

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC**

**PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**ROSANA MENGUE MAGGI**

**ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DO ESTILO DE VIDA ATIVO EM  
USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

**CRICIÚMA**

**2012**

**ROSANA MENGUE MAGGI**

**ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DO ESTILO DE VIDA ATIVO EM  
USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

Monografia do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde Coletiva, da Universidade do Extremo Sul Catarinense – Unesc, para obtenção do título de Especialista na Modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família.

Orientador (tutor): Prof<sup>o</sup> MSc. Joni Marcio de Farias.

**CRICIÚMA**

**2012**

**ROSANA MENGUE MAGGI**

**ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DO ESTILO DE VIDA ATIVO EM USUÁRIOS  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense, para a obtenção do título de Especialista na Modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, com Linha de Pesquisa em Educação Física.

Criciúma, 29 de agosto de 2012.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Joni Marcio de Farias - Doutor - (Unesc) - Orientador

Prof. Victor Julierme Santos da Conceição - Mestre - (Unesc)

Prof. Francielle Lazzarim de Freitas Gava - Especialista - (Prefeitura Municipal de Criciúma)

Prof. Luciane Bisognin Ceretta - Doutora - (Unesc)

**Dedico este trabalho aos meus pais, que com amor e paciência me ensinaram a valorizar as pequenas coisas e sempre buscar a realização dos meus sonhos.**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela sua presença constante em minha vida, por ser a luz que me guia, auxiliando nas minhas escolhas.

Ao meu pai Alcione e a minha mãe Maria, meu eterno agradecimento por todo o amor dedicado, por sempre estarem ao meu lado, me apoiando e me fazendo acreditar que nada é impossível. Amo vocês!

Aos meus irmãos Ramon, Roger, minha cunhada Aline e meu sobrinho Vítor, por tornarem a minha vida mais completa e feliz.

A todos os meus amigos, e impossível não destacar, a Simoni Leal Justo, que além de amiga, foi minha companheira quase que diária durante estes seis anos em Criciúma, na qual compartilhamos saudades, ansiedades, angústias, mas também muitas alegrias. “O destino nos fez amigas, mas a convivência nos fez irmãs”.

Aos colegas e amigos residentes, em especial ao Gustavo de Oliveira e a Vanise dos Santos Viero, pela colaboração em todos os momentos, por se mostrarem verdadeiros amigos e por tudo que aprendi com vocês, bagagem esta que levarei para sempre.

Ao meu orientador e tutor Joni Marcio de Farias, por sua dedicação, paciência, sensibilidade e apoio ao longo desta jornada. Seus ensinamentos foram de extrema importância na minha formação.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para que eu completasse mais esta etapa, tão importante para o meu crescimento profissional e pessoal.

Muito Obrigada!

**“Motivação é a arte de incentivar as pessoas fazerem o que você quer que elas façam porque elas querem fazer, não porque precisam fazer.”**

**(Dwight Eisenhower)**

## RESUMO

A prática regular de atividade física representa um dos componentes mais importantes na adoção de um estilo de vida saudável, entretanto profissionais da área da saúde e comunidade científica vem se preocupando com a alta prevalência de inatividade física observada nas diversas fases da vida. Há necessidade de criar estratégias e propostas que incentivem o estilo de vida ativo nas unidades de saúde, na perspectiva de que o indivíduo adquira comportamentos preventivos relacionados a sua saúde. Desta forma o estudo teve como objetivo verificar a contribuição de uma estratégia lúdica para promoção de um estilo de vida saudável em diferentes populações. A pesquisa foi descritiva de caso, com abordagem quanti-qualitativa. Participaram do estudo cinco grupos: crianças (G1), adultos (G2), idosos (G3), adultos com obesidade (G4) e adultos com hipertensão arterial sistêmica (G5, usuários do sistema de saúde e pertencentes a uma unidade básica de saúde do município de Criciúma, Santa Catarina. A coleta de dados aconteceu após a intervenção do jogo, através de uma entrevista com grupos focais e preenchimento pelo próprio participante dos instrumentos: Critério de Classificação Econômica Brasil APEB, Estágio de Mudança de Comportamento para a Atividade Física e Escala de Motivação para a participação contínua no jogo. Os dados qualitativos foram analisados através da técnica de análise de conteúdo e os dados quantitativos tabulados pelo pacote estatístico SPSS 17.0. Para os resultados sobre a concepção de ser saudável, foram encontradas respostas: consideram-se saudáveis, não se consideram saudáveis e os que não conseguiram estabelecer o posicionamento em ser ou não saudável. De um modo geral a saúde é reconhecida com uma visão multifatorial como: a prática do exercício físico, alimentação saudável e adequada, relacionamentos pessoais, enfrentamentos da vida, uso correto de medicamentos, espiritualidade, sono, e realização de exames preventivos. Com relação ao jogo, a percepção entre os grupos foi positiva, relatando que o jogo possui um aspecto motivacional importante, que influencia na mudança de comportamento e por contribuir na produção do conhecimento em saúde, demonstrando também elementos motivacionais para a prática contínua do jogo principalmente relacionado a saúde e a motivação pessoal. Conclui-se que o jogo “MovimentAção” demonstrou ser uma estratégia inovadora para promoção do estilo de vida saudável e ativo em diferentes populações, sendo de fácil realização e baixo custo, podendo desta forma ser utilizado como uma metodologia para mudança de comportamento de usuários do Sistema Único de Saúde, necessitando somente de profissionais com conhecimento sobre o cenário de práticas e do estágio para progressão no jogo.

**Palavras-chave:** Estilo de vida; Saúde; Jogo, Mudança de Comportamento.

## ABSTRACT

The practice of regular physical activity is one of the most important components in adopting a healthy lifestyle, but health professionals and the scientific community has been concerned about the high prevalence of physical inactivity observed in various stages of life. There is need to develop strategies and proposals that encourage active lifestyles in health facilities, from the perspective of the individual to acquire preventive behavior related to their health. Thus, the study objective to determine the contribution of a play strategy for promoting a healthy lifestyle in different populations. The research was descriptive case with quantitative and qualitative approach. The study included five groups: children (G1), adults (G2), seniors (G3), adults with obesity (G4) and adults with hypertension (G5), users of the health system and belonging to a basic health unit of the municipality of Criciúma, Santa Catarina. Data collection occurred after the intervention of the game, thought a focus group interview and completion by the participant of the instruments: Brazil Economic Classification Criterion ABEP, Stage Behavior Change for Physical Activity Scale and Motivation for Participation Continuous in the Game. Qualitative data were analyzed using the technique of content analysis and quantitative data tabuled with SPSS 17.0. For the results on the design to be healthy, answers were found, consider themselves healthy, are not considered healthy and those who failed to establish the position of being healthy or not. Overall health is recognized as a multifactorial with a vision: a physical exercise, healthy diet and adequate personal relationships, clashes of life, correct use drugs, spirituality, sleep, and preventive examinations. Regarding the game, the perception among the groups was positive, reporting that the game has an important motivational aspect, which influences on behavior change and contribute to the production of knowledge in health care, also demonstrating motivational elements for the continued practice of the game mainly related to health and personal motivation. We conclude that the game "MovimentAção" proved to be an innovative strategy to promote healthy lifestyle and active in different populations and is easy to perform and inexpensive, and can thus be used as a method for changing behavior of user of the Unified Health System, requiring only professionals with knowledge about the practical scenario and stage progression in the game.

**Keyword:** Lifestyle; Health; Game; Change in behavior.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES OU TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 – Composição e caracterização dos grupos.....  | 35 |
| Tabela 2 – Categorias e subcategorias de estudo.....  | 37 |
| Tabela 3 –Distribuição relativa de indivíduos nos Estágios de Mudança de Comportamento.....                           | 53 |
| Tabela 4 – Distribuição relativa de motivação para a prática contínua do jogo por fator em cada grupo e no geral..... | 55 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária a Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EMC – Estágio de Mudança de Comportamento

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PET- Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio

PRÓ- Saúde – Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RMSF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....  | 14 |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....   | 16 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL.....  | 16 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....                                     | 16 |
| <b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....                                 | 17 |
| 3.1 ENTENDENDO O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....                        | 17 |
| 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CUIDADO COM A SAÚDE .....            | 18 |
| 3.3 PANORAMA ATUAL DE SAÚDE .....                                  | 21 |
| 3.4 ESTILO DE VIDA.....  | 22 |
| 3.5 ATIVIDADE FÍSICA, EXERCÍCIO FÍSICO E SAÚDE .....               | 23 |
| 3.6 A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO NO CUIDADO COM A SAÚDE .....        | 24 |
| 3.6.1 Motivação para a mudança de comportamento .....              | 26 |
| 3.7 JOGOS COMO ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ..... | 27 |
| <b>4 CAMINHOS METODOLÓGICOS</b> .....                              | 29 |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....                                  | 29 |
| 4.2 SUJEITOS DO ESTUDO .....                                       | 29 |
| 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....                                    | 30 |
| 4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....                                    | 30 |
| 4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS .....                        | 31 |
| 4.6 O JOGO.....  | 32 |
| 4.7 ASPECTOS ÉTICOS .....  | 33 |
| 4.8 ANÁLISE DOS DADOS .....  | 33 |
| <b>5 APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS</b> .....             | 35 |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                                | 57 |

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <b>REFERÊNCIAS .....</b> | <b>58</b> |
| <b>APENDICES .....</b>   | <b>65</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>      | <b>74</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde é um processo dinâmico, que acompanha uma evolução histórica, e atualmente se discute não mais como uma definição e sim como uma estrutura conceitual. Para Guiseline (2006) ter saúde representa uma condição de bem-estar que inclui não apenas o bom funcionamento do corpo, como também o vivenciar a sensação de bem-estar psicológico e uma boa qualidade nas relações que o indivíduo mantém com as outras pessoas e com o meio ambiente.

Nesse contexto, a promoção da saúde é entendida como uma prática social, que deve articular e permear políticas públicas que visem a qualidade de vida da população. Para isso são necessárias estratégias no sentido de que o indivíduo tenha acesso as informações necessárias à sua saúde e incorpore esse conhecimento, adquirindo comportamentos preventivos (MORETTI et al., 2009).

Segundo as diretrizes de promoção da saúde, a atividade física apresenta-se como um dos componentes mais importantes na adoção de um estilo de vida saudável e uma melhor qualidade de vida das pessoas (OMS, 2006), demonstrando o significado e a necessidade do reconhecimento na promoção da saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, a adoção de comportamentos saudáveis é um imenso desafio para as pessoas, a regularidade de um comportamento e a transformação do mesmo em hábito implica em múltiplas questões. Motivação para a ação, percepção dos benefícios e satisfação com a atividade executada são itens fundamentais para que isso aconteça (MORETTI et al., 2009).

Estabelecer hábitos de vida ativos é fundamental para prevenir agravos à saúde, como a hipertensão arterial, o diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares e a obesidade, e na Atenção Primária a Saúde (APS) deve-se estimular esses hábitos criando estratégias para diminuir os índices de inatividade física da população.

A preocupação com os altos índices de inatividade física, e conseqüentemente com os agravos à saúde que estão fortemente ligados aos hábitos de vida, foram inquietações que nos levaram a pensar em uma estratégia de estimular mudanças de comportamento relacionadas à saúde, entre elas o aumento do gasto calórico promovido por meio da atividade física, que possa ser reproduzida com usuários do sistema de saúde. Diante disso, justifica-se a necessidade deste

trabalho, como uma forma de ampliar e qualificar a promoção à saúde, tendo como problema de pesquisa: **Atividades lúdicas podem contribuir para a mudança de comportamentos relacionados à saúde e estilo de vida ativo?**

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a contribuição de uma estratégia lúdica para promoção de um estilo de vida saudável em diferentes populações.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Construir um modelo de jogo lúdico interativo;
- b) Identificar o conhecimento sobre saúde dos usuários do sistema de saúde;
- c) Verificar a eficácia do jogo como indicativo para mudança de comportamento;
- d) Verificar os aspectos motivacionais para a prática contínua do jogo;
- e) Identificar os aspectos positivos e negativos sobre o jogo, percebidos e relatados pelos participantes;
- f) Estabelecer o jogo como uma proposta para o cuidado com a saúde da população.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 ENTENDENDO O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Os conceitos de saúde e de doença decorrem da evolução histórica e do seu contexto cultural, social, político e econômico, dessa forma cada pessoa pode interpretar saúde de uma maneira, dependendo dos seus valores individuais, de suas concepções religiosas, científicas, da época e lugar que vive, e sua classe social. Da mesma forma, o que é considerado doença pode variar muito (SCLIAR, 2007).

Mesmo com entendimentos diferenciados, a saúde é considerada um dos principais valores de vida das pessoas, no entanto a maior parte delas só se preocupa em cuidá-la quando esta se encontra ameaçada mais seriamente e com sintomas de doenças evidentes (NAHAS, 2010).

Durante muito tempo no processo histórico, a doença esteve relacionada aos princípios religiosos, sendo associada ao pecado e maldição. Essa visão religiosa antecipou a entrada do pai da medicina, Hipócrates, que passou a ver o homem como uma unidade organizada, da qual a doença constituía uma desorganização deste estado (SCLIAR, 2007).

O conceito universalmente aceito do que é saúde só foi divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, o qual diz que saúde é o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidades (SCLIAR, 2007). A amplitude desse conceito acabou sendo alvo de críticas por algumas pessoas, por compreenderem ser algo utópico e inatingível. Perceber a saúde na sua totalidade envolve múltiplas dimensões e isso apresenta dificuldades, já que nenhuma teoria é capaz de dar conta dos inúmeros fenômenos da saúde e do adoecer (BACKES et al, 2009).

A ideia de estar saudável a partir de uma visão ampliada, levando em consideração indicadores sociais e econômicos, surgiu a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. (BRASIL, 1986). Esta Conferência foi um marco importante no cenário de saúde. No Brasil o direito a saúde é garantido a todos os cidadãos pela Constituição Brasileira de 1988, por meio do artigo 196 que relata que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Entre os fatores determinantes e

condicionantes de saúde estão o direito a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Este processo saúde-doença vem acompanhando uma significativa evolução na história, embora ainda seja predominante o modelo biomédico, centrado na doença, no assistencialismo e reabilitação. A promoção da saúde, levando em consideração todas as dimensões do ser humano e suas interações com a sociedade, política e cultura em que está inserido constitui um desafio no cenário atual (BACKES et al., 2009). Porém, as políticas públicas atuais de saúde lutam por mudar esse modelo biomédico e incentivam outras alternativas, como trabalhos de educação em saúde na perspectiva de promover hábitos preventivos na população.

### 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CUIDADO COM A SAÚDE

No cuidado com a saúde existem inúmeras políticas preocupadas com o tratamento e reabilitação de doenças, mas o foco atual do Ministério da Saúde são as políticas públicas de promoção da saúde e prevenção de agravos, que visam transformar a cultura do atendimento clínico, voltado unicamente ao episódio agudo da doença, para um cuidado multiprofissional e contínuo às condições crônicas (MENDES, 2012).

Políticas públicas são diretrizes, regras e procedimentos, sistematizados e formulados em documentos (leis, programas, linhas de financiamento) que orientam ações de relação entre poder público e sociedade (TEIXEIRA, 2002). Uma dessas políticas, voltada a APS foi a criação no ano de 1994 do Programa Saúde da Família (PSF), três anos mais tarde identificado como Estratégia Saúde da Família (ESF), por entendê-la como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 2006a).

A ESF, através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades de saúde, atua em ações de promoção e manutenção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos, no âmbito individual e/ou coletivo (BRASIL, 2012). Diversas perspectivas e estratégias foram analisadas, até que em 2006, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), cujo objetivo principal é promover a qualidade de vida reduzindo

vulnerabilidades e riscos à saúde da população atendida pelo SUS (BRASIL, 2006b).

Para isso a promoção da saúde deve compreender ações integradas e de caráter multidisciplinar que fomentem mudanças nos três níveis de atenção: assistência à saúde, gestão local de políticas públicas, proteção e desenvolvimento social para todos. Assim, não só o setor saúde, mas todos os setores da sociedade precisam responsabilizar-se no esforço de proteger e cuidar da vida humana (CARVALHO, 2008).

Apesar da promoção da saúde ser uma abordagem inovadora e com um forte potencial de mudança social, seus princípios ainda estão longe de serem plenamente compreendidos e viabilizados por todos os profissionais e gestores de saúde (CARVALHO, 2008). É fundamental que as instituições de formação profissional estejam preocupadas em preparar profissionais para atuarem na promoção a saúde e prevenção de agravos e não somente com o assistencialismo, ainda tão presente no sistema de saúde do nosso país.

Todas as políticas e programas viabilizados pelo Ministério da Saúde visam implementar e qualificar a rede de saúde e o atendimento aos usuários do SUS, além de minimizar problemas que dificultem e/ou impeçam mudanças no modelo de atenção (SILVA, SARRETA, BERTANI, 2007).

Outra importante estratégia para promover saúde através da atuação multidisciplinar foi a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Estes núcleos devem ser constituídos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuam juntamente as equipes de saúde da família na perspectiva de apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão de saúde na Atenção Básica/Saúde da Família (BRASIL, 2009a).

Para que essas estratégias sejam bem sucedidas, a formação de profissionais deve ser qualificada para atuarem nessa perspectiva. O Ministério da Saúde, preocupado com isso, lançou iniciativas e programa inovadores, entre eles o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF).

O PET-Saúde é uma ação intersetorial direcionada para o fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS, como o reconhecimento do sistema público de saúde por futuros profissionais. Por meio de bolsas de estudos para estudantes de

graduação da área da saúde, tutores e preceptores (profissionais dos serviços), o programa estabelece uma ligação entre ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2011a). Assim como o PET-Saúde, o PRÓ-Saúde é uma política do governo federal que objetiva integrar o ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica e promovendo transformações na prestação de serviços à população (BRASIL, 2009c).

A RMSF, regulamentada pela lei nº 11.129, constitui uma modalidade de pós-graduação que se fundamenta na interdisciplinaridade como facilitadora de um conhecimento ampliado em saúde. A partir da vivência prática nos serviços, aliado a um suporte pedagógico específico, se concretiza a formação técnica e humanística do profissional de saúde (NASCIMENTO, 2008). Os profissionais que compõem essa equipe precisam, além da capacidade técnica, identificar-se e envolver-se com o modelo de trabalho, que exige criatividade, iniciativa, e vocação para o trabalho em grupo e na comunidade (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010; RONZANI, SILVA, 2008).

Especificamente para a área da atividade física, recentemente o governo federal através da Portaria nº 719, do ano de 2011, viabilizou a criação do Programa Academia da Saúde, com objetivo de aumentar os níveis de atividade física da população. Esta proposta investe na implantação de polos, construídos em espaços públicos, para o desenvolvimento de atividades como orientação para a prática de atividade física e de lazer, favorecendo hábitos de vida mais saudáveis (BRASIL, 2011b).

Todas essas evoluções nas políticas públicas de saúde, que atualmente tem foco na promoção da saúde e prevenção de agravos, estão relacionadas também com as mudanças no panorama de saúde, em que as doenças infectocontagiosas que durante muito tempo afetaram o país deram lugar ao aumento crescente das doenças crônicas (SCHIMIDT, DUNCAN, 2011).

### 3.3 PANORAMA ATUAL DE SAÚDE

A situação de saúde no Brasil encontra-se em processo de transição demográfica acelerada, com envelhecimento de sua população e aumento nas patologias de ordem crônica (MENDES, 2012).

As mudanças no perfil de morbimortalidade da população desencadearam um problema de saúde pública em ampla escala, não apenas por sua alta ocorrência, mas pelas consequências nefastas à saúde, com valores alarmantes dos gastos assistenciais em saúde (SCHIMIDT, DUNCAN, 2011).

Essas patologias de ordem crônica tem por característica a longa duração, normalmente com progressão lenta e evolução gradual dos sintomas. Podem ser transmissíveis, quando repassadas através de um agente transmissor específico, como o caso da tuberculose e da AIDS, ou não transmissíveis, normalmente relacionadas a um conjunto de fatores hereditários, e especialmente, ao estilo de vida das pessoas, como por exemplo, a hipertensão arterial, o diabetes *mellitus*, a obesidade e as neoplasias (LIMA et al, 2009).

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) respondem pelas maiores taxas de mortalidade do mundo. No ano de 2008, 63% de todas as mortes mundiais foram atribuídas a essas patologias, com destaque para as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas (ALWAN et al., 2010). A Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio do ano de 2008 (IBGE, 2010) demonstrou que a incidência dessas doenças aumenta na medida em que a idade avança, sendo que 79,1% dos brasileiros com mais de 65 anos relataram ser portador de alguma doença crônica.

O surgimento e evolução dessas doenças podem estar relacionados com os comportamentos e estilo de vida do indivíduo, por isso há uma necessidade de se promover saúde através da prática de atividade física, adoção de hábitos alimentares saudáveis e adequados, da cessação do tabagismo, redução do uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outras condutas (BRASIL, 2007).

De acordo com as projeções realizadas e os estudos que relacionam os fatores de risco para o surgimento e agravamento das DCNT, fica evidente que muito mais do que a carga genética do indivíduo, os fatores de riscos podem ser determinantes, o que justifica profissionais de saúde aprofundarem seus estudos sobre a importância de um estilo de vida saudável e quais podem ser as estratégias a serem

propostas para as unidades de saúde, na perspectiva de prevenção a todo e qualquer tipo de agravo à saúde.

### 3.4 ESTILO DE VIDA

O estilo de vida, determinado pelo conjunto de ações habituais que refletem nas atitudes, valores e oportunidades de vida, atualmente vem sendo considerado um dos mais importantes determinantes de saúde. (NAHAS, 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006; NAHAS, 2010), os hábitos de vida adotados pelas pessoas diariamente é um dos componentes mais importantes para se ter uma boa saúde. Essa mesma organização reconhece a prática de atividades físicas regulares como um relevante meio de promoção da saúde e redução de fatores de risco.

Grande parte dos fatores de risco para a saúde podem ser modificados por meio de alterações no comportamento do indivíduo. Assim, hábitos de vida saudáveis como estabelecer uma vida fisicamente ativa, ter uma alimentação saudável e adequada, controlar os níveis de estresse e ansiedade tem registrado efeitos positivos sobre a saúde (SIMÃO, NAHAS e OLIVEIRA, 2006).

O estilo de vida ativo é fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade por todas as causas. Por outro lado, as pessoas que possuem um estilo de vida inativo são classificadas como sedentárias, com maior potencial para desenvolver agravos à saúde (NAHAS, 2010).

O fenômeno do sedentarismo ou inatividade física pode ser decorrente de diversos fatores, entre eles os avanços tecnológicos da atualidade, que proporcionaram uma maior comodidade e incentivo a hipocinesia. Outro aspecto é a carência de espaços públicos nos centros urbanos adequados e seguros para a prática de atividade física (MACIEL, 2010).

São inúmeros os estudos que demonstram os altos custos sociais decorrentes da adoção de um estilo de vida inativo (LAMBERTUCCI, PUGGINA, PITHONCURI, 2006; PITANGA, 2002). Estimativas econômicas de vários países consideram o sedentarismo como responsável por de 2% a 6% dos custos totais em saúde pública (POZENA, CUNHA, 2009).

Mas, infelizmente, são preocupantes as taxas de inatividade física observadas em diferentes populações, o que tem despertado a atenção da comunidade científica para este campo da saúde pública. Dados recentes apontam que apenas 15% dos adultos brasileiros são considerados fisicamente ativos, sendo que este percentual está estável desde 2006 (HALLAL, 2011).

### 3.5 ATIVIDADE FÍSICA, EXERCÍCIO FÍSICO E SAÚDE

A atividade física / exercício físico é um fenômeno que vem sendo evidenciado na atualidade, principalmente pelas suas contribuições na prevenção primária e reabilitação das diversas DCNT (FLORINDO, 2011).

A diferença etimológica entre os termos atividade física e exercício físico é facilmente confundida entre as pessoas, devido ao fato de que o exercício físico é uma das formas de atividade física.

O conceito de atividade física que está claro na literatura científica a define como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulte em um gasto energético acima dos níveis de repouso (CAPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). Os mesmos autores relatam que para ser considerado exercício físico a atividade necessita ser planejada, estruturada, prescrita e avaliada, tendo como objetivo a melhoria/manutenção de um ou mais componentes da aptidão física.

O grande número de investigações científicas relatando o potencial de melhora no estado de saúde através da prática de atividade física e/ou exercício físico evidenciou esse conhecimento. Entretanto, parece bastante questionável o quanto essas informações estão alcançando a população em geral (KNUTH et al., 2009).

Os principais benefícios advindos da prática de atividade física/exercício físico referem-se aos aspectos antropométricos, neuromusculares, metabólicos e psicológicos. Entre esses efeitos estão o aumento do volume sistólico, da ventilação pulmonar, a melhora do perfil lipídico, a diminuição da pressão arterial, a melhora da sensibilidade à insulina, o incremento da força e massa muscular, maior amplitude e

flexibilidade, melhora da densidade óssea, entre outros. Na dimensão psicológica a atividade física atua na melhoria da auto-estima, da imagem corporal, das funções cognitivas e de socialização, diminuição do estresse e ansiedade (MATSUDO, MATSUDO, NETO, 2000).

No entanto, mesmo com a clareza dos inúmeros benefícios provenientes da sua prática, a inatividade física é um dos grandes problemas de saúde pública. Estudos de base populacional indicam que a prevalência de inatividade física em adultos brasileiros aproxima-se de 30% (LOPES et al., 2010; SIQUEIRA et al., 2008), quando considerada apenas o domínio de atividade física no lazer, a prevalência aumenta para 70% (ZANCHETTA et al., 2010).

Tem-se a compreensão de que o conhecimento sobre um fator não garantirá automaticamente a mudança de comportamento do indivíduo (DOMINGUES, ARAÚJO, GIGANTE, 2004), mas é através do conhecimento que o indivíduo adquire consciência e autonomia para adotar hábitos mais saudáveis.

### 3.6 A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO NO CUIDADO COM A SAÚDE.

A crescente difusão na mídia a respeito dos benefícios da atividade física para a saúde, bem como a busca estética pelo corpo perfeito aumentaram a procura da população por essas praticas corporais. A grande dificuldade é a real adesão dos indivíduos, já que seguidamente não se consegue incorporar a prática da atividade física no seu cotidiano. O fundamental para a manutenção e promoção da saúde é que a prática da atividade física aconteça de forma continuada nas várias fases da vida (SANTOS, KNIJNIK, 2006).

Porém sabe-se que a aderência a atividade física não ocorre imediatamente após o início da prática. Um dos modelos mais utilizados para responder positivamente mudanças de comportamento nos indivíduos têm sido os Estágios de Mudança de Comportamento (EMC), também conhecido como Modelo Transteoretico. Este modelo começou a ser utilizado na década de 80 no controle do tabagismo, e atualmente ganhou aplicações nos diversos tipos de comportamentos relacionados à saúde, como: consumo de álcool, uso de drogas psicotrópicas, ingestão de gorduras e fibras, redução do estresse, e a prática de atividade física (MADUREIRA et al, 2009).

O Modelo Transteoretico abrange duas dimensões: os estágios de mudança e os processos de mudança. A primeira dimensão refere-se aos aspectos motivacionais, de tempo e fidelidade a um comportamento específico, enquanto que a segunda dimensão está vinculada às intervenções que podem induzir alterações nas experiências individuais e no meio ambiente para a modificação do comportamento. A eficácia deste modelo está exatamente na integração dessas duas dimensões, sendo que o EMC em que se encontra o sujeito é que define o processo de mudança mais apropriado para ser utilizado (GUEDES, SANTOS, LOPES, 2006).

Além disso, esta identificação permite distinguir os indivíduos que estão dispostos a realizar mudanças em seu comportamento daqueles que não a pretendem e, no caso da atividade física, o desenvolvimento de estratégias de intervenção, pois para cada comportamento são necessários esforços específicos.

Os EMC para atividade física se caracterizam por assumir fatores cognitivos, sociais e ambientais em sua concepção, que tem por característica identificar hábitos atuais e/ou intenções de mudanças em um futuro próximo para a prática de atividade física (BOSCATTO, DUARTE, GOMES, 2011).

O processo de mudança de comportamento para hábitos de vida ativos, segundo Prochaska e Marcus (1994), pode ser dividido em estágios:

1) Pré Contemplação: Nesse estágio o indivíduo possui resistência para reconhecer ou mudar seu comportamento, ainda não pratica atividade física e nem há intenção de praticar.

2) Contemplação: O indivíduo possui vontade de melhorar sua condição, possui planejamento para esse novo comportamento em um futuro próximo, mas ainda não o executa, podendo permanecer um longo período de tempo neste estágio.

3) Preparação: Estágio em que o indivíduo pratica a atividade física de maneira esporádica. São realizados esforços para a adoção deste comportamento.

4) Ação: Uma mudança inicial no comportamento é operada; o indivíduo requer comprometimento, adotando a prática de atividade física como parte de seu cotidiano.

5) Manutenção: Fase em que a atividade física já faz parte da rotina do indivíduo, o novo comportamento foi adquirido e é mantido por longo tempo. O

indivíduo sente prazer na prática e trabalha para evitar recaídas e consolidar os ganhos obtidos durante o processo de ação.

Dentro dos estágios, a premissa básica é de que as mudanças de comportamento ocorram ciclicamente mediante um *continuum* de ações, e não somente por meio de um acontecimento, levando em consideração que os sujeitos possuem diferentes níveis de motivação para modificarem seus comportamentos. Dessa forma, o sujeito pode demonstrar, eventualmente, avanços ou retrocessos em qualquer momento do estágio que se encontra (GUEDES, SANTOS, LOPES, 2006).

Contudo, mudanças profundas de comportamento, como modificações no estilo de vida, exigem uma compreensão da situação externa e dos fatores associados, que refletem o meio em que o sujeito está inserido (PETROSKI, OLIVEIRA, 2008).

Investigar os EMC e os benefícios aliados a prática de exercício físico é tão importante quanto compreender os aspectos motivacionais que estão envolvidos para que as pessoas adotem esse hábito nas diferentes fases da vida.

### 3.6.1 Motivação para a mudança de comportamento

Decorrente do comportamento das pessoas em diferentes ocasiões, as ações e atitudes identificam-se com maior ou menor grau de motivação em sua execução (ZAMBONATO, 2008).

A motivação pode ser conceituada como um processo pessoal, interno, fundamentalmente energético, que determina a direção e a intensidade do comportamento individual. Conseqüentemente, não há aprendizagem sem motivação (CARVALHO, 1996 apud ZAMBONATO, 2008).

Esse processo motivacional depende de fatores internos e externos. Alguns fatores apontados como razões para motivação ao se exercitar são o controle do peso corporal, a queda no risco de hipertensão, a prevenção de doenças cardiovasculares, o controle do estresse e da depressão, a sensação de bem-estar ao realizar a atividade, aumento na autoestima e socialização (WEINBERG, GOULD, 2001).

A mídia também possui um papel importante, incentivando as pessoas a reduzirem o estilo de vida inativo, por ser um meio de rápida comunicação e possível formador de opiniões (FIGUEIRA JÚNIOR, 2000). O conhecimento acerca dos benefícios trazidos à saúde constitui um facilitador na aderência do indivíduo à prática de atividade física. (SANTOS, KNIJNIK, 2006).

### 3.7 JOGOS COMO ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Jogos são recursos didáticos comprovadamente eficientes e essenciais nos processos educativos e de desenvolvimento do ser humano, podendo contribuir nas ações interdisciplinares, como forma de assimilação da realidade, descobrindo e aprendendo coisas novas. No Brasil, destaca-se a utilização desse recurso pedagógico como estratégia para educação em saúde, pelo seu alto potencial na construção do conhecimento (MONTEIRO, VARGAS, REBELLO, 2003; YONEKURA, SOARES, 2010). No entanto, sua utilização na área da saúde é discutida pela literatura quanto a aplicabilidade em diversas situações, envolvendo crianças, adolescentes e adultos (BLAKELY et al., 2009).

O jogo e a brincadeira estão presentes na vida das pessoas em todas as fases de sua existência, sendo um ingrediente indispensável no relacionamento entre as pessoas, possibilitando que a criatividade ganhe espaço (ALMEIDA, 2011).

Segundo Elkonin (1998), ao jogar a criança consegue manifestar suas próprias decisões, atuando de forma decisiva na construção de sua personalidade. O jogo tem entre suas principais contribuições, a possibilidade de vivenciar problematizações da vida real de forma lúdica e interativa.

O lúdico refere-se a uma dimensão humana caracterizada pelos sentimentos de liberdade e espontaneidade de ação, que envolve atividades despretensiosas, descontraídas, livre de pressões ou avaliações (SÁ, 2004). Almeida (2011) ressalta que a ludicidade é uma necessidade do ser humano vivenciada em qualquer idade, não podendo ser vista apenas como distração, pois o lúdico facilita a aprendizagem, o desenvolvimento pessoal, social e cultural, colabora para uma boa saúde mental, facilita os processos de socialização, comunicação, expressão e construção do conhecimento.

As atividades lúdicas são aquelas que propiciam a vivência plena do aqui/agora, que integram a ação, o pensamento e o sentimento, podendo ser uma brincadeira, um jogo ou qualquer outra atividade que estabeleça um estado de plenitude, além disso, o mais importante é a forma como a atividade é orientada e como é experienciada (ALMEIDA, 2011).

Os jogos educativos, lúdicos e interativos, incentivam a expressão individual e facilitam a construção coletiva de conhecimentos, pois envolve emoções, contribui para a incorporação de valores e coloca à prova as aptidões e limites individuais, que podem ser internalizados de forma positiva ou negativa pelo indivíduo.

A utilização de jogos como ferramenta para mudança de comportamento ainda não está bem descrita e esclarecida, no entanto, a literatura aponta um indicativo que atividades prazerosas são mais eficazes para mudanças de comportamento e tendem a perdurar por mais tempo, contribuindo para um estilo de vida mais saudável e certamente com uma apropriação do conhecimento sobre saúde por parte dos participantes do jogo.

## 4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi descritiva de caso com abordagem quanti-qualitativa, que conforme Molina Neto (1999) se preocupa em descrever, explicar, interpretar e compreender as representações e os significados que um grupo específico atribui às suas ações e vivências diárias.

A principal característica da abordagem qualitativa é compreender as relações “em profundidade”, buscando identificar as motivações em um aspecto realista e detectar tendências não-mensuráveis ou não-qualificáveis. As pesquisas qualitativas são realizadas a partir de entrevistas individuais ou discussões em grupos e sua análise verticalizada em relação ao objeto em estudo, que permite identificar pontos comuns e distintos presentes na amostra escolhida. Na abordagem qualitativa é possível conhecer a opinião dos usuários sobre os produtos/serviços, seus hábitos de vida assim como avaliar o uso e detectar sugestões para novas ações para mudança de comportamento que exijam uma análise qualitativa.

Apesar de pressupor um caráter qualitativo, a pesquisa também terá aspectos quantitativos, pois complementam o estudo. Conforme André (1998), não se pode perder de vista que quantidade e qualidade estão intimamente relacionadas. O número ajuda a explicar a dimensão qualitativa, pois é constitutivo da mesma realidade.

### 4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Fizeram parte da população do estudo crianças, adultos, idosos, obesos e hipertensos, usuários do sistema de saúde e pertencentes a área de abrangência de uma unidade básica de saúde do município de Criciúma, Santa Catarina. A população foi convidada a participar do estudo por meio de divulgação na unidade de saúde e nos grupos já existentes na comunidade. A amostra foi composta por

voluntários que, conforme agendamento prévio, compareceram na data para execução do jogo.

O tamanho da amostra foi suficientemente pequeno de forma a permitir que o pesquisador seja capaz de conhecer bem o objeto de estudo. Minayo (2008), ao discutir sobre a questão da amostragem na pesquisa qualitativa, afirma que nesta há uma preocupação menor com a generalização. Então, para esta abordagem, o critério fundamental não é o quantitativo, mas sua possibilidade de incursão para melhor compreender o objeto de estudo. Identificando e analisar profundamente dados não-mensuráveis, como sentimentos, sensações, percepções, pensamentos, intenções, comportamentos passados, entendimento de razões, significados e motivações de um determinado grupo de indivíduos em relação a um problema específico.

#### 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios para participar do estudo foram: assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APENDICE A e B); comparecer e participar do jogo; responder e devolver os instrumentos da pesquisa.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão foram: não atender os critérios de inclusão; e apresentar limitações físicas ou ortopédicas que impossibilitem a realização da atividade proposta.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) foi realizado o contato com a enfermeira da unidade de saúde para apresentação do projeto, organização e planejamento das ações.

A primeira etapa da coleta de dados aconteceu sempre após a intervenção do jogo, através de uma entrevista com grupos focais. O grupo focal estimula os participantes a falarem e reagirem aquilo que o outro diz, de forma que as representações se fundamentem no coletivo e não apenas na perspectiva individual. Como afirmam os autores, em sua essência um grupo de pessoas é mais do que a soma das partes, ele se torna uma entidade em si mesmo (BAUER, GASKELL, 2002).

Esta técnica é especialmente utilizada em pesquisas com delineamento qualitativo que consideram a visão dos participantes em relação a uma experiência ou a um evento. A técnica é muito interessante quando se busca compreender as diferenças existentes em perspectivas, ideias, sentimentos, representações e valores de grupos diferenciados de pessoas (GATTI, 2005).

Para Morgan (1997) a realização de apenas um grupo focal é suficiente para uma análise qualitativa, pois o processo dinâmico e a sinergia do grupo permitem compreender cada grupo como um contexto diferenciado.

As entrevistas nos grupos focais seguiram roteiro do tipo semi-estruturado (APENDICE D), foram gravadas e posteriormente transcritas. Conforme André (1998) as entrevistas possuem a finalidade de aprofundar questões e esclarecer os problemas observados, com interação direta entre o pesquisador e o entrevistado.

A segunda etapa contou com o preenchimento pelo próprio participante, após orientação coletiva, dos instrumentos:

Critério de Classificação Econômica Brasil APEB (ANEXO B) – Neste instrumento são obtidas informações relacionadas à acumulação de bens materiais, condições de moradia, número de empregados domésticos e ao nível de escolaridade do chefe da família, classificando a população em oito classes (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E) por ordem decrescente de poder de compra.

Estágio de Mudança de Comportamento para a Atividade Física (ANEXO C) – Os sujeitos são classificados em um dos cinco estágios: (1) Pré-Contemplanção; (2) Contemplanção; (3) Preparação; (4) Ação; (5) Manutenção.

Escala de motivação para a participação contínua no jogo, adaptado da Escala de Motivação para a Prática de Atividade Física (MPAM-R) (Gonçalves e Alchieri, 2010) (APÊNDICE C): Este instrumento é constituído de 15 itens, que foram agrupados em quatro categorias conforme suas características: Saúde, Estética, Motivação Pessoal e Motivação Social. O avaliado deve responder utilizando uma escala de seis pontos, variando entre 1 = Pouco verdadeiro até 6 = Muito verdadeiro os itens que mais o motivam. Para melhor identificação dos fatores motivacionais, foram agrupadas respostas, identificando como “Pouca” motivação as respostas 1 e 2, “Moderada” motivação nas respostas 3 e 4, e “Muita” motivação para as respostas 5 e 6.

Por fim, a última etapa de coleta de dados foi através da observação e registro em diário de campo, realizada pela pesquisadora durante o jogo. A observação é chamada de participante porque parte do princípio que o pesquisador possui sempre um alto grau de interação com a situação estudada, afetando-a e sendo afetado por ela (ANDRÉ, 1998).

#### 4.6 O JOGO

O jogo “MovimentAção” é uma proposta socioeducativa que objetiva proporcionar conhecimento sobre hábitos saudáveis, melhorar as capacidades físicas e promover um gasto calórico dos seus participantes.

A dinâmica do jogo baseia-se em um jogo de tabuleiro, conhecido como ludo, contendo 45 casas. O início do jogo se dá com os participantes divididos nas quatro laterais do tabuleiro, que se locomovem nas casas conforme o número sorteado no dado, um de cada vez. Quando o sujeito para nas casas que existem tarefas, estas devem ser lidas ao grupo e em seguida realizadas por ele, e quando parar em casas vazias não realiza nenhuma tarefa.

O participante deve completar uma volta no tabuleiro para se habilitar a entrar nas casas centrais, sendo que nestas somente será vencedor aquele que conseguir tirar no dado o número exato de casas faltantes. Se este número for

maior, ele deve ir até o centro, que corresponde a casa final do jogo, e regredir, devendo realizar novamente a mesma tarefa nas casas que já esteve.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados, especialmente a livre decisão de participar através da assinatura do TCLE (no caso das crianças assinatura dos pais ou responsáveis), como também de desistir a qualquer momento, garantindo o direito do sujeito.

A realização das entrevistas nos grupos focais aconteceu em locais tranquilos e garantiu o sigilo das informações de cada participante de acordo com os preceitos da ética, da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

O projeto teve aprovação do CEP da Unesc, sob parecer nº 318234/2012 (ANEXO A).

#### 4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados qualitativos provenientes desta pesquisa foram analisados com base em Bardin (2009) através da técnica de análise de conteúdo, no qual a autora relata ser um conjunto de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Tais procedimentos são criteriosos e possuem muitos aspectos observáveis, que colaboram no desvendar dos conteúdos.

Dentre as várias modalidades de análise de conteúdo, adotou-se a análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação. Sendo assim, a análise dividiu-se em três etapas: a) pré-análise; b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (MINAYO, 2008; BARDIN, 2009).

- a) Pré-análise: fase de organização e sistematização das ideias, em que se retomam os objetivos iniciais da pesquisa fazendo relação com o material coletado, e se elaboram indicadores que orientarão a interpretação final. Nesta fase deve haver um contato exaustivo com o material de análise, organizando-o conforme sua representatividade, homogeneidade e pertinência;
- b) Exploração do material: trata-se da fase em que os dados são codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso o investigador busca encontrar categorias, que são expressões ou palavras significativas em função do qual o conteúdo será organizado;
- c) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: nessa fase os dados brutos são submetidos a operações estatísticas que permitem colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí o investigador realiza suas interpretações e propõe inferências de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos, ou identifica novas dimensões teóricas, sugeridas pela leitura do material.

Para a análise quantitativa de dados, os mesmos foram inseridos em planilha eletrônica após a coleta, a análise estatística foi calculada pelo software estatístico SPSS 17.0.

## 5 APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS

Os grupos entrevistados foram divididos por ciclo de vida e presença de patologias, totalizando cinco grupos. Para caracterizar os sujeitos pesquisados, foram utilizadas as iniciais de cada grupo, seguido de uma indicação numérica, sendo elas: C para crianças, A para adultos, ID para idosos, O para adultos com obesidade e H para adultos hipertensos. A composição dos grupos é apresentada a seguir.

Tabela 1 – Composição e caracterização dos grupos.

| Grupo | n  | feminino | masculino | Média de idade | Desvio padrão | Idade mínima | Idade máxima |
|-------|----|----------|-----------|----------------|---------------|--------------|--------------|
| G1    | 8  | 4        | 4         | 11,0           | 1,4           | 9            | 13           |
| G2    | 7  | 7        | -         | 40,7           | 8,6           | 28           | 50           |
| G3    | 7  | 7        | -         | 68,7           | 5,8           | 62           | 80           |
| G4    | 11 | 9        | 2         | 44,3           | 8,9           | 29           | 60           |
| G5    | 6  | 6        | -         | 50,2           | 4,8           | 43           | 55           |

Legenda: n – número total de pessoas

Fonte: Maggi (2012)

Como pode ser observado na tabela 1, o **G1** (n=8) são **crianças** com faixa etária de 9 a 13 anos, sendo quatro meninos e quatro meninas, todas vinculadas ao Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) do bairro pesquisado. O ensino fundamental incompleto foi a escolaridade relatada pelas crianças investigadas, tendo em vista que ainda se encontram em fase escolar. Na caracterização econômica o grupo demonstrou pertencer as classes C1 e C2 prioritariamente, que conforme a ABEP (2010) define renda familiar bruta mensal entre R\$933,00 à R\$1.391,00, mas também apareceu a classe D, com renda de R\$618,00 mensais.

O **G2** (n=7) foi formado por adultos do sexo feminino com idade média de 40,7±8,6 anos, que não possuíam patologias de ordem crônica. A escolaridade destas mulheres não apresentou similaridade, variando desde o ensino fundamental incompleto até o ensino superior completo. Quanto a condição econômica a maior

parte enquadraram-se na classe B2, com renda média familiar de R\$2.327,00 (ABEP, 2010).

O **G3** (n=7) foi composto por mulheres **idosas**, que conforme o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2009b) abrange pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. As participantes deste grupo pertencem as classes B2, C1, C2 e D e escolaridade predominantemente de ensino fundamental incompleto.

No **G4** (n=11) participaram **adultos com obesidade**, destes nove do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idade média de  $44 \pm 8,9$  anos e grau de escolaridade variado (entre todos os níveis de ensino), bem como a renda entre as classes B1 a C2.

O **G5** (n=6) reuniu mulheres portadoras de **Hipertensão Arterial Sistêmica** (HAS), com idade entre 43 e 55 anos, cadastradas no Hiperdia da unidade de saúde. A condição econômica variou entre as classes B1 a C2, e a escolaridade ficou principalmente no ensino fundamental.

Pode-se perceber que a procura e aceitação em participar dos grupos teve predomínio do sexo feminino, o que está de acordo com a literatura, que relata que as mulheres, de modo geral, utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Este diferencial explica-se em parte pelas variações no perfil de necessidades de saúde entre os gêneros, mas em especial, pelo maior interesse das mulheres com relação à sua saúde (VERBRUGGE, 1989, PINHEIRO et al, 2002).

Para apresentar os resultados foram elaboradas seis categorias de estudo, pré-determinadas através do roteiro da entrevista semiestruturada, respeitando os objetivos da pesquisa. Conforme as respostas dos pesquisados foram identificadas e divididas subcategorias, ilustradas na tabela 2.

A descrição dos resultados será apresentada por categoria de estudo, seguida da discussão de cada uma delas.

Tabela 2 – Categorias e subcategorias de estudo.

| <b>Categorias</b>                            | <b>Subcategorias</b>           |
|--|--------------------------------|
| Concepção de ser saudável                    | Considera-se saudável          |
|  | Não se considera saudável      |
|  | Mais ou menos saudável         |
| Auto avaliação de saúde                      | (valor numérico)               |
| Cuidados essenciais para manutenção da saúde | Exercício físico               |
|  | Alimentação                    |
|  | Relacionamentos pessoais       |
|  | Enfrentamentos                 |
|  | Uso correto de medicamentos    |
|  | Espiritualidade                |
|  | Sono                           |
|  | Exames de rotina e preventivos |
| Percepção sobre o jogo                       | Positiva                       |
|  | Negativa                       |
| Instruções do jogo que lembram               |                                |
| Mudança de comportamento a partir do jogo    | Sim                            |
|  | Se realizado mais vezes        |
| Nota para o jogo                             | (valor numérico)               |

Fonte: Maggi (2012)

### **Concepção de ser saudável**

Diferenças na concepção de saúde foram evidenciadas quando questionado aos grupos se eles se consideravam pessoas saudáveis. Entre as crianças (G1) observou-se que a saúde esteve fortemente relacionada ao consumo e frequência alimentar, independente de se perceber como saudável ou não. Dentre as crianças que responderam se considerar saudáveis, a fala da C7 ilustra essa visão:

*“[...] Acho que para ser saudável tem que comer frutas, verduras, e eu como” (C7 – 10 anos, feminino).*

Essa relação com a alimentação também foi observada nas crianças que relataram não se considerar saudáveis, conforme as falas a seguir:

*“Não, porque eu só como fritura e gordura. Na minha casa sempre tem fritura e eu gosto” (C3 – 11 anos, masculino)*

*“Não, porque eu só como doce, só como balas, chocolate, bastante chips, e não me considero saudável porque eu não como fruta, não como verdura, legumes” (C8 – 11 anos, feminino)*

Evidencia-se então que as crianças têm a percepção do que é uma alimentação correta, o que não significa que elas adotem esse hábito saudável na sua vida. O que torna interessante é que elas têm consciência do erro, podendo ser algo positivo para mudança de comportamento.

Embora a alimentação não seja o único fator a ser considerado no cuidado com a saúde, bons hábitos alimentares desde a infância devem ser incentivados para auxiliar no crescimento e desenvolvimento infantil. Além do mais, hábitos alimentares saudáveis na infância podem prevenir problemas de saúde na idade adulta (ANDRADE, PEREIRA, SICHIERI, 2003).

No grupo G2 (adultos) todos os participantes se consideram saudáveis. Entre os fatores utilizados para justificar a saúde, ter motivação para as tarefas do dia-a-dia, dormir bem, acordar disposto e ter condições para o trabalho, foram respostas citadas por eles.

*“Apesar de que eu tomo medicamentos, mas eu me considero saudável, porque eu to sempre em atividade, fazendo alguma coisa. Saudável é a pessoa estar trabalhando, uma pessoa doente é uma pessoa que não pode fazer nada, fica numa cama, então eu me considero uma pessoa saudável” (A2 – 49 anos, feminino).*

Uma justificativa para essa aproximação da percepção de saúde com a disposição para as atividades diárias e laborais tem relação com o ciclo de vida, pois a idade adulta é considerada como a idade produtiva, em que a maior parte das pessoas precisa trabalhar. Dados do IBGE, através da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios de 2004 (IBGE, 2005) demonstram que é na faixa etária de 18 a 49 anos que se encontra a maior proporção de trabalhadores empregados

formalmente, sendo 77% quando analisado a nível de território nacional e 82% quando considerado apenas a região Sul. Especificamente no município de Criciúma, ao final do ano de 2010, 86% do total de empregos formais foram ocupados por trabalhadores na faixa etária acima mencionada (MTE, 2012).

A percepção de ser saudável nos idosos (G3) representou a maioria do grupo, porém também foram encontrados aqueles que se consideraram mais ou menos saudáveis por apresentar agravos a saúde, como estresse, insônia e limitações físicas e alimentares.

*“Eu me considero uma pessoa saudável porque, com a idade que a gente tem, tenho disposição para fazer exercícios todos os dias, me alimento bem, caminho, faço hidro também. Eu me considero uma pessoa saudável justamente porque a gente já não é jovem [...], então eu tenho muito disposição, apesar de ter os meus probleminhas, mas a gente tira de letra” (ID5 – 69 anos, feminino).*

*“[...] Saúde mesmo é aquela que pode comer, beber, andar, trabalhar, dormir bem [...] Eu perco no meio da noite o sono, então achava mais saudável dormir direto” (ID1 – 80 anos, feminino).*

Alguns motivos relatados pelos idosos que prejudicam a saúde são explicados pelo próprio processo do envelhecimento, sendo este um fenômeno complexo e progressivo, que envolve mecanismos deletérios e influencia na habilidade e condição dos indivíduos em desempenhar suas funções básicas (JÚNIOR et al., 2011).

No grupo de adultos com obesidade (G4) chama atenção que o excesso de peso não se apresenta como fator determinante para se considerar saudável ou não. A relação com a saúde é estabelecida com outras situações, como o uso de medicamentos, a presença de patologias, e as sensações de cansaço físico, indisposição e dor.

*“Eu me considero saudável, apesar dos 20 Kg a mais que tenho, [...] mas no mais não uso remédio de maneira nenhuma, nada, nem um chá caseiro. Tenho uma vida normal, saudável, corro, pulo, brinco” (O11 – 42 anos, masculino).*

*“Eu me considero não saudável, porque eu tenho vários problemas. Tenho problemas de canseira, tenho problemas de plaquetas no sangue, problemas no pâncreas, então eu me sinto muito fraca, e aí eu sou acima do peso também [...]” (O10 – 47 anos, feminino).*

Parte deste grupo não conseguiu estabelecer totalmente o posicionamento em ser ou não saudável, utilizando como resposta o termo “mais ou menos”, como na fala a seguir:

*“Eu me considero mais ou menos, porque eu gostaria de ser bem ativa, mas as minhas pernas já não me ajudam mais. Eu tenho osteoporose nos dois joelhos, daí eu tenho muita dificuldade de subir, de descer correndo, de fazer os movimentos com o joelho” (O2 – 59 anos, feminino).*

A relação da saúde com limitações físicas observadas tanto no grupo de idosos como no grupo de adultos com obesidade possui associação com a presença de patologias e desordens osteoarticulares, como artrite, artrose, osteoporose, muito comuns nestas populações.

Dentre o grupo de adultos com HAS (G5) foram identificadas pessoas que se consideram saudáveis, como na fala da H4:

*“Basicamente sim, porque geralmente eu não sinto dor, eu faço de tudo. Saúde é viver bem, é fazer física, andar por aí, comer direito as coisas” (H4 – 43 anos, feminino).*

Outras se consideram mais ou menos saudáveis e não saudáveis, tendo destaque as falas pela aproximação com o modelo biologicista, o que difere da percepção dos demais participantes dos outros grupos.

*“Eu acho que eu não posso me considerar uma pessoa 100% saudável, por mais que eu me esforce, por mais que eu queira, porque eu tenho doenças graves e crônicas. Eu não posso dizer que sou uma pessoa saudável porque eu estaria mentindo” (H1 – 52 anos, feminino).*

*“Eu não me considero saudável porque eu sou doente [...] Saúde para mim é não ter doença nenhuma” (H3 – 55 anos, feminino).*

Para o modelo biologicista o foco é a explicação da doença, e desta maneira o corpo passa a ser fragmentado, reduzindo a saúde a um funcionamento estritamente mecânico (BARROS, 2002). Nesse modelo a saúde é entendida como a ausência de doenças e possui a figura do profissional médico como centro.

Entretanto, observa-se que a maioria das pessoas pesquisadas reconhece a visão multifatorial de saúde, entendendo o processo saúde-doença a partir da sua posição enquanto observador e de sua visão de mundo.

A autopercepção de saúde tem sido muito utilizada em estudos populacionais por representar uma importante medida de avaliação do estado de saúde (SOUSA et al., 2010), porém ainda é um questionamento complexo, visto que o termo até hoje utilizado pela OMS para definir saúde está desatualizado e que novas concepções precisam ser formadas.

### **Autoavaliação de saúde**

Autoavaliação consiste no ato de realizar uma apreciação sobre si mesmo ou sobre o próprio desempenho em determinada atividade (WIKCIONARY, 2012). A autoavaliação de saúde trata-se de uma medida do julgamento subjetivo que cada indivíduo faz sobre a qualidade de sua saúde, baseando-se em critérios pessoais e sociais (NERI, 2007).

Em uma escala de 0 a 10 os investigados apropriaram-se de notas para sua saúde baseado na sua concepção do que é ser saudável, como relatado na categoria acima. As notas dadas pelo grupo G1 tiveram grande variação. Duas delas avaliaram sua saúde como nota 0, por não se alimentarem corretamente. Três crianças consideraram sua saúde como nota 5 e também apareceram as notas 6, 7 e 7,5.

*“Nota 0, porque eu só como besteira, não posso correr muito que eu tenho falta de ar, daí eu não faço exercício, eu não como verdura, eu não como legumes, é por isso” (C8 – 11 anos, feminino)*

*“Para mim eu ia dar 7,5 porque eu tenho que melhorar a minha alimentação, não posso comer tanta besteira. Correr mais, tomar bastante água, fazer exercício físico”. (C1 – 13 anos, feminino)*

As crianças demonstram que não tem uma boa compreensão do processo de autoavaliação, pois algumas notas não são condizentes com seus hábitos. A visão das crianças não se baseia em uma percepção geral de saúde, normalmente nesta faixa etária o cuidado com a saúde é uma preocupação dos pais ou responsáveis. Essas falas refletem as orientações que as crianças recebem, como a diminuição no consumo de alimentos não saudáveis.

No grupo G2 a autoavaliação de saúde foi positiva. Foram identificadas cinco notas 10, um 9,5 e um 9. As razões para justificar essas notas foram a

disposição para realizar as tarefas do dia-a-dia, para trabalhar, a frequência e utilização de medicamentos e o convívio social e familiar.

*“Ah, eu daria um 10 pra mim, porque eu sou pessoa que toma medicamento pra tireoide, antidepressivo, eu tomo remédio pra dormir, mas mesmo assim eu to sempre em atividade” (A2 – 49 anos, feminino).*

*“Eu me dou 9, porque eu sou meio preguiçosa para levantar cedo, mas fora isso o resto é tranquilo, eu tenho uma família boa, tenho um esposo bom, eu trabalhei até pouco tempo, agora eu estou parada, por isso que eu também durmo um pouco até mais tarde” (A7 – 28 anos, feminino).*

Percebe-se nesta população um conhecimento mais ampliado sobre saúde. O uso de medicamentos não compromete a sua autoavaliação de saúde, ao contrário, garante que mesmo utilizando medicamentos é possível ter uma qualidade de vida boa e estar apta para as atividades cotidianas, o que é positivo, levando em consideração o aumento no número de pessoas portadoras de doenças crônicas.

No grupo G3 apareceram uma nota 5, duas notas 8, duas notas 9 e duas notas 10. Entre este grupo observou-se que a autonomia para realização de atividades diárias constitui um fator importante na determinação da saúde.

*“Eu acho assim, a minha nota é 5, porque eu ainda posso andar um pouco, posso fazer uma comidinha para comer, a minha ideia ta boa para fazer os negócios que eu preciso no centro, não preciso da ajuda de ninguém” (ID1 – 80 anos, feminino)*

*“Eu daria um 8, porque eu não to 100%, mas é coisinha que se tira de letra” (ID3 – 73 anos, feminino).*

*“10, porque eu tive problema de câncer de mama e hoje estou curada, em nome de Jesus” (ID2 – 62 anos, feminino).*

Estudo de Ribeiro, Rocha, Popim (2010) identificou que viver com autonomia, ter disposição para realizar as atividades diárias e ter capacidade de determinar suas próprias escolhas são pontos importantes para a qualidade de vida e saúde de idosos diabéticos.

No grupo G4 foram relatadas uma nota 7, uma nota 7,5, cinco notas 8 e quatro notas 9. A patologia apresentada interfere na autoavaliação, sendo considerado um fator limitante de sua saúde. Compreende-se que os avaliados tem conhecimento de fatores que influenciaram para o desenvolvimento da obesidade, como a ansiedade e os excessos alimentares.

*“Um 7, porque eu preciso me sentir bem com meu organismo, e eu sou um pouco ansiosa, tento me controlar na alimentação, mas é um pouco complicado. Eu preciso me sentir bem, me sentir leve, sem dor nenhuma” (O4 – 43 anos, feminino).*

*“Daria 8 também, pelas coisas que eu preciso melhorar” (O8 – 40 anos, feminino).*

*“Eu acho que um 9, tiro um por causa desses excessos aqui (referindo-se ao peso), porque o resto assim, não tenho dor, não tomo medicamento nenhum” (O3 – 41 anos, feminino).*

Além dos prejuízos para a saúde física, a presença de sintomas depressivos, ansiedade, distúrbios alimentares e transtornos de personalidade podem ser observados em pacientes obesos. Indivíduos com excesso de peso tendem a apresentar baixa autoestima e visão negativa sobre seu próprio corpo, contribuindo para que ocorram distúrbios emocionais e podendo levar à compensação alimentar hiperfágica, redução da energia pessoal e do estímulo para prática de atividade física (FETT et al., 2010; TOSETTO, JUNIOR, 2008).

No grupo G5, foram encontrados três pessoas com nota 10, duas pessoas com nota 9 e uma pessoa com nota 7. A necessidade diária de medicamentos é um fator limitante inicialmente, porém quando usado corretamente e incorporado dentro de um estilo de vida adequado, passa a auxiliar na condição de saúde.

*Dou 10 para mim porque eu mudei muito. Hoje eu faço de tudo, eu não tenho mais aquela dormência no corpo, depois que eu comecei a fazer física sumiu, os remédios que eu tomo é da pressão, para dor lá de vez em quando, eu converso que antes era mais calada, o problema de depressão já sumiu basicamente, to bem. Eu era bem tímida, agora já to me soltando (todas riram), as vezes até parece que eu sou uma criança nem parece que vou fazer 44 anos já, apesar dos meus branquinhos (riu) (H4, 43 anos, feminino).*

*“Eu não posso dar nota 10 para mim mesma porque eu sem a medicação não sou nada, então sou uma pessoa dependente, que dependo da medicação para mim sobreviver no dia-a-dia, para mim ter a saúde, assim, a coragem para fazer o serviço da casa e, se eu não tomar a medicação eu fico de cama, eu não tenho condições de fazer a tarefa. Posso me dar um 9, porque eu me considero bem, e feliz, mas com a medicação regularizada, no horário certinho, porque passou dali não tenho condições, não tenho força, não tenho ânimo, perco tudo” (H5 – 53 anos, feminino).*

O fator psicológico também aparece nas falas como determinante, demonstrando a importância do controle emocional no cuidado com a saúde dessa população. Estudo com pacientes hipertensos de 40 a 60 anos encontrou um percentual de 88,7% que apresentaram sintomas de depressão (SILVA et al., 2006).

De maneira geral, o conhecimento dos investigados sobre seu estado de saúde demonstrou resultados interessantes, pois mesmo acometidos de alguns problemas, a maioria das notas foram próximas ao máximo, remetendo ao comportamento “Sei que não estou em plenitude biológica, mas estou bem de saúde”. Em todos os grupos fica evidente a necessidade de estabelecer estratégias para mudança de comportamento.

### **Cuidados essenciais para manutenção da saúde**

Para o grupo G1 os dois únicos cuidados que as crianças relataram ser essenciais na manutenção da saúde foram uma alimentação saudável e a prática de exercício físico. Esses cuidados ganharam destaque nesta faixa etária devido ser informações comumente fornecidas aos mesmos tanto no ambiente familiar como escolar. Em relação à nutrição, o cuidado se refere a evitar ou reduzir a ingestão de alimentos industrializados, ricos em lipídeos ou glicose, como frituras, salgadinhos, doces e guloseimas. Na questão da prática do exercício físico, há preocupação em estimular esse hábito desde a infância para reduzir o tempo ocioso, normalmente sentado na frente de televisores, computadores ou jogos eletrônicos.

No município de Criciúma foi realizado estudo epidemiológico com escolares de 10 a 14 anos, que relatou uma permanência diária média de seis horas em frente a TV ou vídeos, em ambos os gêneros (OLIVEIRA, 2010). Crianças e adolescentes com hábito de assistir televisão por tempo excessivo estão expostas a desenvolver um estilo de vida inadequado (WONG et al., 1992; BIRCH, FISHER, 1998).

No grupo G2 essa percepção torna-se mais efetiva, e além da alimentação e do exercício físico, bons relacionamentos sociais, o modo de enfrentamento da vida e outros cuidados gerais de saúde, como a realização de exames preventivos, a não exposição a substâncias psicotrópicas e um bom sono também foram cuidados encontrados em suas falas.

*“No meu modo de pensar, saúde não depende só da alimentação, atividade física, mas do modo que a pessoa pensa. Porque a partir do momento que tu é pessimista, tem alto índice de tristeza, fadiga no dia-a-dia, isso faz com que a pessoa adquira novas doenças [...] Tu precisa ser feliz para ter saúde, tu precisa ter uma moradia, ter uma condição de vida para te manter, porque comer fruta e verdura e praticar atividade física todos os dias não é tão barato” (A7 – 28 anos, feminino).*

*“Eu também creio que a amizade de cada um, fazer amizade também é uma coisa importante que evita várias doenças” (A4 – 50 anos, feminino).*

*“Os exames preventivos também, a gente tem oportunidade de fazer tem que fazer [...] porque se descobre antes tem muito mais chance de se tratar. Então é um conjunto de coisas, uma alimentação saudável, exercício físico e o médico”. (A3 – 31 anos, feminino).*

Percebe-se que os adultos já possuem um conhecimento mais amplo dos fatores que compõem o estilo de vida e que estes influenciam diretamente na sua condição de saúde, portanto assumem cuidados específicos conforme necessidade cotidiana. Siqueira e colaboradores (2009) identificaram em seu estudo que os fatores mais frequentemente indicados entre adultos para manutenção da saúde foram alimentação saudável, realizar exercício físico e não fumar.

No grupo G3 foram considerados como cuidados importantes na manutenção da saúde, ter uma vida equilibrada, sem excessos, manter uma alimentação saudável, praticar exercício físico respeitando as limitações, usar os medicamentos conforme a prescrição médica, e manter sempre os relacionamentos com os amigos. A fala da ID6 retrata isso:

*“Eu também, me cuido na alimentação, as vezes no trabalho, que na nossa idade tem que se cuidar um pouco por causa do peso, das quedas. Na nossa idade a gente tem que se cuidar em praticamente tudo, eu acho que tudo tem que ter um certo cuidado, tudo moderado” (ID6 – 65 anos, feminino).*

Manter uma alimentação saudável, não fumar, consultar o médico regularmente, fazer exercício físico, não ingerir álcool, evitar o estresse e manter o peso ideal foram medidas citadas por idosos como importante para manutenção da saúde (SIQUEIRA et al., 2009).

O grupo G4 evidencia cuidados com o controle alimentar e a prática do exercício físico, e demonstram já possuir este conhecimento de que são fatores extremamente necessários na redução do peso corporal. Cuidados gerais de saúde,

relacionamentos sociais e enfrentamentos também foram retratados de maneira secundária neste grupo.

*“Eu acho que a alimentação é a base de tudo, talvez todos nós estejamos aqui hoje com excesso de peso por causa da alimentação. É um dos fatores, mas não é só isso. Alimentação e a atividade física são fatores muito importante, mas é claro que precisa de outros fatores” (O3 – 41 anos, feminino).*

*“Cuidar da mente é fundamental para que o corpo tenha saúde, se a mente vai mal o corpo também vai responder de uma maneira adversa aquilo que tu queira, e a gente esquece de cuidar da saúde mental, ter o equilíbrio para a vida, por isso que vem o excesso de comilança, vem a incomodação, não consegue focar o pensamento naquilo que tu quer” (O8 – 40 anos, feminino).*

Assim como nos grupos G2 e G3, o grupo G4 também demonstra conhecimento acerca dos componentes do estilo de vida, porém deixa clara a preocupação principal com a alimentação e o exercício físico, sendo estes, dois fatores de grande relevância no tratamento da obesidade. Para OMS (2004), as ações de educação em nutrição e alimentação, associadas a prática de exercício físico, correspondem as principais formas de tratamento não farmacológico da obesidade. Além desses dois fatores, Coelho et al (2010) aponta que a abordagem comportamental tem forte influencia para mudança do estilo de vida.

No grupo G5 observou-se a importância do medicamento como uma ferramenta de manutenção da saúde, devido a patologias apresentadas. Essa situação pode ser decorrente de maus hábitos de vida anteriormente adotados. Na fala da H1 é clara a conotação do medicamento na vida dessa pessoa:

*“Eu acho que para ter uma vida saudável hoje o principal para quem tem já algum problema de saúde é os remédios, é tomar a medicação certinho. Para ajudar ainda no funcionamento do medicamento, uma atividade física. Para ajudar ainda um pouco mais, a alimentação, muita água e assim, a convivência com os amigos [...], isso é muito bom, muito gratificante e com certeza ajuda a melhorar a nossa saúde” (H1 – 52 anos, feminino).*

As ações do HiperDia orientam para que os usuários hipertensos e/ou diabéticos conheçam a situação de sua doença e os riscos de complicações se o tratamento não for realizado corretamente, o que faz com que essa população já esteja habituada a receber esse tipo de orientação (FILHA, NOGUEIRA, VIANA, 2011).

De uma forma geral, os cuidados essenciais para manter a saúde constituem os hábitos diários que moldam o nosso estilo de vida. Caracterizar esses cuidados nos participantes deste estudo permite identificar quais os principais elementos que necessitam ser modificados para atingir um estilo de vida saudável, que deve ser incorporado no cotidiano das pessoas, favorecendo a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Talvez o fato desse questionamento ter sido respondido após a realização do jogo, as informações sobre os cuidados com a saúde presentes nas tarefas possa ter influenciado nos resultados, mas este foi um viés da pesquisa que não foi avaliado nesse estudo.

### **Instruções do jogo que lembram**

No G1, as crianças disseram lembrar que é importante praticar exercício físico como pular e correr, tomar bastante água, sucos, se alimentar corretamente e mais vezes ao dia, comer salada, dormir 8 horas ao dia, fazer alongamento e ter boa flexibilidade. Sendo assim, de maneira primária (aguda) o jogo indicou mudança de conhecimento, um indicativo para a mudança de comportamento.

No G2, os adultos recordaram que as tarefas indicavam dormir 8 horas por dia e ter uma boa noite de sono, ter uma alimentação saudável, realizar alongamentos, caminhadas, atividades aeróbias, fortalecer os músculos, usar protetor solar, tomar os medicamentos nos horários corretos e dar boas gargalhadas sempre que possível, resultado e análise semelhantes ao grupo anterior.

O grupo G3 relatou que as instruções do jogo incentivavam a fazer exercício físico, entre eles sentar e levantar da cadeira, correr um pouquinho, caminhar, também ter cuidados na alimentação, dormir bem, e sempre tomar as medicações corretamente, indicativos relacionados às capacidades funcionais de idosos.

O grupo G4 recordou que é importante para a saúde beber ao menos 2 litros de água por dia, realizar alongamentos, comer de 4 a 6 vezes ao dia, tomar cuidado com o sol, usar protetor solar, ter bom relacionamento com as pessoas, fazer exercício físico, e puxar pela memória contando piadas e histórias engraçadas.

O G5 foi o grupo que menos relatou tarefas, apenas três pessoas falaram e entre as tarefas que lembraram foi a de dar o abraço, dançar, dormir bem, correr e caminhar, tirar e colocar o calçado e dormir bem.

Os resultados mais importantes para este estudo, é que as lembranças mais prementes a todos estão relacionadas a comportamentos para um estilo de vida saudável, o que é um primeiro momento para mudança de comportamento, a incorporação do conhecimento. Fica somente a curiosidade por quanto tempo este conhecimento irá prevalecer em todos os grupos e analisar se mudaram de comportamento.

### **Percepção sobre o jogo**

Avaliar a didática e o instrumento utilizado fazem parte do objetivo principal do estudo. A maioria do grupo G1 relatou percepções positivas sobre o jogo, utilizando termos como “legal”, “irado”, “massa”. A fala da C8 chama a atenção para o reconhecimento da importância do instrumento para promoção da saúde.

*“O jogo foi bem legal porque daí a gente praticou exercício, a gente conheceu mais um pouco dos exercícios, o que é bom para a saúde (C8, 11 anos, feminino).”*

As percepções negativas pelas crianças estiveram relacionadas a atividades específicas, como a de abraçar o colega e a do polichinelo, que neste caso, a criança teve que repetir a atividade por parar mais vezes na mesma casa e por isso se sentiu cansada. Fato como este deve ser evitado, tendo o cuidado na distribuição das tarefas por casa do jogo, para que o indivíduo não perca a motivação pela prática do jogo devido a repetição de um mesmo exercício.

Para o grupo G2 só foram percebidos aspectos positivos, como o trabalho em conjunto que o jogo exerce, favorecendo a concentração, o raciocínio, além da prática do exercício físico e do divertimento que traz.

*“Foi muito bom, até para mente da gente também, para mexer um pouco o raciocínio, a brincadeira foi ótima” (A2 – 49 anos, feminino).*

*“Eu gostei porque ele não mexe só o corpo, tem aquele momento ali do abraço, da historinha, da musiquinha, então a partir do momento que a gente faz a atividade física, a gente se diverte, então faz com que o*

*esquema ali não fique tão fixado na atividade física. Tu pratica atividade física meio que sem perceber, porque tem as outras partes que entrosam o assunto, bem legal! (A7 – 28 anos, feminino).*

A fala da A7 apresenta características de que muitas vezes a prática da atividade física isoladamente não representa um fator motivacional tão alto quanto o encontrado na participação do jogo, devido a este ter envolvimento com múltiplas ações.

No grupo G3 o jogo também foi bem aceito, por apresentar características inovadoras, de aprendizado, diversão e trabalho mental.

*“Muito bom, muito gostoso. Eu adorei, não me importei em cuidar da hora porque tava gostoso, cada vez tava jogando o dado e caindo um número diferente, foi muito bom” (ID7 – 71 anos, feminino).*

*“Eu não achei nem bom, nem ruim, eu achei ótimo. Eu gostei porque sei lá, a gente fez uma coisa diferente, mudou a rotina” (ID3 – 73 anos, feminino).*

A proposta de atividades diferentes, que não são comuns no cotidiano deste grupo, representa um fator motivacional importante para a prática do exercício físico.

A percepção inicial do jogo no grupo G4 não foi tão boa. Alguns relataram que ao iniciar acharam o jogo difícil, chato, mas que essa percepção foi desfeita no decorrer do jogo. Entre os pontos positivos apareceram o entrosamento do grupo, conhecer melhor os colegas, ser animado, descontraído, além de bem interativo e promover movimentação.

*“Eu gostei e eu acho que está bem bom esse jogo, no início o momento que tu falou parecia que era difícil e na prática foi bem gostoso, bem animado, e fez com que a gente se conhecesse mais, então teve essa união do grupo” (O2 – 59 anos, feminino).*

*“Eu achei legal que além da gente se descontrair um pouco, a gente ficou ligado ali e desligado dos problemas lá fora, tinha até esquecido que tinha que voltar para a casa e fazer janta (risos)” (O4 – 43 anos, feminino).*

Neste grupo específico, relacionamentos interpessoais podem contribuir para que os indivíduos tenham redução do foco em estressores, maior persistência e adesão ao tratamento da obesidade, necessitando de intervenções coletivas.

Para grupo G5 a característica do jogo também apresentou percepção exclusivamente positiva. Todos os participantes gostaram de realizar as tarefas, se divertiram e interagiram no decorrer da atividade.

*“Eu também achei muito bom, achei maravilhoso. Gosto muito dessa brincadeira, é uma dinâmica, querendo ou não tem que mexer rapidinho com a mente, principalmente quem teve a sorte de cair na casa que tinha que escolher uma música né, que se sabe tantas e na hora acaba esquecendo, e essa integração, esse trabalho de vocês trazendo coisas novas é muito gratificante para nós” (H1 – 52 anos, feminino).*

Atividades semelhantes ao jogo, que envolvam práticas lúdicas, apresentam-se como propostas interessantes para manutenção do estilo de vida ativo. Os resultados indicam a necessidade de criar estratégias ou metodologias de intervenção de maneira coletiva e preferencialmente dinâmica, o que o jogo proposto parece ter alcançado de maneira satisfatória.

### **Mudança de comportamento a partir do jogo**

No grupo G1 todas as crianças acreditaram que o jogo estimula a ter hábitos mais saudáveis, como uma boa alimentação e a prática do exercício físico. A fala do C4 deixa clara a motivação para a mudança de comportamento adquirida com o jogo.

*“Vou tentar fazer todas as atividades que aprendi aqui” (C4, 10 anos, masculino).*

Também nos adultos (G2), essa percepção para o estímulo a mudança de comportamento a partir do jogo foi positiva.

*“Eu acredito que provavelmente a pessoa que realizar o jogo, que efetuar ele diariamente, vai assimilar o uso do protetor solar, os horários das medicações, as caminhadas, vai saber que é importante não só usar a escada rolante e o elevador, e ao invés de tirar o carro para ir à fruteira vai a pé, então já é uma caminhada, eu acredito que seja um estímulo para quem não pratica nenhum tipo de atividade física”. (A7 – 28 anos, feminino).*

*“Acho que quem não pratica exercício e começar a praticar, vai ver todas as dicas que dá, de alimentação, de exercício, vai ser bom. Para quem praticar com certeza vai mudar muito” (A6 – 38 anos, feminino).*

Percebe-se neste grupo que muitos participantes já têm a informação de quais os hábitos para um estilo de vida saudável, porém não são praticados diariamente. Estimular esses hábitos e lembrar seus benefícios favorece a adesão a estes comportamentos.

No grupo G3 a resposta sobre se o jogo influencia a mudança de comportamento foi quase que em forma de coral, pois todos responderam juntos “*Sim, com certeza!*”. Os relatos indicam que pela prática ser em grupo o jogo traz uma motivação e uma troca de conhecimentos, que contribui na adoção de comportamentos mais saudáveis.

*“Eu nunca fiz esses exercícios, primeira vez que eu jogo assim, mas eu acho que estimula porque é prazeroso” (ID2 – 62 anos, feminino).*

*“Ele motiva porque além de dar alegria, a gente vira criança de novo, a gente não pensa nas coisas de casa, a gente tá brincando igual uma criança” (ID4 – 66 anos, feminino).*

Para o grupo G4 o jogo possui um forte potencial de estímulo à mudança de comportamento, porque ele traz informações importantes que acabam sendo gravadas, ainda mais em forma de brincadeira.

*“Eu acho que ajuda e até assim, para gente passar para as outras pessoas, porque eu acho que a partir do momento que eu vim aqui é porque eu senti necessidade daquilo que está escrito ali, então eu acho que ajuda sim, e como me ajudou pode ajudar outras pessoas também” (O2 – 59 anos, feminino).*

Neste grupo houveram também pessoas que disseram que ele pode dar estímulo a mudança de comportamento, mas se for feito mais vezes, a médio e longo prazo.

*“Isso aí é bom a gente fazer várias vezes para não cair no esquecimento. Faz a mente funcionar esse jogo” (O10 – feminino, 42 anos)*

*“Isto aí até pode interferir alguma coisa, mas acho que ajudar em curto prazo não, a médio e longo talvez. Porque a partir do momento que tu tem que estar de bem contigo mesmo, por exemplo, deixar teu problema lá fora, vim pra cá, brincar e depois sair e levar o que você aprendeu aqui para lá, confrontar com a realidade que você tem lá fora, não trazer o que tem lá fora aqui para dentro. Você não vai assimilar os dois” (O11 – masculino, 42 anos)*

A opinião destes participantes vai ao encontro da proposta de avaliação dos estágios de mudança de comportamento (PROCHASKA, MARCUS, 1994), que considera uma pessoa ativa fisicamente após realizar exercício físico no período mínimo de seis meses.

No grupo G5 todos os integrantes disseram acreditar que este jogo é capaz de estimular a mudança de comportamento, porque contribui na produção do conhecimento em saúde e exige concentração, o que facilita a memorização das atividades.

*“Sim. Forçaria mais a mente, a pessoa ia ter mais disposição para fazer, mais coragem, ia procurar fazer as coisas mais certas. E as pessoas que não sabem ler ou não entendem vão procurar, pedir para uma pessoa ensinar, procurar ler para entender mais as coisas, e colocar em prática” (H4 – 43 anos, feminino).*

*“Tem pessoas que não sabem fazer aquilo ali, e as pessoas que nunca fizeram quando veem aquilo ali já incentiva a fazer alguma coisa, pelo menos alguma coisinha” (H6 – 55 anos, feminino).*

Tem-se o conhecimento que a mudança de comportamento não é apenas praticar algumas vezes exercício físico ou melhorar a alimentação, mas essas primeiras atitudes são importantes para que esses hábitos sejam incorporados no cotidiano e o jogo parece ter esse potencial de estímulo. Há necessidade de um tempo maior para saber se os investigados conseguiram persistir nestes hábitos e relacionar com seu estado de saúde, o que não foi avaliado neste trabalho decorrente do tempo disponível para sua realização.

### **Nota para o jogo**

Por fim, como a última categoria de estudo, os indivíduos foram instigados a avaliar o jogo com uma nota de 0 a 10. Em todas as faixas etárias e grupos investigados a nota registrada foi única, sendo a nota máxima.

As justificativas para esta nota foram que o jogo foi divertido, interessante, criativo, que eles gostaram de realizar e teve integração entre os participantes.

*“10, porque ele é legal e importante para nossa saúde” (C1 – 13 anos, feminino)*

*“Dou 10, se incentiva e faz bem é 10, muito bom” (A3 – 31 anos, feminino).*

*“Dou 10 porque eu achei ele bem completo, não precisa nem tirar e nem botar, tá ótimo” (A7 – 28 anos, feminino).*

*“Eu dou 10. Porque o máximo é 10. Eu pra mim tá ótimo (ID3 – 73 anos, feminino).*

*“10, porque eu acho que atingiu o objetivo” (O11 – 42 anos, masculino).*

*“10, porque eu achei muito interessante e eu gostei, espero que todos que façam adorem (H6 – 55 anos, feminino).*

### **Estágios de Mudança de Comportamento e Escala de Motivação para a participação contínua no jogo.**

Na avaliação do questionário de Estágios de Mudança de Comportamento para a Atividade Física, estão apresentados de forma quantitativa os percentuais de indivíduos classificados em cada estágio, separados por grupos.

Tabela 3 – Distribuição relativa de indivíduos nos Estágios de Mudança de Comportamento.

|    | Estágio 2 | Estágio 3 | Estágio 4 | Estágio 5 |
|----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| G1 | 0%        | 100%      | 0%        | 0%        |
| G2 | 0%        | 0%        | 42,9%     | 57,1%     |
| G3 | 0%        | 42,9%     | 0%        | 57,1%     |
| G4 | 73%       | 9%        | 9%        | 9%        |
| G5 | 33,3%     | 0%        | 16,7%     | 50%       |

Fonte: Maggi (2012)

Na análise de todos os participantes da pesquisa observa-se que nenhum foi classificado no Estágio 1, denominado Pré Contemplação e característico de quem não pratica atividade física e não tem intenção de praticar, demonstrando que todas as pessoas possuem algum grau de motivação para a realização de atividades físicas.

Entre o G1 todas se enquadraram no Estágio 3 (Preparação), praticando atividade física, mas não de maneira regular. Para as crianças a escola constitui um

espaço em que essa prática deveria ser ofertada regularmente, além do estímulo a hábitos de lazer ativos. No G2 o grupo se dividiu entre o Estágio 4 (Ação), que os participantes praticam atividade física regularmente a menos de seis meses, e o Estágio 5 (Manutenção), que este hábito está incorporado em sua vida há mais de seis meses, evidenciando a importância dada a atividade física neste grupo. O G3 apresentou divisão entre o Estágio 5 (Manutenção) e o Estágio 3 (Preparação), sendo que para os que enquadraram-se no Estágio 3 sugere-se trabalho de motivação e incentivo a prática de atividade física regular, garantindo maiores benefícios.

No G4 foi encontrado que a maior parte dos indivíduos está classificada no Estágio 2 (Contemplação), que não pratica regularmente atividade física, mas há motivação para iniciar, sendo este um componente importante a ser trabalhado no tratamento da obesidade. Os demais participantes deste grupo foram classificados igualmente no Estágio 3 (Preparação), Estágio 4 (Ação) e Estágio 5 (Manutenção). Estudo desenvolvido com obesos mórbidos em Santa Catarina (BOSCATTO, DUARTE, GOMES, 2011) também encontrou maior prevalência no Estágio Contemplação, sem apresentar indivíduos no Estágio Pré Contemplação. Este trabalho apresenta que as principais barreiras para a prática de atividade física nesta população são fatores comportamentais, como a preocupação com a aparência e vestimenta, e fatores físicos, entre eles cansaço e mal-estar.

No G5 verificou-se que um terço dos participantes foram classificados no Estágio 2 (Contemplação), compondo a parcela que ainda não pratica atividade física regularmente. Em contrapartida, metade deste grupo classificou-se no Estágio 5 (Manutenção) e os demais no Estágio 4 (Ação), considerando-os pessoas ativas fisicamente.

Com relação à Escala de Motivação para a participação contínua no jogo, para identificar os fatores de maior motivação foram descritas frequências relativas divididas por grupos e no geral. No preenchimento deste instrumento o indivíduo deve agregar valores em uma escala de 0 a 6 para todos os fatores (saúde, estética, motivação pessoal e motivação social), desta forma para cada fator isoladamente soma-se os 100%.

Tabela 4 – Distribuição relativa de motivação para a prática contínua do jogo por fator em cada grupo e no geral.

|              |          | Saúde | Estética | Motivação<br>Pessoal | Motivação<br>Social |
|--------------|----------|-------|----------|----------------------|---------------------|
| G1<br>(n=8)  | Pouca    | 2,5%  | 25%      | 10%                  | 33,3%               |
|              | Moderada | 7,5%  | 37,5%    | 10%                  | 16,7%               |
|              | Muita    | 90%   | 37,5%    | 80%                  | 50%                 |
| G2<br>(n=7)  | Pouca    | 0%    | 36%      | 0%                   | 29%                 |
|              | Moderada | 3%    | 7%       | 11%                  | 19%                 |
|              | Muita    | 97%   | 57%      | 89%                  | 52%                 |
| G3<br>(n=7)  | Pouca    | 0%    | 29%      | 0%                   | 19%                 |
|              | Moderada | 3%    | 7%       | 3%                   | 5%                  |
|              | Muita    | 97%   | 64%      | 97%                  | 76%                 |
| G4<br>(n=11) | Pouca    | 2%    | 36%      | 9%                   | 24%                 |
|              | Moderada | 5%    | 14%      | 15%                  | 15%                 |
|              | Muita    | 93%   | 50%      | 76%                  | 61%                 |
| G5<br>(n=6)  | Pouca    | 0%    | 17%      | 0%                   | 11%                 |
|              | Moderada | 0%    | 33%      | 0%                   | 6%                  |
|              | Muita    | 100%  | 50%      | 100%                 | 83%                 |
| GERAL        | Pouca    | 1%    | 29%      | 5%                   | 24%                 |
|              | Moderada | 4%    | 20%      | 9%                   | 13%                 |
|              | Muita    | 95%   | 51%      | 86%                  | 63%                 |

Fonte: Maggi (2012)

Analisando os participantes de forma geral, foram encontrados altos percentuais de “muita” motivação para continuidade da prática do jogo em todos os aspectos (saúde, estética, motivação pessoal, motivação social), porém os maiores valores foram para os aspectos relacionados à saúde e a motivação pessoal. Isso também foi observado quando analisado cada grupo individualmente.

Observou-se também que entre os grupos, o G5 teve a totalidade das respostas indicando “muita” motivação no fator saúde, assim como para fatores de motivação pessoal. Desta forma entende-se que para estas pessoas o jogo pode ser prazeroso e contribuir para promoção da saúde.

O fator estética foi o que apresentou os menores percentuais de “muita” motivação, sendo considerado com elemento de “pouca” ou “moderada” motivação para a prática contínua deste jogo. Para as crianças (G1), apenas 37,5% dos entrevistados relataram que a estética constitui fator de “muita” motivação, diferentemente dos idosos e adultos, em que este percentual foi de 64% e 57% respectivamente.

A motivação social, influenciada no jogo pela realização em grupo, convívio com outras pessoas, maior círculo de amizades, teve prevalência alta no G5 e no G3, talvez por esta população já estar mais acostumada com a participação em grupos promovidos na comunidade, percebendo sua importância.

Sendo assim, fica claro que o jogo é considerado por todos os grupos populacionais investigados como um instrumento com fator motivacional importante, principalmente para os motivos pessoais e relacionados à promoção da saúde.

Os resultados dos dois questionários utilizados reforçam a motivação para o jogo já apresentada pelas falas dos participantes no grupo focal, comprovando a importância deste como uma estratégia lúdica de promoção para o estilo de vida ativo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando avaliado o conhecimento sobre saúde dos participantes, a maioria reconhece a saúde a partir de uma visão multifatorial, e possuem o entendimento dos principais fatores que contribuem na promoção e manutenção da saúde, no entanto não podemos relacionar este conhecimento com a prática de hábitos saudáveis (dados não avaliados).

Percebeu-se que o jogo proposto pode ser considerado um promotor de mudanças de comportamento na população, principalmente se realizado mais vezes, pois possui informações e conhecimentos importantes sobre saúde, assimilados pelas pessoas que o praticam.

Os principais aspectos motivacionais para a prática contínua do jogo estiveram relacionados à saúde, a motivação pessoal, a motivação social, e por último a estética, identificando que o jogo estimula a aquisição de conhecimentos relacionados à saúde, proporcionando hábitos saudáveis.

Em todas as faixas etárias e grupos pesquisados o jogo demonstrou percepções positivas, por apresentar características interativas, ser divertido, ser realizado em grupo, proporcionando conhecimento de forma lúdica e prazerosa. Percepções negativas só foram percebidas no grupo das crianças, devido a tarefas específicas do jogo, e entre adultos com obesidade, que disseram ao iniciar ter achado o jogo “*chato e difícil*”, mas que essa percepção foi desfeita no decorrer da prática.

Dessa forma se estabelece que o jogo “MovimentAção” demonstrou ser uma estratégia inovadora para promoção do estilo de vida saudável e ativo em diferentes populações, sendo de fácil realização e baixo custo, podendo desta forma ser utilizado como uma metodologia para mudança de comportamento de usuários do Sistema Único de Saúde, necessitando somente de profissionais com conhecimento sobre o cenário de práticas e o estágio para progressão no jogo

## REFERÊNCIAS

- ABEP. Critério **Padrão de Classificação Econômica Brasil 2010**. Disponível em: <<http://www.viverbem.fmb.unesp.br/docs/classificacaobrasil.pdf>>, Acesso em 15 de março de 2012.
- ALMEIDA, Anne. **Ludicidade como instrumento pedagógico**. Disponível em: <<http://www.cdof.com.br/recrea22.htm>>. Acesso em 02 de maio de 2012.
- ALWAN, A. et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **Lancet**, 376, p. 1861-1868, 2010.
- ANDRADE, R.G.; PEREIRA, R.A.; SICHIERI, R. Consumo alimentar de adolescentes com e sem sobrepeso do Município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1485-1495, 2003.
- ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso de. **Etnografia da prática escolar..** 2 ed. Campinas, SP: Ed. Papirus, 1998. 128 p.
- BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da historia sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 1, p.111-117, 2009.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 1-11, 2002.
- BAUER, Martin W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In:BAUER, Martin W.; GASKELL,George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Trad. Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002
- BIRCH, L. L., FISHER, J. O. Development of eating behaviors among children and adolescents. **Pediatrics**, v. 101, n. 3, p. 539-549, 1998.
- BLAKELY, G. et al. Educational gaming in the health sciences: systematic review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n. 2, p. 259-269, 2009.
- BOSCATTO, Elaine Caroline. DUARTE, Maria de Fátima da Silva; GOMES, Marcius de Almeida. Estágios de mudança de comportamento e barreiras para a atividade física em obesos mórbidos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 13, n. 5, p. 329-334, 2011.
- BRASIL. **Lei Orgânica nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Poder Executivo, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 08 de maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. **Portaria 648 GM, de 28 de março de 2006**. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 08 março 2012.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>>, Acesso em 01 de março de 2012.

\_\_\_\_\_. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, 2009a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)>. Acesso em: 01 de março de 2012.

\_\_\_\_\_. **Estatuto do Idoso**. 2 ed. Série Estatuto Legislação de Saúde. Brasília – DF, 2009b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_2ed.pdf)>, Acesso em 04 de abril de 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró – Saúde)**. 2009c. Disponível em: <<http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>>, Acesso em: 04 de abril de 2012.

\_\_\_\_\_. **PET – Saúde**. 2011a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35306](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306)>, Acesso em: 04 de abril de 2012.

\_\_\_\_\_. **Academia da Saúde**. Brasília, 2011b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37078](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=37078)>, Acesso em: 04 de abril de 2012.

\_\_\_\_\_. Departamento da Atenção Básica. **Saúde da Família**. 2012. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>, Acesso em: 04 de abril de 2012.

CAPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-relates research. **Public Health Reports**, v. 100, n. 2, p. 172-179, 1985.

CARVALHO, Antônio Ivo. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.1, p.4, 2008.

COELHO, Christianne de Faria et al. Impacto de um programa de intervenção para mudança no estilo de vida sobre indicadores de aptidão física, obesidade e ingestão alimentar de indivíduos adultos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v.15, n.1, p. 21-27, 2010.

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**, v.20, p.204-215, 2004.

ELKONIN, D.B. **Psicologia do jogo**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

FETT, Carlos Alexandre et al. Estilo de vida e fatores de risco associados ao aumento de gordura corporal em mulheres. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n.1, p. 131-140, 2010.

FIGUEIRA JUNIOR, Aylton J., Potencial da mídia e tecnologias aplicadas no mecanismo de mudança de comportamento, através de programas de intervenção de atividade física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.8, n.3, p.39-46, 2000.

FILHA, Francidalma Soares Sousa Carvalho; NOGUEIRA, Lídyia Tolstenko; VIANA, Livia Maria Mello. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.12, (n. esp.), p. 930-936, 2011. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_esp\\_html\\_site/a06v12espn4.html](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_html_site/a06v12espn4.html)>, Acesso em 09 de julho de 2012.

FLORINDO, Alex Antonio. Atividade física e doenças crônicas. In: FLORINDO, Alex Antonio; HALLAL, Pedro Curi (Org). **Epidemiologia da Atividade Física**. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Série Pesquisa em Educação. Brasília: Líber Livro Editora, 2005. 77p.

GONÇALVES, Marina Pereira; ALCHIERI, João Carlos. Adaptação e validação da Escala de Motivação a Prática de Atividades Físicas (MPAM-R). **Avaliação Psicológica**, v. 9, n.1, p. 129-138, 2010.

GUEDES, Dartagnan Pinto; SANTOS, Cintia Anira dos; LOPES, Cynthia Correa. Estágios de mudança de comportamento e prática habitual de atividade física em universitários. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 8, n. 4, p. 5-15, 2006.

GUISELINI, Mauro. **Aptidão física, saúde, bem-estar: fundamentos teóricos e exercícios práticos**. São Paulo: Phorte, 2006.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Um panorama de saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. **Síntese de Indicadores Sociais 2004**. Rio de Janeiro, 2005.

JÚNIOR, João Pedro da Silva et al. Estabilidade das variáveis de aptidão física e capacidade funcional de mulheres fisicamente ativas de 50 a 89 anos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 13, n. 1, p. 8-14, 2011.

KNUTH, Alan G. et al. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.25, n.3, p.513-520, 2009.

LAMBERTUCCI, R. H.; PUGGINA, E. F.; PITHON-CURI, T. C. Efeitos da atividade física em condições patológicas. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v.14, n.1, p.67-74, 2006.

LIMA, Margareth Guimarães et al. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v.25, n.4, p.314-321, 2009.

LOPES, J. A. et al. Fatores associados à atividade física insuficiente em adultos: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.13, n.4, p.689-698, 2010.

MACIEL, Marcos Gonçalves. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz**, v.16, n.4, p.1024-1032, 2010.

MADUREIRA, Alberto Saturno et al. Associação entre estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e estado nutricional em universitários. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2139-2146, 2009.

MATSUDO, Sandra Mahecha; MATSUDO, Victor K. R.; NETO, Turíbio Leite Barros. Efeitos Benéficos da Atividade Física na Aptidão Física e Saúde Mental Durante o Processo de Envelhecimento. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.5, n.2, p.60-76, 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. 512p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. Ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

MOLINA NETO, V.. Etnografia: uma opção metodológica para alguns problemas de investigação no âmbito da Educação Física. In: MOLINA NETO, V; TRIVIÑOS, A. N. (Orgs.). **Pesquisa Qualitativa na Educação Física: alternativas metodológicas**. Porto Alegre, RS: Editora da UFRGS/Sulina, 1999.

MONTEIRO, Simone Souza; VARGAS, Eliane Portes; REBELLO, Sandra Monteiro. Educação, prevenção e drogas: resultados e desdobramentos da avaliação de um jogo educativo. **Educação e Sociedade**, v. 24, n. 83, p. 659-678, 2003.

MORETTI, Andrezza C. et al. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v.18, n.2. p. 346-354, 2009.

MORGAN, David L. **Focus groups as qualitative research**. 2 ed. London: Sage Publications, 1997.

MTE - MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Relação Anual de Informações Sociais. **Informações para o Sistema Público de Emprego e Renda – Dados do município de Criciúma**. 2012. Disponível em: <[http://bi.mte.gov.br/bgcaged/caged\\_isper/index.php](http://bi.mte.gov.br/bgcaged/caged_isper/index.php)>, Acesso em: 10 de junho de 2012.

NAHAS, Marcus Vinicius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 5.ed. Londrina: Madiograf, 2010.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 19, n.4, p. 814-827, 2010.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do. **A Residência Multiprofissional em Saúde da Família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva). Universidade de São Paulo, SP. 142p.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL, organizadora. **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Editora Alínea; 2007.

OLIVEIRA, Gustavo de. **Estilo de vida e nível de aptidão física de escolares de 10 a 14 anos da cidade de Criciúma – SC**. 2010. 75p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2004.

\_\_\_\_\_. **O papel da atividade física no envelhecimento saudável**. Florianópolis, 2006.

PETROSKI, Edio Luiz, OLIVEIRA, Marcelle M. de. Atividade física de lazer e estágios de mudança de comportamento em professores universitários. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 8, n.2, p. 209-218, 2008.

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

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

POZENA, Regina; CUNHA, Nancy Ferreira da Silva. Projeto “Construindo um futuro saudável através da prática da atividade física diária”. **Revista Saúde e Sociedade**, v.18, supl.1, 2009.

PROCHASKA, J.O.; MARCUS, B.H. The transtheoretical model: applications to exercise. In: DISHMAN, R.K. (Ed.). *Advances in exercise adherence*. Champaign: **Human Kinetics**; p.181-190, 1994.

RIBEIRO, Jane Patrícia; ROCHA, Suelen Alves; POPIM, Regina Célia. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, v.14, n. 4, p. 765-771, 2010.

RONZANI, Telmo Mota; SILVA, Cristiane de Mesquita. O Programa Saúde da Família: segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 23-34, 2008.

SÁ, Neusa Maria Carlan. **O lúdico na ciranda da vida adulta**. 2004. 266p. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Rio do Sinos: São Leopoldo.

SANTOS, Susan Cotrim; KNIJNIK, Jorge Dorfman. Motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v.5, n.1, p.23-34, 2006.

SCHIMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1946-1961, 2011.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p. 29-41, 2007.

SILVA, Edileusa da; SARRETA, Fernanda de Oliveira; BERTANI, Iris Fenner. As políticas públicas de saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde (SUS) e a rede de saúde em Franca. **Serviço Social e Realidade**, v.16, n.1, p. 81-103, 2007.

SILVA, William C. et al. Prevalência de sintomas de depressão em pacientes hipertensos assistidos pelo programa “Hipertensão Controlada”. **Anais do III Encontro de Pesquisa de IES do Sistema Estadual de Minas Gerais**, UNEC - Caratinga/MG, 2006. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.unec.edu.br/ojs/index.php/unec01/article/viewFile/182/137>>, Acesso em 30 de junho de 2012.

SIMÃO, C. B.; NAHAS, M. V.; OLIVEIRA, E. S. A. Atividade física habitual, hábitos alimentares e prevalência de sobrepeso e obesidade em universitários da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC, Lages. SC. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 11, n. 1, p. 3-12, 2006.

SIQUEIRA, Fernando Vinholes. 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**, v.24, n.1, p.39-54, 2008.

SIQUEIRA, Fernando Vinholes et al. Fatores considerados pela população como mais importantes para manutenção a saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 961-971, 2009.

SOUSA, Thiago Ferreira de et al. Autoavaliação de saúde e fatores associados em adolescentes do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 4, p. 333-339, 2010.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **Políticas públicas: o papel das políticas públicas**. 2002. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/54996012/O-Papel-das-Políticas-Publicas-na-Transformacao-da-Realidade>>, Acesso em 25 de junho de 2012.

TOSSETO, Ana P.; JÚNIOR, Carlos A. Simeão. Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.41, n.4, p. 497- 507, 2008.

VERBRUGGE, L. M. The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. **Journal of Health and Social Behaviour**, v. 30, p.282-304, 1989.

WEINBERG, Robert S.; GOULD, Daniel. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. 2 ed. Porto alegre: Artmed, 2001.

WICKTIONARY, 2012. Disponível em: <<http://pt.wiktionary.org/wiki/auto-avalia%C3%A7%C3%A3o>>, Acesso em: 03 de junho de 2012.

WONG, N. D. et al. Television viewing and pediatric hypercholesterolemia. **Pediatrics**, v. 90, n. 1, p. 75-79, 1992.

YONEKURA, Tatiana; SOARES, Cássia Baldini. O jogo educativo como estratégia de sensibilização para coleta de dados com adolescentes. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 5, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_18.pdf)>, Acesso em: 03 de junho de 2012.

ZAMBONATO, Flavio. **Motivação à prática regular de atividades físicas: um estudo com adolescentes com sobrepeso e obesos das escolas de Erechim-RS**. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano). Porto Alegre, 2008. 104p.

ZANCHETTA, L. et al. Inatividade física e fatores associados em adultos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.13, n.3, p.387-399, 2010.

## APENDICES

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE**

Estamos realizando um projeto para monografia da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família-Saúde Coletiva, da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc) intitulado “**ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DO ESTILO DE VIDA ATIVO EM USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**” O Srº (a) foi plenamente esclarecido de que autorizando este projeto, estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como um dos objetivos: Verificar a contribuição de uma estratégia lúdica para adoção de comportamentos saudáveis de diferentes populações. Embora o Srº (a). venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro você não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por autorizar a pesquisa. Os dados referentes a pesquisa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o Srº (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autorizo ainda o uso de imagens e gravação de voz, na oportunidade de entrevista.

**A coleta de dados será realizada pela residente Rosana Mengue Maggi (fone: 99373756) e orientado pela professor Joni Marcio de Farias (99781088). O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723.**

Criciúma (SC) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

---

**Assinatura da Participante**

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais e/ou responsáveis (no caso de menores de 18 anos).**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo meu filho (a) \_\_\_\_\_ a participar do projeto intitulado **“ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DO ESTILO DE VIDA ATIVO EM USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”** O Srº (a) foi plenamente esclarecido que este é um estudo de cunho acadêmico, que tem como um dos objetivos: Verificar a contribuição de uma estratégia lúdica para adoção de comportamentos saudáveis de diferentes populações. Embora o Srº (a). autorize a participação do seu filho (a) neste projeto, estará garantido que ele (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro seu filho (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por autorizar a pesquisa. Os dados referentes a pesquisa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o Srº (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autorizo ainda o uso de imagens e gravação de voz, na oportunidade de entrevista.

**A coleta de dados será realizada pela residente Rosana Mengue Maggi (fone: 99373756) e orientado pela professor Joni Marcio de Farias (99781088). O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723.**

**Criciúma (SC) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.**

---

**Assinatura dos Pais ou Responsáveis**

**APÊNDICE C** – Escala de motivação para a participação contínua no jogo

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M Escolaridade: \_\_\_\_\_

Pouco verdadeira

1

2

3

4

5

6

Muito verdadeira

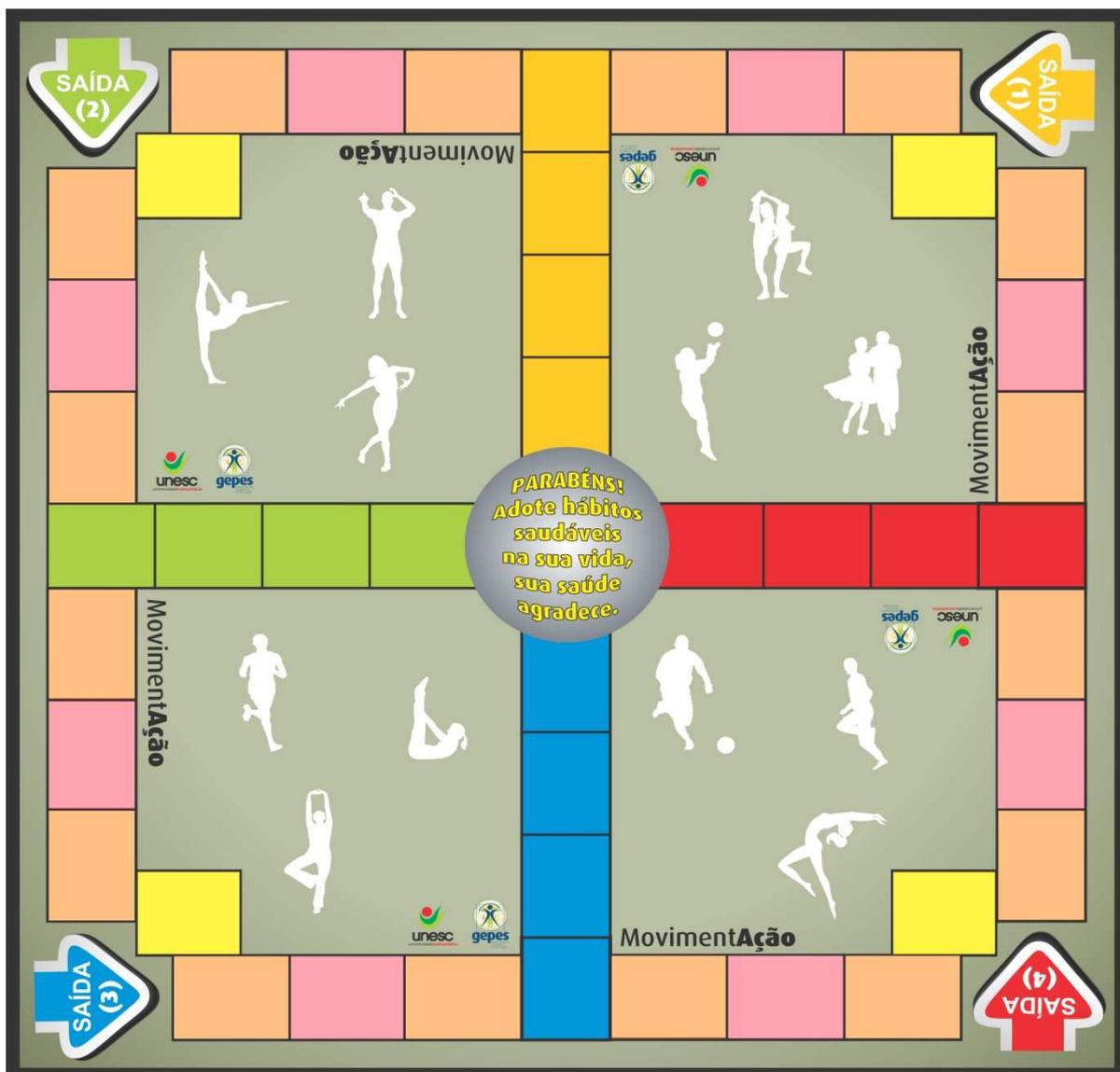
**Porque você praticaria novamente o jogo?**

- ( ) Porque quero ser fisicamente saudável. (Saúde)
- ( ) Porque é divertido. (Motivação Pessoal)
- ( ) Quero perder ou manter o peso para me sentir melhor. (Estética)
- ( ) Porque eu gostei de praticar essa atividade. (Motivação Pessoal)
- ( ) Porque gostei do desafio. (Motivação Pessoal)
- ( ) Quero ter músculos definidos. (Estética)
- ( ) Porque quero ter mais energia. (Saúde)
- ( ) Gostei de estar com outras pessoas interessadas nessa atividade. (Motivação Social)
- ( ) Porque eu achei interessante. (Motivação Pessoal)
- ( ) Porque quero conhecer novas pessoas. (Motivação Social)
- ( ) Porque eu quero manter minha saúde e bem-estar. (Saúde)
- ( ) Porque quero melhorar minha condição física. (Saúde)
- ( ) Porque achei estimulante. (Motivação Pessoal)
- ( ) Porque meus amigos me pedem. (Motivação Social)
- ( ) Porque quero mudar meu estilo de vida. (Saúde)

**APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista semi-estruturada**

1. Vocês se consideram pessoas saudáveis? Por quê?
2. Falem um pouco sobre os cuidados essenciais que vocês julgam necessário manter a saúde e prevenir doenças.
3. Se fosse para dar uma nota para sua saúde, qual seria? Por quê?
4. Comentem o que vocês acharam deste jogo. (o que contribuiu? O que foi mais importante?)
5. Vocês acham que este jogo estimula para mudar o seu estilo de vida? Por quê? (de que forma?)
6. Se fosse para dar uma nota para este jogo, qual seria? Por quê?
7. Vocês gostariam de acrescentar algo nesse jogo?

## APÊNDICE E – Tabuleiro do jogo



**APÊNDICE F – Tarefas do jogo**

1. Fazer alongamento é fundamental para ter uma boa flexibilidade. Faça 3 (três) alongamentos para os membros inferiores, com duração de 30 segundos cada.
2. Você tem sorte... jogue novamente!
3. Ingerir líquidos saudáveis e praticar atividade física auxiliam no bom funcionamento do organismo. Salte no lugar durante 30 segundos.
4. O fortalecimento abdominal auxilia na prevenção de problemas posturais. Realize o máximo de abdominais que conseguir durante 30 segundos.
5. Volte uma casa!
6. Praticar regularmente atividades físicas melhora a saúde e o condicionamento físico. Caminhe por 2 (dois) minutos.
7. Tomar as medicações nos horários certos é o correto no tratamento das doenças. Não esqueça da dica e avance duas casas.
8. Você tem sorte! Jogue novamente!
9. Para uma boa alimentação, devemos fazer de 4 a 6 refeições por dia. Aproveite essa dica e jogue novamente.
10. Idosos fisicamente ativos conseguem realizar com mais autonomia suas atividades diárias. Sente e levante de uma cadeira durante 30 segundos.
11. Volte 4 casas!
12. Devemos praticar atividades aeróbias diariamente, como: caminhadas, andar de bicicleta, dançar ou correr. Dê 2 (duas) voltas caminhando ao redor do tabuleiro o mais rápido que conseguir.
13. Mexa-se! Realize polichinelos durante 30 segundos.
14. Avance 1 casa.
15. Teste seu equilíbrio, dê uma volta caminhando sobre as laterais do tapete, colocando um pé na frente do outro e cuidando para não pisar fora da linha.
16. Usar protetor solar, chapéus, e evitar exposição excessiva ao sol são cuidados importantes ao realizar exercício físico. Volte 3 (três) casas e pense sobre isso!
17. Jogue novamente!

18. Exercícios de força devem ser realizados cotidianamente. Realize 4 (quatro) flexões de braço.
19. Dormir pelo menos 8 horas por dia é importante para o bom desempenho do organismo. Dê uma volta rápida no tabuleiro e jogue novamente!
20. Ter flexibilidade contribui na realização das tarefas simples do dia-a-dia. Realize 4 (quatro) alongamento para os membros superiores, por 30 segundos cada.
21. Imitar um animal.
22. Faz parte de um estilo de vida saudável manter relacionamentos sociais, cultivando amigos, tendo senso de humor e pensamento positivo. Cante e dance uma música com a turma!
23. Volte 2 casas!
24. Marche no lugar por 1 minuto.
25. Realizar exercício físico com uma roupa leve e tênis garante uma prática mais saudável. Tire seu calçado e coloque novamente.
26. Muito bom... Avance uma casa!
27. Dê um abraço em um dos colegas de jogo!
28. O ideal na prática do exercício físico é que se tenha orientação do profissional de educação física. Siga as orientações e realize uma corridinha durante 30 segundos.
29. Você está com muita pressa... sente e levante no tabuleiro!
30. Mantenha-se ativo! Percorra as laterais do tabuleiro pulando durante 30 segundos.
31. Adquirir noção de espaço. Caminhe de costas sobre uma lateral do tapete.
32. Fortaleça seus membros inferiores! Suba o joelho direito e esquerdo na frente do corpo por 30 segundos.
33. Fazer atividade física contribui para o fortalecimento dos ossos. Realize movimentos de elevação do corpo, mantendo a ponta dos pés no solo, por 30 segundos cada perna separadamente.
34. Conte uma história engraçada que você já passou.
35. Falta pouco para dar a volta no tabuleiro, por isso volte 1 casa e gaste um pouco mais de energia.

36. Vamos nos divertir! Escolha um colega do jogo e dance um forró por 2 minutos.
37. Realize 2 alongamentos para braços e 2 para pernas, com 30 segundos de duração cada.
38. Caminhe lateralmente sobre o tabuleiro durante 1 minuto.

## TAREFA 10

**Idosos fisicamente ativos conseguem realizar com mais autonomia suas atividades diárias. Sente e levante de uma cadeira durante 30 segundos.**



## **ANEXOS**

**ANEXO A – Carta de Aprovação do CEP****Universidade do Extremo Sul Catarinense UNESC  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP****Resolução**

Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

**Projeto: 318234/2012**

**Pesquisador:**

JONI MÁRCIO DE FARIAS

**Título:** “ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DO ESTILO DE VIDA ATIVO EM USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”.

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicado ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores

Criciúma, 07 de maio de 2012.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. Schwalm", with a stylized flourish at the end.

*Mágada T. Schwalm*

Coordenadora do CEP

**ANEXO B – Critério de Classificação Econômica ABEP**

Sexo: ( ) F ( ) M

Idade: \_\_\_\_\_

| Posse de itens        | Não Tem | Tem (Quantidade) |   |   |     |
|-----------------------|---------|------------------|---|---|-----|
|                       |         | 1                | 2 | 3 | 4 + |
| Televisores em cores  |         |                  |   |   |     |
| Rádio                 |         |                  |   |   |     |
| Banheiro              |         |                  |   |   |     |
| Automóvel             |         |                  |   |   |     |
| Empregada mensalista  |         |                  |   |   |     |
| Máquina de lavar      |         |                  |   |   |     |
| Videocassete e/ou DVD |         |                  |   |   |     |
| Geladeira             |         |                  |   |   |     |
| Freezer               |         |                  |   |   |     |

Marque com um X o SEU grau de instrução e o do chefe da família.

|     | Ensino Fundamental              | Ensino Médio | Universidade            |
|-----|---------------------------------|--------------|-------------------------|
| SEU | [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] | [1] [2] [3]  | [ ] Incompl. [ ] Compl. |
|     | [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] | [1] [2] [3]  | [ ] Incompl. [ ] Compl. |

**ANEXO C – Estágio de Mudança de Comportamento para a Atividade Física**

Nas questões abaixo, marque a alternativa que melhor caracteriza seu envolvimento com atividades físicas atualmente (apenas uma das opções).

- ( ) Eu não sou ativo fisicamente e não pretendo me tornar nos próximos seis meses.
- ( ) Eu não sou ativo fisicamente, mas tenho a intenção de me tornar nos próximos seis meses.
- ( ) Eu sou ativo fisicamente no momento, mas não de maneira regular.
- ( ) Eu sou ativo fisicamente de maneira regular, a menos de seis meses.
- ( ) Eu participo regularmente de atividades físicas por mais de seis meses.