



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

**Domingos Sávio Teixeira Geraldo<sup>1</sup>  
Quesia Postigo Kamimura<sup>2</sup>**

## **Resumo**

O envelhecimento e a transição menopausal podem impactar negativamente na Qualidade de Vida em Saúde das mulheres. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) é um importante subterfúgio para apoiar e intensificar as ações das Equipes de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços visando aumentar a resolução das situações/problemas e a qualidade da Atenção Básica. A promoção das atividades físicas faz parte destas estratégias, e o Educador Físico é o profissional capacitado para planejar e executar estas ações. Neste estudo avaliaram-se as ações do Educador Físico na modelagem dos serviços de saúde no NASF para Qualidade de Vida em Saúde, da mulher nas fases do climatério, menopausa e pós-menopausa no município de Mineiros - GO. O método aplicado foi de natureza descritiva e exploratória e teve duas abordagens: A qualitativa por intermédio de uma entrevista semi-estruturada com os cinco profissionais integrantes do NASF e a quantitativa com um grupo de 108 mulheres, divididas em dois subgrupos; um grupo com 54

---

*Recebimento: 16/9/2017 • Aceite: 22/11/2017*

<sup>1</sup> Mestre em Planejamento e Desenvolvimento Regional pela Universidade de Taubaté (UNITAU). E-mail: dsteix@hotmail.com.

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Pública pela USP. Professora do programa de Pós-graduação em Planejamento e Desenvolvimento Regional da Universidade de Taubaté (UNITAU). E-mail: qkamimura@gmail.com

mulheres que praticam atividade física e outro com 54 mulheres que não praticam atividade física, ambos com idade acima de 45 anos e cadastradas na UBS D. Florinda na cidade de Mineiros – GO. O resultado apontou que a modelagem dos serviços de saúde, por meio do NASF, neste estudo específico e na ação específica, contribuiu por meio das ações do profissional de Educação Física no NASF para a Qualidade de Vida em Saúde das mulheres na fase do envelhecimento ovariano.

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

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

### **Abstract**

Aging and the menopausal transition may negatively impact women's Quality of Life in Health. The Family Health Support Nucleus (NASF) is an important subterfuge to support and intensify the actions of the Family Health Teams (ESF) in the service network aiming to increase the resolution of situations / problems and the quality of Primary Care. The promotion of physical activities is part of these strategies, and the Physical Educator is the professional qualified to plan and execute these actions. This study evaluated the actions of the Physical Educator in the modeling of health services in the NASF for Quality of Life in Health of women in the phases of climacteric, menopause and postmenopause in the municipality of Mineiros - GO. The method applied was descriptive and exploratory in nature and had two approaches: qualitative through a semi-structured interview with the five NASF professionals and quantitative with a group of 108 women, divided into two subgroups: a group with 54 women who practice physical activity and the other one with 54 women who do not practice physical activity, both over the age of 45 and enrolled in UBS D.

Florinda in the city of Mineiros - GO. The result showed that the health service model, through the NASF, in this specific study and in the specific action, contributed to the actions of the Physical Education professional in the NASF for the Health Quality of Life of women in the stage of ovarian aging .

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

## Introdução

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

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

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

O NASF foi criado pela Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008, para aproximar de forma efetiva dos princípios de universalidade, equidade e integralidade, melhorar o atendimento na Atenção Básica e na Equipe de Saúde da Família (ESF) auxiliando na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Este programa colabora com as equipes de ESF, apoiando-se no princípio básico do trabalho interdisciplinar e do matriciamento, para realizar a Promoção da Saúde respeitando e atuando, conforme, a particularidade regional, com profissionais e áreas que até então não eram beneficiadas no âmbito das equipes de ESF (BRASIL, 2014).

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

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

transmissíveis e na redução do risco de morte prematura (MALTA; SILVA, 2012).

A Atenção à Saúde voltada para a mulher foi incorporada às Políticas Públicas Nacionais a partir do século XX com consequente evolução a partir da década de 1970. Diversas fases na vida da mulher passam por etapas decorrentes de fenômenos naturais fisiológicos como a menarca, gestação ou a última menstruação. As mulheres ao entrarem na fase do climatério e principalmente após a menopausa passam por problemas emocionais e sociais que afetam o desempenho de suas atividades de vida diária levando a uma maior consciência do processo de envelhecimento (BRASIL, 2008).

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

A avaliação da Qualidade de Vida em Saúde assume, portanto, um caráter instrumental, uma vez que proporciona aos profissionais de saúde melhor entendimento de como diferentes práticas e intervenções terapêuticas influenciam os resultados nas pessoas (GIMENES, 2013).

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

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

## **Metodologia**

Trata-se de estudo de natureza exploratória e descritiva. A abordagem foi de pesquisa qualitativa e quantitativa. Para Oliveira (2007), quando combinadas, as abordagens qualitativa e quantitativa possibilitam uma análise dos aspectos objetivos e subjetivos, levando ao aumento do nível dos resultados.

O estudo desdobrou-se em duas etapas. Na primeira etapa desenvolveu-se a pesquisa qualitativa, que contou com a participação

de cinco profissionais integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Mineiros-GO, que desenvolvem ações, planejamentos e projetos de intervenção para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de Atenção Básica com o intuito de aumentar a Qualidade de Vida em Saúde das pessoas.

Como instrumento de coleta de dados, a pesquisa qualitativa teve um roteiro de entrevista semiestruturada, com questões abertas divididos em quatro temas que tratam do Planejamento em Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doença, da Organização dos Serviços de Saúde na Atenção Primária à Saúde, da participação dos Profissionais de Educação Física e da perspectiva dos Profissionais sobre o encaminhamento às atividades físicas.

Na segunda etapa realizou-se a pesquisa quantitativa que teve a população caracterizada pelas 8 Unidades Básicas de Saúde existentes no município de Mineiros-GO. A amostra alvo deste estudo foi composta por um grupo de 108 mulheres, divididas em dois subgrupos com 54 mulheres cada, o subgrupo E que pratica atividade física e o subgrupo F que não pratica atividade física que sejam residentes e cadastradas na área de abrangência da UBS D. Florinda, escolha definida pela Secretária Municipal de Saúde do município devido a sua organização quanto ao cadastro dos usuários.

Para a pesquisa quantitativa, o instrumento de coleta de dados utilizado foi dividido em três etapas e foram constituídos por três instrumentos: um roteiro para análise dos prontuários da UBS D. Florinda, um Questionário perfil socioeconômico que foi elaborado pelo próprio autor do estudo, contendo perguntas fechadas e abertas e um Questionário de Qualidade de Vida em Saúde SF-36, em sua versão brasileira (CICONELLI et al.;1999).

Para a análise de dados da entrevista semiestruturada, na pesquisa qualitativa, foi utilizada a Técnica de Análise Temática. Para a pesquisa quantitativa foi utilizado o método estatístico descritivo e inferencial e todo o processamento estatístico foi suportado pelo software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 for Windows (IBM. SPSS STATISTICS 20).

## Resultados

Os resultados da pesquisa qualitativa ocorreram por meio da Análise Temática a partir da interpretação do conteúdo das entrevistas com os profissionais participantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da cidade de Mineiros/GO, que permitiu a construção de informações sobre os seus cinco integrantes.

- Temas de análise:

### **Tema I: Planejamento em Ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Doença.**

Os profissionais do NASF ao opinarem sobre o conceito de Promoção de Saúde referem-se à Promoção de Saúde como uma forma de realizar ações para as pessoas de forma que elas não se exponham aos fatores que possam levar a doença, bem como evitar fatores que condicionam e trazem doenças para a população, realizando ações desenvolvidas para impactar favoravelmente a Qualidade de Vida em Saúde, ajudando desta forma as pessoas a mudarem seu estilo de vida.

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

*“Podemos dizer também que Promoção da Saúde são ações voltadas para evitar que as pessoas se exponham aos fatores condicionantes determinantes de doença”.*

*“Podemos dizer que Promoção da Saúde é uma forma de ajudar as pessoas a mudar o seu estilo de vida rumo a um equilíbrio entre a saúde física, emocional, social e intelectual, impactando favoravelmente a Qualidade de Vida em Saúde das pessoas”.*

Sobre as ações da Promoção de Saúde no Cotidiano do Trabalho, os relatos mostram a importância da integração e cooperação dos componentes do NASF com as ESF para solucionar os problemas dos territórios adstritos, além da realização de ações por meio de estratégias da clínica e do cuidado em saúde pode levar à promoção e prevenção da saúde nos territórios determinados por cada equipe de trabalho. Também relatam que solucionar problemas de um determinado território, fortalece as ações e aumenta a resolubilidade dos territórios.

*“As ações são planejadas e realizadas juntamente com a ESF, aqui em reuniões compartilhamos ideias e conhecimentos a respeito do tema em questão e desta forma tentamos ajudar a solucionar os problemas relacionados a cada território”.*

*“As ações são realizadas por meio de estratégias da clínica e do cuidado em saúde a partir da integração e cooperação entre as equipes responsáveis pelo cuidado de determinado território”.*

*“Estas ações devem ser planejadas visando o território em que somos responsáveis, porém estas ações devem ser tratadas de forma integrada e com a cooperação da equipe multidisciplinar que atuam*

*no NASF, a fim de fortalecer e aumentar a resolubilidade destes territórios”.*

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

Com relação ao planejamento das Ações de Promoção da Saúde na organização do processo de trabalho, a questão compartilhamento é muito evidenciada.

Desta forma, os participantes relataram que são importantes as reuniões com a equipe multidisciplinar, onde os casos de cada território são discutidos e analisados, bem como a importância do compartilhamento das informações de determinado território que levam a resolução de problemas dos mesmos por meio de ações, projetos e programas que saem do planejamento, que é realizado após as reuniões, que ocorrem de forma semanal e mensal.

*“Tudo ocorre aqui a partir das reuniões que temos em conjunto, somente depois disto é que começamos a pensar no planejamento das ações e na organização dos programas e projetos que podemos fazer para melhorar aquele território”.*

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

*“Penso que devemos buscar trabalhar em equipe, planejando ações que visem à reabilitação da população, tentando resolver os problemas dentro dos territórios que estamos trabalhando”.*

Desta forma, os profissionais do NASF, por terem competências específicas em diversas áreas, podem incorporar novas ações na Atenção Básica, por intermédio de uma interferência direta em ações individuais ou coletivas que as ESF não conseguiriam executar de forma exclusiva (BRASIL, 2014).

## **Tema II: Organização dos Serviços de Saúde na Atenção Primária à Saúde.**

Quanto a Organização do trabalho, fica evidente nas respostas dos participantes, que a importância do apoio matricial é muito importante, destacaram também que a identificação das necessidades e demandas de cada território são importantes para o planejamento das ações que irão ajudar a resolução dos problemas de cada território. Para os integrantes do NASF a elaboração e execução de estratégias na clínica e cuidado com a saúde deve ser um fator prioritário para que



uma organização do trabalho em uma unidade e no território possa ter sucesso na sua realização.

*“Por meio do apoio matricial onde as equipes de referência representam um tipo de arranjo que busca modificar o padrão nas organizações, construindo a responsabilidade de pessoas por pessoas”.*

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

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

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

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

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

Os participantes citam em sua fala a questão dos processos de avaliação juntamente com o sistema de informação durante as reuniões ocorridas com a equipe do NASF e afirma que o resultado ajuda e facilita o planejamento das ações, projetos e programas destinados a cada território, eles também entendem que a avaliação dos casos pela equipe multidisciplinar facilita na resolução dos problemas nos diversos territórios com necessidades específicas. Após este processo, ocorre a distribuição dos casos em suas unidades de cadastros, onde os atendimentos serão agendados, conforme disponibilidade de vaga e horário.

*“Por meio de reuniões”, onde os casos são discutidos, os dados das famílias e dos indivíduos devem ser atualizados no sistema de informação com intuito de analisar a situação de saúde dos territórios considerando as características sociais, econômicas, culturais,*

*demográficas e epidemiológicas, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.*

*“Em nossas reuniões, muitos casos são trazidos para serem avaliados pela equipe multidisciplinar, a partir destas informações iniciamos um processo de distribuição dos casos em suas Unidades de cadastro para que sejam distribuídos em grupos de acordo com horários pré-determinados pelas UBS*

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

No Matriciamento, percebe-se que todos os participantes ressaltam a sua importância na organização dos serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde e distribuição dos casos.

Os participantes do grupo disseram que o compartilhamento de informações entre a Equipe Multidisciplinar geram ações, projetos e programas que tendem a melhorar a resolutividade em cada território. Neste mesmo raciocínio, os participantes do grupo de profissionais do NASF confirmam que o Matriciamento é uma forma de intervir e combater os problemas de um determinado território adscrito.

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

*“É uma forma de produzir saúde em que duas ou mais equipes compartilham informações a respeito do território e criam uma forma de intervir e combater os problemas”.*

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

### **Tema III – Participação e inserção do profissional de Educação Física no NASF.**

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

*“A inserção do profissional de Educação Física foi através de concurso público e passou por um curso de capacitação introdutória.*

*Também afirmou que está desde o início das atividades do NASF, ou seja, desde que foi implantado,*

Com o aperfeiçoamento de diferentes programas e ações que estão sendo desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família, na esfera da Saúde Pública, o Educador Físico vem conquistando espaço e contribuindo de forma significativa para a melhora da Qualidade de Vida em Saúde da comunidade, principalmente nos locais como as Unidades Básicas de Saúde.

Os profissionais do NASF assinalam que o planejamento das ações deve ser de forma individual por cada profissional da área e, para eles, uma maneira de traçar estratégias de acordo com a abrangência, necessidade e estrutura dos territórios de uma forma mais individualizada. A discussão de casos em reuniões é importante, quando o conhecimento é compartilhado pela equipe multidisciplinar as soluções se tornam mais eficientes, e isto, favorece o planejamento e as ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Doença. Para estes profissionais deve haver uma definição das ações, conforme as necessidades de cada território. Todo o planejamento e ações passam a serem direcionados para os territórios que apresentam maiores problemas, depois da discussão de casos nas reuniões os profissionais passam a realizar este trabalho individualmente.

*“Acredito que assim como os demais profissionais do NASF, não sabemos como ele realiza seus planejamentos, porém o início é igual para todos, participamos de reuniões onde são definidos os problemas e traçamos estratégias de ação para solucioná-los.”*

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

*“Cada um, após as reuniões onde são detalhados os problemas nos territórios, faz o seu planejamento conforme a demanda do território específico”.*

Para Lucena ET al. (2009, p. 87-91), o Educador Físico tem como primeira competência dentro das ESF, trabalhar junto a diversos grupos, partindo do princípio que a prática da atividade pode aperfeiçoar a Qualidade de Vida em Saúde das pessoas.

Sobre outras atividades desenvolvidas pelo profissional de Educação Física na Unidade Básica de Saúde, os participantes do grupo de integrantes do NASF relatam que o Educador Físico realiza as atividades em grupos abertos. Após o planejamento das ações as

peças são encaminhadas às Unidades cadastradas e são inseridas nos programas conforme disponibilidade de horário e vaga. Para os integrantes de o NASF participar de reuniões de grupo com outros profissionais ajudam na divisão dos grupos abertos e aproxima o profissional dos casos de outras especialidades, como a nutrição.

*“Creio que sejam realizadas através de grupos abertos de caminhada, exercícios aeróbicos e outras atividades que não posso dizer com exatidão”.*

*“Durante a semana são realizadas diversas ações com a população, entre elas posso citar a ginástica localizada, a dança e a caminhada, que as ações básicas realizadas na academia de saúde”,* confirmando o planejamento das ações e estratégias.

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

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

#### **Tema IV: A Perspectiva dos Profissionais sobre o encaminhamento às Atividades Físicas.**

Com relação ao encaminhamento das mulheres na fase do envelhecimento ovariano para as práticas corporais/atividades físicas, os profissionais indicam que é necessário antes analisar os casos nas reuniões do NASF e agendar o procedimento na Unidade Básica de Saúde em que a mulher é cadastrada, passada por esta fase de análise dos casos ocorre o agendamento dos procedimentos nas Unidades, onde as pessoas estão cadastradas. Para um profissional, este procedimento existe para melhor organização, planejamento das ações, projetos e programas que serão executados com os diversos grupos de mulheres que participam das atividades físicas, pois a procura pelo atendimento é grande e é por isto que o agendamento nas Unidades Básicas de Saúde depende da disposição de horários para o atendimento.

*“O encaminhamento é feito após análise de casos nas reuniões, depois a pessoa deve procurar a UBS em que está cadastrado para realizar sua inscrição nos grupos que houver disponibilidade”.*

*“O agendamento dos procedimentos como consultas, grupos, oficinas da equipe NASF devem ser realizados na agenda local da UBS devendo respeitar as prioridades de cada caso”.*

*“Os encaminhamentos são feitos para os locais onde as pessoas estão cadastradas e lá são encaminhadas ao profissional de acordo com a disposição de horários de atendimento disponíveis nas UBS”.*

Quanto à forma de atendimento deste grupo específico de mulheres, os participantes quando questionados informam que esta não ocorre de maneira específica. Os grupos de atendimento são formados a partir da disponibilidade de horário e acontecem em grupos abertos. Para que acontecesse este tipo de atendimento seriam necessários mais profissionais que trabalhassem de forma específica para cada tipo de doença, e isso não acontece. O acompanhamento ocorre de acordo com o histórico clínico do grupo de mulheres que participa destas atividades programadas pelo profissional de Educação Física.

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

*“O atendimento pode ser individual ou coletivo, neste caso é coletivo, os grupos são abertos e não tem um atendimento para grupos específicos de mulheres, existe sim o acompanhamento de acordo com o histórico clínico destas mulheres*

Sobre o planejamento e o tipo de atividade física para esse grupo de mulheres, o grupo de trabalho multidisciplinar deixa todo o planejamento e ações para serem realizadas pelo profissional da área, após a discussão de casos nas reuniões do NASF, neste caso o grupo de profissionais do NASF, em suas evocações, relatam que o tipo de exercício físico deve ser estipulado pelo profissional de Educação Física e que é necessário realizar uma coleta de dados para obter informação sobre o estado físico da praticante que esta iniciando o programa. A prescrição de exercícios físicos deve acontecer de acordo com o histórico clínico de cada mulher que participa do programa, visto que cada tipo específico de exercício proporciona um efeito pré-determinado.

*“Os exercícios que são prescritos nestes grupos são a ginástica localizada, a dança e a caminhada orientada”.*

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

*“Os exercícios físicos somente são prescritos após avaliação do histórico clínico do praticante de atividade física e após um consenso com esta sobre a preferência com relação á atividade proposta”.*

Os resultados da pesquisa quantitativa neste estudo partiram da análise de um Questionário Perfil socioeconômico e por um Questionário de Qualidade de Vida em Saúde SF-36.

O Quadro um mostra os resultados do Questionário perfil socioeconômico que envolveu um grupo de 108 mulheres cadastradas e residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde D. Florinda no município de Mineiros-GO.

**Quadro 1:** Dados do questionário perfil socioeconômico das 108 mulheres participantes do estudo nas fases do climatério, menopausa e pós-menopausa

Características Sociodemográficas	Estilo de Vida	Dados Gineológicos e Sintomas
Faixa etária – Média: 63,5 (±8,28)	Exercício Físico: 50%	76,9% das mulheres não menstruem
Maioria natural de outros municípios	Característica: Exercícios em grupo	Idade da menopausa – Média: 53 (± 2,7)
Escolaridade – Média: 10,4 (± 4,5)	Tipo: Caminhada, ginástica aeróbica e práticas de academia	60,2% das mulheres sentem ondas de calor
Estado Civil: 51,8% casadas	Tipo de atividade de lazer e recreação: Dançar, atividades manuais/visuais e ir a igreja.	54,6% das mulheres tem dificuldade para dormir
Renda pessoal (Salário mínimo): 41,7% entre 1 a 2	70,4% das mulheres não frequentam festas.	58,3% relataram aumento de peso
Renda familiar per capita (Salário mínimo): 63,9% entre 1 a 2	Motivos: Não gostam, namorado e/ou marido não gostam.	50,9% não sentem dor nas articulações
Arranjo domiciliar: 30,6% mora com cônjuge e filhos		100% das mulheres apresentaram resultado do exame de FSH > 30
Rede elétrica/Água encanada: 100%		

Fonte: Dados do Estudo

O Perfil Socioeconômico das participantes mostraram importância, na medida em que foram sendo analisadas, as situações

particulares de cada participante, mostrando quais suas características Sociodemográficas, Estilo de Vida e dados ginecológicos e sintomas. Todos estes fatores contribuíram para o conhecimento dos dois Subgrupos avaliados, demonstrando que interferem na melhora da Qualidade de Vida em Saúde destas mulheres.

Percebe-se que famílias cuja renda pessoal mensal é de até dois salários mínimos, por vezes, podem levar a dificuldades na manutenção do lar, principalmente se for levado em consideração o número de pessoas que ali residem, pois as dificuldades financeiras podem levar ao estresse e a insegurança comprometendo a Qualidade de Vida em Saúde, o mesmo acontece com relação à análise da renda familiar *per capita*.

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

Com relação ao Estilo de Vida, a metade das mulheres participantes não praticava exercício físico durante todo o período do estudo. Os resultados mostram que esta metade está sedentária e isto favorece o desenvolvimento do sobrepeso e obesidade, fatores que levam o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e suas complicações, especialmente com o decorrer da idade.

Os tipos de atividades físicas realizadas nas Academias de Saúde foram para maioria a caminhada, porém dentro do projeto outras atividades como ginástica e práticas de academia também eram realizadas. Quanto às atividades de lazer e recreação as mais citadas pelas mulheres que participaram deste estudo foram à dança seguida pelas atividades manuais/visuais e ir a Igreja. Para este grupo de mulheres estas atividades melhoravam o aspecto físico, emocional e social, que de certo modo, é importante nesta fase, pois viver em sociedade faz com que as mulheres tenham apoio e suporte para enfrentar as dificuldades do momento, compartilhando dúvidas e experiências únicas com as demais.

Destaca-se ainda que um grupo de mulheres não têm ou não gosta de nenhuma atividade de lazer e recreação, o que pode contribuir para o risco de solidão e isolamento social.

A principal queixa predominante em mulheres na Peri e pós-menopausa são as ondas de calor. No que se refere à dificuldade para dormir, a maioria das mulheres relataram a presença deste fator que diminui a Qualidade de Vida em Saúde, os hábitos pessoais das mulheres podem levar a sensação de ondas de calor, sudorese noturna, dificuldade para dormir, secura vaginal, mudanças no comportamento sexual, depressão, ansiedade, irritabilidade e problemas de memória e concentração.

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

Em relação à alteração de peso durante este período, este estudo mostra que a maioria das mulheres deste estudo teve um aumento de peso.

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

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

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

**Tabela 1:** Graus gerais da Qualidade de Vida em Saúde no Pré e Pós-teste dos Subgrupos do estudo

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

Fonte: Dados do estudo.



Quando se iniciou o estudo com este grupo de participantes (N=108), como mostra os resultados do estudo na tabela 1, a saúde geral do Subgrupo E, com 54 mulheres que praticavam atividade física, no Pré-teste, estava com média de 55,5, comparando com o Pós-teste 90 dias após o início das atividades, a média subiu para 64,9, constituindo um aumento de 9,9 no grau de saúde das participantes.

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

Portanto ao se comparar os dois Subgrupos ficam evidentes as diferenças que a prática de atividade física fez para os dois grupos do estudo.

A Tabela 2 mostra os resultados obtidos nas três aplicações do SF-36, na primeira ida a campo e nas encontradas após 30 e 90 dias, por domínio.

**Tabela 2:** Valores de médias, desvios-padrão e (r) Coeficiente de Correlação de Pearson obtidos em três coletas de dados para cada domínio do questionário SF-36 em 108 participantes nas fases do climatério, menopausa e pós-menopausa

Domínios	Grupo E	Grupo F	r	Grupo E1	Grupo F1	r	Grupo E2	Grupo F2	r
<b>Componente Físico</b>									
Capacidade Física	85,0± 19,0	51,5± 26,8	0,08	88,4± 18,6	48,0± 26,0	0,15	89,4± 18,1	31,3± 33,4	0,19
Aspecto Físico	64,0± 48,0	42,1± 49,5	0,00	88,9± 29,8	42,0± 49,0	0,13	89,4± 29,8	33,3± 47,6	0,12
Dor	57,2± 18,5	33,0± 22,0	0,00	67,4± 12,0	24,3± 22,0	-0,05	76,3± 13,9	18,3± 24,4	0,02
Estado Geral de Saúde	54,0± 4,9	53,2 ± 6,4	0,00	54,9 ± 6,0	51,4 ± 7,4	0,33	56,4 ± 5,7	49,9 ± 6,1	-0,08
<b>Componente Mental</b>									
Vitalidade	56,8 ± 6,9	56,4 ± 7,4	0,00	56,9 ± 7,5	52,6 ± 6,3	0,07	57,5 ± 6,2	48,9 ± 4,5	-0,07
Aspecto Social	57,0± 17,0	48,8± 22,4	0,00	62,5± 16,0	43,3± 20,0	-0,20	65,0± 13,2	42,6± 17,9	-0,18
Aspecto Emocional	53,0± 18,0	41,9± 49,4	0,00	66,7± 19,5	36,4± 48,0	-0,11	87,0± 21,9	30,9± 46,2	0,03
Saúde Mental	53,0 ± 9,0	49,6 ± 6,1	0,00	64,8 ± 7,8	47,3 ± 5,2	0,04	65,0 ± 6,2	45,0 ± 6,1	-0,08

<0,05. r = Coeficiente de Correlação.de Pearson. Fonte: Dados do estudo.

A Tabela 2 mostra uma evolução em todos os domínios estudados. O domínio DOR indica que a participante possivelmente não apresenta dor ou limitação devido a dor, melhorando neste caso o grau de saúde deste grupo de mulheres.

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

Ainda conforme o autor citado anteriormente um aumento do domínio Aspecto Físico pode significar uma diminuição da limitação em saúde devido a problemas físicos. O mesmo pode-se dizer a respeito do domínio Aspecto Emocional que com o aumento destes resultados é possível que os problemas emocionais não interfira na execução das atividades de vida diária destas mulheres.

Em relação à Saúde Mental os melhores resultados estão nos domínios Aspecto Emocional, Saúde Mental e Aspecto Social. É possível relatar que ocorreu uma melhora satisfatória com relação a vários domínios após os 30 e 90 dias de atividade física realizada por estas mulheres. As mulheres relataram uma diminuição na intensidade e desconforto causado pela dor, diminuindo assim, a limitação causada pela mesma.

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

Ainda analisando a Tabela 2 os resultados dos três testes realizados com os Subgrupos F, F1 e F2, foi possível observar uma piora do grau de saúde das mulheres que não pratica atividade física em todos os domínios.

O domínio DOR teve uma piora considerável neste Subgrupo que pode ser justificado por Ferreira (2008) ao afirmar que a possível diminuição da dor provavelmente leva a uma maior intensidade e desconforto por parte das mulheres limitando as mesmas durante as atividades de vida diária destas mulheres, isto pode ser observado na Tabela 2.

Pode-se observar também que o domínio que ocorreu maior piora foi a Capacidade Funcional seguida dos domínios Aspecto Física, Vitalidade, Aspecto Emocional e Saúde Mental. Os domínios Estados Geral de Saúde e Aspecto Social tiveram pioras baixas em relação aos três testes.

Ainda para Ferreira (2008) a baixa diminuição do domínio Vitalidade indica que estas mulheres possam estar mais cansadas,

exaustas e com maior fadiga para realizarem as atividades de vida diária. Segundo o autor acima a baixa diminuição dos resultados do domínio Estado Geral de Saúde indicam que possivelmente estas mulheres avaliam sua saúde como má e acredita que ela provavelmente vai piorar.

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

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

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

## **Considerações finais**

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

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

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

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

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

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

A Secretaria Municipal de Saúde diante deste perfil deve estabelecer políticas de saúde que atenda este perfil demográfico contemplando, a saúde do trabalhador e a do homem, além daquelas pactuadas por intermédio do pacto pela saúde.

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

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

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

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

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

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

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

## Referências

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

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

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

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

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

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

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

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

FERREIRA, P. L. **A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36.** 2008.

FREIRE M.E.M, SAWADA N.O, FRANÇA I.S.X, COSTA S.F.G, OLIVEIRA C.D.B. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**[Internet]. 2014[cited 2015 Jun 10];48(2):357-67. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt\\_0080-6234-reeusp-48-02-357.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-357.pdf)

GIMENES G.F. Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. **Rev Trab Educ Saúde** [Internet]. 2013[cited 2015 Jan 10];11(2):291-318. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a03v11n2.pdf>

LORENZI D.R.S; BARACATI T, E.C; SACIOTO, B; PADILHA, J.R.I. Fatores associados à qualidade de vida após a menopausa. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.52, n.5, p.312-7, 2006.

LUCENA, D.; BORGES, K. E. L.; AGUIAR, M. A.; ALCÂNTARA, F.; MADRUGA, J. G.; LOMEIO, R. **A inserção da educação física na estratégia saúde da família em Sobral/CE**. SANARE, v. 5, n. 1, p. 87-91, 2009.

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

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

MORETTI A. C., ALMEIDA V, WESTPHAL M; F, BÓGUS C. M.. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. **Saude soc.** . 2009 June; 18( 2 ): 346-354.

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

VAN ZUTPHEN, M.; MILDER, I. E.; BEMELMANS, W. J. Usage of an online healthy lifestyle program by pregnant women attending midwifery practices in Amsterdam. **Preventive medicine**, v. 46, n. 6, p. 552-557, 2008.

WERNECK, M.A.F; FARIA, H. P.; CAMPOS, K.F.C. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. **Belo Horizonte: Coopmed**, 2009.