**, Rome, v. 23, n. 6, p. 499-509, June 2008.

NASCIMENTO, M. A. J; SILVA C. N. M. **Rodas de conversa e oficinas temáticas: experiências metodológicas de ensino-aprendizagem em geografia**. In: 10º encontro nacional e prática de ensino em geografia, anais. Porto Alegre, set. 2009.

NONINO-BORGES, C. B.; BORGES, R. M.; SANTOS, J. E. Tratamento clínico da obesidade. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 2, p. 246-252, abr./jun. 2006.

NORONHA, J. C; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. S. Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 435-472.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas. In: PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ISC, 2002.

PINTO, C. G.; MAREGA, M.; CARVALHO, J. A.; CARMONA, F. G.; LOPES, C. E.; CESCHINI, F. L.; BOCALINI, D. S.; JUNIOR, A. J. F. Atividade física como fator de proteção para o desenvolvimento de esteatose hepática não alcoólica em homens, **Einstein**; 13(1):34-40, São Paulo, 2015.

OLIVEIRA, D. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2015. 42f.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ALIMENTAÇÃO E A AGRICULTURA (FAO); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS).

Panorama da segurança alimentar e nutricional 2016: sistemas alimentares sustentáveis para acabar com a fome e a má nutrição. Santiago, 2017. 48p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Atividade física.** Folha Informativa nº. 385, fev. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>. Acesso em: 31 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Carta de Ottawa. In: BUSS, P. M. **Promoção da saúde e saúde pública.** São Paulo: ENSP, 1986. p. 158-162.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Physical status:** the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud.** Organización Mundial de la Salud, 2010. 58p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Modelo de perfil nutricional da Organização Pan-Americana da Saúde.** Washington, DC: OPAS, 2016.

PANSERA, S. M.; VALENTINI, N. C.; SOUZA, M. S.; BERLEZE, A. Motivação intrínseca e extrínseca: diferenças no sexo e na idade, **Psicologia Escolar e Educacional**, SP. 20(2): 313-320, maio/agosto de 2016.

PEREIRA, F. G. F.; CAETANO, J. A.; MOREIRA, J. F.; ATAÍDE, M. B. C. Práticas educativas em saúde na formação de acadêmicos de enfermagem, **Cogitare Enferm.**, 20(2):p. 332-337, abr-jun, 2015.

PINAFO, E.; NUNES, E. F. P. A.; GONZÁLEZ, A. D.; GARANHANI, M. L. Relações entre concepções e práticas de Educação em Saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2 p. 201-221, jul./out., 2011.

PONTIERI, F. M.; CASTRO, L. P. T. C.; RESENDE, V. A. Relação entre o estado nutricional e o consumo de frutas, verduras e legumes de pacientes atendidos em uma clínica escola de nutrição. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo, Grande, v. 15, n. 4, p. 117-130, ago. 2011.

PINHEIRO, M. M. et al. Prevalência do excesso de peso e fatores associados em mulheres em idade reprodutiva no Nordeste do Brasil, **Rev Nutr**, Campinas, v. 29, n. 5, p. 679-389, set./out. 2016.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil:** uma pequena revisão. Cadernos do Internato Rural – textos de apoio. 2001. Disponível em: <http://internatoruarl.medicina.ufmg.br/textos.htm>. Acesso em: 20 maio 2018.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA – PJF. **A estratégia de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde (PDAPS)**. Juiz de Fora, mar. 2014a.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA – PJF. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Juiz de Fora, 2014b.

RECINE, E.; RADAELLI, P. **Obesidade e desnutrição**. 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obesidade_desnutricao.pdf. Acesso em: 10 jun. 2015.

REPETTO, G.; RIZZOLLI, J.; BONATTO, C. Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, There, and Everywhere. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 633-635, dez. 2003.

RIBEIRO, A. R. A. **Barreiras pessoais para a prática de atividade física percebidas por portadores de AIDS**. Trabalho de Conclusão de Curso. 46 p. Curso de Bacharelado em Educação Física. Centro de Educação Física e Esporte. Universidade Estadual de Londrina, 2011.

ROBBINS, S. P. **Comportamento Organizacional**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, p. 131 – 155, 2005.

ROSA, M. I. et al. Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviços de pronto-atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2559-2566, maio 2011.

ROSA, Q. P. P.; ALVES, M. K. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em mulheres adultas colaboradoras de uma unidade de alimentação e nutrição, **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. v.11. n.66. p.428-436. nov./dez. 2017. ISSN 1981- 9919

SABA, F. **Aderência: a prática do exercício físico em academias**. São Paulo: Manole; 2001.

SAFFIOTTI, A. **Gestão em saúde da família, políticas públicas em saúde**. São Paulo: Know How, 2012. 100p.

SANTIAGO J. C. S; MOREIRA T. M. M, R; FLORÊNCIO R. S. Associação entre excesso de peso e características de adultos jovens escolares: subsídio ao cuidado de enfermagem **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 23(2):250-8, mar.-abr. 2015.

SANTOS, L. A. S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev Nutr**, Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, set./out. 2005.

SANTOS, M. S.; FERMINO, R.C.; REIS, R. S.; CASSOU, A. C.; AÑEZ, C. Barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. Um estudo por grupos focais. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**;12(3):137-43, 2010.

SANTOS, M.S.; HINO, A. A. F.; REIS, R.S., RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R. Prevalence of barriers for physical activity in adolescents. **Rev Bras Epidemiol**;13(1):94-104, 2010.

SANTOS, N.R. Conjuntura atual: instigando a busca de rumos e o que fazer. **Saúde em Debate**, 41(113):353- 364, 2017.

SANTOS, N.R. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1729-1736, 2018.

SANTOS, S.C.; KNIKNIK, J.D. Motivos de Adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte** 2006; 5:23-34.

SEBASTIÃO, E. **Nível de atividade física e principais barreiras percebidas por indivíduos adultos: um levantamento no município de Rio Claro-SP**, (dissertação de mestrado). Rio Claro: Universidade Estadual Paulista; 2009.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga desafios atuais. In: VICTORA, C. G. et al. **Saúde no Brasil: a série The Lancet**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 61-74.

SOARES, T.C.M. **Motivação e aderência de mulheres ativas: um estudo dos fatores determinantes da atividade física**. 2004. 149 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Centro de Desportos - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Rev Bras Cardiol**, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, jul. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **Obesidade. Doenças associadas. Hipertensão arterial**. Out. 2017.

SOUZA, E. A.; SILVA, F. A. N. Aspectos Psicológicos da Mulher na Busca da Beleza. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Edição 05. Ano 02, Vol. 01. pp 203-214, julho de 2017. ISSN:2448-0959

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudança. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, jul./set. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STONE, R. F.; VOSER R. C.; MORAES J. C.; CARDOSO M. S.; HERNANDEZ J. A. E.; JUNIOR, M. A. S. D. Fatores motivacionais para a prática de atividades de academia: um estudo com pessoas na vida adulta intermediária e terceira idade. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício, São Paulo**. v.12. n.78. p.819-823. nov./dez. 2018. ISSN 1981-9900.

TAHARA, A. K.; SCHWARTZ, G. M.; SILVA, K. A. Aderência e manutenção da prática de exercícios em academias. **Rev Bras Ci Mov**; 11(4): 7-12, 2003.

TWIG, G. et al. Body-Mass Index in 2.3 Million adolescents and cardiovascular death in adulthood. **N Engl J Med**, Boston, v. 374, n. 25, p. 2430-2440, June 2016.

VASCONCELOS, C. M. **Uma análise entrelaçada sobre os paradoxos da mudança no SUS**. 2005. 259 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

VELOSO, H. J. F.; Silva, A. A. M. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal e ao excesso de peso em adultos maranhenses. **Rev Bras Epidemiol**;13(3):400-12, 2010.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. **Reforma em Saúde no Brasil**. Série Estudos em Saúde Coletiva, 162. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998.

VIANA, T. C.; LEAL, I. **Sintomas alimentares, cultura, corpo e obesidade: questões clínicas e de avaliação**. Lisboa: Placebo, LDA, 2013. 222p.

VIANNA, J. NOVAIS, J. **Personal Training e condicionamento físico em academia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Shape, 2009. 335p.

WADDEN, T. A.; FOSTER, G. D. Behavior treatment of obesity. **Med Clin North Am**, Philadelphia, v. 84, n. 2, p. 441-461, Mar. 2000.

WITHROW, D.; ALTER, D. A. The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. **Obes Rev**, Oxford, v. 23, n. 2, p. 131-141, Feb. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.** Geneva: World Health Organization, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global recommendations on physical activity for health 18–64 years old**, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf>. Acesso em: 31 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Obesity and overweight.** 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acesso em: 03 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?** Copenhagen: WHO, 2004. 18p. Disponível em: <http://goo.gl/QU1Hox>. Acesso em: 30 maio 2018.

APÊNDICES

Apêndice A1 – Ficha “A” do Agente Comunitário de Saúde (ACS) (Frente)

FICHA A	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	UF <input type="text"/>
ENDEREÇO		NÚMERO <input type="text"/>
		BAIRRO <input type="text"/>
		CEP <input type="text"/>
MUNICÍPIO <input type="text"/>	SEGMENTO <input type="text"/>	ÁREA <input type="text"/>
		MICROÁREA <input type="text"/>
		FAMÍLIA <input type="text"/>
		DATA <input type="text"/>

CADASTRO DA FAMÍLIA							
PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		
NOME							

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNCIA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		
NOME							

<i>Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas</i>		
<i>ALC - Alcoolismo</i>	<i>EPI - Epilepsia</i>	<i>HAN - Hanseníase</i>
<i>CHA - Chagas</i>	<i>GES - Gestação</i>	<i>MAL - Malária</i>
<i>DEF - Deficiência</i>	<i>HA - Hipertensão Arterial</i>	
<i>DIA - Diabetes</i>	<i>TB - Tuberculose</i>	

**Apêndice A2 – Ficha “A” do Agente Comunitário de Saúde (ACS)
(Verso)**

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO			
TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA AGUA NO DOMICILIO	
Tijolo/Adobe		Filtração	
Taipa revestida		Fervura	
Taipa não revestida		Cloração	
Madeira		Sem tratamento	
Material aproveitado		ABASTECIMENTO DE AGUA	
Outro - Especificar:		Rede pública	
		Poço ou nascente	
Número de cômodos / peças		Outros	
Energia elétrica		DESTINO DE FEZES E URINA	
DESTINO DO LIXO		Sistema de esgoto (rede geral)	
Coletado		Fossa	
Queimado / Enterrado		Céu aberto	
Céu aberto			

OUTRAS INFORMAÇÕES			
Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde _____			
EM CASO DE DOENÇA PROCURA		PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITARIOS	
Hospital		Cooperativa	
Unidade de Saúde		Grupo religioso	
Benedeira		Associações	
Farmácia		Outros - Especificar:	
Outros - Especificar:		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Onibus	
Rádio		Caminhão	
Televisão		Carro	
Outros - Especificar:		Carroça	
		Outros - Especificar:	
A família é beneficiária do Programa Bolsa Família?		NIS do Responsavel _____	
A família está inscrita no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CAD-Único)?			

OBSERVAÇÕES

Apêndice D – Entrevista Semiestruturada



Título do Projeto:	OBESIDADE E SOBREPESO: MOTIVOS DAS MULHERES NÃO ADERIREM A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Pesquisador Responsável:	Danielle Bandeira de Oliveira Junqueira
Equipe da Pesquisa:	Beatriz Francisco Farah - Orientadora
Endereços para contato:	E-mail: d-junqueira@ig.com.br Tel.: (32) 3690-7755 / (32) 98819-4264
Unidade/Departamento /Instituto/Instituição:	Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde / Universidade Federal de Juiz de Fora

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Código da entrevistada: _____

Perguntas:

1) A senhora pratica alguma atividade física? (SIM ou NÃO)

Se sim, qual atividade?

Quantas vezes na semana?

O que a motiva a exercer essa atividade?

Se não, explique o por quê?

2) Que motivos levam a senhora a não aderir ao grupo de caminhada “Amigos da Saúde”?

3) O que a motivaria a praticar uma atividade física?

ANEXOS

Anexo A – Aprovação CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OBESIDADE E SOBREPESO: MOTIVOS DAS MULHERES NÃO ADERIREM A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE

Pesquisador: DANIELLE BANDEIRA DE OLIVEIRA JUNQUEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81623317.1.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.475.431

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quanti-qualitativa, de recorte transversal. As participantes serão mulheres adultas entre 20 e 59 anos, cadastradas na população adscrita de uma área, de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. Os instrumentos para coleta de dados serão questionário e entrevista semiestruturada. Para análise dos dados se utilizará análise descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas médias e desvio padrão para a etapa quantitativa e para a etapa qualitativa: análise de conteúdo, do tipo análise temática. Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

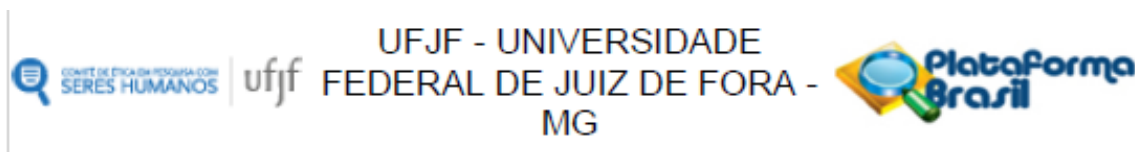
Objetivo Primário:

Analisar os motivos que levam as mulheres obesas e de sobrepeso a não aceitarem participar do grupo de caminhada "Amigos da Saúde", de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família.

Objetivo Secundário:

Traçar perfil sociodemográfico das mulheres adultas obesas e de sobrepeso; Identificar a prevalência de obesidade e sobrepeso de mulheres adultas; Conhecer os motivos que levam as mulheres obesas e de sobrepeso a não aceitarem participar do grupo de caminhada "Amigos da

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.475.431

Saúde".

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos envolvidos na pesquisa são considerados mínimos e equiparam-se com as atividades cotidianas responder perguntas, conversar e caminhar o que pode levar uma possível identificação. Além disso o participante será pesado e medido a sua altura, não havendo

intervenção, modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas ou sociais do participante. Porém, todos os cuidados serão adotados para que seja mantido o sigilo e anonimato dos participantes. Como benefício espera-se contribuir com o município para subsidiar o desenvolvimento de estratégias políticas, programas e ações voltadas à integralidade do cuidado para estas mulheres nas Unidades de Estratégias de Saúde da Família, por meio de orientações, de práticas que visem organizar o atendimento a essas

mulheres trazendo maior resolutividade, eficiência e satisfação das usuárias com sua saúde. Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

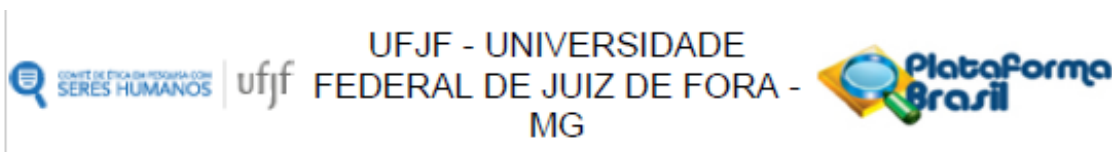
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.475.431

ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: abril de 2019.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1054981.pdf	28/12/2017 11:40:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/12/2017 11:39:17	DANIELLE BANDEIRA DE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 2.475.431

Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	20/12/2017 19:55:43	DANIELLE BANDEIRA DE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
Outros	ANTROPOMETRIA.docx	20/12/2017 19:50:49	DANIELLE BANDEIRA DE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.docx	20/12/2017 19:50:10	DANIELLE BANDEIRA DE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
Outros	ENTREVISTA.docx	20/12/2017 19:48:23	DANIELLE BANDEIRA DE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
Outros	CONFIDENCIALIDADE.pdf	20/12/2017 19:47:56	DANIELLE BANDEIRA DE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INFRAESTRUTURA.pdf	20/12/2017 19:46:27	DANIELLE BANDEIRA DE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	15/12/2017 17:00:56	DANIELLE BANDEIRA DE OLIVEIRA JUNQUEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 26 de Janeiro de 2018

Assinado por:
 Patrícia Aparecida Fontes Vieira
 (Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Anexo B - TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa **“Obesidade e sobrepeso: motivos das mulheres não aderirem a prática da atividade física em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família”**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é que a obesidade tem sido um dos principais fatores para o desenvolvimento de diversas doenças como diabetes e hipertensão comprometendo a saúde destas mulheres e de seus familiares. Nesta pesquisa pretendemos analisar quais os motivos que levam estas mulheres obesas e com sobrepeso a não aceitarem participar do grupo de caminhada “Amigos da Saúde”, de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: A Sra. será pesada e medida sua altura. Posteriormente, a pesquisadora realizará o cálculo do seu Índice da Massa Corporal (IMC). Caso a Sra. esteja na faixa classificada de sobrepeso ou obesidade, a Sra. será convidada a responder um questionário e uma entrevista. A entrevista será individual e com horário agendado, em local reservado, para que se mantenha o sigilo e evite interrupções. A entrevista será gravada em áudio (mp3), mediante sua autorização, com o objetivo de manter a fidedignidade das respostas. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: caso o instrumento de coleta de dados não seja elaborado e aplicado com cuidado, pode gerar desconforto, constrangimento, cansaço e estresse ao entrevistado. Além disso, a Sra. pode se sentir insegura no que se refere à quebra do sigilo e anonimato, especialmente pela pesquisa envolver um universo pequeno de entrevistas. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, serão adotadas como medidas de precaução/prevenção, o fornecimento de esclarecimentos prévios sobre a pesquisa e a adesão à participação voluntária ao estudo, por meio desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Será também reforçado a partir desse Termo o compromisso da pesquisadora com a preservação do anonimato e imagem da Sra. Nessa direção, o roteiro da entrevista não será identificado por nome, para que se preserve a confidencialidade dos dados. Além disso, será assegurada à Sra. privacidade para responder as questões do roteiro e interrupção da entrevista a qualquer tempo. A pesquisa poderá ajudar o serviço local a conhecer a prevalência das mulheres obesas e de sobrepeso a fim de traçar projetos e intervenções possibilitando o incremento de ações mais resolutivas que possam melhorar as condições de saúde destas mulheres. Além de poder contribuir com o município para subsidiar o desenvolvimento de estratégias políticas, programas e ações voltadas à integralidade do cuidado para estas mulheres nas Unidades de Estratégias de Saúde da Família, por meio de orientações de práticas que visem organizar o atendimento a essas mulheres trazendo maior resolutividade, eficiência e satisfação das usuárias com sua saúde. Também, poderá agregar conhecimento científico sobre a obesidade e sobrepeso em mulheres.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendida. O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo,

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Danielle Bandeira de Oliveira Junqueira

Campus Universitário da UFJF

Faculdade/Departamento/Instituto: Núcleo de Assessoria Treinamentos e Estudos em Saúde – NATES/UFJF

CEP: 36036-330

Fone: (32) 2102 3830

E-mail: d-junqueira@lg.com.br