

Influência de um programa de exercícios físicos no uso de serviços de saúde na Atenção Básica de Saúde do município de Rio Claro, SP

Influence of a physical activity program on the use of Primary Care services in the city of Rio Claro, SP

Andrea Elisa Donovan Giraldo¹
Grace Angélica de Oliveira Gomes^{1,2}
Thais Helena Sayegh Serafim¹
Lucas Pilla Zorzeto¹
Diogo Cestari de Aquino¹
Eduardo Kokubun¹

Rev Bras Ativ Fis Saúde p. 186-196

DOI:

<http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.18n2p186>

¹ Departamento de Educação Física, Universidade Estadual Paulista, Núcleo de Atividade Física, Esporte e Saúde, Rio Claro, São Paulo.

² Departamento de Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo.

Resumo

A prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis adquiridos com a prática regular de atividade física podem contribuir na melhoria da saúde dos indivíduos, o que pode reduzir o uso dos serviços de saúde e os gastos do governo. O objetivo do estudo foi verificar a influência da prática de exercícios físicos no uso dos serviços de saúde na Atenção Básica de Saúde (ABS). Participaram do estudo 26 mulheres de um programa de exercícios físicos em unidades de saúde da ABS do município de Rio Claro-SP. Foi aplicado um questionário com as participantes do programa de 2009 a 2011, contendo questões referentes à participação no programa, condições de saúde, percepção dos participantes em relação ao uso dos serviços de saúde sobre consultas médicas, medicamentos, doenças/queixas e internações, no momento anterior e posterior ao ingresso no programa. Foi realizada análise descritiva e de comparação, na qual foi utilizada a análise por intervalo de confiança para médias e frequências, sendo este de 95%. Após iniciar no programa, houve melhora da percepção de saúde das participantes, bem como relatos de diminuição do número de visitas à unidade de saúde, do número de medidas da pressão arterial, do descontrole da pressão arterial e da glicemia. Houve também manutenção do número e da dose de medicamentos, do número de doenças/queixas e do número de medidas da glicemia. A prática de exercícios físicos oferecida pelo programa contribuiu para melhora nos níveis de saúde percebida e para diminuição do uso dos serviços de saúde.

Palavras-chave

Atividade Física; Atenção Básica de Saúde; Uso de serviços de saúde.

Abstract

The prevention and control of chronic non-communicable diseases, promoted by the regular practice of physical activity, can improve the health status of individuals, and this can reduce government spending and the use of healthcare services. The aim of this study was to investigate the influence of physical activity practice on the use of Primary Care services. Twenty-six women enrolled in a physical activity program held in Primary Care units located in the city of Rio Claro, state of São Paulo, participated in this study. A questionnaire was administered to the women who participated in the program from 2009 to 2011, containing questions regarding participation in the program, health conditions, and participants' perceptions concerning the use of healthcare services related to medical appointments, medications, diseases/complaints and hospitalizations, in the moments before and after the enrolment in the program. A descriptive and comparative analysis was carried out, in which confidence interval analysis for means and frequencies was used, with 95% confidence intervals. After starting the program, there was an improvement in the participants' health perception, as well as reports of decrease in the number of visits to the healthcare unit, in the number of blood pressure measurements, in uncontrolled blood pressure and blood glucose. On the other hand, the number and dose of drugs remained the same, as well as the number of diseases/complaints and the number of blood glucose measurements. The practice of physical exercises offered by the program contributed to improve the levels of perceived health and to reduce the use of the healthcare services.

Keywords

Physical Activity; Primary Care; Use of Healthcare Services.

INTRODUÇÃO

O mundo vem presenciando o aumento significativo de diversas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's) como câncer, diabetes mellitus e hipertensão arterial¹. No Brasil, estas doenças são causadoras de 72% das mortes e do alto número de internações². As complicações ocasionadas pela diabetes e hipertensão arterial constituem a primeira causa de hospitalização no sistema público de saúde do Brasil e ainda estão relacionadas ao desenvolvimento de outras doenças crônicas³. Para a economia brasileira, foi demonstrado que para os anos de 2006 a 2015, o Brasil terá uma perda de 4,18 bilhões de dólares decorrentes de gastos com diabetes, doenças cardiovasculares e acidentes vasculares encefálicos⁴.

Maus hábitos como o uso de tabaco, alimentação inapropriada e inatividade física são consideradas importantes causas das DCNT's². A inatividade física, por exemplo, pode aumentar em até quatro vezes a chance de adquirir uma DCNT e é identificada como o quarto maior fator de risco de mortalidade em termos mundiais, resultando em 6% ou 3,2 milhões das mortes no mundo^{5,1}. No entanto, um percentual significativo da população é insuficientemente ativa, sendo que no Brasil, por exemplo, a prevalência de inatividade física é de 14%, e apenas 30,3% dos sujeitos possuem o hábito de realizar atividade física no tempo de lazer⁶. Os determinantes para inatividade física incluem características sociodemográficas, presença de incapacidades, falta de tempo ou de companhia, falta de locais adequados perto das residências, dentre outros⁷.

Além de comprometer a qualidade de vida dos sujeitos, a inatividade física pode gerar impacto econômico desfavorável no sistema público de saúde. Os estudos têm mostrado que a prevenção e o controle das DCNT's adquiridas com a prática regular de atividade física podem contribuir na redução do uso dos serviços de saúde e conseqüente gastos em saúde^{8,9}. Alto número de internações e longos períodos de hospitalização apresentam um alto custo para o governo e podem ser minimizados pelas ações de prevenção e controle de DCNT's oferecidas na Atenção Básica de Saúde (ABS). O potencial econômico da atividade física no Sistema Único de Saúde do Brasil pode variar entre 12% para a utilização de medicamentos e 50% para hospitalizações por DCNT's e foi estimado em R\$ 2,2 milhões⁸.

A prática regular de atividade física é apontada pelo Ministério da Saúde como umas das estratégias de promoção da saúde capaz de colaborar na prevenção e controle das DCNT's bem como proporcionar bem estar da população. A implantação de intervenções com atividade física para a comunidade tem sido realizada em diversos contextos como praças públicas, praias, parques, centros comunitários^{10,11} e também na ABS^{12,13}. Esses programas de atividade física visam atender as propostas recomendadas pelo Ministério da Saúde de aumentar o nível de atividade física da população, além de apresentar resultados positivos em relação à percepção de saúde dos participantes¹⁰.

Dentre os objetivos que essas intervenções em atividade física possuem, está o desenvolvimento da saúde de seus participantes, tanto nos aspectos físicos quanto mentais, emocionais e sociais. No contexto em que as atividades ocorrem, os participantes se beneficiam pela ocorrência da troca de conhecimentos, bem como o desenvolvimento de suporte e afeto, contribuindo para a formação de novos valores, novas amizades, novas dimensões e sentidos para a vida¹⁴. Por exemplo, o suporte social interfere positivamente na saúde das pessoas¹⁵ e está inversamente associado ao risco de desenvolver doença arterial coronariana e às taxas de mortalidade¹⁶. Considerando os benefícios da atividade física regular na saúde, essas intervenções

podem desencadear uma mudança na percepção de saúde de seus participantes e assim exercer influência nas demandas pelo uso de serviços de saúde.

No entanto, pouco se sabe sobre o quanto o uso dos serviços de saúde relacionados ao controle das DCNT's pode ser alterado com as intervenções em atividade física em unidades de saúde da Atenção Básica, sendo necessário compreender mais profundamente o quanto a atividade física é capaz de modificar essas demandas neste contexto. Neste sentido, esse estudo pretende verificar a influência da prática de exercícios físicos no uso dos serviços de saúde na ABS.

MÉTODOS

Esse estudo é de caráter retrospectivo e transversal, e foi desenvolvido em unidades de saúde da ABS no município de Rio Claro, SP. O município de Rio Claro é localizado na região centro-leste do estado, com 187.637 habitantes e possui uma característica geográfica plana que facilita a prática de atividade física de caminhada e bicicleta, tanto no tempo de transporte quanto no lazer. Além disso, o município destaca-se por oferecer programa de exercícios físicos na ABS em todas as unidades de saúde através de parceria com a Universidade Estadual Paulista – Campus de Rio Claro (UNESP- Rio Claro), mesmo diante da ausência de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo n° 0746) da UNESP- Rio Claro e todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

População de estudo

A população da pesquisa foram mulheres participantes do Programa de exercícios Físicos em unidades de saúde, residentes no município de Rio Claro - SP, com faixa etária acima de 20 anos.

Seleção da amostra

Dentre as 14 unidades de saúde da ABS que oferecem programa de exercícios físicos, foram selecionadas 39 mulheres atendidas em seis Unidades Saúde da Família e quatro Unidades Básicas de Saúde que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: participação no programa por no mínimo seis meses, mínimo de 60% de frequência nas aulas e participantes entre janeiro de 2009 e maio de 2011. Dentre as participantes selecionadas, foram excluídas as que possuíam plano de saúde particular. Assim, das 39 voluntárias, 13 participantes foram excluídas, sendo 11 delas por já possuírem plano de saúde particular e duas por não utilizarem as unidades de saúde em nenhuma ocasião. Dessa maneira, foram analisados os dados de 26 participantes. As unidades de saúde selecionadas foram Posto da 29, Jardim das Flores, Novo I, Wenzel, Benjamim, Bom Sucesso, Mãe Preta, Palmeiras, Boa Vista e Vila Cristina.

Programa Saúde Ativa Rio Claro

O programa de exercícios físicos em unidades de saúde é parte do Projeto “Saúde Ativa Rio Claro” (SARC), o qual tem por objetivo aumentar o nível de atividade física da população de Rio Claro¹³. Este projeto foi concretizado mediante parceria estabelecida entre a Fundação Municipal de Saúde e a UNESP- Rio Claro, sob coordenação e orientação de docentes, e com a colaboração de estudantes de pós-graduação do Núcleo de Atividade Física Esporte e Saúde (NAFES) do Departamento de Educação Física. Esse projeto é financiado pelo Ministério da Saúde, por meio da Fundação Municipal de Saúde e Pró-reitoria de extensão, e é realiza-

do por profissionais de Educação Física, estudantes de graduação e pós-graduação vinculados à UNESP- Rio Claro que acompanham e orientam ações no município em campanhas, eventos, palestras de saúde, bem como programas de alimentação saudável desenvolvidos pela prefeitura da cidade ao redor do município.

O programa de exercícios físicos tem atendido parte da população que possui menos oportunidades de acesso a programas de atividades físicas ou que pertence a grupos altamente vulneráveis a um estilo de vida inativo (mulheres, faixas etárias mais avançadas e baixos níveis socioeconômicos)⁷. A maioria deles é advinda da classe social C, D e E, e de faixa etária acima de 50 anos. O programa foi implantado em 2001 inicialmente para pacientes diabéticos, hipertensos e obesos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde. Ao longo dos anos, o programa de exercícios físicos foi estendido às outras unidades do município com o objetivo de atender uma maior quantidade de pessoas da população de Rio Claro e atender às políticas de equidade preconizadas na Política Nacional de Atenção Básica¹⁷. Aos poucos, vizinhos e parentes dos participantes do programa e moradores das abrangências das unidades de saúde atendidos por estes locais, cadastrados ou não na unidade de saúde, começaram a participar. Dessa maneira, formou-se grupos heterogêneos, de diversas faixas etárias, e algumas vezes sem a presença de DCNT's, de modo que cada uma das unidades de saúde apresenta características específicas. A segurança na execução das atividades é priorizada em função da heterogeneidade em relação às condições de saúde dos participantes.

A intervenção é realizada duas vezes por semana na própria unidade de saúde, no estacionamento, em quadras, escolas e espaços públicos ao redor das unidades, e atende de 20 a 40 usuários em cada centro de saúde. Profissionais de Educação Física supervisionam os exercícios que incluem alongamentos, exercícios físicos resistidos, recreacionais e caminhadas, com duração total de 60 minutos por sessão e intensidade leve a moderada. No início da aula é aferida a pressão arterial dos participantes e os últimos cinco minutos são direcionados para dicas de saúde para o grupo. Nos últimos anos, a divulgação do programa tem sido realizada através de folders, website, cartazes nas unidades e aconselhamento dos profissionais de saúde, considerando que a maioria dos participantes inicia as atividades através de um convite de outro participante.

Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada nos meses de junho e julho de 2011 por um entrevistador previamente treinado para aplicação de questionários. Inicialmente, foram abordadas todas as alunas que atendessem os critérios de inclusão, e estas foram entrevistadas durante as aulas. O tempo de aplicação do instrumento foi aproximadamente 15 minutos.

Instrumentos

Foi utilizado um questionário que continha questões abertas e de múltipla escolha referentes à: 1) Características sociodemográficas; 2) Participação no programa. No que se refere à atividade física, foram realizadas questões sobre a prática de atividade física extra aula e o tempo de prática em minutos por semana; 3) Saúde – presença ou ausência de hipertensão arterial e diabetes Mellitus tipo 2, número de doenças/queixas e saúde percebida baseada no instrumento Short-Form Health Survey (SF-36); 4) Uso das unidades de saúde – Tipo de atendimento procurado na unidade de saúde e frequência de visitas à unidade(vezes/mês); 5) Uso de medicamentos – Número e dose de medicamentos antes e depois da entrada no

programa; 6) Pressão arterial e glicemia – Número de medidas e descontrolo da pressão arterial e glicemia (vezes/mês); 7) Internações – Número de internações e motivos. Os dados de uso de serviços de saúde foram comparados ao momento anterior e posterior ao ingresso no programa de atividade física segundo a percepção das participantes (não mudou, aumentou ou diminuiu). Esse instrumento foi construído pelos membros do NAFES em colaboração com as sugestões dos profissionais de saúde das unidades de saúde e profissionais de Educação Física que atuam no programa de exercícios físicos. Foi realizado um teste piloto com outras participantes do programa anteriormente à realização do estudo para adequar a compreensão das questões do questionário.

Análise estatística

Foi realizada análise descritiva dos dados através de média, desvio-padrão e frequências absolutas e relativas. Para realizar a comparação entre os valores iniciais e finais das variáveis analisadas, foi utilizada a análise por intervalo de confiança para médias e frequências, sendo este de 95%. Foi utilizado o programa estatístico SPSS (versão 17.0).

RESULTADOS

Na tabela 1 estão descritas as características sociodemográficas das participantes e os dados de participação no Programa SARC. A amostra foi caracterizada por mulheres de meia idade ($53,9 \pm 11,7$ anos), a maioria com 4 a 12 anos de estudo (65,4%), com participação média no programa de 23,3 meses e com frequência mensal nas aulas de 88,7%. A maioria das participantes (73,1%) realizava atividade física além das aulas nas unidades de saúde. A tabela 2 mostra a percepção das participantes em relação às variáveis de saúde, uso das unidades de saúde, uso de medicamentos e descontrolo da pressão arterial e da glicemia. A maioria das participantes relatou que a variável saúde “melhorou muito” após a entrada no programa. Quanto ao uso das unidades de saúde, a consulta médica foi o tipo de atendimento mais procurado pelas participantes (80,8%), sendo que houve diminuição da frequência de visitas à Unidade após entrada no programa. Em relação ao uso de medicamentos, a maioria das participantes relatou que não houve mudança no número e na dose de medicamentos após a entrada no programa. Ainda, a maioria delas relatou que houve diminuição do descontrolo da pressão arterial e que não houve mudança no descontrolo da glicemia após o início do programa.

A tabela 3 apresenta a comparação entre o momento anterior e posterior à entrada no Programa SARC através da análise por intervalo de confiança para as variáveis de percepção de saúde, uso das unidades de saúde, número de doenças/queixas e número de medidas e descontrolo da pressão arterial e da glicemia. Após a entrada no programa, houve melhora da percepção geral de saúde das participantes, bem como diminuição do número de visitas às unidades de saúde. Em relação às variáveis pressão arterial e glicemia, houve diminuição tanto do número de medidas da pressão arterial, como do descontrolo de ambas as variáveis. Após o programa, não houve mudança do número de doenças/queixas e do número de medidas da glicemia.

Em relação às internações, os dados descritivos mostraram que houve uma pequena diminuição do número de vezes que as participantes foram internadas após o programa. Anteriormente à entrada no programa, foram relatadas quatro internações por motivos de cirurgia, pneumonia, complicações na vesícula biliar e descontrolo da pressão arterial. Após a entrada no programa, foram relatadas duas internações por motivos de infarto do miocárdio e bronquite.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e de participação no programa Saúde Ativa Rio Claro, 2011 (n= 26)

	VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n(%)	Média (±DP)
Características sociodemográficas	Idade (anos)			53,9(±11,7)
	Escolaridade (anos)	Até 4	7(26,9)	
		4-12	17(65,4)	
12 ou mais		2(7,7)		
Participação no programa	Tempo de participação (meses)			23,3(±6,6)
	Tempo de distância até o local da aula (minutos)			7,2(±4,3)
	Frequência nas aulas (vezes/mês)			7,1(±1,1)
	Prática de atividade física além das aulas nos postos	Sim	19 (73,1)	
		Não	7 (26,9)	
Tempo de atividade física extra aula (minutos/semana)				98,6(±108,4)

DP= desvio-padrão.

Tabela 2 – Percepção das participantes em relação às variáveis de saúde, uso das unidades de saúde, uso de medicamentos e descontrola da pressão arterial e da glicemia, 2011 (n=26)

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n(%)	
Saúde	Hipertenso	Sim	14(53,8)
		Não	12(46,2)
	Diabético	Sim	4(15,3)
		Não	22(84,7)
	Percebeu que mudou a saúde após entrada no programa?	Melhorou muito	20(76,9)
		Melhorou um pouco	6(23,1)
		Nem melhorou nem piorou	0
Piorou um pouco		0	
Piorou muito		0	
Uso das unidades de saúde	#Tipo de atendimento procurado na unidade	Consulta	21(80,8)
		Retirar medicamentos	2(7,7)
		Fazer atividade física	1(3,8)
	Mudou a frequência de visitas à unidade após entrada no programa?	Não mudou	10(38,5)
		Aumentou	3(11,5)
		Diminuiu	13(50,0)
Uso de medicamentos	Mudou o número de medicamentos após entrada no programa?	Não mudou	14(53,9)
		Aumentou	7(26,9)
		Diminuiu	5(19,2)
	Mudou o número de medicamentos para hipertensão arterial e diabetes após entrada no programa?	Não mudou	17(65,4)
		Aumentou	6(23,1)
		Diminuiu	3(11,5)
	*Mudou a dose dos medicamentos após entrada no programa?	Não mudou	16(61,5)
		Aumentou	5(19,9)
		Diminuiu	4(15,4)
Pressão arterial e glicemia	Descontrole da pressão arterial após entrada no programa	Não mudou	10(38,5)
		Aumentou	1(3,8)
		Diminuiu	15(57,7)
	Descontrole da glicemia após entrada no programa	Não mudou	19(73,1)
		Aumentou	0
		Diminuiu	7(26,9)

#Número de perdas = 2; *Número de perdas = 1.

Tabela 3 – Comparação entre momento anterior e posterior à entrada no programa em relação à percepção de saúde, uso das unidades de saúde, número de doenças/queixas e número de medidas e des controle da pressão arterial e da glicemia, 2011 (n=26)

VARIÁVEIS		ANTES DA ENTRADA NO PROGRAMA		DEPOIS DA ENTRADA NO PROGRAMA	
		n(%)	Média (±DP)	n(%)	Média (±DP)
Saúde	Percepção de saúde*	Excelente	0	3(11,6)	
		Muito boa	0	7(26,9)	
		Boa	6(23,1)	16(61,5)	
		Regular	11(42,3)	0	
		Ruim	9 (34,6)	0	
Número de visitas às unidades de saúde (vezes/mês)*			4,1 (±6,2)		2,4(±3,3)
Número de doenças/queixas	Nenhuma	9(34,6)		6(23,1)	
	1	8(30,8)		13(50,0)	
	2 ou mais	9(34,6)		7(26,9)	
Pressão arterial e glicemia	Número de medidas da pressão arterial na unidade (vezes/mês)*		3,3 (±3,4)		0,5 (±1,1)
	Número de medidas da glicemia na unidade (vezes/mês)		2,9(±11,7)		2,6(±11,7)
	Frequência de des controle dapressão arterial (vezes/mês)*		2,4(±3,3)		0,1(±0,4)
	Frequência de des controle da glicemia (vezes/mês)*		3,5(±8,4)		0,6(±1,5)

DP = desvio-padrão; *Apresentou diferença entre os períodos antes e depois.

DISCUSSÃO

Este estudo investigou o quanto um programa de exercícios físicos em unidades de saúde na ABS pode influenciar nas demandas pelo uso de serviços de saúde através da percepção de seus usuários. De modo geral, o presente estudo mostrou que o Programa SARC teve interferências positivas no uso dos serviços de saúde de seus praticantes. Após o início no programa, houve melhora na percepção de saúde das participantes e diminuição da frequência de visitas à Unidade de Saúde. Em relação ao uso de medicamentos, houve manutenção do número e da dose de medicamentos utilizados, bem como houve manutenção do número de doenças/queixas após o início do programa. Comparando-se com o momento anterior ao início das aulas, houve diminuição tanto do número de medidas da pressão arterial como do des controle da pressão arterial e da glicemia após o programa. Também, o programa contribuiu para a manutenção do número de medidas da glicemia e apresentou relatos de diminuição do número de internações.

Tendo em vista que a percepção de saúde ruim é um dos fatores determinantes pela procura dos serviços da ABS¹⁸, os resultados do nosso estudo apontam para a importância de programas de exercícios físicos no contexto da Atenção Básica, os quais vêm sendo incentivados pelas políticas nacionais de saúde. Estudos que avaliaram a efetividade de programas comunitários de atividade física oferecidos no Brasil, como o Programa Academia da Cidade, oferecido pelas prefeituras de Recife e Aracajú, demonstraram que o número de indivíduos com percepção de saúde regular ou ruim foi significativamente maior entre não usuários em comparação aos usuários que participavam dos Programas¹¹. Corroborando com nossos dados, Motl *et al.*¹⁹ reportaram a influência da prática de exercícios físicos sobre a

percepção de saúde, demonstrando que o exercício físico contribui de forma significativa para o aumento da qualidade de vida, da saúde física, mental, e do senso de auto-eficácia. Em comparação com indivíduos sedentários, indivíduos mais ativos também apresentam maiores níveis de percepção da capacidade funcional²⁰, o que representa uma redução no risco de mortalidade em até cinco vezes²¹. A maior parte dos participantes do programa de exercícios físicos que percebiam seu estado de saúde como ruim ou regular, passaram a perceber seus níveis de saúde como bom ou ótimo, o que pode ter contribuído para a diminuição da percepção sobre a utilização de serviços de saúde nas unidades de saúde estudadas.

O número de visitas nas unidades de saúde para consultas médicas ou outros tipos de atendimento muitas vezes é em geral alto devido ao fato de alguns usuários buscarem esses locais somente como alternativa de suporte social quando esses não recebem atenção ou cuidados familiares adequados em casa. A prática regular de exercícios físicos tem demonstrado exercer influência positiva nos aspectos psicológicos e emocionais de seus praticantes, auxiliando na saúde e na percepção que se tem sobre este fator. Assim como outros programas de intervenção em atividade física, o programa SARC possui a característica de proporcionar, além das atividades em si, a socialização entre seus participantes. Segundo a literatura científica, a integração social pode desencadear efeitos positivos no humor, na auto-estima, no autoconceito, na imagem corporal e nos níveis de ansiedade²². Ainda, o convívio social pode melhorar o bem-estar emocional e social, e contribuir para o alívio de sentimentos negativos, como a depressão e o isolamento¹⁴. Dessa maneira, a socialização proporcionada pelo programa SARC pode ter influenciado diretamente na saúde mental de seus participantes e na consequente diminuição do número de visitas às unidades de saúde após ingressarem no programa, levando a uma possível diminuição da necessidade de cuidados em saúde.

As complicações geradas pelas doenças crônicas são a principal causa de incapacidade física e da demanda pela utilização do sistema de saúde, em especial as internações. Em nosso estudo, houve uma tendência de melhora na percepção das condições das doenças crônicas auto-relatadas e um melhor controle sobre os níveis de pressão arterial e glicemia. Em concordância com nossos achados, alguns estudos demonstram de forma consistente que a prática de atividade física pode promover reduções nos níveis de pressão sanguínea²³ e um melhor controle glicêmico²⁴, reduzindo o risco de mortalidade em até 25,0% para indivíduos hipertensos e 14,0-19,0% para indivíduos diabéticos para cada 1 MET de aumento na capacidade aeróbia²⁵. Nas doenças articulares, a prática de exercícios aeróbios e resistidos também tem se mostrado eficiente em melhorar a capacidade funcional²⁶, o que pode diminuir demandas de serviços de saúde por complicações causadas por incapacidade.

Intervenções com atividade física em unidades de saúde, como o programa SARC, são de grande importância para população, pois além de proporcionarem uma atividade responsável e de qualidade, oferecem dicas de saúde tendo em vista que o público atendido apresenta baixa escolaridade e dificuldade de acesso à informação. Intervenções com aconselhamento de atividade física vêm se tornando um método bastante interessante e eficiente para promoção de saúde, obtendo-se resultados benéficos quanto à mudança de comportamento e ao aumento do nível de atividade física dos participantes¹². Outros estudos sobre intervenções com aconselhamento neste contexto mostraram que o aumento do nível de atividade física e da qualidade de vida dos sujeitos foram os resultados mais encontrados^{27,28}. Esse tipo de intervenção, como a oferecida pelo SARC que combina nas aulas as

atividades junto às orientações de saúde, pode ser eficiente na aderência dos participantes e na inserção de novos indivíduos na prática de atividade física. Como consequência, obtêm-se benefícios para a saúde desses usuários, o que pode refletir, junto a outros fatores, em uma menor dependência dos serviços de saúde.

Indivíduos de baixa renda, menores níveis de escolaridade e de maior idade possuem uma maior necessidade de uso dos serviços de saúde e uma maior tendência a ter dificuldade no acesso aos serviços de saúde²⁹. Concomitantemente, este perfil de pessoas é o mesmo que utiliza com mais frequência os serviços prestados pela ABS. Em relação à frequência do uso dos serviços de saúde, este ocorrendo de forma desordenada e excessiva, é custoso tanto para o governo quanto para o próprio indivíduo. Obesidade, doenças crônicas e suas complicações implicam em grande impacto econômico nos gastos com saúde, especialmente por aumentar a proporção de medicamentos e internações, procedimento este que possui um alto custo para o governo^{8,9,30}. Sendo assim, os participantes do programa de exercícios físicos desse estudo relataram ter modificado seus padrões de uso dos serviços de saúde da Atenção Básica, o que pode ter ocorrido devido aos efeitos dos exercícios físicos. Isso pode significar uma economia para o governo e uma maior qualidade de vida para os usuários das unidades de saúde.

O instrumento de medida utilizado foi um questionário aplicado em forma de entrevista que compreendeu perguntas sobre diversos aspectos relacionados ao uso de serviços de saúde. Tal questionário possibilitou a obtenção de dados tanto qualitativos, através da percepção de mudanças das variáveis analisadas, como quantitativos, através de números absolutos em relação aos serviços de saúde. Ainda, esse questionário possuía uma linguagem de fácil compreensão para as participantes e sua administração foi rápida, conferindo boa aplicabilidade ao instrumento. Entretanto, o uso desse tipo de questionário impossibilita a obtenção de informações mais completas e registros mais fidedignos referentes ao uso de serviços de saúde, como no caso da utilização de prontuários. Além disso, as respostas sobre a percepção das participantes podem ter sido influenciadas pela memória sobre o momento de inserção no programa.

Esse estudo apresentou algumas limitações. O número de sujeitos avaliados foi pequeno uma vez que esse programa atende uma parcela específica da população, e fizeram parte do estudo somente as mulheres participantes do programa selecionadas em anos específicos de entrada no grupo de exercícios físicos para evitar viés de memória. Além disso, esses dados não podem ser generalizados para outros locais ou para indivíduos do sexo masculino, já que 95,6% dos participantes desse programa são mulheres, o que impossibilitou a análise de dados para homens. Também, foram utilizados somente dados subjetivos envolvendo a percepção dos indivíduos sobre o uso de serviços de saúde. Para maior compreensão do papel da atividade física sobre a demanda do sistema de saúde, sugere-se para futuros estudos uma abrangência maior no número de participantes e a utilização de ferramentas que possam avaliar de forma direta os dados a serem analisados (ex. prontuários), permitindo assim ações cada vez mais eficazes.

No presente estudo observou-se que a prática de exercícios físicos oferecida pelo programa SARC contribuiu para a melhora nos níveis de saúde percebida e para a diminuição do uso dos serviços de saúde segundo a percepção dos participantes do programa. Esse achado é de grande importância e vem em concordância com estudos anteriores no sentido de demonstrar que a inclusão de programas que visam estimular a prática de exercícios físicos deve ser amplamente utilizada pelas Políticas Nacionais de Saúde Pública, pois os mesmos além de trazerem

uma melhor qualidade de vida à população, contribuem de forma direta através da diminuição na demanda pelos serviços de saúde.

Agradecimentos

Os autores agradecem a todos os participantes do Projeto “Saúde Ativa Rio Claro” pela colaboração nas entrevistas e à Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro pela parceria com a Universidade Estadual Paulista e pelas contribuições no projeto “Saúde Ativa Rio Claro”.

Contribuição dos autores

Todos os autores tiveram contribuições substanciais na confecção do artigo. AEDG escolheu o tema, coletou e interpretou os dados e escreveu o manuscrito. GAOG co-orientou o trabalho, colaborou na elaboração da proposta e na escrita do artigo. THSS, LPZ e DCA colaboraram na escrita, correção do texto e análise crítica do trabalho. EK coordenou, orientou o trabalho, revisou criticamente e aprovou a submissão do manuscrito. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012; 380:219-229.
2. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet* 2011;4:61-74.
3. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011.
4. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370: 1929-1938.
5. Warburton ER, Nicol CW, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: the evidence. *Can Med Assoc J* 2006; 174: 801-809.
6. Vigitel. Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico. Brasil: Ministério da Saúde, 2011.
7. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF et al. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *The Lancet* 2012; 380:258-271.
8. Bielemann RM, Knutha G, Hallal PC. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2010;15:(1).
9. Codogno JS, Fernandes RA, Sarti FM et al. The burden of physical activity on type 2 diabetes public healthcare expenditures among adults: a retrospective study. *BMC Public health* 2011; 11: 275.
10. Hallal, PC, Reis RS, Hino AAF et al. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2009;14: 104-114.
11. Hallal, PC, Tenório MC, Tassitano RM et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cad Saúde Públ* 2010;26:70-78.
12. Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia Saúde da Família: Programa de Ação e Saúde Floripa – Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2008;13:44-56.
13. Nakamura PM, Papini CB, Chiyoda A et al. Programa de intervenção para a prática de atividade física: Saúde Ativa Rio Claro. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2010; 15: 128-131
14. Souza DL, Vendrusculo R. Fatores determinantes para a continuidade da participação de idosos em programas de atividade física: a experiência dos participantes do projeto “Sem Fronteiras”. *Rev Bras Educ Fís Esporte* 2010;24:95-105.
15. Uchino BN. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med* 2006; 29: 377-387.

16. Rutledge T, Reis SE, Olson M et al. Social networks are associated with lower mortality rates among women with suspected coronary disease: The National Heart, Lung, and Blood Institute sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation study. *Psychosom Med* 2004;66: 882-888.
17. Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
18. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7: 757-776.
19. Motl RW, McAuley E. Physical Activity, Disability, and Quality of Life in Older Adults. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2010; 21: 299-308.
20. Netz Y, Wu M-J, Becker BJ et al. Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies. *Psychol Aging* 2005; 20(2):272-84.
21. Benyamini Y, Leventhal EA, Leventhal H. Gender differences in processing information for making self-assessment of health. *Psychosom Med* 2000;62:354-364.
22. Scully D, Kremer J, Meade MM et al. Physical exercise and psychological well being: a critical review. *Br J Sports Med* 1998; 32: 111-120.
23. Cornelissen VA, Fagard RH. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. *Hypertension* 2005; 46:667-675.
24. Balducci S, Zanuso S, Cardelli P, Salvi L, Bazuro A. Effect of high- versus low-intensity supervised aerobic and resistance training on modifiable cardiovascular risk factors in type 2 diabetes; the Italian Diabetes and Exercise Study (IDES). *PLoSOne* 2012;7:e49297.
25. Kokkinos P, Myers J, Doumas M et al. Exercise capacity and all-cause mortality in prehypertensive men. *Am J Hypertens* 2009;22:735-741.
26. Feinglass J, Song J, Semanik Pet et al. Association of functional status with changes in physical activity: insights from a behavioral intervention for participants with arthritis. *Arch Phys Med Rehabil* 2012;93:172-5.
27. Sabti, Z, Handschin M, Kutlar Joss M et al. Evaluation of a physical activity promotion program in primary care. *Family Practice* 2010;27:279-84.
28. Eakin EG, Bull SS, Riley K et al. Recruitment and retention of Latinos in a primary care-based physical activity and diet trial: The Resources for Health study. *Health Educ Res* 2007;22:361-71.
29. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Públ* 2008;42:733-740.
30. Daviglius ML, Liu K, Yan LL et al. Relation of body mass index in young adulthood and middle age to Medicare expenditures in older age. *JAMA* 2004;292:2743-9.

Endereço para Correspondência

Andrea Elisa Donovan Giraldo
Rua Dom Francisco de Campos Barreto nº145,
Nova Campinas, Campinas, São Paulo
Cep: 13092-160 Tel: 19 32942292 Cel: 19
78060482
E-mail: deagiraldo@yahoo.com.br
E-mail de contato: graceaogomes@yahoo.com.br

Recebido	01/05/2013
Revisado	07/02/2013
	25/02/2013
	12/04/2013
Aprovado	26/04/2013