

RODRIGO MORAES KRUEL

**POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS NO MUNICÍPIO DE
LAURO MULLER – SC: UMA ANÁLISE TERRITORIAL**

Projeto de dissertação submetido para aprovação no exame de qualificação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Orientador: Prof. Dr. Joni Marcio de Farias

**CRICIÚMA
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

K94c KrueI, Rodrigo Moraes.
Políticas públicas saudáveis no município de Lauro Muller
– SC : uma análise territorial / Rodrigo Moraes KrueI. - 2017.
152 p. : il.; 21 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul
Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Criciúma, 2017.

Orientação: Joni Marcio de Farias.

1. Políticas públicas de saúde – Lauro Muller (SC). 2.
Promoção da saúde. 3. Saúde ambiental. 4. Qualidade de vida.
5. Estilo de vida. I. Título.

CDD 23. ed. 362.1098164



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional)
Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria Nº 31, De 26.01.2016

PARECER

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado de Coordenação do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) reuniram-se para realizar arguição da defesa de Mestrado apresentada pelo candidato **Rodrigo Moraes Krue** sob o título “**A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS NO MUNICÍPIO DE LAURO MÜLLER: UMA ANÁLISE TERRITORIAL**” para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva do Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do extremo Sul Catarinense – UNESC.

Após haver o referido trabalho e arguido o candidato, os membros são de parecer pela “APROVAÇÃO” na dissertação com conceito: A.

Criciúma, SC, 07 de abril de 2017.

Assinatura Membros da Banca Examinadora:



Prof. Dr. **JONI MÁRCIO DE FARIAS** (Orientador)



Prof. Dr. **WILLIANS CASSIANO LONGEN** (Membro/PPGSCol / UNESC)



Prof. Dr. **ADALBERTO ALVES DE CASTRO** (Membro Externo /UIBAVE)

Folha Informativa

Este trabalho foi realizado no cenário de práticas da Atenção Básica de Saúde do município de Lauro Muller SC.

Dedico esta dissertação de mestrado a minha mulher Márcia, minha filha mais velha Isadora e a minha caçula Ana Julia. Dedico também aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

A minha Família que sempre me apoiou nesta verdadeira missão que é fazer um Mestrado.

Ao meu Orientador Joni, pelo seu conhecimento e comprometimento com a Promoção da Saúde.

Ao Professor Dr. Willians, minhas aulas mudaram muito depois da disciplina Docência em Saúde.

Ao Professor Dr. Adalberto, colega de trabalho, agradeço a disponibilidade.

Ao pessoal do GEPES, pessoas acolhedoras e também comprometidas com a Promoção da Saúde.

RESUMO

O estilo de vida se caracteriza por hábitos ou comportamentos adquiridos que podem ou não levar a doenças, compreendendo estes comportamentos e hábitos entende-se melhor os fatores de risco e pode-se estar contribuindo para a diminuição de enfermidades e principalmente para efetivação da Promoção da Saúde. O objeto da pesquisa foi avaliar as políticas públicas saudáveis do município de Lauro Muller. A população do estudo constitui-se por 639 moradores da cidade de Lauro Muller de ambos os sexos. O presente estudo consiste em uma análise transversal de abordagem quantitativa. De acordo como o instrumento que avalia a mobilidade ativa em ambiente, o estudo apresentou que o município de Lauro Muller não dispõe de ambientes favoráveis para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, no entanto a iniciativa para a criação de ações comunitárias, apresentou escore positivo de 76,3% na promoção de ações a favor da saúde e nos aspectos de avaliação da qualidade de vida, os resultados apontaram que a população possui boa capacidade funcional (74,7%), o índice para limitações físicas foi de 72,2% e a percepção do estado geral de saúde apresentou baixo índice com média de 53,6%. O estudo sugere que apesar de haver ações de promoção de saúde, estas não influenciam na melhora de saúde da população e que o município não dispõe de ambientes propícios para a mudança de comportamento dos moradores além de não possuir habilidades pessoais na adoção de hábitos saudáveis.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Saúde Ambiental. Participação Comunitária. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Lifestyle is characterized by acquired habits or behaviors that may or may not lead to diseases. Understanding these behaviors and habits will better understand the risk factors and may be contributing to the reduction of diseases and especially to the effectiveness of Health Promotion. Of the research was to evaluate the healthy public policies of the municipality of Lauro Muller. The study population consisted of 639 residents of the city of Lauro Muller of both sexes. The present study consists of a transversal analysis of quantitative approach. According to the instrument that evaluates the active mobility in environment, the study showed that the municipality of Lauro Muller does not have favorable environments for the development of healthy public policies, however the initiative for the creation of community actions, presented a positive score of 76.3% in the promotion of actions in favor of health and aspects of quality of life evaluation, the results showed that the population has good functional capacity (74.7%), the index for physical limitations was 72.2% And the perception of the general state of health presented a low index with an average of 53.6%. The study suggests that although there are health promotion actions, these do not influence the health improvement of the population and that the municipality does not have environments conducive to the change of behavior of the residents besides not possessing personal skills in the adoption of healthy habits.

Keywords: Health Promotion. Environmental Health. Community Participation. Quality of life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Imediações de sua casa ou redondeza.....	52
Tabela 2 - Comércio, lojas e outros estabelecimentos no seu bairro.....	56
Tabela 3 - Alternativa que melhor se aplica a você e ao seu bairro.	63
Tabela 4 - Condições das ruas do meu bairro.....	66
Tabela 5 - Lugares para caminhar e andar de bicicleta	69
Tabela 6 - Arredores do meu bairro	72
Tabela 7 - Segurança no trânsito	75
Tabela 8 - Segurança contra crimes	79
Tabela 9 - Nível de satisfação com o bairro	82
Tabela 10 - Avaliação de ações comunitárias em saúde	87
Tabela 11 - Questionário de Qualidade de Vida – SF 36	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Atividade Física
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia da Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde (OMS)
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
SF 36	Estudo de Resultados Médicos 36
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	25
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE	25
3 FATORES DE RISCO	31
4 FATORES INTERVENIENTES DO ESTILO DE VIDA	35
4.1 FATORES MOTIVACIONAIS	35
4.2 FATORES SOCIAIS.....	36
4.3 FATORES CULTURAIS.....	37
4.4 FATORES AMBIENTAIS	39
4.5 ESTRATÉGIAS PARA ADOÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS	40
4.5.1 Barreiras para melhor qualidade de vida	40
4.5.2 Facilitadores para hábitos saudáveis	42
5 OBJETIVOS.....	44
5.1. OBJETIVO GERAL	44
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
6 MÉTODOS	45
6.1 HIPÓTESES.....	45
6.2 DESENHO DO ESTUDO.....	45
6.3 VARIÁVEIS	45
6.3.1 Dependente.....	46
6.3.2 Independentes.....	46
6.4 LOCAL DO ESTUDO	46
6.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO	46
6.5.1 Critério de inclusão	46
6.5.2 Critério de exclusão.....	47
6.6 AMOSTRA	47

6.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA	47
6.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA.....	48
6.9 INSTRUMENTOS DE COLETA.....	48
6.9.1 Classificação sócio econômico	48
6.9.2 Ambientes favoráveis.....	49
6.9.3 Ações comunitárias	49
6.9.4 Habilidades pessoais	49
6.10 RISCOS E BENEFÍCIOS	50
6.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	50
7 RESULTADOS	51
8 DISCUSSÃO.....	94
9 CONDIDERAÇÕES FINAIS.....	106
REFERÊNCIAS.....	108
APÊNDICES	122
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	123
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	141
ANEXOS.....	144
ANEXO A – CARTA DE ACEITE	145
ANEXO B – DADOS QUE CONSTAM NAS PESQUISAS - SUMARÉ.....	145
ANEXO C – DADOS QUE CONSTAM NAS PESQUISAS - ITANEMA	146
ANEXO D – DADOS QUE CONSTAM NAS PESQUISAS - GUATÁ.....	147
ANEXO E – DADOS QUE CONSTAM NAS PESQUISAS - CENTRO	148

ANEXO F – DADOS QUE CONSTAM NAS PESQUISAS - ARIZONA.....	149
ANEXO G – DADOS QUE CONSTAM NAS PESQUISAS – BARRO BRANCO	150
ANEXO H – PARECER CONSTUBSTANCIADO DO CEP.....	151

1 INTRODUÇÃO

A promoção da saúde é interpretada como um processo com a finalidade de ampliar a participação dos indivíduos e comunidades nas ações que atuam sobre os fatores que influenciam a sua saúde e qualidade de vida (MALTA et al., 2014). No entanto faz-se necessário situar o contexto a ser explanado, iniciando pela trajetória histórica e destacando os principais avanços.

Política de promoção da saúde envolve ações do governo, do setor saúde e de outros setores sociais e produtivos; Ações de indivíduos, famílias e comunidades, direcionadas ao desenvolvimento de melhores condições de vida e saúde. A efetivação desta prática abrange estratégias como: estabelecimento de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos serviços de saúde (FREITAS; MANDÚ 2010).

O estilo de vida se caracteriza por hábitos ou comportamentos adquiridos por determinação sócio/cultural, utilizando parâmetros com as preferências dietéticas, consumo de cigarro e álcool, uso medicamentoso indevido, inatividade física, lazer sedentário e não adoção de medidas preventivas (GONÇALVES; VILARTA, 2004). Nahas (2013) complementa que o estilo de vida é o conjunto de ações cotidianas que reflete as atitudes e valores das pessoas. (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO 2012), justifica que o controle dos fatores de risco comportamentais, ou condutas de risco, constituem metas primordiais da prevenção de enfermidades e consequente promoção da saúde.

Esta preocupação está relacionada pelo fato de no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) serem as principais causas de morte em adultos e idosos, com destaque para as doenças cardiovasculares e neoplasias (PAULO et al., 2014), e as projeções para o ano de 2020 revelam que a mortalidade DCNT representará 73% dos óbitos no mundo (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2013).

Neste sentido a promoção da saúde tem se configurado como alternativa teórica e prática para o enfrentamento global da ampla gama de fatores que configuram o quadro epidemiológico atual das DCNT, dentre estes fatores destacam-se os fatores de risco modificáveis e não modificáveis (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

Os fatores de risco não modificáveis, incluem o sexo, a idade e a hereditariedade (genéticos), e os fatores de risco modificáveis, que são os adquiridos com o passar do tempo e estão relacionados com hábitos de vida. Dentre os fatores de risco modificáveis consideram-se o

tabagismo, o etilismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e as dislipidemias (NASCIMENTO; GOMES; SARDINHA, 2011).

Para que de fato sejam estabelecidas as políticas públicas saudáveis faz-se necessária a criação de ambientes favoráveis à saúde, reforços da participação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, e reorientação dos serviços de saúde.

Neste contexto, justifica-se a relevância deste trabalho com o intuito de identificar e propor ações/estratégias que contribuam para mudança de comportamento/hábitos da população de uma cidade do Sul de Santa Catarina, contribuindo para a diminuição de enfermidades, aumentando a longevidade e a participação popular nas tomadas de decisão em todas as esferas municipais, para um envelhecimento saudável e uma melhor qualidade de vida da população.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Esta dissertação está relacionada diretamente com as Políticas Públicas de Saúde, mais diretamente as Políticas Saudáveis. O direito à saúde é considerado como princípio fundamental do ser humano, a Constituição Federal de 1988 estabelece os princípios fundamentais inerentes aos cidadãos, dentre eles podemos citar a dignidade da pessoa humana e o direito à saúde, como será a seguir exposto.

As políticas públicas aparecem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as relações entre Estado, política, economia e sociedade. Existem várias abordagens diferentes sobre Políticas Públicas, as definições assumem, em geral, uma visão holística do tema. A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real. (SOUZA, 2006).

Política Pública enquanto área de conhecimento acadêmica, primeiramente ligada a uma subárea da Ciência Política e após como uma disciplina multidisciplinar, teve suas origens nos Estados Unidos da América - EUA (primeira metade do século XX). Podemos entender como política pública a discussão e prática de ações relacionadas ao conteúdo, concreto ou simbólico, de decisões reconhecidas como políticas; isto é, o campo de construção e atuação de decisões políticas (AGUM, 2015).

Após aproximadamente 23 anos da sua implantação, o Sistema Único de Saúde (SUS) se apresenta como uma política que deve possibilitar tanto o acesso universal a cuidados básicos de saúde quanto de ponta. O SUS reveste-se de importância no quadro sanitário brasileiro, não somente como estrutura de organização institucional da área da saúde e modelo de atendimento à clientela, mas especialmente pela mudança impressa nas formas de direcionar, conceber, pensar e fazer a assistência à saúde no país (OLIVEIRA, 2008).

Para situar o ponto de vista que se está olhando quando descreve a promoção da saúde, é pertinente citar Ferreira (2005), que aponta que “promover”, está relacionada com impulsionar, ocasionar, motivar e provocar; enquanto “promoção” refere-se mais diretamente com ação.

Em 1946, a da Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “*o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou agravos*” (SANTOS, 2011).

Os primeiros conceitos de promoção da saúde foram definidos pelos autores Winslow, 1920 e Sigerist, 1946, posteriormente Leavell e Clark em 1965, delineararam o modelo de evolução natural das doenças em três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária.

A Organização Mundial de Saúde (1986), conceitua a Promoção da saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”.

A promoção à saúde desponta como “nova concepção de saúde” em meados dos anos 70, resultado do debate na década anterior sobre a determinação social e econômica da saúde e a construção de uma concepção não centrada na doença (HEIDMANN et al., 2006).

O início dos movimentos sobre Promoção da Saúde ocorreu no Canadá em 1976, com a publicação do Informe Lalonde, considerado o primeiro documento de motivação política, a denominar a promoção da saúde como uma maneira de reduzir custos e conter agravos das doenças crônicas degenerativas (BRANDÃO, 2010).

Este evento estabeleceu bases para importantes movimentos na conformação de um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata em setembro de 1978, na União Soviética que reafirma a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, sendo direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde (BRASIL, 2002).

Posteriormente a carta de Ottawa, apresentada na 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde em novembro de 1986, na cidade de Ottawa, Canadá, foi um marco de referência para a evolução de promoção de saúde e enfatiza a dimensão social da saúde citando cinco estratégias fundamentais, a saber: política pública, ambiente saudável, reforço da ação comunitária, criação de habilidades pessoais e reorientação do serviço de saúde (HEIDMANN et al., 2006).

Em 1988 ocorreu em Adelaide na Austrália a 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ficou conhecida por reafirmar as cinco linhas de ação propostas na Carta de Ottawa, consideradas interdependentes, destacando que as políticas públicas saudáveis estabelecem o pano de fundo para a constituição das outras quatro estratégias (BRASIL, 2002).

A 3ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorreu em Sundsvall, Suíça em junho de 1991. A Declaração de Sundsvall conclama que ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis e

chama atenção, para a necessidade de ações urgentes para se atingir uma maior justiça social em saúde, onde milhões de pessoas estão vivendo em extrema pobreza e privação, num meio ambiente cada vez mais degradado, tanto nas zonas rurais como urbanas. Segundo a Declaração as ações devem envolver setores de educação, transporte, habilitação, desenvolvimento urbano, produção industrial e agricultura; devem ter diferentes dimensões (física, social, espiritual, econômica e política) e precisam ser coordenadas tanto no nível local como nos níveis regional, nacional e mundial (BRASIL, 2002).

Outro importante encontro ocorreu em 1992, em Santafé de Bogotá, Colômbia, onde 550 representantes de 21 países se reuniram para definir o significado da promoção da saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos relacionados com o sucesso da saúde da população da região. A conclusão da Conferência afirma a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento (BRASIL, 2002).

Em 1993, foi realizada a I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe, em Trinidad y Tobago, esta reunião reforçou a importância da promoção à saúde em seis estratégias fundamentais: elaboração de políticas públicas saudáveis; reorientação dos serviços de saúde; “empoderamento” das comunidades para alcançar o bem estar; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento/implementação de habilidades pessoais para a saúde; construção de alianças, especialmente com os meios de comunicação (HEIDMANN, 2006).

Já o encontro realizado no Canadá em 1996, caracterizou-se como a emergência de um novo discurso na saúde, intitulado de “saúde da população”, o que iria substituir a nova promoção à saúde como eixo orientador das estratégias de promoção no Canadá (HEIDMANN, 2006).

A 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorreu em julho de 1997 em Jacarta, Indonésia e teve como tema central a Promoção da Saúde no Século XXI tendo como marco a inclusão do setor privado no apoio à promoção da saúde. Na ocasião os representantes refletiram o que se aprendeu sobre a promoção da saúde, para reexaminar os determinantes da saúde e para identificar as direções e as estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI.

A carta elaborada neste encontro estabeleceu prioridades para o século XXI sendo elas: promover a responsabilidade social para com a saúde; aumentar os investimentos para fomentar a saúde; consolidar e

expandir parcerias em prol da saúde; aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo; conseguir uma infraestrutura para a promoção da saúde (BRASIL, 2002; HEIDMANN et al., 2006).

A Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde, da Organização Mundial da Saúde ocorreu em Genebra, Suíça no ano de 1998, o motivo do encontro foi o reconhecimento da necessidade e do potencial para possibilitar um maior impacto na saúde mundial, por meio da formação de uma aliança entre os países mais populosos sendo eles: Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América.

A Rede tem sete objetivos: 1. Melhorar a capacidade nacional de promoção da saúde; 2. Aumentar a consciência, o reconhecimento e a advocacy de promoção da saúde entre os tomadores de decisão e o público em geral; 3. Implementar estratégias de promoção da saúde em torno das questões prioritárias de saúde nos grupos de população; 4. Fomentar a eficiência, a inovação e a efetividade de custo, fazendo uma interface com os parceiros em seus setores específicos; 5. Desenvolver, implementar e manter as pesquisas, bem como as ferramentas de avaliação; 6. Disseminar as políticas de promoção da saúde e os programas para outras nações; 7. Incrementar as questões de promoção da saúde na agenda política nacional (BRASIL, 2002).

A 5ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorreu na cidade do México em 2000 e acentuou a importância das ações de promoção à saúde nos programas e políticas governamentais, no nível local, regional, nacional e internacional. Confirmou o valor das ações intersetoriais para assegurar a implementação das ações de promoção e ampliar as parcerias na área da saúde (HEIDMANN et al., 2006).

A 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada na cidade de Bangkok, Tailândia, em agosto de 2005. Reforça as mudanças no contexto da saúde global, incluindo o crescimento das doenças transmissíveis e crônicas, no qual incluem as doenças cardíacas, câncer e diabetes. Levanta a necessidade de nomear e controlar os efeitos da globalização na saúde como o aumento das iniquidades, a rápida urbanização e a degradação do meio ambiente. Procura dar uma nova direção para a Promoção à Saúde, buscando alcançar saúde para todos através de quatro compromissos: desenvolvimento da agenda global, responsabilidade de todos os governos, meta principal da comunidade e da sociedade civil, necessidade para boa administração prática (HEIDMANN et al., 2006).

A inter-relação entre os conceitos de promoção da saúde, atenção primária, políticas públicas saudáveis e ambiente/cidades saudáveis,

estando imbricados em melhorar as condições de vida e saúde da população, mediante ações multi referenciais e intersetoriais compartilhadas por todos os setores da sociedade, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais (LOPES et al., 2010).

O “empowerment” psicológico é compreendido como um sentimento de maior autonomia sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas de um processo psicológico e individual. O “empowerment” comunitário é compreendido como a possibilidade de que indivíduos e coletivos venham a desenvolver competências para participar da vida em sociedade, o que inclui habilidades, mas também um pensamento reflexivo que qualifique a ação política (CARVALHO, 2004).

O marco regulatório de promoção da saúde aponta também para o termo Advocacy. Advocacy em promoção da saúde representa hoje, nas sociedades democráticas, um exercício de cidadania essencial para o desenvolvimento social da nação, tendo como objetivos a equidade em saúde e a garantia do bem-estar físico, mental e social das pessoas (GERMANI; AITH, 2013)

Germani, Aith (2013) reafirmam ainda que a advocacy em promoção da saúde representa, nesse contexto, um importante instrumento de participação social voltado à defesa do direito universal à saúde no Brasil. O empenho na discussão de conceitos e fundamentos teóricos sobre o tema possibilita a ampliação e a renovação das estratégias e práticas necessárias para a solução de questões complexas e coletivas que envolvem a saúde.

A “Promoção da Saúde” foi incorporada pelo Movimento da Reforma Sanitária, na Constituição Federal de 1988 e no SUS. Entretanto, foi somente em 2006 que o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) elaboraram e aprovaram a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), (MALTA et al., 2014).

Conforme Malta et al., (2014) os objetivos da PNPS é “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”. Suas diretrizes preconizam atitudes baseada na cooperação e no respeito às singularidades, como: estímulo à intersetorialidade, compromisso com a integralidade do cuidado,

fortalecimento da participação social e estabelecimento de mecanismos de cogestão no processo de trabalho e no trabalho em equipe.

A promoção e proteção à saúde da população, a prevenção de doenças e agravos à saúde e seus fatores de risco, assim como a garantia de acesso à assistência, são objetivos centrais dos sistemas e serviços de saúde. Para garantir que todas as estratégias de produção de saúde componham uma linha de cuidado integral e efetivo, é necessário estruturar um sistema de saúde capaz de combinar, adequadamente, um conjunto de estratégias e medidas de alcance individual e coletivo, de responsabilidade tanto de setores específicos da Saúde quanto de fora da instituição. (MALTA et al., 2008)

3 FATORES DE RISCO

Nas últimas décadas, o Brasil vem sofrendo intenso processo de urbanização, com grande mobilização de nossa população para os grandes centros urbanos e as consequências dessa transformação se expressam, entre outras formas, nos padrões de comportamento e qualidade de vida da população, modificando o perfil das doenças e agravos à saúde, principalmente no aumento das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2005).

Conforme estudo de Lazzoli (1998), um “fator de risco” é uma característica individual, física ou comportamental, associada com uma maior possibilidade de desenvolvimento de determinadas doenças.

Á necessidade de privilegiar a investigação das condições de saúde dos indivíduos no âmbito dos serviços de saúde, objetivando gerar informações que possam propiciar ações mais adequadas às necessidades da população em diferentes níveis de atenção, principalmente ao considerar as situações de vulnerabilidade social (COSTA et al., 2013).

Estudos epidemiológicos sugerem que dentre os fatores de risco estão relacionados ao estilo de vida e podem ser modificados, tais como dieta rica em energia, gordura saturada, colesterol e sal; bem como consumo de bebida alcoólica, tabagismo e estilo de vida sedentário (NOBRE, 2012).

Os maiores índices destes fatores, geralmente são encontrados de forma múltipla, em grande parte dos pacientes, sendo sua maior prevalência em localidades das regiões Sul e Sudeste do Brasil, que correspondem às áreas mais desenvolvidas do país (LIMA et al., 2000; DUNCAN et al., 1993).

A obesidade passou a se comportar como epidemia com tendência a pandemia, como resultado de mudanças sociais e culturais nos padrões de alimentação e de atividade física (LEVENSON; SKERRETT; GAZIANO, 2002)

Os fatores de risco não modificáveis, são fatores que não conseguimos alterar. A Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010) considera que o gênero masculino é o mais afetado pela doença até os 50 anos de idade e as mulheres, ao produzirem hormônios femininos que são fatores de proteção, tendem a ter a incidência baixa antes da menopausa a qual aumenta a partir da sexta década de vida.

A etnia negra predispõe os indivíduos a apresentarem níveis pressóricos mais elevados que a branca, evidenciando que aqueles têm maior propensão ao desenvolvimento da hipertensão, além de terem

mais chances de desenvolver as formas mais graves da doença e as patologias associadas. Contudo deve-se levar em consideração a miscigenação da população brasileira que dificulta a classificação genérica da mesma (PESSUTO; CARVALHO, 1998; COSTA et al., 2007; LESSA; FONSECA, 1997).

Os autores Machado, Pires e Lobão (2012) ressaltam ainda que as pessoas hipertensas e a comunidade em geral devem ser informadas e educadas quanto a esses fatores; é necessário que todos saibam como os fatores de risco podem desencadear o aumento da pressão para que possam optar conscientemente por uma vida mais saudável.

A ampliação do conceito de saúde e valorização da abordagem epidemiológica, foram eleitas áreas temáticas prioritárias para a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, entre elas, destaca-se a indução de atividade física-práticas corporais, reflexo da importância conferida a um modo de viver ativo como fator de proteção da saúde (MALTA et al., 2008).

De acordo com Pitanga (2002) a partir da era epidemiológica das doenças crônico-degenerativas surgem diversos estudos epidemiológicos relacionando atividade física como meio de promoção da saúde, sendo que nas últimas três décadas numerosos trabalhos têm consistentemente demonstrado que altos níveis de atividade física ou aptidão física estão associados à diminuição no risco de doença arterial coronariana, diabetes, hipertensão, osteoporose entre outras.

Neste contexto, se faz necessário apontar a terminologia adotada neste trabalho devido às confusões emanadas a partir do pleno desconhecimento. Portanto, compreende-se como Atividade Física qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso. A expressão Exercício Físico é uma atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem como objetivo final ou intermediário aumentar ou manter a saúde/aptidão física (CASPERSEN; CHRISTENSON; POWELL, 1985; PITANGA, 2002).

Em sua pesquisa Mendes e colaboradores, (2013), concluiu que a prevalência de prática de exercício e os níveis de AF Habitual dos doentes com diabetes tipo 2 portugueses são claramente insuficientes. É necessária uma maior conscientização para a prática de exercício físico nesta população, especialmente do exercício resistido. Contudo, praticar exercício não é sinônimo de ter uma Atividade física Habitual minimamente saudável. É importante intervir quer na prática de exercício quer na AF inerente às atividades da vida diária.

A qualidade de vida das pessoas está relacionada com vários

aspectos e destaca-se dentre estes fatores a alimentação saudável, além disso a alimentação é uma condição primordial da rotina diária de todas as pessoas, não apenas por ser necessidade básica, mas principalmente porque a sua obtenção tornou-se um problema de saúde pública, uma vez que o excesso ou falta podem causar doenças (ABREU et al., 2001)

A transição nutricional, associada ao atual cenário demográfico, trouxe um novo panorama em termos de morbidade e mortalidade na maioria das regiões do globo, impactando na saúde humana de forma mais ou menos grave. Uma alimentação adequada em termos quantitativos e qualitativos garante o aporte de macro e micronutrientes essenciais para o bom funcionamento do sistema imunológico debelando agentes agressores. O excesso de tecido adiposo, especialmente quando acumulado em certos locais do organismo (intra-abdominal ou visceral), traz consequências desastrosas à saúde (FERREIRA, 2010).

A obesidade passou a se comportar como tendência a pandemia, como resultado de mudanças sociais e culturais nos padrões de alimentação e de atividade física (LEVENSON; SKERRETT; GAZIANO, 2002)

Atualmente a obesidade é considerada uma epidemia em países economicamente desenvolvidos, bem como a maioria dos países em desenvolvimento, em detrimento do aumento do número de obesos no planeta, estes países estão definindo estratégias para o controle de doenças crônicas não-transmissíveis, sendo uma destas a promoção da alimentação saudável (VINHOLES; ASSUNCAO; NEUTZLING, 2009).

Uma recomendação de alimentação saudável, para prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, é a de propor dietas que estejam ao alcance da sociedade como um todo, e que tenham um impacto sobre os mais importantes fatores relacionados às várias doenças. Estes aspectos preventivos da alimentação saudável vão desde uma dieta equilibrada para que a pessoa não adquira diabetes, hipertensão arterial entre outras doenças metabólicas, até a educação alimentar na infância (SICHERI et al., 2000).

Existe uma associação entre uma maior prática de esportes e o tempo de TV com hábitos alimentares saudáveis e não saudáveis, respectivamente. Além disso, descobriu-se que os comportamentos ativos e inativos estiveram diferentemente associado à condição econômica, e ambos possuem um efeito independente sobre os comportamentos alimentares saudáveis e não saudáveis, respectivamente (FERNANDES et al., 2011).

Segundo Wanderle e Ferreira, (2010) as modificações na alimentação referem-se à crescente aderência a chamada “dieta moderna” que se baseia em uma dieta rica em gordura (principalmente as de origem animal), açúcares e alimentos refinados. A importância do sono é amplamente reconhecida, tanto quanto são claras as implicações e consequências da ausência de um sono reparador, que permite boa saúde e disposição física e mental. Estudos epidemiológicos transversais indicam que a perda do sono parcial e crônica pode aumentar o risco de obesidade e de sobrepeso (TURCO et al., 2011).

Os hábitos de sono, bem como os alimentares, criam-se e modificam-se com a idade e os fatores que os influenciam não são apenas internos, mas dependem do padrão socioeconômico e cultural (MAIA; PINTO, 2008).

Devido a essas importantes funções, as perturbações do sono podem acarretar alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social do indivíduo, além de comprometer substancialmente a qualidade de vida. A qualidade do sono e a qualidade de vida estão intimamente relacionadas. A falta de emprego, por exemplo, é fator de qualidade de vida que pode afetar a qualidade do sono de um indivíduo porque a preocupação presente nessa situação aumenta a latência do sono e os despertares noturnos. Por outro lado, um indivíduo portador de distúrbio do sono provavelmente sofrerá consequências no trabalho devido à má qualidade do sono (MULLER; GUIMARAES, 2007).

A inadequação nos hábitos de sono pode causar consequências a curto e em longo prazo, dependendo do número de horas e da frequência de sono (PARIS et al., 2013). Em curto prazo, o efeito pode ser a redução da atenção e da concentração, a redução de produtividade e o aumento do número de acidentes. As consequências em um período maior de irregularidade do sono incluem aumento da morbidade e mortalidade em acidentes e o desenvolvimento de doenças, entre elas, insuficiência cardíaca, pressão arterial elevada, obesidade, diabetes tipo 2 (DM2), acidente vascular cerebral, perda de memória e depressão (PARIS et al., 2013).

4 FATORES INTERVENIENTES DO ESTILO DE VIDA

4.1 FATORES MOTIVACIONAIS

A teoria da autodeterminação (self-determination theory – SDT) foi elaborada em 1981, por Richard M. Ryan e Edward L. Deci, para estabelecer uma psicologia com responsabilidade social e política, de maneira a delinear variáveis que pudessem ser operacionalizadas, inclusive em nível de políticas públicas, com foco em saúde e bem-estar psicológicos (SILVA; WENDT; ARGIMON, 2010).

A Teoria da Autodeterminação inclui a motivação intrínseca, extrínseca e amotivação, conforme o sujeito pode ser motivado em diferentes níveis (intrínseca ou extrinsecamente), ou ainda, “ser amotivado” durante a prática de qualquer atividade (NTOUMANIS, 2005).

De acordo com Balbinotti et al., (2011) quando intrinsecamente motivado, o sujeito ingressa na atividade por sua própria vontade, ou seja, pelo prazer e satisfação do processo de conhecê-la, explorá-la, aprofundá-la.

A motivação extrínseca, por sua vez, ocorre quando uma atividade é efetuada com outro(s) objetivo(s) que não o(s) inerente(s) à própria atividade. A “amotivação”, construção motivacional que pode ser encontrada em indivíduos que ainda não estão adequadamente aptos a identificar um bom motivo para realizar alguma atividade física (RYAN; DECI, 2000).

Para a Teoria da Autodeterminação, a maior distinção entre a motivação intrínseca e a motivação extrínseca é fazer algo, respectivamente, porque é inerente o interesse ou é agradável, e porque conduz a um resultado separável. Desta forma, uma pessoa pode mudar o seu estado de motivação de amotivado (falta de um propósito para agir, sem o sentimento de competência para agir, não acredita que sua ação resultará num resultado desejável) a motivado (extrinsecamente ou intrinsecamente), (SALDANHA, 2004).

Na pesquisa desenvolvida por Filho; Andrade, (2011) concluiu-se que a (1) prática de atividades físico-esportivas pode estar associada a motivos que não são representados, isto é, a impulsos que permanecem obscuros; (2) o sujeito pratica regularmente atividades físico-esportivas porque com ela se sente mais consciente dos seus limites, de sua potência e de sua estética; (3) sua prática regular está associada à identificação com atividades físico-esportivas variadas; (4) o sujeito

pratica-as regularmente, porque associa essa prática a um remédio saudável, porque mexer com o corpo é brincar com o corpo; (5) o sujeito pratica regularmente atividades físico esportivas porque as qualidades da imaginação o confortam e a ilusão o acolhe e o move.

4.2 FATORES SOCIAIS

Os indicadores referentes às necessidades e aspirações humanas na organização do trabalho ganham maior relevância diante do desafio da produtividade das organizações, em busca de competitividade, incluindo-se, agora na avaliação da produtividade, a responsabilidade social da empresa. Neste contexto, o lazer vem despertando a atenção de estudiosos da reestruturação organizacional e de organizações, que começam a percebê-lo como importante indicador de qualidade de vida e, que ajudam no desenvolvimento das faculdades cognitivas, intuição, criatividade, sociabilidade e da capacidade de simbolizar e interagir, importantes nas novas formas de organização do trabalho (AGUIAR, 2000).

Os problemas financeiros estão presentes em boa parte das preocupações, que só tendem a piorar a situação de desmotivação e de falta de concentração no desenvolvimento das atividades profissionais. Logo, a implantação de algumas políticas públicas que visem amenizar esses problemas, pode contribuir para melhorar a qualidade de vida, e o reflexo direto disso poderá ser observado na qualidade do serviço prestado à comunidade (HALLES et al., 2008).

Em uma abrangente pesquisa realizada com executivos de 69% das 500 maiores empresas operando no Brasil, visando identificar a percepção desse grupo em relação à distribuição do seu tempo entre as diversas dimensões de sua vida, revelou não só que os executivos dedicam muito mais tempo à sua vida profissional que às demais dimensões de sua vida, mas que eles estão insatisfeitos com esse quadro (SCANFONE; CARVALHO NETO; TANURE, 2008).

O trabalho e o lazer se intercalavam no cotidiano do indivíduo. O trabalho e o tempo subjetivo eram difíceis de serem percebidos separadamente, pois ambos possuíam intrínsecas relações. Como se pode observar, no Brasil, no sentido corriqueiro, as palavras ócio e lazer aparecem como semelhantes. O termo tempo livre também está carregado dos mesmos sentidos, embora fique evidente, já nas primeiras aproximações, que os fenômenos lazer e ócio necessitam de um tempo liberado ou livre e resguarda. (AQUINO; MARTINS, 2007).

Apesar de toda essa pressão organizacional e social, os indivíduos

têm necessidade do tempo de não trabalho, não só em função dos outros papéis, como o conjugal e o familiar, mas também como um tempo para o próprio indivíduo, o tempo de não trabalho destinado ao lazer (SCANFONE; NETO; TANURE, 2008).

A qualidade de vida no trabalho é uma consequência da compreensão comprometida e abrangente das condições de vida no trabalho, incluindo aspectos como bem-estar social, saúde, segurança e capacitação sendo uma poderosa arma de competitividade de mercado, melhorando o desempenho e a produtividade além do aumento da confiabilidade do cliente. Melhores condições de trabalho influenciam diretamente ao alcance da produtividade, reduzindo assim fatores negativos que interferem diretamente na vida do empregado, gerando de tal forma benefícios para ambas às partes (MASSOLA; CALDERARI, 2011).

De acordo com Alves, (2011) o ser humano tem buscado regras simples, maneiras para se obter uma vida mais satisfatória. Entretanto tal proeza não pode ser alcançada através de atitudes metódicas. Um exemplo desse anseio é a busca pela qualidade de vida. Alcançá-la vem se tornando o grande anseio do ser humano, que busca tudo que possa proporcionar maior bem-estar e o equilíbrio físico, psíquico e social.

Ao considerar todos os fatores causais da saúde e doença, amplia-se o alcance das atividades de promoção à saúde para além dos parâmetros tradicionais da saúde pública e da prevenção da doença. Realiza, em paralelo, uma síntese inovadora de conceitos originários de campos disciplinares como a sociologia, a psicologia, a ciência política, a economia, a epidemiologia e a ecologia introduzindo novas ideias, linguagens e conceitos sobre a saúde e sobre a maneira de produzi-la. (CARVALHO 2004).

4.3 FATORES CULTURAIS

A família faz a primeira inserção da criança no mundo social objetivo, à medida que promovem a aprendizagem de elementos culturais mínimos: linguagem, hábitos, usos, costumes, papéis, valores, normas, padrões de comportamento e de atitudes. Mas além de tudo, também promove a formação das estruturas básicas da personalidade e da identidade (GOMES, 1992)

Quando a família se encontra fragilizada por uma questão de saúde, ela utiliza conhecimentos culturais e valores, crenças e práticas para guiar suas ações tendo em vista a manutenção do bem-estar de seus componentes (LOPES; MARCON, 2009).

É no meio familiar que a criança encontra os primeiros “outros” e com eles aprende o modo humano de existir. Seu mundo adquire significado e ela começa a constituir-se como sujeito. Isto se dá na e pela troca intersubjetiva, construída na afetividade, e constitui o primeiro referencial para a sua constituição indenitária (SZYMANSKI, 2004).

A família se reconhece como um grupo de pessoas que geram entre si uma ligação afetiva duradoura, incluindo o compromisso de uma relação de cuidado contínuo entre os adultos e deles com as crianças, jovens e idosos. Essa proposta abre espaços para os mais diferentes arranjos e protagonistas, mas tem no cuidado o seu sentido de existir (SZYMANSKI, 2004).

Hoje em dia fala-se muito das novas configurações familiares, conforme Borelli (2000), famílias cujos modelos de composição apresentam-se mais condizentes com os novos perfis familiares que compõem a vida cotidiana nas grandes cidades brasileiras: mulheres sem parceiros, que se responsabilizam pela criação dos filhos; filhos adotados convivendo com filhos biológicos; só mulheres, mãe e filhas, vivendo em uma única casa; família nuclear, mas de característica extensiva, em função do tipo de moradia: há, no fundo do terreno, uma pequena casa conjugada onde sempre moram outros parentes; um casal vivendo, cada um, uma segunda relação, com filhos atuais e de casamentos anteriores; família nuclear, com três filhos, sendo que duas são gêmeas e todos são adotados; e a presença de uma família de descendência afro-brasileira que permitiu a especificidade da reflexão sobre diferentes etnias no contexto mais geral da análise.

Na perspectiva da psicologia sistêmica, a restrição da vida familiar ao espaço doméstico representa sofrimento para as crianças, uma vez que dificulta a ampliação das suas relações interpessoais e sociais, um dos problemas mais evidentes nos dias atuais é a obesidade, o tratamento da obesidade na infância deve ser construído entre os profissionais e as famílias, levando-se em consideração que os pais, mães e filhos precisam ser acolhidos e compreendidos em suas histórias, sofrimentos, conflitos, valores, crenças, saberes e sabores. Tratar crianças obesas implica considerá-las em seus contextos familiares e sociais (TASSARA; NORTON; MARQUES, 2010)

Neste contexto Doimo; Derntl; Lago, (2008) afirmam que o tempo pode tornar-se uma unidade internacional, podendo ser usada em diferentes culturas para quantificar os tipos, a duração, a sequência e a coordenação das atividades humanas. Com base nesta análise, propôs-se uma tipologia, composta de quatro categorias de tempo: 1) tempo

necessário utilizado na execução de cuidados pessoais; 2) tempo contratado, relacionado com as atividades de emprego e educação regular; 3) tempo comprometido, relacionado às atividades obrigatórias (trabalho doméstico, cuidados com os familiares, adquirindo bens e serviços, trabalho não remunerado fora de casa) e 4) tempo livre (atividades religiosas, culturais, cívicas, sociais, esportes e demais atividades de lazer), tempo que permanece após a exclusão dos três primeiros tipos. É importante observar que lazer é algo subjetivo e pessoal, pois muitas atividades incluídas na categoria de tempo comprometido podem ser consideradas como atividades de lazer. Ao longo do século XX, o próprio campo da educação física e dos esportes foi palco de consideráveis transformações, que redefiniram o seu papel cultural e ensejaram a elaboração de renovadas propostas metodológicas, destinadas a ampliar o número de praticantes nas diversas modalidades de exercício corporal. Não obstante, o problema da baixa adesão às atividades físicas, enquanto hábito ou prática regular, segue desafiando cientistas e planejadores sociais, pois se a exercitação corporal goza de prestígio social por ser vinculada a questões importantes como educação, saúde, produtividade, bem-estar comunitário, qualidade de vida etc., por que os índices de participação ainda não lograram atingir os patamares considerados desejáveis? (NOGUEIRA, 2005).

4.4 FATORES AMBIENTAIS

Saúde ambiental são todos aqueles aspectos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, que estão determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos no meio ambiente. Também se refere à teoria e prática de valorar, corrigir, controlar e evitar aqueles fatores do meio ambiente que, potencialmente, possam prejudicar a saúde de gerações atuais e futuras (OMS, 1993).

O século XIX marcou profundamente o avanço da urbanização, pois as aglomerações urbanas sofreram um intenso processo que resultou nas condições atuais das cidades que concentram cada vez mais, grande parte da população do planeta. No Brasil, a intensificação da urbanização se deu de forma mais acentuada a partir da década de 1950, principalmente com o advento da indústria nacional que serviu como atrativo para o estabelecimento de um grande contingente populacional nas cidades em busca de trabalho e melhores condições de vida (GOMES; SOARES, 2004).

Os estilos de vida e as escolhas impactam diretamente o ambiente

ao gerarem os estímulos que provocam a reação dos diferentes setores produtivos para satisfazerem as necessidades e demandas existentes, assim o problema com que nos confrontamos no momento é que estilos de vida e padrões de consumo – e, conseqüentemente, de produção – cada vez mais “esbanjadores” e degradantes do ambiente vêm se consolidando como hegemônicos em grande parte das economias e sociedades humanas. Todavia, a capacidade da Terra de sustentar tais padrões de produção e consumo já deu mostras de fraqueza após décadas de consumo de massa generalizado (MELLO, 2009).

A questão ambiental tem adquirido nos últimos anos uma importância maior devido a fatores globais, tais como o efeito estufa, o buraco da camada de ozônio, a poluição atmosférica e a perda da biodiversidade. No entanto, os problemas ambientais locais, tais como a degradação da água, do ar e do solo, do ambiente doméstico e de trabalho, têm impactado significativamente a saúde humana. O surgimento de novos agentes de doenças é resultado das mudanças sociais e ambientais ao longo da história humana, fazendo com que os patógenos sejam capazes de adquirir acesso a novas populações hospedeiras ou de se tornarem mais virulentos em indivíduos comprometidos imunologicamente. (PIGNATTI, 2004)

Neste contexto, torna-se patente a necessidade de intervenção governamental através de políticas públicas eficientes que visem melhorar as condições de vida da população que apresenta dificuldades socioeconômicas, especialmente em relação a aspectos-chave, como sistema educacional, de saúde e de segurança pública (GORDIA; QUADROS; CAMPOS, 2009).

4.5 ESTRATÉGIAS PARA ADOÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS

4.5.1 Barreiras para melhor qualidade de vida

É importante destacar que muitas hipóteses sobre o crescimento da inatividade física remetem a mudanças no estilo de vida das pessoas, associadas às transformações no mundo do trabalho e às facilidades trazidas pela revolução tecnológica, como a maciça utilização de transportes motorizados (automóveis, escadas rolantes e elevadores) e pelo lazer hipocinético (assistir televisão, uso de computadores e vídeo games), em detrimento de deslocamentos a pé ou de bicicleta, e da ocupação do tempo livre com atividades físicas recreativas (JESUS, JESUS, 2012).

As barreiras são descritas como razões, motivos ou desculpas que

representam um fator negativo no processo de tomada de decisão (para a prática de atividades físicas) e que podem ser motivos de resistência e/ou desistência da prática. Conhecer os hábitos de atividade física e os fatores que são considerados barreiras entre os adolescentes podem contribuir para que sejam planejadas e promovidas intervenções, visando aumentar a adesão e aderência desta população à prática regular de atividades físicas. Num estudo realizado com escolares as barreiras mais citadas pelos estudantes foram o tempo dedicado aos estudos, à falta de companhia, a falta de clima adequado e a jornada de trabalho extensa (DAMBROS; LOPES; SANTOS, 2011).

A participação em atividades físicas também pode ser positivamente ou negativamente influenciada pela percepção de barreiras. Falta de tempo, falta de dinheiro, falta de motivação, sentir-se cansado, clima, são algumas das barreiras mais prevalentes reportadas pela população à prática de atividade física no lazer. As barreiras estão inseridas num contexto que inclui aspectos culturais, econômicos, políticos e geográficos. Ações educativas sobre a importância da prática regular de atividades físicas bem como a criação e melhoria de espaços a essas práticas, são pontos cruciais a serem focados por políticas públicas voltadas à saúde e à qualidade de vida. No que se refere às empresas, disponibilidade de locais destinados ao lazer e deslocamento ativo, bem como a melhoria da distribuição da carga de trabalho diária podem melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores e aumento da produtividade (SILVA, 2011).

Condições climáticas e atmosféricas são importantes, uma vez que a incidência de chuvas e a poluição do ar no parque foram percebidas como inibidores para a prática de AF, especialmente, entre os de menor renda (SILVA, PETROSKI e REIS, 2009). Em grupos específicos outras barreiras foram identificadas, como os compromissos familiares da jornada de trabalho, da falta de equipamento, do ambiente inseguro, da falta de companhia, das tarefas domésticas e da falta de recursos financeiros. (JESUS; JESUS, 2012), complementado por Ribeiro et al., 2013 com a preguiça ou cansaço seguida pela falta de companhia.

A percepção de barreiras parece influenciar diretamente os níveis de atividade física, pois aqueles indivíduos que apresentam alta percepção de barreiras tendem a encontrar maiores dificuldades para praticar algum tipo de exercício físico. Esta relação torna-se um círculo vicioso, em que aqueles que percebem mais barreiras diminuem o nível de atividade física, e essa diminuição, por sua vez, repercute diretamente no declínio das capacidades funcionais e favorece o desenvolvimento de

doenças crônicas degenerativas. Isto aumenta ainda mais a percepção da barreira “doença” e tende a diminuir os níveis de atividade física (NASCIMENTO et al., 2008).

A adesão às mudanças de hábitos é um processo dinâmico, dependente de vários fatores individuais para seu estabelecimento e requer maior interação entre profissionais da saúde e usuários. A promoção do autocuidado depende do respeito às decisões e aos sentimentos decorrentes da vivência pessoal (VIEIRA, 2011).

4.5.2 Facilitadores para hábitos saudáveis

No estudo conduzido por (Grande, 2014), os principais fatores facilitadores estavam relacionados à possibilidade de melhorar a saúde e por aumentar a disposição para o trabalho. É interessante observar que os trabalhadores têm consciência dos benefícios da prática de atividade física, sendo que seu caráter de gerar disposição também foi reportado por eles. Complementado por Silva, Petroski e Reis (2009) com valores, atitudes e incentivo de amigos, ambiente e a beleza geográfica, a localização, a segurança pública e regulamentação do trânsito nas imediações do parque. Por Seron; Arruda; Greguol, 2015 a busca por uma vida saudável, o apoio da família e de amigos, assim como o comportamento do profissional.

Um dos aspectos mais importantes para a qualidade de vida da população é o aumento da sua capacidade de compreender os fenômenos relacionados com a sua saúde. Para a prevenção de doenças cardiovasculares, por exemplo é importante o desenvolvimento de uma aliança terapêutica com a pessoa, assegurar que a pessoa entenda a relação entre comportamento, saúde e doença, ajudar a compreender as barreiras de mudança comportamental, envolvê-los na identificação dos fatores de risco para modificar seu estilo de vida e acompanhar os progressos realizados. Por isto, considera-se importante que nas unidades básicas de saúde sejam criados espaços de promoção da saúde com enfoque na educação em saúde, pois mesmo que o conhecimento não seja o único requisito para mudança de comportamentos não saudáveis, uma vez que conhecendo o modo como essas pessoas estão lidando com o manejo da doença, com a implementação de mudanças de estilo de vida e com base no que elas conhecem da doença, se torna mais direcionado e objetivo o cuidado (DE OLIVEIRA, 2013).

Os resultados do estudo realizado por Santos (2010) oferecem direcionamento para que profissionais de saúde e gestores de políticas de promoção da atividade física possam desenvolver estratégias de

intervenção direcionadas às barreiras mais frequentes entre os jovens e, portanto, com maior chance de efetividade. Entre os meninos parece que as intervenções devem incluir atividades que favoreçam o aumento das relações sociais, e entre as meninas é fundamental que as intervenções considerem a dificuldade encontrada para realizar os movimentos.

Uma vez que a ciência comprova a importância de se praticar atividade física, independentemente da idade e da condição de saúde, torna-se necessário aplicar estratégias para alterar tal quadro de inatividade física. Isso poderia ser feito, inicialmente, por meio das seguintes estratégias: (a) reforçar a conscientização dos riscos do sedentarismo, mesmo na presença de doença; (b) arranjar o ambiente que favoreça percebê-lo como seguro; e (c) demonstrar que a prática de atividade física pode ser feita sem gasto financeiro individual. (GOBBI, 2008).

A educação em saúde surge como mediadora na prevenção das doenças crônicas, porque se constitui em uma opção política, que busca a participação como forma de garantir aos sujeitos a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos (individual/coletivo), através de uma reflexão/ação/reflexão, em que sujeito e comunidade constroem sua própria trajetória histórica em busca de uma vida melhor. Ao se romperem as barreiras da não informação, um indivíduo poderá experimentar, processualmente, um poder de decisão sobre seu próprio corpo com base nos conhecimentos cada vez mais aprimorados sobre sua saúde, tendo a opção de adotar ou não hábitos e atitudes salubres com o respaldo em informações técnicas corretas (SANTOS, 2012).

5 OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar as políticas públicas saudáveis do município de Lauro Muller.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Verificar se há ambiente favorável para a criação de políticas públicas saudáveis;
- ✓ Verificar o desenvolvimento de ações comunitárias para a melhora da saúde;
- ✓ Diagnosticar as habilidades pessoais da população para o desenvolvimento do *empowerment* (*empoderamento*).
- ✓ Desenvolver uma proposição teórico/prática para uma política pública sustentável de saúde.

6 MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma análise transversal, pois se caracteriza como método de identificação rápida e com um custo relativamente baixo. No estudo transversal todas as medições são feitas em um único momento sem período de seguimento, com a objetividade na coleta de dados, facilidade para obter amostra representativa da população, é uma boa opção para descrever as características dos eventos na população, para identificar casos na comunidade e para detectar grupos de alto risco, aos quais pode ser oferecida atenção especial e também por oferecer risco mínimo para os indivíduos. A abordagem será quantitativa por caracterizar-se como tratamento de informações, utilizando técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

6.1 HIPÓTESES

- O município dispõe de ambientes favoráveis para mudança de comportamento;
- As ações comunitárias desenvolvidas contemplam a melhora da saúde da população;
- Os bairros têm habilidades pessoais na adoção de hábitos saudáveis.

6.2 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal quantitativo.

6.3 VARIÁVEIS

As variáveis deste estudo estão relacionadas a políticas públicas e hábitos saudáveis associados ao: conhecimento de ambiente favorável, ações comunitárias e habilidades pessoais por parte dos gestores e população; barreiras e facilitadores para a adesão de hábitos saudáveis; verificar a adesão a hábitos saudáveis.

6.3.1 Dependente

Faixa etária, sexo, escolaridade.

6.3.2 Independentes

Classificação sócio econômica, estado atual de saúde, barreiras e facilitadores no cuidado à saúde, hábitos saudáveis, ambiente favorável, ações comunitárias.

6.4 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Lauro Muller, localizado nas encostas da Serra do Rio do Rastro, no Sul de Santa Catarina, a 188 km de Florianópolis, capital do estado. Área territorial 266,7 km², altitude – 220 metros acima do nível do mar, latitude 28° 23` 41` e longitude 19° 23` 47`, fazendo divisa com Orleans, Bom Jardim da Serra e Urussanga SC. Lauro Muller conta com aproximadamente 14.250 habitantes, com uma renda Per Capta de R\$ 678,67. Atualmente o município tem 11 escolas, sendo nove municipais e duas estaduais e nenhuma privada. Disponibiliza de seis Unidades de Saúde Básica, com cobertura total da ESF (Estratégia da Saúde da Família), tem um NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e conta com um hospital municipal e uma clínica de dependência química anexo ao hospital; a principal fonte de renda é o carvão mineral (extração de carvão), pecuária/agricultura e comercio, atualmente é constituída por 37 comunidades e dois distritos.

6.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por moradores da cidade de Lauro Muller SC, numa população de 639 indivíduos.

6.5.1 Critério de inclusão

Morador da cidade de Lauro Muller, alfabetizado, de ambos os sexos, TCLE (Termo de consentimento livre e esclarecido) assinado, pertencente a uma Unidade Básica de Saúde - UBS do município.

6.5.2 Critério de exclusão

Foram considerados excluídos da pesquisa os entrevistados que responderem de forma incorreta e/ou incompleta os instrumentos de pesquisa, ou não apresentarem um dos critérios de inclusão.

6.6 AMOSTRA

Para o cálculo da amostra considerou-se como parâmetros estatísticos: prevalência desconhecida para o desfecho, igual a 50%, erro estimado em cinco pontos percentuais, efeito de delineamento de 2,0 e nível de confiança de 95%, obtendo-se um tamanho de amostra.

A seleção da amostra foi realizada utilizando o método proporcional, conforme quantidade de UBS, a quantidade de usuários que cada todos os ACS acompanha, ruas e moradores por faixa etária.

6.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos foram inseridos em planilhas eletrônicas, do Microsoft Excel, após a coleta para compor o banco de dados da pesquisa.

Na análise quantitativa de dados, para caracterização da amostra, foi utilizada a estatística descritiva, por meio dos valores absolutos, de média, desvio padrão, valores mínimos e máximos, frequência absoluta e relativa das variáveis estudadas.

A normalidade dos dados foi analisada por meio do teste *Kolmogorov Smirnov*, sendo identificadas as distribuições normais. Nas variáveis que não apresentaram normalidade, foi aplicada a transformação de dados *Log10*, para verificar demais variáveis que apresentaram distribuição normal.

Para a comparação dos valores médios entre grupos, empregou-se o teste *t* de *Student* para amostras independentes nas variáveis com distribuição normal. Nas demais variáveis, foi utilizado o teste equivalente não paramétrico *U* de *Mann-Whitney*. As diferenças entre as proporções nas categorias de cada variável foram verificadas pela não sobreposição dos intervalos de confiança (IC95%).

Para avaliar a Qualidade de vida foi utilizado a ANOVA oneway realizada para comparação dos dados entre os bairros, para responder as possíveis relações entre variáveis quantitativas, aplicou-se a correlação de Pearson.

O nível de significância adotado em todas as análises foi ($p < 0,05$)

ou IC95%). Para tanto será usado o programa estatístico SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22.0.

6.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA

Inicialmente apresentou-se uma carta de intenções ao prefeito municipal, manifestando o interesse da pesquisa e posteriormente o encaminhamento junto a Secretaria Municipal de Saúde. A estratégia de coleta de dados adotada foi o emprego das agentes comunitárias como captadoras de informações. Para um bom desempenho das agentes e para uma diminuição dos possíveis equívocos inerentes da pesquisa, foi realizada uma capacitação com todas as agentes frente aos instrumentos utilizados e também um estudo piloto para averiguar as possíveis dúvidas e dificuldades.

Após esta etapa foram realizadas as coletas levando em consideração alguns aspectos já determinados na amostra, sendo: bairro, faixa etária, UBS de abrangência, a distribuição dos selecionados será censitária, por ruas e quantidade de moradores.

Para a coleta dos dados foram utilizados questionários estruturados, padronizados e também semiestruturados construídos pelos pesquisadores atendendo as necessidades da pesquisa.

6.9 INSTRUMENTOS DE COLETA

O instrumento de coleta de dados é composto por questionários validados e por outros construídos pelos pesquisadores e validado de acordo com os objetivos da pesquisa. As questões construídas contemplam informações sobre identificação pessoal, a idade, o gênero, a profissão - ocupação, o endereço e o estado civil, a raça, entre outros. Para avaliar o estado de saúde, a construção do questionário foi precedida de uma revisão bibliográfica para aprofundar o conhecimento sobre a incidência de doenças e agravos e sua relação com mudança de comportamento, para posteriormente a construção das questões norteadoras e validadas de acordo com as orientações vigentes.

6.9.1 Classificação sócio econômico

Para a classificação socioeconômica foi utilizado o instrumento proposto pela ABEP, esta categorização distingue os grupos de acordo com a posse de itens de bens de consumo doméstico e o grau de instrução do chefe da família. Este critério consiste em um sistema de

pontuação padronizada que estima a capacidade de consumo, considerando que a classe socioeconômica é uma característica familiar.

6.9.2 Ambientes favoráveis

Ambientes Favoráveis à Saúde são campos potenciais e estratégicos da Promoção da Saúde conforme Cohen et al., (2007), o instrumento utilizado para avaliar ambientes saudáveis foi a **Escala de Mobilidade Ativa em Ambiente Comunitário**, este questionário contempla questões ambientais e habitacionais, dentro dos determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida e de acordo com a realidade local.

6.9.3 Ações comunitárias

Ação Comunitária é o conjunto de ações ou atividades realizadas pela população em uma dada localidade, em prol da solução de problemas comuns (Anjo 2010), a partir desta concepção a construção do questionário pautou a relação entre ações comunitária e Promoção da Saúde avaliando o: conhecimento, envolvimento e abrangência dos programas oferecidos, características das atividades realizadas pelos participantes e usuários e satisfação com os programas, além de também avaliar se existem ações que: proporcione atividades educativas para a comunidade juntamente com o enfermeiro ou ACS, o indivíduo realiza sozinho atividades educativas para a comunidade; estimulem os indivíduos quanto ao autocuidado; orientam a população quanto a medidas de proteção à saúde; orientem os indivíduos e família quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos; orientam a família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social. Além de avaliar a responsabilidade do poder público municipal ou a sociedade civil na oferta mais de ações comunitárias voltadas à saúde das comunidades.

6.9.4 Habilidades pessoais

O Instrumento utilizado para verificar habilidades pessoais, estilo de vida e qualidade de vida foi o SF 36, formado por 36 itens multidimensional separados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. (CICONELLI, 1999). Os instrumentos específicos são capazes de avaliar, de forma

individual e específica, determinados aspectos da Qualidade de Vida, proporcionando maior capacidade de detecção na melhora ou piora dos aspectos descritos. Sua principal característica é a sensibilidade de medir as alterações, em decorrência da história natural ou após determinada intervenção.

6.10 RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa não apresenta risco potencial por utilizar instrumentos de pesquisa, sem qualquer tipo de intervenção ou avaliação física. Porém como toda e qualquer pesquisa pode ofertar riscos, nesta pesquisa serão minimizados por utilizar Agentes Comunitárias de Saúde para coleta dos dados.

6.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa iniciou após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense, sob o número de parecer 1.696.968 (ANEXO H), e autorização do local onde foi realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e Carta de Aceite (ANEXO A), tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos pacientes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar do estudo, autorizando sua realização por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

7 RESULTADOS

Os dados deste estudo estão apresentados em forma de tabelas de acordo com os instrumentos detalhados no desenho metodológico da pesquisa. Na análise quantitativa de dados, para caracterização da amostra, foi utilizada a estatística descritiva, por meio dos valores absolutos com valores mínimos e máximos, frequência absoluta e relativa das variáveis estudadas.

Ambientes saudáveis são campos potenciais e estratégicos da Promoção da Saúde e a investigação destes domínios servem como indicadores no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis.

As tabelas 1 à 9 correspondem a Escala de Mobilidade Ativa em Ambiente Comunitário que tem por objetivo verificar se há ambientes favoráveis para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. Devido a extensão do instrumento de pesquisa, optou-se por dividir as tabelas de acordo com suas categorias sendo que a tabela 1 corresponde ao item de imediações da casa e redondeza, os resultados serão apresentados com valores absolutos e relativos de acordo com os bairros do município. Os fatores são as questões do instrumento de pesquisa e as variáveis as opções de respostas, que para melhor apresentação neste momento foram dicotomizados em três alternativas sendo elas: não informado, poucas e maioria.

Tabela 1 - Imediações de sua casa ou redondeza

(continua)

		Bairros												Total	
		Sumaré		Itanema		Guatá		Centro		Arizona		Barro Branco			
Fatores	Variáveis	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quantas são compostas por apenas uma família na redondeza do seu bairro?	Não informado	4	0,6	1	0,2	4	0,6	4	0,6	2	0,30	1	0,2	16	2,6
	Poucas	56	8,9	31	4,9	38	6,1	52	8,3	10	1,6	21	3,3	208	33,2
	Maioria	60	9,6	34	5,4	98	15,6	84	13,4	59	9,4	68	10,8	403	64,3
Quantas são compostas por sobrados ou lares com 1-3 andares na redondeza do seu bairro?	Não informado	4	0,6	0	0,0	4	0,6	4	0,6	2	0,3	0	0,0	14	2,2
	Poucas	111	17,7	62	9,9	130	20,7	122	19,5	66	10,5	88	14,0	579	92,3
	Maioria	5	0,8	4	0,6	6	1,0	14	2,2	3	0,5	2	0,3	34	5,4
Quantas são compostas por apartamentos ou conjuntos	Não informado	1	0,2	1	0,2	3	0,5	3	0,5	3	0,5	0	0,0	11	1,80
	Poucas	116	18,5	65	10,4	136	21,7	127	20,3	68	10,8	90	14,4	602	96,0
	Maioria	3	0,5	0	0,0	1	0,2	10	1,6	0	0,0	0	0,0	14	2,2

habitacionais com 1-3 andares na redondeza do seu bairro?															
Quantas são constituídas por apartamentos ou conjuntos habitacionais com 4-6 andares na redondeza do seu bairro?	Não informado	2	0,3	1	0,2	4	0,6	4	0,6	3	0,5	0	0,0	14	2,2
	Poucas	113	18,0	65	10,4	136	21,7	132	21,1	68	10,8	90	14,4	604	96,3
	Maioria	5	0,8	0	0,0	0	0,0	4	0,6	0	0,0	0	0,0	9	1,4
Quantas são constituídas por apartamentos ou conjuntos habitacionais com 7-12 andares na redondeza do seu bairro?	Não informado	3	0,5	1	0,2	3	0,5	3	0,5	3	0,5	0	0,0	13	2,1
	Poucas	113	18,0	65	10,4	137	21,9	135	21,5	68	10,8	90	14,4	608	97,0
	Maioria	4	0,6	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	6	1,0

bairro?															
Quantas são constituídas por apartamentos ou conjuntos habitacionais acima de 13 andares na redondeza do seu bairro?	Não informado	3	0,5	1	0,2	3	0,5	3	0,5	3	0,5	1	0,2	14	2,2
	Poucas	116	18,5	65	10,4	137	21,9	136	21,7	68	10,8	89	14,2	611	97,4
	Majoria	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,3

Fonte: Do Autor, 2017.

A tabela 2 retrata a opinião dos entrevistados sobre o tempo gasto para ir caminhando de sua residência aos estabelecimentos como comércios e lojas do bairro. Os resultados serão apresentados em valores absolutos e relativos de acordo com os bairros. Os fatores correspondem aos estabelecimentos do bairro e as variáveis ao tempo estimado, com três opções de resposta: não sei, menos de trinta minutos e mais de trinta minutos.

Tabela 2 - Comércio, lojas e outros estabelecimentos no seu bairro

(continua)

		Bairros													
<i>Fatores</i>	<i>Variáveis</i>	Sumaré		Itanema		Guatá		Centro		Arizona		Barro Branco		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Supermercado	Não sei	4	0,6	5	0,8	6	1,0	5	0,8	9	1,4	4	0,6	33	5,3
	Menos de 30 min.	103	16,4	36	5,7	121	19,3	130	20,7	41	6,5	72	11,5	503	80,2
	Mais de 30 min.	13	2,1	25	4,0	13	2,1	5	0,8	21	3,3	14	2,2	91	14,5
Loja de material de construção	Não sei	6	1,0	9	1,4	8	1,3	8	1,3	9	1,4	15	2,4	55	8,8
	Menos de 30 min.	97	15,5	24	3,8	120	19,2	123	19,6	44	7,0	41	6,5	449	71,7
	Mais de 30 min.	17	2,7	32	5,1	12	1,9	9	1,4	18	2,90	34	5,4	122	19,5
Feira / Feira Livre	Não sei	15	2,4	13	2,1	24	3,8	11	1,8	18	2,9	18	2,9	99	15,8
	Menos de 30 min.	85	13,6	20	3,2	101	16,1	121	9,3	24	3,80	34	5,4	385	61,4
	Mais de 30 min.	20	3,2	33	5,3	15	2,40	8	1,3	29	4,6	38	6,1	143	22,8
Lavanderia	Não sei	99	15,8	37	5,9	103	16,4	113	18,0	53	8,5	78	12,4	483	77,0

(continuação)

	Menos de 30 min.	13	2,1	4	0,6	25	4,0	24	3,8	4	0,6	2	3,00	72	11,5
	Mais de 30 min.	8	1,3	25	4,0	12	1,9	3	0,5	14	2,2	10	1,6	72	11,5
Loja de roupas	Não sei	16	2,6	11	1,8	27	4,30	15	2,4	13	2,1	20	3,2	102	16,3
	Menos de 30 min.	76	12,1	24	3,8	99	15,8	118	19	25	4,0	34	5,4	376	60,1
	Mais de 30 min.	28	4,5	31	5,0	13	2	7	1,10	33	5,3	36	5,8	148	23,6
Correio	Não sei	9	1,4	9	1,4	13	2,1	13	2,1	13	2,1	5	0,8	62	9,9
	Menos de 30 min.	83	13,3	32	5,1	115	18,4	117	18,7	26	4,2	71	11,3	444	70,9
	Mais de 30 min.	28	4,5	25	4,0	11	1,8	10	1,6	32	5,1	14	2,2	120	19,2
Biblioteca	Não sei	25	4,0	23	3,7	70	11,2	31	5,0	16	2,6	20	3,2	185	29,6
	Menos de 30 min.	69	11,0	13	2,1	54	8,6	98	15,7	27	4,3	34	5,4	295	47,1
	Mais de 30 min.	26	4,2	30	4,8	15	2,4	11	1,8	28	4,5	36	5,8	146	23,3
Escola Fundamental	Não sei	15	2,4	4	0,6	16	2,6	15	2,4	13	2,1	9	1,4	72	11,5
	Menos de 30 min.	93	14,9	37	5,9	115	18,4	117	18,7	42	6,7	67	10,7	471	75,2

(continuação)															
	Mais de 30 min.	12	1,9	25	4,0	8	1,3	8	1,3	16	2,6	14	2,2	83	13,3
Outras escolas	Não sei	17	2,7	9	1,4	39	6,2	33	5,3	19	3,0	19	3,0	136	21,7
	Menos de 30 min.	81	12,9	26	4,2	89	14,2	89	14,2	26	4	39	6,2	350	55,9
	Mais de 30 min.	22	3,5	31	5,0	11	1,8	18	2,9	26	4,2	32	5,1	140	22,4
Livraria	Não sei	70	11,2	28	4,5	98	15,7	77	12,3	31	5,0	46	7,3	350	55,9
	Menos de 30 min.	31	5,0	10	1,6	31	5,0	53	8,5	15	2,4	18	2,9	158	25,2
	Mais de 30 min.	19	3,0	28	4,5	10	1,6	10	1,6	25	4,0	26	4,2	118	18,8
Lanchonete	Não sei	11	1,8	6	1,0	17	2,7	15	2,4	16	2,6	17	2,7	82	13,1
	Menos de 30 min.	88	14,1	34	5,4	111	17,7	120	19,2	37	5,9	53	8,5	443	70,8
	Mais de 30 min.	21	3,40	26	4,2	11	1,80	5	0,8	18	2,9	20	3,20	101	16,1
Cafeteria / Bar	Não sei	21	3,4	6	1,0	29	4,6	15	2,4	18	2,9	3	0,5	92	14,7
	Menos de 30 min.	82	13,1	32	5,1	96	15,4	117	18,7	30	4,8	71	11,4	428	68,50
	Mais de 30 min.	17	2,7	28	4,5	13	2,1	8	1,3	23	3,7	16	2,6	105	16,8

(continuação)

(continuação)

Banco	Não sei	12	1,9	10	1,6	46	7,3	12	1,9	13	2,1	18	2,9	111	18
	Menos de 30 min.	79	12,6	24	3,8	67	10,7	120	19,2	27	4,3	33	5,3	350	55,90
	Mais de 30 min.	29	4,6	32	5,1	26	4,2	8	1,3	31	5,0	39	6,2	165	26,4
Restaurante	Não sei	16	2,6	10	1,6	13	2,1	20	3,2	10	1,6	19	3,0	88	14,1
	Menos de 30 min.	79	12,6	24	3,8	114	18,2	111	17,7	34	5,40	33	5,3	395	63,1
	Mais de 30 min.	25	4,0	32	5,1	12	1,9	9	1,4	27	4,3	38	6,1	143	22,8
Locadora de vídeo	Não sei	15	2,4	11	1,8	18	2,9	18	2,9	14	2,2	18	2,9	94	15,0
	Menos de 30 min.	74	11,8	23	3,7	106	16,9	115	18,4	25	4,0	32	5,1	375	59,9
	Mais de 30 min.	31	5,0	32	5,1	15	2,4	7	1,1	32	5,1	40	6,4	157	25,1
Farmácia / drogaria	Não sei	6	1,0	9	1,4	10	1,6	5	0,8	13	2,1	4	0,6	47	7,5
	Menos de 30 min.	96	15,3	27	4,3	115	18,4	127	20,3	30	4,8	66	10,5	461	73,6
	Mais de 30 min.	18	2,9	30	4,8	14	2,2	8	1,3	28	4,5	20	3,2	118	18,8
Salão de Beleza	Não sei	10	1,6	5	0,8	13	2,1	10	1,6	14	2,2	18	2,9	70	11,2
	Menos de 30 min.	94	15,0	35	5,6	112	17,9	121	19,3	39	6,2	61	9,7	462	73,8

(continuação)

	Mais de 30 min.	16	2,6	26	4,2	14	2	9	1,4	18	2,9	11	1,8	94	15,0
Seu Trabalho ou escola	Não sei	25	4,0	14	2,2	36	5,8	48	7,7	25	4,0	48	7,7	196	31,3
	Menos de 30 min.	75	12,0	24	3,8	90	14,4	74	11,8	32	5,1	26	4,2	321	51,3
	Mais de 30 min.	20	3,2	28	4,5	13	2,1	18	2,9	14	2,2	16	2,6	109	17,4
Ponto de ônibus	Não sei	21	3,4	6	1,0	21	3,4	27	4,3	14	2,2	5	0,8	94	15,0
	Menos de 30 min.	88	14,1	39	6,2	112	17,9	110	17,6	43	6,9	77	12,3	469	75,0
	Mais de 30 min.	11	1,8	21	3,4	6	1,0	3	0,5	14	2,2	7	1,1	62	9,90
Parque	Não sei	31	6,3	13	2,6	35	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	79	15,9
	Menos de 30 min.	67	13,5	26	5,2	61	12,3	89	17,9	23	4,6	43	8,7	309	62,3
	Mais de 30 min.	22	4,4	27	5,4	10	2,0	7	1,4	20	4,0	22	4,4	108	21,8
Área de Lazer / centro comunitário	Não sei	20	3,5	5	0,9	10	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	35	6,1
	Menos de 30 min.	81	14,1	37	6,5	108	18,8	115	20,1	44	7,7	74	12,9	459	80,1
	Mais de 30 min.	19	3,3	24	4,2	7	1,2	5	0,9	12	2,1	12	2,1	79	13,8

															(conclusão)	
Academia de ginastica	Não sei	17	3,0	7	1,2	17	3,0	0	0,0	0	0	0	0,0	41	7,3	
	Menos de 30 min.	81	14,4	32	5,7	84	14,9	103	18,30	34	6,0	58	10,3	392	69,6	
	Mais de 30 min.	22	3,9	27	4,8	16	2,8	15	2,7	27	4,8	23	4,1	130	23,1	

Fonte: Do Autor, 2017.

Na tabela 3 estão dispostos os resultados sobre a percepção dos pesquisados em relação a uma caminhada de 10-15 minutos de sua residência para realizar tarefas comuns no bairro. Os resultados estão apresentados pela ordem dos bairros por valores absolutos e relativos, se relacionam com as questões do instrumento e as opções de resposta nas variáveis são: não informado, discordo e concordo.

Tabela 3 - Alternativa que melhor se aplica a você e ao seu bairro

(continua)

<i>Fatores</i>	<i>Variáveis</i>	Bairros													
		Sumaré		Itanema		Guatá		Centro		Arizona		Barro Branco		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Eu consigo fazer a maioria das minhas compras no comércio local.	Não informado	3	0,5	0	0,0	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	1,0
	Discordo	23	3,7	25	4,2	22	3,6	29	4,7	27	4,4	47	7,6	173	28,1
	Concordo	94	15,3	41	6,7	114	18,5	105	17,1	41	6,7	41	6,7	436	70,9
As lojas estão a uma curta distância de caminhada da minha casa.	Não informado	4	0,7	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,8
	Discordo	43	7,0	57	9,3	37	6,0	35	5,7	37	6,0	66	10,8	275	44,9
	Concordo	73	11,9	9	1,5	100	16,3	98	16,0	5	5,1	22	3,6	333	54,3
Estacionar é difícil na área do comércio local.	Não informado	5	0,8	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	1,0
	Discordo	25	4,1	18	2,9	56	9,2	34	5,6	17	2,8	36	5,9	186	30,4
	Concordo	90	14,7	48	7,8	82	13,4	98	16,0	51	8,3	51	8,3	420	68,6
Existem vários locais em que posso facilmente ir caminhando da minha casa.	Não informado	3	0,5	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,7
	Discordo	30	4,9	23	3,7	31	5,0	29	4,7	27	4,4	31	5,0	171	27,8
	Concordo	87	14,1	43	7,0	107	17,4	105	17,1	41	6,7	57	9,3	440	71,5
É fácil caminhar da minha casa até a um ponto de ônibus (trem, metrô)	Não informado	3	0,5	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,7
	Discordo	22	3,6	16	2,6	19	3,1	26	4,3	27	4,4	11	1,8	121	20
	Concordo	95	15,5	50	8,2	118	19,3	107	17,5	42	6,9	74	12,1	486	79,5

															(conclusão)
As ruas do meu bairro são inclinadas, fazendo com que seja difícil se caminhar nelas.	Não informado	2	0,3	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,50
	Discordo	60	9,8	17	2,8	81	13,2	65	10,6	27	4,4	46	7,5	296	48,3
	Concordo	58	9,5	49	8,0	57	9,3	69	11,3	42	6,9	39	6,4	314	51,2
Há muitos morros/depressões/paredões no meu bairro, limitando o número de rotas/percursos para o deslocamento de um lugar a outro.	Não informado	3	0,5	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,7
	Discordo	66	10,7	13	2,1	89	14,5	80	13,0	36	5,9	53	8,6	337	54,9
	Concordo	51	8,3	53	8,6	49	8,0	54	8,8	32	5,2	34	5,5	273	44,5

Fonte: Do Autor, 2017.

A tabela 4 expressa os resultados para as características e conectividade das ruas dos bairros. Os resultados estão apresentados pela ordem dos bairros por valores absolutos e relativos. Os fatores se relacionam com as questões do instrumento e as opções de resposta nas variáveis são: não informado, discordo e concordo.

Tabela 4 - Condições das ruas do meu bairro

(continua)

<i>Fatores</i>	<i>Variáveis</i>	Bairros													
		Sumaré		Itanema		Guatá		Centro		Arizona		Barro Branco		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No meu bairro não existem ruas sem-saída ou são raras.	Não informado	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5
	Discordo	38	6,1	38	6,1	57	9,2	55	8,8	23	3,7	26	4,2	237	3,1
	Concordo	79	12,7	28	4,5	82	13,2	83	13,3	48	7,7	62	10,0	382	61,4
No meu bairro existem caminhos que conectam as ruas sem-saídas com outras ruas, trilhas ou outras ruas sem-saída	Não informado	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5
	Discordo	70	11	25	4,0	76	12,3	90	14,6	44	7,1	53	8,6	358	57,9
	Concordo	47	7,60	41	6,6	64	10,4	46	7,4	25	4,0	34	5,5	257	41,6
As distâncias entre os cruzamentos do meu bairro são geralmente curtas (menos de 100 metros).	Não informado	7	1,1	2	0,3	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	1,6
	Discordo	48	7,8	37	6,0	40	6,5	40	6,50	37	6,0	39	6,4	241	39,3
	Concordo	65	10,6	27	4,4	96	15,7	94	15,3	31	5,1	49	8,0	362	59,1
Existem muitos cruzamentos de 4 vias entre as ruas do meu bairro	Não informado	7	1,1	0	0,0	1	0,20	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	1,3
	Discordo	64	10,4	41	6,6	75	12,1	92	14,9	56	9,1	79	12,8	407	65,9
	Concordo	49	7,90	25	4,0	64	10,4	44	7,1	14	2,3	7	1,1	203	32,8

															(conclusão)	
Existem vários caminhos alternativos que eu posso fazer para ir de um lugar para outro no meu bairro.	Não informado	2	0,3	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5	
	Discordo	50	8,0	15	2,4	28	4,5	36	5,8	39	6,3	39	6,3	207	33,2	
	Concordo	68	10,9	51	8,2	111	17,8	103	16,5	32	5,1	49	7,9	414	66,3	

Fonte: Do Autor, 2017.

Na tabela 5 estão os resultados referentes às condições de calçadas, pavimentação das ruas e existência de ciclovias. Os resultados estão apresentados pela ordem dos bairros por valores absolutos e relativos. Os fatores se relacionam com as questões do instrumento e as opções de resposta nas variáveis são: não informado, discordo e concordo.

Tabela 5 - Lugares para caminhar e andar de bicicleta

(continua)

<i>Fatores</i>	<i>Variáveis</i>	Bairros													
		Sumaré		Itanema		Guatá		Centro		Arizona		Barro Branco		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Existem calçadas na maioria das ruas do meu bairro.	Não informado	2	0,3	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5
	Discordo	62	10,0	63	10,1	73	11,7	65	10,4	56	9,0	73	11,7	392	62,9
	Concordo	56	9,0	3	0,5	66	10,6	73	11,7	14	2,2	16	2,6	228	36,6
As calçadas do meu bairro são bem cuidadas.	Não informado	2	0,3	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5
	Discordo	81	13,1	63	10,2	90	14,5	89	14,4	64	10,3	73	11,8	460	74,3
	Concordo	37	6,0	3	0,5	49	7,9	47	7,6	6	1,0	14	2,3	156	25,2
Existem ciclovias ou vias/trilhas para pedestres próximas ou no meu bairro que são de fácil acesso.	Não informado	4	0,6	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	1,0
	Discordo	101	16,4	66	10,7	115	18,6	113	18,3	66	10,7	80	13,0	541	87,7
	Concordo	15	2,4	0	0,0	20	3,2	24	3,9	5	0,8	6	1,0	70	11,3

															(conclusão)	
As calçadas do meu bairro são separadas das ruas/avenidas por locais para estacionar carros.	Não informado	4	0,6	0	0,0	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,1	
	Discordo	84	13,6	66	10,7	98	15,8	94	15,2	59	9,5	79	12,8	480	77,5	
	Concordo	32	5,2	0	0,0	36	5,8	44	7,1	10	1,6	10	0,6	132	21,3	
As calçadas do meu bairro são separadas das ruas por faixas sem pavimento.	Não informado	4	0,6	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	1,0	
	Discordo	94	15,3	65	10,6	96	15,6	94	15,3	57	9,3	79	1,8	485	78,7	
	Concordo	22	3,6	1	0,2	40	6,5	43	7,0	11	1,8	8	1,3	125	20,3	

Fonte: Do Autor, 2017.

A tabela 6 mostra os dados referentes aos arredores do bairro, como atrativos naturais e paisagens, árvores ao longo da rua, lixo em espaços públicos. Os resultados estão apresentados pela ordem dos bairros por valores absolutos e relativos. Os fatores se relacionam com as questões do instrumento e as opções de resposta nas variáveis são: não informado, discordo e concordo.

Tabela 6 - Arredores do meu bairro

(continua)

<i>Fatores</i>	<i>Variáveis</i>	Bairros													
		Sumaré		Itanema		Guatá		Centro		Arizona		Barro Branco		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Existem árvores ao longo das ruas do meu bairro	Não informado	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3
	Discordo	57	9,1	27	4,3	62	9,9	60	9,6	15	2,4	46	7,4	267	42,8
	Concordo	63	10,1	38	6,1	77	12,3	79	12,7	56	9,0	42	6,7	355	56,9
As árvores fazem sombra nas calçadas do meu bairro.	Não informado	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
	Discordo	79	12,7	39	6,3	91	14,6	93	14,9	46	7,4	53	8,5	401	64,4
	Concordo	41	6,6	27	4,3	48	7,7	46	7,4	24	3,9	35	5,6	221	35,5
Enquanto se caminha no meu bairro existem várias coisas interessantes para se olhar	Não informado	2	0,3	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,6
	Discordo	79	12,7	48	7,7	78	12,5	85	13,6	45	7,2	50	8,0	385	61,8
	Concordo	39	6,3	17	2,7	61	9,8	53	8,5	26	4,2	38	6,1	234	37,6
No meu bairro geralmente não se encontra lixo.	Não informado	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3
	Discordo	86	13,8	32	5,1	79	12,6	95	15,2	47	7,5	44	7,0	383	61,3
	Concordo	33	5,3	34	5,4	60	9,6	44	7,0	24	3,8	45	7,2	240	38,4

(conclusão)															
Existem muitos atrativos naturais no meu bairro (como paisagens, vistas)	Não informado	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
	Discordo	67	10,7	44	7,0	55	8,8	71	11,4	35	5,6	47	7,5	319	51,0
	Concordo	53	8,5	21	3,4	85	13,6	68	10,9	36	5,8	42	6,7	305	48,8
Existem várias construções/casas atrativas no meu bairro.	Não informado	2	0,3	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5
	Discordo	72	11,6	46	7,4	93	14,9	75	12,0	42	6,7	71	11,	399	64,0
	Concordo	46	7,4	20	3,2	46	7,4	63	10,1	28	4,5	18	2,9	221	35,5

Fonte: Do Autor, 2017.

A tabela 7 apresenta o item segurança no trânsito e aborda aspectos como dificuldade de tráfego, velocidade de tráfego e sinalização em ruas movimentadas. Os resultados estão apresentados pela ordem dos bairros por valores absolutos e relativos. Os fatores se relacionam com as questões do instrumento e as opções de resposta nas variáveis são: não informado, discordo e concordo.

Tabela 7 - Segurança no trânsito

(continua)

		Bairros													
<i>Fatores</i>	<i>Variáveis</i>	Sumaré		Itanema		Guatá		Centro		Arizona		Barro Branco		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Existe tanto tráfego ao longo da rua onde vivo, que fica difícil ou desagradável caminhar no meu bairro.	Não informado	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3
	Discordo	82	13,2	55	8,9	99	16,0	94	15,2	39	6,3	54	8,7	423	68,2
	Concordo	37	6,0	11	1,8	39	6,3	45	7,3	31	5,0	32	5,2	195	31,5
Existe tanto tráfego ao longo das ruas próximas onde vivo, que fica difícil ou desagradável caminhar no meu bairro.	Não informado	3	0,5	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,8
	Discordo	77	12,5	52	8,4	101	16,3	95	15,4	36	5,8	56	9,1	417	67,5
	Concordo	40	6,5	13	2,1	36	5,8	44	7,1	33	5,3	30	4,9	196	31,7

(continuação)

A velocidade do tráfego na rua onde moro é geralmente baixa (30km/h ou menos).	Não informado	5	0,8	2	0,3	1	0,2	0	0,0	0	0,00	0	0,0	8	1,30
	Discordo	56	9,2	38	6,2	58	9,5	60	9,9	38	6,2	40	6,6	290	47,6
	Concordo	59	9,7	26	4,3	78	12,8	74	12,2	31	5,1	43	7,1	311	51,1
A velocidade do tráfego nas ruas próximas a minha residência é geralmente baixa (30km/h ou menos).	Não informado	5	0,8	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,1
	Discordo	54	8,8	41	6,7	62	10,1	60	9,8	48	7,8	44	7,2	309	50,2
	Concordo	61	9,9	24	3,9	75	12,2	75	12,2	22	3,6	42	6,8	299	48,6
A maioria dos motoristas ultrapassa o limite de velocidade enquanto trafega no meu bairro.	Não informado	1	0,2	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5
	Discordo	41	6,6	15	2,4	43	7,0	52	8,4	18	2,9	42	6,8	211	34,1
	Concordo	78	12,6	50	8,1	94	15,2	86	13,9	51	8,3	45	7,3	404	65,4

(conclusão)															
Existem faixas, sinais ou passarelas que auxiliam os pedestres a atravessar as ruas movimentadas do meu bairro.	Não informado	2	0,3	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,3
	Discordo	81	13,1	60	9,7	73	11,8	73	11,8	60	9,7	61	9,9	408	66,1
	Concordo	37	6,0	6	1,0	63	10,2	65	10,5	9	1,50	26	4,2	206	33,4
As faixas para pedestre fazem com que as pessoas se sintam seguras ao atravessar as ruas movimentadas do bairro.	Não informado	2	0,3	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5
	Discordo	70	11,4	58	9,4	71	11,6	76	12,4	52	8,5	46	7,5	373	60,7
	Concordo	48	7,8	8	1,3	65	10,6	61	9,90	17	2,8	39	6,4	238	38,8
Quando caminho no meu bairro, existe muita fumaça (por exemplo: carros e ônibus).	Não informado	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3
	Discordo	81	13,1	32	5,2	96	15,6	96	15,6	44	7,1	69	11,2	418	67,7
	Concordo	38	6,2	34	5,5	41	6,6	41	6,6	25	4,1	18	2,9	197	31,9

Fonte: Do Autor, 2017.

As questões sobre segurança contra crimes, que envolvem elementos de iluminação e visualização noturna e índices de criminalidade estão na tabela 8. Os resultados estão apresentados pela ordem dos bairros por valores absolutos e relativos. Os fatores se relacionam com as questões do instrumento e as opções de resposta nas variáveis são: não informado, discordo e concordo.

Tabela 8 - Segurança contra crimes

(continua)

		Bairros													
<i>Fatores</i>	<i>Variáveis</i>	Sumaré		Itanema		Guatá		Centro		Arizona		Barro branco		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
As ruas do meu bairro são bem iluminadas à noite.	Não informado	0	0,2	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5
	Discordo	36	5,8	19	3,1	57	9,2	33	5,3	37	6,0	24	3,9	206	33,2
	Concordo	83	13,4	47	7,6	80	12,9	104	16,8	33	5,3	64	10,3	411	66,3
Pedestres e ciclistas que utilizam as ruas do meu bairro são facilmente visualizados pelos moradores, de dentro de suas casas.	Não informado	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
	Discordo	50	8,0	34	5,0	56	9,0	46	7,40	37	5,9	32	5,1	255	41,0
	Concordo	69	11,1	32	5,1	83	13,3	93	15,0	33	5,3	56	9,0	366	58,8
Quando caminho no meu bairro, vejo e converso com outras pessoas.	Não informado	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
	Discordo	21	3,4	4	0,6	15	2,4	14	2,3	11	1,8	12	1,9	77	12,4
	Concordo	98	15,8	62	10,0	124	20,0	124	20,0	59	9,5	76	12,2	543	87,4

(conclusão)															
Existe um alto índice de criminalidade no meu bairro.	Não informado	2	0,3	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,6
	Discordo	95	15,3	45	7,3	82	13,2	104	16,8	56	9,0	71	11,5	453	73,2
	Concordo	23	3,7	20	3,2	55	8,9	34	5,5	14	2,3	16	2,6	162	26,2
A criminalidade faz com que não seja seguro caminhar durante o dia no meu bairro.	Não informado	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3
	Discordo	102	16,4	50	8,1	97	15,6	116	18,7	57	9,2	73	11,8	495	79,7
	Concordo	16	2,6	16	2,6	42	6,8	22	3,5	13	2,1	15	2,4	124	20,0
A criminalidade faz com que não seja seguro caminhar à noite no meu bairro.	Não informado	1	0,2	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3
	Discordo	85	13,7	26	4,2	67	10,8	97	15,6	40	6,4	59	9,5	374	60,2
	Concordo	34	5,5	40	6,4	71	11,4	41	6,6	30	4,8	29	4,7	245	39,5

Fonte: Autor, 2017.

A tabela 9 relata a opinião da população sobre o nível de satisfação com o bairro, o item engloba o acesso a rodovias, acesso ao transporte público, qualidade das escolas e restaurantes e acesso aos ambientes de entretenimento e diversão. Os resultados estão apresentados pela ordem dos bairros por valores absolutos e relativos. Os fatores se relacionam com as questões do instrumento e as opções de resposta nas variáveis são: não informado, discordo e concordo.

Tabela 9 - Nível de satisfação com o bairro

(continua)

<i>Fatores</i>	<i>Variáveis</i>	Bairros													
		Sumaré		Itanema		Guatá		Centro		Arizona		Barro branco		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Acesso a vias expressas/rodovias da sua casa?	Não informado	7	1,1	3	0,5	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	1,9
	Insatisfeito	70	11,3	58	9,4	77	12,5	75	12,1	44	7,1	52	8,4	376	60,8
	Satisfeito	43	7,0	5	0,80	58	9,40	62	10	26	4,2	36	5,8	230	37,2
Acesso ao transporte público no seu bairro?	Não informado	6	1,0	4	0,7	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	2,0
	Insatisfeito	70	11,4	57	9,3	83	13,5	90	14,6	53	8,6	60	9,8	413	67,2
	Satisfeito	44	7,2	5	0,8	51	8,3	47	7,6	15	2,4	28	4,6	190	30,9
Tempo de transporte entre casa-trabalho/escola?	Não informado	10	1,7	1	0,2	8	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	3,3
	Insatisfeito	44	7,6	56	9,7	53	9,2	53	9,2	40	6,9	37	6,4	283	48,9
	Satisfeito	66	11,4	9	1,6	73	12,6	65	11,2	28	4,8	36	6,2	277	47,8
Acesso ao comércio no seu bairro?	Não informado	7	1,1	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	1,5
	Insatisfeito	47	7,6	52	8,5	47	7,6	42	6,8	44	7,2	57	9,3	289	47,0
	Satisfeito	66	10,7	13	2,1	88	14,3	96	15,6	25	4,1	29	4,7	317	51,5

(continuação)

Número de amigos que você tem no seu bairro?	Não informado	12	2,0	1	0,2	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	2,7
	Insatisfeito	21	3,5	46	7,6	26	4,30	33	5,5	13	2,2	19	3,2	158	26,2
	Satisfeito	87	4,5	19	3,2	104	17,3	99	16,4	52	8,6	67	11,1	428	71,1
Número de pessoas que você conhece no seu bairro?	Não informado	13	2,2	1	0,2	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	2,8
	Insatisfeito	15	2,5	40	6,6	24	4,0	31	5,1	13	2,2	17	2,8	140	23,2
	Satisfeito	92	15,2	25	4,1	109	18,0	99	16,4	53	8,8	69	11,4	447	74,0
Facilidade e prazer em andar a pé nele?	Não informado	12	2,0	2	0,3	4	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	3,0
	Insatisfeito	37	6,1	43	7,1	45	7,5	36	6,0	29	4,8	38	6,3	228	37,9
	Satisfeito	71	11,8	21	3,5	87	14,5	93	15,4	35	5,8	49	8,1	356	59,1
Facilidade e prazer em andar de bicicleta nele?	Não informado	14	2,3	3	0,5	4	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	3,5
	Insatisfeito	57	9,6	48	8,1	67	11,2	73	12,2	53	8,9	59	9,9	357	59,9
	Satisfeito	49	8,2	15	2,5	65	10,9	53	8,9	12	2,0	24	4,0	218	36,6
Qualidade das escolas no seu bairro?	Não informado	12	2,0	2	0,3	10	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	4,1
	Insatisfeito	45	7,7	50	8,5	69	11,8	71	12,1	40	6,8	44	7,5	319	54,4
	Satisfeito	63	10,8	14	2,4	57	9,7	51	8,7	22	3,8	36	6,1	243	41,5

(continuação)

Acesso à diversão no seu bairro (restaurantes, cinema, clubes, etc.)?	Não informado	11	1,8	2	0,3	2	0,3	0	0,00	0	0,0	0	0,0	15	2,5
	Insatisfeito	91	15,2	61	10,2	113	18,9	96	16,1	58	9,7	74	12,4	493	82,4
	Satisfeito	18	3,0	3	0,5	21	3,5	30	5,0	7	1,2	11	1,8	90	15,1
Segurança quanto à ameaça da criminalidade no seu bairro?	Não informado	15	2,5	2	0,3	7	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	4,0
	Insatisfeito	67	11,1	53	8,8	94	15,6	66	11,0	47	7,8	60	10,0	387	64,4
	Satisfeito	38	6,3	11	1,8	35	5,8	61	10,1	18	3,0	27	4,5	190	31,6
Quantidade e velocidade do tráfego no seu bairro?	Não informado	10	1,7	2	0,3	6	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	3,0
	Insatisfeito	60	10,0	50	8,3	87	14,5	68	11,3	49	8,2	66	11,0	380	63,3
	Satisfeito	50	8,3	14	2,3	42	7,0	60	10,0	15	2,5	21	3,5	202	33,7
Barulho do tráfego no seu bairro?	Não informado	14	2,3	1	0,2	6	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	3,5
	Insatisfeito	51	8,5	51	8,5	75	12,5	62	10,4	40	6,7	51	8,5	330	55,2
	Satisfeito	55	9,2	14	2,3	56	9,4	65	10,9	23	3,8	34	5,7	247	41,3
Quantidade e a qualidade dos mercados/supermercados do seu bairro?	Não informado	14	2,3	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	2,7
	Insatisfeito	53	8,8	56	9,3	68	11,4	56	9,3	53	8,8	66	11,0	352	58,8
	Satisfeito	53	8,80	9	1,5	66	11,0	71	11,9	12	2,0	20	3,3	231	38,6

(conclusão)															
Quantidade e a qualidade dos restaurantes do seu bairro?	Não informado	19	3,2	2	0,3	4	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	4,2
	Insatisfeito	75	13	55	9,3	75	12,7	83	14,0	53	9,0	66	11,1	407	68,8
	Satisfeito	26	4,40	9	1,5	55	9,3	40	6,8	11	1,9	19	3,2	160	27,0
Ser um bom lugar para criar crianças/filhos?	Não informado	9	1,5	2	0,3	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	2,2
	Insatisfeito	27	4,5	32	5,3	43	7,1	34	5,6	13	2,2	26	4,3	175	29,0
	Satisfeito	84	13,9	32	5,3	91	15,1	97	16,1	52	8,6	60	9,9	416	68,9
Ser um bom lugar para se viver?	Não informado	9	1,5	2	0,3	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	2,1
	Insatisfeito	20	3,3	31	5,1	36	6,0	21	3,5	16	2,6	26	4,3	150	24,8
	Satisfeito	91	15,0	33	5,5	99	16,4	109	18,0	49	8,1	61	10,1	442	73,1

Fonte: Autor, 2017.

A ação comunitária pode ser entendida como a iniciativa dos habitantes de um bairro para tentar resolver seus problemas comuns em conjunto. A tabela 10 apresentará os dados do questionário que avalia a iniciativa e frequência do desenvolvimento das ações comunitárias nos bairros do município de Lauro Muller. Os resultados estão apresentados por bairros, na ordem de fatores que corresponde as questões do instrumento e variáveis com três opções de respostas, são elas: não sei, frequentemente e pouco frequente.

Tabela 10 - Avaliação de ações comunitárias em saúde

(continua)

<i>Fatores</i>	<i>Variáveis</i>	Bairros													
		Sumaré		Itanema		Guatá		Centro		Arizona		Barro Branco		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Qual a frequência de ações comunitárias em relação à saúde	Não sei	1	0,2	3	0,5	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,1
	Frequente	88	14,2	47	7,6	103	16,6	105	17,0	60	9,7	69	11,1	472	76,3
	Pouco frequente	31	5,0	16	2,6	32	5,2	32	5,2	10	1,6	19	3,1	140	22,6
Existem ações em saúde que procura relacionar problemas de saúde e condições de vida	Não sei	2	0,3	3	0,5	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	1,3
	Sim	64	10,4	43	7,0	75	12,2	76	12,4	43	7,0	50	8,2	351	57,3
	Não	54	8,8	20	3,3	59	9,6	57	9,3	27	4,4	37	6,0	254	41,4
Existem ações educativas para a comunidade juntamente como enfermeiro	Não sei	4	0,7	1	0,2	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	1,3
	Sim	77	12,5	51	8,3	92	15,0	89	14,5	54	8,8	50	8,1	413	67,3
	Não	38	6,2	14	2,3	43	7,0	46	7,5	15	2,4	37	6,0	193	31,4

(continuação)

Existem ações educativas desenvolvidas pela Agente Comunitário de Saúde	Não sei	2	0,3	1	0,2	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	1,0
	Sim	74	12,0	45	7,3	96	15,6	104	16,9	50	8,1	63	10,2	432	70,0
	Não	44	7,1	20	3,2	39	6,3	32	5,2	20	3,2	24	3,9	179	29,0
Você desenvolve atividades educativas em relação à saúde para a comunidade	Não sei	4	0,7	1	0,2	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	1,3
	Sim	90	14,7	55	9,0	100	16,3	103	16,8	59	9,6	66	10,8	473	77,2
	Não	26	4,2	10	1,6	32	5,2	33	5,4	10	1,6	21	3,4	132	21,5
Existem ações comunitárias que utilizam recursos de informação e comunicação adequados à realidade local	Não sei	2	0,3	0	0,0	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,80
	Sim	79	12,8	48	7,8	90	14,6	81	13,1	44	7,1	49	8,0	391	63,5
	Não	39	6,3	18	2,9	42	6,8	57	9,3	25	4,1	39	6,3	220	35,7

(continuação)

Existem ações comunitárias que estimulam os indivíduos e a comunidade a refletirem sobre as suas condições de saúde e doença	Não sei	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3
	Sim	77	12,5	42	6,8	80	12,9	95	15,4	51	8,3	48	7,8	393	63,6
	Não	42	6,8	24	3,9	55	8,9	43	7,0	19	3,1	40	6,5	223	36,1
Existem ações comunitárias que orientam os indivíduos quanto ao autocuidado	Não sei	5	0,8	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,1
	Sim	69	11,3	36	5,9	81	13,2	100	16,3	47	7,7	50	8,2	383	62,5
	Não	46	7,5	29	4,7	53	8,6	36	5,9	21	3,4	38	6,2	223	36,4
Existem Ações comunitárias que orientam a população quanto a medidas de proteção à saúde	Não sei	4	0,7	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	1,0
	Sim	75	12,2	33	5,4	85	13,8	101	16,4	47	7,7	64	10,4	405	66,0
	Não	41	6,7	32	5,2	50	8,1	35	5,7	21	3,4	24	3,9	203	33,1

(continuação)

Existem ações comunitárias que orientam indivíduos e família quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos	Não sei	2	0,3	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5
	Sim	89	14,4	48	7,8	95	15,4	97	15,7	52	8,4	56	9,1	437	70,8
	Não	29	4,7	18	2,9	41	6,6	40	6,5	17	2,8	32	5,2	177	28,7
Existem ações comunitárias que orientam a família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social	Não sei	6	1,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,1
	Sim	75	12,2	46	7,5	78	12,7	81	13,2	48	7,8	42	6,9	370	60,4
	Não	39	6,4	20	3,3	57	9,3	52	8,5	22	3,6	46	7,5	236	38,5
Existem ações comunitárias que utilizem as diversas secretarias	Não sei	5	0,8	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,1
	Sim	62	10,1	26	4,2	68	11,0	84	13,6	45	7,3	47	7,6	332	53,9
	Não	53	8,6	40	6,5	67	10,9	51	8,3	25	4,1	41	6,7	277	45,0

existentes no município para melhorar a saúde da população															
Existem ações comunitárias em parcerias com creches, asilos, escolas, comerciantes, grupos sociais e outros	Não sei	4	0,6	1	0,2	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,1
	Sim	72	12	45	7,3	70	11,4	83	13,5	54	8,8	47	7,6	371	60,2
	Não	44	7,10	20	3,2	65	10,6	54	8,8	14	2,3	41	6,7	238	38,6
Existem ações comunitárias que estimulem a Participação das pessoas em reuniões do Conselho local de saúde ou de outros conselhos locais	Não sei	4	0,6	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,8
	Sim	80	12,9	42	6,8	84	13,6	91	14,7	52	8,4	56	9,1	405	65,5
	Não	36	5,8	24	3,9	52	8,4	46	7,4	18	2,9	32	5,2	208	33,7

															(conclusão)	
Estas ações comunitárias são efetivas para mudanças de hábitos da população	Não sei	9	1,5	3	0,5	11	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	3,9	
	Sim	68	11,4	41	6,9	60	10,1	76	12,7	41	6,9	51	8,5	337	56,4	
	Não	43	7,2	22	3,7	63	10,6	50	8,4	22	3,7	37	6,2	237	39,7	

Fonte: Do Autor, 2017.

A tabela 11 apresenta os resultados para o Questionário de Qualidade de Vida – SF 36. A análise realizada para comparação dos dados entre os bairros foi observado se há diferença na qualidade de vida dos moradores de Lauro Muller, quais são e se o local de moradia é determinante. O questionário abrange domínios relacionados à capacidade funcional, limitações físicas, estado geral de saúde, vitalidade, fatores sociais, limitações emocionais e saúde mental. Os resultados estão apresentados por média e desvio de padrão de acordo com os bairros.

Tabela 11 - Questionário de Qualidade de Vida – SF 36

variáveis	sumaré (n=120)		itanema (n=66)		guatá (n=140)		centro (n=140)		arizona (n=71)		barro branco (n=90)	
	média	DP	média	DP	média	DP	média	DP	média	DP	média	DP
Capacidade Funcional	76,0	24,3	77,6	28,8	72,8	35,8	77,0	30,9	74,1	35,1	74,7	31,6
Limitações por Aspectos Físicos	71,5	46,4	76,1	40,1	60,3*	52,4	75,0	42,8	59,1*	48,2	72,2	45,7
Dor	51,7	26,8	61,6*	30,4	61,0*	30,9	62,9*	30,4	53,4	31,5	64,1*	33,6
Estado Geral de Saúde	58,3	14,8	52,2*	15,3	57,4	18,2	59,6	19,0	55,6	20,6	53,6*	18,4
Vitalidade	59,3	18,2	53,1*	17,9	60,6	22,4	61,9	21,2	57,3*	22,7	63,9	22,0
Aspectos Sociais	69,4	24,4	73,9	26,8	72,1	27,9	71,9	27,1	66,9	28,7	77,2	28,6
Limitações por Aspectos Emocionais	63,6	48,0	74,7	40,6	60,3	54,7	70,7	43,7	59,1	46,9	74,1	46,8
Saúde Mental	66,5	17,7	58,6*	18,6	64,9	22,6	67,8	22,4	62,0	24,4	66,3	19,3

Fonte: Do Autor, 2017 Legenda: *=nível de significância $p < 0,05$.

8 DISCUSSÃO

Estabelecendo um padrão de metodologia, resultados e discussão, esta última está descrita de acordo com os resultados, estabelecendo uma sequência lógica na construção do conhecimento sobre a relação entre as políticas públicas e promoção da saúde.

Diante do exposto, analisando o perfil da população em relação ao gênero, 79,9% (501) dos participantes pertencem ao sexo feminino e 20,1% (126) são do sexo masculino. Sobre a etnia 88,8% (557) declararam-se brancos, 5,7% (36) negros, 0,3% (2) mestiços e 1,3% (8) mulato.

Em relação ao estado civil 52,8% (331) dos participantes são casados, 5,1% (32) são divorciados e 4,9% (31) são viúvos. No aspecto religioso, 80,9% (507) pertencem à igreja católica, 10,2% (64) são evangélicos e 7,5% (47) não informaram sua identidade religiosa.

O perfil escolar mostrou que a maioria possui ensino médio completo com 29,8% (186), participantes com o ensino fundamental completo são 23,5% (147), em contrapartida 21% (131) dos participantes são analfabetos e apenas 16,3% (102) possuem o ensino superior completo.

A condição socioeconômico da população deste estudo apresentou, 37,3% dos pesquisados enquadram-se na classe B2, que corresponde aproximadamente à uma renda mensal de 4,5 salários mínimos (R\$4,427,36) sendo a maior parte desta porcentagem moradores do centro (9,3%) e a porção menor do bairro Itanema (3,5%) A menor parcela da população pertence aos extremos, 6,0% na classe A, (com renda mensal de aproximadamente R\$20.272,52), tendo o centro maior número de pessoas nesta condição (1,7%) e 6,8% da população ocupa as classes D/E (menos de um salário mínimo R\$639,78) , o bairro Arizona com 1,9% da população nestas condições. De acordo com o IBGE em 2015 a renda familiar média dos brasileiros foi de 1,1 salários mínimos (R\$ 1.113,00), valores pouco inferiores aos encontrados no estado de Santa Catarina na pesquisa realizada pelo IBGE juntamente a Coordenação de Trabalho e Rendimento em 2016, em que a renda média dos catarinenses é de 1,5 salários mínimos (R\$1.458,00). Os achados desta pesquisa mostram que a maioria dos moradores de Lauro Muller tem uma boa condição econômica, dados que não se identificam com a realidade brasileira uma vez, que o pai possui péssima distribuição de renda, analfabetismo e baixo grau de escolaridade, o que não favorece a melhora das condições saúde e aumento da qualidade de vida (BUSS, 2000).

A inter-relação entre os conceitos de promoção da saúde, atenção primária, políticas públicas saudáveis e ambiente/cidades saudáveis, estão envolvidas em ações com o objetivo melhorar as condições de vida e saúde da população, (LOPES et al., 2010).

Habitação e meio ambiente têm profundo impacto na manutenção da saúde, é estimado que se passem 80% a 90% do dia em meio ambiente construído e a maioria desse tempo em casa (PASTERNAK, 2016). Na tabela 1 que corresponde às imediações de casa e redondeza, os resultados mostram que 64,3% da população (maioria) habitam em residências com apenas 1 família. Percebemos ainda que apenas 2,2% da população vive em apartamentos ou conjuntos habitacionais com 1-3 andares e em apartamentos ou conjuntos habitacionais com 7-12 andares apenas 1,0% dos participantes. O relatório de 2010 da Organização Mundial da Saúde inclui quatro aspectos que definem uma habitação: 1) casa, ou seja, a estrutura física; 2) lar, a estrutura econômica, social e cultural estabelecida pela família, como grupo doméstico; 3) bairro, que são ruas, lojas, igrejas, escolas, área verde e de recreação, transporte etc., que circundam a casa; 4) comunidade que inclui os que moram, trabalham ou prestam serviços no bairro.

Neste sentido Cohen (2004), comenta em sua pesquisa que a habitação seja na própria residência ou na extensão das ruas do bairro, contribui para a qualidade de vida, ou seja, a inadequação habitacional resultaria em uma vida com qualidade inferior dos indivíduos e das populações, além disso, a habitação se constitui em um possível espaço de construção da saúde e consolidação do bem-estar, seria o espaço essencial e o veículo da construção e desenvolvimento da saúde familiar.

Consideramos que os aspectos habitacionais estão relacionados com uma a qualidade de vida dos munícipes de Lauro Muller, a existência de poucos edifícios na cidade, evita aglomerações de pessoas no mesmo espaço e facilita a locomoção e a acessibilidade das pessoas.

A tabela 2 do estudo aborda a mobilidade entre os estabelecimentos do bairro. O conceito de mobilidade é centrado nas pessoas que transitam e requer que seja possibilitada a todos a satisfação individual e coletiva de atingirem os destinos desejados (SEMOB, 2006). De acordo com a pesquisa para chegar em qualquer estabelecimento do bairro caminhando, os moradores levam menos de trinta minutos, como por exemplo, para ir ao supermercado (80,2%), lojas de roupas (60,1%), bancos (55,9%), farmácia (73,6%), trabalho ou escola (51,3%), ponto de ônibus (75%), o que indica boa mobilidade para chegar em algum local em termos de tempo. Caminhar, além de ser

a forma mais antiga e básica de transporte humano, constitui-se no modo de transporte mais acessível e barato (CELES, 2009).

Além disso o hábito de caminhar para realizar as tarefas cotidianas está entre as práticas denominadas de atividade física diária habitual, que podem estar relacionadas ao estilo de vida ativo (NAHAS, 2013). A literatura tem adotado o termo, caminhabilidade como a qualidade do lugar e do caminho que permite ao pedestre uma boa acessibilidade às diferentes partes da cidade, garantido às crianças, aos idosos e às pessoas com dificuldades de locomoção a circulação com segurança facilidade e com o melhor aproveitamento possível de tempo (GHIDINI 2011).

Percebemos que os pesquisados utilizam menos de trinta minutos para chegarem a seus destinos, este fator está diretamente relacionado com o bem estar das pessoas, pois este aspecto esta relacionado com a autonomia dos usuários, a facilidade de acesso também é motivo para favorecer as atividades físicas de rotina, como ir a uma farmácia, padaria ou até mesmo ir para seu próprio trabalho.

A realização de diversas atividades e a aquisição de bens e serviços depende dos deslocamentos diários das pessoas dentro de uma cidade, necessários para alcançar um determinado lugar, seja o trabalho, casa ou espaços de lazer e realizados a partir de determinadas rotas físicas (LIRA, 2014). Neste ponto os resultados da categoria que engloba a alternativa que melhor se aplica a você e seu bairro (tabela 3), os participantes concordam que é fácil se deslocar caminhando e realizar as atividades comuns do dia a dia no bairro onde moram como fazer compras no comércio local (70,9%) e caminhar de casa até um ponto de ônibus (79,5%). No entanto 68,6% concordam que é difícil estacionar na área comercial do bairro e 51,2% concordam que as ruas são inclinadas sendo difícil caminhar nelas. De acordo com Ghidini (2011), o acesso descomplicado aos locais de destino dos moradores gera uma motivação para induzir mais pessoas a adotar o caminhar como forma de deslocamento efetiva, restabelecendo suas relações interdependentes com as ruas e os bairros, e destaca que para isso deve-se investir recursos na reestruturação da infraestrutura física e social, mantendo as ruas e calçadas em bom estado para o uso da população.

Por se tratar de um município de pequeno porte, a pesquisa demonstra que realmente os municípios não gastam muito tempo para se deslocar, no entanto quando o transporte é veículo automotivo, os pesquisados apontam certas dificuldades, nos últimos anos as condições sócias econômicas do país avanços de certa forma, as pessoas que antes não tinham como adquirir um veículo (carro, moto...), hoje tem o

aumento da frota de carros em Lauro Muller é evidente, justificando as respostas negativas em relação ao trânsito da cidade

A rua, enquanto espaço, teria muitos significados, dependendo do uso que se faz dela. Os resultados da pesquisa que caracteriza a conectividade e condição das ruas (tabela 4) mostram que 66,3% dos entrevistados concordam que existem vários caminhos alternativos para ir de um lugar a outro, 59,1 % concordam que as distâncias entre os cruzamentos são geralmente curtas. No entanto 57,9% discordam sobre a existência de caminhos que conectam ruas sem saída com outras ruas ou trilhas. Neste sentido Cohen, (2004) comenta que enquanto prolongamento da habitação e construção de ambientes saudáveis, a rua precisaria ser pensada como local onde poderia estar inserida toda a infraestrutura básica urbana adequada para viabilizar a tecnologia habitacional e tornar frequente a sua manutenção.

Resultados diferentes foram descobertos no estudo realizado por Lira (2014), onde foram encontradas muitas barreiras instaladas nos passeios públicos, como materiais para obras da construção civil, carros, motos, comércio ambulante, elementos que restringem a acessibilidade aos principais equipamentos públicos tanto para as pessoas com mobilidade reduzida, como para os pedestres que não sofrem nenhuma restrição física.

Sobre a mobilidade urbana sustentável a bicicleta desponta como meio de transporte alternativo e ecológico que além de não poluir o meio ambiente é um exercício aeróbico que auxilia na resistência do sistema cardiovascular CELES, (2009). Em relação às ruas e calçadas para caminhar e andar de bicicleta (tabela 5), 87,7% dos pesquisados discorda que existe ciclovia ou trilhas para pedestres que são de fácil acesso. Sobre a condição das calçadas 62,9% dizem não haver calçadas na maioria das ruas e 74,3% dizem que as calçadas não são bem cuidadas. Provedelo, (2010) afirma que é necessário buscar meios de incentivar ações a favor do uso de bicicletas que assim como qualquer outro veículo que transita nas cidades, devem ter sua mobilidade organizada. Nesse sentido, Ghidini (2011) diz que um ponto fundamental, é a integração da bicicleta com outros meios de transporte coletivos, tornando a bicicleta uma aliada para um trânsito mais humanizado, principalmente nas pequenas cidades onde as distâncias são menores.

Destaca-se ainda neste item, o estudo conduzido por Bertoldo et al., (2012), onde mostrou que a principal atividade física relatada pela população idosa é a caminhada e os locais frequentemente escolhidos para essa atividade são ruas e calçadas do entorno próximo e demais

espaços públicos. Por este motivo destaca-se a importância da presença de calçadas e ruas de boa qualidade como um ambiente facilitador da atividade física, não somente para as classes de pessoas que precisam de maior cuidado (crianças, idosos e pessoas com dificuldade de locomoção), mas para toda a população.

Além da qualidade de infraestrutura e arquitetura urbana a beleza natural também merece uma atenção especial. Assim a arborização das ruas e avenidas é um dos componentes principais do ambiente urbano e sua importância tanto ambiental como estético e social devem ser considerados, uma vez que cria condições e meios para a melhoria da qualidade de vida e caminhabilidade dos pedestres (SCHUTZER, 2011). Nos resultados da categoria em relação à condição dos arredores do bairro (tabela 6), 56,9% dos participantes concorda que existem árvores ao longo das ruas, porém 64,4% afirma que estas árvores não fazem sombra nas calçadas, 51% disseram não haver atrativos naturais em seu bairro, 61,3% diz que geralmente se encontra lixo no bairro e 64% diz não haver casas atrativas no bairro.

Na pesquisa de Singh (2010), foram examinamos o impacto das condições socioeconômicas de bairro e "ambientes construídos" na obesidade e prevalência de sobrepeso entre crianças e adolescentes dos Estados Unidos usando a Pesquisa Nacional de Saúde da Criança de 2007. As probabilidades de uma criança ser obeso ou com excesso de peso foram 20-60 por cento maiores entre as crianças em bairros com as condições sociais mais desfavoráveis, como arredores inseguros, habitação precária e sem acesso a calçadas, parques e centros de recreação do que entre crianças que não enfrentam essas condições.

Oliveira Filho et al., (2013) afirmam que as áreas verdes influenciam na qualidade de vida ao suscitar benefícios que muitas vezes são derivados essencialmente por sua existência, propiciando sombra, conforto térmico, redução da poluição e de ruídos, ameniza o estresse e melhora a estética da cidade. Maté, Debatin, Santiago (2014), expõem que a maior parte das cidades pequenas no país carece de planejamento visando a qualidade de vida da população o que potencializa o aparecimento de problemas semelhantes aos centros maiores no que tange a infraestrutura, mobilidade e meio ambiente.

O desenvolvimento nas cidades chinesas está resultando em uma diversidade de ambientes urbanos que podem influenciar a saúde. O aumento da acessibilidade foi significativamente associado ao bem-estar mental. Nos novos bairros, o aumento da diversidade percebida, segurança e estética foram significativamente associados com maior bem-estar físico e mental. Este estudo pode ajudar a informar

prioridades de planejamento urbano para melhorar a qualidade de vida à medida que as cidades chinesas se desenvolvem (GAO, 2016).

Princípios de mobilidade, acessibilidade e segurança no trânsito são elementos necessários para a circulação de todas as pessoas no espaço urbano. Nas políticas públicas, relacionadas à mobilidade urbana, existe uma lei nacional que regulamenta os princípios, as diretrizes e os objetivos da política nacional de locomoção, buscando desenvolver a segurança e melhor acessibilidade nos deslocamentos da população (BARRETO, 2016).

Lee (2016), em seu estudo nos Estados Unidos cujo objetivo foi determinar se existe uma associação entre as variáveis de ambiente de vizinhança percebidas e objetivas e a satisfação do bairro os participantes relataram maior satisfação quando perceberam o seu bairro como tendo maior segurança pedestre / tráfego, segurança do crime, estética atraente, acesso aos destinos, diversidade de destinos, acesso ao parque e menor densidade residencial.

Nossos achados também mostraram bairros com melhor coesão pode ser fator de proteção em relação ao desenvolvimento futuro de fatores de riscos individuais (GEBREAB, 2017).

Em nossos achados acerca da segurança no trânsito (tabela 7), 66,1% dos entrevistados relataram que não há sinais ou passarelas que auxiliem os pedestres na hora de atravessar as ruas movimentadas do bairro, 60,7% dizem não se sentir seguros ao atravessar as ruas movimentadas do bairro e 65,5% afirmam que a maioria dos motoristas ultrapassa o limite de velocidade enquanto trafega no bairro, assim verificamos que a sinalização é insuficiente e precária para ruas movimentadas o que gera insegurança para os pedestres. O Brasil é considerado um dos países com o trânsito mais violento do mundo (BARRETO, 2016). Em 1998, o Código de Trânsito Brasileiro entrou em vigor implantando novas regras de trânsito, nas quais buscaram as melhorias das vias, a segurança dos veículos e a fiscalização com objetivo de diminuir as situações de risco no trânsito brasileiro. Porém na prática não ocorreu uma diminuição significativa de mortes e de pessoas com invalidez gerada pelas lesões causadas em acidentes (BACCHIERI; BARROS, 2011).

De acordo com o DATASUS (2013), em Lauro Muller a taxa de morte de pedestres por atropelamento foi de 6,74 óbitos/100 mil habitantes, quando a média nacional é de 3,78 óbitos/100 mil habitantes Conforme o Ministério das Cidades (2006), os pedestres constituem uma parcela bastante significativa do número total de mortes em acidentes de trânsito, representando entre 40 e 50% desses, e na sua

maioria estão crianças e idosos.

Outro fator que tem sido alvo de discussão nos centros urbanos é o aumento da criminalidade, que tem provocado um sentimento de medo e insegurança pública, e ao longo do tempo vêm contribuindo para deterioração da qualidade de vida nas cidades (SILVA, GRIGIO, PIMENTA 2016). Em contrapartida nossa pesquisa no item que se refere à segurança contra crimes (tabela 8), observamos que 73,2% dos entrevistados diz não haver alto índice de criminalidade no bairro, 79,7% relataram que a criminalidade não impede as pessoas de saírem de casa de dia e 60,2% se sentem seguras ao caminhar nas ruas durante a noite. Estudos apontam que o aumento das taxas de criminalidade nas cidades está associado a desordem, a degradação física do ambiente, a falta de acesso a equipamentos comunitários e a falta de infraestrutura urbana, fatores esses, que exercem influência direta sobre a ocorrência dos crimes (BEATO, 2008). A justificativa de não se encontrar altos índices de criminalidade em Lauro Muller, pode estar associado ao fato de este local se caracterizar como uma cidade de pequeno porte.

O aumento da densidade populacional em pequenos espaços geográficos urbanos, vem reduzindo drasticamente a qualidade de vida na cidade (FARIA et al., 2016). A qualidade de vida está associada ao grau de satisfação do indivíduo quanto a si nos aspectos físicos e emocionais, seus relacionamentos, o local de trabalho e ambiente em que vive. Na categoria que avalia o nível de satisfação com o bairro (tabela 9), os resultados mostram que em alguns itens os entrevistados declararam estar insatisfeitos, como por exemplo, acesso as vias expressas e rodovias (60,8%), transporte público (67,2%), qualidade das escolas (54,4%), acesso à diversão no seu bairro (restaurante, cinema e clubes, 82,4%), quantidade e qualidade dos restaurantes (68,8), quantidade e qualidade dos supermercados (58,8%) no entanto nos aspectos associados ao relacionamento interpessoal, 71,1% dizem estar satisfeitos com o número de amigos. 74,4% estão satisfeitos com o número de conhecidos no bairro, 73,1% acham seu bairro um bom lugar para se viver e 68,9% afirmam ser um bom local para criar seus filhos. Essa diferença pode ser explicada, por outra característica de cidades pequenas, onde as pessoas nascem, crescem e formam seus círculos familiares de amizade e sustento no mesmo lugar, fazendo com que a relação pessoal e a necessidade de trabalho superem as insatisfações com a infraestrutura local.

De acordo com Ribeiro e Barata (2016), a satisfação com ambiente em que se vive associa-se às qualidades estéticas, físicas e funcionais dos bairros ou da vizinhança em que vivem as pessoas, o

padrão de construções e o arruamento que juntos podem oferecer oportunidades ou colocar obstáculos para o deslocamento ativo das pessoas e para a prática de atividades físicas, além de acesso a alimentação saudável, espaços de lazer e oferta de bens e serviços.

Além das características mencionadas, outros aspectos da vizinhança, tais como sensação de segurança para pedestres, ausência de delitos, existência de edificações degradadas e pichações, a confiança nos vizinhos também contribui para gerar um ambiente mais ou menos satisfatório nas áreas urbanas (JONGENNEL-GRIMEN et al., 2014).

Após controle dos fatores sócio demográficos das crianças, verificou-se que um ambiente social favorável estava positivamente associado a diversas medidas de atividade física. Nossos resultados sugerem que os fatores sociais de bairro, bem como o ambiente físico devem ser considerados no desenvolvimento de políticas de saúde e intervenções para reduzir a obesidade infantil (FRANZINI, 2009).

A organização da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil tem se apoiado na promoção de saúde como um instrumento para empoderar os indivíduos no controle dos determinantes de saúde FEIJÃO, GALVÃO, (2007). Na APS a educação em saúde ganha um significado ainda mais especial através das ações comunitárias de saúde, com o intuito de formar indivíduos conscientes do seu poder de decisão sobre a própria saúde e a responsabilidade sobre a saúde da comunidade em que vivem. Neste contexto 76,3% dos entrevistados nesta pesquisa responderam que em seus bairros é frequente a realização de ações comunitárias a favor da saúde (tabela 10). Os pesquisados também responderam positivamente tanto às ações realizadas junto com o enfermeiro (67,3%) e o agente comunitário de saúde (ACS) (70,0%), quanto em parceria com outros setores do município (53,9%) e o conselho local de saúde (65,5%). Sobre o questionamento da efetividade das ações comunitárias para a mudança dos hábitos da população, 56,4% dos participantes responderam que acreditam que estas ações como forma de modificar o comportamento das pessoas.

De acordo com Araújo e Assunção (2004) os avanços das propostas de educação em saúde ocorreram após a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que atinge a população em sua comunidade e em seu domicílio, além de dar um enfoque diferente na atenção à saúde, ou seja, tenta sair do modelo biomédico para o modelo de vigilância da saúde, que por sua vez pode proporcionar um estímulo à qualidade de vida, sob a visão da promoção da saúde. O estudo pontou que estas ações têm se desenvolvido, tanto como o apoio do enfermeiro quanto do ACS.

Uma pesquisa realizada com enfermeiras de Unidades Básicas de Saúde com Programa Saúde da Família no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, revela que as enfermeiras, em alguns momentos, articulam suas ações com os demais profissionais da equipe, entretanto, existem fatores que dificultam essa articulação como o excesso de demanda de usuários, a falta de tempo dos profissionais para realizar o planejamento coletivo de suas práticas e desenvolver ações preventivas (COLEME, 2007).

Já o ACS é uma figura fundamental na saúde da família, pois possibilita que as necessidades da população cheguem à equipe de profissionais, além de manter o fluxo contrário, transmitindo à população informações de saúde (COSTA et al., 2013). A pesquisa demonstrou que o agente comunitário de saúde possui uma participação muito ativa na comunidade, com 70,0% dos entrevistados descrevendo conhecer quem são, suas funções e que são bem executadas. O ACS tem como papel fundamental, senão prioritário em desenvolver ações que estimulem a comunidade à promoção da saúde e prevenção de doenças (ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004). Isso demonstra que na cidade de Lauro Muller, os ACS desempenham papel relevante para o cuidado da saúde da população.

Em relação a parceria com outros setores para o desenvolvimento das ações comunitárias, Malta et al., (2008), afirma que a intersetorialidade tem atuação fundamental na garantia de saúde da população, no sentido de criar estratégias de produção de saúde numa linha de cuidado integral e efetivo, onde se faz necessário estruturar um sistema de saúde capaz de combinar, adequadamente, um conjunto de métodos de alcance individual e coletivo, de responsabilidade tanto de setores específicos da saúde quanto de fora da instituição.

A educação em saúde consiste em um processo pautado na construção do conhecimento para a mudança de hábitos. De acordo com o Ministério da Saúde (2006), para esta construção é necessária a utilização de um conjunto de práticas que aumente a autonomia dos usuários dos serviços de saúde, em relação ao autocuidado, e na articulação destes com os profissionais e gestores dos serviços de saúde, ou seja, neste processo educativo todas as partes envolvidas (trabalhadores de saúde, usuários e gestores) precisam se identificar como um conjunto coerente na elaboração de temáticas abordadas com foco na educação em saúde.

Middleton (2016), em seu estudo na Austrália afirma em seus estudos que os programas comunitários de promoção da saúde têm demonstrado benefícios para os adultos mais velhos, com

considerações-chave para ajudar a recuperar a função, a estabilidade e / ou a independência. E também para promover autogerenciamento e comportamentos facilitadores para manter um estilo de vida saudável. Defende que ao aumentar as oportunidades de autonomia, o potencial para aumentar a motivação interna para melhorar estilos de vida saudáveis pode ocorrer. Os programas comunitários de promoção da saúde devem encorajar os participantes a assumirem a responsabilidade pelo seu próprio bem-estar. Mesmo quando um programa é bastante prescritivo, o indivíduo precisa ser encorajado a ser o mais autônomo possível, a fim de promover os resultados do programa. Quando a escolha pessoal é aumentada dentro de um programa, a satisfação de vida e lazer é aumentada e os participantes são muito mais propensos a se beneficiar e ver resultados.

Apesar de estar claro o propósito das ações comunitárias em saúde, ainda é comum o modelo de educação em saúde hegemônico tradicional, pautando em orientações direcionadas verticalmente aos usuários (palestras engessadas), não levando em consideração as histórias de vida e os saberes distintos destes (COSTA et al., 2016). Além de fortalecer a tendência em repassar informações e não reconstruir significados coletivamente, não tornando o usuário parte do processo de construção e planejamento das ações educativas.

Após analisar os resultados envolvendo ações comunitárias em saúde, consideramos positivas as respostas dos usuários, ressaltamos que os bairros onde estão localizadas as Unidades Básicas de Saúde de certa forma são geograficamente pequenos, facilitando muito o acesso dos trabalhadores de saúde às famílias.

A estratégia global para a saúde das mulheres, crianças e adolescentes (2016-2030) reconhece que as pessoas têm um papel central na melhoria da sua própria saúde. Propomos que a participação da comunidade, particularmente as comunidades que trabalham em conjunto com os serviços de saúde (co-produção em saúde), será central para alcançar os objetivos da estratégia global. A participação da comunidade aborda especificamente o terceiro dos principais objetivos: transformar as sociedades para que mulheres, crianças e adolescentes possam realizar seus direitos aos mais altos padrões de saúde e bem-estar. Neste artigo, examinamos o que isso implica na prática. Discutimos três áreas interdependentes de ação para uma maior participação do público em saúde: melhoria das capacidades de participação individual e de grupo; desenvolvimento e manutenção de serviços de saúde centrados nas pessoas; E responsabilidade social. Apresentamos os desafios para a implementação e fornecemos aos

formuladores de políticas, gerentes de programas e profissionais exemplos ilustrativos dos tipos de abordagens participativas necessárias em cada área para ajudar a alcançar os objetivos de saúde e desenvolvimento (MARSTON, 2016).

A qualidade de vida certamente depende de vários fatores para que o indivíduo alcance o equilíbrio, como por exemplo: poder aquisitivo, infraestrutura do habitat em que vive, da relação que se obtém com o conjunto dessas atividades, do conforto a que se tem acesso, do estado de saúde e da forma como se gerencia tudo isso (FRANCISCHETTI, 2014). Os resultados sobre a qualidade de vida dos moradores do município de Lauro Muller (tabela 11) apresentaram escores significativos para os domínios de limitação física, dor, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental.

O questionário SF-36 mostrou-se um instrumento adequado para a avaliação da qualidade de vida na amostra estudada. Os aspectos em relação à capacidade funcional estão favoráveis, 74,7% dentro da média estimada positiva, a capacidade funcional segundo Lima – Costa (2003) é geralmente dimensionada em termos da habilidade e independência para realizar determinadas atividades. A capacidade funcional é um dos grandes componentes da saúde do idoso e mais recentemente vem emergindo como um componente-chave para a avaliação da saúde dessa população.

Em relação às limitações por aspectos físicos somente o bairro Barro Branco e o Centro ficaram fora da média desejável, uma média de 59,1% e 60,3% respectivamente, a média geral do município ficou em 72,2%. Os aspectos físicos é o conjunto de capacidades como força muscular, resistência muscular localizada e flexibilidade para se movimentar, se um destes aspectos fique fragilizado por alguma razão surgem as limitações (DA COSTA, 2002).

Na pesquisa de Silva (2005), os resultados mostram que a dor é um importante fator que afeta a qualidade de vida das pessoas, principalmente quem já tem algum tipo de doença crônicas como aqui foram estudadas. Nesta pesquisa a média das respostas ficou em 64,1%, um pouco acima da média.

Quando se utiliza uma questão em relação a seu estado geral de saúde, trata-se da percepção subjetiva do sujeito em relação ao seu estado geral de saúde (CASTRO, 1992). Na percepção dos pesquisados a média é de 53,6%, em relação a seu estado de saúde, analisamos este dado como sinal de alerta.

Os determinantes sociais correspondem a situações de vida e trabalho dos indivíduos e grupos relacionados com sua condição de

saúde, considerando os aspectos sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BOSI, 2014). Em nosso estudo os aspectos sociais ficaram em 77,2%, uma média favorável neste aspecto.

As limitações por aspectos emocionais podem estar relacionadas com uma diminuição ou ausência de energia associada a um sentimento de esgotamento emocional. A manifestação pode ser física, psíquica ou uma combinação delas. Os trabalhadores percebem que já não têm condições de empregar mais energia para prestar uma assistência para seu cliente e familiares (RISSARDO, 2013). Na pesquisa o índice observado foi 74,1% também positiva e dentro da média.

Atualmente o campo da saúde mental vem passando por importantes transformações, existem políticas específicas e o tratamento esta mais humanizado (VASCONCELOS, 2016). Os dados relevantes a este aspecto na pesquisa é que a média ficou em 66,3%.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma definição para qualidade de vida pode ser entendida como "a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Embora o estudo tenha mostrado que existem ações de saúde desenvolvidas pelas unidades de saúde de cada bairro, a percepção de qualidade de vida da população em relação a saúde não é coerente com a realidade observada. Isso pode se justificar pelo fato de haver pouca participação da população no planejamento e execução destas ações, tornando assim o trabalho ineficiente no que diz respeito a percepção de melhora da qualidade de vida dos moradores.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa de análise territorial do município de Lauro Muller mostrou que o local não dispõe de ambientes favoráveis para a mudança de comportamento da população, visto a existência de barreiras como falta de manutenção da infraestrutura, precária mobilidade urbana, condição ambiental desfavorecida e a falta de segurança no trânsito, acabam não contribuindo para a modificação de comportamento, além da insatisfação dos moradores quanto a algumas condições dos bairros.

Ressalta-se que embora haja o desenvolvimento de ações comunitárias voltadas para a saúde e a população compreende que estas intervenções possam mudar os hábitos dos indivíduos, que estes movimentos não influenciam na mudança da percepção de qualidade de vida das pessoas, principalmente nos aspectos relacionados à redução da dor e a melhora do estado geral de saúde, fato que reflete ainda na falta de incentivo ao desenvolvimento das potencialidades pessoais para adoção de hábitos saudáveis.

Em relação às ações comunitárias a proposta seria desenvolver oficinas práticas de métodos efetivos para a educação em saúde para os profissionais da área (toda a equipe da ESF), afim de que eles possam vivenciar e desenvolver de forma multiprofissional e intersetorial intervenções a partir da real necessidade da população, finalizando com a criação de um banco de ideias para que os profissionais possam trocar suas criações e inovar suas abordagens.

Os dados de análise para ambientes favoráveis à saúde, ações comunitárias em saúde e qualidade de vida de usuários das Unidades Básicas de Saúde, estes dados servirão como diagnóstico para a atual gestão criar novas estratégias para melhorar a saúde da população de Lauro Muller.

Em um município de pequeno porte no sul de Santa Catarina, onde os bairros são geograficamente reduzidos, o contato com as Unidades Básicas de Saúde é visto como positivo, mas em nível de Promoção de Saúde é necessário evoluir. A qualidade dos pesquisados é considerada razoável, pois não tem nem um índice muito elevado para salientar bons números e também nenhum bairro que apresente uma extrema preocupação em nenhum dos itens estudados.

A pesquisa destacou que não existem políticas efetivas de Promoção da Saúde, apesar da maioria dos pesquisados considerarem que existem ações comunitárias em saúde, verificamos que as pessoas sentem-se bem em seus bairros e tem facilidade de acesso, não se sentem inseguras em relação a criminalidade, mas estão insatisfeitos em

relação ao trânsito, comprometendo o ambiente como um todo e prejudicando a mobilidade urbana, já sobre as habilidades pessoais e qualidade de vida podemos evidenciar que a população Lauro Muller possui uma boa qualidade de vida, apesar de alguns fatores que podem ser melhorados, com ações práticas e efetivas para Promoção da Saúde.

Os resultados obtidos a partir da reflexão da real condição territorial de Lauro Muller possibilitará criar estratégias intersetoriais efetivas e com baixo custo para incentivar a população a adotar hábitos de vida saudáveis, realizar um diagnóstico para efetivar seus objetivos, que são justamente a prevenção e a promoção da Saúde em todas as Unidades Básicas de Saúde de Lauro Muller por meio de todas as estratégias que o município já desenvolve.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Edeli Simioni. et al. Alimentação mundial - uma reflexão sobre a história. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 10, p.3-14, jun. 2001.
- AGUIAR, Maria de Fátima. Lazer e Produtividade no Trabalho. **Turismo em Análise**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 111-124, nov. 2000.
- AGUM, Ricardo; RISCADO, Priscila; MENEZES, Monique. Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão. **Agenda Política**, v. 3, n. 2, p. 12-42, 2015.
- ALVES, Everton Fernando. Programas e ações em qualidade de vida no trabalho. **Revista Interfacehs**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 60-78, abr. 2011.
- AQUINO, Cássio Adriano Braz; MARTINS, José Clerton de Oliveira. Ócio, lazer e tempo livre na sociedade do consumo e do trabalho. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 7, n. 2, set. 2007.
- ARAÚJO, Maria Rizioneide Negreiros; ASSUNÇÃO, Raquel Silva. **A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças**. 2014.
- BACCHIERI, Giancarlo; BARROS, Aluísio JD. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 949-63, 2011.
- BALBINOTTI, Marcos Alencar Abaide et al. Motivação à prática regular de atividade física: um estudo exploratório. **Estudos de Psicologia**, Rio Grande do Sul, v. 16, n. 1, p. 99-106, abr. 2011.
- BARRETO, Jorge Barbosa; PORTO, César Henrique de Queiroz. Mobilidade urbana, acessibilidade e segurança no trânsito para população idosa em Montes Claros–MG. **Revista Cerrados**, v. 14, n. 2, p. 230-249, 2016.
- BEATO, C. (Org.). *Compreendendo e avaliando: projetos de segurança pública*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. 219 p
- BERTOLDO, Tânia Rosane; D'ORSII, Eleonora. Atividade física e

percepção do ambiente em idosos: estudo populacional em Florianópolis. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 516-25, 2012.

BORELLI, Silvia Helena Simões. Jovens em São Paulo: lazer, consumo cultural e hábitos de ver TV. **Nômadias**, São Paulo, n. 13, p. 92-97, 2000.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães et al. **Determinantes sociais em saúde (mental)**: analisando uma experiência não governamental sob a ótica de atores implicados. 2014.

BRANDÃO, Israel Rocha. Na trilha do município saudável. boas práticas para a Iniciativa do Rostos, **Vozes e Lugares**, p. 31, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 82 p.

BUSS, Paulo Marchiori et al. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, ago. 2004.

_____, Sérgio Resende et al. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2008.

CASPERSEN, Carl; POWELL, Kenneth; CHRISTENSON, Gregory. Atividade Física, Exercício e Aptidão Física: Definições e Distinções de Pesquisa Relacionada à Saúde. **Relatórios de Saúde Pública**, v. 100, n. 2, p. 126-131, abr. 1985.

CASTRO, Mônica de .et al. Qualidade de vida de pacientes com

insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Rev. Assoc. Med. Bras.**(1992), v. 49, n. 3, p. 245-249, 2003.

CELES, Debora Alves. **Mobilidade sustentável em pequenas cidades: o caso de Boa Nova-BA.** 2009.

COHEN, Simone Cynamon et al. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, 2004.

COLOMÉ, Isabel Cristina; DA SILVA LIMA, Maria Alice Dias; DAVIS, Roberta. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, p. 256-61, 2008.

COSTA, Juvenal Soares Dias da et al. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol**, Rio Grande do Sul, v. 88, n. 1, p. 59-65, 1997.

_____, Bruna Vieira de Lima et al. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v. 18, n. 1, p. 95-102, dez. 2013.

_____, Simone .et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Cien Saude Colet**9, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013.

DA COSTA, Alberto Martins; DUARTE, Edison. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). **Rev. Bras. Ciên. e Mov. Brasília** v, v. 10, n. 1, 2002.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v. 2, n. 4, p. 01-13, 2008.

DAMBROS, Daniela Dressler; LOPES, Luis Felipe Dias; SANTOS,

Daniela Lopes dos. Barreiras percebidas e hábitos de atividade física de adolescentes escolares de uma cidade do sul do Brasil. **Rev. Bras. Cineantrop.**, Florianópolis, v. 13, n. 6, p. 422-428, Dez. 2011.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Óbitos por acidente de trânsito**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe>>. Acesso em: 30 mar. 2013.

DE CARVALHO, Carlos Henrique Ribeiro. **Mobilidade Urbana Sustentável: conceitos, tendências e reflexões**. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2016.

DE OLIVEIRA, Larissa Bertacchini; DE ARAÚJO PÜSCHEL, Vilanice Alves. Conhecimento sobre a doença e mudança de estilo de vida em pessoas pós-infarto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 1026-33, 2013.

DOIMO, Leonice Aparecida; DERNTL, Alice Moreira; LAGO, Olival Cardoso do. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Viçosa, v. 13, n. 4, p. 1133-1142, jan. 2008.

DUNCAN, Bruce B. et al. Fatores de risco para doenças não-transmissíveis em área metropolitana na região sul do Brasil. Prevalência e simultaneidade. **Rev. Saúde Pública**, Rio Grande do Sul, v. 27, n. 1, p. 143-148, jan. 1993.

FARIA, Anderson Assis .et al. Qualidade de vida: aplicação de um modelo de índice de qualidade em bairros da cidade de barra do garças-mt. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 1, n. 15, 2016.

FEIJÃO, Alexsandra Rodrigues; GALVÃO, Marli Teresinha Gimeniz. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 8, n. 2, 2016.

FERNANDES, Rômulo A. et al. Associação transversal entre hábitos alimentares saudáveis e não saudáveis e atividade física de lazer em adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 87, p. 252-256, mar. 2011.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio**. 5. ed. Curitiba: Editora Positivo, 2005.

_____, Sandra Roberta G.. Alimentação, nutrição e saúde: avanços e conflitos da modernidade. **Alimento Artigos**, São Paulo, v. 62, n. 4, p. 31-34, 2010.

FILHO, Carlos Alberto de Andrade Coelho; ANDRADE, Regina Glória Nunes. Motivos de um indivíduo para praticar atividades físico-esportivas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 3, p. 475-485, set. 2011.

FRANCISCHETTI, Carlos Eduardo; CAMARGO, Lumila Souza Girioli; DOS SANTOS, Nilcéia Cristina. Qualidade de vida, sustentabilidade e educação financeira. **Revista de Finanças e Contabilidade da Unimep**, v. 1, n. 1, p. 33-47, 2014.

FRANZINI, Luisa et al. Influences of physical and social neighborhood environments on children's physical activity and obesity. *American journal of public health*, v. 99, n. 2, p. 271-278, 2009.

FREITAS, Maria de Lourdes de Assis; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paul Enferm**, Mato Grosso, v. 2, n. 23, p. 200-205, jan. 2010.

GAO, Meiling; AHERN, Jennifer; KOSHLAND, Catherine P. Perceived built environment and health-related quality of life in four types of neighborhoods in Xi'an, China. *Health & place*, v. 39, p. 110-115, 2016.

GEBREAB, Samson Y. et al. Neighborhood social and physical environments and type 2 diabetes mellitus in African Americans: The Jackson Heart Study. *Health & Place*, v. 43, p. 128-137, 2017.

GERMANI, Ana Claudia Camargo Gonçalves; AITH, Fernando. Advocacia em promoção da saúde: conceitos, fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde. **R. Dir. Sanit**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 34-59, jun. 2013.

GHIDINI, Roberto. A caminhabilidade: medida urbana sustentável.

Revista dos Transportes Públicos. ANTP: Ano 33º, p. 21-33, 2011.

GOBBI, Sebastião et al. **Comportamento e barreiras.** Psicologia: teoria e pesquisa, p. 451-458, 2008.

GOMES, Jerusa Vieira. Família e socialização. **Psicologia Usp**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 93-105, jan. 1992.

_____, Marcos Antônio Silvestre; SOARES, Beatriz Ribeiro. Reflexões sobre qualidade ambiental urbana. **Estudos Geográficos**, Rio Claro, v. 2, n. 2, p. 21-30, dez. 2004.

GONÇALVES, AJ; VILARTA, R. **Qualidade de vida e atividade física:** explorando teorias e práticas. Barueri, SP: Manole, 2004. 287 p.

GORDIA, Alex Pinheiro; QUADROS, Teresa Maria Bianchini de; CAMPOS, Wagner de. Variáveis sociodemográficas como determinantes do domínio meio ambiente da qualidade de vida de adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Santa Catarina, v. 14, n. 6, p. 2261-2268, jan. 2009.

GRANDE, Antônio José; SILVA, Valter. **Barreiras e facilitadores para a adesão à prática de atividade física no ambiente de trabalho**, 2014.

GOULART, Bethania Ferreira et al. Educação em saúde e empoderamento do usuário da estratégia saúde da família. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 10, n. 1, p. 96-102, 2015.

HALLES, Claudia Regina. **O planejamento financeiro como instrumento de qualidade de vida.** 2008. Disponível em: <<http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/>>. Acesso em: 19 dez. 2015.

HEIDMANN, Ivonete Buss et al. **Promoção à saúde:** trajetória histórica de suas concepções. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 2, n. 15, p. 352-358, jun. 2006.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Distribuição de renda per capita no território brasileiro.** Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/.../pnad.../default_renda>

_percapita>.

Acesso em: 30 mar. 2017.

_____. **Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua.** Disponível em:

<www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/.../pnad.../default_renda_percapita.

Acesso em: 30 mar. 2017.

JESUS, Gilmar Mercês de; JESUS, Éric Fernando Almeida de. Nível de atividade física e barreiras percebidas para a prática de atividades físicas entre policiais militares. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 433-448, Jun. 2012.

JONGENNEL-GRIMEN, Birte; DROOMERS, Mariel; VAN OERS, Hans; STRONKS, Karien. e KUNST, Anton. **A relação entre a atividade física e o ambiente de vida:** Uma análise multi-nível focando as mudanças ao longo do tempo em fatores ambientais. *Health & Place*. Oxford, v. 26, p. 149-160. 2014

LAZZOLI, José Kawazoe. A inatividade física aumenta os fatores de risco para a saúde e a capacidade física. **Ver. Bras. Med. Esporte**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.69-70, abr. 1998.

LEE, Suzanna M. et al. The relation of perceived and objective environment attributes to neighborhood satisfaction. *Environment and behavior*, v. 49, n. 2, p. 136-160, 2017.

LESSA, Ines; FONSECA, Joanira. Raça, Aderência ao Tratamento e/ou Consultas e Controle da Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, Salvador, v. 6, n. 68, p. 443-449, 1997.

LEVENSON, James W.; SKERRETT, Patrick J.; GAZIANO, Michael. A redução da carga global da Doença Cardiovascular: O Papel de Fatores de Risco. **Cardiologia Preventiva**, v. 5, p. 188-199, 2002.

LIMA, Flávia Emília Leite de et al. Ácidos graxos e doenças cardiovasculares: uma revisão. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 13, n. 2, p. 73-80, ago. 2000.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda et al. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da

população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 735-43, 2003.

LIRA, Anneliese Heyden Cabral de. et al. **Avaliação da qualidade de vida urbana dos condomínios horizontais da cidade de João Pessoa–PB**. 2014.

LOPES, Mislaine Casagrande de Lima; MARCON, Sônia Silva. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. **Rev. Esc. Enferm. Usp**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 343-350, jan. 2009.

_____, Maria do Socorro Vieira et al. **Análise do conceito de promoção da saúde**. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 3, n. 19, p. 461-468, set. 2010.

MACHADO, Mariana Carvalho; PIRES, Cláudia Geovana da Silva; LOBÃO, William Mendes. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, v. 17, n. 5, p. 1365-1374, jan. 2012.

MAIA, Íris; PINTO, Fátima. Hábitos de Sono. **Nascer e Crescer**, Cidade do Porto, v. 17, n. 1, p. 9-12, jan. 2008.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A promoção da saúde e da atividade física no sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Minas Gerais, v. 13, n. 1, p. 24-27, jun. 2008.

_____, Deborah Carvalho et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 11, n. 19, p. 4301-4311, ago. 2014.

_____, Deborah Carvalho et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Ver. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 19, n. 3, p. 286-299, maio 2014.

MARSTON, C., HINTON, R., KEAN, S., BARAL, S., AHUJA, A., COSTELLO, A., & PORTELA, A. (2016). **Community participation for transformative action on women's, children's and adolescents'**

health. Bull World Health Organ, 94(5), 376-382.

MASSOLA, Milena; CALDERARI, Patrícia. III ENCONTRO CIENTÍFICO E SIMPÓSIO DE EDUCAÇÃO UNISALESIANO, 2011, São Paulo. **Qualidade de vida no trabalho**. São Paulo, 2011. 11 p.

MATÉ, Cláudia; DEBATIN NETO, Arnaldo; SANTIAGO, Alina Gonçalves. A mobilidade urbana sustentável nas cidades pequenas—o caso de Pinhalzinho/SC. **Anais do III Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo**, 2014.

MIDDLETON, Rebekkah; MOXHAM, Lorna; PARRISH, Dominique. The value of health promotion programs for older people with chronic conditions in the community. *Australian Nursing and Midwifery Journal*, v. 24, n. 2, p. 30, 2016.

MELLO, Leonardo Freire de. População, consumo e mudança climática. **Researchgate**, São Paulo, p. 109-135, jan. 2009.

MENDES R, et al. Prática de exercício físico e níveis de atividade física habitual em doentes com diabetes tipo 2- estudo piloto em Portugal. **Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo**, 8(1): 9-15, 2013.

MEURER, Simone Teresinha; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; MAZO, Giovana Zarpellon. **Fatores motivacionais de idosos praticantes de exercícios físicos**: um estudo baseado na teoria da autodeterminação. *Estudos de Psicologia*, Santa Catarina, v. 17, n. 2, p. 299-303, jul. 2012.

MÜLLER, Mônica Rocha; GUIMARÃES, Suely Sales. **Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida**. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 24, n. 4, p. 519-528, dez. 2007.

NAHAS, Markus Vinícius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 6 ed. ver e atual. Londrina: Midiograf, 2013, 335 p.

NASCIMENTO, Carla Manuela Crispim et al. Nível de atividade física e as principais barreiras percebidas por idosos de rio claro. **R. da Educação Física/uem**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 109-118, jan. 2008.

_____, Carla Manuela Crispim et al. Nível de atividade física e as principais barreiras percebidas por idosos de rio claro. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 19, n. 1, p. 109-118, 2008.

_____, Jucian Silva do; GOMES, Bruna; SARDINHA, Ana Hélia de Lima. Fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares em mulheres com hipertensão arterial. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 709-715, dez. 2011.

NOGUEIRA, Leandro; PALMA, Alexandre. Reflexões acerca das políticas de promoção de atividade física e saúde: uma questão histórica. **Revista Brasileira de ciências do Esporte**, v. 24, n. 3, 2005.

NOBRE, Fernando. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq. Bras. Cardiol.** 2012; 95 p.

_____, Luciana Neri et al. Fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares: efeito de um programa de educação. **Alim. Nutr.**, Araraquara, v. 23, n. 4, p. 671-679, dez. 2012.

NTOUMANIS, Nikos. Um estudo prospectivo de Participação na Escola de Educação Física Opcional Usando uma Teoria de Autodeterminação Framework. **Jornal de Psicologia Educacional**, Birmingham, p.1-42, dez. 2005.

OLIVEIRA-CAMPOS, Maryane et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v. 18, n. 3, p. 873-882, 2013.

_____, Denize Cristina de et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 197-206, 2008.

_____, FILHO, P. C. et al. A importância das áreas verdes em uma cidade de Pequeno porte: estudo de caso na cidade de Irati-PR. **Revista da Sociedade Brasileira de Arborização Urbana**, v. 8, n. 1, p. 89-99,

jan./abr. 2013.

PARIS, Patrícia de et al. Sono, estado nutricional e hábitos de vida de caminhoneiros. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 3, n. 6, p. 197-205, dez. 2013.

PASTERNAK, Suzana. Habitação e saúde. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 86, p. 51-66, 2016.

PAULO, Thais Reis Silva et al. No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) compõem a principal causa de morte em adultos e idosos, com destaque para as doenças cardiovasculares e neoplasias. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 4, p. 527-532, dez. 2014.

PESSUTO, Janete; CARVALHO, Emília Campos de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p.33-39, jan. 1998.

PIGNATTI, Marta. **Saúde e ambiente**: as doenças emergentes no brasil. *Ambiente & Sociedade*, Mato Grosso, v. 7, n. 1, p. 133-147, jul. 2004.

PITANGA, Francisco José Gondim. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 49-54, jul. 2002.

PROVIDELO, Janice Kirner; SANCHES, Suely da Penha. Percepções de indivíduos acerca do uso da bicicleta como modo de transporte.

Transportes, v. 18, n. 2, 2010.

RIBEIRO, Amanda Gomes; COTTA, Rosângela Minardi Mitre;

RIBEIRO, Sônia Machado Rocha. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v. 17, n. 1, p. 7-17, 2012.

_____, Helena. Saúde Pública e Meio Ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.70-80, abr. 2004.

_____, Manoel Carlos S.; BARATA, Rita Barradas. Saúde: vulnerabilidade social, vizinhança e atividade física. **Cadernos Metrópole**, v. 18, n. 36, p. 401-420, 2016.

RISSARDO, Marina Pereira; GASPARINO, Renata Cristina. Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. **Esc. Anna Nery**

Rev. Enferm, p. 128-132, 2013.

RYAN, Richard M.; DECI, Edward L. Motivações Intrínsecas e extrínsecas: definições clássicas e novas direções. **Psicologia Educacional Contemporâneo**, Rochester, v. 25, p. 54-67, 2000.

SALDANHA, Ricardo Pedroso. **Motivação à prática regular de atividades física**: um estudo com atletas de basquetebol infanto-juvenis (13 a 16 anos). 2008. 119 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SANTOS, Adairson Alves dos. **Conceito de Saúde: perspectiva histórica**. 2011. Disponível em: <<http://ambitojuridico.com.br/>>. Acesso em: 28 dez. 2015.

_____, Mariana Silva et al. Prevalência de barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 1, p. 94-104, 2010.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; LIMA, Hélder de Pádua. Ações educativas na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 9, n. 1, 2012.

SCANFONE, Leila; CARVALHO NETO, Antonio; TANURE, Betania. Tempos de trabalho e de não-trabalho: o difícil equilíbrio do alto executivo entre a carreira, as relações afetivas e o lazer. **Faces R. Adm**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p.45-61, mar. 2008.

SERON, Bruna Barboza; DE ARRUDA, Gustavo Aires; GREGUOL, Márcia. Facilitadores e barreiras percebidas para a prática de atividade física por pessoas com deficiência motora. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 37, n. 3, p. 214-221, 2015.

SCHÜTZER, Kléber et al. **A percepção do pedestre sobre a qualidade da paisagem urbana**. 2010.

SEMOB. **Política nacional de mobilidade urbana sustentável**. Ministério das Cidades, Caderno 6, 2006.

SICHIERI, Rosely et al. Recomendações de Alimentação e Nutrição Saudável para a População Brasileira. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabo.** Minas Gerais, v. 44, n. 3, p. 227-232, jun. 2000.

SILVA, Diego Augusto Santos; PETROSKI, Edio Luiz; REIS, Rodrigo Siqueira. Barreiras e facilitadores de atividades físicas em frequentadores de parques públicos. **Motriz**, v. 15, n. 2, p. 219-27, 2009.

_____, Camila Saiury Pereira; GRIGIO, Alfredo Marcelo; PIMENTA, Melissa Rafaela Costa. **Levantamento e espacialização da criminalidade urbana do município de mossoró-rn.** **HOLOS**, v. 3, p. 352-362, 2016.

_____, Lolita Dopico da; PAZOS, Ana Lucia. A influência da dor na qualidade de vida do paciente com lesão crônica de pele. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 13, n. 3, p. 375-381, 2005.

SINGH, Gopal K.; SIAHPUSH, Mohammad; KOGAN, Michael D. Neighborhood socioeconomic conditions, built environments, and childhood obesity. *Health affairs*, v. 29, n. 3, p. 503-512, 2010.

SOUZA, Celina et al. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

_____, Rodrigo Sinnottet al. Atividade física e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 15, p. 115-120, jan. 2010.

_____, Shana Ginar da et al. Fatores associados à inatividade física no lazer e principais barreiras na percepção de trabalhadores da indústria do Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 249-59, 2011.

SZYMANSKI, Heloisa. Práticas educativas familiares: a família como foco de atenção psicoeducacional. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 5-16, 2004.

TASSARA, Valéria; NORTON, Rocksane Carvalho; MARQUES, Walter Ernesto. Importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas. **Rev Paul Pediatr**, Belo Horizonte, v. 28, n. 3, p.309-

314, jan. 2010.

TURCO, Giovina Fosco et al. Distúrbios do Sono e Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes Obesos – Revisão Bibliográfica. **Neurobiologia**, Campinas, v. 74, n. 2, p.171-180, jun. 2011.

VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira et al. Saúde mental no contexto do Programa Saúde da Família: representações sociais de usuários e familiares. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 9, n. 3, 2016.

VIEIRA, Carla Maria et al. **Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão** *The significance of dietary and behavioral changes in patients with chronic metabolic disorders: a review*. 2011.

VINHOLES, Daniele Botelho; ASSUNÇÃO, Maria Cecília Formoso; NEUTZLING, Marilda Borges. **Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde**. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____

Dat _____

a Nasc.: ____/____/____

Idade: _____ Sexo: ()M ()F / Profissão: _____

Etnia: Brancos () Negros () Amarelos () Indígenas ()

Mestiços () Mulato () Caboclo () Cafuzo ()

Pardos ()

Estado Civil: Solteiro () Casado () Divorciado () Separado ()

Amasiado () Viúvo ()

Religião: _____ Número de residente na casa: _____

Renda Familiar Média: _____

QUESTIONÁRIO PERFIL SOCIOECONÔMICO**INSTRUÇÃO:** Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

Quantidade que possui

Itens de conforto	Não possui	1	2	3	4
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores de mesa,					

laptops, notebooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora louças					
Quantidade de fornos micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de maquinas de secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água neste domicílio é proveniente de?

1	Rede Geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é?

1	Asfaltada / Pavimentada
2	Terra / Cascalho

Qual o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura Atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / fundamental incompleto	Analfabeto / Primário incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II Incompleto	Primário Completo / Ginásio Incompleto
Fundamental completo / Superior incompleto Completo	Ginásio completo / Colegial Incompleto
Médio Completo / Superior incompleto	Colegial Completo / Superior
Superior completo	Superior Completo

ESCALA DE MOBILIDADE ATIVA EM AMBIENTE COMUNITÁRIO.

Gostaríamos de obter informações sobre a maneira como você percebe ou pensa sobre seu bairro.

Por favor, responda às questões da maneira mais clara possível assinalando apenas uma alternativa para cada questão. Não há respostas certas ou erradas neste questionário. Sua identidade será mantida em sigilo.

A. IMEDIAÇÕES DA SUA CASA, REDONDEZA.

Dentre as residências do seu bairro...

1. Quantas são compostas por apenas uma família na redondeza do seu bairro?

nenhum poucas algumas a maioria todas

2. Quantas são compostas por sobrados ou lares com 1-3 andares na redondeza do seu bairro?

nenhum poucas algumas a maioria todas

3. Quantas são compostas por apartamentos ou conjuntos habitacionais com 1-3 andares na redondeza do seu bairro?

nenhum poucas algumas a maioria todas

4. Quantas são constituídas por apartamentos ou conjuntos habitacionais com 4-6 andares na redondeza do seu bairro?

nenhum poucas algumas a maioria todas

5. Quantas são constituídas por apartamentos ou conjuntos habitacionais com 7-12 andares na redondeza do seu bairro?

nenhum poucas algumas a maioria todas

6. Quantas são constituídas por apartamentos ou conjuntos habitacionais acima de 13 andares na redondeza do seu bairro?

nenhum poucas algumas a maioria todas

B. COMÉRCIO, LOJAS E OUTROS ESTABELECIMENTOS NO SEU BAIRRO.

Quanto tempo você leva para deslocar-se de sua casa ao comércio mais próximo se tiver de caminhar até lá? Por favor, responda apenas uma alternativa (X) para cada comércio ou estabelecimento.

Local	(1) 1-5 min	(2) 6-10 min	(3) 11-20 min	(4) 21-30 min	(5) 31+ min	(8) Não sei
Supermercado						
Loja de material de construção						
Feira / Feira Livre						
Lavanderia						
Loja de roupas						
Correio						
Biblioteca						
Escola Fundamental						
Outras escolas						
Livraria						
Lanchonete						
Cafeteria / Bar						
Banco						
Restaurante						
Locadora de vídeo						
Farmácia / drogaria						
Salão de Beleza						
Seu Trabalho ou escola						
Ponto de ônibus						
Parque						

Área de Lazer / centro comunitário						
Academia de ginastica						

Se você não trabalha fora de casa ou não vai à escola assinale esta alternativa

()

Por favor, circule a alternativa que melhor se aplica a você e ao seu bairro. As palavras local e caminhada querem dizer ficar a 10-15 minutos (distância) caminhando da sua residência.

1. Eu consigo fazer a maioria das minhas compras no comércio local.

() Discordo Fortemente () Discordo em parte () Concordo em parte () Concordo Fortemente

2. As lojas estão a uma curta distância de caminhada da minha casa.

() Discordo Fortemente () Discordo em parte () Concordo em parte () Concordo Fortemente

3. Estacionar é difícil na área do comércio local.

() Discordo Fortemente () Discordo em parte () Concordo em parte () Concordo Fortemente

4. Existem vários locais em que posso facilmente ir caminhando da minha casa.

() Discordo Fortemente () Discordo em parte () Concordo em parte () Concordo Fortemente

5. É fácil caminhar da minha casa até a um ponto de ônibus (trem, metrô).

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

6. As ruas do meu bairro são inclinadas, fazendo com que seja difícil se caminhar nelas.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

7. Há muitos morros/depressões/paredões no meu bairro, limitando o número de rotas/percursos para o deslocamento de um lugar a outro.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

D. RUAS DO MEU BAIRRO

Por favor, circule a alternativa que melhor se aplica a você e ao seu bairro.

1.No meu bairro não existem ruas sem-saída ou são raras.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

2.No meu bairro existem caminhos que conectam as ruas sem-saídas com outras ruas, trilhas ou outras ruas sem-saída.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

3.As distâncias entre os cruzamentos do meu bairro são geralmente curtas (menos de 100 metros).

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

4. Existem muitos cruzamentos de 4 vias entre as ruas do meu bairro.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

5. Existem vários caminhos alternativos que eu posso fazer para ir de um lugar para outro no meu bairro. (Não tenho que ir sempre pelo mesmo caminho)

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

E. LUGARES PARA CAMINHAR E ANDAR DE BICICLETA

Por favor, circule a alternativa que melhor se aplica a você e ao seu bairro.

1. Existem calçadas na maioria das ruas do meu bairro.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

2. As calçadas do meu bairro são bem cuidadas. (pavimentadas, lisas e sem muitos buracos)

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

3. Existem ciclovias ou vias/trilhas para pedestres próximas ou no meu bairro que são de fácil acesso.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

4. As calçadas do meu bairro são separadas das ruas/avenidas por locais para estacionar carros.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

5. As calçadas do meu bairro são separadas das ruas por faixas sem pavimento.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

F. ARREDORES DO BAIRRO

Por favor, circule a alternativa que melhor se aplica a você e ao seu bairro.

1. Existem árvores ao longo das ruas do meu bairro.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

2. As árvores fazem sombra nas calçadas do meu bairro.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

3. Enquanto se caminha no meu bairro existem várias coisas interessantes para se olhar.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

4. No meu bairro geralmente não se encontra lixo.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

5. Existem muitos atrativos naturais no meu bairro (como paisagens, vistas)

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

6. Existem várias construções/casas atrativas no meu bairro.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

G. SEGURANÇA NO TRÂNSITO

Por favor, circule a alternativa que melhor se aplica a você e ao seu bairro.

1. Existe tanto tráfego ao longo da rua onde vivo, que fica difícil ou desagradável caminhar no meu bairro.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

2. Existe tanto tráfego ao longo das ruas próximas onde vivo, que fica difícil ou desagradável caminhar no meu bairro.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

3. A velocidade do tráfego na rua onde moro é geralmente baixa (30km/h ou menos).

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

4. A velocidade do tráfego nas ruas próximas a minha residência é geralmente baixa (30km/h ou menos).

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

5. A maioria dos motoristas ultrapassa o limite de velocidade enquanto trafega no meu bairro.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

6. Existem faixas, sinais ou passarelas que auxiliam os pedestres a atravessar as ruas movimentadas do meu bairro.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

7. As faixas para pedestre fazem com que as pessoas sintam-se seguras ao atravessar as ruas movimentadas do bairro.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

8. Quando caminho no meu bairro, existe muita fumaça (por exemplo: carros e ônibus).

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

H. SEGURANÇA CONTRA CRIMES

Por favor, circule a alternativa que melhor aplicasse a você e ao seu bairro.

1. As ruas do meu bairro são bem iluminadas à noite.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

2. Pedestres e ciclistas que utilizam as ruas do meu bairro são facilmente visualizados pelos moradores, de dentro de suas casas.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

3. Quando caminho no meu bairro, vejo e converso com outras pessoas.

Discordo Fortemente Discordo em parte Concordo em parte Concordo Fortemente

4. Existe um alto índice de criminalidade no meu bairro.

() Discordo Fortemente () Discordo em parte () Concordo em parte () Concordo Fortemente

5. A criminalidade faz com que não seja seguro caminhar durante o dia no meu bairro.

() Discordo Fortemente () Discordo em parte () Concordo em parte () Concordo Fortemente

6. A criminalidade faz com que não seja seguro caminhar à noite no meu bairro.

() Discordo Fortemente () Discordo em parte () Concordo em parte () Concordo Fortemente

NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM O BAIRRO

Abaixo estão listados alguns itens do seu bairro que você pode achar ou não satisfatórios. Por favor, responda da maneira mais clara e honesta possível. A escala de pontos está composta da seguinte forma:

PERGUNTAS	Insatisfação total ou completa insatisfação	Alguma Insatisfação	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Alguma Satisfação	Satisfação Total ou Completa satisfação
Acesso a vias expressas/rodovias da sua casa?					
Acesso ao transporte público no seu bairro?					
Tempo de transporte entre casa - trabalho/escola?					
Acesso ao comércio no seu					

bairro?					
Número de amigos que você tem no seu bairro?					
Número de pessoas que você conhece no seu bairro?					
Facilidade e prazer em andar a pé nele?					
Facilidade e prazer em andar de bicicleta nele?					
Qualidade das escolas no seu bairro?					
Acesso à diversão no seu bairro (restaurantes, cinema, clubes, etc.)?					
Segurança quanto à ameaça da criminalidade no seu bairro?					
Quantidade e velocidade do tráfego no seu bairro?					
Barulho do tráfego no seu bairro?					
Quantidade e a qualidade dos mercados/super mercados do seu bairro?					

Quantidade e a qualidade dos restaurantes do seu bairro?					
Ser um bom lugar para criar crianças/filhos?					
Ser um bom lugar para se viver?					

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE AÇÕES COMUNITÁRIAS

A Ação Comunitária é o conjunto de ações ou atividades realizadas pela população em uma dada localidade, a Unidade Local, em prol da solução de problemas comuns. Quando diversos habitantes de um bairro resolvem tomar a iniciativa, para juntos tentar resolver seus problemas comuns, começa a desencadear o Processo de Ação Comunitária. A Ação Comunitária por sua natureza é um trabalho realizado em equipe (ANJOS, E.E., 2010). Exemplo: Visita domiciliar da agente comunitária de saúde ou enfermeira, campanhas de vacinação, palestras nas Unidades básicas de Saúde...

CONCEITO DE AÇÕES COMUNITÁRIAS - PARAGRAFO E EXEMPLO

- 1. Qual a frequência de ações comunitárias em relação à saúde**
 Muito frequente pouco frequente em parte
- 2. Existem ações em saúde que procura relacionar problemas de saúde e condições de vida**
 Sim não em parte
- 3. Existem ações educativas para a comunidade juntamente com o enfermeiro**
 Sim não em parte
- 4. Existem ações educativas desenvolvidas pela Agente Comunitário de Saúde**
 Sim não em parte
- 5. Você desenvolve atividades educativas em relação à saúde para a comunidade**
 Sim não em parte

6. **Existem ações comunitárias que utilizam recursos de informação e comunicação adequados à realidade local**
() Sim () não () em parte
7. **Existem ações comunitárias que estimulam os indivíduos e a comunidade a refletirem sobre as suas condições de saúde e doença**
() Sim () não () em parte
8. **Existem ações comunitárias que orientam os indivíduos quanto ao autocuidado**
() Sim () não () em parte
9. **Existem Ações comunitárias que orientam a população quanto a medidas de proteção à saúde**
() Sim () não () em parte
10. **Existem ações comunitárias que orientam indivíduos e família quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos**
() Sim () não () em parte
11. **Existem ações comunitárias que orientam a família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social**
() Sim () não () em parte
12. **Existem ações comunitárias que utilizem as diversas secretarias existentes no município para melhorar a saúde da população**
() Sim () não () em parte
13. **Existem ações comunitárias em parcerias com creches, asilos, escolas, comerciantes, grupos sociais e outros**
() Sim () não () em parte
14. **Existem ações comunitárias que estimulem a Participação das pessoas em reuniões do Conselho local de saúde ou de outros conselhos locais**
() Sim () não () em parte
15. **Estas ações comunitárias são efetivas para mudanças de hábitos da população**
() Sim () não () em parte

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

() Excelente () Muito Boa () Boa () Ruim ()
Muito Ruim

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

() Muito Melhor () Um Pouco Melhor () Quase a Mesma
() Um Pouco Pior () Muito Pior

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rígorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
--	-----	-----

a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária,

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
1	2	3	4

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave
1	2	3	4	5

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
-------------------	----------	---------------	----------	--------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Perguntas	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se	1	2	3	4	5	6

sentido esgotado?						
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou	1	2	3	4	5

tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço					
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5



APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: **Construção de políticas públicas saudáveis no município de Lauro Muller, SC – uma análise territorial, que tem como objetivo: Avaliar as políticas públicas saudáveis efetivas do município de Lauro Muller.**

Mesmo aceitando participar do estudo, poderá desistir a qualquer momento, bastando para isso informar sua decisão aos responsáveis. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o (a) senhor (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Declaramos que todos os riscos e eventuais prejuízos foram devidamente esclarecidos. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela **Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde**, podendo o (a) senhor (a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Riscos: A pesquisa não apresenta risco potencial devido utilizar instrumentos de pesquisa, sem qualquer tipo de intervenção ou avaliação física. Porém como toda e qualquer pesquisa pode ofertar riscos, nesta pesquisa serão minimizados por utilizar profissionais da área para coleta e análise dos dados.

Benefícios: o projeto propõe ações/estratégias que contribuam para mudança de comportamento/hábitos da população de uma cidade do Sul de Santa Catarina, contribuindo para a diminuição de enfermidades, aumentando a longevidade e a participação popular nas tomadas de decisão em todas as esferas municipais, para um envelhecimento saudável e uma melhor qualidade de vida da população.

A coleta de dados será realizada pelo mestrando **Rodrigo Moraes Kruel** (fone: (48) 99041845) do curso de Pós - Graduação em Saúde Coletiva da UNESC e orientado pelo responsável Prof. Dr. **Joni Márcio de Farias** (fone: 48 34312572). O telefone do **Comitê de Ética é (48) 3431.2723.**

Criciúma (SC), 25 de julho de 2016.

Participante:

CPF:

Pesquisador Responsável:

CPF:

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ACEITE



Carta de Aceite

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar a participação das Agentes Comunitárias de Saúde do município de Lauro Muller da Secretaria Municipal de Saúde, localizado na rua: Valdir Contrin s/n, Bairro Centro, SC. CEP: 88880-000, para o desenvolvimento da Pesquisa intitulada: **Construção de políticas públicas saudáveis no Município de Lauro Muller, SC - uma análise territorial**, sob a responsabilidade do Prof. Drº. Joni Márcio de Farias e Pesquisador Rodrigo Moraes Krueel do Curso de pós graduação Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

Daiane Querino
Secretária de Saúde
Lauro Muller

Daiane Querino
Secretária Municipal de Saúde de Lauro Muller SC

ANEXO E – DADOS QUE CONSTAM NAS PESQUISAS - CENTRO



ANEXO H – PARECER CONSTUBSTANCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção de políticas públicas saudáveis no Município de Lauro Muller - SC - Uma análise territorial

Pesquisador: Joni Marcio de Farias

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55613216.0.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.696.968

Apresentação do Projeto:

Vide apresentacao da versão 01 do projeto

Objetivo da Pesquisa:

Vide apresentacao da versão 01 do projeto

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide apresentacao da versão 01 do projeto

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto foi readequado, foram revistos critérios de inclusão e exclusão, assim como clarificado cálculo de tamanho de amostra e questões relacionadas ao instrumento de coleta

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide apresentacao da versão 01 do projeto

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Com as readequações projeto atende o solicitado na versão anterior

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2723

Fax: (48)3431-2750

E-mail: cetica@unesc.net



Continuação do Parecer: 1.696.968

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_704965.pdf	26/07/2016 17:28:38		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	resposta.docx	26/07/2016 17:28:22	Joni Marcio de Farias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	26/07/2016 17:27:37	Joni Marcio de Farias	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta.jpeg	29/04/2016 08:36:22	Joni Marcio de Farias	Aceito
Folha de Rosto	rodrigo.pdf	29/04/2016 08:32:42	Joni Marcio de Farias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_atualizado.docx	25/04/2016 16:30:14	Joni Marcio de Farias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRICIUMA, 25 de Agosto de 2016

Assinado por:
RENAN ANTONIO CERETTA
(Coordenador)

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2723

Fax: (48)3431-2750

E-mail: cetica@unesoc.net