

DERIVAN BRITO DA SILVA

**BARREIRAS E FACILITADORES PARA ADERÊNCIA À PRÁTICA
REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA, EM UM PROGRAMA DE
ASSISTÊNCIA AO INDIVÍDUO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA**

Dissertação de Mestrado defendida como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação Física, no Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná.

DERIVAN BRITO DA SILVA

**BARREIRAS E FACILITADORES PARA ADERÊNCIA À PRÁTICA
REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA, EM UM PROGRAMA DE
ASSISTÊNCIA AO INDIVÍDUO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA**

Dissertação de Mestrado defendida como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação Física, no Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª Doralice Lange de Souza

Silva, Derivan Brito da

Barreiras e facilitadores para aderência à prática regular de atividade física, em um programa de assistência ao indivíduo com hipertensão arterial sistêmica / Derivan Brito da Silva. Curitiba, 2010.

123 f.; 30 cm.

Orientador: Doralice Lange de Souza

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Linha de Pesquisa: Sociologia para o Esporte e o Lazer, Setor de Ciências Biológicas. Universidade Federal do Paraná

1. Atividade física. 2. Atenção básica à saúde. 3. Hipertensão.
I. Souza, Doralice Lange de. II. Título.

CDD 613.7

*À minha querida mãe que,
não mediu esforços para garantir o acesso de seus filhos à educação.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, graça e misericórdia constante em minha vida.

À minha família, em especial meu mano Davi, minha maninha Daiane, Vlademir e Ana Mara, pela companhia, incentivo, auxílio e carinho.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a Doralice Lange de Souza, pelo acolhimento, confiança e empenho na parceria para o desenvolvimento desta pesquisa. Obrigado por me ensinar, me orientar, dividir as frustrações e as alegrias presentes neste processo e, pela amizade.

À Unidade do Coração—usuários, profissionais e gestores—àqueles que se dispuseram em participar desta pesquisa diretamente e que, junto aos demais, me motivaram para o seu desenvolvimento.

Aos professores Dr^a Maria de Fátima Mantovani, Dr. Fernando Marinho Mezzadri, Dr^a Verônica Azevedo Mazza e Dr^a Cristina Carta Cardoso de Medeiros. Em especial aos dois primeiros pelas significativas contribuições para o aperfeiçoamento desta pesquisa.

Ao programa de Pós-Graduação em Educação Física. Professores, Dr^a. Cristina C. Medeiros, Dr^a. Maria Gisele dos Santos, Dr. Wanderley Marchi Júnior e Dr. Fernando R. Cavichioli, pelos ricos conhecimentos compartilhados e, Drda. Letícia Godoy e Drda. Rosecler Vendruscolo pelo carinho e atenção. Ao secretário Daniel Dias pela disponibilidade. Aos colegas de turma pela convivência e aprendizado constante. Aos meus colegas do Departamento de Terapia Ocupacional: a Andréa Maria Fedeger, Cláudia Omaili, Adriana H. Dalagassa pela amizade e cuidado; ao Milton C. Mariotti, Rita A. B. Pereira e Renato Nickel pelas orientações para ingressar no Mestrado; ao Alessandro R. P. Tomasi, Luiz Felipe Ferro e Regina C. T. Castanharo pelo companheirismo em assumirem parte das minhas tarefas da docência durante este processo, bem como, pelas revisões textuais realizada pelos primeiros; a Marina R. Cassapian, Ana Maria Silvello Pereria, pelo sorriso e palavras de “acalme-se, vai dar tudo certo”. Aos demais, pelo apoio e torcida.

Aos estudantes do Curso de Terapia Ocupacional, que aguçam a minha necessidade de sempre aprender a aprender mais, em especial as monitoras do PET-Saúde/2009-2010, Clarissa G. Vargas, Leonídia Sikora, Lisandra Emy T. dos S. Lima, Priscilla Regina Cordeiro, Rebekka Stadler e Renata S. Bittencourt.

Aos meus amigos: João Carlos e Willian, pela presença constante; Ana Maria, Adão e Maria, pelo carinho.

E *àqueles* que meu lapso de memória não permite lembrar.

Todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é a de homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades.

Ricardo Rodrigues Teixeira

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um fator de risco cardiovascular que exige tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Dentre as estratégias relacionadas ao tratamento não medicamentoso, encontra-se a prática regular de atividade física, a qual nos últimos anos passou a ser considerada como requisito para a promoção da saúde e qualidade de vida. Esta pesquisa, de natureza qualitativa e de cunho exploratório, teve por objetivo investigar as principais barreiras e facilitadores para a aderência à prática regular de atividade física do Programa de Assistência ao Indivíduo com Hipertensão Arterial Sistêmica de uma Unidade Municipal de Saúde (UMS) de Curitiba, a partir da perspectiva do gestor, de profissionais e de usuários desta UMS. Foram realizadas doze entrevistas semi-estruturadas, no período de agosto a setembro de 2009 com os seguintes sujeitos: o gestor, cinco profissionais e seis indivíduos com HAS. Os dados da pesquisa apontam como principais facilitadores para a prática da atividade física a prática em grupo, os possíveis benefícios à saúde, a prática orientada e a prescrição médica. As principais barreiras são: obrigações familiares, clima, comparecimento às consultas especializadas no dia da prática da atividade física, problemas de saúde, e problemas de comunicação junto à comunidade. Alguns temas foram citados ora como facilitadores, ora como barreiras para a prática da atividade física: o ambiente em que acontecem os encontros semanais, o nível de intensidade da atividade física, o horário dos encontros semanais e o vínculo/falta de vínculo entre o profissional e o usuário. A pesquisa nos leva a inferir que a promoção da atividade física deve transcender abordagens de cunho utilitarista, individualista e reducionista/biologicista. Ela também nos leva a inferir que as políticas públicas de saúde para a promoção da atividade física, bem como o cotidiano da UMS ainda não contemplam plenamente o *princípio da integralidade*. O modelo assistencial utilizado não permite uma convivência entre profissionais e usuários capaz de fortalecer vínculos afetivos e efetivos entre os mesmos, e dificulta ações interdisciplinares e intersetoriais que poderiam potencializar facilitadores e minimizar barreiras para a prática da atividade física. Este trabalho oferece subsídios para o aprimoramento do programa estudado e de outros programas similares. Ele oferece também subsídios para a idealização de políticas públicas e de novos programas que visem promover a atividade física enquanto uma estratégia de promoção da saúde.

Palavras-chave: Atividade Física. Atenção Básica à Saúde. Hipertensão.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (HAS) is a heart disease that requires therapies that use and do not use drugs. Among the therapies that do not require drugs, there is the regular practice of physical activity, which is considered a requirement for the promotion of health and quality of life. The goal of this research, which was of a qualitative and exploratory nature, was to investigate the main barriers and facilitators for adherence to a regular physical activity program, the Systemic Arterial Hypertension Assistance Program, of a Curitiba Public Health Unity (UMS). The research took into consideration the perspectives of the users, of the health team, and of the Health Unity manager. From August to September of 2009, we conducted twelve semi-structured interviews with the following subjects: the Health Unity manager, five health professionals, and six users with HAS. The data indicates that the main facilitators for adherence to regular physical activity are the group, health benefits, professional guidance for the practice, and doctor's prescription. The main barriers are family obligations, climate, specialized health treatment appointments scheduled for the same day of the physical activity practice, health issues, and difficulties in communication with the community. Some issues were mentioned both as facilitators and as barriers for regular physical activity: the environment where the weekly meetings happen, the intensity level of the physical activity, the weekly meetings schedule, and the bond or lack of bond between the health professional and the user. This research leads us to believe that we need to transcend utilitarian, individualistic and reduced biologic matrices in order to promote physical activity. The current health public policies for promoting physical activity and the daily life of Health Unity (UMS) do not fulfill the *principle of integrality*. This welfare model also does not allow enough coexistence among health professionals in order to strengthen emotional bonds and effective relationships among them. Besides, this model also hinders interdisciplinary and intersectoral actions that could otherwise enhance facilitators and minimize barriers to physical activity. This work offers subsidies for the improvement of the researched program and others similar to it. It also can be useful for the development of public policies and new programs that aim at fostering physical activity as a strategy for health promotion.

Key words: Motor Activity. Primary Health Care. Hypertension.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVOS GERAL	17
2.1.1 Objetivos específicos	17
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	18
3.1 SELEÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA	18
3.2 SELEÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	23
3.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	24
3.4 QUESTÕES ÉTICAS	25
4 ACHADOS DO CAMPO	27
4.1 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA	27
4.2 FACILITADORES PARA A ADERÊNCIA À PRÁTICA REGULAR DA ATIVIDADE FÍSICA SUPERVISIONADA	31
4.2.1 O grupo	31
4.2.2 Os benefícios à saúde	35
4.2.3 A prescrição médica	37
4.2.4 O trabalho em equipe	38
4.2.5 A prática orientada/supervisionada	40
4.3 BARREIRAS PARA A ADERÊNCIA À PRÁTICA REGULAR DA ATIVIDADE FÍSICA SUPERVISIONADA	41
4.3.1 As obrigações familiares	41
4.3.2 O clima	45
4.3.3 As consultas especializadas	47
4.3.4 Os problemas de saúde	48
4.3.5 Problemas de comunicação/divulgação junto à comunidade	50
4.4 FACILITADORES E/OU BARREIRAS PARA A ADERÊNCIA À PRÁTICA REGULAR DA ATIVIDADE FÍSICA SUPERVISIONADA	52
4.4.1 O ambiente em que acontecem os encontros semanais	53
4.4.2 A intensidade da atividade física	57
4.4.3 O horário dos encontros semanais	60
4.4.4 Vínculo/falta de vínculo dos profissionais com os usuários.....	63
4.5 SUGESTÕES PARA O APERFEIÇOAMENTO DO PROGRAMA	64
4.5.1 Prática de caminhadas em grupo	64
4.5.2 A aquisição de materiais	65
4.5.3 Melhorar a conscientização dos usuários em relação à importância da prática da atividade física	66
4.5.4 Oferecer outras modalidades de atividades	68
5 O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	69
5.1 A INTEGRALIDADE: DA UTOPIA À REALIDADE	69
5.1.1 Práticas integrais: uma possível forma de potencialização dos facilitadores da aderência à prática da atividade física	76
5.1.2 Barreiras para a promoção e aderência à prática da atividade física: a necessidade de práticas em saúde pautadas no <i>princípio da integralidade</i> ...	84
5.1.3 Sugestões para o aperfeiçoamento do programa: um convite à <i>integralidade</i>	88

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERENCIAS	97
DOCUMENTOS CONSULTADOS	106
APÊNDICE	110
ANEXO: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	122

1 INTRODUÇÃO

A aderência às estratégias de intervenção em saúde se constitui em um tema em permanente debate entre profissionais, gestores, usuários de serviços de saúde e pesquisadores. Estas estratégias incluem, na maioria das vezes, o tratamento medicamentoso e o tratamento não medicamentoso, e têm por finalidade a promoção da saúde, incluindo a prevenção e o tratamento de complicações clínicas, principalmente as que resultam de doenças crônicas, como por exemplo, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Dentre as estratégias relacionadas ao tratamento não medicamentoso do indivíduo com HAS, encontra-se a prática regular de atividade física, a qual nos últimos anos passou a ser prescrita e considerada como um requisito para a promoção da saúde e qualidade de vida.

Neste sentido, diversos estudos têm sido desenvolvidos no sentido de esclarecer os principais mecanismos pelos quais a prática regular da atividade física pode proteger o indivíduo de doenças (PAFFENBARGER; HYDE, 1984; PAFFENBARGER *et al.*, 1986; CORBIN, 1987; PATE *et al.*, 1995; POWELL, 1998; KESANIEMI *et al.*, 2001; KOHL, 2001; BAUMAN, 2004; WAGMACKER; PITANGA, 2007). Alguns exemplos dos efeitos positivos da atividade física são observados na melhoria da composição corporal (SENA *et al.*, 2008), no controle da pressão arterial (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004; WAGMACKER; PITANGA, 2007; MILHOMEN, 2006) e na qualidade de vida relacionada à saúde no que diz respeito à função física, saúde física, percepção de dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social, saúde emocional e saúde mental (MOTA *et al.*, 2006).

Outros estudos apontam para conclusões semelhantes, embora, a prevalência do enfoque biológico em pesquisas que investigam a prática da atividade física, em detrimento dos sócio-culturais, econômicos e políticos, denote uma relação causa-efeito entre a atividade física e saúde. Esta relação de causalidade desdobra-se em implicações para o campo do conhecimento e da intervenção, visto que adota uma visão fragmentada, reducionista da realidade. Mesmo aceitando a existência dos benefícios fisiológicos advindos da prática de atividade física, é mister que se atente para a sustentação de uma política conservadora, numa dimensão moral que esta perspectiva impõe, a de culpabilizar o indivíduo por seu adoecimento, desconsiderando os fatores sistêmicos e

multidimensionais envolvidos no processo saúde-doença (PALMA; ESTEVÃO; BAGRICHEVSKY, 2003; CASTIEL, 2003; ESTEVÃO; PALMA, 2006; FRAGA, 2006; PALMA *et al.*, 2006).

Sob este aspecto, é necessário enfatizar que a prática regular de atividade física isolada não é capaz de prevenir e/ou resolver todos os problemas de saúde dos indivíduos, pois a condição de saúde é multidimensional e envolve não somente fatores biológicos, como também questões tais como moradia, saneamento básico, condições e hábitos de alimentação, segurança, trabalho (condições de empregabilidade, tipo e jornada de trabalho), renda, tipo de transporte utilizado, atividades de lazer e acesso aos serviços de saúde (CARVALHO, 2001; PALMA, 2001; PALMA *et al.*, 2006). Neste sentido, não se pretende negar os efeitos benéficos da atividade física à saúde, mas é preciso ir além da norma moralizante da aparência física utópica do ‘corpo sarado’ e da ‘geração saúde’, que estão em curso na sociedade contemporânea que, ancorada no paradigma positivista, impõe a necessidade de se exercitar continuamente para se obter saúde. Assim, o ponto de partida para ir além desta norma moralizante, é considerar os fatores contextuais a que os indivíduos estão submetidos em seu cotidiano (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO; PALMA, 2006; CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2006).

Há que se notar que, apesar da comprovação científica e ampla divulgação dos efeitos benéficos da atividade física à saúde, bem como do interesse por parte de muitos no sentido de iniciarem a prática regular de atividade física, a aderência à prática (permanência) não é comum, pois como afirma Dishman (2001), aproximadamente 50% das pessoas que iniciam práticas de atividade física desistem nos primeiros meses.

No Brasil, a partir da década de 80, ações estratégicas foram desenvolvidas com o intuito de promover a prática regular de atividade física. Em 1986, os Ministérios da Saúde e da Educação e do Desporto criaram o “Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e Esporte”. Em 1996, o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), atendendo a uma solicitação da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, lançou o “Programa Agita São Paulo”, o qual em 2001 foi adotado pelo Ministério da Saúde com o nome “Agita Brasil – Programa Nacional de Promoção da Atividade Física”. Estes programas, em linhas gerais, visavam à divulgação dos benefícios da atividade física à saúde, no intuito de incentivar os indivíduos para a prática regular

de atividade física como fator de proteção à saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2002; SÃO PAULO, 2002; MATSUDO, S. *et al.*, 2003; FERREIRA; NAJAR, 2005). Apesar da criação destes programas, o acesso a espaços para prática de atividade física ainda se constitui um privilégio para poucos. Existe uma escassez de ofertas de práticas de atividades físicas sistematizadas na esfera pública (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO; PALMA, 2006).

Em 2006, com intuito de ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Promoção da Saúde, com foco no Pacto em Defesa da Vida (um dos eixos da Agenda de Compromisso pela Saúde, definido em setembro de 2005). Nesta política, a atividade física aparece como uma das estratégias para promoção, informação e educação em saúde e, é considerada como uma das macroprioridades deste pacto (BRASIL, 2006).

Mais recentemente, em 2008, considerando, entre outras, a Política Nacional de Promoção à Saúde, com o objetivo de fortalecer as ações de atenção básica à saúde, mais especificamente, a Estratégia de Saúde da Família, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)—Portaria Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Esta portaria estabelece a promoção de atividade física/práticas corporais no contexto da Atenção Básica à Saúde e sugere a inclusão do profissional de Educação Física no NASF para, em conjunto com outros profissionais, estruturar e implementar ações que envolvam atividade física (BRASIL, 2008).

A despeito destas iniciativas e das informações disponíveis sobre a importância da atividade física para a saúde, os índices de inatividade física no Brasil continuam expressivos. Um estudo desenvolvido através de um inquérito telefônico em residências que possuem telefone fixo em todas as capitais brasileiras, incluindo o Distrito Federal, constatou que 58,7% dos indivíduos não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses, não realizam esforços físicos intensos no trabalho (não andam muito, não carregam peso e não fazem outras atividades equivalentes em termos de esforço físico), não se deslocam para o trabalho a pé ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas (BRASIL, 2008).

O sedentarismo é considerado um dos fatores de risco para várias doenças crônicas como, por exemplo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS). A HAS, por

apresentar uma alta prevalência e destacar-se como significativo fator de risco cardiovascular é considerada como um sério problema de saúde em vários países do mundo (AMADO; ARRUDA, 2004; MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004; MARIN NETO; MACIEL, 2005). Estima-se que no Brasil 35% da população acima de 40 anos possui HAS. Aproximadamente 75% das pessoas com HAS buscam atendimento na rede de Atenção Básica à Saúde do SUS (BRASIL, 2010).

Devido à alta prevalência da HAS no Brasil e a busca por atendimento na Rede de Atenção Básica à Saúde do SUS, o Ministério da Saúde criou um Programa Nacional de Atenção à Hipertensão Arterial – um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da HAS - para atender indivíduos com HAS. O objetivo do referido programa é a reduzir o número de internações, a procura por pronto-atendimento, os gastos com tratamentos de complicações e aposentadorias precoces e a mortalidade cardiovascular, com a conseqüente melhoria da qualidade de vida de indivíduos com HAS (BRASIL, 2010).

Em consonância com os esforços do Ministério da Saúde, em 2004, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba publicou o Protocolo de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (PAHAS) com objetivo de sistematizar o Programa de Assistência ao Indivíduo com Hipertensão Arterial Sistêmica.

Este Protocolo apresenta informações acerca do diagnóstico, tratamento (estratégias/terapias medicamentosas e não medicamentosas) e organização do processo de trabalho, com intuito de aprimorar a resolutividade e a qualidade dos serviços municipais de saúde, além de oferecer inovações na abordagem para auxiliar a organização do trabalho na otimização dos recursos disponíveis (CURITIBA, 2004).

De acordo com o PAHAS, são diagnosticados com HAS indivíduos com pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg, que não possuam comorbidades¹ e que não estejam utilizando medicações anti-hipertensivas². Estes níveis pressóricos devem estar presentes em duas ou mais aferições, realizadas em avaliações de saúde, com

¹ Qualquer doença em que o aumento da pressão arterial seja considerado uma manifestação clínica, como por exemplo, na nefropatia.

² Remédios que são utilizados em outras condições de saúde para controle da pressão arterial e podem “mascarar” o diagnóstico de HAS.

intervalos regulares (BRASIL, 2002; CURITIBA, 2004; MARIN NETO; MACIEL, 2005).

A HAS requer intervenção medicamentosa e não medicamentosa, demandando a modificação de hábitos de vida prejudiciais à saúde e a assimilação de outros que tragam benefícios ao indivíduo. Entre as modificações comportamentais necessárias para o tratamento da HAS incluem-se: a diminuição da ingestão diária de sódio (sal); moderação do consumo de álcool; dieta rica em frutas, fibras, vegetais e alimentos com baixo teor de gordura total e saturada; redução do peso corporal em casos de sobrepeso e obesidade; e a **prática regular de atividade física** [grifo nosso] (BRASIL, 2002; CURITIBA, 2004; CASTRO *et al.*, 2005; MARIN NETO; MACIEL, 2005; STURMER *et al.*, 2006).

O objetivo do tratamento da HAS é conseguir a máxima redução da pressão arterial que o paciente possa tolerar, buscando desta forma, reduzir a taxa de morbimortalidade por doença cardiovascular associada à elevação da pressão arterial, bem como a melhora da qualidade de vida, a aderência do indivíduo ao tratamento, a adoção de bons hábitos higieno-dietéticos e de estilo adequado de vida, e a integração e/ou reintegração do indivíduo na sociedade (RIBEIRO *et al.*, 1996; SANTOS, 2002; MARIN NETO; MACIEL, 2005).

Um dos grandes desafios dos gestores e profissionais da área da saúde é a garantia da participação ativa do indivíduo em seu tratamento (CURITIBA, 2004; PÉREZ *et al.*, 2003; BORGES; CAETANO, 2005; CASTRO *et al.*, 2005; SILVA *et al.*, 2006). A baixa aderência às estratégias de intervenção em saúde por indivíduos com HAS é um dos fatores que aumentam a gravidade do quadro hipertensivo, sobrecarregando e onerando os serviços de saúde.

Como profissional trabalhando com o grupo de atividade física do PAHAS desde 2004, tenho buscado formas de aumentar a aderência de indivíduos com HAS ao tratamento. Os desafios são diversificados e abrangem desde a operacionalização do PAHAS até a aderência dos usuários com HAS às atividades previstas, uma vez que a eficácia do programa de assistência depende da resposta do indivíduo, nesta condição de saúde, à terapêutica. Esta problemática nos motivou a desenvolver o presente trabalho.

Nossa pesquisa visou investigar os principais determinantes para a aderência à prática da atividade física. Vale ressaltar que, quando nos referimos aos determinantes da atividade física, nos referimos aos facilitadores e às barreiras para

a prática desta atividade. *Facilitadores* são os fatores que oportunizam, facilitam ou viabilizam a prática da atividade física. Já *barreiras*, são os fatores que a dificultam ou a atrapalham (MARTINS; PETROSKI, 2000; CARDOSO *et al.*, 2008; NASCIMENTO *et al.*, 2008). Especificamente, nos propusemos a investigar o seguinte problema: **Quais as principais barreiras e facilitadores para a aderência à prática regular de atividade física supervisionada, por parte de indivíduos com HAS que freqüentam o Programa de Assistência ao Indivíduo com Hipertensão Arterial Sistêmica de uma Unidade de Saúde da Família de Curitiba?**

Ainda em torno dos determinantes para a prática regular da atividade física, pode-se encontrar hoje vários estudos sobre o tema como, por exemplo, Dishman (1988, 1994, 2001), Nunomura (1998), Martins e Petroski (2000), Santos e Knijnik (2006), Freitas *et al.* (2007), Cardoso *et al.* (2008) e Nascimento *et al.* (2008). A maioria deles, no entanto, aborda o tema a partir de uma perspectiva quantitativa de pesquisa. Ou seja, para o levantamento de dados, se utilizaram de questionários onde os participantes responderam questões levantadas pelo(s) pesquisador(es) dentro de categorias pré-concebidas. Até onde pudemos averiguar, detectamos que existe uma escassez de estudos que se proponham a investigar as barreiras e os facilitadores para a prática regular de atividade física a partir de uma perspectiva qualitativa de pesquisa, de forma a permitir um aprofundamento das perspectivas dos sujeitos envolvidos no estudo sobre o tema abordado. Este tipo de pesquisa pode oferecer contribuições como, por exemplo, entender porque indivíduos em situações similares de vida, uns engajam-se, e outros não, em práticas de atividade física regular (SOUZA, 2006).

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e de cunho exploratório, uma vez que este tipo de pesquisa permite identificar e explorar formas de se pensar e entender a realidade. Esta abordagem pode gerar elementos para a construção de teorias sobre temas ainda pouco explorados e que podem servir como subsídios para o desenvolvimento de novas pesquisas. Outrossim, contribuirá para a produção na área e também com novos conhecimentos para a idealização e gestão de ações estratégicas em programas de assistência a indivíduos com HAS, tanto no sentido de ajudar a eliminar ou diminuir barreiras, quanto no sentido de ajudar a potencializar facilitadores para a promoção da atividade física. Ademais, o estudo poderá também gerar conhecimentos que podem ser utilizados na idealização novos

programas e de políticas públicas que visem promover a atividade física como uma estratégia de promoção da saúde.

O problema de pesquisa foi investigado a partir da perspectiva dos seguintes agentes: indivíduos com HAS, profissionais da saúde e o gestor do Programa de Assistência ao Indivíduo com Hipertensão Arterial Sistêmica de uma Unidade de Saúde da Família de Curitiba.

O trabalho que será aqui apresentado foi organizado da seguinte forma: inicialmente apresentamos os objetivos da pesquisa, em seguida os procedimentos metodológicos, os achados do campo, a discussão dos dados e por fim, as considerações parciais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar os fatores que se constituem como barreiras e facilitadores para a aderência à prática regular de atividade física supervisionada em um Programa de Assistência ao Indivíduo com Hipertensão Arterial Sistêmica de uma Unidade de Saúde da Família de Curitiba.

2.1.1 Objetivos específicos

Identificar as principais barreiras e facilitadores para a aderência à prática regular de atividade física prevista no Programa de Assistência ao Indivíduo com Hipertensão Arterial Sistêmica, de uma Unidade de Saúde da Família de Curitiba, a partir da perspectiva de indivíduos com HAS inscritos no programa.

Identificar, com base no ponto de vista de profissionais da saúde, as principais barreiras e facilitadores para a aderência à prática regular de atividade física supervisionada, por parte de indivíduos com HAS inscritos no Programa de Assistência ao Indivíduo com Hipertensão Arterial Sistêmica.

Identificar, junto ao gestor da Unidade de Saúde supracitado, as principais barreiras e facilitadores para a aderência à prática regular de atividade física supervisionada, por parte de indivíduos com HAS inscritos no referido Programa.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta é uma pesquisa que se caracteriza enquanto um estudo qualitativo de cunho exploratório. Conforme explica Gil (1999), as pesquisas exploratórias se fazem apropriadas quando se deseja/necessita proporcionar uma visão geral acerca de fatos ainda pouco explorados.

3.1 SELEÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

Desenvolvemos o nosso estudo em uma Unidade Municipal de Saúde—que denominaremos aqui de “Unidade do Coração” e cujo nome verdadeiro não será revelado por questões éticas—, por acompanhar o Grupo de Hipertensos da referida unidade, inicialmente como membro da equipe multiprofissional da unidade e, atualmente, como supervisor de estágio de um Curso de Terapia Ocupacional. Acreditamos que a relação estabelecida com os sujeitos deste programa poderia facilitar o diálogo em torno da temática da pesquisa.

Esta Unidade de Saúde se encontra em uma localidade provida de saneamento básico, rede de energia elétrica, ruas pavimentadas, praças e um parque ecológico. Compõem ainda seu conjunto arquitetônico casas, sobrados, conjuntos residenciais, escolas, creches, igrejas e um comércio local. A comunidade possui ainda com assistência em saúde prestada por uma Unidade Municipal de Saúde.

A Unidade do Coração funciona de acordo com a Estratégia de Saúde da Família³. Nesta estratégia, uma unidade municipal de saúde assume a responsabilidade pelo acompanhamento das famílias que residem em sua área de

³ E estratégia visa à reorientação do modelo assistencial na atenção básica à saúde. Nela a doença deixa de ser o foco de intervenção e o desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas assumem a centralidade das ações em saúde. Para tanto, a organização do trabalho em equipes dirigidas às populações de territórios delimitados, é imprescindível (BRASIL, 2010).

abrangência⁴. O número de famílias existente na área de abrangência da Unidade do Coração faz com que esta área seja dividida em três micro-áreas. Para cada micro-área, a Unidade do Coração conta com uma Equipe de Saúde da Família composta por um médico, um enfermeiro, um odontólogo, técnicos em higiene dental e auxiliares de consultório dentário, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Estas equipes atuam na Atenção Básica à Saúde com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e manutenção da saúde destas famílias. Os profissionais destas equipes realizam atendimentos clínicos na Unidade do Coração, visitas domiciliares e trabalhos educativos em escolas, creches, igrejas, associação de moradores, entre outros equipamentos sociais da comunidade. A Unidade do Coração possui também uma equipe administrativa composta por técnicos administrativos, auxiliares de serviço gerais, e um gestor, denominado autoridade sanitária local.

A Unidade do Coração conta com o apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio a Atenção Primária à Saúde (NAAPS)⁵. Compõem o NAAPS: fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, profissional da Educação Física e farmacêutico. Diferentemente dos profissionais da Equipe de Saúde da Família, os profissionais do NAAPS atuam em mais de uma unidade de saúde. Eles são responsáveis por oferecer suporte às Equipes de Saúde da Família para o desenvolvimento de ações específicas em atividade física e práticas corporais, alimentação e nutrição, saúde mental, reabilitação, assistência farmacêutica, entre outras. No caso dos encontros semanais onde acontece a prática de atividade física, estão envolvidos na coordenação destes encontros o fisioterapeuta e a profissional de Educação Física. Estes profissionais ainda promovem oficinas temáticas, onde são convidados outros profissionais do NAAPS ou da Equipe de Saúde da Família da Unidade Coração para falarem sobre temas relativos à HAS como, por exemplo, alimentação saudável e medicação.

A Unidade do Coração também conta com apoio de um Agente de Saúde em Alcoolismo e Consultor em Dependência Química, responsável pelo suporte às

⁴ Refere-se à área geográfica delimitada onde reside as famílias de responsabilidade da unidade de saúde.

⁵ A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, com o objetivo de ampliar as ações dos NASF para as Unidades Municipais de Saúde que não atuam na Estratégia de Saúde da Família, criou os NAAPS. Estes núcleos substituem o NASF e está em consonância com a portaria do Ministério da Saúde que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família—Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

Equipes de Saúde da Família no acompanhamento de usuários com histórico de alcoolismo e/ou dependência química, mas especificamente no que diz respeito à participação destes usuários em grupos de saúde mental comunitária e adesão ao tratamento.

A Unidade do Coração mantém convênios com Instituições de Ensino Superior, que dispõem estagiários de Medicina e de Terapia Ocupacional que atendem, entre outros, usuários com HAS. Os estagiários do Curso de Terapia Ocupacional participam dos os encontros semanais coordenados pelo terapeuta ocupacional—supervisor de estágio. Esclarecemos que, quando a modalidade de Estágio Supervisionado do Curso de Terapia Ocupacional é de Observação, o supervisor de estágio, coordena e desenvolve as atividades de um dos encontros semanais. Já quando a modalidade do Estágio Supervisionado é de Prática Supervisionada, o supervisor de estágio coordena o encontro e os estagiários são responsáveis pelo desenvolvimento das atividades. Os estagiários do Curso de Medicina desenvolvem atividades clínicas na Unidade do Coração e ainda, quando convidados pelos coordenadores dos encontros semanais, realizam palestras informativas.

A Unidade do Coração atende indivíduos com HAS através do Programa Nacional de Atenção à Hipertensão Arterial. O programa supracitado está sistematizado na rede de assistência à saúde em Curitiba por meio do Protocolo de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (PAHAS). As informações contidas neste protocolo auxiliam os profissionais e gestores de saúde em sua conduta clínica e administrativa, respectivamente, frente ao indivíduo com HAS, de forma a organizar a assistência e facilitar a comunicação dos profissionais que atuam no programa (CURITIBA, 2004).

O Grupo de Atividade Física é uma das estratégias do PAHAS para o tratamento não medicamentoso da HAS. Inicialmente, o objetivo deste grupo na Unidade do Coração era a realização de encontros semanais para a prática da atividade de caminhada. Assim, a equipe da referida unidade organizou estes encontros para realização desta atividade, que era acompanhada por auxiliares de enfermagem e/ou agentes comunitários de saúde.

Com a inserção de fisioterapeutas na Rede de Atenção Básica à Saúde do município de Curitiba, os mesmos passaram a coordenar os encontros para a prática da caminhada, realizados no parque ecológico que fica situado na comunidade.

Durante o encontro eram realizados exercícios de alongamento, orientações para a prática da caminhada e a caminhada em si de forma supervisionada. Primeiramente, o profissional conduzia exercícios de alongamento, em seguida, a caminhada em si, e por fim, fazia orientações sobre os benefícios da continuidade das caminhadas nos demais dias da semana e sobre o desenvolvimento de outros hábitos saudáveis necessários ao tratamento da HAS. Quando necessário, aferia a pressão arterial dos participantes e repassava informações acerca da assistência à saúde na Unidade do Coração, contando com o suporte de auxiliar de enfermagem e/ou agente comunitário de saúde.

Em 2004, devido à ausência do fisioterapeuta na Unidade do Coração, apenas os agentes comunitários de saúde e/ou auxiliares de enfermagem passaram novamente a acompanhar usuários com HAS na atividade de caminhada. E, por sua vez, relatavam dificuldades para orientar/supervisionar esta prática e associavam tais dificuldades à falta de conhecimentos sobre a prática de atividade física.

Naquele mesmo ano, a Equipe de Saúde da Família da Unidade do Coração passou a contar com apoio de um terapeuta ocupacional⁶. Visto as dificuldades enfrentadas para a realização do encontro semanal, este profissional passou a assumir a coordenação do encontro com apoio de um auxiliar de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde e um técnico em higiene dental.

Sob a coordenação do terapeuta ocupacional foram incluídas, na dinâmica do encontro semanal, outras práticas de atividade física/práticas corporais que não a caminhada em si. Isto é: exercícios de respiração, concentração e consciência corporal, atividades recreativas, dinâmicas de grupo, atividades festivas, orientações para atividades de vida diária e de lazer, que também contemplava os alongamentos vivenciados durante alguns dos exercícios de respiração e consciência corporal. A pressão arterial dos participantes era aferida antes e após a prática de atividade física.

Ademais, os exercícios de respiração, concentração e consciência corporal eram utilizados como métodos preparatórios para as atividades recreativas e/ou

⁶ Na época, este profissional estava lotado no Distrito Sanitário Portão (ainda não existia o Distrito Sanitário da Cidade Industrial de Curitiba- CIC) e atendia a mais três unidades de saúde. Em 2005 o mesmo foi desligado da Prefeitura Municipal de Curitiba, devido ser aprovado em Concurso Público para o exercício da docência. Entretanto, continuou na coordenação desses encontros semanais enquanto supervisor de Estágios Supervisionados em Terapia Ocupacional. O mesmo é um dos autores desta pesquisa e continua na coordenação de um dos encontros semanais existentes atualmente.

dinâmicas de grupos, visto que estas possuíam exigência cardiovascular de leve a moderada e eram analisadas anteriormente de forma a graduar tal exigência, bem como adaptá-la de acordo com as potencialidades, necessidades e/ou limitações dos participantes presentes.

A caminhada passou a ser uma prática de atividade física que o usuário realizava de forma autônoma e individual e/ou em dupla, em trio-pequenos grupos. No encontro semanal, o participante era orientado constantemente sobre os benefícios da regularidade desta prática e sobre as condutas pessoais adequadas para a sua realização, como por exemplo, vestuário adequado, necessidade de alongamento muscular, duração e ritmo da caminhada.

Ao final de cada encontro, o terapeuta ocupacional convidava os participantes para refletirem sobre as relações existentes entre as atividades vivenciadas durante o encontro e a relação destas atividades com o cotidiano dos mesmos para o enfrentamento da HAS.

No mesmo ano o terapeuta ocupacional articulou junto a um Curso de Terapia Ocupacional de uma Instituição de Ensino Superior o convênio para estabelecimento de parcerias para o desenvolvimento de atividades formativas na modalidade de Estágio Supervisionado. O técnico em higiene dental permaneceu nos encontros até 2005.

Assim de 2002 a 2005 a Unidade do Coração contava apenas com um encontro semanal voltado aos usuários com HAS. Entre 2006 e 2008 foram implantados outros encontros semanais coordenados por fisioterapeutas, mas aqueles não aconteciam regularmente. Em 2009, com a criação dos NAAPS, houve a inserção do profissional da Educação Física nos encontros semanais. A dinâmica do encontro semanal com este profissional envolve basicamente a realização de exercícios de alongamento e atividades aeróbicas. Pela característica marcante das atividades aeróbicas que ocupam o maior período de tempo do encontro, neste existe uma concentração maior de jovens e adultos. O profissional da Educação Física coordena sozinho o encontro e esporadicamente conta com suporte de um auxiliar de enfermagem e/ou agente comunitário de saúde.

Desde março de 2009, a Unidade do Coração conta com a realização de três encontros semanais onde ocorre a prática de atividade física supervisionada. Orientam e supervisionam estes encontros o fisioterapeuta, a profissional de Educação Física e o terapeuta ocupacional. Estes encontros se assemelham pela

prática da atividade física/práticas corporais e se diferenciam pelas 'modalidades' da prática de atividade física. Enquanto nos encontros com a profissional da educação Física o foco é em atividades aeróbicas, nos encontros com o fisioterapeuta o foco é em atividades de alongamento e fortalecimento muscular. Já no encontro com o terapeuta ocupacional, o foco é em exercícios de respiração, concentração e consciência corporal, e em atividades recreativas e dinâmicas de grupo.

É importante salientar que estes profissionais buscam desenvolver estas práticas de acordo com os princípios do processo de educação em saúde. Neste processo, espera-se que a aquisição do conhecimento permita mudanças no comportamento com ênfase no autocuidado (CURITIBA, 2004).

3.2 SELEÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Inicialmente foram selecionados para participar da pesquisa seis indivíduos com HAS, o gestor da Unidade do Coração e cinco profissionais da saúde. Os profissionais da saúde selecionados para participar do estudo foram: o auxiliar de enfermagem, a agente comunitária de saúde, a fisioterapeuta, a profissional da Educação Física e a médica.

Já para a seleção dos indivíduos com HAS foi adotado o método de variação máxima (*maximum variation sampling*) apresentado por Patton (1990), sendo adotados os seguintes critérios: (1) dois indivíduos que tenham ambos o maior tempo inscrito no programa e que possuam o menor número de faltas nos encontros semanais no último semestre; (2) dois indivíduos que tenham ambos o maior tempo inscrito no programa e que tenham o maior número de faltas nos encontros semanais no último semestre; (3) dois indivíduos que desistiram do programa. Embora tenhamos buscado entrevistar o mesmo número de homens e mulheres para cada um dos critérios acima estabelecidos, isto não foi possível, devido à baixa participação de homens nos encontros semanais. Desta forma, entrevistamos dois homens e quatro mulheres.

Os critérios descritos acima para a seleção de sujeitos possibilitou explorar uma diversidade de perspectivas sobre as principais barreiras e facilitadores para a prática da atividade física, que ocorre nos encontros semanais.

3.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Cada um dos sujeitos da pesquisa foi convidado a participar do estudo e em seguida agendado dia, horário e local em que aconteceria a entrevista. Posteriormente, no dia, horário e local agendado, o participante assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice B) e foi entrevistado por um período aproximado de uma hora, utilizando-se de um Roteiro de Entrevista (Apêndice A).

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas *verbatim*, buscando-se assim garantir a qualidade dos dados a serem analisados.

As categorias iniciais de análise foram as seguintes: (1) facilitadores para a aderência à prática regular da atividade física que ocorre nos encontros semanais; (2) barreiras para a aderência à prática regular da atividade física que ocorre nos encontros semanais; (3) estratégias utilizadas para a amenização das barreiras; (4) sugestões para o aperfeiçoamento do programa; (5) barreira encontrada na ação profissional para promover a prática regular de atividade física, junto ao indivíduo com hipertensão arterial (6) facilitadores encontrados na ação profissional para promover a prática regular de atividade física, junto ao indivíduo com hipertensão arterial. Salientamos que estas foram apenas categorias iniciais de análise.

Para cada uma destas categorias foram criadas novas categorias a partir dos principais temas que emergiram das falas dos sujeitos. Por exemplo, se porventura um ou vários dos participantes falaram de “compromissos familiares” ou de “necessidades de cuidar de netos” enquanto importantes barreiras para a sua assiduidade nos encontros semanais do Grupo de Atividade Física, uma categoria com o mesmo nome ou nome parecido foi criada para análise dos dados dentro deste tópico.

A análise inicial dos dados foi feita para cada um dos participantes em específico, levando-se em consideração as peculiaridades e complexidades experienciadas por cada sujeito. Após este procedimento, realizamos uma análise cruzada dos dados dos diferentes sujeitos, buscando examinar as diferenças e similaridades entre os mesmos.

No decorrer das análises foram elaborados memorandos onde fomos registrando nossos pensamentos sobre os temas emergentes, levantando pontos a

serem explorados e sintetizando os achados da pesquisa (BODGAN; BIKLEN, 1994; ALVES-MAZZOTTI; GEWANDZNAJDER, 2004).

3.4 QUESTÕES ÉTICAS

Primeiramente entramos em contato com o gestor da Unidade do Coração para averiguar a possibilidade do desenvolvimento da pesquisa. Como este se mostrou favorável à mesma, submetemos e aprovamos o projeto de pesquisa junto ao Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o Registro CEP/SD 699.034.09.05 e CAAE 0014.0.091.085-09 (ANEXO). A seguir, solicitamos a autorização ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba via protocolo nº 65/2009, o qual exarou parecer de viabilidade favorável ao desenvolvimento da pesquisa. Logo após, selecionamos os sujeitos do estudo a partir dos critérios anteriormente descritos, entramos em contato com os mesmos para explicar-lhes a nossa intenção de pesquisa.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), onde formalmente prestamos informações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e pedimos a sua autorização para a sua participação na mesma. Neste consentimento também pedimos autorização para a gravação das entrevistas, utilização de seus depoimentos e publicação e apresentação dos resultados em forma de dissertação e em artigos e comunicações em congressos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assegurou aos participantes que as informações as quais eles pedissem sigilo não seriam utilizadas, mesmo que o pesquisador julgasse que as mesmas fossem relevantes para os objetivos da investigação. Ele assegurou também aos participantes o seu anonimato, tendo em vista que eles exporiam suas concepções pessoais sobre o assunto. Além disto, ele também garantiu aos participantes a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento que desejassem.

O referido termo foi assinado pelos participantes e pesquisadores em duas vias, sendo que uma permaneceu com os pesquisadores e a outra com o sujeito pesquisado, o que garantiu aos participantes o acesso às formas de contato

(horários de fácil acesso, telefone, endereço e e-mail) com o pesquisador caso tivessem dúvidas ou solicitações relativas à investigação.

Os participantes da pesquisa foram nomeados de 'usuário(a)' - termo utilizado para se referir aos indivíduos que utilizam os serviços do SUS-, profissionais da saúde e autoridade sanitária local - termo utilizado para se referir ao gestor de uma Unidade Municipal de Saúde.

4 ACHADOS DO CAMPO

As informações que serão apresentadas a seguir estão organizadas da seguinte forma: (1) perfil dos sujeitos da pesquisa; (2) facilitadores para a aderência à prática regular da atividade física supervisionada; (3) barreiras para a aderência à prática regular da atividade física supervisionada; (4) facilitadores e/ou barreira para a aderência à prática regular da atividade física supervisionada; (5) sugestões para o aperfeiçoamento do programa de assistência ao indivíduo com HAS. Conforme explicamos no capítulo metodológico, durante a coleta de dados buscamos também as estratégias utilizadas pelos indivíduos para superar as barreiras encontradas para a prática da atividade física supervisionada. Desta forma, logo após cada barreira apresentada, citaremos as estratégias que foram mencionadas.

Para identificação das falas dos sujeitos da pesquisa, os mesmos serão indicados da seguinte forma no texto que apresentaremos a seguir:

- os seis indivíduos com HAS serão identificados por pseudônimos seguidos da idade e do termo 'usuário(a)';
- os profissionais da saúde serão identificados por um pseudônimo seguido de sua idade e da categoria profissional a que pertence.
- o gestor será identificado por um pseudônimo seguido de sua idade e do termo 'autoridade sanitária local'.

4.1 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Considerando que participaram da pesquisa indivíduos com HAS, profissionais da saúde e gestor da Unidade do Coração, optamos por apresentar os perfis em três momentos: primeiro o perfil dos indivíduos com HAS; em seguida, o dos profissionais da saúde; e por fim, o do gestor.

Assim temos os seguintes perfis dos indivíduos com HAS:

Rosa é uma usuária que tem 65 anos de idade, estudou até a 4ª série do ensino fundamental, não possui renda e mora com seu esposo e filho em casa própria. Ela foi diagnosticada com HAS há trinta anos, mas não recorda a data de

sua inscrição no Programa de HAS e nem a data que iniciou a prática regular de atividade física. Começou a participar dos encontros semanais do Grupo de Hipertensos da Unidade do Coração em 2004. É uma usuária presente nos encontros semanais que ocorrem na sexta-feira. Mantém uma participação ativa durante as atividades que são desenvolvidas durante o encontro.

Antúlios é um usuário que tem 68 anos idade, estudou até a 4ª série do ensino fundamental, possui renda de dois salários mínimos e mora com esposa e filhos. Em 1999 foi diagnosticado com HAS e inscrito no Programa de HAS. Inicialmente fez uso de medicação para controle da pressão arterial e somente em 2006 começou a freqüentar os encontros semanais do Grupo de Hipertensos da Unidade do Coração. Este usuário participa nos encontros semanais coordenados pelo terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e profissional da Educação Física, sendo mais presente neste último, que oferece atividades com intensidade moderada/pesada.

Violeta é uma usuária de 78 anos de idade, que não freqüentou escola, possui renda de um salário mínimo e mora com o filho, a nora e um neto adolescente. Não recorda quando foi diagnosticada com HAS tampouco de quando foi inscrita no programa de HAS. Recorda apenas que iniciou a prática regular de atividade física em 2004, quando iniciaram os encontros semanais coordenados pelo terapeuta ocupacional da Unidade do Coração. É uma usuária que participa ativamente dos encontros semanais coordenados pelo fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, com presença mais intensa neste último.

Margarida é uma usuária de 72 anos de idade que não freqüentou escola, não possui renda e mora com o marido e filhos. Foi diagnosticada com HAS por volta dos 41 anos de idade. Iniciou a prática regular de atividade física em 2002 quando foi inscrita no programa de HAS da Unidade do Coração. Sua participação nos encontros semanais é ativa. Prefere participar dos encontros que ocorrem na sexta-feira, por estes envolverem atividades de intensidade leve e pela amizade que tem com participantes que freqüentam neste dia.

Crisântemo, é um usuário de 79 anos de idade que cursou até a 4ª série do Ensino Fundamental, possui renda de até dois salários mínimos e vive com a família. Relata que foi diagnosticado com HAS e inscrito no Programa de HAS em 2001, mas somente em 2006 iniciou a prática regular de atividade física. Permanece mais engajado nos encontros que coordenado pela profissional da Educação Física,

por estes envolverem atividade de intensidade moderada/pesada e mais individualizada.

Palmira é uma usuária de 58 anos de idade que conclui o primeiro grau. No momento não possui renda - está desempregada - e mora com o marido e filhos. Foi diagnosticada com HAS e inscrita no Programa de HAS em 2005 e, logo em seguida iniciou a prática regular de atividade física. É uma usuária que desistiu dos encontros semanais e associa a sua desistência ao horário em que estes acontecem. Entretanto, possui o hábito da prática de atividade física – caminhadas – e a realiza logo ao amanhecer do dia.

Em linhas gerais, os seis indivíduos com HAS entrevistados, são usuários da Unidade do Coração, com idade entre 58 e 79, sendo quatro do sexo feminino e dois do sexo masculino. O grau de escolaridade variou entre o analfabetismo e o 1º grau completo. Referente à renda, apenas um indivíduo do sexo feminino possui renda (um salário mínimo) e todos os indivíduos do sexo masculino possuem renda de até dois salários mínimos. O indivíduo com maior tempo de diagnóstico é de trinta e um anos e o de menor tempo é de quatro anos. O maior tempo de inscrição no programa é de aproximadamente nove anos e o de menor tempo é aproximadamente de quatro anos. É relevante destacar que a data de inscrição no programa não necessariamente é a de início da participação nos encontros semanais do Grupo de Atividade Física. O maior de participação nos encontros semanais é de aproximadamente oito anos e o menor aproximadamente quatro anos.

Em relação aos profissionais da saúde que foram entrevistados, todos atuam junto ao Programa de Assistência ao indivíduo com HAS, a saber:

Cristovão tem 44 anos de idade, é Auxiliar de Enfermagem, concluiu 2º grau completo. Atuou em outras unidades municipais de saúde com indivíduos com HAS. Iniciou suas atividades profissionais na Unidade do Coração em 2005. Desde então, ele acompanha o Grupo de Hipertensos nos encontros semanais e em outras atividades externas à Unidade do Coração, como por exemplo, passeios e viagens.

Olímpia tem 41 anos de idade, é profissional da Educação Física e está cursando Especialização em Saúde Coletiva. Iniciou suas atividades profissionais na Unidade do Coração em março de 2009 e é a primeira vez que atende indivíduos com HAS. Coordena encontros semanais com o Grupo de Hipertensos desde o final de março de 2009. Esta profissional foi inserida na equipe multiprofissional que

acompanha os indivíduos com HAS da Unidade do Coração por meio da criação dos NAAPS.

Sônia tem 29 anos de idade, é fisioterapeuta. Iniciou a sua prática profissional na Unidade do Coração em novembro de 2008, sendo que atua em programas de assistência a indivíduos HAS desde março de dois mil e sete. Afastou-se do acompanhamento do Grupo de Atividade Física devido à inserção do profissional da Educação Física, que assumiu tal responsabilidade. Faz parte do NAAPS e coordena um dos encontros onde se vivencia a prática de atividade física, denominado 'Grupo Escola de Coluna', onde existe a participação de indivíduos com HAS.

Maria tem 45 anos de idade, é Agente Comunitário de Saúde e possui 2º grau completo. Iniciou suas atividades profissionais em 26 de junho de 2000, quando começou a atuar com pessoas com HAS na Unidade do Coração. Acompanha alternadamente encontros semanais do Grupo de Atividade Física, onde desenvolve oferece suporte ao profissional que coordena o encontro. Ela é responsável, juntamente com os demais agentes comunitários de saúde da Unidade do Coração, pela divulgação aos usuários da referida unidade de saúde, do cronograma de atividade do Grupo de Atividade Física e demais informações relativas ao Grupo de Hipertensos.

Dulce tem 46 anos de idade, é médica e possui especialização em saúde coletiva (Saúde da Família). Iniciou suas atividades profissionais na Unidade do Coração em outubro de 2006, sendo que já possuía experiência profissional com indivíduos com HAS.

A idade dos profissionais entrevistados situa-se entre 29 e 46 anos. Quatro profissionais são do sexo feminino e um do masculino. Ao considerar a escolaridade temos: dois profissionais de nível médio; um profissional com nível superior; um profissional com nível de pós-graduação *lato-senso*; um profissional cursando a pós-graduação *lato-senso*. O profissional com maior tempo de atendimento no programa é de aproximadamente quatro anos e o com menor tempo e de aproximadamente nove meses. Apenas a profissional de educação Física não teve experiências profissionais com indivíduos com HAS antes de iniciar a sua prática profissional junto a estes indivíduos.

O gestor participante da pesquisa apresenta o seguinte perfil:

Tereza tem 49 anos de idade, é enfermeira e atualmente exerce o cargo de Autoridade Sanitária Local da Unidade do Coração. Atua com indivíduos com HAS desde 1987. Iniciou suas atividades gerenciais em 15 de janeiro de 2009. Ela é a responsável por coordenar a equipe multiprofissional da Unidade do Coração em suas atividades, bem as atividades de outros profissionais que atuam na Unidade do Coração, como por exemplo, a fisioterapeuta e a profissional da Educação Física que são do NAAPS e o terapeuta ocupacional que é supervisor de estágio—convênio entre uma Instituição de Ensino Superior e a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

4.2 FACILITADORES PARA A ADERÊNCIA À PRÁTICA REGULAR DA ATIVIDADE FÍSICA SUPERVISIONADA

De acordo com os dados levantados, observou-se que **o grupo, os benefícios à saúde, a prática orientada/supervisionada e a prescrição médica** são os principais facilitadores para indivíduos com HAS aderirem à prática regular da atividade física que ocorre nos encontros semanais do Grupo de Atividade Física da Unidade do Coração.

Os profissionais da saúde e o gestor da Unidade do Coração convergiram para o **trabalho em equipe** como um facilitador para as ações de promoção da prática regular de atividade física. A seguir apresentaremos cada um destes fatores com mais detalhes.

4.2.1 O grupo

Na perspectiva dos indivíduos com HAS que foram entrevistados, o fato da atividade física acontecer em grupo facilita a sua aderência à prática. Vejamos, por exemplo, as seguintes passagens:

[A atividade em grupo] Facilita [...]. Ah! Eu fico feliz, nossa [...] Dá vontade, eu não vejo a hora que eu, que me levanto, que tomo meu banho, me troco e saio [...] tudo feliz, passo meu desorantinho [...] e vou. (Margarida, 72 anos, usuária)

Muito bom lá porque é bom [...], as pessoas dão muita atenção para gente né? Eu gosto muito de ir lá, eu me sinto muito contente quando eu vou! [...]. O grupo é importante, muito bom, é muito bom mesmo. (Rosa, 65 anos, usuária)

É muito importante [...] nos ajuda né? Um encontro que a gente se sente bem quando estamos todos juntos inclusive eu aconselho as pessoas que sigam que façam, é muito bom mesmo. (Crisântemo, 79 anos, usuário)

Na medida em que os usuários gostam da prática, estes a recomendam para outros, conforme a fala supracitada. Evidencia em estudo realizado por Cardoso *et al.* (2008) em que, “o relacionamento foi o motivo que apresentou maior frequência, salientando que o convite de outras pessoas (amigos, vizinhos, colegas de grupo de convivência e família) pode ser efetivo para o engajamento” de idosos em programas de atividade física.

Os encontros semanais do grupo de hipertensos para a prática de atividade física oferecem aos participantes a oportunidade de conversarem sobre assuntos de seu interesse e de desabafarem seus problemas:

Para mim é bom porque se reúne com tudo o grupo lá [...] com todas as amigas [...]. Eu converso com todos, pra mim é uma boa por que daí eu desabafo o que tem por dentro. (Violeta, 78 anos, usuária)

Melhora, melhora por que areja a mente da gente, ‘alimpa’, às vezes a gente desabafa com a alguma pessoa. (Margarida, 72 anos, usuária)

Para alguns dos entrevistados, a oportunidade de conversar com seus colegas parece ser inclusive mais importante do que a própria atividade física. As trocas com seus pares parecem lhes animar tanto para a ginástica em si, quanto para outras atividades do dia-a-dia.

Ai eu converso, eu converso bastante com as pessoas e, e eu fico mais animada, eu já estou animada pra fazer a ginástica, as coisas né? E aí eu fico melhor fico bem mesmo. (Rosa, 65 anos, usuária)

As conversas parecem ajudar a acalmar e a “desestressar” alguns dos entrevistados.

Porque preciso [...] cuidar da minha saúde, não se preocupar, não ficar nervosa, estressada, por causa que eu estou lá no grupo por causa disso. (Violeta, 78 anos, usuária)

Eu gosto muito de ir, e ver as pessoas, todas as pessoas [...]. Fico bem, vejo pessoas que eu gosto também [...]. Ajuda a acalmar. Fico mais calma. (Rosa, 65 anos, usuária)

A vontade de alguns dos entrevistados de construir/manter laços afetivos e de receber e doar suporte aos seus colegas, os anima para os encontros semanais.

Ah! Eu acho que é importante, a gente tem muita amizade né? Faz amizade com eles [...]. A gente estar junto, a gente estar aqui com a família de Deus, ali tudo junto, unido né? Que ali é muito bom, estar junto. (Margarida, 72 anos, usuária)

Ajuda porque se reúne é, conversa né? E bate papo [...]. O que motiva bastante encontrar [...] a pessoa [...] vê como é que está. A gente vive numa comunidade [...] e a gente tem que se unir né? Praticar, ajudar as pessoas [...] às vezes a pessoa está triste, você vem e dá uma palavra de conforto de amizade. (Palmira, 58 anos, usuária)

Alguns dos entrevistados freqüentam os encontros semanais como forma de diminuir o isolamento social, fator este que segundo eles próprios, é predisponente para diversas doenças, como relatado abaixo:

O afeto com o pessoal, isso é muito bom para a pessoa. Você não fica mais isolado, que isso aí é um fator que, gera doença para as pessoas. O isolamento, o ser humano não tem condição de ficar isolado, isolou-se está doente. (Antúlios, 68 anos, usuário)

Neste sentido, relatos dos profissionais da saúde e da gestora também revelam a importância do grupo. De acordo com os relatos, o grupo é um facilitador eficaz na medida em que promove a interação social e a motivação para participação nos encontros semanais.

Como é contato que eles têm lá dentro, a amizade [...] da convivência em grupo né? É, e acaba sendo uma parte social da vida deles [...] que eles têm toda semana, além da igreja e da família (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Na tua, na Terapia Ocupacional mesmo, na sexta-feira é o que mais vai, é as pessoas da hipertensão e o pessoal terceira idade [...]. Eles participam mais, são mais assíduos, enfim até pelo fato é deles se encontrarem, da amizade que eles já têm com todos, com você [terapeuta ocupacional] [...] tornou uma segunda família lá no parque. Na sexta-feira é dia de se encontrar com todo mundo, você que quando chega todo mundo se abraça, se beija. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Primeiro começa pela motivação, você fazer tudo o que você precisa fazer sozinho é muito chato requer uma disciplina muito [...]. Agora quando você está em grupo é diferente, você divide suas angústias, suas alegrias e, quando você consegue dividir o fardo fica menor sabe?! Então é sempre muito bom. (Tereza, 49 anos, autoridade sanitária local)

Outro aspecto levantado pelos usuários é que, o fato da atividade ser feita em grupo gera um senso de segurança.

No grupo a pessoa se sente mais protegido [...]. Sozinho é mais difícil porque daí você se vê sozinho num meio que você às vezes fica pensando [medo, receio se o local é seguro] se não sabe se vai ou volta, o que você faz então isso é complicado. (Antúlios, 68 anos, usuário)

O grupo também oferece oportunidade de resignificação do cotidiano, principalmente no caso dos idosos. A participação no grupo oferece para idosos a oportunidade de perceberem que existem novas possibilidades para as suas vidas.

Eu acho que esta interação sabe, porque aquilo que eu te disse: ele [idoso] já é uma pessoa que não trabalha mais, ou está aposentado ou está sozinho em casa. Então ele participar, é ele está reencontrando pessoas, ele está fazendo vínculo com as pessoas, está desenvolvendo este afeto, esta ligação com outra pessoa, tanto com profissionais como com os outros idosos, também que são da mesma faixa etária que tão passando uma mesma situação de vida. (Dulce, 46 anos de idade, médica)

A gente teve um senhor que ele contava, [...] que ele, a vida dele, a família dele é a participação no grupo. Porque antes ele só ficava em casa, levantava, tomava café, sentava no sofá e comia, deitava e mudou. Então para ele, a qualidade de vida dele foi outra né?! (Tereza, 49 anos, autoridade sanitária local)

Outras pesquisas demonstram o papel do grupo para a manutenção da prática da atividade física (FREITAS *et al.*, 2007; NUNOMURA, 1998; OKUMA, 1998; SUZUKI, 2005). Ou seja, as amizades e o senso de pertencimento a um grupo são fundamentais para motivar a participação das pessoas em programas de atividade física. Podemos citar também, Eiras *et al.* (2010), Okuma (1998), Souza e Vendruscolo (2010a) e Souza e Vendruscolo (2010b) que, desenvolveram estudos qualitativos sobre a participação de indivíduos em programas de atividades físicas e também chegaram a conclusão que, no caso de idosos, o grupo é o fator mais importante para a manutenção da prática da atividade física. Conforme apontam esses autores, o convívio em grupo lhes proporciona troca de experiências, conhecimentos, afetos e suporte, que nem sempre teriam acesso se não fosse pela

sua inserção no programa de atividade física. Isto tudo em contrapartida, lhes ajuda a vislumbrar novas possibilidades e significados para as suas vidas.

4.2.2 Os benefícios à saúde

Os participantes da pesquisa citaram os benefícios à saúde enquanto um importante motivador para a prática da atividade física. Ao falarem de saúde, referiram-se a diferentes dimensões desse termo. Ou seja, não falaram somente sobre aspectos biológicos, mas também psicológicos e sociais. Referiram-se também tanto a questões amplas tais como a melhoria de qualidade de vida e bem estar geral físico e mental, quanto a questões pontuais como a diminuição da necessidade de uso de medicamentos.

Uma grande maioria deles que foram e que continuam participando, quê que foi? A primeira coisa se sentiram bem [...] acharam que melhorou a condição física [...] vamos dizer que os movimentos é deles melhoraram [...]. Além da melhora geral da capacidade física deles e tal, tem a parte sentimental. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Motiva [...] eu mim sinto bem e fisicamente também. Eu sinto uma diferença muito grande e renova, me sinto um jovem fazendo as atividades [...]. Depois que eu comecei fazer, inclusive eu tomava três comprimidos e o médico foi tirando até o final [...]. Eu não tomo mais medicamentos. (Crisântemo, 79 anos, usuário)

É bom prá tudo! [...] Principalmente né? Saúde em geral! (Palmira, 58 anos, usuária)

Acho que principalmente a qualidade de vida melhor. (Sônia, 29 anos, fisioterapeuta)

Motiva é que eu sinto, que eu mim sinto bem e fisicamente também. Eu sinto uma diferença muito grande e renova, me sinto um jovem fazendo as atividades. (Crisântemo, 79 anos, usuário desistente)

Esse bem estar físico e mental aparentemente melhora a disposição para atividades de autocuidado, afazeres domésticos, trabalho e viagens. É como se a atividade física funcionasse como um “energizador”:

Aí eu volto feliz, aí eu tenho um apetite pra fazer um almoço, fazer uma comida certa, um café, até mesmo um bolo, qualquer coisa que eu tenho que fazer. (Margarida, 72 anos, usuária)

A gente melhora, eu melhora, saio bem mais leve, fico bem melhor nas atividades em casa, no serviço, mais leve. (Rosa, 65 anos, usuária)

Aí eu me sinto bem, bem pra trabalha, prá teu governo, dorme bem, tem disposição pra sair, até pra trabalhar [...] de carpintaria, de pedreiro, de motorista. Eu pego um carro agora, [...] e vamos pro norte [Norte do Paraná], vou dirigindo sem problema. (Antúlios, 68 anos, usuário)

Outros aspectos, considerados como benefícios à saúde e que, se constituem como facilitadores para a prática da atividade física são a perda de peso e o controle da pressão arterial e da glicemia.

Bom eu acho que [...] na questão da hipertensão melhora. Eles têm também a questão da perda de peso, [...] da glicemia também ela já baixa um pouco. (Maria, 45 anos, agente comunitária de saúde)

Você vem aqui verificar sua pressão e ela deu uma diminuída, ela deu uma estabilizada, lógico que isso é motivação. (Tereza, 49 anos, autoridade sanitária local)

Outro benefício à saúde gerado pela prática da atividade física que foi citado refere-se à auto-estima dos usuários, conforme podemos perceber nas passagens abaixo:

Porque eles se sentem bem, faz bem pra saúde, faz bem pra auto estima deles. (Maria, 45 anos, agente comunitária de saúde)

Porque eles relatam mesmo que, quando eles persistem, eles ficam, se sentem bem, se sentem motivados, se sentem melhor, mais alegres e tudo mais. (Sônia, 29 anos, fisioterapeuta)

Por fim, tanto a profissional da Educação Física quanto a fisioterapeuta enfatizaram que, a partir do momento que o usuário desenvolve um pouco de condicionamento físico, que é um benefício da prática regular de atividade física à saúde e supera o período de adaptação à atividade, este se sente mais motivado para a prática.

Com a prática eles vão se condicionando e querendo cada vez mais. (Olímpia, 41 anos, profissional da Educação Física)

A partir do momento que ele passa [...] aquele período inicial, mas crítico de adaptação à atividade física regular [...] ele começa a tomar gosto pela atividade física e ele percebe e começa a vê [...] que é a melhora da pressão arterial, é a melhora da condição geral, ele começa a emagrecer [...] isso daí tende a estimular ele cada vez mais em querer ficar cada vez melhor. (Sônia, 29 anos, fisioterapeuta)

O bem-estar físico e mental gerado pela participação em programas de atividade física é citado como importante fator de manutenção da prática de atividade física também em outros estudos tais como Eiras *et al.* (2010), Freitas *et al.* (2007), Okuma (1998), Souza (2006), Souza e Vendruscolo (2010a, 2010b) e Suzuki (2005).

4.2.3 A prescrição médica

Usuários e profissionais da saúde entrevistados falaram da prescrição médica enquanto um facilitador para a prática da atividade física.

Que a pessoa às vezes não vai simplesmente por ir, mas alguns vão porque é uma indicação médica, o médico falou “é melhor você ir para você melhorar” ou coisa parecida. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Sempre, quando o médico manda é muito mais fácil a adesão deles. Quando o médico fala “tem que fazer atividade, tem que estar em tal lugar”, [...] eles acreditam muito mais quando o médico manda, só vem por que o médico mandou. (Olímpia, 41 anos, profissional da Educação Física)

Então é a questão de precisa cuidar da pressão arterial, o médico mando né? Um intimado do médico! (Sônia, 29 anos, fisioterapeuta)

Eu entrei porque fiquei internada por causa da minha perna que travou né? [...] Então o médico falou que eu tenho de caminhar e fazer física [...] que se voltar tem de operar e eu não quero [...]. É, porque o médico falou pro meu filho que se eu não fazer caminhada e alongamento, ela volta daí tem de operar porque daí já vi gente na cadeira de roda operar da coluna e eu não quero. (Violeta, 78 anos, usuária)

Nestes relatos, é possível perceber o quanto a prescrição médica pode influenciar o indivíduo na tomada de decisão para iniciar a prática de atividade física. Outros estudos também apontam a prescrição médica como fator importante para a adesão à atividade física. Santos e Knijnik (2006), por exemplo, ao investigar as questões motivacionais para adesão à prática da atividade física em adultos verificou que a prescrição médica foi o maior motivo de adesão. Já Freitas *et al.* (2006) concluíram que 56,7% dos 120 idosos que participaram em sua pesquisa apontaram a prescrição médica como motivo de adesão.

4.2.4 O trabalho em equipe

A assistência dos profissionais da saúde aos usuários com HAS da Unidade do Coração é facilitada pelo trabalho em equipe.

Eu acho que principalmente uma equipe [...] que sustenta. Eu acho que é o maior facilitador [...] é ter uma equipe não só de enfermagem, uma equipe médica, mas também agora com o NAAPS [...]. Então acho que a maior facilidade de trabalhar agora o grupo de hipertensos é também ter esse grupo, essa equipe somando à atividade. Então fica mais fácil ainda de você lidar. (Sônia, 29 anos, fisioterapeuta)

Este trabalho em equipe é colaborativo, onde cada um tem seu papel fundamental. Por exemplo, para a ação de divulgação e captação de usuários para a participação nos encontros semanais, os profissionais que coordenam os encontros recebem auxílio dos profissionais das Equipes de Saúde da Família da Unidade do Coração.

Por que daí existe a colaboração [...] da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, para divulgar, para captar as pessoas. (Olímpia, 41 anos, profissional da Educação Física)

De acordo com uma das entrevistadas, na etapa de divulgação e captação de usuários faz-se importante que a equipe de profissionais tenha uma comunicação o mais homogênea possível para evitar a difusão de informações inconsistentes e confusas e para potencializar as ações dos diferentes profissionais.

O mesmo convite que eu faço, eles [demais profissionais da equipe de saúde] fazem. A orientação que eu faço, eles também fazem, meio que parecido, para a gente conseguir com que eles [os usuários] vão, que eles aceitem e voltem ao grupo. (Maria, 45 anos, agente comunitária de saúde)

A presença de profissionais especializados orientando a prática da atividade física tem sido um facilitador para o êxito da prática do agente comunitário no que diz respeito à captação de usuários para os encontros semanais.

Facilitam, porque daí eles fazem também as atividades deles, e através do convite da gente e da ajuda dele às vezes a gente consegue ter êxito nos convites. (Maria, 45 anos, agente comunitária de saúde)

O agente comunitário de saúde supracitado nos remete a uma realidade anterior aos encontros semanais onde ocorre hoje a prática de atividade física supervisionada. Até 2002, os usuários caminhavam no parque sem orientação especializada. A partir da criação dos encontros semanais coordenados por profissionais da saúde o convite para a prática da atividade física se tornou mais atrativo, uma vez que a partir de então a caminhada passou a ser feita não apenas para se exercitar, mas para se vivenciar de forma assistida uma prática de cuidados com a saúde.

A médica entrevistada também apontou para a importância de se ter profissionais que ofereçam a prática de atividade física supervisionada:

Isto não tem dúvida, facilita! Você ter este apoio, esta retaguarda, [...] está indicando e tendo alguém que ofereça este serviço. É bem diferente de você está indicando e não ter esta oferta deste serviço para o paciente. É então facilitou bastante o fato de ter esta equipe preparada. (Dulce, 46 anos, médica)

A fala acima mais uma vez evidencia o quanto o trabalho em equipe contribui para que se possa oferecer uma assistência com mais qualidade aos usuários com HAS da Unidade do Coração. Não basta o médico para diagnosticar a HAS, prescrever medicações e encaminhar o usuário para outros tratamentos necessários, se não existirem profissionais capacitados para acolher e oferecer estas possibilidades de tratamento.

Conforme apontou o gestor entrevistado, para que o trabalho em equipe funcione, os profissionais necessitam de disponibilidade de tempo e iniciativa para atuar de forma conjunta, para se adaptarem a situações novas e para desenvolverem estratégias de resolução de problemas.

Eu acho que é bem interessante, por exemplo, [...] a fisioterapeuta fala: “gestora, eu não posso vir, mas o terapeuta ocupacional vai fazer determinada [atividade]”, então isso pra mim é gratificante enquanto gestora. Eu não ter que ficar falando, [...] ficar fazendo escala, [...] “você faz isso, você faz aquilo” -, não! A própria equipe vem, me comunica [...]. Facilita o entrosamento da equipe, a equipe ser sensibilizada, porque você trabalhar com o público, com saúde. (Tereza, 49 anos, autoridade sanitária local)

A gestora da Unidade do Coração acrescentou ainda que o trabalho em equipe demanda reuniões que oportunizem a resolução de situações conflituosas entre os profissionais, troca de experiências e comemorações.

As reuniões de equipe são muito importantes. Toda sexta-feira a gente tem uma reunião de equipe [...] onde é a lavagem da roupa suja [...]. Não passo só os informes [...] não é só cobrança. Às vezes tem reunião de equipe que eu falo: “Hoje nós vamos fazer festa”, porque o profissional também tem que se sentir acolhido pelo gerente sabe?! E a gente também sente falta disso e quando você vê, daí eu chamo numa reunião de equipe: “oh venha terapeuta ocupacional, venha falar um pouco do que você tá tendo dificuldade, venha conversar com a equipe”. É aonde a gente tem um momento nosso [...]. É importante você dar esse espaço para o profissional e daí, são outros profissionais que vêm sendo agregados a nossa turma né?! E ele tem o direito à voz, a vir falar. Essa interação tem que ter. (Tereza, 49 anos, autoridade sanitária local)

O trabalho em equipe exige dos profissionais uma atuação pautada em parcerias que facilitem a atuação dos mesmos. Por exemplo, os profissionais que coordenam os encontros semanais precisam estar em contato com profissionais da enfermagem e médicos em caso de alterações clínicas e/ou problemas com a medicação, com agentes comunitários de saúde para averiguar os motivos de ausências e desistências, com a gestora da unidade para encaminhamentos frente a problemas de espaço físico e de horários de funcionamento dos encontros, e/ou com responsáveis pelos equipamentos sociais para averiguar a disponibilidade de utilização destes para os encontros e para solucionar outros problemas que possam surgir no decorrer dos encontros.

4.2.5 A prática orientada/supervisionada

De acordo com os sujeitos da pesquisa, a presença dos profissionais de saúde nos encontros semanais para orientarem/supervisionarem a prática da atividade física se constitui em um facilitador para a participação de usuários. As explicações realizadas pelos profissionais da saúde durante os encontros semanais facilitam a compreensão dos usuários acerca da prática de atividade física.

Nossa e como ajuda! [...] Porque eles explicam pra gente direitinho como é que se tem que fazer o exercício [...] é bom sempre ter alguém da unidade,

explicações [...] que é bom assim fazer as atividades [...]. Ajuda bastante! Meu Deus! [...] Às vezes acontece alguma coisa com alguém e está ali a pessoa da unidade. (Palmira, 58 anos, usuária)

Exatamente, a orientação deles, é a atividade certa pra fazer, [...] senão você faz por tua conta, às vezes você está deslocando um nervo que você não precisava mexer daquele lado e você tá mexendo, [...]. Eu tenho até croquis que eu pego deles aqui, sabe como é que é aqueles desenho [...] aí você segue o folheto. (Antúlios, 68 anos, usuário)

Por que ali [referindo-se ao encontro coordenado pelo terapeuta ocupacional] tem mais explicação deles, que eles explicam as coisas pra gente [...]. Ajuda, nossa como ajuda, nossa. Minha idéia é outra, quando eu não tinha esse povo, [...] minha idéia parece que não era assim, muita coisa eu não entendia, muita coisa né? Mas agora muita coisa eu entendo. (Margarida, 72 anos, usuária)

Os relatos acima evidenciam a importância da presença de profissionais da saúde capacitados para coordenarem os encontros semanais. Para eles, a presença de profissionais da saúde nestes encontros tem contribuído para a realização desta prática de forma segura.

4.3 BARREIRAS PARA A ADERÊNCIA À PRÁTICA REGULAR DA ATIVIDADE FÍSICA SUPERVISIONADA

De acordo com as entrevistas, as principais barreiras para a participação dos usuários nos encontros semanais que envolvem a prática de atividade física são: **obrigações familiares, clima, consultas especializadas, problemas de saúde e problemas de comunicação/divulgação junto à comunidade**. Apresentaremos cada uma destas barreiras a seguir. Nos casos em que foram mencionadas estratégias e sugestões para a solução e/ou amenização de determinada barreira, elas serão apresentadas logo após a barreira em questão.

4.3.1 As obrigações familiares

As principais obrigações familiares identificadas como barreiras pelos participantes da pesquisa referem-se a “cuidados com outros”, “afazeres

domésticos” e “segurança da residência”. Explicaremos a seguir cada um destes itens.

Os **cuidados com outros** incluem atividades tais como tomar conta de netos, cuidar de familiares doentes, e/ou acompanhar alguém conhecido até o médico ou hospital:

Doença em casa, por exemplo, isso aí me tira daqui [...]. Eu acho que é esse aí o motivo que me desloca mais daqui, senão eu procuro está aqui. (Antúlios, 68 anos, usuário)

Bem, às vezes é acompanhar as minhas filhas que precisa ir ao hospital, a minha esposa, e acontece que naquele dia não tem como [participar da atividade física]. (Crisântemo, com 79 anos, usuário)

Então acabam faltando, aí você pergunta: “o que aconteceu é que não foi sexta-feira?” “Ah, eu tava com meu netinho, meu netinho [...] e tive que ficar cuidando dele”, ou “eu estava com, com meu neto ele é pré-adolescente, só que tinha que fazer almoço pra ele” (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

O número de avós cuidando de netos aumentou significativamente nos últimos anos [...]. Então assim, interfere porque às vezes [...] ela não pode vir porque [...] tem que cuidar do neto. Então isso é uma coisa que às vezes é uma barreira sim. (Tereza, 49 anos, autoridade sanitária local)

Os **afazeres domésticos** se referem ao trabalho que os usuários precisam realizar em suas casas.

Complica porque quero fazer meu serviço em casa e quero caminhar [...]. Não dá pra fazer tudo numa vez só! (Rosa, 65 anos, usuária)

Lá em casa é parece que é que nem hotel de roupa lá [...]. Eu lá limpo a casa, lavo roupa, passo, entrego tudo limpo, passada a roupa e tudo [...]. Porque uma vez, uma vez eu e ela [a nora] quase nos pegamos, porque ela disse que ela ia embora e eu disse não, fica quem vai embora sou eu [...] e ela disse: “Deus o livre se me farta a sogra quem que faz o serviço?” [...] Então ela mudou, mudou um pouco. (Violeta, 78 anos, usuária)

É porque às vezes eu vou lavar uma roupa, eu vou passar uma roupa, eu vou fazer uma limpeza na casa [...]. Sempre a gente tem alguma coisa em casa pra fazer (Margarida, 72 anos, usuária)

Ela quer fazer uma atividade e ela não pode vir porque ela tem que cuidar do almoço [...] é uma barreira sim. (Tereza, 49 anos, autoridade sanitária local)

Na perspectiva da profissional da Educação Física, da fisioterapeuta e da agente comunitária de saúde, estas obrigações familiares são muitas vezes utilizadas pelos usuários como desculpas para não participar dos encontros

semanais. Estas desculpas, segundo as profissionais, podem esconder os reais motivos para a não participação nos encontros semanais, como por exemplo, a dificuldade da adaptação à prática de atividade física, a falta de motivação para participar dos encontros semanais, e também a tendência ao sedentarismo.

É uma desculpa [...] tem que cuidar da casa, tem que cuidar dos netos, tem que limpar a casa [...]. Aparece mais nas pessoas que, por exemplo, freqüenta uma, duas vezes, pode ser que ela não se adapte, não goste e, e daí [tem] isso como desculpa. (Olímpia, 41 anos, profissional da Educação Física)

Quando existem crianças envolvidas na família, a desculpa é que eles não vão porque não tem com quem deixar os netos. (Maria, 45 anos, agente comunitária de saúde)

A gente sabe que você permanecer sedentário é mais fácil do que permanecer em atividade [...]. Eles falam que tem que fazer o almoço, que tem que fazer o café da manhã, que tem que cuidar do neto, que tem que cuidar dos vários afazeres em casa [...]. A falta de tempo [...] reflete pra mim particularmente [...] na motivação deles próprios. (Sônia, 29 anos, fisioterapeuta)

A **segurança da residência** envolve a responsabilidade dos usuários pela vigilância da casa onde mora. Eles temem que ao deixarem a casa sozinha para ir até o parque, a mesma possa ser roubada e eles tenham que se responsabilizar por tal acontecimento frente aos familiares.

Porque eu tinha de ficar de ajeitar primeiro lá e esperar ele sair [...] porque ele sai, deixa o portão aberto e daí já viu [...] entram e roubam as coisas que tem lá [...]. É que depois [...] quem é a culpada, a responsável sou eu. (Violeta, 78 anos, usuária)

Ah! Eu acho [...] pode uma pessoa entrar dentro de casa [...] e vai fazer alguma coisa de mal pra gente. Então por isso que eu tenho medo. (Margarida, 72 anos, usuária)

Ela acaba não indo porque não tem quem fique na casa [...]. O fator de deixar a casa sozinha exposta, eles têm medo de deixar, então eles evitam. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Interfere porque [...] eles vem e às vezes eles ficam preocupados [...] de está vindo para uma atividade e deixar a casa sozinha. (Tereza, 49 anos, autoridade sanitária local)

Os entrevistados apontaram algumas estratégias para a solução/amenização das barreiras citadas acima. No que diz respeito aos afazeres domésticos, na medida do possível, estas tarefas são divididas entre os familiares.

Quando não há esta possibilidade, os usuários se organizam para realizá-los antes ou após os encontros semanais de atividade física.

Em casa a gente conversa [...]. É, olhando [...] que tem que levar, que tem que fazer, fulano vai pra lá, então leva isso pra mim que eu vou pra cá. A gente conversa assim em casa. (Antúlios, 68 anos, usuário)

[Os afazeres domésticos] eles deixam pra fazer depois do grupo. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Tem também, muitas usuárias que antes, acordam mais cedo, fazem alguma coisa em casa já deixam adiantado, fazem a noite porque sabem que no outro dia tem atividade física ou, já fazem atividade física, vão correndo para casa para poder agilizar as coisas. (Sônia, 29 anos, fisioterapeuta)

Como estratégias para lidar com o problema da segurança da residência, alguns entrevistados disseram que antes de saírem observam se não há algum tipo de movimentação estranha no entorno da casa e/ou recorrem à colaboração de vizinho e/ou familiar para cuidarem da mesma.

Ficava um pouco preocupado, mas eu dava uma boa reparada direitinho, vê se não tinha ninguém por ali tal [...]. Mas, eu acho que a pessoa conversa com o vizinho também e consegue. (Antúlios, 68 anos, usuário)

Olha é dos que eu conheço é, geralmente quando tem alguém em casa eles deixam essa pessoa cuidando, que seja uma pessoa da casa. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Também existem usuários que apontam para a fé em Deus como estratégia para lidar com a segurança do domicílio.

Eu deixo minha casa na mão de Deus, Deus cuida pra gente! (Palmira, 58 anos, usuária)

Já em relação ao cuidado com netos, de acordo com os profissionais da saúde, alguns usuários costumam levá-los para os encontros semanais.

Tem até criança agora, tem as mães que trazem as crianças que fazem junto. (Olímpia, 41 anos, profissional da Educação Física)

Então alguém até as mães mesmo e avós que acabam levando os seus netinhos embaixo do braço [...] para poder fazer sua atividade física. (Sônia, 29 anos, fisioterapeuta)

No período de férias escolares o comportamento de levar netos para o encontro semanal é acentuado, como lembra a agente comunitária de saúde.

Tem alguns que ainda levam criança [...] principalmente nas férias. (Maria, 45 anos, agente comunitário de saúde)

Apesar de usuários conseguirem enfrentar a barreira de 'cuidados com netos', estes podem dificultar a sua participação nas atividades.

Traz a criança para fazer atividade e as crianças não deixa fazer e ela não faz bem nem uma coisa nem outra, nem olha a criança direito nem faz a atividade física direito. (Tereza, 49 anos, autoridade sanitária local)

Tem alguns que chegam a levar os netos juntos [...]. Quando tem condições de levar e o neto não atrapalhar, eu acho ótimo e pode ir. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Obrigações e compromissos familiares também foram apontados em outros estudos como barreira para a prática da atividade física. Alguns exemplos destes trabalhos são os de Cardoso *et al.* (2008), Eiras *et al.* (2010); Martins e Petroski (2000), Rhodes *et al.* (1999), Santos e Knijnik (2006), Souza e Vendruscolo (2010a; 2010b) e Suzuki (2005).

4.3.2 O clima

Profissionais da saúde, gestor e usuários relataram que o clima chuvoso e baixas temperaturas constituem importante barreira à participação nos encontros semanais onde ocorre a prática de atividade física.

Às vezes uma manhã muito fria e não me sinto com coragem de chegar até lá. (Crisântemo, com 79 anos, usuário)

Atrapalha, com frio e chuva você tem cinco [participantes], com calor e sol você tem trinta e cinco, atrapalha bastante. (Olímpia, 41 anos, profissional da Educação Física)

A dificuldade maior é o clima [frio], porque [...] no verão a gente nota que a aderência a esses programas mais ao ar [livre] assim é maior. (Tereza, 49 anos, autoridade sanitária local)

O espaço físico do parque ecológico onde ocorrem os encontros é aberto e não proporciona nenhum isolamento térmico. A falta de proteção em dias chuvosos e /ou frios gera temor de doenças, como resfriados e gripes:

Atrapalha, porque se está chovendo você não quer sair de dentro de casa [...] chega uma idade [que] tudo fica mais difícil você toma um chuvisco de noite a garganta começa a doer, vem a gripe [...] o frio atrapalha! (Palmira, 58 anos, usuária)

Então às vezes é melhor até cancelar a atividade do que expor eles ao frio e à chuva [...]. É tanto que algumas vezes já foi até combinado que quando estiver chovendo muito não precisa ir né? (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Frente a esta barreira os usuários apontaram as seguintes estratégias:

Tem que ter um bom guarda-chuva e sair. (Antúlios, 68 anos, usuário)

Ah, eu me agasalho bem! Ponho, eu tenho uma sombrinha, ponho uma toca na cabeça e vamos lá! Se não tiver muito forte vai assim mesmo! (Palmira, 58 anos, usuária)

Tantos usuários freqüentadores quanto uma das desistentes dos encontros semanais (mas que realiza caminhadas regulares), apontam para estratégias semelhantes.

Considerando que maioria dos usuários que participam assiduamente dos encontros semanais do Grupo de Hipertensos é de idosos, as condições climáticas são barreiras preocupantes. Nesta fase da vida aumenta as chances de se desenvolver quadros gripais e resfriados, o que exige condutas preventivas. Superar esta barreira exige cautela dos usuários para que a participação nos encontros semanais em dias frios e/ou chuvosos não gere ou submeta-os a situações de riscos de agravos a saúde, como por exemplo, gripes e resfriados. Neste sentido, a influência familiar pode levar o idoso a permanecer em casa como uma destas medidas.

É! Ai começou aquilo, atacou a gripe outra vez, ai e fiquei dois meses parados e daí eu não ia lá. [...] Pra mim atrapalha o frio, por que eu sou muito resfriada [...]. É, daí as minhas meninas falam: 'Mãe, a senhora já tem um pouco de idade, não vai mãe, se a senhora toma um pouco de friagem, daí é pior para senhora' [...]. Aí não venho, por que tem que escutar o que eles falam. (Margarida, 72 anos, usuária)

O Clima tem sido apontado com uma importante barreira para a prática da atividade física por outros pesquisadores como Eiras *et al.*, (2010), Martins e Petroski (2000); Reis (2001), Santos e Knijnik (2006).

4.3.3 As consultas especializadas

O comparecimento às consultas especializadas aparece nos relatos dos participantes da pesquisa como barreira para freqüência aos encontros semanais, principalmente quando as consultas são externas à Unidade do Coração.

Esse é um problema [...] se é agendado, por exemplo, uma oftalmologia, e cai na sexta-feira às nove e meia da manhã, com certeza eles não vão poder participar [...], porque é uma consulta difícil, demora pra marcar [...]. Eles acabam faltando daí porque não tem opção de troca de horário da consulta. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Eu tenho uma consulta pra ir faze daí eu tenho de faltar [...] pra aí entendeu o médico que chama na hora certa tem que ta lá. (Violeta, 78 anos, usuária)

Às vezes a gente ouve que não pode ir mesmo porque teve consulta naquele dia especializada, que é consulta fora. (Maria, 45 anos, agente comunitária de saúde)

Para enfrentar esta barreira, alguns usuários buscam, quando possível, uma programação que permita ir à consulta sem prejuízo para a sua participação nos encontros semanais.

Eu vejo assim que a se for uma consulta médica, tem horário marcado e eu gosto de [cumprir]. Agora se for uma coisa que dá pra você mudar o, o compromisso, eu mudo o compromisso e vou na minha atividade [física]! (Palmira, 58 anos, usuária)

Esta conduta de organização dos horários é utilizada por usuários mais ativos e que gostam de participar dos encontros semanais.

Para esses pacientes mais ativos que participam mais, [...]. Eles, tem um senso de organização [...] na sexta-feira eles não marcam nada: Não marcam médico, não marcam nada se você marcar médico na sexta-feira de manhã eles já falam: “não, não, na sexta feira eu não posso porque tenho atividade lá no parque”. Ou se marcar algum exame, eles já falam: “na sexta-feira eu não posso” (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

E ainda, quando esta organização não é possível, eles buscam avisar de sua ausência, demonstrando um senso de responsabilidade em relação aos encontros.

Eles sempre falam: olha é, avisa lá ao [professor] que na sexta-feira vou ter consulta [...] e não vou poder participar né? (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Já os usuários que participam dos encontros semanais apenas por obrigação, estes aparentemente não apresentam esta estratégia, conforme depoimento do auxiliar de Enfermagem.

As pessoas que é participam mais por obrigação mesmo [...] às vezes você marca, [...] é tem consulta na sexta-feira, “é tem parque, mas tudo bem viu na outra sexta-feira eu vou”. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Apesar das estratégias acima utilizadas pelos usuários, as consultas médicas que ocorrem fora da unidade de saúde são uma barreira de difícil amenização, visto que são marcadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais dos serviços de saúde especializados. Este agendamento não obedece à rotina das unidades de saúde, uma vez que este precisa atender usuários de todas as unidades de saúde do município.

4.3.4 Os problemas de saúde

Dores no corpo e nervosismo aparecem nos relatos de alguns usuários como barreiras para comparecer ao encontro semanal onde ocorre a prática da atividade física.

Ah! É o motivo de alguma doença, de uma dorzinha que dá, você sabe que não vai poder entrar num lugar pra fazer uma coisa esforçada com dor né? (Margarida, 72 anos, usuária)

Por que eu quase sempre estou nervosa [...] e não vou! [...]. Esse nervosismo é preocupação [...] daí eu acho que não devo ir lá que eu vou atrapalhar os outros! [...] É uma dificuldade. (Rosa, 65 anos, usuária)

De acordo com a agente comunitária de saúde, outras barreiras relatadas pelos usuários referem-se à dificuldade de locomoção e efeitos colaterais de medicamentos.

A desculpa que não agüenta andar, porque é obesa, senti muita dor na perna [...]. Às vezes devido ao próprio, o mesmo problema de saúde que não anda sozinho, não sai sozinho, [...] é a desculpa que eles dão [...]. E quando tomam medicação controlada, eles dizem que não conseguem levantar cedo, daí este é o caso que agente mais ouve. (Maria, 45 anos, agente comunitária de saúde)

A dificuldade do usuário em aceitar suas próprias limitações também se apresenta como uma barreira para o engajamento na atividade física.

Eu acho que elas têm um pouquinho de preconceito da própria, da própria limitação e acabam não participando. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Segundo a médica entrevistada, quadros de depressão também se constituem em barreira para a prática da atividade física, visto que estes quadros afetam a motivação do indivíduo.

Às vezes aquele paciente está com depressão não sente mais motivação nem pra beber [alimentar-se], quanto mais pra fazer uma atividade física. (Dulce, 46 anos, médica)

Apenas uma das usuárias entrevistadas apontou estratégias para o enfrentamento de seus problemas de saúde.

Mas às vezes, eu assim mesmo, eu passo por cima destas dificuldades e vou! [...] Ah! Eu tomo um calmante [...] e vou tranqüila! [E se não tem calmante?] Conto até dez e vou! (Rosa, 65 anos, usuária)

Em seu relato, a usuária expressa a sua força de vontade em participar dos encontros semanais. Ela apresenta diagnóstico relativo à saúde mental e faz uso de medicação para controle de sintomas para que desta forma não precise faltar nos encontros.

Problemas de saúde são apontados como importantes barreiras para a prática da atividade física em vários estudos, tais como Cardoso *et al.* (2008); Eiras *et al.* (2010), Martins e Petroski (2000), Nascimento *et al.* (2008), Souza e Vendruscolo (2010a; 2010b).

4.3.5 Problemas de comunicação/divulgação junto à comunidade

A comunicação com a comunidade tem se constituído em uma barreira crescente para a participação dos usuários com HAS nos encontros semanais onde ocorre a prática de atividade física. Talvez esta barreira tenha se ampliado devido ao aumento do número de encontros semanais e do número de profissionais que passaram a coordenar estes encontros.

A realidade que será discutida a seguir deve ser entendida dentro de um contexto de constantes mudanças. Recordando, conforme explicamos anteriormente, com a inserção dos fisioterapeutas na Rede de Atenção Básica à Saúde do município de Curitiba, no caso da Unidade do Coração, este profissional coordenavam um encontro semanal para realização de caminhadas como forma de estimulação à prática regular e autônoma. Em 2004, devido a falta do fisioterapeuta na equipe multiprofissional, o terapeuta ocupacional foi convidado a assumir a coordenação deste encontro.

Assim, de 2002 a 2005, tínhamos apenas um encontro semanal voltado aos usuários com HAS. Entre 2006 e 2008, foram implantados outros encontros semanais para a prática de atividade física, coordenados por fisioterapeutas. Ou seja, a partir de então, passou-se a oferecer dois encontros semanais de atividade física.

Em 2009, com a criação dos Núcleos de Apoio à Atenção Primária à Saúde (NAAPS), houve a inserção do profissional da Educação Física nos encontros semanais. Desta forma, desde março de 2009, a Unidade do Coração conta com a realização de três encontros semanais onde ocorre a prática de atividade física supervisionada.

Neste panorama de constantes mudanças, atualmente a equipe de profissionais da Unidade do Coração apresenta dificuldades de comunicação com a comunidade e entre os próprios membros da equipe em relação aos encontros semanais para a prática de atividade física. Exemplos destas dificuldades estão nos relatos abaixo:

A gente não teve ainda este momento é a equipe do NASF. Chegou, a gente se apresentou assim no dia-a-dia [...]. Como se diz é o, 'trocando a roda do carro andando'. Então a gente não teve este momento ainda pra

fazer esta troca [...]. Então assim, eu acho que agente precisaria, eu conversando a fisioterapeuta, conversando com você o terapeuta [terapeuta ocupacional], conversando com a educadora física [para averiguar] o quê que vocês indicariam para isto, para aquilo, quais seriam os limitantes para a gente está indicando uma coisa? (Dulce, 46 anos, médica)

Eu acho ruim porque estou nesse grupo aqui do hipertenso e participar na outra [...]. É isso aí que eu penso [se está em um grupo não pode participar do outro, mas se soubesse da possibilidade] Eu vou! (Violeta, 78 anos, usuária)

O relato acima nos leva a crer que a falta de informação sobre as possibilidades de participação nos encontros é uma barreira para a usuária. Todavia, considerando a nossa prática profissional, sabemos que não é apenas a 'falta de informação', mas uma comunicação efetiva e afetiva. Efetiva no sentido de ocorrer de fato e afetiva no sentido de criar vínculo entre o profissional e usuário. Em momentos das entrevistas, esta e outros usuários referiram-se à importância do vínculo entre o profissional e os usuários para a participação nos encontros semanais. A comunicação é fundamental para o estabelecimento deste vínculo.

Acho que a grande dificuldade deles, é que eles acham que eles não podem fazer [atividades que tem uma maior exigência física]. Tem que ser tudo muito é, muito leve [...]. Acham que pode ser cansativo, pode é, alterar a pressão. Acho que falta, falta coragem pra experimentar atividade física um pouco, regular e um pouco moderada, né? Leve pra moderada. (Olímpia, 41 anos, profissional da Educação Física)

A carência de informações acerca do papel das diferentes atividades que acontecem nos encontros semanais que passaram a existir a partir de 2009 é uma barreira à participação de usuários nestes encontros.

Então não participam, [...], mas é porque a pessoa ela não está, de repente não foi esclarecido pra ela [...] o porquê dos exercícios, das atividades que eles fazem no que é que ela tá ligado tanto, que não é simplesmente fazer força, não é simplesmente o cansar ou o competir consigo próprio nas atividades [...] eles não estão sabendo qual é a finalidade realmente de alguns tipos de trabalho. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

A fala acima reforça a importância da divulgação de informações sobre a finalidade do trabalho desenvolvido pelos diferentes profissionais e sobre o porquê da realização de determinadas atividades nos diferentes encontros.

Os problemas de comunicação não se restringem apenas aos aspectos acima. Existem outras situações em que a comunicação pode se tornar uma barreira

à participação de usuários nos encontros semanais. Um exemplo destas situações é quando o profissional não consegue avisar os usuários que não poderá estar presente no próximo encontro.

Venho aqui perguntar mesmo [...]. Brigo com ele [...]. Porque eu já fui lá no parque e não tava lá eu vim brigar com ele aqui dentro [...]. Porque ele disse que ia e daí não foi e aí eu fiquei desorientada também, fiquei desanimada. (Rosa, 65 anos, usuária)

O dia-a-dia de uma unidade de saúde muitas vezes não permite que ocorra a divulgação de informações relativas aos encontros semanais e/ou organização da equipe para lidar com determinados problemas, como por exemplo, quando um profissional precisa faltar. Assim, se o encontro é na sexta-feira e o profissional avisou apenas na quinta-feira que irá faltar, fica praticamente inviável para a equipe avisar a todos os usuários que o encontro não será realizado.

Outro exemplo, em alguns casos a equipe sabe antecipadamente do cancelamento do encontro, mas, devido ao fato do usuário estar fora da comunidade e por não possuir uma rede de comunicação bem estabelecida em sua comunidade e/ou em sua própria residência, este não tem acesso à informação. Existem ainda situações que podem ocorrer no dia ou horas antes do encontro semanal que inviabilizam a divulgação da notícia do cancelamento e/ou atraso das atividades, entre eles, problemas pessoais do profissional, problemas de deslocamento do mesmo para o trabalho, e reuniões de trabalho convocadas em caráter de urgência.

4.4 FACILITADORES E/OU BARREIRAS PARA A ADERÊNCIA À PRÁTICA REGULAR DA ATIVIDADE FÍSICA SUPERVISIONADA

Durante o processo de análise, observamos que existem divergências em alguns aspectos apontados pelos sujeitos da pesquisa como determinantes para a participação nos encontros semanais que envolvem a prática da atividade física. Ou seja, um mesmo aspecto ora é percebido como um facilitador e ora como barreira, dependendo da situação em foco e dependendo da perspectiva do sujeito entrevistado. Exemplos de aspectos que se aplicam a este caso são: **o ambiente**

em que acontecem os encontros semanais, a intensidade da atividade física e o horário dos encontros semanais. Observamos também que existem casos em que a presença de um mesmo aspecto é considerada como um facilitador, e a sua ausência, como uma barreira. Este é o caso do **vínculo (ou falta de vínculo) entre o profissional e o usuário.**

4.4.1 O ambiente em que acontecem os encontros semanais

De acordo com as características do ambiente, este pode ser considerado ora facilitador, ora barreira. Conforme anteriormente descrito, o local em que ocorrem os encontros semanais para a prática da atividade física é um parque ecológico. Ele fica situado na própria comunidade onde está localizada a Unidade do Coração, e supostamente, a residência dos usuários. Nele existe uma estrutura física que possui um telhado, um palco, uma área com uma bancada e dois banheiros. Possui somente uma parede nos fundos. A frente e as laterais são abertas.

De maneira geral, os sujeitos da pesquisa concordam que o fato dos encontros semanais acontecerem no parque ecológico é um facilitador:

Eu acho que em questão de espaço, a gente está muito bem [...]. O parque ele é maravilhoso, excelente [...]. Eu acho grande. O que facilita muito mesmo é o local que é privilegiado. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Esse parque é o principal pra nós. (Antúlios, 68 anos, usuário)

Aqui a gente é privilegiado com isso, com o parque. (Tereza, 49 anos, autoridade sanitária local)

Os profissionais da saúde que trabalharam e/ou trabalham em outras unidades de saúde com grupos de atividade física comentaram que a localização do parque ecológico e a sua estrutura são privilegiadas, quando comparadas com os ambientes em que desenvolviam/desenvolvem os encontros destas outras unidades.

Eu acho que é um ambiente mais reservado, que posso ficar tranquilo, que eu não tenho movimento de carros, cachorro, enfim é vandalismo, [...] que é, vamos dizer, que na época em que eu tava nessas outras duas unidades

que gente fazia [...] às vezes a gente começava a chover [...], então a gente acabava vindo todo molhado [...] mas aqui não, eles olham e dizem: “olha, eu acho que vai chover”, mas ele vai porque ele sabe que ele vai chegar lá e se chover bastante, ele tem onde se esconder. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Tive em outros lugares que precisava atravessar rua e tal. Então tem uma aderência menor, porque daí precisa ficar atravessando, tem que tomar cuidado com os carros [...]. Então era mais complicado ali [...]. Eu percebo que aqui na unidade tem uma maior aderência. (Sônia, 29 anos, fisioterapeuta)

Quando os sujeitos falam das características ambientais do parque ecológico, no entanto, algumas são consideradas facilitadores e outras barreiras. Vejamos, por exemplo, algumas que são consideradas facilitadores:

Muito bom lá porque [...] é arejado. (Rosa, 65 anos, usuária)

O ambiente é muito bom [...]. Porque é uma área livre [...]. E eles acabam fazendo o que tem que ser feito sem interrupção nenhuma. (Maria, 45 anos, agente comunitária de saúde)

É [bom] para caminhada ali no estacionamento, é tudo asfaltado é retinho, não tem perigo de cair, não tem pedra, não tem buraco, nada. Então é muito bom em todos os aspectos. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Outros autores que desenvolveram estudos em parques ecológicos também enfatizaram que algumas das características dos mesmos, como por exemplo, a sua beleza natural e o fato de ter uma boa estrutura para caminhadas facilitam o engajamento das pessoas em atividade física (EIRAS *et al.*, 2010; REIS, 2001).

Já as condições de higiene no local onde é oferecida a prática de atividade física supervisionada foram apontadas como barreiras para a prática da atividade física. As reclamações neste âmbito se centraram nas condições precárias dos banheiros e nas fezes dos pombos que utilizam a estrutura do telhado como abrigo:

É os pombos atrapalham [...]. Muita sujeira daí a gente está deitado lá e [...] a gente [...] não sabe se cuida do exercício ou se cuida do pombinho lá em cima, pra não fazer sujeira em cima de você [...]. Está precisando arrumar os banheiro, às vezes você quer ir fazer alguma coisa e não tem banheiro! Às vezes está fechado ou se não está, está tudo, está abandonado! (Palmira, 58 anos, usuária)

É um ambiente meio sujo [...]. Sujo, não tem sanitários adequados, até que tem algum [no] ambiente, mas está derrubado. Não funciona, está parado, e uma das coisas que nós idosos precisamos muito [é] de um ambiente para as nossas atividades [...]. Está muito suja, muita dificuldade. (Crisântemo, com 79 anos, usuário)

E em dias de frio e chuva a estrutura física onde acontece a prática, por ser aberta nas laterais, também se constitui em barreira.

Por ele ser aberto quando está temperatura muito baixa e/ou com chuva ele fica inadequado. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Apesar de nós termos um espaço amplo e coberto, ele, quando é frio, é muito frio [...]. Se chove, dependendo da direção que vem a chuva molha, então é difícil. Então se tivesse um espaço que pudesse ser fechado completamente assim, com paredes, janela, seria também, ajudaria mais. (Sônia, 29 anos, fisioterapeuta)

Em relação à segurança do parque, os diferentes sujeitos da pesquisa divergem em suas opiniões sobre a mesma. A gestora e os usuários a percebem como uma barreira. Já os profissionais da saúde a percebem como um facilitador.

Um pouco a gente sabe que aqui é uma transição de gente também [...] isso preocupa um pouco até com as caminhadas que eu fazia antes, [...] tinha um pouco de receio em relação à segurança [...] porque acontecem coisas por aí a gente sabe [...] aqui é principal que influi muito na gente. (Antúlios, 68 anos, usuário)

A questão da segurança a gente já falou [...]. A partir do momento que a gente põe o pé pra fora de casa você já fica preocupado. Então, eu acredito que interfere sim. (Tereza, 49 anos, autoridade sanitária local)

Geralmente tem o guarda municipal que está por ali, tem o segurança do parque. Então a segurança é muito importante, ele saber que está num lugar seguro. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Essa é uma questão muito particular, porque a gente tem um contato também com o serviço de, que presta uma assistência a questão da segurança, que é o pessoal da guarda municipal, [...] porque às vezes assim o parque é ele é amplo, ele tem muita região de mata virgem [...], é uma questão que influencia, porque se tem mais segurança, eles podem ir lá sabendo que está tudo tranqüilo. Se precisarem de alguma coisa, eles podem gritar que vai ter um uma, uma questão de alguém já vai correr ao auxílio. (Sônia, 29 anos, fisioterapeuta)

Para a gestora, a falta de um espaço próprio na Unidade Coração destinado ao atendimento dos usuários com HAS, de forma a possibilitar o desenvolvimento das diversas atividades que este necessita, se constitui em uma barreira para a participação dos usuários nos encontros semanais.

É não ter aqui um Espaço Saúde, um espaço dentro da unidade específico para que a gente possa tratar. Então o que facilitaria para os hipertensos. Ele já vinha na unidade, já fazia o exercício físico dele, a prática dele aqui e já saía daqui, já pegava a medicação, já era visto. (Tereza, 49 anos, autoridade sanitária local)

Considerando relatos como os citados acima, observamos que o ambiente onde ocorrem os encontros semanais oferece possibilidades para os usuários com HAS participarem dos encontros semanais. Todavia, este apresenta algumas características que são percebidas como barreiras para esta participação. Salientamos que a falta de segurança pública impacta não somente a participação nos encontros semanais, mas também a prática de outras atividades físicas, que poderiam ser desenvolvidas em outros momentos no parque, como por exemplo, as caminhadas. Em um estudo realizado por Martins e Petroski (2000) apontou-se a falta de segurança do/no ambiente como barreira para o engajamento na prática da atividade física.

Os sujeitos da pesquisa apontaram sugestões para o enfrentamento das barreiras relativas ao ambiente como forma de melhorar a participação dos usuários nos encontros semanais. Na perspectiva de alguns usuários, estas sugestões dizem respeito a melhoras nas condições sanitárias e mudança do local aberto onde ocorrem as práticas para um local fechado.

[o que o Senhor acha que tem que melhorar no ambiente?] A limpeza, a higiene. (Crisântemo, com 79 anos, usuário)

Um espaço fechado para gente [...] porque ali quando não é a chuva é o vento, quando não é o vento é o os animais, os pombinhos que estão lá incomodando. Então, a gente deveria ter um espaço só da gente. (Palmira, 58 anos, usuária)

A sugestão apontada pela usuária acima é convergente com a da gestora. Para a última, seria interessante a construção de um “Espaço Saúde”⁷—um espaço fechado—para que as barreiras enfrentadas pelos usuários e profissionais citados anteriormente fossem solucionadas e para que se possa promover também outras práticas em saúde.

Eu gostaria que a gente tivesse este espaço saúde, que eu acho que a gente conseguiria colocar em prática muitas outras coisas [...]. Incrementar as atividades que já são feitas, fazer outras atividades também, inovar. (Tereza, 49 anos, autoridade sanitária local)

⁷ Segundo a gestora, as unidades de saúde que foram construídas recentemente já contam com este espaço em sua estrutura física. Para as demais, este espaço será construído no mesmo terreno destas unidades. A Unidade do Coração já possui projeto (planta) aprovado e está no aguardo das obras.

4.4.2 A intensidade da atividade física

Os sujeitos da pesquisa nomearam a intensidade da atividade física que ocorre nos encontros semanais como: “atividades leves”, “atividades pesadas” e “ginástica puxada”.

Quando observamos a fala de alguns sujeitos, é possível observar que, enquanto para alguns, o que é percebido como atividade leve se constitui em um facilitador para a prática da atividade física, para outros, o que é percebido como atividade leve se constitui em uma barreira. O mesmo acontece em relação ao que eles percebem como atividade pesada.

É por que é uma ginástica, muito puxada, e às vezes eu não posso fazer ginástica puxada [...]. Eu não posso estar forçando muito, por causa que eu tenho esse problema de coluna, daí eu não posso completar a ginástica por isso que eu não vou. (Rosa, 65 anos, usuária)

No momento que eu estou agora eu quero mais pesada, cada vez mais. [...] Eu já tive numa fase, e até você [terapeuta ocupacional] percebeu, que tava muito leve pra mim [...], porque tinha necessidade de fazer a mais, e tenho. (Antúlios, 68 anos, usuário)

Pesada é, eu me sinto bem porque eu tenho que me esforçar muito. (Crisântemo, com 79 anos, usuário)

Conforme salientaram os profissionais da saúde, quando a intensidade da atividade física não é adequada aos participantes do encontro semanal, esta pode se constituir em uma barreira para a prática.

Porque depende da intensidade dessa atividade, isso intimida muito eles. Por exemplo, se o indivíduo vai numa primeira atividade e essa atividade não é adequada em termos de intensidade, para ele, se ele sentir que a intensidade está muito fora da intensidade que ele pode acompanhar, isso vai fazer com que ele não volte na próxima vez, porque ele vai se sentir desmotivado, porque ele teve até a motivação de ir até lá, mas ele não conseguiu acompanhar os demais, ou não conseguiu acompanhar aquela atividade. Isso vai fazer com que ele desmotive. (Sônia, 29 anos, fisioterapeuta)

Para qualquer pessoa, eu acho que tem que respeitar o limite [...] Se ela está iniciando [...], não está preparada já pra ir para uma atividade mais pesada, então você tem que respeitar o momento, a idade, comorbidades que as pessoas têm e ver até onde elas podem ir, e ir devagar em etapas. (Dulce, 46 anos, médica)

Já nas outras atividades, eles não conseguem acompanhar, eles sentem que estão atrapalhando. Daí eles se sentem mal, acham que os outros

estão observando e eles não estão fazendo certo ou coisa parecida. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Ainda em relação a não adequação da intensidade ao nível dos participantes, a fisioterapeuta afirma que:

Acho que o maior limitador é a questão da intensidade [...]. Porque a gente faz um grupo de escola de coluna após o grupo de atividade coletiva [...] que a [profissional da Educação Física] comanda, e muitos participam das duas atividades [...]. Eles relatam pra gente essa coisa de que a atividade é foi pesada ou foi exigido demais da questão muscular [...]. Eles não têm realmente um preparo [para atividade física aeróbica]. Então eles [os profissionais da educação física], ainda tão com dificuldade de adequar a intensidade do programa de exercício para o público. (Sônia, 29 anos, fisioterapeuta)

De acordo com a entrevistada acima, os maiores problemas relativos à adaptação da intensidade de atividade física ao nível dos participantes se fazem presentes nas práticas promovidas pela profissional de Educação Física. Faz-se importante enfatizar que existem algumas dificuldades específicas envolvidas na prática desta profissional que dificultam o seu trabalho de adequar o nível de atividade física às necessidades dos usuários. Exemplos destas dificuldades são: o fato do grupo ser numeroso (em média 25 a 30 participantes) e misto (participação de jovens, adultos e idosos); o fato da profissional não contar com o suporte de outros profissionais para dirigir as suas ações; e o fato de muitas vezes estarem presentes nos encontros semanais usuários com diferentes quadros clínicos, como por exemplo, HAS, diabetes, depressão, demências leves, artrites e osteoporoses que demandam uma atenção especial dificultam a adequação da intensidade da atividade às necessidades, limitações e potencialidades particulares de cada um dos participantes. Existe ainda outro limitador para a prática do profissional da Educação Física no contexto da Atenção Básica à Saúde, que está relacionado com a carência em sua formação para a sua atuação neste contexto. A inserção do profissional da Educação Física no campo da saúde coletiva é ainda muito recente e, portanto, os cursos de graduação da área ainda não estão preparados, em sua maioria, para atender a demanda de formação de profissionais para este novo mercado de trabalho.

Se por um lado alguns usuários percebem as atividades físicas como pesadas, outros reclamam que profissionais da saúde parecem sempre prescrever atividades “leves demais”. Talvez, um dos motivos para a indicação de atividade

física de intensidade leve se dê, muitas vezes, por falta de conhecimento por parte de alguns profissionais sobre a correta prescrição de atividade física de acordo com as diferentes necessidades, limitações e potencialidades de indivíduos com HAS. Além disto, outro fator que pode levar a este tipo de indicação esteja relacionado com a falta de profissionais para orientar as práticas. Desta forma, a indicação de atividades leves se torna menos arriscada do que prescrever atividades moderadas e intensas e/ou não incentivar o indivíduo a sair do sedentarismo.

Quando a intensidade da atividade física está adequada ao nível dos participantes, esta se torna um facilitador para a participação:

Porque ela não é uma atividade muito forte, pesada [...], eles gostam pelo fato de não forçar muito, porque é feito em grupo e é uma terapia boa, não é uma coisa forçada. (Maria, 45 anos, agente comunitária de saúde)

É um facilitador, porque realmente é uma atividade que eles conseguem acompanhar [...] se sentem bem com essas atividades [...] nesse dia eles fazem questão de participar. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Como facilitador no grupo da terapia, é da TO [Terapia Ocupacional], ela é uma grande vantagem para o pessoal da terceira idade e os hipertensos [...]. Isso facilita muito para eles porque eles conseguem acompanhar, fazer todas as atividades, é existe vamos dizer que uma paciência até maior por parte dos profissionais. Então isso aí facilita muito para participação deles, porque eles se sentem bem, não sentem que estão atrapalhando nada. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

O período de condicionamento/adaptação às atividades mais pesadas pode ser uma barreira para aqueles que ainda não possuem um bom condicionamento físico/adaptação a tais atividades e um facilitador para aqueles que já o possuem.

Só quando é tipo, é ginástica daí sim daí eles falam que fica doído, ficam cansados. (Maria, 45 anos, Agente Comunitário de Saúde)

Mas, com a professora de educação física, ela tem uma dinâmica bem mais forçada [...]. Algumas pessoas que participam da tua atividade e da atividade da fisioterapia também participam da, da atividade com a professora de Educação Física [...], mas algumas que já têm um condicionamento menor, já têm uma certa restrição de movimentos acaba ficando só vindo na sexta-feira [encontro semanal coordenado pelo terapeuta ocupacional]. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Para lidar com a barreira da intensidade da atividade física, os usuários tendem a escolher o encontro semanal de acordo com o esforço físico que é exigido na prática da atividade física durante o encontro.

Assim como tem alguns pacientes que preferem participar da tua atividade [atendimento em Terapia Ocupacional] [...] na sexta-feira, porque que não exige tanto esforço físico é por parte dele [...] já não participam, vamos dizer que das atividades da Fisioterapia ou da Educação Física porque acham que não estão em condições físicas para acompanhar, porque é uma atividade que geralmente tem uma dinâmica que exige bastante do [...] próprio paciente [...]. [Já outros] chegam a falar é, até ir e falar: “não, mas é um exercício muito fraquinho, eu já sou uma pessoa que tenho é um ótimo [...] condicionamento físico maior e tal [...]. Então não participam, [...] do teu [atendimento em Terapia Ocupacional], mas acabam participando, do exercício, vamos dizer da fisioterapeuta. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

As interdependências existentes entre a intensidade ideal da atividade física e outras barreiras e/ou facilitadores para aderência à prática regular da atividade física podem dificultar a adesão de usuários com HAS a esta prática. Diferentes fatores—ex. a percepção dos usuários acerca da atividade física, a intensidade real da atividade física, e a prática da atividade física em diferentes níveis de intensidade nos encontros organizados por profissionais da Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional—afetam uns aos outros e o nível de aderência do usuário à prática da atividade física.

4.4.3 O horário dos encontros semanais

O horário dos encontros semanais pode ser um facilitador ou uma barreira para a participação dos indivíduos nas práticas de atividade física, dependendo de sua rotina diária.

Olha, a dificuldade vai desde o horário. Pra alguns, ele fica bom dependendo do horário que a gente marca. Para outros não, [...] devido ao problema [...] de cuidar de netos, cuidar da casa e tal e isso aí dificulta um pouco. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Tanto os usuários quanto profissionais da saúde concordam que o horário se constitui em um facilitador quando não atrapalha outras atividades diárias, principalmente àquelas relacionadas às obrigações familiares e/ou rotina de trabalho.

Esse horário que está que está fazendo é um horário bom [...]. Na parte da manhã, por exemplo, você tem a parte da tarde livre para você fazer alguma coisa que você precise, é pessoal, tem banco, [...] tem que resolver problema de família. (Antúlios, 68 anos, usuário)

Eu acho que esse horário ele é bom [...]. Ajuda bastante eles participar, porque quanto mais próximo ao horário do almoço, ou a tarde pra eles é mais ruim, porque eles têm que arrumar o almoço, às vezes ir buscar criança na creche, levar criança pra creche e tal, então o horário das oito horas é um horário bem adequado pra eles. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

O horário de oito horas é bom [...]. Já posso sair tomado um cafezinho né? E nove horas é um horário pra eu completar o dia nas minhas atividades está o suficiente. (Crisântemo, com 79 anos, usuário)

O horário facilita [...]. Oito e meia da manhã [...] normalmente as crianças vão para o colégio às sete e meia, então a mãe já está livre, [...] para fazer seus afazeres domésticos, e à tarde que começa uma e meia, o colégio começa a uma [treze horas], ela já vai direto não tem voltar pra casa, então ela vai direto da escola. (Olímpia, 41 anos, profissional da Educação Física)

É bom de manhã mesmo [...]. Daí eu faço minhas atividades [atividade física], primeiro depois eu faço meus serviços [afazeres domésticos]. (Rosa, 65 anos, usuária)

Por outro lado, considerando que o horário de início das atividades do encontro semanal é às 08h (oito horas), este pode se tornar uma barreira quando o usuário tem o costume de acordar bem antes das oito e deseja realizar a atividade física logo que levanta.

Porque eu levanto seis horas, seis e meia ficar até as oito esperando pra fazer atividade, eu acho muito tarde! [...] Mas como [...] vocês, começam a trabalhar as oito [...] a gente tem que adaptar o horário de vocês. (Palmira, 58 anos, usuária)

Os profissionais da saúde apontaram algumas estratégias que são utilizadas pelos usuários quando o horário dos encontros se constitui em uma barreira para participação nestes. Quando o horário coincide com os cuidados com netos, os usuários procuram atividades em outro horário. Já quando o horário coincide com o horário de trabalho, eles utilizam as seguintes estratégias:

[Uma funcionária] que trabalha aqui na unidade que vai antes de vir trabalhar ela passa lá [no parque ecológico] e faz a atividade física dela depois vem para unidade. (Sônia, 29 anos, fisioterapeuta)

Alguns falam “ah eu vou comprar uma esteira” [...]. Parte para caminhada na esteira mesmo dentro de uma academia ou dentro de casa. (Dulce, 46 anos, médica)

Somado à barreira do horário, temos a barreira da segurança pública. Segundo a médica, alguns usuários relatam se sentir inseguros para caminhar/realizar atividade física no período da noite na comunidade em que vivem.

Alguns relatam que trabalham [...] e não podem participar da atividade neste horário, aí agente orienta procurar uma academia ou então fazer a atividade por si mesmo [...]. Alguns acham que o perigo de sair a noite, para ir num parque, caminhar na rua. É este fator que impede com que eles façam esta caminhada. (Dulce, 46 anos, médica)

A coincidência do horário dos encontros semanais com o horário de trabalho formal chama atenção para se pensar acerca de outras estratégias que a equipe multiprofissional e os profissionais do NAAPS da Unidade do Coração precisam utilizar para viabilizar a participação nos encontros semanais, de usuários que enfrentam esta barreira para prática da atividade física.

O horário em que acontecem os encontros semanais foi pontuado como barreira para alguns usuários, principalmente quando ele coincide com obrigações familiares e/ou trabalho formal. Assim profissionais da saúde sugerem que haja uma maior diversificação nos horários ofertados, principalmente nos finais de tarde.

Talvez se eu desse outros horários [...] vai ser mais uma opção, a gente vai ter que pegar o paciente também por aí. (Dulce, 46 anos, médica)

A gente tem [...] muito hipertenso que trabalha [...] seria legal se você pudesse ter essa oportunidade de ter um horário mais final de tarde quase a noite, para poder também estar trazendo esse pessoal. (Sônia, 29 anos, fisioterapeuta)

Montar um grupo [...] após as seis, às dezoito horas da tarde [...] que geralmente é o horário que o pessoal está chegando do trabalho. E o final de semana [...] porque geralmente trabalha de segunda a sexta. (Maria, 45 anos, agente comunitário de saúde)

As sugestões dos profissionais apontam algumas questões, como por exemplo: Quem se responsabilizaria pela coordenação de encontros semanais para a realização de atividades físicas em horários que sejam fora do horário de funcionamento da Unidade de Saúde? Durante conversas com a profissional da Educação Física, esta referiu já ter pensado em organizar encontros semanais nos finais de semana para usuários que trabalham em horários que coincidem com os dos encontros semanais. Todavia, ela enfrenta dificuldades com a questão da

organização de sua carga horária e com o horário de funcionamento da própria Unidade do Coração.

4.4.4 Vínculo/falta de vínculo dos profissionais com os usuários

A existência de vínculo entre profissionais de saúde e usuários é um aspecto que foi abordado pelos sujeitos da pesquisa como um facilitador e a falta de vínculo como uma barreira, à participação de usuários nos encontros semanais.

Eu acho tem que ter um profissional que tenha um bom vínculo com os pacientes [...]. Então esse vínculo acho que é interessante e faz com que incentivem eles a participar também [...]. Tem que ter esse vínculo [...] porque senão eles vão vir, vem um mês, dois meses, mas depois vai parando e acaba e para mesmo. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Quando o vínculo é caracterizado por sentimentos de confiança, carinho, amizade e zelo (atenção), ele facilita a participação nos encontros semanais, por outro lado, se o vínculo não existe, ou não é caracterizado de forma positiva, ele a dificulta esta participação.

Já estou acostumada há muito tempo com estas pessoas [profissionais] e eu tenho conhecimento com elas e confiança. (Rosa, 65 anos, usuária)

É eu acho bom até eu não ir né? [...] Porque eu não tenho conhecimento com eles [...]. Vou ficar mais assim, retraída, não mais animada com isso por não saber quem são eles. De onde vem e nem nada! Custa se adaptar com as pessoas. (Rosa, 65 anos, usuária)

O que eu acho importante é o bom atendimento da parte dos professores, é a gente sente um carinho, um amor e dizendo que a gente sente um amor por cada um deles eu estou completando tudo. (Crisântemo, com 79 anos, usuário)

Então eu acho que a convivência é que facilita bastante. Depois, depois que criou este vínculo não desmancha mais. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Eiras *et al.* (2010), Freitas *et al.* (2007), Okuma (1998) e Souza e Vendruscolo (2010a; 2010b) também destacam o papel fundamental do vínculo entre professor e aluno na manutenção da prática da atividade física.

Aparentemente, conforme apontou o auxiliar de Enfermagem, um dos aspectos que facilitam a construção do vínculo entre o profissional de saúde e o usuário com HAS é o gosto deste profissional pelo seu trabalho.

Tem alguns profissionais que gosta de trabalhar com o pessoal da terceira idade, com hipertensos, nessas atividades. Alguns outros não gostam, e as pessoas que eu acho que gostam mais têm uma facilidade maior de criar esse vínculo com os pacientes e acabar é fazendo com que melhore a participação deles nessas atividades. (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Entretanto, nem sempre os profissionais podem escolher trabalhar com determinada faixa etária ou indivíduo com determinada condição de saúde. Quando existem profissionais que demonstram gostar de determinado tipo de trabalho, isto facilita o desenvolvimento das atividades com determinado grupo etário/condição de saúde. Todavia, quando ocorre o contrário, nos deparamos com uma barreira. No caso da Unidade do Coração, a existência de profissionais em sua equipe que gostam de trabalhar com hipertensos tem facilitado ações voltadas aos usuários com HAS, como por exemplo, existem auxiliares de enfermagem e agentes comunitários que se interessam por tais atividades.

4.5 SUGESTÕES PARA O APERFEIÇOAMENTO DO PROGRAMA

Além das sugestões já incorporadas no texto acima, os usuários, os profissionais da saúde e o gestor fizeram algumas outras sugestões que mencionaremos a seguir.

4.5.1 Prática de caminhadas em grupo

Conforme já discutido anteriormente, os usuários valorizam o fato dos encontros semanais serem realizados em grupo pelo fato das atividades em grupo viabilizarem momentos de socialização e também, por aumentarem o senso de

segurança pública no ambiente durante a prática. Desta forma, foi sugerido que as caminhadas também sejam feitas em grupo.

Caminhadas [...]. Alguma meia hora de caminhadas, uma meia hora antes do exercício é muito bom [...]. Nem sempre é bom caminhar sozinho. (Rosa, 65 anos, usuária)

A caminhada, que é uma estratégia já consagrada para o controle da HAS atualmente é realizada de forma espontânea e independente pelos usuários. Conforme o depoimento acima, seria interessante que a prática de caminhada em grupo fosse inserida no início ou término da programação dos encontros semanais. No entanto, a participação na mesma deve ser facultativa, para não impedir que, aqueles que possuem restrições de tempo não se sintam constrangidos e/ou impossibilitados de participar das outras atividades que são oferecidas nos encontros semanais.

4.5.2 A aquisição de materiais

Recentemente houve um incremento na diversificação de materiais disponibilizados para a realização de atividade física. Foram disponibilizados bastões, bolas, colchonetes, arcos e cordas. No entanto, nem sempre o número de materiais ofertados corresponde ao número de participantes nos encontros:

Pra melhorar é principalmente material [...]. Não deixar faltar. (Antúlios, 68 anos, usuário)

Uma usuária ainda comentou que gostaria que se ofertassem equipamentos básicos de musculação:

Ah, umas peça lá para nós fazer exercício, lá como é que é, as aquelas máquinas lá [...]. Eu nunca fui ver, mas eu vi na televisão que está tendo [...] em vários lugares que, e vai aparecer mais e a gente queria [...] esses equipamentos aqui no nosso bairro porque tem bastante gente. (Palmira, 58 anos, usuária)

É preciso destacar que a disponibilização de equipamentos básicos de musculação não está prevista no Programa de Assistência ao Indivíduo com HAS. Talvez uma parceria com a Secretaria de Esporte e Lazer pudesse viabilizar tal sugestão de forma a contribuir não apenas com o programa em si, mas com a promoção da atividade física para moradores daquela comunidade.

4.5.3 Melhorar a conscientização dos usuários em relação à importância da prática da atividade física

A conscientização dos usuários acerca dos benefícios da prática da atividade física à saúde é um desafio para os profissionais da saúde. Uma das estratégias utilizadas para promover a conscientização é a estimulação para a participação nos encontros.

Fazer com que conheçam pelo menos e participem pelo menos uma vez pra conhecer, como é que é, e não simplesmente “ah eu não vou porque acho que não serve!” De repente, ele vai uma vez e ele acaba gostando e vai continuar participando (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Acho que tem que insistir, insistir fazer a propaganda, orientar, insistir para participar, por que hoje, por exemplo, tinha trinta participantes numa comunidade como essa tem bastante gente que tá em casa ou que não sabe ou que não participa [...]. Informação, mobilização. As ACS [agentes comunitárias de saúde] mobilizam para um encontro uma reunião, a gente trabalha o benefício da atividade, da alimentação saudável, da mudança de comportamento, [...] o que não é fácil acontecer, mas que começa aos poucos. (Olímpia, 41 anos, profissional da Educação Física)

Os relatos acima apontam para a necessidade de existir nos encontros semanais momentos de prática de atividade física e momentos para informações e orientações, para tirar dúvidas e para oferecer sugestões. Para tanto, os coordenadores dos encontros semanais precisam ser criativos para evitar a repetição contínua de temáticas para não desestimular os usuários assíduos.

Segundo alguns depoimentos, outras estratégias a serem adotadas são a divulgação mais efetiva de informações relativas aos encontros semanais e a busca mais ativa de usuários com HAS por parte da equipe de saúde.

A divulgação, vamos dizer que no geral, da população [...]. Dos [...] hipertensos, da terceira idade e dos diabéticos [...] já começa aqui na unidade de saúde [com] o profissional que tem um contato mais direto [...] todo mês é, o paciente vem [...]. Acho que todos [...] deveriam falar, o médico fala, o auxiliar fala, a enfermeira fala, na odontologia fala acaba convencendo. [Utilizar] cartazes, principalmente nos ambientes comerciais, aqui na própria unidade de saúde. Contar com a colaboração do pessoal do Conselho Local de Saúde pra divulgar nas igrejas, nas escolas. Para fazer com que toda a população saiba, que tem [atividade física] e a importância que tem e comece a participar mais (Cristovão, 44 anos, auxiliar de Enfermagem)

Ah eu acho que o mais importante de tudo é a questão de unir como equipe pra resgatar os usuários que precisam, mas não estão ali [...]. Precisa ter uma busca desse paciente através do agente comunitário, através da consulta da enfermagem, através da consulta médica [...]. Estimular esse usuário, resgatá-lo para importância [da atividade física] e não só ter um grupo grandão e bonitinho. Mas porque é importante para o bem-estar dele mesmo não só agora, mas futuramente também, qualidade de vida mesmo. (Sônia, 29 anos, fisioterapeuta)

Para que haja uma divulgação dos encontros semanais de atividade física, necessita-se de uma boa comunicação entre usuários e profissionais da saúde. Esta comunicação pode viabilizar o levantamento das reais necessidades dos usuários acerca da prática de atividade física e oferecer dados importantes para a organização das práticas que ocorrem nos encontros semanais e sua posterior divulgação à comunidade.

Eu acho que a comunicação é a melhor forma de você estar descobrindo o que está faltando o que pode estar melhorando ali pra eles [...]. Por exemplo, se você está com frio, um ambiente aquecido [...] vendo o quê que pode está sendo feito ali pra melhorar. (Dulce, 46 anos, médica)

Nesta empreitada de melhorar a comunicação com os usuários, o trabalho em equipe é imprescindível. Todos precisam conhecer e compreender a contribuição de determinada prática em saúde para a assistência ao usuário com HAS. Para tanto, é necessário a integração de conhecimentos entre os profissionais. À medida que um profissional conhece e compreende os reais objetivos e benefícios da ação profissional dos demais membros de sua equipe, ele poderá agir de forma interdisciplinar. Esta é uma sugestão implícita no depoimento da médica da Unidade do Coração:

Porque agente está trabalhando aqui juntos, cada um fazendo uma coisa, mas a gente não está sabendo o quê que outro está fazendo lá, eu não fui ainda fazer a prática lá com vocês, eu não senti ainda o que o paciente está sentindo lá [...]. Porque o que eu sei assim, é o que agente lê em algum

artigo [a respeito da atividade física], alguma coisinha artificial. Então assim, até esta troca entre os profissionais eu acho que precisa ser melhorada. (Dulce, 46 anos, médica)

4.5.4 Oferecer outras modalidades de atividades

A médica sugere que sejam oferecidas outras modalidades de atividade física aos usuários.

Oferecer maior variedade de atividade e até mesmo estar conversando com os pacientes e vê que tipo de atividade eles gostariam que fossem promovidas e que, ainda não estão sendo oferecidas. (Dulce, 46 anos, médica)

A inserção de outras modalidades de prática de atividade física na atenção básica à saúde ainda é um desafio a ser enfrentado por profissionais da saúde, gestor e usuários, pois os espaços físicos, materiais e equipamentos ainda necessitam de incrementos.

5 O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Os dados apresentados no capítulo anterior apontam para aspectos multidimensionais que interferem com a aderência à prática regular de atividade física nos encontros semanais do programa de assistência ao indivíduo com HAS da Unidade do Coração. Esta realidade nos levou a buscar referenciais teóricos que permitissem uma melhor compreensão da prática da atividade física como uma prática em saúde no contexto da atenção Básica à Saúde.

Nesta busca, nos deparamos com o *princípio da integralidade*, que tem se constituído como um campo fértil para discussões sobre práticas em saúde. Dado à importância deste princípio para as práticas em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o elegemos para nos ajudar a compreender a problemática de nossa pesquisa que se refere aos principais facilitadores e barreiras para a aderência à prática da atividade física.

Desta forma, organizamos a nossa discussão buscando uma interlocução entre o *princípio da integralidade* e a prática da atividade física no contexto da Atenção Básica à Saúde. Inicialmente discorreremos sobre alguns pontos relativos à *integralidade*. Em seguida, buscamos uma aproximação entre estes pontos e os achados da pesquisa empírica.

5.1 A INTEGRALIDADE: DA UTOPIA À REALIDADE

A discussão em torno da *integralidade* é ampla e complexa. Este termo possui caráter polissêmico (MATTOS, 2005; TEIXEIRA, 2005; PINHEIRO, 2006). Vários autores defendem diferentes pontos de vistas para a compreensão e aplicação deste termo no campo da saúde. Não pretendemos aqui apresentar uma concepção integradora destes diversos pontos de vistas que leve a uma unificação conceitual de *integralidade*. Ao contrário, buscamos explicitar possibilidades para compreensão da integralidade. Tomando por base as afirmações de Teixeira (2005) em torno da arte da conversa, não pretendemos homogeneizar os sentidos para que

desapareçam as possíveis divergências, mas tentaremos elucidar os pontos de convergência das diversidades de algumas concepções de *integralidade*.

Conforme Mattos (2005) o termo *integralidade* se constituiu em uma das bandeiras de lutas do Movimento Sanitário que defendeu a criação do SUS, na década de 1980. Para ele, apesar da criação do SUS e de seus avanços, a *integralidade* ainda não é uma realidade para muitos brasileiros, no cotidiano dos serviços de saúde.

Assim uma das concepções da *integralidade*, é que ela surge como expressão da insatisfação com as formas concretas das práticas em saúde, as quais são decorrentes de um complexo processo de negociação entre o Estado e indivíduos e indivíduos entre si. Este processo vai desde a formulação de políticas no nível macro, pelo primeiro, até a produção de ações de cuidados em saúde pelos demais (CAMARGO JR, 2005).

De acordo com Luz (2006), na década de 1980, a partir do entendimento da saúde como direito de cidadania, a sociedade civil organizada - associações, sindicatos, partidos e organizações civis-, lutou em prol de políticas públicas de saúde. Esta movimentação social culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde—evento marcante para criação do SUS. A proposta de criação do SUS defende a *integralidade* como forma de articular as medidas de prevenção e de assistência⁸ e de garantir o acesso universal e igualitário a estas medidas.

Apesar da Constituição de 1988 não utilizar a expressão *integralidade* na instituição do SUS, ela aponta para “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais (BRASIL, 1988, art.198, *apud* Mattos, 2006)”. De acordo com a lei que cria o SUS, este deve ser organizado em torno de três diretrizes: a descentralização com direção única em cada esfera do governo; o **atendimento integral** [grifo nosso]; e a participação da comunidade. Assim uma primeira compreensão do termo *integralidade* é tomá-lo como sendo uma das diretrizes/princípios do SUS (MATTOS, 2005).

A *integralidade* é um princípio fundamental do SUS que

⁸ “No plano das políticas de saúde, as ações preventivas e as assistenciais têm impactos distintos: as atividades assistenciais respondem a uma percepção das necessidades de saúde por parte dos usuários, enquanto as ações preventivas se enquadram na perspectiva de modificar o quadro social de uma doença, podendo inclusive modificar a demanda futura por serviços assistenciais (Mattos, 2005)”.

“garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não um recorte de ações ou enfermidades.” (BRASIL, 2009).

Recorrendo ao núcleo semântico do termo *integralidade*, nota-se que este é claro e objetivo, *integralidade* significa “estar todo, inteiro, completo” (TEIXEIRA, 2005). Para o autor, a observação semântica do termo é importante na medida em campo da saúde. Este termo é sempre utilizado quando se pretende integrar algo que está fragmentado, partido. De acordo com o mesmo autor, pensar a *integralidade* sob a concepção da cisão eu-outro⁹ nos oferece outras compreensões acerca de outros e novos sentidos da *integralidade*. A partir desta concepção, pensar em *integralidade* é pensar em como se estabelece as interações nos serviços de saúde, entre elas, a relação trabalhador-usuário.

Neste contexto, a *integralidade*, aparece como uma forma de buscar a “integração de múltiplos saberes” ora fragmentado, e propor uma relação trabalhador-usuário sem a cisão eu-outro (TEIXEIRA, 2005). Neste sentido, o acolhimento pode se constituir em ferramenta estratégica para a prática pautada na *integralidade*. Conforme aponta Teixeira (2005), esta temática vem ganhando espaço nas discussões acerca do acesso e recepção dos usuários nos serviços de saúde. Este autor aponta para a questão comunicacional na tarefa de acolher um determinado usuário em determinado serviço de saúde. Para ele, é possível entender a rede tecnoassistencial do serviço como uma rede de conversações, onde “cada nó da rede corresponde a um encontro, um momento de conversa envolvendo uma série de atividades e técnicas específicas”. Para o mesmo autor, o acolhimento é o elemento que facilita as conexões da rede de conversas à medida que interconecta os diferentes espaços de conversa da relação tabalhador-usuário, e ao mesmo tempo permite o acolhimento de novas demandas que podem gerar a necessidade de conectar usuários a outros espaços de conversa. Por exemplo, na medida em que um profissional acolhe o usuário que comunica um sofrimento

⁹ Para este autor estamos sempre buscando juntar, integrar, recompor algo que foi partido. É como se o mundo fosse feito de pelo menos mais que um pedaço. Para melhor exemplificar esta idéia, o autor coloca as seguintes questões: “que ‘partes’ temos nos propostos a juntar? Que ‘todos’ temos nos propostos a recompor? Qual ou quais das múltiplas apartações instauradas no mundo, e que afetam a esfera da saúde, temos priorizado, assumindo o desafio de superá-las através de nossos diversos projetos de integralidade? (TEIXEIRA, 2005)”.

emocional em um grupo, este poderá conectá-lo a outra conversa com outro profissional em outro espaço também de conversa. Assim o acolhimento pode permitir que diferentes atividades—diferentes conversas—se constituam em autênticos espaços coletivos de conversações de forma a potencializar práticas integrais em saúde (TEIXEIRA, 2005).

Conforme aponta Mattos (2005), a *integralidade* possui sentidos diversos e é uma expressão utilizada em diversos contextos. Em sua investigação sobre o uso deste termo, concluiu que ele implica em pelo menos três grandes conjuntos de sentidos: “a *integralidade* usada para designar atributos e valores de algumas práticas de saúde, de alguns modos de organizar os serviços de saúde, e de algumas políticas de saúde”. Mattos (2005) aprofunda a discussão acerca do sentido do uso da expressão *integralidade* para designar atributos e valores de algumas políticas de saúde. Segundo ele, para que uma política pública seja pautada pelo princípio da *integralidade* é necessário que a mesma contemple tanto as dimensões assistenciais quanto preventivas, no enfrentamento de determinadas doenças.

Neste sentido, a formulação de políticas públicas de saúde pautadas na *integralidade* dependem de uma perspectiva ampliada de apreensão das necessidades de um serviço de saúde em determinado contexto, onde se faz imprescindível a ausculta e a escuta ampliada destas necessidades dos serviços de saúde, que são trazidas pelos sujeitos que nele estão inseridos, com respeito não apenas ao direito ao acesso aos serviços de saúde, mas ao conjunto de direitos da pessoa, sem negligenciar seus desejos (MATTOS, 2005).

Para que as políticas públicas sejam implementadas, as instituições de saúde—serviços de saúde ou um conjunto de serviços de saúde-, passam por uma forma de adaptação e/ou modificação do seu modelo de atenção e cuidados em saúde. Pinheiro e Luz (2005) nos auxiliam a compreender o *princípio da integralidade*, no que diz respeito às formas de organização dos serviços de saúde. Segundo estes autores, os modelos ideais “são geralmente idealizados por planejadores ou gerentes que querem fazê-los acontecer, materializar ou concretizar, por meio de regras ou normas previamente estabelecidas”. Fato é, que no momento da implementação, ou seja, de por tais modelos em prática, surgem dificuldades. A primeira delas está diretamente relacionada às condições— institucionais, materiais e informacionais— necessárias para tal implementação rumo ao alcance dos objetivos de tal modelo e uma outra, diz respeito ao desencontro

desses objetivos (predefinidos pelos gestores) e as práticas que de fato acontecem no serviço.

Desta forma, a implementação de modelos na organização de serviços de saúde—práticas em saúde— exige uma reflexão acerca do agir cotidiano nas instituições de saúde segundo o *princípio da integralidade*. O agir no cotidiano deve se caracterizar não como um campo de verificação de idéias, mas como um campo de investigação e construção da *integralidade* em saúde, onde a mesma possa se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde (PINHEIRO; LUZ, 2005).

Para os mesmos autores, as instituições de saúde com suas diferentes perspectivas e diferentes atores (médicos, dirigentes e usuários), quando são guiadas pelo *princípio da integralidade*, atuam na construção e reprodução de saberes e práticas integrais de cuidado e atenção à saúde. Estas instituições, também podem avaliar os efeitos de uma política pública que o Estado desenvolveu. Assim, é nelas que podemos observar e analisar os elementos que constituem o *princípio da integralidade*, seja nas práticas voltadas ao individual, seja nas práticas difundidas no coletivo.

Outra contribuição importante para a compreensão da *integralidade* é explicitada por Camargo Jr (2005) que ressalta a necessidade de se entender a *integralidade* “não como um conceito, mas um ideal regulador, um dever. Algo como ideal de objetividade para a investigação científica, impossível de ser plenamente atingido, mas do qual constantemente buscamos nos aproximar.” Assim, para ele, *integralidade* “é uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articulada”.

Pinheiro (2006) propõe repensar a construção conceitual de *cotidiano*, *oferta* e *demanda* de tal forma a explicitar a inter-relação entre estes termos e a integralidade. Neste sentido, *cotidiano* para esta autora precisa ser entendido como “o *locus* social onde se expressam não somente experiência de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas também contextos de relações sociais distintas que envolvem tanto pessoas, como coletividades e instituições em espaço e tempos determinados” (PINHEIRO, 2006).

Segundo Pinheiro (2006), ao se pensar a *oferta* de serviços de saúde, pelo *princípio da integralidade*, é preciso estar atento aos seus elementos constitutivos

que são a organização do atendimento, o uso dos serviços de referência e contra-referência e níveis de atenção¹⁰. Já para se pensar a *demanda*, é preciso incluir nos modelos de intervenção os aspectos relacionados a outros contextos, como por exemplo, o econômico, o social e o cultural, visto que o limite de suas ações influencia a organização da oferta de serviço de saúde e a construção das demandas que buscam esses serviços (PINHEIRO, 2006).

Destarte, a compreensão da relação de interdependência existente entre *cotidiano*, *oferta* e *demanda* auxilia no entendimento da *integralidade* na atenção e cuidados em saúde. Esta compreensão auxilia também no entendimento dos sentidos, possibilidades e limites para a construção da *integralidade* e para o entendimento dos desafios para garanti-la nos serviços de saúde. A relação—*oferta* e *demanda*, é demarcada por embates, conflitos e contradições que permeiam o cotidiano das instituições de saúde. Desta forma, não basta se perceber os limites estruturais destas instituições, mas identificar as possibilidades de construção no campo da saúde de um agir—uma relação interdependente entre usuários, profissionais e gestores de saúde, capaz de permitir a inclusão de novos conhecimentos rumo à transformação das práticas em saúde. Estas práticas devem ser um fazer coletivo em defesa da vida com *integralidade*, visando à cidadania do cuidado¹¹ (PINHEIRO, 2006).

Outra compreensão da *integralidade* é tomá-la como constituinte de um conceito tríplice de caráter interdependente, que pode expressar ou traduzir o ideário da Reforma Sanitária brasileira na defesa da criação do SUS: *Universalidade-Integralidade-Equidade* (CECÍLIO, 2006). Partindo da interdependência destes termos, é possível a reflexão da *integralidade* enquanto objetivo da atenção em saúde, entendendo que esta vai além do simples consumo ou acesso a determinados serviços e permite direcionar o olhar para o campo micropolítico de saúde - articulações, fluxos e circuitos-, concebendo-o como constituinte do campo

¹⁰ As experiências de humanização do atendimento e a melhoria dos serviços hospitalares, por meio de práticas de acompanhamento domiciliar, apontam para a necessidade da reflexão acerca a tendência de se relacionar os níveis de complexidade—primário, secundário e terciário aos níveis de atenção—baixa, média e alta complexidade, respectivamente. A prática nos serviços de saúde pode desmistificar essa tendência, visto que a atenção primária pode recrutar habilidades e práticas de alta complexidade (PINHEIRO, 2006).

¹¹ Esta cidadania não se refere à forma de ofertar serviços de saúde a uma população que se vê violentada nos seus direitos. Mas, uma cidadania que permite a participação e controle social da sociedade civil para que a solidariedade seja incorporada como princípio, meio e fim de uma política social, aqui a saúde (PINEHIRO, 2006).

macropolítico—o sistema de saúde-, numa relação de mão-dupla. A busca pela *integralidade* conduz à reflexão de aspectos importantes da gestão, planejamento, organização do processo de trabalho e construção de novos saberes e práticas em saúde. Desta forma, as necessidades de saúde que são o centro das intervenções e práticas dos trabalhadores, equipes, serviços e redes de serviços de saúde podem ser tomadas como ponto de partida para reflexão (CECÍLIO, 2006).

Assim, de acordo com Cecílio (2006), a *integralidade* apresenta duas dimensões: a primeira refere-se à “*integralidade focalizada*”—que é fruto da integração dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo, em cada atendimento ao usuário. A segunda—“*integralidade da atenção*”— que implica na articulação de cada serviço de saúde a uma rede mais complexa composta por outros serviços, não apenas os serviços de saúde, mas também a outros serviços, como por exemplo, os de assistência social, segurança pública e esporte e lazer.

As dimensões acima citadas da *integralidade* apontam para a necessidade de um esforço coletivo para a sua construção, visto a distribuição das tecnologias em saúde pelos serviços de saúde do sistema e visto que a melhoria das condições de vida se constitui em uma tarefa que impõe um esforço intersetorial¹². Portanto, a *integralidade ampliada* só se atinge com um trabalho em rede que envolve aspectos institucionais, intencionais e processuais de diversas *integralidades focalizadas*, que a partir de cada serviço, se articulam de forma a criarem fluxos e circuitos que devem buscar responder às reais necessidades das pessoas. A efetivação desta integralidade demanda uma articulação entre os campos micropolítico e macropolítico (CECÍLIO, 2006).

¹²Este esforço se refere a ações de *Intersetorialidade*, a qual se refere a “uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. A intersetorialidade como prática na gestão de saúde permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde, na formulação, implementação e acompanhamento das políticas públicas que possam ter impacto positivo na saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentação e outros” (BRASIL, 2009).

5.1.1 Práticas integrais: uma possível forma de potencialização dos facilitadores da aderência à prática da atividade física

O *princípio da integralidade*, que descrevemos acima, nos ajuda a ampliar o olhar sobre os facilitadores da promoção e da aderência à prática da atividade física encontrados no campo de pesquisa.

O facilitador—**grupo** revela a importância da utilização de práticas grupais para a promoção e aderência às práticas da atividade física. Os sujeitos da pesquisa quando se referiram a este facilitador, expressaram as suas necessidades de acolhimento. Suprir esta necessidade leva à construção de vínculos afetivos e efetivos entre os profissionais de saúde—responsáveis pelos encontros semanais—e os usuários e, destes últimos entre si. Os vínculos construídos são essenciais para alargar o espaço de socialização e convivência, entre os participantes dos encontros semanais, e, conseqüentemente, as trocas de experiências, as quais são fundamentais para a ampliação das redes de suporte social.

Neste sentido, quando nos referimos ao grupo enquanto um facilitador para a aderência aos encontros semanais, este não ser confundido com o simples agrupamento de pessoas para a realização de uma prática em saúde, seja ela qual for. Conforme aponta Zimmerman (2000), um agrupamento significa um conjunto de pessoas que tem “*interesses comuns*”. Já o conceito de grupo implica “*interesses em comum*”, ou seja, enquanto no caso do agrupamento as pessoas apenas compartilham um mesmo espaço com certa valência de inter-relacionamentos, no grupo, as pessoas assumem um lugar, um papel, uma posição e/ou função. Elas dialogam e interagem com os demais.

Para que se efetive um grupo, este precisa ser compreendido em seus diferentes aspectos, desde a sua forma de constituição e dinâmica de funcionamento até a sua articulação com outras práticas de saúde. Na constituição do grupo necessita-se definir, por exemplo, quem serão os usuários-alvo, qual o número de participantes ideal, quais os objetivos a se atingir, que estratégias devem ser utilizadas e quais os materiais necessários para as atividades. Na definição da dinâmica de funcionamento do grupo, deve-se observar, por exemplo, as condições de acesso e de permanência no grupo (a entrada, a saída e/ou retorno dos

integrantes), o horário dos encontros, as funções dos participantes e dos coordenadores do grupo, dos gestores e demais colaboradores (profissionais da saúde envolvidos de forma indireta). A articulação do grupo a outras práticas de saúde deve envolver, por exemplo, a utilização do próprio encontro do grupo para o desenvolvimento de outras ações em saúde, no caso do Grupo de Atividade Física, este pode ser um *locus* para o desenvolvimento de ações em saúde mental, higiene bucal, controle social¹³, entre outras.

As considerações acima acerca dos aspectos para o planejamento e implementação de um grupo devem estar em consonância com um ingrediente fundamental para a adesão e permanência no grupo, que é o *acolhimento* dos usuários, conforme apontado anteriormente. Acreditamos que este deve preceder e guiar qualquer técnica a ser utilizada pelo profissional coordenador do encontro semanal. Caso contrário, este encontro se constituirá em apenas uma prática em saúde “com um agrupamento de pessoas”. Em uma situação de grupo, se espera que a prática do acolhimento seja estimulada e vivenciada por todos, antes mesmo de uma prática de atividade física específica.

No caso dos sujeitos que entrevistamos, estes se referiram ao **grupo** como um espaço de acolhimento onde se sentem a vontade para conversar, desabafar, trocar experiências, construir e manter vínculos afetivos. De acordo com os seus depoimentos, o grupo gera efeitos positivos em sua saúde e os motiva a permanecer na prática de atividade física.

Conforme apontamos anteriormente, Teixeira (2005) ao discutir integralidade propõe que se promova uma “rede de conversações” enquanto ferramenta indispensável para o exercício da prática do acolhimento. Para ele, uma das dificuldades dos serviços de saúde é integrar ações profissionais pautadas em recomendações tecnocientíficas às necessidades de saúde integral dos usuários destes serviços. Desta forma, concluímos que a dinâmica de encontros semanais para a prática da atividade física deve favorecer redes de conversações que

¹³ *Controle Social* aqui aponta para a um novo conceito baseado na perspectiva que o controle é uma tarefa de fiscalização, a ser cumprida pela sociedade, sobre as ações do Estado, e não ao contrário. Ele “não é tratado como a forma de o Estado manter a ordem e a coesão social em torno de um projeto hegemônico mas, partindo do conhecimento de que isso é uma realidade, apresenta-se a necessidade de reverter este controle na perspectiva de a sociedade obtê-lo sobre o Estado radicalizando os espaços burgueses de democracia e ampliando a esfera pública” (CORREIA, 2000). A partir deste pressuposto, temos os Conselhos de Saúde—Nacional, Estadual, Municipal e Distritais/Locais e, as Conferências de Saúde que segue a mesma estrutura organizacional dos Conselhos.

facilitem conexões entre os coordenadores dos encontros, entre eles e os participantes, e entre os participantes em si. Estas redes de conversações podem ampliar a assistência ao conectar o usuário a outros espaços de conversas—outros profissionais/serviços de saúde.

O fator **benefícios à saúde**, apontado como um facilitador para a prática da atividade física resulta de ações integrais em saúde que envolve tanto a prevenção quanto a assistência. Vale ressaltar que os cuidados de saúde—neste caso, junto a indivíduos com HAS—não podem ser vistos apenas como uma necessidade de redução de morbidade e/ou comorbidade. Não se trata de responder à determinada doença, mas ao sofrimento experimentado pelo sujeito de forma a ajudá-lo a superar/amenizar os limites impostos pela doença rumo a um modo de vida mais feliz (MATTOS, 2005). Ou seja, a promoção da prática da atividade física não pode se pautar apenas em modificações fisiológicas que dela podem decorrer. O planejamento e a implementação de ações de atividade física precisam se pautar em uma visão que considera o indivíduo como um todo em seu cotidiano concreto.

O facilitador **benefícios à saúde** foi abordado a partir de duas vertentes pelos sujeitos da pesquisa. Uma relaciona estes benefícios a aspectos curativos—ações de assistência (tratamento), como no relato, *“na questão da hipertensão melhora”*. A outra relaciona aponta os benefícios numa dimensão ampliada do conceito de saúde, onde se articulam aspectos biológicos, psicológicos e sociais, como nos relatos, *“é bom prá tudo!”* e *“a qualidade de vida melhor”*, apontando às ações de prevenção.

Ao analisarmos os dados das entrevistas com os profissionais, incluindo a gestora, constatamos que os mesmos falaram dos benefícios à saúde a partir de uma ótica assistencialista no sentido de contribuir para com o processo doença-saúde. Ou seja, as suas preocupações se centraram mais no controle de doenças (ex. diminuição da pressão arterial, perda de peso, diminuição da glicemia) para evitar comorbidades.

Por outro lado, o conjunto de relatos dos usuários revela que estes enfatizam a questão da saúde dentro de aspectos contextuais de seu cotidiano. Quando eles falaram sobre os benefícios da atividade física, eles enfatizaram os aspectos de sociabilização da prática e experiências tais como sensação de bem estar, leveza corporal, felicidade e renovação. É importante perceber que, a sociabilização aparece como um aspecto muitas vezes até mais importante do que a

própria prática da atividade física. Para eles, o fato da prática acontecer em grupo permite a criação de uma rede de relacionamentos que favorece as trocas de experiências e suporte social. Eles ressaltaram que com a prática da atividade física melhora o seu desempenho em afazeres domésticos e/ou em atividades de trabalho e/ou de lazer. Ou seja, para os usuários, os benefícios à saúde não se limitam a visão de um corpo biológico com disfunções em um ou mais de seus sistemas fisiológicos.

Os dados acima sugerem que, quando pensamos nos **benefícios à saúde provenientes da prática da atividade física**, precisamos substituir a visão especializada e reducionista pautada em um enfoque biológico presente nas relações construídas entre o corpo e saúde por uma visão que leve em consideração a multidimensionalidade dos sujeitos e dos benefícios que a prática da atividade física pode promover (CARBINATTO e MOREIRA, 2006) quando pautada pelo *princípio da integralidade*.

Passando para outro facilitador—**o trabalho em equipe**—percebemos que este permeia questões ligadas ao planejamento, organização do processo de trabalho e a construção de novos saberes. Estes dados mostram que existe, até certo ponto, uma *integralidade focalizada*¹⁴ na Unidade do Coração. Isto se evidenciou, por exemplo, quando alguns profissionais falaram sobre o trabalho colaborativo que existe em torno dos encontros semanais. Dissemos que ela existe até certo ponto, pois observamos que existe uma dada fragmentação das equipes atuantes. Existe a equipe do NAAPS e a multiprofissional da Unidade do Coração. Além desta divisão entre estas equipes, a última se divide em três equipes de Saúde da Família para atender as micro-áreas adscritas da unidade. Ao mesmo tempo em que esta divisão em microequipes tem o potencial de contribuir para o melhor acompanhamento dos usuários em relação aos cuidados em saúde em geral, por outro lado, ela pode dificultar o desenvolvimento de algumas práticas interdisciplinares.

A explicação para esta fragmentação é complexa, no entanto, arriscamos apontar duas hipóteses que justificariam tal organização do processo do trabalho. A

¹⁴Esta dimensão da integralidade, conforme apontamos anteriormente, de acordo com Cecílio (2006), resulta da integração de vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo, nos atendimentos aos usuários.

primeira seria, como afirma Araújo (2005), a influência do modelo biomédico que da mesma forma que fragmenta o corpo humano, estimula a prática fragmentada dos profissionais nos serviços de saúde, bem como minimiza o espaço de troca entre os mesmos. Assim, as especificidades profissionais podem fragmentar as ações ao invés de integrá-las para uma compreensão ampliada das necessidades dos usuários. Neste sentido, conforme Araújo (2005) é necessário se estabelecer rotinas que favoreçam o diálogo entre os profissionais para a definição de objetivos de assistência que favoreçam o usuário. No caso da Unidade do Coração, mesmo em meio à correria do cotidiano, existem tentativas de trocas entre as equipes de Saúde da Família e os profissionais dos NAAPS. O processo de trabalho destas equipes (ex. o fato dos profissionais do NAAPS não permanecerem na Unidade de Saúde durante todos os dias da semana) muitas vezes dificulta a implementação de rotinas onde o diálogo seja efetivo.

A segunda hipótese se relaciona com a primeira e diz respeito à forma como as políticas públicas definem a organização da assistência e como devem ser estruturados os serviços. Neste sentido, Pinheiro (2006) ressalta que, os modelos assistenciais que têm sido desenhados para as instituições de saúde “mais parecem externos a elas, com pouca ou nenhuma interação/interlocução com o contexto de prática em que se aplicam”. Por exemplo, a publicação da portaria que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)— e seu equivalente em Curitiba, NAAPS—propõe um modelo assistencial que cria uma equipe denominada “núcleo” para oferecer suporte à equipe de Saúde da Família. Esta foi uma forma encontrada pelos gestores de saúde para lidar com as necessidades dos serviços de saúde e dos usuários, para as quais a equipe mínima da Estratégia da Saúde da Família não era resolutiva. Um exemplo desta não resolutividade é a promoção e acompanhamento sistemático de ações em torno da Atividade Física/ Práticas Corporais. Neste contexto, se inseriu por meio do NAAPS o profissional da Educação Física, com a função de coordenação destas ações, neste nível de atenção do SUS. Ao invés de ampliar a Equipe de Saúde da Família, esta política cria outras “equipes”, sendo que a política que criou a Estratégia de Saúde da Família, fala em equipe mínima, dando a idéia que esta pode ser ampliada. Sabemos que a ampliação levaria à contratação de outros profissionais da saúde, de outras especialidades, para compor a Equipe de Saúde da Família e não apenas oferecer suporte, rumo à construção de práticas integrais. Assim, acreditamos que

enquanto a organização do processo de trabalho dos profissionais do NAAPS for pautada na portaria que criou os NASF, a integração destes profissionais com os demais que atuam em Unidades de Saúde da Família não será efetivada integralmente. Pois esta “pequena” manobra governamental cria dificuldades para a construção de um **trabalho em equipe** mais resolutivo e integral, como veremos a seguir.

Conforme apontou o gestor entrevistado, para que **o trabalho em equipe** funcione, os profissionais necessitam de disponibilidade de tempo e iniciativa para atuar de forma conjunta, para se adaptarem às situações novas e para desenvolverem estratégias de resolução de problemas. Paralelo a este relato, é importante lembrar que, para integrar é preciso tempo para conversa e convivência (ACIOLI, 2006). Em se tratando dos profissionais do NAAPS a disponibilidade de tempo para conversa e convivência com os demais profissionais que atuam na Unidade do Coração, já se constitui em uma dificuldade.

Tomando por exemplo a profissional de Educação Física, esta não permanece em tempo integral na Unidade do Coração. Ou seja, ela divide a sua carga horária de 40h/semanais com mais quatro unidades de saúde. Neste sentido, ainda que, a profissional tenha iniciativa para o desenvolvimento de ações de planejamento com as equipes da Unidade do Coração, esta enfrenta dificuldades, pois o “modelo assistencial” que serve de guia para sua prática não oferece condições para que realize tais ações. Além da questão da restrita carga horária disponibilizada para a permanência da profissional da Educação Física na Unidade do Coração, também existem outras questões que podem dificultar a sua prática interdisciplinar. Estas questões são de natureza epistemológica, institucional e política, e suas conseqüências se traduzem, por exemplo, no plano da intervenção, “especialmente na carência de conhecimento e informação dirigida a pessoas e comunidades à margem do acesso ao trabalho, ao lazer, à educação e à saúde” (CARVALHO, 2006). Conforme apontamos anteriormente, a atuação do profissional de Educação Física no contexto da Atenção Básica é ainda recente e os cursos de graduação em Educação Física, em sua maioria, ainda não estão preparados para formar profissionais para atuar no contexto da Saúde Coletiva (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2008).

Em suma, a forma como o modelo assistencial foi estruturado, atende parcialmente ao *princípio da integralidade* e dificulta o desenvolvimento de ações

interdisciplinares. Os saberes parecem ainda estar fragmentados e as necessidades dos serviços parecem ainda não terem sido consideradas integralmente para a formulação de políticas públicas de saúde (MATTOS, 2005; CARVALHO, 2006). Neste sentido, a implementação de modelos assistenciais na organização de serviços de saúde—práticas em saúde— exige a reflexão acerca do agir cotidiano nas instituições de saúde segundo o *princípio da integralidade*. Para tanto, é preciso entendê-la como ‘uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta de cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde’ e não como resultado de ações verticalizadas, frutos da organização de programas a partir de perspectivas apenas de gestores e formuladores de políticas públicas (PINHEIRO; LUZ, 2005).

Apesar destas dificuldades enfrentadas pelos profissionais, principalmente do NAAPS, os dados coletados revelam que eles têm conseguido encontrar alternativas para resolver situações do dia-a-dia entre profissionais que atuam em dias diferentes na Unidade do Coração. Isto demonstra que é possível trabalhar em equipe, mesmo em situações adversas, como no caso de falta de disponibilidade de tempo para reunir toda a equipe que atua com determinada população. Também, é possível observar nos dados de campo, uma tendência por parte da gestão de integrar os profissionais, criando espaços de trocas e interações por meio de reuniões de equipe. Observamos, no entanto, que estas trocas são mais efetivas entre os profissionais das Equipes de Saúde da Família devido aos fatores da organização do processo de trabalho mencionados, uma vez que estes permanecem na Unidade do Coração durante a semana.

Muito próximo ao tema do trabalho em equipe se encontra a **prática orientada/supervisionada**, enquanto um facilitador para a prática da atividade física. Os dados coletados apontam para a importância da presença de profissionais da saúde capacitados para coordenarem os encontros semanais. Esta presença ajuda os usuários a se sentirem mais seguros na realização da prática da atividade física e gera segurança nos demais profissionais da equipe, no sentido da prescrição/aconselhamento desta prática, por saberem que os usuários estarão sendo acompanhados por profissionais qualificados.

Os usuários entrevistados enfatizaram a importância das explicações fornecidas pelos profissionais durante a prática da atividade física que ocorre nos encontros semanais. É preciso que haja tempo, no entanto, para conversas e

convivências guiadas pela articulação do conhecimento tecnocientífico com o conhecimento popular (ACIOLI, 2006) para que estas redes de conversações (TEIXEIRA, 2005) aconteçam de forma integral e não apenas como “momentos prescritivos”.

Conforme apontamos anteriormente, a **prescrição médica** é predeterminante para a adesão à prática da atividade física. Ela é uma espécie de “porta de entrada” para os encontros semanais. A maioria dos usuários necessita detectar problemas de saúde que gerem dores, necessidades de internação e cirurgias e da prescrição médica para que busquem a prática da atividade física. Ademais, vale destacar que, conforme apontam Lefèvre e Lefèvre (2006) parece que não basta que os usuários se sintam saudáveis. Eles necessitam que os médicos— os quais detêm o poder diagnóstico, lhes atestem se estão saudáveis ou não, para que possam se organizar frente à vida. E ainda que, existe ainda uma prática social que exige, em vários ambientes e por parte de vários profissionais, o atestado médico para que se possa realizar a atividade física.

A partir do momento que o indivíduo recebe informações acerca do seu estado de saúde-doença, o mesmo passa a ser responsabilizado pela adoção de hábitos de vida saudáveis, o que inclui a prática de atividade física. Assim, caso aconteça algum evento de adoecimento ou se agrave o quadro clínico atual, a culpa é do indivíduo (PALMA; ESTEVÃO; BAGRICHEVSKY, 2003). Desta forma, o discurso biomédico se transforma em discurso social sobre a saúde. O médico manda e o indivíduo, por ser responsabilizado por sua saúde, obedece (GOMES; PICH; VAZ, 2006).

Esta obediência à **prescrição médica** também pode estar relacionada a um dos modelos de comeditamento presentes na cultura contemporânea ligados à representação autoculpabilizante dos “excessos” nos hábitos, tais como, exageros na alimentação ou formas de lazer. Os sujeitos seriam os responsáveis por não “danificarem” sua saúde com os excessos na medida do agir, do comportar-se, do controlar-se, e do fazerem o que precisa ser feito para manterem a sua saúde (LUZ, 2006), segundo o que lhe prescreve o médico. O médico é visto, por muitos e se percebe, em muitos casos, como autoridade absoluta.

“Você, indivíduo comum, deve me obedecer porque eu, na qualidade de médico, tenho a chave da sua vida e, conseqüentemente, da sua morte, nas minhas mãos técnicas, o que implica que o exercício da sua rebeldia ou da

sua autonomia como sujeito, ainda que represente uma possibilidade concreta e até um direito pode, na prática, significar, a sua condenação à morte ou ao sofrimento.” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Vale ressaltar que, os dados coletados também revelaram que a prescrição para a prática da atividade física, não só por parte do médico, mas também por parte de outros profissionais que estão envolvidos na assistência do indivíduo com HAS, pode ser substituída por um aconselhamento. Este, quando guiado pelo *princípio da integralidade*, pode se constituir em uma ferramenta valiosa para o convencimento do usuário da importância da prática de atividade física. Todavia, para que a estratégia de substituição da prescrição pelo aconselhamento se efetive, é necessária a existência de um **vínculo entre profissionais de saúde e usuários** que se pautem no *princípio da integralidade*, onde a relação entre os envolvidos não seja vertical, mas sim horizontal e, conforme aponta Cecílio (2006), exista uma relação de confiança.

Sintetizando o que foi dito até então, concluímos que para potencializar os facilitadores da promoção e da aderência à prática de atividade física, faz-se necessário que os encontros semanais sejam pautados pelo *princípio da integralidade*. Ou seja, não basta a realização de uma “atividade em grupo”. É preciso que exista um **grupo** de fato, capaz de funcionar como uma rede de suporte social, onde as pessoas se sintam acolhidas em seus sofrimentos. Também, não basta que se almejem **benefícios à saúde** numa perspectiva apenas biológica, é necessário que se amplie os objetivos para uma perspectiva integral, de forma a contemplar outras dimensões da saúde, como por exemplo, as dimensões psicológicas e sociais. Por fim, não basta que se realize um **trabalho em equipe**, é preciso que este seja resultado de ações interdisciplinares onde o **vínculo afetivo e efetivo entre usuários, profissionais e equipe** seja uma realidade.

5.1.2 Barreiras para a promoção e aderência à prática da atividade física: a necessidade de práticas em saúde pautadas no *princípio da integralidade*

As barreiras para aderência à prática da atividade física evidenciadas pelos dados coletados e descritos no capítulo anterior suscitam a necessidade de uma

reflexão acerca das políticas públicas e práticas em saúde que envolva a atividade física. Para tanto, é necessário considerar as dimensões da *integralidade* apontadas por Cecílio (2006): a *integralidade focalizada* e a *integralidade da atenção*. Assim, não basta que as práticas em saúde sejam repensadas, reformuladas, vivenciadas pelo *princípio da integralidade*. É preciso também que a (re)formulação de políticas públicas de saúde sigam o mesmo princípio. Seguir este princípio implica na ativação de um complexo processo de negociação entre o Estado e indivíduos e indivíduos entre si. Este processo inclui questões que vão desde a formulação de políticas no nível macro pelo Estado até a produção de ações de cuidados em saúde pelos indivíduos (CAMARGO JR, 2005).

Neste sentido, a *intersectorialidade* surge como um componente indissociável da *integralidade*. Pois, se a proposta é lidar com problemas complexos, se faz necessária a diversificação integrada de ofertas de serviços, bem como a busca de serviços/estratégias de ação em outros setores que não são oferecidos pelo sistema de saúde (ALVES, 2006). A construção da *integralidade* e *intersectorialidade* necessárias para a promoção e aderência à prática da atividade física apresenta muitos desafios, conforme discutiremos a seguir.

Uma das barreiras para a aderência à prática da atividade física são as **obrigações familiares** (cuidados com outros, afazeres domésticos e segurança da residência). Esta barreira revela um contexto que exige ações de *intersectorialidade* para ser resolvida. Conforme aponta a Cartilha do SUS de “A” a “Z” (BRASIL, 2009), espera-se da estratégia de *intersectorialidade* uma ação articuladora dos diferentes setores para resolução de problemas do cotidiano da gestão, de forma a garantir o direito à saúde. Esta é uma necessidade do serviço e dos usuários na garantia de uma atenção à saúde e cuidados em saúde integrais. Isto, no entanto, ainda não acontece para grande parte dos usuários com HAS da Unidade do Coração, no que se refere à prática de atividade física.

As **obrigações familiares** retratam uma situação social enfrentada pelos usuários que freqüentam os encontros semanais e, talvez, tantos outros que não freqüentam pela imposição desta barreira. Muitos ainda sofrem com a sua “culpabilização” por não aderirem à prática de atividade física. O que fazer nestas situações? Será possível cobrar destes “um estilo de vida ativo”? Como se eles realmente pudessem fazer uma escolha? Como lembra Castiel (2003), em contextos

como estes, as escolhas praticamente inexistem. Não há opções disponíveis, o que há são estratégias de sobrevivência.

Existe hoje um avanço no sentido de formulação de políticas públicas que buscam responder as barreiras acima. Todavia, esta formulação precisa ser fomentada pelo *princípio da integralidade*. Conforme apontamos anteriormente, faz-se necessário a adoção de uma perspectiva ampliada, onde é imprescindível a ausculta e a escuta ampliada destas necessidades dos serviços de saúde que são trazidas pelos sujeitos que nele estão inseridos (MATTOS, 2005).

Neste sentido, é na *integralidade da atenção* que a *intersectorialidade* torna-se fundamental para amenizar e/ou solucionar certas barreiras encontradas pelos usuários para a prática da atividade física, como por exemplo, para se enfrentar a questão relacionada aos cuidados com netos e/ou filhos pequenos, existe a necessidade de uma ação articulada entre a secretaria da saúde e a da educação para a ampliação de vagas em creches e do horário escolar (ensino integral). Outro exemplo de ação intersectorial está relacionado à melhoria da segurança pública nos locais onde ocorre a prática da atividade física, espera-se a articulação entre a secretaria de saúde, segurança pública e meio ambiente.

Outra barreira à prática da atividade física nos encontros semanais refere-se ao comparecimento às **consultas especializadas** agendadas no mesmo horário em que ocorrem os encontros semanais. Aqui percebemos claramente como a hierarquia das práticas em saúde desarticula as ações em saúde dentro da rede assistencial, onde o acesso a uma ação de saúde em determinado nível de atenção, interrompe o acesso ou continuidade em outro. É importante salientar que, a *integralidade focalizada*—aquela que é esperada da equipe de determinado serviço de saúde, não garante a *integralidade plena*, pois esta não depende apenas de um serviço de saúde singular que tenha os melhores profissionais atuando em equipe de forma interdisciplinar. É preciso que os serviços de saúde singulares estejam conectados e articulados entre si, numa rede complexa, onde o macro (integralidade da atenção) interfere no micro (integralidade focalizada) e vice-versa (CECÍLIO, 2006).

Os **problemas de saúde** se constituem em outra barreira para a manutenção da prática de atividade física. Esta barreira aponta para a necessidade do acolhimento nos serviços de saúde. Este acolhimento deve garantir que o usuário seja compreendido em seus problemas, limitações, necessidades e potencialidades.

Percebemos que os **problemas de saúde** referidos nos dados de campo exigem uma *integralidade focalizada*, a qual demanda de cada profissional, ações que contemplem a maior *integralidade* possível, sem esquecer que ela só será atingida por meio de um trabalho solidário da equipe, com seus múltiplos saberes e práticas (CECÍLIO, 2006). Olhar a barreira **problemas de saúde** pela óptica da *integralidade* nos permite enxergar a necessidade de uma diversificação de saberes e práticas em saúde para a promoção e aderência à prática da atividade física. Os sujeitos não possuem apenas problemas de saúde de caráter fisiológicos e biológicos. Possuem também limitações impostas por questões emocionais, sociais, culturais, entre outros. Logo, a promoção e a aderência à prática da atividade física exigem um trabalho solidário da equipe de saúde, onde, de acordo com Cecílio (2006), há um duplo desafio para o processo de gestão dos serviços. Um se refere aos processos de conversação e comunicação que os profissionais da saúde precisam estabelecer para o entendimento das ações de saúde (CECÍLIO, 2006; ARAÚJO, 2005; TEIXEIRA, 2005). O outro se refere a “(máxima) *integralidade* (possível) *da atenção*, pautada pelo (melhor) atendimento (possível) às necessidades de saúde portadas pelas pessoas” (CECÍLIO, 2006).

Outra barreira para a aderência à prática da atividade física nos encontros semanais refere-se aos **problemas de comunicação** entre usuários e profissionais. De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2006) a dificuldade de comunicação entre estas partes “decorre de um conflito entre a lógica sanitária, que preside as mensagens e os sentidos emanados do campo sanitário, e a lógica do senso comum, que preside as mensagens e os sentidos emanados do senso comum”. Assim, usuários e profissionais falam e atuam no processo saúde/doença de distintos espaços sociais. Os primeiros não possuem autoridade para falar e atuar neste processo, pois isto supostamente é de competência dos segundos. Desta forma, “não haveria diálogo possível entre as partes, mas apenas uma prática discursiva e comportamental regida por relações assimétricas de mando/obediência (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2006).

Considerando o exposto por Lefèvre e Lefèvre (2006), entendemos que a dificuldade estrutural na comunicação entre usuários e profissionais de saúde poderia ser amenizada ou até mesmo superada pelo acolhimento-dialogado proposto por Teixeira (2005). De acordo com a autora, a efetividade do acolhimento dialogado, exige disposições morais e cognitivas que podem ser sintetizadas, nos

seguintes pressupostos: primeiro, o reconhecimento do outro como um outro legítimo: segundo, o reconhecimento de cada um como insuficiente (tanto o profissional quanto o usuário possuem limitações que podem ser superadas através da conversação); terceiro, o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes. Para a autora, “todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é a de homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades”.

Neste caminho, as percepções, significados e saberes que usuários têm acerca dos encontros semanais e da própria prática da atividade física dever ser o ponto de partida para que os profissionais possam diminuir os problemas de comunicação. Outro fator importante para efetivar esta comunicação é que os preceitos do acolhimento dialogado devem se articular no trabalho em equipe.

Para finalizar, como problematiza Acioli (2006):

“Não existem profissionais de saúde integrais ou serviços de saúde integrais; no entanto, a forma como as pessoas vivem seus problemas é integral. A concretização de ações de saúde integrais implica em manter canais de interação entre os serviços, profissionais e população. Mas como manter esses canais se os serviços são organizados sem destinar tempo para a conversa, para a convivência? Outro aspecto que se apresenta é a não valorização das experiências práticas da população.

5.1.3 Sugestões para o aperfeiçoamento do programa: um convite à *integralidade*

Eu pra mim, se [...] mudasse o sistema lá em casa. Tudo em paz pra mim é uma alegria. Mas, quando ele chega [o filho com histórico de alcoolismo] ela [a nora] em vez de ir com calma, ela já vai nervosa falar com ele [...] e daí... (Violeta, 78 anos, usuária)

Conforme explica Camargo Jr (2005), a concepção de *integralidade* surge como expressão da insatisfação com formas concretas de práticas em saúde e instiga usuários, profissionais de saúde, gestores de saúde para a formulação de políticas e a produção de ações de cuidados em saúde pelos demais. Esta concepção pode nos ajudar a compreender algumas das sugestões apontadas pelos entrevistados e revelam alguns dos desafios implícitos para colocar em prática tais sugestões.

Ao se referir à necessidade de prática de caminhadas em grupo, os sujeitos parecem reivindicar o elemento de ludicidade, agregação social e de construção de laços de sociabilidade. Eles valorizam não apenas os benefícios fisiológicos da atividade física, mas também os benefícios sócio-afetivos. Nesta perspectiva, é preciso ultrapassar a lógica utilitária e individualista criada em torno da relação atividade física e saúde (FRAGA 2006), entender que o ser humano é resultado da complexidade que envolve configurações bioquímicas, psicológicas e socioculturais (CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2006).

Outra sugestão apresentada é a aquisição de materiais. Uma usuária, por exemplo, sugeriu a aquisição de “*máquinas, equipamentos—aparelhos de academia*” para a comunidade, como acontece em outras comunidades onde existem parques ecológicos. Esta sugestão chama a atenção, novamente para a necessidade de práticas em saúde em observância à *integralidade da atenção*. Focar nesta dimensão da *integralidade* para responder à sugestão de aquisição de materiais, implica em ações intersetoriais, onde deve se articular, no mínimo, a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria de Esporte e Lazer e a Secretaria do Meio Ambiente.

Por fim, a sugestão que envolve a conscientização dos usuários em relação à importância da prática da atividade física implica em se pensar nos processos de educação em saúde numa dimensão ampliada que não seja calcada apenas em um enfoque biológico. Isto quer dizer que, a sensibilização do usuário para a prática de atividade física—e diríamos também, as práticas ofertadas—devem perpassar a observância de outros fatores contextuais que estão envolvidos no cotidiano do serviço de saúde, do usuário e da própria comunidade, como por exemplo, fatores sociais, culturais, políticos e econômicos. Conforme pôde-se concluir pelo relato da usuária citada no início deste tópico, as condições concretas de vida de cada um interferem diretamente no envolvimento e na qualidade do envolvimento de cada indivíduo em práticas de atividade física. O processo de educação em saúde para a prática da atividade física, também como já mencionado anteriormente, precisa estar pautado pelas dimensões da *integralidade focalizada e da atenção*.

Os dados coletados estão repletos de exemplos que desafiam o processo de educação em saúde. Existe, por exemplo, uma contradição ao se dizer para o usuário que em praticando a atividade no local onde ela acontece, ele estaria cuidando de sua saúde, considerando-se as precárias condições sanitárias (fezes de

pombos e falta de limpeza nos banheiros) e a falta de segurança pública nestes locais. Outra contradição é se culpar os indivíduos por não participarem das práticas, uma vez que os horários de oferta de atividade física são limitados, e muitas vezes coincidem com o seu horário de trabalho e de outras obrigações, sejam elas familiares ou mesmo relacionadas com consultas médicas.

Por fim, as sugestões apontadas acima revelam a importância do fortalecimento da rede de conversações e de convivência no cotidiano da Unidade do Coração. É preciso conversar mais e conviver mais para que tais sugestões, entre outras, sejam concretizadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aderência à prática da atividade física se constitui em um fenômeno multidimensional. A sua investigação exige uma autocrítica constante para que se amenize o risco de compreendê-lo numa dimensão estática e reducionista. Por mais cuidadosos que tenhamos sido, sabemos que as limitações de espaço e tempo para a realização deste trabalho nos impediram de realizar um maior aprofundamento nas questões relativas ao fenômeno investigado.

Os dados da pesquisa de campo nos levam a concluir que, os principais facilitadores para a aderência à prática da atividade física nos encontros semanais da Unidade do Coração estão relacionados à convivência em grupo, aos benefícios à saúde, à prescrição médica, e à prática orientada/supervisionada. Já as principais barreiras estão relacionadas com obrigações familiares, clima, consultas especializadas, problemas de saúde e problemas de comunicação/divulgação das atividades. As principais estratégias utilizadas pelos usuários para a amenização e/ou superação destas barreiras envolvem: dividir afazeres domésticos com familiares, realizar tarefas antes ou depois dos encontros semanais; levar netos para o encontro semanal; averiguar as condições de segurança na vizinhança antes de sair de casa e crer em Deus que nada de mal acontecerá; utilizar agasalhos e guarda-chuvas ou sombrinhas em dias frios e/ou chuvosos; utilizar medicamentos e motivação pessoal frente a problemas de saúde; e quando possível, organizar a agenda de consultas especializadas de forma a não coincidir com os horários da prática da atividade física.

Outro achado importante desta pesquisa foi o de que existe uma divergência na caracterização de alguns determinantes para a prática da atividade física. Ou seja, um mesmo determinante, dependendo da situação e da perspectiva do sujeito entrevistado, ora é percebido como facilitador e ora como barreira para a participação nos encontros semanais. Exemplos de aspectos que se aplicam a este caso são: o ambiente em que acontece a prática da atividade física, o nível de intensidade da atividade física e o horário dos encontros semanais. Observamos também que existem casos em que a presença de um mesmo aspecto é considerado como um facilitador e, a sua ausência, como uma barreira. Este é o caso do vínculo (ou falta de vínculo) entre o profissional e o usuário. Dentre estes

aspectos que ora aparecem como facilitadores e ora como barreiras, o único para o qual foi citada uma estratégia de enfrentamento relaciona-se com o nível da intensidade da atividade física. Os usuários tendem a escolher os encontros semanais de acordo com o nível de esforço físico exigido. Os encontros em que acontecem atividades de intensidade leve são mais freqüentados por idosos. Já os encontros com atividades de intensidade moderada a pesada são mais freqüentados por jovens, adultos e/ou idosos que já possuem um bom condicionamento físico.

O fato de um mesmo fator ora ser considerado facilitador e ora barreira para a prática da atividade física aponta para a necessidade da organização das práticas de atividade física a dimensão da *integralidade focalizada e da atenção*. Os profissionais da área da saúde necessitam compreender as limitações de sua especificidade profissional e buscar parcerias com outros profissionais e outros setores para melhor atender à população em suas necessidades, potencialidades e limitações. Conforme apontaram os sujeitos de nossa pesquisa, os usuários buscam um ambiente adequado para a prática da atividade física, um vínculo afetivo e efetivo com o profissional que conduz esta prática e um grau de conforto corporal antes e depois a prática. Para o atendimento destas necessidades dos usuários, os profissionais da saúde que coordenam os encontros semanais e os demais, que atuam programa de assistência a indivíduos com hipertensão arterial sistêmica (HAS), necessitam de disponibilidade de tempo em sua rotina profissional para se encontrarem e planejarem ações conjuntas. Os referidos profissionais também necessitam se articular com profissionais de outros setores para buscarem estratégias de amenização/resolução de barreiras que estão fora da competência do setor saúde, como por exemplo, a segurança do parque ecológico e os cuidados com as condições de higiene do local onde ocorre a prática da atividade física. Todavia, considerando-se a atual forma de organização do processo de trabalho dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Atenção Primária em Saúde (NAAPS), essa não disponibiliza tempo e nem condições para que isto aconteça.

Os participantes da pesquisa fizeram as seguintes sugestões para o aperfeiçoamento dos encontros semanais de atividade física: maior diversificação na oferta de horários dos encontros; realização de caminhadas em grupo; aquisição e manutenção de materiais para realização das atividades; aquisição de equipamentos de academia para o parque ecológico; maior conscientização sobre a importância da

prática da atividade física para a saúde; oferta de uma maior diversidade de modalidades de atividade física.

As sugestões acima apontam para a necessidade de reorganização do processo de trabalho dos profissionais do NAAPS e de toda a equipe da Unidade do Coração, no sentido de se ampliar a discussão e de fato implementar práticas integrais de atividade física/práticas corporais. Assim, as sugestões supracitadas devem ser analisadas pelo prisma dos sentidos e dimensões do *princípio da integralidade*. Ou seja, não basta que se implemente novos horários, que se adquira e que se mantenha novos equipamentos/materiais e que se ofereça novas modalidades de atividades. É preciso, de fato, que se vá além da responsabilização dos atores envolvidos (profissionais da saúde, gestor e usuários) pelos problemas do cotidiano de determinada unidade municipal de saúde. A implementação destas sugestões deve ser o resultado da elaboração e implantação de políticas públicas pautadas pelo *princípio da integralidade*, onde são imprescindíveis ações interdisciplinares que envolvam todos os profissionais do NAAPS e das Equipes de Saúde da Família e, ações intersetoriais envolvendo diferentes secretarias municipais, como por exemplo, a da Saúde, a do Meio Ambiente, e a de Esporte e Lazer.

Os sujeitos entrevistados apontam para uma visão ampliada acerca da relação *atividade física e saúde*. Quando eles se referiram à saúde, os mesmos enfatizaram não somente os aspectos biológicos da saúde, mas também os aspectos psicológicos e sociais da mesma. Por exemplo, para eles, a forma como a prática da atividade física é vivenciada nos encontros semanais, permite não somente o exercitar-se em prol da diminuição dos índices pressóricos para o controle da HAS e prevenção de agravos à saúde, mas também, o encontro para troca de experiências, a construção e manutenção de vínculos afetivos—onde se acolhe e é acolhido— e de uma rede social de suporte. Na verdade, eles tendem a valorizar mais os aspectos sociais e psicológicos do que os aspectos biológicos da saúde. Uma das implicações deste tipo de valorização é que, no planejamento e desenvolvimento de programas de atividade física, necessita-se levar em consideração estes aspectos. Assim, é importante que os profissionais que coordenam grupos de atividade física reflitam se a dinâmica de funcionamento dos encontros permite a construção de redes de suporte social. Para tal, necessita-se cuidar para que o cronograma não contemple apenas exercícios físicos pelo

exercício físico, mas também atividades que envolvam dinâmicas grupais, momentos de confraternização, espaços para discussão de temas inerentes à prática da atividade física e de outros temas de interesse dos participantes.

O cotidiano da Unidade do Coração se constitui em um desafio para a prática regular da atividade física, tanto para a aderência a esta prática por parte dos usuários, quanto para a promoção da mesma por parte dos profissionais de saúde e gestor da referida unidade, visto que o avanço nas políticas públicas de saúde para a promoção da atividade física ainda não contempla a *integralidade* em todas as suas concepções e dimensões. Um exemplo disto é que, apesar da inserção do profissional da Educação Física no NASF (no caso de Curitiba, no NAAPS), a forma de organização do seu processo de trabalho e a demanda por atendimento—a restrita carga horária disponibilizada para atender a cada Unidade Municipal de Saúde e o número elevado de usuários presentes em cada um dos encontros semanais—impõem limitações para o planejamento e para a implementação de ações em torno da prática da atividade física pautada pelo *princípio da integralidade*.

Apesar do esforço da gestora e dos profissionais da saúde da Unidade do Coração para o desenvolvimento de ações estratégicas para a promoção da prática de atividade física, percebemos a fragilidade das políticas públicas de saúde em torno da prática da atividade física, quando colocadas sob a óptica do *princípio da integralidade*. Portanto, urge a necessidade de um esforço conjunto entre profissionais, gestores, usuários e pesquisadores para que se analise a portaria que criou os NASF frente ao *princípio da integralidade*, tendo como pano de fundo os serviços de atenção básica à saúde, onde se aplica tal portaria e se implementam os modelos assistenciais por ela propostos.

É notório que a promoção da prática da atividade física no contexto do SUS, mais especificamente na Atenção Básica à Saúde, enfrenta grandes desafios para a construção de práticas integrais. Neste sentido, entendemos que o processo de trabalho do NASF-NAAPS precisa ser repensado. Necessita-se também repensar a formação—graduação e educação permanente—dos profissionais de saúde, e mais especificamente, da Educação Física no contexto do SUS, uma vez que a inserção dos últimos neste contexto é ainda recente. No caso dos cursos de Educação Física, estes necessitam considerar em seu currículo disciplinas e/ou conteúdos teórico-práticos acerca da Saúde Coletiva, bem como a participação dos estudantes e professores em projetos desenvolvidos no contexto do SUS, como, por exemplo, no

Programa de Educação pelo Trabalho (PET-SAÚDE). Outra necessidade é a de implementação de ações estratégicas para a educação permanente de profissionais que atuam e que estão interessados em atuar na promoção de atividade física/práticas corporais. Outro passo que precisa ser tomado em paralelo, é o de se ampliar a discussão acerca da atuação do profissional de Educação Física no contexto do SUS e de se repensar as demais políticas públicas de saúde que formam a base dos modelos assistenciais em torno da promoção da atividade física/práticas corporais.

A nossa pesquisa nos leva a inferir que toda e qualquer intervenção que envolva práticas de atividade física devem transcender o caráter utilitário, individualista e reducionista/biologicista ainda presente em grande parte destas práticas. Precisa-se transcender a relação causa-efeito entre atividade física e saúde, entendendo que da mesma forma que a prática da atividade física isoladamente não resolve problemas específicos de saúde, encontros de atividade física não devem se basear apenas em prescrições médicas e exercícios físicos pautados em uma visão de saúde restrita à dimensão biológica do indivíduo.

A nossa pesquisa também nos leva a inferir que a amenização/superação de barreiras para a prática da atividade física não deve ser encarada como sendo de responsabilidade exclusiva dos usuários, bem como de profissionais de saúde e gestores de serviços de saúde que atuam diretamente no atendimento à população. Ela depende de políticas públicas que sejam pautadas no *princípio da integralidade* como diretriz para a organização de modelos assistenciais que garantam uma articulação com o cotidiano do serviço de saúde onde tais modelos serão aplicados. Para tanto, é necessário que as intervenções propostas resultem de ações articuladas e interdependentes entre os atores do cotidiano dos serviços de saúde (usuários, profissionais e gestores de saúde), diferentes setores públicos e segmentos da sociedade civil organizada.

Acreditamos que os conhecimentos gerados por esta pesquisa podem ajudar a minimizar barreiras e potencializar facilitadores para a promoção da atividade física junto a indivíduos com HAS no contexto da Atenção Básica à Saúde e para o fomento de uma maior aderência destes indivíduos à prática regular desta atividade. Ressaltamos, no entanto, a necessidade de mais estudos no sentido de se melhor explorar o tema aqui abordado e de se gerar subsídios para o desenvolvimento de

políticas públicas que possam promover a adesão e aderência à prática da atividade física/práticas corporais pautadas no *princípio da integralidade*.

REFERENCIAS

ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença: maneiras de fazer grupos da sociedade civil In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

ALVES, D. S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

AMADO, T. C. F; ARRUDA, I. K. G. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v.19, n. 2, p.94-99, 2004.

ARAÚJO, C. L. F. A prática do acolhimento em DST/AIDS e a integralidade In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005.

BAGRICHEVSKY , M.; ESTEVÃO, M. D. R. Perspectiva para a formação profissional em educação física: o SUS como horizonte de atuação. **Rev. Arquivo em Movimento**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 128-142, jan/jun 2008

BAUMAN, A. E. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. **Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 7, n. 1, supplement, p. 6-19, 2004.

BOGDAN. R; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.

BORGES, C. dos S.; Caetano, J. C. Abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes cadastrados no Hiperdia/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis - SC. **Arquivos Catarinense de Medicina**, v. 34, n. 3, p. 45-50, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM):** protocolo. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Agita Brasil: Programa Nacional de Promoção da Atividade Física** / Coordenação de Promoção da Saúde. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2007 vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.** Portaria GM Nº 154 de 24 de Janeiro de 2008.

_____. **Atenção Básica e Saúde da Família.** Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>> Acesso em: 27 jan. 2010.

_____. **O SUS de “A” a “Z”: garantindo saúde nos municípios.** Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao> Acesso em: 27 jan. 2010.

_____. **Pratique saúde contra a hipertensão arterial.** Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=919> Acesso em: 29 jan. 2010.

CAMARGO JR, K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** 3ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005.

CARBINATO, M.; MOREIRA, W. W. Corpo e saúde: a religação dos saberes. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 185-200, maio 2006.

CARDOSO, A. S. *et al.* Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 14, n. 01, p. 225-39, jan/abr. 2008.

CARVALHO, Y. M. de. Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação? **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 9-22, jan. 2001.

_____. Saúde, sociedade e vida: um olhar da educação física. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 153-168, maio 2006.

CASTIEL, D; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. A noção de ‘estilo de vida’ em promoção de saúde: um exercício de sensibilidade epistemológica In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, M. D. R. (orgs) **A saúde em debate na educação física**. 2v. Blumenal: Nova Letra, 2006.

CASTRO, M. E. de.; ROLIM, M. O.; MAURICIO, T. F. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p.184-9, 2005.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

COSTA, M. V. C. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

CORBIN, C. B. Youth fitness, exercise and health: there is much to be done. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, v. 589, n. 4, p. 308-314, 1987.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de atenção a hipertensão arterial sistêmica**. CAVALCANTI, A. M. *et al* (Equipe Técnica Responsável). Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

DISHMAN, R. K. **Exercise adherence**: its impact on public health. Champaign: Human Kinectis, 1988.

_____. The Problem of Exercise Adherence: Fighting Sloth in Nations With Market Economies. **Quest**, v. 53, p. 279-294, 2001.

_____. **Advances in exercise adherence**. Champaign: Human Kinectics, 1994.

EIRAS, S. B. *et al.* Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idoso. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Campinas, v.31, n. 2, p. 75-89, janeiro 2010.

FERREIRA, M. S. Aptidão física e saúde na Educação Física escolar: ampliando o enfoque. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 41-54, jan. 2001.

FERREIRA, M. S.; NAJAR, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10 (sup), p. 207-219, 2005.

FRAGA, B. Promoção da vida ativa: nova ordem físico-sanitária na educação dos corpos contemporâneos In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, M. D. R. (orgs) **A saúde em debate na educação física**. Vol 2. Blumenal: Nova Letra, 2006.

FREITAS, C. M. S. M. *et al.* Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Revista Brasileira Cineantropometria de Desempenho Humano**, v. 9, n. 01, p.92-100, 2007.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, I. M.; PICH, S.; VAZ, A. F. Sobre algumas vicissitudes da noção de saúde na sociedade dos consumidores. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 137-151, maio 2006.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. C. Saúde/doença e triangulação: pontos de vistas e inter-relações In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, M. D. R. (orgs) **A saúde em debate na educação física**. 2v. Blumenal: Nova Letra, 2006.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

HAMMERSLEY, M. & ATKINSON, P. **Ethnography: Principles in practice**. 2 ed. London: Routledge, 1995.

KESANIEMI Y. A. *et al.* Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 33, n. 6, p. 345-641, 2001.

KING, A. B. *et al.* Determinants of physical activity and interventions in adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 24, n. 6 (supplement), p. s221-s236, 1992.

KOHL, H. M. Physical activity and cardiovascular disease: evidence for a dose response. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 22, p. 472-83, 2001.

MARIN NETO, J. A.; MACIEL, B. C. (editores) **Manual de condutas clínicas cardiológicas**. São Paulo: Segmento Farma, 2005.

MARTINS, M. de O. M.; PETROSKI, E. L. Mensuração da percepção de barreiras para a prática de atividades físicas: uma proposta de instrumento. **Revista Brasileira Cineantropometria de Desempenho Humano**, v. 2, n. 01, p. 58-65, 2000.

MATSUDO, S. *et al.* The Agita São Paulo as a model for using physical activity to promote health. **Revista Panamericana del Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 14, n. 4, p. 265-272, 2003.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MAXWELL, J. A. **Qualitative research design: An interactive approach**. Thousand Oaks: SAGE, 1996.

MILES, M.; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis**. 2. ed. Thousand Oaks: SAGE, 1994.

MILHOMEN, F. C. H. Atividade física para prevenção e controle da hipertensão arterial em adultos. **Estudos, Goiânia**, v. 33, n 7/8, p. 589-614, jul./ago. 2006.

MINAYO, C. de S. Saúde como responsabilidade cidadã. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, M. D. R. (orgs) **A saúde em debate na educação física**. 2v. Blumenal: Nova Letra, 2006.

MONTEIRO, M. F. M.; SOBRAL FILHO, D.C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 10, n 6, p. 513-516, nov./dez. 2004.

MOTA, J. *et al.* Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. **Revista Brasileira Educação Física Esporte**, São Paulo, v. 20, n. 3, p.219-25, jul./set. 2006.

NASCIMENTO, C. M. C *et al.* Nível de atividade física e as principais barreiras percebidas por idosos de rio claro. **Maringá**, v. 19, n. 1, p. 109-118, 1. trim. 2008.

NUNOMURA, M. Motivos de adesão à atividade física em função das variáveis idade, sexo, grau de instrução e tempo de permanência. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.3, n. 3, p. 45-58, 1998.

PAFFENBARGER, R. S.; HYDE, R. T. Exercise in prevention of coronary heart disease. **Preventative Medicine**, v. 13, p. 3-22, 1984.

PAFFENBARGER, R. *et al.* Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. **New England Journal of Medicine**, v. 314, p. 605-613, 1986.

PALMA, A. Educação Física, corpo e saúde: uma reflexão sobre os outros “modos de olhar”. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 23-40, jan. 2001.

PALMA, A.; ESTEVÃO, M. D. R; BAGRICHEVSKY, M. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, M. D. R. (orgs). **A saúde em debate na educação física**. .1v Blumenal: edibes, 2003.

PALMA; FERREIRA *et al.* Dimensões epidemiológicas associativas entre indicadores socioeconômicos de vida e prática de exercícios físicos. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 119-136, maio 2006

PATE, R. *et al.* Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, v. 273, n. 5, p. 402-407, 1995.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. 2 ed. Newbury Park: Sage, 1990.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. S. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005.

_____. As práticas do cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos serviços de Saúde; um campo de estudo e construção da integralidade In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física**. Campinas: Papirus, 1998.

POWELL, K. E. Habitual exercise and public health: an epidemiological view. In: DISHMAN, R. K. (ed.). **Exercise adherence: its impact on public health**. Champaign: Human Kinetics, 1998.

REIS, R.S. **Determinantes ambientais para realização de atividades físicas nos parques urbanos de Curitiba**: uma abordagem sócio-ecológica da percepção dos usuários. 114f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina – SC. Disponível em: <http://www.nucidh.ufsc.br/teses/dissertacao_rodrigo_reis.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2009.

RIBEIRO, A. B. *et al.* Tratamento da Hipertensão Arterial. In: RIBEIRO, A. B. (Org.) **Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

RHODES, R. E. *et al.* Factors associated with exercise adherence among older adults: an individual perspective. **Sports Medicine**, Auckland, v. 28, n. 6, p.397-411, 1999.

SALLIS, J.F.; HOVELL, M. F. Determinants of exercise behavior. Exercise and Sport Sciences Reviews, **American College of Sports Medicine Science**, v. 18, p. 307-330, 1990.

SANTOS, Z. M. S. A. **Hipertensão arterial**: modelos de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: UNIFOR, 2002.

SANTOS, S. C.; KNIJNIK, J. D. Motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, Barueri, v. 5, n 01, p.23-34, 2006.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa Agita São Paulo. Isto é Agita São Paulo**. São Paulo: CELAFISCS, 2002.

SENA, J. E. A.; PONTES, L. M. P.; FERREIRA, U. M. G. F.; SILVA, J. M. S. Composição corporal e sua relação com o nível de atividade física de taxistas e carteiros de João Pessoa – PB. **Fitness & Performance Jornal**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 21, jan/fev 2008.

SHEPPARD, R. J. Determinants of exercise in people aged 65 years and older. In: DISHMAN, R. K. (Org.). **Advances in exercise adherence**. Champaign: Human Kinetics, 1994. p. 343-360.

SILVA, T. R. *et al.* Controle da Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v 15, n. 3, p. 180-189, set./dez. 2006.

SOUZA, D. L. de Atividade Física e saúde: apontamentos para o desenvolvimento de políticas públicas In: MEZZADRI, F. M.; CAVICHIOLLI, F. R.; SOUZA, D. L. de (orgs). **Esporte e Lazer: Subsídios para o desenvolvimento e a gestão de políticas públicas**. Jundiaí-SP: Fontoura, 2006.

SOUZA, D. L. de. VENDRUSCOLO, R. Adherence to a Physical Activity Program by older adults in Brazil - **The Physical Educator**. v 67, n. 2, p. 101 – 112, 2010^a

_____. Fatores determinantes para a continuidade da participação de idosos em programas de atividade física: a experiência dos participantes do projeto “sem fronteiras” **Revista Brasileira de Educação Física e Esportes**. v. 24, n. 1, 2010b (no prelo).

STURMER, G. *et al.* O manejo não medicamentos da hipertensão arterial sistêmica no Sul no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1727-1737, ago, 2006.

SUZUKI, C. S. **Aderência a atividade física em mulheres da universidade aberta á terceira idade**. 104f. Dissertação. (Mestrado – Programa de pós-graduação em Enfermagem em saúde pública. Área de concentração: saúde da mulher no ciclo

vital) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

TEIXEIRA, R. A. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005.

WAGMACKER, D. S.; PITANGA, F. J. G. Atividade física no tempo livre como fator de proteção para hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v. 15, n 1, p. 69-74, 2007.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DOCUMENTOS CONSULTADOS

BARBOSA, J. A. S.; BANKOFF, A. D. P. Estudo do nível de participação num programa de atividade física e suas relações com as doenças não transmissíveis. **Revista Movimento & Percepção**. Espírito Santo do Pinhal, v. 9, n. 12, jan./jun. 2008.

BLOCH, K. V.; RODRIGUES, C. S.; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 134-143, 2006.

BRAGA JUNIOR, F. D. **Hipertensão Arterial e Atividade Física em Cuiabá: Estudo de Base populacional**. 113p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT, 2007. Resumo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria nº. 1.893/GM, de 15 de outubro de 2001. Institui o Programa de Promoção da Atividade Física. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n 2, p. 254-256, 2001.

CUNHA, I. C.; PEIXOTO, M. R. G.; JARDIM, P. C. B. V.; ALEXANDRE, V. P. Fatores associados à prática de atividade física na população adulta de Goiânia: monitoramento por meio de entrevistas telefônicas. **Revista Brasileira Epidemiologia**. Goiânia, v. 11, n. 3. p. 495-504, 2008.

DIAS, R.; PRESTES, J; MANZATTO, R; FERREIRA, C. K. O.; DONATTO, F. F.; FOSCHINI, D.; CAVAGLIERI, C. R. Efeitos de diferentes programas de exercício nos quadros clínico e funcional de mulheres com excesso de peso. **Revista Brasileira Cineantropometria de Desempenho Humano**, v. 8, n. 3, p. 58-65, 2006.

DOMINGUES, M. R.; ARAÚJO, C. L. P.; GIGANTE, D. P. Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 01, p. 204-215, 2004.

DUDA, J. L. Motivating older Adults for physical activity: it's never too late. **JOPERD**, p. 44-48, set. 1991.

DUMITH, S. C.; DOMINGUES, M. R. D.; GIGANTE, D. P. Estágios de mudança de comportamento para a prática de atividade física: uma revisão de literatura. **Revista**

Brasileira Cineantropometria de Desempenho Humano. Rio Grande – RS, v. 10, n. 3, p. 301-307, 2008.

GIACHINI, R. M. **Estado Nutricional, Níveis de Pressão Arterial e Atividade Física em Adultos atendidos por Equipe de Estratégia da Saúde da Família de Itajaí – SC. Vale do Itajaí – SC.** 77p. Dissertação (Mestrado Profissionalizante) - Universidade do Vale do Itajaí, 2007. Resumo.

HALLAL, P. R. C. **Prevalência e determinantes da prática de atividades físicas em adultos de Pelotas.** 119p. Dissertação (Mestrado em Educação Física – Epidemiologia – Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pelotas-RS, 2002. Resumo.

JACOB FILHO, W. Atividade física e envelhecimento saudável. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v 20, n 5, p. 73-77, set. 2006.

LEMONS, R. C. **A Atividade Aeróbica Contra-resistência como Atenuadora dos Fatores de Risco:** hipertensão arterial e hiperlipidemia. 341p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Castelo Branco 1999. Resumo.

LIMA-SILVA, A. E.; PIRES, F. O.; DE-OLIVEIRA, F. R.; KISS, M. A. P. D. M. **Metabolismo lipídico e gasto energético durante o exercício.** **Revista Brasileira Cineantropometria de Desempenho Humano**, v. 10, n. 3, p. 308-312, 2008.

MALVEIRA, M. T. R. C. **A atividade física e hipertensão arterial em uma população urbana da área metropolitana de Fortaleza, Ceará.** 92p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2004. Resumo.

MARTINS, M. de O. M. **Estudo dos fatores determinantes da prática de atividades físicas de professores universitários.** 170p. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis-SC, 2000. Resumo.

MAY, T. **Pesquisa Social:** questões, métodos e processos. [Trad. Carlos Alberto Silveira Netto Soares]. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PALMA, A.; SALOMÃO, L. C.; NICOLODI, A. G.; CALDAS, A. Reflexões acerca da adesão aos exercícios físicos: comportamento de risco ou vulnerabilidade? **Revista Movimento**, v. 9, n. 3, p. 83-100, set/dez. 2003.

PIERIN, A. M. G. Adesão ao tratamento: conceitos. In: NOBRE, F., PIERIN, A. M. G., MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**. Brasília, v. 10, n. 3, p. 49-54, jul. 2002.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 870-877, mai./jun. 2005.

PRZEWALLA, S. **Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial**. 131p. Dissertação (Mestrado Profissionalizante) - Universidade Federal de São Paulo São Paulo, 2004. Resumo.

RICHERT, F. F. **Barreiras à prática de atividades físicas: prevalência e fatores associados**. 119p. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Federal de Pelotas Pelotas-RS, 2004. Resumo.

RHODES, R.E.; MARTIN. A. D.; TAUNTON, J.E., RHODES. E. C.; DONNELLY, M.; ELLIOT, J. **Factors associated with exercise adherence among older adults**. *Sports Med.* v 28, n 06, p. 397-441, dec. 1999.

ROJAS, P. N. C. **Aderência a programas de exercícios físicos em academias da cidade de Curitiba/PR**. 112p. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis-SC, 2000. Resumo.

SAGIANI, E. **Hipertensão arterial essencial, atividade física e a relação com os mecanismos vasodilatadores e o óxido nítrico**. 51p. Dissertação (Mestrado Profissionalizante). Universidade Federal de São Paulo São Paulo, 2004. Resumo.

SALLES-COSTA, R.; HEILBORN, M. L.; WERNECK, G. L.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. S. Gênero e prática de atividade física de lazer. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19 (Sup. 2), p. S325-S333, 2003.

SIMAS, J. P. N. **Universidade e saúde da mulher: um estudo dos determinantes da atividade física**. 119p. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 2004. Resumo.

SIQUEIRA, F. V. *et al.* Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 01, p. 39-54, jan. 2008.

SOARES, T. C. M. **Motivação e aderência de mulheres ativas: um estudo dos fatores determinantes da atividade física**. 148p. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 2004. Resumo.

SOARES, C. L. **Educação Física: raízes européias no Brasil**. Campinas: Autores Associados, 2007.

SOUZA, G. de S. e. **Determinantes da atividade física e estágios de mudança de comportamento em adolescentes**. 93p. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 2003. Resumo.

SUZUKI, C. S. **Aderência à atividade física em mulheres da Universidade Aberta à Terceira Idade**. 104p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2005. Resumo.

VALES, F. C. **Análise da percepção subjetiva dos usuarios dos serviços públicos de saúde de São Jose dos Campos**. 80p. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia e Terapia Ocupacional) - UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA Vale do Paraíba, 2006. Resumo.

VAN EYKEN, E. B. B. D. O. **Prevalência de tabagismo, sedentarismo, obesidade e hipertensão arterial em homens adultos de uma área urbana de Juiz de Fora, Minas Gerais**. 129p. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Ciências da Saúde – Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Saúde Coletiva- Saúde Pública). Universidade Estácio de Sá, 2007. Resumo.

ZAITUNE, M. P. do A. **Fatores associados à hipertensão arterial e à prática de atividade física no lazer em idosos do Município de Campinas, SP**. 82p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas Campinas-SP, 2005. Resumo.

APÊNDICE

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA: Indivíduo com Hipertensão Arterial Sistêmica	114
ROTEIRO DE ENTREVISTA: Profissionais da Saúde	116
ROTEIRO DE ENTREVISTA: Gestor da Unidade Municipal de Saúde	118

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – Indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica	119
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – Profissional da Saúde	121
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – Gestor da Unidade Municipal de Saúde	123

ROTEIRO DE ENTREVISTA: Indivíduo com Hipertensão Arterial Sistêmica

Identificação

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Escolaridade: () Alfabetizado () 1º Grau Completo () 1º Grau Incompleto
 () 2º Grau Completo () 2º Grau Incompleto
 () Superior Completo () Superior Incompleto () Pós-

Graduação

Renda: () até 2 salário mínimo () 3 a 5 salários mínimos () 6 ou mais
 salários mínimos

Data aproximada do diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica: ____/____/____

Participação no Programa:

Data da inscrição (aproximada): ____/____/____

Início da participação na prática regular de atividade física que acontece nos
encontros semanais do Grupo de Hipertensos da Unidade de Saúde da Família
(aproximada): ____ / ____ / ____

Obs. As questões abaixo serão respondidas pelos indivíduos de acordo com os
critérios de inclusão, ou seja, cada indivíduo responderá apenas a uma questão:

*(2) Indivíduos com o menor número de faltas nos encontros semanais no último
semestre:*

Motivos das faltas:

*(2) Indivíduos com o maior número de faltas nos encontros semanais no último
semestre:*

Motivos das faltas:

(2) *Indivíduos que desistiram do programa:*

Motivos da desistência?

Pretende retornar? Se sim, quando?

Questões norteadoras da entrevista:

- 1) Quais as dificuldades que você tem encontrado para participar da prática regular de atividade física que acontece nos encontros semanais da Unidade de Saúde?
- 2) O que você tem feito para enfrentar estas dificuldades?
- 3) O que lhe estimula para participar da prática regular de atividade física que acontece nos encontros semanais da Unidade de Saúde?
- 4) O que você sugere para melhorar a prática regular de atividades física que acontece nos encontros semanais da Unidade de Saúde?

Obs. Após cada questão, sempre que necessário, será perguntado ao entrevistado: “Você poderia falar um pouco mais sobre este ponto (dificuldades / estratégias de enfrentamento / estímulos / sugestões)?”

ROTEIRO DE ENTREVISTA: Profissionais da Saúde

Identificação

Nome: _____

Data de Nascimento: ___ / ___ / _____

Escolaridade: () 1º Grau Completo () 1º Grau Incompleto

() 2º Grau Completo () 2º Grau Incompleto

() Superior Completo () Superior Incompleto () Pós-Graduação

Renda: () até 2 salário mínimo () 3 a 5 salários mínimos () 6 ou mais salários mínimos

Data que começou a trabalhar nesta Unidade de Saúde da Família: ___ / ___ / _____

Outras experiências profissionais com indivíduos com hipertensão arterial sistêmica:

Participação no Programa:

Data que começou a acompanhar as atividades do Grupo de Atividade Física nesta Unidade de Saúde da Família: ___ / ___ / _____

Períodos de interrupção no acompanhamento das atividades do Grupo de Atividade Física:

() Se sim. Qual (is) motivo(s)?

Pretende retornar? Se sim, quando?

Questões norteadoras para entrevista:

- 1) Quais as dificuldades que os indivíduos com hipertensão arterial sistêmica enfrentam para a prática regular de atividade física que ocorre nos encontros semanais da Unidade de Saúde?

- 2) Você tem observado se eles têm adotado algum tipo de estratégias para enfrentar estas dificuldades? Se sim, qual(is)?
- 3) Para você, o que os estimula para participar da prática regular de atividade física que ocorre nos encontros semanais da Unidade de Saúde?
- 4) Você teria sugestões para melhorar a participação dos indivíduos com HAS nos encontros semanais da Unidade de Saúde, em que ocorre a prática de atividades físicas?
- 5) Que tipo de dificuldade você encontra em sua ação profissional para promover a prática regular de atividade física, junto a pessoa com hipertensão arterial?
- 6) O que facilita o seu trabalho no sentido de promover a participação de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica nos encontros semanais dessa unidade de saúde?

Obs. Após cada questão, sempre que necessário, será perguntado ao entrevistado: “Você poderia falar um pouco mais sobre este ponto (dificuldades / estratégias de enfrentamento / estímulos / sugestões)?”

ROTEIRO DE ENTREVISTA: Gestor da Unidade Municipal de Saúde

Identificação

Nome: _____

Data de Nascimento: ___ / ___ / _____

Escolaridade: () Superior () Pós-Graduação

Data que começou a gerenciar esta Unidade de Saúde da Família: ___ / ___ / ___

Outras experiências profissionais com indivíduos com hipertensão arterial sistêmica:

_____Questões norteadoras para entrevista:

- 1) Quais as dificuldades que os indivíduos com hipertensão arterial sistêmica enfrentam para a prática regular de atividade física que ocorre nos encontros semanais da Unidade de Saúde?
- 2) Você tem observado se eles têm adotado algum tipo de estratégias para enfrentar estas dificuldades? Se sim, qual(is)?
- 3) Para você, o que os estimula para participar da prática regular de atividade física que ocorre nos encontros semanais da Unidade de Saúde?
- 4) Você teria sugestões para melhorar a participação dos indivíduos com HAS nos encontros semanais da Unidade de Saúde, em que ocorre a prática de atividades física?
- 5) Que tipo de dificuldade você encontra em sua ação profissional para promover a prática regular de atividade física, junto a pessoa com hipertensão arterial?
- 6) O que facilita o seu trabalho no sentido de promover a participação de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica nos encontros semanais dessa unidade de saúde?

Obs. Após cada questão, sempre que necessário, será perguntado ao entrevistado: “Você poderia falar um pouco mais sobre este ponto (dificuldades / estratégias de enfrentamento / estímulos / sugestões)?”

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – Indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica

Eu, *Derivan Brito da Silva*, mestrando no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Paraná estou lhe convidando a participar de uma pesquisa intitulada “Barreiras e facilitadores para aderência à prática regular de atividade física em um programa de assistência ao indivíduo com hipertensão arterial sistêmica”. O objetivo geral deste estudo é investigar o que estimula e o que dificulta a participação de indivíduos com hipertensão arterial na prática regular de atividade física no Grupo de Hipertensos da Unidade de Saúde.

Caso o/a senhor/senhora concorde em participar da pesquisa, precisarei entrevistá-lo(a) uma ou duas vezes, por um período de aproximadamente uma hora cada. Durante a entrevista o(a) convidarei para relatar as dificuldades encontradas para o seu envolvimento com a prática regular de atividade física, bem como os fatores que lhe permitem e facilitam a sua permanência nesta prática. O senhor/senhora será chamado(a) para uma segunda entrevista caso seja necessário esclarecer alguns aspectos de seu relato na primeira entrevista. As entrevistas serão realizadas em local e horário de maior conveniência para o senhor/senhora. Todas as entrevistas serão gravadas, respeitando-se integralmente o anonimato dos entrevistados. Tão logo a pesquisa termine, as gravações serão destruídas. Esta pesquisa não irá gerar riscos a sua saúde física ou mental, nem irá gerar gastos financeiros. Esclareço que, caso alguma(s) questão(ões) da entrevista lhe cause(m) desconforto, o(a) senhor(a) tem total liberdade para responder ou não a(s) questão(ões).

Quero salientar que a sua participação é importante, pois nos dará uma noção mais abrangente sobre os aspectos que dificultam e facilitam a permanência de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica na prática regular de atividade física. Esta pesquisa gerará subsídios para melhorar a assistência à saúde, no que diz respeito à prática regular de atividade física, das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica.

O pesquisador responsável por esta pesquisa, *Derivan Brito da Silva*, poderá ser encontrado na Unidade de Saúde da Família às terças-feiras e sextas-feiras das 08h as 12h e na quarta-feira durante o horário comercial, na coordenação do curso

de Terapia Ocupacional, no endereço Rua Padre Camargo 280, 3º Andar, Alto da Glória, telefone (41) 3360-7273.

O senhor/senhora tem garantia de acesso às informações da pesquisa, antes, durante e depois da entrevista, tendo liberdade para fazer qualquer pergunta sobre os dados prestados pelo senhor/senhora e sobre os objetivos da pesquisa.

Cabe lembrar que a sua participação nesta pesquisa é voluntária, ou seja, o/a senhor/senhora tem liberdade de recusar a participar da mesma, ou, se aceitar participar, pode se retirar do estudo a qualquer momento. Esta sua atitude não implicará em nenhum prejuízo ao seu tratamento na Unidade de Saúde da Família que freqüenta.

As informações relacionadas à pesquisa serão analisadas pelo pesquisador e poderão ser inspecionadas por autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito com um nome fictício, para que seu nome seja mantido em sigilo.

O Senhor/senhora não terá qualquer despesa referente aos trabalhos realizados pelo pesquisador e também não receberá qualquer benefício financeiro por participar da pesquisa.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar e sem que esta decisão afete o meu tratamento. Concordo voluntariamente a participar deste estudo.

Assinatura do Indivíduo: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Curitiba, ____/____/____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – Profissional da Saúde

Eu, *Derivan Brito da Silva*, mestrando no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Paraná e estou lhe convidando a participar de uma pesquisa intitulada “Barreiras e facilitadores para aderência à prática regular de atividade física em um programa de assistência ao indivíduo com hipertensão arterial sistêmica”. O objetivo geral deste estudo é investigar o que estimula e o que dificulta a participação de indivíduos com hipertensão arterial na prática regular de atividade física no Grupo de Hipertensos, em sua Unidade de Saúde.

Caso o(a) senhor/senhora participe da pesquisa, precisarei entrevistá-lo(a) por uma ou duas vezes, por um período de aproximadamente uma hora, onde levantarei questões relativas aos fatores de aderência à prática regular de atividade física no programa de assistência ao indivíduo com hipertensão arterial sistêmica no qual o senhor/senhora trabalha.

Durante a entrevista o senhor/senhora será convidado a falar sobre o que, em sua opinião, estimula e o que dificulta a participação de indivíduos com hipertensão nos encontros semanais onde ocorre a prática atividade física. O senhor/senhora será chamado para uma segunda entrevista caso seja necessário esclarecer alguns aspectos de seu relato na primeira entrevista. As entrevistas serão realizadas em local e horário de maior conveniência para o senhor/senhora. Todas as entrevistas serão gravadas, respeitando-se integralmente o anonimato dos entrevistados. Tão logo a pesquisa termine, as gravações serão destruídas. Esta pesquisa não irá gerar riscos a sua saúde física ou mental, nem irá gerar gastos financeiros. Esclareço que, caso alguma(s) questão(ões) da entrevista lhe cause(m) desconforto, o(a) senhor(a) tem total liberdade para responder ou não a(s) questão(ões).

Ressalto que a sua participação é importante, pois nos dará uma noção mais abrangente sobre os aspectos que dificultam e facilitam a permanência de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica na prática regular de atividade física. Esta pesquisa gerará subsídios para melhorar a assistência à saúde, no que diz respeito à prática regular de atividade física, das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica.

O pesquisador responsável por esta pesquisa, Derivan Brito da Silva, poderá ser encontrado na Unidade de Saúde da Família às terças-feiras e sextas-feiras das 08h às 12h e na quarta-feira durante o horário comercial, na coordenação do curso de Terapia Ocupacional, no endereço Rua Padre Camargo 280, 3º Andar, Alto da Glória, telefone (41) 3360-7273.

O Senhor/senhora tem garantia de acesso as informações da pesquisa, antes, durante e depois da entrevista, tendo liberdade para fazer qualquer pergunta sobre os dados prestados pelo(a) senhor/senhora e sobre os objetivos da pesquisa.

Cabe lembrar, que a sua participação nesta pesquisa é voluntária, ou seja, o/a senhor/senhora tem liberdade de recusar a participar da mesma, ou, se aceitar participar, pode se retirar do estudo a qualquer momento.

As informações relacionadas à pesquisa serão analisadas pelo pesquisador e poderão ser inspecionadas por autoridades legais. Qualquer informação que for divulgada em relatório ou publicação será feito com nomes fictícios, para que o seu nome e o da Unidade de Saúde sejam mantidos em sigilo.

O senhor/senhora não terá qualquer despesa referente aos trabalhos realizados pelo pesquisador e também não receberá qualquer benefício financeiro por participar da pesquisa.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem precisar me justificar. Concordo voluntariamente a participar deste estudo.

Assinatura do profissional de saúde: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Curitiba: ____/____/_____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – Gestor da Unidade Municipal de Saúde

Eu, *Derivan Brito da Silva*, mestrando no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Paraná estou lhe convidando a participar de uma pesquisa intitulada “Barreiras e facilitadores para aderência à prática regular de atividade física em um programa de assistência ao indivíduo com hipertensão arterial sistêmica”. O objetivo geral deste estudo é investigar os fatores que se constituem como barreiras e facilitadores para a aderência à prática regular de atividade física em um Programa de Assistência ao Indivíduo com Hipertensão Arterial Sistêmica em sua Unidade de Saúde.

Para esta pesquisa estarei selecionando seis indivíduos, todos com hipertensão arterial e que estão inscritos no Programa de Assistência ao Indivíduo com Hipertensão Arterial Sistêmica da Unidade de Saúde da Família, três profissionais que atuam neste programa, mais especificamente no acompanhamento à prática de atividade física, e a autoridade sanitária local (gestor da unidade de saúde).

Caso o/a senhor/senhora concorde em participar da pesquisa, precisarei entrevista-lo(a) uma ou duas vezes, por um período de aproximadamente uma hora cada. Durante a entrevista o senhor/senhora será convidado a falar sobre o que, em sua opinião, estimula e o que dificulta a participação de indivíduos com hipertensão nos encontros semanais onde ocorre a prática atividade física. O senhor/senhora será chamado(a) para uma segunda entrevista caso seja necessário esclarecer alguns aspectos de seu relato na primeira entrevista. As entrevistas serão realizadas em local e horário de maior conveniência para o senhor/senhora. Todas as entrevistas serão gravadas, respeitando-se integralmente o anonimato dos entrevistados. Tão logo a pesquisa termine, as gravações serão destruídas. Esta pesquisa não irá gerar riscos a sua saúde física ou mental, nem irá gerar gastos financeiros. Saliento que, caso alguma(s) questão(ões) da entrevista lhe cause(m) desconforto, o(a) senhor(a) tem total liberdade para responder ou não a(s) questão(ões).

Cabe lembrar que a sua participação é importante, pois nos dará uma noção mais abrangente sobre os aspectos que dificultam e facilitam a permanência de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica na prática regular de atividade física.

Esses dados nos ajudarão a reconhecer as principais barreiras e facilitadores relacionados com a prática regular de atividade física, para indivíduos com esta condição de saúde. Esta pesquisa gerará subsídios para melhorar a assistência à saúde, no que diz respeito à prática regular de atividade física de indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica.

O pesquisador responsável por esta pesquisa, Derivan Brito da Silva, poderá ser encontrado na Unidade de Saúde da Família às terças-feiras e sextas-feiras das 08h às 12h e na quarta-feira durante o horário comercial, na coordenação do curso de Terapia Ocupacional, no endereço Rua Padre Camargo 280, 3º Andar, Alto da Glória, telefone (41) 3360-7273.

O senhor/senhora tem garantia de acesso às informações da pesquisa, antes, durante e depois da entrevista, tendo liberdade para fazer qualquer pergunta sobre os dados prestados pelo(a) senhor/senhora e sobre os objetivos da pesquisa.

Saliento ainda, que a sua participação nesta pesquisa é voluntária, ou seja, o senhor/senhora tem liberdade de recusar a participar da mesma, ou, se aceitar participar, pode se retirar do estudo a qualquer momento.

As informações relacionadas à pesquisa serão analisadas pelo pesquisador e poderão ser inspecionadas por autoridades legais. Qualquer informação que for divulgada em relatório ou publicação será feito com nomes fictícios, para que o seu nome e o da Unidade de Saúde sejam mantidos em sigilo.

O senhor/senhora não terá qualquer despesa referente aos trabalhos realizados pelo pesquisador e também não receberá qualquer benefício financeiro por participar da pesquisa.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem precisar me justificar. Concordo voluntariamente a participar deste estudo.

Assinatura do Gestor da Unidade de Municipal de Saúde: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Curitiba, ____/____/_____

ANEXO

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa



Curitiba, 22 de junho de 2009.

Ilmo (a) Sr. (a)
Derivan Brito da Silva
Nesta

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “**Barreiras e facilitadores para aderência à prática regular de atividade física em um programa de assistência ao indivíduo com hipertensão arterial sistêmica**” está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 20 de maio de 2009 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 22 de junho de 2009.

Registro **CEP/SD**: 699.034.09.05

CAAE: 0014.0.091.085-09

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 22/12/2009.

Atenciosamente

Prof.ª Dr.ª Liliana Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Prof.ª Dra. Liliana Maria Labronici
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa - SD/UFPR