

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUE PRATICAM E NÃO PRATICAM CAMINHADA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Nara Cristina dos Santos¹
Osvaldo Gabriel Alves da Silva¹
Rosângela Soares Campos²

RESUMO: O presente estudo buscou analisar os benefícios na qualidade de vida de idosos que praticam caminhadas feitas dentro do programa Saúde da Família (PSF) e a importância do professor de Educação Física neste programa, a frente de todas as atividades físicas. A relevância deste estudo deu-se por se tratar de um tema recente e necessário para a saúde pública, ainda com a inserção do Educador Físico nos postos de saúde, foi feito um levantamento das leis que legitimaram a Educação Física como ciência da área de Saúde. O estudo teve como metodologia utilizada a pesquisa exploratória conceituada por Gil (2002), como aquela que busca tornar o objeto de estudo explícito e construtor de hipóteses. Este tipo de pesquisa bibliográfica e estudo de caso é obtida a partir de materiais já publicados com bases em dados científicos, em especial livros, artigos e na internet. Além disso, será feita uma pesquisa de campo, etapa após a pesquisa bibliográfica, que tem como objetivo a coleta de dados. Após apuração dos dados observou-se que a qualidade de vida dos indivíduos praticantes de caminhadas é melhor que as dos não praticantes porém varia de idoso para idoso, levando em consideração algumas influências como: escolaridade, renda, horário e frequência. A prática da caminhada feita regularmente pelos idosos praticantes trouxe inúmeros benefícios à saúde, gerando redução no consumo de medicamentos, e dos gastos por parte dos órgãos de saúde pública, além de promover uma grande melhora em suas atividades cotidianas.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida, Programa Saúde da Família, Educação Física e Caminhada.

ABSTRACT: This research searched to analyse the benefits in the elderly life's quality that practice walking in the Health's Family Program (HFP) and how the physical education's teacher is important in it cause he's responsible by all its physical activities. The relevance of this research was performed by treating a recent theme but necessary to the public health, still with the inclusion of the Physical Education in the health center. It had been made a survey from the laws that recognize Physical Education as health's science. This research used the methodology of the exploratory search conceptualized by Gil (2002), like that seeks to make the study's object explicit and builder hypotheses. This kind of bibliography

¹ Graduandos em Educação Física, Centro de Estudos Octavio Dias de Oliveira, Faculdade União de Goyazes.

² Orientadora. Coordenadora do Curso de Educação Física da Faculdade União de Goyazes.

seek and case study was made from material already published with scientific data bases, specially books, articles in the internet. By the way, it will be made a field seek, stage after the bibliography's seek, wich aims to collect data. After checking the data showed that the life's quality of people who pratice walking is better than of those who don't pratice it, however it can be different from each one, considering some influences like: education, income, time and frequency. Practice walking regurlaly done by elderly brought many health benefits, resulting redupcion of the medicines` consupcion and spending money by public health agencies, and promote a marked improvement in their daily activities.

Keywords: Life`s Quality, Health`s Family Program, Physical Education and Walking.

INTRODUÇÃO

Segundo NAHAS (2003), a qualidade de vida é diferente de pessoa para pessoa e com tendência a mudar ao longo da vida. As situações que determinam a qualidade de vida, em geral, associam-se a fatores como: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e espiritualidade, que de forma geral atendem as necessidades humanas.

De acordo com GUIMARÃES & MARTINS (2004), o conceito de qualidade de vida seria a percepção individual relativa às condições de saúde e outros aspectos como expectativa de vida, mortalidade, morbidade, níveis de escolaridade e alfabetização de adultos, renda per capita, nível de desemprego, desnutrição e a obesidade.

Para NAHAS (2003), uma visão holística da qualidade de vida seria a condição humana resultante em um conjunto de parâmetros individuais e sócio-ambientais modificáveis ou não, que caracteriza as condições em que vive o ser humano (Quadro 1).

QUADRO 1 - Parâmetros sócio-ambientais e individuais

Parâmetros sócio-ambientais	Parâmetros individuais
Moradia	Hereditariedade
Assistência médica	Estilo de Vida
Trabalho e Remuneração	Hábitos alimentares
Educação	Controle do Stress
Opções de lazer	Atividade Física Habitual
Meio-ambiente	Relacionamentos
Cidadania	Comportamento Preventivo

Fonte: Adaptado de Nahas (2003).

Desde os anos 80 o termo qualidade de vida tem sido frequentemente utilizado associado à saúde, desigualdade social, pobreza, sedentarismo, cidadania, acesso aos bens materiais, ao turismo e lazer, apresentando o conflito da incorporação de uma vida saudável em contracorrente com o sedentarismo (GUIMARÃES & MARTINS, 2004).

Qualidade de vida é a percepção individual relativa às condições de saúde e outros aspectos gerais da vida pessoal, como auto-estima. Entretanto, existem evidências que pessoas que possuem um estilo de vida mais ativo tendem a apresentar auto-estima e percepção de bem estar psicológico positivos. O comportamento ativo sofre influência da dinâmica cotidiana dos indivíduos (trabalho, aspectos corporais, fatores psicológicos, crenças e conhecimento) e de fatores ambientais (segurança, moradia, aspectos econômicos, saúde básica, educação e transporte), que podem ter uma relação determinada para o envolvimento da população em atividades físicas (MINAYO *et al.*, 2000).

Segundo Nahas (2003), são vários os motivos que levam as pessoas a praticarem atividades físicas. A adesão a um programa de atividade física é um fenômeno que depende de fatores pessoais como conhecimento, interesse, aspectos psicológicos e morfológicos e fatores ambientais como segurança, distância do local de prática e aspectos econômicos.

A caminhada é uma das atividades físicas mais indicadas pelos especialistas e considerada a mais antiga atividade física do homem e foi sendo deixada de lado no decorrer do processo evolutivo humano em detrimento aos escritórios, automóveis e demais facilitadores da vida habitual, aumentando-se o número de doenças ocasionadas pela falta de atividades físicas (TAMAYO *et al*, 2001).

Influências médicas, científicas, ideológicas e dos meios de comunicação tornaram crescente a demanda por espaços para a prática de atividade física, onde o exercício combinado ao descanso mental proporcionado tornou-se uma forma de libertação dos indivíduos das preocupações do dia-a-dia, um meio de melhoria da qualidade de vida e condições de saúde, atribuindo à Caminhada, o primeiro lugar no *ranking* das atividades mais difundidas e em crescimento no mundo. Nos Estados Unidos são mais de 20 milhões de praticantes (OLIVEIRA, 2003).

Por ser uma atividade democrática e abrangente quanto à prática, a caminhada, independente do nível sócio-econômico, raça, cultura ou sexo, sendo um exercício natural, sem restrições, fácil de fazer e por não trazer gastos monetários se respeitados os limites de seus adeptos, pode ser vivenciada por qualquer pessoa, em qualquer idade, em quaisquer espaços ou lugares, considerada como uma das atividades mais praticadas no mundo (GASPARI & SCHWARTZ, 2005).

RIPPE (1995), afirma que caminhar é uma atividade física muito eficiente, pois melhora o condicionamento cardiovascular, reduz a gordura corporal, combate a osteoporose e resulta em bem-estar psicológico, levando em consideração um programa direcionado para cada indivíduo e suas alterações, volumes e intensidades. Por ter todos estes resultados positivos, a caminhada transformou-se em uma das principais medidas contra a depressão e o controle do estresse, onde em quase todos os casos é a primeira recomendação que o médico faz para o paciente que tem este tipo de problema.

Objetivou-se analisar os benefícios na qualidade de vida de idosos que praticam caminhadas feitas dentro do programa Saúde da Família (PSF) e a importância do professor de Educação Física neste programa, a frente de todas as atividades físicas.

DESENVOLVIMENTO

Programa Saúde da Família (PSF)

O Programa Saúde da Família surgiu em meio a uma crise estrutural do setor de saúde do Brasil, presenciada pela população brasileira ao longo de muitas décadas. O PSF tem como finalidade a realização de atividades de promoção à saúde, controle e prevenção de doenças, além de ações educativas que sejam capazes de orientar diferentes práticas no campo da saúde (BRASIL, 1994).

O PSF foi criado no ano de 1994 pelo Ministério da Saúde, durante o governo do presidente Dr. Fernando Henrique Cardoso. Definiu-se com base em um modelo assistencial à saúde da população, por meio do desenvolvimento de diretrizes de promoção à saúde do cidadão, da família e da comunidade por equipes de saúde que realizam o seu atendimento no nível primário (GOMES, 2007).

Segundo PAIM (2001), o PSF teve como programa antecessor o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), e desde seus anos iniciais foi marcado por críticas e inquietudes às suas proposições.

Para VIEIRA (2004), o PSF foi inspirado em experiências oriundas de outros países como, Canadá, Cuba e Inglaterra. Nesses países a saúde alcançou níveis satisfatórios, ao investir em promoção de saúde.

O PSF foi concebido pelo Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de uma reorganização em novas bases e critérios para prática assistencial de saúde, substituindo o modelo vigente de assistência orientado para cura das doenças nos hospitais e centros de saúde (COQUEIRO *et al.*, 2006).

A idéia do PSF no Brasil, mesmo sendo baseada na Associação dos Postos de Saúde, é original, diferente e inédita na sua construção, não existindo nada semelhante em outros países, o que a diferencia de modelos internacionais existentes na Europa, Canadá, e Oceania (CAMPOS, 2002).

Para SILVA (2004), o PSF surgiu com o intuito de promover mudanças nos paradigmas das práticas de ações de saúde, excluindo o tradicionalismo focado na assistência hospitalar e individual e partindo para um objetivo coletivo, diretamente no ambiente social e físico das famílias.

Segundo DIAS (2007), o objetivo do PSF é atender o início do problema, evitando que ele evolua, diminuindo os gastos com a saúde e proporcionando consequentemente melhor qualidade de vida para a população.

Para TEIXEIRA (2008), o objetivo do PSF consiste em romper com o conceito apenas de cura, propondo um trabalho que oferecesse melhor qualidade de vida ao cidadão, baseando-se na prevenção, promoção e proteção à saúde, diagnosticando precocemente a doença.

COUTINHO (2005), afirma que a prática assistencial feita pelo PSF está na Atividade Primária de Saúde, que orienta as comunidades a conquistarem melhorias na qualidade de vida e saúde.

As Unidades Saúde da Família (USF), de acordo com BRASIL (2004), são formadas por equipes de saúde da família que englobam médico generalista (clínico geral), enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, sendo estes últimos, os responsáveis pelo registro e acompanhamento da população que reside na área de abrangência.

As ações do PSF têm como base os postos de atendimento da Unidade Saúde da Família, sendo esta uma unidade ambulatorial de saúde pública, preparada para realizar atendimento contínuo às especialidades básicas por meio de uma equipe multiprofissional, que tem como tarefa desenvolver ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação. Ao relevar o processo complexo de saúde/doença de forma mais abrangente e total, considera-se importante ter pessoas com perfil que atenda as necessidades identificadas na população ou comunidade, pois a aproximação dos profissionais com a comunidade requer um tempo mínimo da equipe para conhecimento da saúde da família e habilidades clínicas (CAMELO & ANGERAMI, 2004).

Para GUSMÃO (2010), a definição do princípio da universalidade é afirmar que a saúde é um direito de todos e uma obrigação do Estado.

A inclusão das equipes multidisciplinares no Programa Saúde da Família tem como objetivo preencher uma lacuna na promoção de saúde da população e fazer com que esses profissionais tenham maior proximidade com a comunidade. Vale ressaltar a importância do professor de Educação Física nessa equipe, comportando-se como um profissional indispensável, trabalhando junto com os demais para serem agentes de desenvolvimento na área de saúde (SILVA, 2004).

Educação Física (EF) no Programa Saúde da Família

Com vistas a ampliar o espaço de atuação da ciência Educação Física, esta foi inserida na área da saúde, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218 do dia 6 de março de 1997, sendo acompanhada de outras profissões como Biomedicina, Enfermagem, Fonoaudiologia, Medicina e Nutrição (BRASIL, 1997).

O Educador Físico é imprescindível no PSF, pois suas competências se referem ao planejamento, programação, coordenação, supervisão, direção, organização, avaliação e execução de trabalhos e programas, por meio de treinamentos específicos, participação em equipes multidisciplinares e interdisciplinares, além de elaborar informes científicos, técnicos e pedagógicos nas áreas de saúde, atividades físicas e desportos (BRASIL, 1998).

Com a criação da lei 9.696 de 1º de setembro de 1998, foi criado o Conselho Nacional de Educação Física, que pouco tempo depois instituiu o seu código de Ética Profissional e em seguida, criou uma comissão especial para elaboração de códigos de procedimentos profissionais da EF no SUS, conhecido como CBO-SUS. A partir do código de Ética da Educação Física pôde-se implantar e representar a institucionalização do trabalho profissional de Educação Física nos hospitais, clínicas, postos de saúde e semelhantes por todo país (CONFEEF, 2010).

Para Lucena (2004), a inserção do professor de Educação Física no PSF deu-se no ano de 2002, no município de Sobral, Estado do Ceará, e o seu foco é de programar atividades físicas (AF) nos grupos de pessoas frequentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e construir as redes sociais, cujo objetivo é a elaboração e programação de projetos que promovam estilos de vida saudáveis.

O Ministério da Saúde (MS) no ano de 2005 implantou a Agenda de Compromisso pela Saúde que engloba três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão (CARVALHO, 2008).

Com o reforço da Agenda de Compromisso pela saúde ocorrida no ano de 2005 a EF foi inserida no PSF pela composição e criação dos núcleos de atenção integral de saúde da família, pela portaria nº 1065/GM, expressa nos seus artigos 3º, 5º e 7º (BRASIL, 2005).

O artigo 3º da portaria nº 1065/GM aponta que a atividade física é uma das quatro modalidades de ação em saúde, exposta em dois itens do artigo: o item I que se refere a alimentação/nutrição e atividade física e o item II que se refere a atividade física.

O art. 5º trata da necessidade de contratação de profissionais de Educação Física para a implantação do núcleo de atividade física e o profissional de Educação Física é destacado ainda no art. 7º.

No ano de 2008, a EF teve sua atuação realmente definida no PSF, com a criação dos núcleos de apoio aos PSFs, mais conhecidos como Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), pela portaria nº 154/2008 (BRASIL, 2008).

OLIVEIRA (2010), afirma que o NASF foi conhecido no ano de 2008 e que sua criação possibilitou a inserção do professor de Educação Física na equipe.

Segundo o CONFEF (2010), a portaria nº 154/2008 mostra a visão do governo e a demanda da sociedade em relação a importância do papel do profissional de Educação Física na prevenção de doenças e na promoção/manutenção da saúde da população.

O professor de EF, de acordo com PORTO (2006), é um profissional que possui como especialidade principal atividades físicas em sua totalidade de manifestação (dança, desportos, exercícios físicos, ginástica, jogos, entre outros), e o seu propósito é o de auxiliar o desenvolvimento da educação e saúde, contribuindo para o restabelecimento e/ou aquisição de níveis adequados de condicionamento e desempenho fisiológico.

Para COQUEIRO (2006), é escasso o conhecimento sobre a atuação do professor de Educação Física no quadro das equipes multiprofissionais do PSF,

sendo que os principais objetivos no PSF são a prevenção e a promoção da saúde, por isso o professor de Educação Física quando inserido nessa equipe multidisciplinar, deve não só focar em grupos de população vulneráveis ou enfermos, mas também formar grupos de pessoas que buscam a prática de atividades físicas para a prevenção de doenças.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a pesquisa exploratória, conceituada por Gil (2002), como aquela que busca tornar o objeto de estudo explícito e construir hipóteses, podendo ser pesquisa bibliográfica e estudo de caso. A pesquisa bibliográfica utilizada neste estudo de caso foi obtida a partir de materiais já publicados, em especial livros, artigos e na internet. Além disso, foi realizada uma pesquisa de campo, etapa após a pesquisa bibliográfica para a coleta de dados.

Amostras

Foram amostrados 10 idosos praticantes de atividades físicas, especificamente caminhadas, realizadas por meio do PSF 311 do Setor Vila Pai Eterno em Trindade - GO e 10 idosos que não praticam atividades físicas, ambos os grupos compostos por indivíduos com idade entre 60 e 65 anos e do sexo masculino. Ressalta-se que todos os pesquisados freqüentavam o PSF em função de patologias como hipertensão e doenças cardiovasculares.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) Anamnese, que consiste em um questionário elaborado pelos pesquisadores sobre as condições econômicas, condições clínicas, condições

nutricionais, nível de escolaridade e motivos da aderência a prática da atividade física (Anexo I).

b) Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF36, (Ciconelle, 1999), que investiga as dimensões da qualidade de vida em oito domínios (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental), por meio de onze perguntas fechadas, como a avaliação do entrevistado em relação a sua própria saúde, sendo que a avaliação considerada excelente obteve valor (5), muito boa (4), boa (3), ruim (2) e muito ruim (1). O valor das questões foi somado, após foi feito o Cálculo do RawScale, nesta fase foi transformado o valor das questões anteriores em notas dos 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem) (Anexo III). Em seguida foi aplicada a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (score range)}}$$

O limite inferior e a variação estão representados no Anexo IV e a avaliação das questões no Anexo V.

Procedimentos

Inicialmente foi explicado aos grupos A (indivíduos que praticam atividade física) e B (indivíduos que não praticam atividade física) os objetivos e a importância da pesquisa, em seguida, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente, aplicou-se o Questionário de Qualidade de Vida SF36 aos idosos que aceitaram participar da pesquisa.

Análise dos dados

Os dados foram analisados quantitativamente, por meio de estatística descritiva, utilizando-se média e desvio padrão. A partir dos resultados obtidos foi realizada análise qualitativa dos dados.

RESULTADOS

As características dos indivíduos amostrados são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características dos indivíduos e desvio padrão da média (DP).

	Idade	Renda	Nível de escolaridade
Praticantes	60 a 65 DP=3.5	1 a 3 salários mínimos	100% ensino fundamental
Não Praticantes	60 a 65 DP=3.5	1 a 3 salários mínimos	100% ensino fundamental

Os dados relativos aos domínios do teste de qualidade de vida: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor e estado geral de saúde (domínio de I a IV), estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Resultados médios dos domínios I a IV

	Capacidade Funcional	Limitação por Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde
Praticantes	89.1 DP=11.2	78.8 DP=16.1	74.6 DP=10.3	62 DP=11.3
Não Praticantes	54.4 DP=19.7	46.4 DP=21.8	50.1 DP=14.9	48.9 DP=17.7

Pode-se observar que os praticantes de caminhada tiveram médias superiores em todos estes domínios analisados quando comparados aos não praticantes. A diferença entre as médias dos dois grupos ultrapassou na maioria dos itens em vinte pontos, sendo que, no grupo não praticante, o desvio padrão foi superior, o que significa que este é mais heterogêneo que o grupo de praticante.

Os dados referentes aos domínios de V a VIII: vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Resultados referentes aos domínios V a VIII

	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos Emocionais	Saúde Mental
Praticantes	74.2 DP= 18.4	76.9 DP=16.3	81.7 DP=13.3	78 DP=16.3
Não Praticantes	48.1 DP=16.5	64.5 DP=10.2	52 DP=11.8	55.9 DP=14.7

Nota-se que, assim como os domínios anteriores, I a IV, os praticantes de caminhada obtiveram resultados mais elevados que os não praticantes nos domínios V a VIII e a diferença entre as médias, em geral, ultrapassou vinte pontos. O desvio padrão do grupo não praticante foi superior ao praticante.

Ressalta-se que 60% dos entrevistados que caminham, afirmaram que este exercício auxiliou na redução dos medicamentos.

DISCUSSÃO

Os resultados indicaram que os praticantes de atividade física têm uma melhor qualidade de vida quando comparados aos não praticantes, sendo que a diferença entre ambos foi significativa. Já no estudo realizado por ALLECK *et al.* (2000), com idosos praticantes e não praticantes de atividade física, não houve diferenças significativas na qualidade de vida entre os grupos, mostrando que a variável atividade física isoladamente não interferiu para melhorar a qualidade de vida.

Com relação à renda salarial e ao nível de escolaridade, os resultados do presente estudo indicaram que estas variáveis foram iguais para os dois grupos.

Isso significa que tais variáveis isoladamente contribuem pouco para a qualidade de vida, o que a reforça como o resultado da combinação de diferentes aspectos. TAHARA *et al.* (2003), em seus estudos sobre aderência e manutenção da prática da caminhada na terceira idade, encontrou dados diferentes, mas a maior parte dos entrevistados em seu trabalho afirmaram ter o ensino superior completo e renda acima de seis salários mínimos, realidade diferente de grande parcela da população brasileira e ainda demonstrou a discrepância de condições e oportunidades, onde quem tem mais informação busca mais qualidade de vida, com isso, verifica-se que as variáveis renda, escolaridade e atividade física interferem na qualidade de vida dos indivíduos, mesmo que indiretamente.

Em razão das observações realizadas, relatórios de campo e diálogos com os indivíduos, verificou-se que o aspecto saúde mental e alívio do estresse cotidiano está muito ligado ao conceito de qualidade de vida, além das melhorias dos sistemas cardiovasculares, respostas fisiológicas, sociais, também dos serviços de saúde, acesso ao trabalho, alimentação e lazer, sendo que, estes benefícios levaram à redução de medicamentos.

NAVES (2006), em sua pesquisa sobre caminhada na pista do Horto Florestal de Goiânia, encontrou dados similares aos citados anteriormente, mostrando que os praticantes de caminhadas tiveram melhorias na disposição, condição de saúde, estética, bem estar, alívio do estresse, melhoria do sono, fuga do sedentarismo, melhoria do condicionamento físico e resistência, calma e tranquilidade.

Em relação a presença de profissionais de Educação Física, foi observado falta de políticas públicas neste sentido para inserir profissionais nos postos de saúde, embora exista grande aceitação por parte da população ainda falta bom senso das autoridades e dos órgãos governamentais.

CONCLUSÃO

Os praticantes de caminhada têm uma melhor qualidade de vida do que os não praticantes. Isso significa que a caminhada é um fator significativo nos diversos

domínios da qualidade de vida e ajuda a diminuir a utilização de remédios para patologias como hipertensão e doenças cardiorrespiratórias.

Em relação a escolaridade e renda salarial, observou-se que o público caminhante são de classes sociais baixas e com nível de escolaridade baixo. Todavia, notou-se que a condição financeira e cognitiva não está totalmente interligada ao conhecimento específico e científico da modalidade em questão, pois parte dos idosos realizam a caminhada de forma correta, apesar de existir a necessidade de políticas públicas neste sentido para a promoção de atividades orientadas, que possam atender todas as classes sociais.

Sendo assim, surge a proposta para futuros trabalhos a respeito da caminhada realizada pelas classes menos favorecidas, pressupondo que se existem grandes equívocos em uma população instruída educacionalmente, como seriam os trabalhos relacionados a prática por indivíduo que não possuem oportunidade de acesso a educação, informação e trabalho digno.

Estes resultados não são conclusivos, é necessário que novos estudos sejam realizados com uma amostra maior de pessoas, incluindo as mulheres.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir de alguma forma para a reflexão e debates relacionados a promoção da caminhada de forma orientada e consciente, e que possa ser ampliada a visão para novos estudos sobre a atividade norteadas por profissionais em comparação ao presente estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. **Saúde da Família**. Ciências & Saúde Coletiva v.12 n. 2. Rio de Janeiro – RJ, Mar./Abr. 2007.

BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília – DF: Ministério da Saúde. 1994.

_____, Ministério da Saúde. **Resolução Conselho Nacional de Saúde 218/97**. Brasília – DF: Ministério da Saúde. 1997.

_____, Congresso Federal Brasileiro. **Lei 9696, de 1ª setembro de 1998**. Brasília - DF: 1998.

_____, Ministério da Saúde. **Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESF.** Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1065/GM de 4 de julho de 2005.** Disponível em: <http://dtr2001.saúde.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1065.htm>, acesso em 10/12/2010.

_____, Diário oficial da união. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Brasília – DF. 2008.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. **Sintomas de Estresse nos Trabalhadores Atuantes em Cinco Núcleos de Saúde da Família.** Revista Latino Americana de Enfermagem. Janeiro-Fevereiro; 12(1): 14-21. 2004.

CAMPOS, F. E., *et al.* **Reflexões sobre Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades.** In: Revista Brasileira Saúde da família, ano II, nº 5. Edição Especial, p 73. Brasília – DF. 2002.

CARVALHO, F. F. B. **Atividade Física na Perspectiva critica de Promoção da Saúde:** Por outra compreensão da Educação Física. Escola Nacional de Saúde Publica. FIOCRUZ. Rio de Janeiro – RJ. 2008.

CONFEEF, Conselho Federal de Educação Física. **O Profissional de Educação Física e a Saúde da Família.** Disponível em: <http://www.confef.org.br>, acesso em: 10/12/2010.

COQUEIRO, R. S.; NERY, A. V.; CRUZ, Z. V. **Inserção do Professor de Educação Física no Programa Saúde da Família. Discussões Preliminares.** Revista Digital. Buenos Aires – Argentina. 2006. Nº 103. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/revistadigital/>, acesso em: 11/12/2010.

COUTINHO, S. S. **Atividade Física no Programa Saúde da Família, em Municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. São Paulo – SP. 2005.

DIAS, J. A.; *et al.* **A Importância da execução de Atividade Física Orientada. Uma alternativa para o controle de doenças crônica na atenção primaria.** Revista Digital. Buenos Aires – Argentina. 2007. Nº 114. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/revistadigital/>, acesso em: 11/12/2010.

FERNANDES, I. B.; VASCONCELOS K. C.; SILVA L. L. L. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade da Amazônia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em BELÉM – PA (2009). **Análise da Qualidade de Vida segundo o Questionário Sf- 36 (Ciconelle, 1999), nos Funcionários da Gerência de Assistência Nutricional (Gan) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.** 2009.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. São Paulo – SP: Conferência Nacional de Saúde OnLine, 2000. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/tmas/tribuna/psftito.htm/>, acesso em: 20/01/2011.

GÁSPARI, J. C.; SCHWARTZ, G. M. **As emoções da caminhada nos espaços públicos de lazer**: Motivos de aderência e manutenção. Revista Digital – Buenos Aires – Ano 10 Nº 85 – Junho de 2005. Disponível em: <http://www.efdeportes.com>. Acessado em 20/01/2011.

GÁSPARI, J. C.; SCHWARTZ, G. M. **Inteligências Múltiplas e Representações. Psicologia**: Teoria e pesquisa, vol. 18, n.3, p. 261-266, Brasília, set-dez/2002. Disponível em: <http://www.scielo.com.br/>. Acessado em: 10/02/2011.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. Editora Atlas, São Paulo, SP. 2002.

GOMES, M. A. de. **Atividade Física em Programa de Saúde da Família: uma proposta de ação**. Dissertação apresentada ao Programa Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis – SC. 2007.

GUSMÃO, P. D. P. **As experiências da Fisioterapia domiciliar no Sistema Único de Saúde**. Monografia de Conclusão de Curso. UEG / ESEFEGO. Goiânia – GO. 2010.

LUCENA, D., BORGES, *et al.* **A inserção da educação física como Estratégia da Saúde da Família em Sobral – Ceara, CE**. Revista SANARE, 5(1), 87-91; 2004.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de Vida e Saúde**: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva, n. 5, p. 7-18, 2000.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina – PR. 2003.

OLIVEIRA, G. L. **Reflexões sobre as praticas corporais e suas implicações no programa saúde da família (PSF)**. Anais do VI Congresso Goiano de Ciências do Esporte. Goiânia. Junho de 2009.

OLIVEIRA, K. P. C., *et al.* **Exercício aeróbio no tratamento da hipertensão arterial qualidade de vida de pacientes hipertensos do Programa Saúde da Família de Ipatinga**. Revista Brasileira de Hipertensão. Vol. 17, São Paulo – SP. 2010.

PAIM, J. S. **Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia.** Interface comunicação, saúde, educação 2001; 9: 143-145.

PORTO, F. A. **PersonalTrainer – CONSEITOS.** Disponível em: <http://www.saudemovimento.com.br/conteudos/conteudoexibel.asp?codnoticia=169>, acesso em: 29/03/2011.

RIPPE, J.; WARD, A.; PORCARI, J.J.; FREEDSON, P. **Walking for heal and fitness.** J. A. M. A Am J Public Health. 1995 May; 85(5): 706-710p.
Disponível em: <http://www.saudenainternet.com.br>. Acessado em 20/01/2011.

SILVA, C. A. B. **Os dez anos do Programa de Saúde da Família – PSF.** Revista Brasileira de Promoção da Saúde, 17(3); 2004.

TAMAYO, A. K.; SCHWARTZ, G. M.; SILVA, K. A. **A influencia da atividade física regular sobre o auto conceito.** Estudos de Psicologia 2001, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v6n2/7270.pdf>, acesso em: 28/12/2010.

TEIXEIRA, T. F. **A Importância do Profissional de Educação física no Programa de Saúde da Família.** Monografia de conclusão de curso. UEG / ESEFFEGO. GOIANIA - GO. 2008.

VIEIRA, E. T., BORGES, M. J. L., PINHEIRO, S. R. M. & NUTO, S. A. S. **O Programa de Saúde da Família sob o enfoque dos Profissionais de saúde.** Revista Brasileira de Promoção da Saúde, 17(3), 2004.