

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Cleyton Dias de Carvalho

**QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE DAS
MULHERES ATENDIDAS PELO NÚCLEO AMPLIADO DE
SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO
FÍSICA EM IMPERATRIZ - MA**

**Taubaté – SP
2021**

CLEYTON DIAS DE CARVALHO

**QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE DAS MULHERES
ATENDIDAS PELO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA
FAMÍLIA E O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM
IMPERATRIZ - MA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Planejamento e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Administração do Departamento de Gestão e Negócios da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Planejamento e Desenvolvimento Regional

Orientadora: Profa. Dra. Quésia Postigo Kamimura

**Taubaté – SP
2021**

**Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas -SIBi
Universidade de Taubaté - UNITAU**

C331q Carvalho, Cleyton Dias de
Qualidade de vida em saúde das mulheres atendidas pelo núcleo
ampliado de saúde da família e o profissional de educação física em
Imperatriz - MA / Cleyton Dias de Carvalho. -- Taubaté : 2021.
95 f. : il.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Taubaté, Departamento de
Gestão e Negócios / Eng. Civil e Ambiental, 2021.
Orientação: Profa. Dra. Quésia Postigo Kamimura, Departamento de
Gestão e Negócios.

1. Planejamento regional. 2. Economia da saúde. 3. Qualidade de
vida. 4. Saúde da mulher. I. Título.

CDD - 338.98121

CLEYTON DIAS DE CARVALHO

**QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE DAS MULHERES ATENDIDAS PELO NÚCLEO
AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO
FÍSICA EM IMPERATRIZ - MA**

Dissertação apresentado como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Planejamento e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Administração do Departamento de Gestão e Negócios da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Planejamento e Desenvolvimento Regional

Orientadora: Profa. Dra. Quésia Postigo Kamimura

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Quésia Postigo Kaminura Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Profa. Dra. Adriana Leônidas de Oliveira Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Profa. Dra. Vitória Kedy Cornetta Universidade de São Paulo

Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

Durante esses anos de mestrado, de muita dedicação, esforço e empenho, gostaria de agradecer a algumas pessoas que me apoiaram e foram de fundamental importância para a conclusão deste sonho. Assim, venho aqui expressar, por meio das mais sinceras palavras como foram e ainda são importantes nessa minha conquista.

Primeiramente aos meus pais (*in memoriam*) que estão lá em cima felizes por esse momento. Em vida, foram anos de amor, carinho e dedicação aos filhos. Minha família que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos.

A Profa. Dra. Quésia Postigo Kamimura, minha orientadora pela grande pessoa e profissional que é. Obrigado por toda dedicação, paciência e cobranças deixando de lado seus momentos de descanso para me orientar. Obrigado por acreditar e ter depositado sua confiança durante esse período de orientação. Sem sua orientação, não seria possível chegar até aqui.

Agradeço a minha coordenadora acadêmica da Faculdade Pitágoras de Imperatriz Milene Vieira Santos Rocha que sempre me incentivou a concluir o mestrado.

A faculdade Pitágoras por ter sempre contribuído nas viagens aos encontros em Taubaté durante meu período de trabalho.

A minha esposa Leandra Ishikawa Garcia por todo apoio e compreensão durante as viagens, noites acordadas e finais de semanas estudando.

Agradeço a toda a equipe do Núcleo de apoio a Saúde da Família (NASF) de Imperatriz por sempre estarem a disposição e permitirem a pesquisa.

A todos os professores do programa de mestrado da UNITAU pela excelência, competência e grandes professores que contribuíram muito para nossa evolução durante o programa.

Ao coordenador do programa de mestrado da UNITAU Prof. Dr. Edson Aparecida Araujo Querido Oliveira pelas cobranças que nos fez. Isso fez total diferença em todos os alunos.

Ao meu bom Deus, sou eternamente grato por tudo que sempre fez por mim.

RESUMO

Estudos evidenciam que a atividade física contribui para a melhoria da qualidade de vida das mulheres. Neste contexto, a pesquisa tem como objetivo geral caracterizar o perfil sociodemográfico e a qualidade de vida em saúde das mulheres cadastradas no NASF do município de Imperatriz – MA, considerando as contribuições das ações do profissional de educação física na modelagem de serviços de saúde do NASF/ESF. Para tanto, a abordagem é de cunho quantitativo e qualitativo. A população foi mulheres, acima de 38 anos, que sejam cadastradas no NASF do município de Imperatriz (MA), que participam ou não, do programa de atividade física, e profissionais de educação física integrantes do NASF, no município de Imperatriz (MA). O procedimento de coleta de dados se deu em duas etapas, sendo a primeira com aplicação de entrevista semiestruturada, individual e em profundidade e, a segunda, com questionário sobre qualidade de vida em saúde SF-36 às mulheres cadastradas no NASF. O procedimento de análise de dados foi por meio da análise temática por meio do software IRAMUTEQ e estatística descritiva. Da amostra de mulheres, conta entre 38 e 72 anos, sendo a maioria (66,7%) casadas, 58,8% com ensino fundamental completo ou incompleto, 56,8% delas trabalham, 47,1% recebem menos de um salário-mínimo e 49% têm renda entre 1-3 salários-mínimos. Optam por participar de atividade física 39% e apresentam score geral de QVS de 65,9. Não participam de atividade física 61% das participantes, e o score QVS de 53,1. A maioria dos domínios apresentam melhores scores para as praticantes de atividade física e menores scores para não praticantes de atividade física, exceto em relação à dor, que prevalece em ambos os grupos. Inferiu-se que os profissionais de educação física, ao propiciarem programas e acompanhamento de atividade física adequada, têm um papel importante para a melhoria da qualidade de vida das mulheres atendidas pelo NASF. Entretanto, a falta de estrutura física para o desenvolvimento de mais atividades são desafios apontados para este grupo específico. Concluiu-se que aprimorar políticas de saúde que ampliem o atendimento efetivo do NASF em ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, por meio de equipe multidisciplinar que contemple o profissional de educação física pode desenvolver abordagens de cunho prático no que se refere ao suporte para a gestão da saúde da mulher e o desenvolvimento.

Palavras-chave: Planejamento. Desenvolvimento Regional. Economia da Saúde. Qualidade de Vida. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE IN THE HEALTH OF WOMEN ATTENDED BY THE EXPANDED NUCLEUS OF FAMILY HEALTH AND THE PHYSICAL EDUCATION PROFESSIONAL IN IMPERATRIZ - MA

Studies show that physical activity contributes to improving women's quality of life. In this context, the research aims to characterize the sociodemographic profile and quality of life in health of women registered in the NASF in the municipality of Imperatriz - MA, considering the contributions of the actions of the physical education professional in the modeling of NASF health services /ESF. Therefore, the approach is quantitative and qualitative. The population was women, over 38 years old, who are registered with the NASF in the city of Imperatriz (MA), who participate or not in the physical activity program; and physical education professionals' members of the NASF, in the city of Imperatriz (MA). The data collection procedure took place in two stages, the first with the application of semi-structured, individual, and in-depth interviews and the second with a questionnaire on quality of life in health SF-36 for women registered with the NASF. The data analysis procedure was through thematic analysis using the IRAMUTEQ software and descriptive statistics. From the sample of women, they are between 38 and 72 years old, the majority (66.7%) being married, 58.8% with complete or incomplete primary education, 56.8 of them work, 47.1% receive less than one salary. minimum and 49% earn between 1-3 minimum wages. 39% choose to participate in physical activity and have an overall QVS score of 65.9. 61% of participants do not participate in physical activity, and a QVS score of 53.1. Most domains have better scores for practitioners of physical activity and lower scores for non-practitioners, except in relation to pain, which prevails in both groups. It is inferred that physical education professionals, by providing programs and monitoring of adequate physical activity, play an important role in improving the quality of life of women assisted by the NASF. However, the lack of physical structure for the development of more activities are challenges pointed out for this specific group. It is concluded that improving health policies that expand effective NASF care in health promotion and disease prevention actions, through a multidisciplinary team that includes physical education professionals, can develop practical approaches about support for the management of women's health and development.

Keywords: Planning. Regional development. Health Economics. Quality of Life. Women's Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma dos Procedimentos Metodológicos.....	39
Figura 2: Mesorregiões Maranhense.....	42
Figura 3: Análise Nuvem de Palavras	68
Figura 4: Dendograma a partir da Classificação Hierárquica Descendente	69
Figura 5: Filograma a partir da Classificação Hierárquica Descendente	70
Figura 6: Teste de Similitude.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Censo Demográfico 2010 – Imperatriz (MA).....	42
Tabela 2: Faixa Etária das Respondentes	49
Tabela 3: Estado Civil das Respondentes	50
Tabela 4: Nível de Escolaridade das Respondentes	50
Tabela 5: Condição de Empregabilidade das Respondentes	51
Tabela 6: Nível de Renda Individual das Respondentes	52
Tabela 7: Nível de Renda Familiar das Respondentes.....	52
Tabela 8: Arranjo Domiciliar das Respondentes.....	52
Tabela 9: Tipo de Atividade Física que as Respondentes Praticam.....	55
Tabela 10: Atividades de Lazer das Respondentes.....	55
Tabela 11: Participação em Eventos Sociais das Respondentes	56
Tabela 12: Idade da Menarca das Respondentes	57
Tabela 13: Número de Gestações das Respondentes	58
Tabela 14: Número de Filhos das Respondentes.....	58
Tabela 15: Idade da Última Menstruação	59
Tabela 16: Taxa de Hormônio Folículo Estimulante (FSH) das Respondentes	60
Tabela 17: Teste de Confiabilidade	60
Tabela 18: Teste de Normalidade – Shapiro-Wilk	61
Tabela 19: Estatística Descritiva dos Domínios do Questionário SF-36.....	62
Tabela 20: Teste de Homogeneidade de Variâncias	64
Tabela 21: Teste Anova Unilateral.....	65
Tabela 22: Teste pos-hoc de Tukey	66
Tabela 23: Correlação de Pearson	67

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Profissão das Respondentes	51
Gráfico 2: Domicílios com Água Encanada e Energia Elétrica.....	53
Gráfico 3: Prática de Atividade Física das Respondentes	53
Gráfico 4: Preferência de Atividade em Grupo ou Individual.....	54
Gráfico 5: Participação em Festas das Respondentes	55
Gráfico 6: Você ainda menstrua?	58

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	17
1.2 OBJETIVOS	18
1.2.1 Objetivo Geral	18
1.2.2Objetivos Específicos	19
1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	19
1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO	21
1.5 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	22
2 REVISÃO DA LITERATURA	24
2.1 SAÚDE E DESENVOLVIMENTO.....	24
2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE DA MULHER	29
2.3 ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA.....	30
2.4 A MENOPAUSA E O EXERCÍCIO FÍSICO	33
2.5 QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE.....	34
3. MÉTODO DE PESQUISA	39
3.1 DESCRIÇÃO DO TIPO DE PESQUISA.....	40
3.2 ÁREA DE REALIZAÇÃO	41
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	43
3.4 INSTRUMENTOS.....	44
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	45
3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	46
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	48
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ - MA.....	48
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO E DO ESTILO DE VIDA DAS MULHERES RESPONDENTES DA PESQUISA.....	49
4.2.1 Caracterização das Mulheres quanto ao Histórico Ginecológico e obstétrico e Sintomatologia Climatérica Referida	57
4.3 VALIDAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS PELO SF-36 DO ALPHA DE CRONBACH E TESTE DE NORMALIDADE	60
4.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE POR MEIO DO SF-36.....	61

4.4.1 Comparação dos Escores das Dimensões do Questionário do SF-36 nos Grupos de Mulheres que Praticam ou não Atividade Física.....	62
4.4.2 Comparação entre as Médias dos Grupos de Mulheres que Praticam ou não Atividade Física do Questionário SF-36 e Correlação de Pearson	64
4.5 ANÁLISE DA CONTRIBUIÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES CADASTRADAS NO NASF	67
4.6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	76
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS.....	83
ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA	89
ANEXO B - QUESTIONÁRIO PERFIL SOCIOECONÔMICO	91
ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36.....	94
ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	97
ANEXO E -TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	99

1 INTRODUÇÃO

Promulgada em 1988, a Constituição Brasileira, em seu artigo 196, versa que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.118).

Ou seja, o Estado deve adotar políticas econômicas e sociais que melhorem de forma considerável as condições de vida da população, para evitar, desta forma, o risco de doença e das pessoas, como um todo, de adoecerem. Compete ao Estado garantir a saúde do cidadão e da coletividade.

Desde sua publicação, buscou-se fundamentar seus princípios e diretrizes em um arcabouço legal, regido por leis orgânicas, tais como: 8080 de 1990 e 8142 de 1980, que estabelecem que os serviços e ações de saúde devem se desenvolver com vistas ao cuidado universal, integral e equitativo (SOUZA *et al.*, 2017). Além disso, devem-se observar os conceitos organizativos de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (BRASIL, 1988).

O sistema de saúde brasileiro tem suas bases fortemente influenciadas pela Conferência de Alma-Ata, foi promovida pela Organização Mundial da Saúde em 1978, que propunha ampliar a atenção primária à saúde (APS) como caminho para atingir a meta de saúde para todos (MAIA *et al.*, 2021).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida nacional e internacionalmente como princípio norteador de sistemas de saúde integrais que visam ampliar o acesso e a utilização dos serviços e das ações para alcançar a Saúde Universal (MAIA *et al.*, 2021).

Em 1994, houve a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) o qual tinha como estratégia o reordenamento do modelo de atenção à saúde, a partir da reconstrução da prática na APS, como forma de superar um modelo centrado na doença e em práticas curativas (LAVRAS, 2011).

Essa mudança de paradigma da atenção à saúde intensificou-se quando, em 2006, houve a implantação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) com a transformação do PSF em Estratégia da Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006).

Souza *et al.* (2017) apontam que um dos programas importantes da APS é o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) que surgiu em 1983. Os autores enfatizam que o PAISM tem como metas reduzir a mortalidade materna e fomentar a implantação de ações que contribuam para garantir os direitos humanos das mulheres, com foco na saúde da mulher.

Esse novo conceito, conforme os autores, implica substituir a visão tradicional da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres somente nas questões relativas à reprodução, mas também incluir as fases do climatério, pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa.

Neste contexto, observa-se que a prática do exercício físico aos longos dos anos passou a ser considerado um aliado da saúde da humanidade, por atuar como mecanismo de prevenção e tratamento contra inúmeras doenças, ou seja, o exercício físico reduzir os fatores de riscos que podem prejudicar a saúde como: obesidade, osteoporose, diabetes, hipertensão entre outras implicações que podem ser evitadas com atividade física. Bem como, auxiliam as mulheres nas fases de climatério, menopausa e pós-menopausa (BRASIL, 2010).

Devido às inúmeras vantagens que o exercício físico ocasiona a saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) elaborou um conjunto de propostas que demandam de intervenções que incluem a prática de exercício físico à população, vinculado com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), paralelamente o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com base na Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (GERALDO, 2017).

É importante ressaltar que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) faz uso dessa estratégia para promover a saúde. Uma vez que, a implantação do NASF possibilitou os avanços da prevenção de diversas doenças, pois o objetivo central da proposta é ordenar uma rede de atenção à saúde, englobando o enfrentamento e a resolução de problemáticas clínicas e sanitárias, na qual prevê o envolvimento de uma equipe interdisciplinar (BATISTA; MACHADO; PAULA, 2017).

Diante do exposto, Geraldo e Kamimura (2018) elucidam que o profissional de Educação Física no NASF foi inserido com o objetivo de estimular e orientar os adultos a aderirem a uma vida fisicamente ativa saudável. O autor complementa argumentando que essa adesão possibilita aos usuários a viverem todos os ciclos da vida com qualidade e dignidade.

O profissional de Educação Física realiza as ações voltadas para a Promoção da Saúde, na Academia de Saúde, para a população inscrita no programa de atividade física (GERALDO; KAMIMURA, 2018), da qual faz parte o grupo de mulheres em estudo.

O NASF é considerado um aliado da mulher, por existir uma dinâmica de atividade que promove programas de saúde, na qual o apoio matricial dos multiprofissionais qualificados constitui uma conjuntura de atividades que formam atendimentos que atuam na prevenção e na reabilitação da saúde em diferentes núcleos de atendimento (SANTOS; BENEDETTI).

Neste contexto, Barata (2001) argumenta que a qualidade de vida em saúde está intimamente associada às estratégias de promoção à saúde, pois requer uma análise profunda do profissional de saúde frente ao contexto de desigualdade social.

Para Andrade *et al.* (2019), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade; e sim, gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.

Minayo (2013) explana que a qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, subjetiva e com vários significados e interpretações, no que se refere ao bem-estar que os indivíduos e a coletividade encontram na vida familiar, amorosa, social e ambiental.

Gallon e Wender (2012) evidenciam a definição da expressão qualidade de vida, duas tendências emergem: a qualidade de vida como um conceito mais genérico e a qualidade de vida relacionada à saúde. A primeira envolve uma concepção mais ampla de qualidade de vida, aparentemente influenciada pela Sociologia, indo ao encontro da definição adotada pela OMS, segundo a qual qualidade de vida refere-se à percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive, considerando-se seus objetivos, expectativas e preocupações pessoais;

Os autores complementam dizendo que, atualmente, se reconhece QV como um construto multidimensional, com significados diferenciados segundo a diversidade de contextos de vida. Entre as dimensões que lhe dão significado estão a manutenção da capacidade funcional, a satisfação pessoal, o estado emocional e a interação social.

Assim, Moreira *et al.* (2019) destacam que a qualidade de vida relacionada à saúde da mulher tem recebido atenção de diversas áreas do conhecimento nos últimos anos, não apenas por apresentar uma importante abordagem multidimensional relacionada a percepção dos indivíduos, mas também por permitir a análise de várias dimensões de saúde, entre elas a física, psicológica e a social.

Deste modo, a lacuna do trabalho está direcionada ao público feminino, por abordar de modo significativo a importância do exercício físico para a qualidade de vida em saúde dando ênfase da importância do programa de exercício físico disponibilizando pelo NASF, bem como, apresentar de que modo os profissionais de Educação Física contribuem para a qualidade de vida das mulheres em todas as fases da vida.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Ao analisar a atenção à saúde da mulher, nota-se que, a partir das primeiras décadas do século XX, passou a fazer parte das políticas pública de saúde no Brasil (MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006).

Todavia, nas décadas de 1930, 1940 e 1950, a mulher era vista basicamente em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Freitas *et al.* (2009) destacam que na década de 1960, diversos países se voltaram para controlar a natalidade e destacou-se a atenção do Estado às mulheres em idade fértil. Desta forma, os programas de controle da natalidade ganharam destaque no final da década de 1970, engano atenção às reais necessidades ou preferências das mulheres, que ficam relegadas em segundo plano (MORI; COELHO; ESTRELLA, 2016; FREITAS *et al.*, 2009).

Ainda na década de 1960, Giffin (2002) argumenta que o movimento feminista brasileiro descontente com as diferenças de gênero e com o enfoque reducionista dado à mulher, reivindicou a não hierarquização das especificidades de homens e mulheres, propondo igualdade social.

Neste contexto, surge um novo conceito de saúde da mulher, rompendo com o paradigma vigente centrado na função controlista da reprodução, pontuando a saúde sexual e reprodutiva com um direito (FREITAS *et al.*, 2009). Assim, nasce a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), esse programa para a saúde da mulher inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

Outro marco legal importante para a saúde foi a Política Nacional de Promoção da Saúde, portaria nº 2.446, 11 de março de 2014, que objetiva promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, como modo de vida, condições de trabalho, ambiente, educação, cultura, lazer e habitação, entre outros. A prática regular de atividade física é fator importante para reduzir os riscos para a saúde e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2014).

Diante do exposto e dada a perspectiva de aprofundar a compreensão sobre qualidade de vida em saúde da mulher cadastradas no NASF e os profissionais de educação física do município de Imperatriz (MA), a seguinte questão foi formulada para orientar esta pesquisa:

Como se caracterizam o perfil sociodemográfico e a qualidade de vida em saúde das mulheres cadastradas no NASF, no município de Imperatriz – MA, considerando as ações de Promoção da Saúde desenvolvidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em particular as atividades realizadas pelo profissional de Educação Física?

1.2 OBJETIVOS

A seguir são apresentados o objetivo geral do trabalho, assim como os objetivos específicos.

1.2.1 Objetivo Geral

Caracterizar o perfil sociodemográfico e a qualidade de vida em saúde das mulheres cadastradas no NASF do município de Imperatriz – MA, considerando as contribuições das ações do profissional de educação física na modelagem de serviços de saúde do NASF/ESF.

1.2.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos são:

- Caracterizar o perfil socioeconômico das mulheres cadastradas no NASF do município de Imperatriz (MA) que participam ou não do programa de atividade física.
- Caracterizar a Qualidade de Vida em Saúde das mulheres participantes do programa de atividades física realizado no NASF.
- Analisar a contribuição do profissional de Educação Física na qualidade de vida das mulheres cadastradas no NASF.

1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

De acordo com Geraldo e Kamimura (2018, p. 357), as ações realizadas na Atenção Primária à Saúde no Brasil envolvem a “promoção, proteção, prevenção, reabilitação e a manutenção da saúde”. Os autores complementam afirmando que a qualidade na Atenção Primária à Saúde tornou-se um tema importante a partir da reformulação dos sistemas nacionais de saúde.

Deste modo, Noronha *et al.* (2009) e Hildebrandt *et al.* (2019) apontam que com a aprovação da Constituição em 1988 e das leis orgânicas em 1990, o sistema público e único de saúde foi garantido legalmente, com diretrizes fundamentadas nos princípios de equidade, integralidade, universalidade, controle social e hierarquização da assistência.

Em meados de 1993, o Ministério da Saúde iniciou a implementação no Brasil, pela Portaria no 692, do Programa Saúde da Família (PSF), em que este é caracterizado como uma estratégia (HILDEBRAND *et al.*, 2019). Dentre as justificativas para sua implementação está o fato de que o modelo assistencial do PSF dá prioridade, além da assistência médica individual, a ações de proteção e promoção à saúde (GERALDO; KAMIMURA, 2018).

Paschoalotto (2019) destaca que o surgimento do PSF iniciou-se com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e que foi responsável pelo atendimento direto das famílias. O autor complementar afirmando que a estratégia deste programa era a aproximação da saúde para com as famílias necessitadas de atendimento.

O PSF constitui-se numa estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BARROS, 2017).

Neste sentido, o PSF surge com a finalidade de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (BRASIL, 2010).

Para Marquesa (2007), os princípios básicos direcionadores da estratégia PSF são: integralidade, hierarquização, territorialização, cadastramento e equipe multidisciplinar.

Deste modo, Paschoalotto (2019) elucida que a PSF é um programa multiprofissional e os usuários são indivíduos que têm problemas de âmbito físico ou mental e, sobretudo, na dimensão social. Desta forma, a valorização do trabalho multiprofissional está pautada a partir da compreensão do conceito integral de saúde, pois o trabalho em equipe tem o objetivo de garantir a integralidade da atenção e a resolutividade da unidade Saúde da Família.

Conforme preconiza o Brasil (2006), a equipe é composta por, no mínimo: médico generalista, especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião

dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

De acordo com Barros (2017), o profissional de educação física fica na posição de equipe de apoio e, dessa forma, pode ou não fazer parte da equipe, dependendo, na maioria das vezes, de decisão e vontade da política municipal. Diante do exposto, na próxima seção discutir-se-á a atuação do profissional de educação física.

Paschoalotto (2019) afirma que a equipe multiprofissional do PSF consegue humanizar os serviços de saúde prestados, atingindo áreas que até o momento nunca haviam recebido os serviços, presta serviços com foco na prevenção e caminha no sentido de atender a um dos princípios do SUS: a integração dos serviços de saúde.

Marquesa (2007) finaliza elucidando que o PSF se encaixa no modelo adotado pelo SUS, com foco na atenção primária por meio da assistência à saúde, e não mais no modelo responsivo.

Diante do exposto, o estudo delimita-se as ações que envolvem especificamente o profissional de Educação Física, como parte da equipe do NASF na promoção de saúde, realizando um programa de atividade física voltado para mulheres acima de 38 anos que estão cadastradas nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família do município de Imperatriz – MA.

1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Este estudo justifica-se, pois descreve as condições da saúde da mulher acima dos 30 anos, bem como, as ações do NASF e a importância do profissional de educação física, almejando as contribuições, até o momento, para que ele amplie a abrangência das ações de Assistência Básica e proporcione melhor qualidade e a resolutividade da atenção à saúde para aumentar a qualidade de vida da mulher.

De acordo com Bottcher (2019), o Conselho Nacional de Saúde, por meio da resolução nº 218/1997, reconheceu os profissionais de Educação Física como profissionais de saúde. O autor complementa dizendo que este marco inclui a

educação física como área de reconhecimento e de intervenção acadêmico-profissional envolvida na promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde.

É consenso entre os pesquisadores como Mori, Coelho e Estrella (2006), Prado, Altmann e Ribeiro (2016), Geraldo (2017), Medina (2018) e Bottcher (2019) que a prática regular de atividade física é fator determinante para a promoção de saúde e tratamento de diversas doenças crônicas. Tais doenças têm incidência e prevalência em vários grupos etários, sendo um deles as mulheres.

Neste contexto, Myotin (2011) esclarece que o profissional de educação que está no NASF, dentro do processo de consolidação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), foi inserido com o objetivo de orientar e incentivar os adultos a aderirem a uma vida fisicamente ativa saudável. Essa adesão possibilitará seus usuários a viverem todos os ciclos da vida com qualidade e dignidade (MYOTIN, 2011).

Deste modo, o estudo é relevante, pois descreve as condições da saúde da mulher, bem como, as ações do NASF do município de Imperatriz – MA e a importância do profissional de Educação Física, almejando as contribuições para a melhora da qualidade de vida dessas mulheres.

1.5 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

O trabalho está organizado em cinco seções. A primeira seção abordou a problematização de pesquisa, juntamente com os objetivos geral e específicos, delimitação e relevância do estudo e a organização do trabalho.

A segunda seção trabalhou-se a revisão da literatura e desenvolveu as seguintes temáticas: saúde e desenvolvimento, saúde da mulher, atuação do profissional de educação física, menopausa e o exercício físico e a qualidade de vida.

A terceira seção trouxe a abordagem metodológica com os seguintes tópicos: descrição do tipo de pesquisa, área de realização do estudo, os instrumentos que foram utilizados para a coleta de dados e os procedimentos de análise de dados. A quarta seção abordou a análise dos resultados e a quinta e última as considerações finais.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Esta seção constitui um levantamento na literatura das ideias existentes sobre a saúde e desenvolvimento, atuação do profissional de educação física, menopausa e o exercício físico e a qualidade de vida com foco na qualidade de vida da mulher.

Esta abordagem visa estabelecer como evoluíram as relações existentes entre as áreas em questão. Os principais conceitos que permeiam estes sete assuntos são apresentados, com especial atenção para aqueles que foram utilizados ao longo desta dissertação.

2.1 SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

As discussões sobre o conceito de desenvolvimento são bastante ricas no meio acadêmico, principalmente quanto a diferença conceitual entre desenvolvimento e crescimento econômico (OLIVEIRA, 2002; VIEIRA; SANTOS, 2012).

Para Erber (2011) crescimento econômico está relacionado com o incremento da capacidade produtiva da economia, ou seja, o aumento da produção de bens e serviços de um determinado país. O autor complementa que o principal indicador que representa o crescimento econômico é o Produto Interno Bruto (PIB).

Vieira e Santos (2012) acrescentam que o crescimento de uma economia pode ser mensurado também pelo crescimento na força de trabalho, aumento do estoque de capital, melhoria na qualidade da mão de obra, incrementos tecnológicos e eficiência organizacional.

Já, o desenvolvimento econômico, por Kon (2005), é a união do crescimento econômico com a melhoria do padrão de vida da população. A autora complementa que o conceito de desenvolvimento é mais qualitativo, incluindo as alterações da composição do produto e a alocação dos recursos pelos diferentes setores da economia, de forma a melhorar os indicadores de bem-estar econômico e social, tais como: pobreza, desemprego, desigualdade, condições de saúde, alimentação, educação e moradia.

Para Oliveira (2002, p. 40), o desenvolvimento deve ser “encarado como um processo complexo de mudanças e transformações de ordem econômica, política e, principalmente, humana e social”. Porém a busca desenfreada pelo processo de industrialização, aumento das inovações tecnológicas e mudanças nos padrões de consumo levou a maioria dos países do mundo a focar seus esforços no crescimento econômico, deixando a qualidade de vida em segundo plano (OLIVEIRA, 2002).

Quando se aborda a questão da qualidade de vida como fator de desenvolvimento, a saúde está no foco da discussão (CARVALHO *et al.*, 2018). Deste modo, Akerman (2008, p. 51) explicita que a “saúde é fator fundamental para o desenvolvimento, cujos efeitos corroboram para uma vida saudável”. O autor complementa dizendo que discutir saúde e desenvolvimento, fundamentalmente deve-se partir para o caráter da saúde como um bem público.

No artigo 196, da Constituição Brasileira de 1988, traz que ...

[..] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, s.p).

Então, promover a saúde em todas as suas dimensões é parte preponderante para o desenvolvimento. Segundo Akerman (2008) e Carvalho *et al.* (2018), estudos sobre desenvolvimento e saúde já existem há mais de um século. Todavia, nos últimos anos, muitos questionamentos têm sido feitos no campo da saúde e políticas públicas, principalmente no que tange aos modelos de desenvolvimento, pautados na lógica da produção, expropriação e impactos ambientais, sociais e econômicos. O resultado é traduzido em degradação, poluição do meio, exclusão, não redução do nível de pobreza e conseqüente baixa qualidade de vida.

Gadelha e Costa (2007) mencionam um consenso a respeito da potencialidade do setor da saúde na intervenção no processo de desenvolvimento, atuando em duas frentes: como indutor do processo e como elemento constitutivo dele.

Os autores afirmam que muitos estudos apoiados pela Organização Mundial de Saúde têm sido exitosos em demonstrar que o desenvolvimento econômico de uma região guarda relação com as condições de saúde da população. Características como dinamismo, inovações tecnológicas e potencial de geração de emprego e renda são alguns dos fatores atrelados ao complexo industrial de saúde

que contribuem para o desenvolvimento econômico e social (GADELHA; COSTA, 2007).

Gadelha *et al.* (2011) destacam que o campo teórico-conceitual sobre saúde e desenvolvimento apresentam vertentes distintas de análise, compreendendo-a como:

- Componente essencial de qualidade de vida e de intervenção pública na área social (GADELHA *et al.*, 2011). Deste modo, Buss e Pellegrini Filho (2006) explicita que a relação entre saúde e desenvolvimento configura como uma dimensão privilegiada para a geração de bem-estar, promoção de equidade e de inclusão social.
- Fator genérico que conforma o ambiente socioinstitucional indutor de crescimento econômico e de investimento, captado em modelagens matemáticas nas teorias endógenas do crescimento que incorporam, por exemplo, a expectativa de vida ou o capital humano na função investimento (FIGUEIREDO, 2006; CARVALHO *et al.*, 2018), em conjunto com outros fatores, como as atividades de pesquisa e desenvolvimento e a educação (GADELHA *et al.*, 2011).
- Sistema complexo, dado que relaciona segmentos produtivos e de serviços sociais e que compatibiliza uma fonte de geração de renda, emprego e inovação. Potencializa mudanças estruturais relacionadas à expansão dos novos paradigmas tecnológicos e de profundas transformações de conhecimento decorrentes da revolução tecnológica, remetendo para uma abordagem de economia política de corte estruturalista (GADELHA *et al.*, 2011).

Cada uma dessas vertentes reforça, em maior ou menor grau, o argumento da saúde como uma área estratégica para o desenvolvimento no âmbito das diversas linhas ideológicas (GADELHA; COSTA, 2007; GADELHA *et al.*, 2011).

Na primeira vertente, ao se referir à qualidade de vida e não apenas à ausência de doenças, as ações em saúde remetem para o padrão nacional de desenvolvimento tanto econômico como social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006). Buss e Pellegrini Filho (2006) aponta para a transversalidade da saúde, o que

demanda tanto a ampliação dos esforços e dos investimentos setoriais quanto a articulação entre diversas políticas.

Para Gadelha *et al.* (2011), a dimensão territorial do desenvolvimento se mostra importante, condicionando e sendo condicionada pelas ações de saúde, uma vez que é no espaço, no qual as políticas se encontram e podem gerar as sinergias necessárias ao processo de desenvolvimento.

Planejar e implementar, de fato, a regionalização da saúde torna-se particularmente importante em contexto de globalização assimétrica, em que fluxos e interesses internacionais acomodam-se desigualmente no território (KAMIMURA *et al.*, 2015). Isso acaba por pressionar e provocar uma separação entre a vertente social e a econômica do desenvolvimento da saúde e colocar em ameaça os princípios do sistema único de saúde (SUS), provocando, como resultado, uma acentuação das assimetrias da globalização (KAMIMURA; OLIVEIRA, 2013).

A segunda vertente, segundo Allebrandt *et al.* (2019), apresenta a linha que considera a saúde como uma das variáveis da função de produção que explicam o crescimento, medido pela renda per capita a longo prazo.

Para Paula *et al.* (2019), esta vertente apresenta algumas divergências como a visão restrita da saúde e a despolitização do processo de desenvolvimento, ressalta-se que a saúde é vista como um dos fatores na raiz do desenvolvimento e da própria evolução da taxa de investimento.

Assim sendo, a relação entre saúde e desenvolvimento é mais forte do que sua inserção como uma área essencial para aferição das condições de vida (GADELHA *et al.*, 2011). Ou seja, as ações em saúde contribuem para o desenvolvimento regional tanto pelo seu componente de investimento quanto pelo impacto que exercem (nas despesas de capital e correntes) no contexto que determina os investimentos locais, regionais e nacionais (GADELHA *et al.*, 2011; ALLEBRANDT *et al.*, 2019). Desta forma, pode-se superar o ciclo vicioso do fluxo de investimentos no país que tem, historicamente, contribuído para perpetuar e acentuar as diferenças regionais observadas (GADELHA; COSTA, 2007).

A última vertente trata a abordagem estruturalista na sociedade contemporânea, caracterizada por processo assimétrico de globalização e pelo conhecimento e inovação como fatores determinantes das transformações estruturais e do dinamismo econômico (GADELHA, 2003).

Nesta perspectiva, Gadelha *et al.* (2011) e Paula *et al.* (2019) destacam que a saúde pode ser vista como um complexo econômico de atividades que está na raiz dos esforços públicos e privados nacionais voltados para a inovação e o desenvolvimento.

O complexo econômico-industrial da saúde (CEIS) – que envolve a interação entre segmentos industriais e de serviços – tem potencial para alavancar áreas-chave da revolução tecnológica em curso (microeletrônica, biotecnologia, química fina, novos materiais, nanotecnologia, mecânica de precisão), sendo estratégico para o desenvolvimento das regiões e dos países e criando oportunidades de aliar a lógica econômica com a social (GADELHA *et al.*, 2011).

Contribuindo para a discussão sobre saúde e desenvolvimento, Viana e Elias (2007) informam serem três as dimensões de saúde que devem ser consideradas de forma concomitante quando se discute desenvolvimento: a desmercantilização do acesso, a mercantilização da oferta e a formação do complexo industrial de saúde.

A desmercantilização do acesso é decorrente do entendimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, um processo iniciado na Europa pós Segunda Guerra Mundial. Em consequência, há uma responsabilização coletiva e firma-se o financiamento público dos sistemas de saúde e proteção social (VIANA; ELIAS, 2007). Nesse contexto, afigura-se como um elemento constitutivo do próprio desenvolvimento, sem o qual não se pode reconhecê-lo.

A mercantilização da oferta, a seu turno, decorreu do assalariamento dos profissionais de saúde no início do século XX, culminando mais tardiamente na formação de operadoras de planos de saúde as quais atuam como intermediárias entre os usuários e os profissionais prestadores de serviço em saúde (VIANA; ELIAS, 2007). Esse fenômeno se consubstancia em fator indutor de desenvolvimento econômico por meio da geração de renda e de novas oportunidades de negócio.

A formação das grandes indústrias no setor de saúde deu origem ao processo de acumulação de capital em saúde. Esse setor depende de inovações constantes no campo tecnológico e no setor biomédico e, como já foi mencionado, essa característica importa para que a saúde tenha um papel significativo como indutora do desenvolvimento (VIANA; ELIAS, 2007).

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE DA MULHER

Geraldo (2017), no seu estudo, traz a saúde da mulher como uma das tendências do PSF e que estão atrelados ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2006).

Conforme Freitas *et al.* (2009), os princípios e diretrizes do PAISM foram discutidos em parceria com diversos segmentos da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadores rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional.

Os autores enfatizam que o PAISM foi uma iniciativa importante do Governo e que se baseia nos princípios da promoção, respeitando a autonomia dos sujeitos em questão e tornando-os coautores de um processo decisório relevante para a categoria. Também demonstram a preocupação em adotar políticas consoantes às necessidades das mulheres brasileiras e, assim, reduzir os índices de morbidade e de mortalidade por causas preveníveis e evitáveis, o que não aconteceu na gênese das políticas anteriores.

Já Oliveira-Costa (2016) deixa claro que este programa voltado para a saúde da mulher consolida avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Adicionam afirmando que o programa se propõe também a contemplar áreas como: prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico.

Ferreira *et al.* (2020) deixa claro que o PAISM foi formulado com base na avaliação das políticas anteriores e, a partir disto, buscou preencher as lacunas como: climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde

ocupacional; saúde mental; doenças infectocontagiosas, bem como, a atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas.

Lins *et al.* (2020) ressalta que o PNAISM reforça a humanização da atenção em saúde, concebendo que humanização e qualidade da atenção são aspectos indissociáveis. Nesse sentido, é primordial considerar que humanizar é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável, devendo ser consideradas questões de acessibilidade ao serviço nos três níveis da assistência, provisão de insumos e tecnologias necessárias, formalização de sistemas de referência e contrarreferência, disponibilidade de informações e orientação da clientela e a sua participação na avaliação dos serviços (FREITAS *et al.*, 2009; LINS *et al.*, 2020).

Neste contexto, a mulher é vista em sua integralidade, como sujeito autônomo e participativo no processo de decisão para a formulação de políticas públicas, tendo em vista que à medida que a mulher é incluída nesse processo, há garantia do atendimento de suas reais necessidades aumentando a qualidade da assistência (FERREIRA *et al.*, 2020).

2.3 ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Atuação do profissional de Educação Física no NASF baseia-se na execução de inúmeras atividades inerentes a profissão, na qual favorece como auxílio eficaz na promoção e reabilitação da saúde da população. Assim sendo, as ações do profissional incluem a supervisão, orientação e autocuidados na produção de incentivo para melhorar a qualidade de vida da população.

Para melhor compreender quais as ações cabíveis ao profissional de Educação no NASF, convém destacar o que cita Sales (2018, p.2).

- Desenvolver atividades físicas e práticas junto à comunidade;
- Veicular informação que visem à prevenção, a minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado;
- Incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social na comunidade, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais;
- Proporcionar Educação Permanente em Atividade Físico-Prático corporal, nutrição e saúde juntamente com as Equipes PSF, sob a forma de coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de Educação Permanente;

- Articular ações, de forma integrada às Equipes PSF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;
- Contribuir para a ampliação da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência;
- Identificar profissionais e/ ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho em práticas corporais, em conjunto com as Equipes do PSF;
- Capacitar os profissionais. Inclusive os Agentes Comunitários de Saúde, para atuarem como facilitador-monitores no desenvolvimento de atividades físicas práticas corporais;
- Supervisionar, de forma compartilhada e participativa, as atividades desenvolvidas pelas Equipes PSF na comunidade;
- Articular parcerias com outros setores da área junto com as Equipes PSF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes a ampliação das áreas disponíveis para as práticas corporais;
- Promove eventos que estimulem ações que valorizem. Atividade Físico-Prático Corporais e sua importância para a saúde da população.

Entende-se que profissional de Educação Física no NASF precisa e deve trabalhar em equipe com os multiprofissionais quem atuam no programa, as junções dos mesmos formulam coparticipação que constituem métodos e estratégias articuladoras das propostas que combatem inúmeras doenças, uma vez que, as práticas corporais em conjuntos com a comunidade materializam as ações de saúde.

Não se pode duvidar dos benefícios que exercício físico proporciona ao organismo humano, e a existência de programas do Ministério da Saúde em prol da efetivação satisfatória do exercício físico, incluído propostas que atende as necessidades e expectativas, gradativamente a promoção da saúde é acionada, por estabelecer uma conjuntura de ações que resultam em aumento na expectativa de vida, caracterizando-se em uma sociedade saudável (ORUÉ *et al.*, 2018).

Todavia, faz-se necessário um planejamento que estabeleça uma organização do programa a ser executado pelo público alvo, sendo recomendados alguns exercícios tais como: exercício de posturais, alongamentos e relaxamentos, exercícios respiratórios, caminhada e corrida, natação, hidroginástica, ginástica, exercício resistido entre outros.

É importante ressaltar que, atuação dos Profissionais de Educação Física nos NASF, se dá por meio dos atendimentos individuais que podem ocorrer tanto no espaço do Posto/Centro/Unidade de Saúde, como no domicílio do usuário, e normalmente envolvem a participação dos profissionais da equipe de referência. Dentro das possibilidades dos profissionais de Educação Física estariam, por exemplo, o auxílio na reabilitação pós-traumática, reabilitação pós-operatória,

atendimentos a pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral, realização de avaliação antropométrica e outros testes para alguns casos específicos determinados pela equipe NASF, dentre outras possibilidades (VILARTA, 2007).

Cabe deixar claro que todas estas estariam previamente planejadas e em sincronia com as ações de demais profissionais do NASF, bem como da equipe de referência. No caso do atendimento a um usuário em reabilitação pós-traumática, por exemplo, a atuação, muito provavelmente, ocorreria conjuntamente com médico da família, enfermeiro (da equipe de referência) e fisioterapeuta do NASF (BROCARD; TAVARES, 2018).

As atribuições a serem desenvolvidas são atividades físicas e práticas junto à comunidade; Veicular informação que visem à prevenção, a minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado; Incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertencimento social na comunidade, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais; Proporcionar Educação Permanente em Atividade Físico-Prático Corporal, nutrição e saúde juntamente com as Equipes PSF e outras atividades inerentes à função (BRASIL, 2018).

Nos dias de hoje, define-se saúde não mais como ausência de doenças. Saúde se identifica como um conjunto de aspectos baseado no comportamento humano que estejam voltados a um estado de completo bem-estar físico, mental e social. O estilo de vida passou a ser considerado fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade por todas as causas. Para maioria da população, os principais riscos para a saúde e o bem-estar, está ligado ao próprio comportamento individual, resultante tanto da informação e vontade da pessoa, como também das oportunidades e barreiras presentes na realidade social (BRASIL, 2010).

Segundo Both (2016) nos últimos anos, a inserção do profissional de Educação Física na saúde coletiva vem ganhando destaque. A inserção da Educação Física na Saúde Coletiva se trata de um tema que vem merecendo destaque em diferentes obras produzidas, principalmente nos últimos dez anos. Especificamente Babgrichevsky, Palma e Estevão (2003), Carvalho (2005), Marcondes (2007), Fraga e Wachs (2007), Bagrichevsky e Estevão (2015), Gomes, Fraga e Carvalho (2015), Wachs, Almeida e Brandão (2016), entre outros, vêm abordando as problemáticas do campo da Educação Física nas interconexões com a Saúde Coletiva, considerando diversas perspectivas.

Contudo, é possível identificar ainda uma série de espaços vazios que, merecem ser discutidos, os quais pretendemos refletir sobre alguns deles na presente pesquisa, no que se refere aos diálogos entre a Educação Física e a Saúde Coletiva, sob uma perspectiva hermenêutica (BOTH, 2016).

O intercâmbio social, cultural, econômico e político, compreendendo as práticas e os imaginários, criam e recriam a diversidade e a desigualdade. Nas condições sob as quais ocorrem as relações sociais na cidade, tanto se afirmar e reafirma a diversidade como a desigualdade. Em tal contexto social, a diversidade pode afirmar-se e até mesmo florescer, minimizando-se ou recobrando-se a desigualdade.

Desde que as relações sejam fluentes, que o intercâmbio esteja ocorrendo sem atritos, quando se aceitam aberta ou tacitamente as diversidades, nesses contextos tudo flui. Mas logo que se desvenda a desigualdade, quando se descobre que a diversidade esconde a desigualdade, nesse momento manifestam-se a tensão, o estranhamento, a intolerância, o preconceito, a discriminação, a segregação. A cultura das classes populares encontra-se em certas situações, com a cultura de massa; esta, com a cultura erudita; e vice-versa.

2.4 A MENOPAUSA E O EXERCÍCIO FÍSICO

O exercício físico contribuiu com a qualidade de vida do indivíduo em qualquer fase da vida. E tratando-se de mulheres que encontram –se no período da menopausa, convém destacar que a prática regular do exercício físico é um forte aliado da mulher, por impedir a perda massa muscular, auxilia na prevenção osteoporose, contribui com saúde emocional entre outros subsídios.

Para Zanesco e Zaros (2009) a menopausa é um período de transição na vida da mulher, pois inicia-se o encerramento do período férteis, ou seja, a mulher não menstrua e acaba a ovulação. Esse fenômeno acontece devido ocorrer declínio dos hormônios.

É importante ressaltar que a menopausa acontece gradativamente, as mulheres após os 40 anos possuem um espaço mais longo para menstruar, até que desaparece totalmente. Consequentemente, elas vivenciam os efeitos colaterais,

como por exemplo, suores noturnos e insônia, perda da massa óssea, aumento do risco cardiovascular, hipertensão entre outros. E quanto mais sedentária for a mulher, a menopausa afeta a qualidade de vida. Em outras palavras significa dizer que, o exercício é um mecanismo auxiliador da mulher no enfrentamento da menopausa.

Para melhor compreender a importância do exercício físico na menopausa convém destacar o que diz Zanesco e Zaros (2009, p.11)

A atividade física como uma grande aliada das mulheres na menopausa, pois a prática da atividade física proporciona um aumento no processo onde as proteínas são captadas, retidas e estimuladas pelo músculo, desenvolvendo uma maior absorção de cálcio pelos ossos e reduzindo o risco de outras doenças.

A atividade física também ajuda no momento em que promove um alto gasto calórico, pois o esforço, a força empregada acaba por acelerar o metabolismo, além de gerar um aumento significativo de massa muscular. Com o aumento da massa, ocorre um maior gasto energético, mesmo sem realizar atividade alguma, nos horários de lazer e descanso, se gasta mais energia quando a massa muscular é maior, o que acaba sendo de grande valia para lutar contra o acúmulo de gordura interna que surge com a mudança de padrão originada pela menopausa.

Portanto, a prática do exercício físico antes, durante e após o período da menopausa é significativa na qualidade de vida da mulher, por fortalecer o organismo em caráter satisfatório. Desse modo, acredita-se que o programa desenvolvido pelo NASF, especificamente pelo profissional de Educação Física são primordiais para saúde da mulher.

2.5 QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE

Gouveia, Matos e Schouten (2016), Mota, Oliveira e Batista (2017), Marcacine *et al.* (2019) e Yabuuti *et al.* (2019) destacam, em seus trabalhos, que o conceito de qualidade de vida tem múltiplas dimensões e é multideterminado. Neste sentido, os autores esclarecem que não há uma definição única para este constructo.

Para Bernardes (2017) e Rocha e Mitidieri (2018), o conceito de qualidade de vida perpassa por diferentes sinônimos relacionados à saúde, tais como: bem-estar, felicidade, segurança e entre outros. Entretanto, Renwick e Brown (1996)

ressaltam que a qualidade de vida variará de indivíduo para indivíduo, grupo para grupo, cultura para cultura, localidade para localidade e por esse motivo é um construto social importante a ser analisado.

A origem do conceito de qualidade de vida aliada à saúde foi na definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) (CANAVARRO; SERRA, 2010), o que implicou iniciativas no âmbito da promoção da saúde como um orientador no sentido do bem-estar das pessoas. Neste contexto, a qualidade de vida aparece associada à promoção da saúde e bem-estar da população (RAMOS, 2004).

Segundo Liu (1975) afirma que o conceito de qualidade de vida é formado por dois componentes: o subjetivo (psicológico) e o objetivo (social, econômico, política e ambiental). Complementando o conceito de Liu (1975), Cummis (1997) explica que o conceito sobre qualidade de vida baseia-se em sete domínios: bem-estar material, saúde, produtividade, intimidade, segurança, comunidade e bem-estar emocional.

No contexto da saúde, o interesse pelos estudos de qualidade de vida, para Bernardes (2017), surge em consequência da modernização da medicina. Assim, Rocha e Mitidieri (2018) evidenciam que a qualidade de vida depende da doença das pessoas e do impacto do tratamento e das limitações da evolução da doença na vida dos indivíduos.

Para Felce e Perry (1995), a qualidade de vida é formada por um conjunto de fatores independentes do grupo populacional, concentra-se na percepção que as pessoas têm do seu bem-estar e das suas necessidades e opções, ou seja, é um constructo multidimensional, influenciado por fatores pessoais e ambientais, tais como: relações íntimas, vida familiar, amigos, trabalho, vizinhança, localidade da residência, qualidade da habitação, educação, saúde, nível de vida e o estado de uma nação.

Já Granzin e Haggard (2000) explicam a qualidade de vida como a interação das características pessoais e as suas percepções do ambiente físico e social no qual estão inseridos. Os autores desenvolveram um modelo integrativo da qualidade de vida que é formado por três eixos: pessoal (atitude e valores e fatores demográficos), ambiental (dimensões física e social) e a experiência subjetiva de vida (saúde mental e qualidade de vida).

Neste contexto, a definição de Qualidade de Vida da OMS é a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas,

padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994 *apud* CANAVARRO; SERRA, 2010).

Para Galinha e Ribeiro (2005) e Eroğlu, Bozgeyikli e Çalışır (2009), a qualidade de vida está relacionada com a satisfação com a vida e a felicidade. Bernardes (2017) diz que o conceito de felicidade traduz o modo como as pessoas se sentem, aos prazeres e paixões da vida, sendo uma herança cultural do século XVIII, período do iluminismo, no qual o homem nascia para ser livre e feliz.

Canavarro e Serra (2010) explicam que a felicidade intrínseca a cada indivíduo implica um desafio das capacidades e o prazer no percurso para o alcance dos objetivos, isto é, o contentamento no que se está fazendo e não propriamente no resultado em si.

Deste modo, a autoestima é um fator que exerce influencia na satisfação com a vida e conseqüentemente na felicidade. Não se pode ignorar o contexto cultural, pois, na sociedade ocidental individualista, tende a uma valorização das experiências internas e uma forte relação entre as emoções e o bem-estar subjetivo. Enquanto na sociedade ocidentalcoletivista valoriza os aspectos externos acentuados pelas relações dos membros. Já, nos países de cultura oriental, a felicidade pessoal não é muito importante, uma vez que os objetivos e ambições individuais estão subordinados aos interesses coletivos (LEE *et al.*, 2020).

Para Canavarro e Serra (2010), a definição de felicidade está relacionada as experiências subjetivas do prazer enquanto fator de bem-estar, reportando a alguma coisa boa relacionada com o que as pessoas são e sentem. Os autores complementam destacam que as pessoas felizes parecem mais sociais e ativas, gostam mais de si próprias e dos outros e demonstram melhores capacidade na resolução de conflitos.

Rabello e Passos (2008) expõem que, acima dos 60 anos, este conceito se manifesta mais intensamente e Queroz e Neri (2005) complementam dizendo que nesta fase da vida os indivíduos passam a enxergar a qualidade de vida por meio de habilidades emocionais.

Assim, surge o conceito de inteligência emocional que, para Queroz e Neri (2005), engloba cinco capacidades ou habilidades dos indivíduos: autoconsciência (facilidade em lidar com os sentimentos); automotivação (facilidade de elaborar planos para a vida com otimismo); autocontrole (facilidade na gestão dos sentimentos, pensamentos e comportamentos); empatia (facilidade em identificar

sentimentos, desejos, problemas e interesses dos outros por meio de comportamentos não verbais) e sociabilidade (facilidade de iniciar e preservar amizades, ser aceite, adaptar-se a situações novas, liderar).

Bernardes (2017) e Mota, Oliveira e Batista (2017) apontam que estas capacidades constituem as bases psicológicas responsáveis pelo fortalecimento das estruturas internas dos indivíduos e pelas interações sociais.

Estudo realizado por Canavarro e Serra (2010), fica evidente que na avaliação subjetiva da qualidade de vida os indivíduos tendem a excluir as condições materiais e externas e a valorizar a autoavaliação do bem-estar numa perspectiva positiva – satisfação, pensamentos, sentimentos, vontades, percepções e felicidade.

Já no estudo de Oliver *et al.* (1996), as variáveis faixa etária, gênero e a etnia apresentam correlações fracas com o conceito de qualidade de vida, enquanto as variáveis nível de renda, situação de emprego, rede de relações pessoais e sociais e autoestima apresentam correlações fortes.

Estudos realizados pela *World Database of Happiness* (2020) revelam que as pessoas ao redor do mundo que estão em um relacionamento afetivo duradouro, ou seja, casados, são mais felizes, bem como as que vivem em situações com sistemas educativos de qualidade, boas infraestruturas sociais, nível de escolaridade elevado, cuidados de saúde modernos e igualdade entre gêneros.

Yonk (2008) explicita que os fatores históricos e culturais podem influenciar a felicidade e o bem-estar, todavia, a liberdade política e a prosperidade econômica são essenciais para a promoção de qualidade de vida de todos os indivíduos.

Nesta linha de pensamento, o nível socioeconômico também se encontra constantemente associado à saúde. Para Kim *et al.* (2016), níveis mais elevados na escala social correspondem a uma melhor saúde e menores taxas de mortalidade e morbidade.

Os autores acrescentam que o trabalho como uma fonte de geração de recursos, a atividade e a estabilidade laboral também são vistas como fatores de realização pessoal e bem-estar externos às relações familiares e que são também imprescindíveis à promoção da qualidade de vida.

Suk e Hall (2019), no seu estudo sobre qualidade de vida e indicadores sociais, observaram que o nível de pobreza e a exclusão social são aspectos preocupantes, pois além dos poucos recursos a que têm acesso (alimentação,

habitação, saúde e entre outros) acentua-se o isolamento e a solidão e tornam os indivíduos mais vulneráveis para as doenças psicossomáticas.

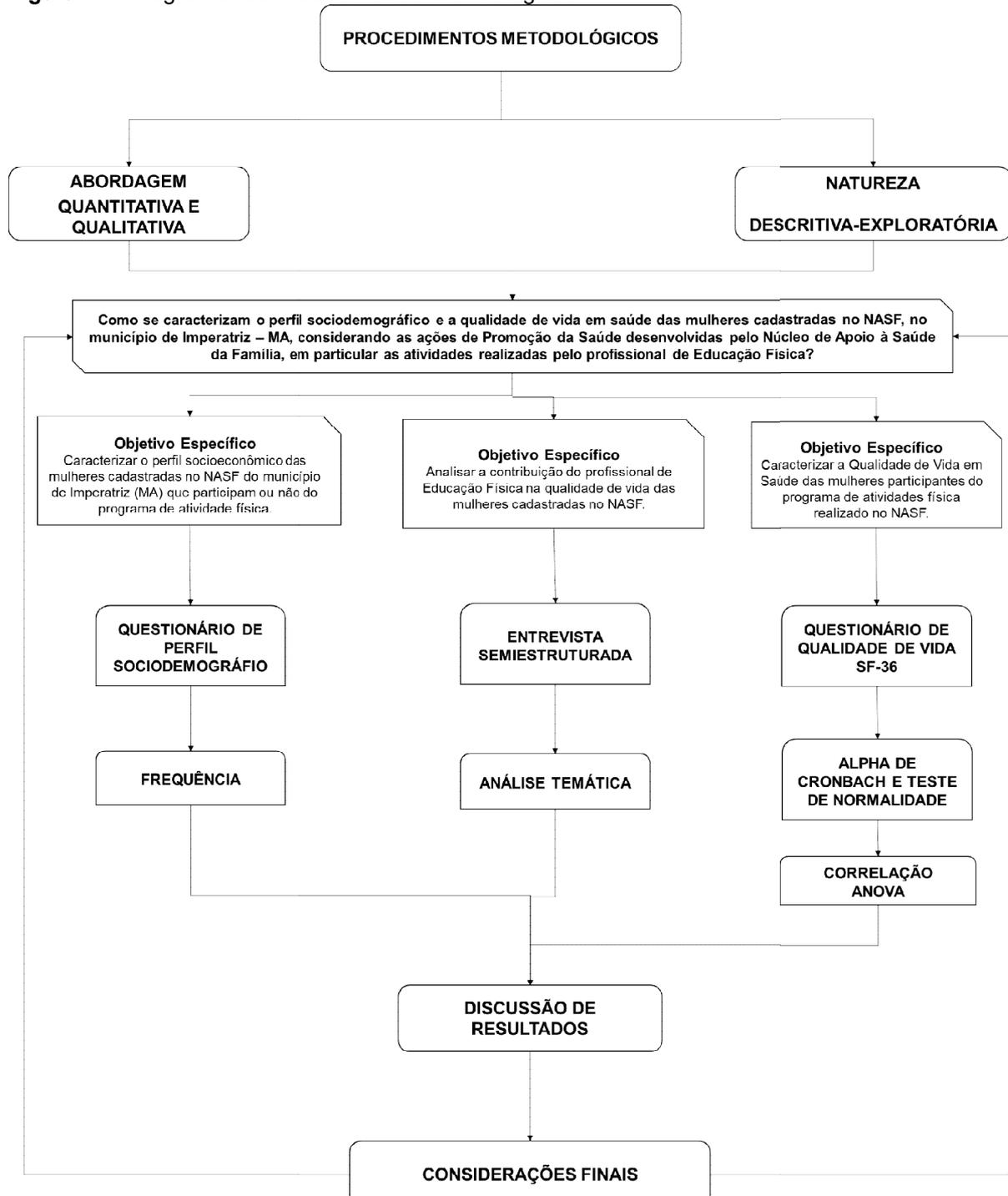
Para estes autores, o conceito de qualidade de vida e qualidade de vida em saúde deve contemplar não só os aspectos econômicos, mas também os aspectos sociais e criar ambientes adequados para os indivíduos, deste modo, promovendo uma vida longa e saudável, para além dos aspectos subjetivos como a felicidade e a satisfação.

Após o levantamento do referencial teórico norteador desta pesquisa, elaborou-se, na próxima seção, a descrição dos procedimentos metodológicos do estudo contemplando o tipo de pesquisa, área de realização, população e amostra e procedimentos de coleta e análise dos dados.

3. MÉTODO DE PESQUISA

Nesta seção foram explicados os aspectos correspondentes ao método e aos procedimentos que foram aplicados para realização desta pesquisa, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma dos Procedimentos Metodológicos



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa

Deste modo, os processos metodológicos foram descritos na seguinte linha: em primeiro plano descreveu-se o tipo de pesquisa, por conseguinte apresentou-se a área de realização, seguida da descrição da amostra de pesquisa, à vista disso relatou-se quais foram os procedimentos de coleta de dados que foram utilizados para delimitar o estudo e, por fim, como foram interpretados e analisados os dados obtidos após a coleta.

3.1 DESCRIÇÃO DO TIPO DE PESQUISA

A pesquisa valeu-se da abordagem quantitativa e qualitativa, objetivando-se analisar as ações do profissional de educação física na modelagem dos serviços de saúde desenvolvidos no NASF para Qualidade de Vida em Saúde da mulher no município de Imperatriz - MA.

Para Prodanov e Freitas (2013), a pesquisa quantitativa pode ser classificada como um método científico que utiliza diferentes técnicas estatísticas para quantificar opiniões e informações para um determinado estudo. Os autores complementando dizendo que esta abordagem é utilizada para compreender e enfatizar o raciocínio lógico e todas as informações que se possam mensurar sobre as experiências humanas.

Segundo Fonseca (2002, p.10),

[...] diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade [...] A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente (FONSECA, 2002, p. 10).

Para Mauch e Park (2003), a pesquisa com abordagem qualitativa tende a oferecer um valor significativo dentro de um processo de construção de novos conceitos ou teorias, tentando descobrir e mostrando suposições que podem estar por trás das ações ou eventos estudados.

Devido à amplitude da pesquisa proposta, optou-se por utilizar como método de pesquisa uma formulação do tipo pesquisa exploratória-descritiva. Conforme Cervo e Bervian (1996, p. 49), uma pesquisa exploratória “tem por objetivo familiarizar-se com o fenômeno ou obter uma nova percepção e descobrir novas ideias”. Pode-se dizer que essa pesquisa objetiva, principalmente o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições

Para Triviños (1987, p. 110), a pesquisa descritiva ...

[...] se caracteriza pela investigação de uma série de informações sobre o que deseja pesquisar, buscando descrever os fatos e fenômenos de determinada comunidade, suas características, valores e problemas relacionados à cultura (TRIVIÑOS, 1987, p. 110).

Segundo Selltize *et al.* (1965), a pesquisa descritiva busca descrever detalhadamente um fenômeno ou situação, permitindo abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação, ou um grupo e descobrir a relação entre os eventos.

3.2 ÁREA DE REALIZAÇÃO

O local de estudo é a cidade de Imperatriz (MA), que se destaca por ser a segunda maior cidade populacional do estado do Maranhão, além de influenciar geograficamente toda a região sul do Estado e Estados circunvizinhos, como Pará e Tocantins. Destaca-se na área educacional, nível superior, e em prestação de serviços, além de ter uma indústria de papel e celulose.

Iniciou-se como uma vila que foi elevada à cidade em 22 de abril de 1924, pela Lei Nº 1179, passou por diversos ciclos econômicos, entre os quais se destacam o ciclo do gado, da borracha, da castanha, do arroz, da madeira e do ouro. Durante anos, os ciclos econômicos contribuíram minimamente no desenvolvimento da região, e com as limitações o desenvolvimento econômico se dava em passos lentos (PREFEITURA MUNICIPAL DE IMPERATRIZ, 2020).

O município servia, de forma mais intensa, como ponto de chegada e saída dada sua localização geográfica. No ciclo econômico do ouro a fama do garimpo atraía muitas pessoas. No sertão do Maranhão muitos usavam o porto de Imperatriz

como ponto de ida e vinda, o que fez com que ele passasse a ser muito movimentado (BARROS, 1986).

A Tabela 1, traz os dados referentes à população feminina e masculina, distribuição populacional da zona urbana e rural, além do IDH da cidade entre outras informações segundo o Censo 2010 (IBGE).

Tabela 1: Censo Demográfico 2010 – Imperatriz (MA)

ANO	HABITANTES
Feminino	128.278
Masculino	119.227
População	247.505
População Urbana	234.547
População Rural	12.958
Renda per capita (em R\$)	613,87
Índice de Desenvolvimento Humano	0,7
Área do município em km ²	1.368,988 km ²

Fonte: IBGE (2010)

O município de Imperatriz é cortado por uma das rodovias mais importantes da região, a Rodovia BR 010 Belém – Brasília, que vai da capital do estado do Pará ao Distrito Federal (Brasília). Conta, também, com um dos maiores rios do país, o Tocantins, além da ferrovia Norte Sul e com a estrada de ferro Carajás (PREFEITURA MUNICIPAL DE IMPERATRIZ, 2020).

O estado do Maranhão é dividido geograficamente em cinco mesorregiões, e a cidade de Imperatriz está localizada na mesorregião oeste maranhense, formada por um total de 52 municípios, conforme Figura 2 (PREFEITURA MUNICIPAL DE IMPERATRIZ, 2020).

Figura 2: Mesorregiões Maranhense



Fonte: adaptada pela autora de Google Maps (2018)

Imperatriz (MA) ainda é considerada como um grande entroncamento entre as principais cidades e capitais da região, influenciando economicamente e comercialmente um raio de seiscentos quilômetros (PREFEITURA MUNICIPAL DE IMPERATRIZ, 2020).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desta pesquisa é formada por:

- Mulheres acima de 38 anos;
- Mulheres cadastradas no NASF do município de Imperatriz (MA) que participam ou não do programa de atividade física; e,
- Profissionais que fossem integrantes do NASF no município de Imperatriz (MA).

Ao consultar a coordenação dos NASF do município de Imperatriz – MA em novembro de 2020, verificou-se que há 98 mulheres cadastradas e 5 profissionais vinculadas nos núcleos.

Para a população mulheres, no primeiro momento, realizou-se o cálculo amostral, considerando 5% de erro amostral e 95% de nível de confiança e obteve-se uma amostra de 71 mulheres. Entretanto, devido a pandemia e muitas mulheres estar no grupo de risco, a amostra foi composta por 51 mulheres cadastradas no NASF do município de Imperatriz (MA) que participam ou não do programa de atividade física. Assim, caracterizando uma amostra não probabilística e por acessibilidade.

Já os profissionais de educação física foram entrevistados os 4 profissionais que atuam no NASF e que participam de atividades voltadas para as mulheres do município. Vale mencionar que o município possui 5 profissionais de educação física que atuam no NASF, todavia, no momento da coleta, um profissional estava indisponível para participar da pesquisa, pois estava com problema de saúde e estava de licença das atividades profissionais.

As entrevistas foram realizadas via plataforma remota zoom e gravada com a autorização do respondente e teve duração média de 50 minutos. Os questionários foram enviados via *Google Form* a partir do dia 16 de novembro de 2020. Isto ocorreu após aprovação do comitê de ética no dia 16 de novembro de 2020, CAAE: 39420520.5.0000.5501, número do parecer: 4.402.307.

3.4 INSTRUMENTOS

O instrumento de coleta de dados para este estudo é dividido em duas etapas. A primeira etapa é um roteiro de entrevista semiestruturado e em profundidade desenvolvido por Geraldo (2017), conforme Anexo A, e será aplicado nos profissionais que são integrantes do NASF do município de Imperatriz – MA.

De acordo com Geraldo (2017), o roteiro da entrevista semiestruturada apresenta 16 questões. Foi dividido em cinco blocos: o primeiro aborda o perfil dos participantes, com cinco questões abertas; o segundo bloco trata do planejamento em Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doença, com duas questões abertas; o terceiro bloco questiona os participantes sobre a Organização dos Serviços de Saúde – APS, com três questões abertas; o quarto bloco aborda a participação dos Profissionais de Educação Física, com quatro questões abertas e o quinto bloco trata sobre a perspectiva dos Profissionais sobre o encaminhamento às atividades físicas, com três questões abertas.

É importante ressaltar que a entrevista semiestruturada, individual e em profundidade é um recurso metodológico que busca, com base em teorias e pressupostos definidos pelo pesquisador, recolher respostas a partir da experiência de uma fonte, selecionada por deter informações que se deseja conhecer.

Kandel (1981, p.178) lembra que a entrevista em pesquisa:

[...] não é simplesmente um trabalho de coleta de informações, mas, sempre, uma situação de interação, ou mesmo de influência entre dois indivíduos e que as informações dadas pelo sujeito (o material que ele fornece) podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador.

A segunda etapa do instrumento de coleta de dados foi dividido em duas fases e foram constituídos por dois instrumentos: um questionário sobre o perfil socioeconômico que foi elaborado por Geraldo (2017), contendo perguntas fechadas e abertas (AnexoB) e um questionário de qualidade de vida SF-36, em sua versão brasileira desenvolvido por Ciconelliet al. (1999) (Anexo C) que foram aplicados às mulheres que são cadastradas e residentes na área de abrangência das UBS que participarão da pesquisa.

De acordo comCiconelliet al. (1999), o SF-36 é um questionário genérico de avaliação de saúde, composto por 36 itens englobados em oito escalas, na qual investiga aspectos distintos:

1. Capacidade funcional (dez itens): avalia a presença e a extensão das limitações impostas à capacidade física;
2. Aspectos físicos (dois itens);
3. Aspectos emocionais (três itens);
4. Dor (dois itens): baseados numa questão do questionário SF-20 sobre a intensidade da dor, acrescido da interferência da dor nas atividades de vida diária;
5. Estado Geral de Saúde (cinco itens): derivados do questionário *General Health Rating Index*;
6. Vitalidade (quatro itens): considera o nível de energia, com a fadiga sendo derivado do questionário *Mental Health Inventory* (MHI);
7. Aspectos sociais (dois itens): analisam a integração do indivíduo em atividades sociais.
8. Saúde mental (cinco itens): investigam as dimensões de ansiedade, depressão, alteração do comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico. Resumem os 38 itens do questionário de avaliação de Saúde Mental (MHI-38).

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Na realização desta pesquisa optou-se pela utilização de dois procedimentos para a coleta de dados com as mulheres cadastradas no NASF do município de Imperatriz (MA) que participam ou não do programa de atividade física: primeiro, por abordagem direta via questionário impresso; e segundo, remotamente via meio eletrônico. Vale ressaltar que as informações das mulheres foram fornecidas pela administração dos NASF do município estudado.

O endereço eletrônico do questionário foi distribuído pelas redes sociais whatsapp; facebook; menseger; e e-mail. Vale ressaltar que as informações do envio do questionário foram fornecidas pela coordenação dos NASF. Nesta fase, obteve-se 51 respostas. Os questionários foram enviados via *Google Form* a partir do dia 16 de novembro de 2020 e finalizou no dia 20 de dezembro de 2020.

Em seguida, realizou-se as entrevistas com quatro profissionais de educação física que atuam no NASF do município de Imperatriz (MA). Primeiramente foi realizado um contato telefônico e definido uma data para a execução. No dia pré-estabelecido, enviou-se um link da plataforma remota zoom. As entrevistas foram gravadas com a autorização do respondente e teve duração média de 50 minutos e foram realizadas em janeiro de 2021.

É importante destacar que a coleta de dados só ocorreu após aprovação do comitê de ética no dia 16 de novembro de 2020, por meio do parecer CAAE: 39420520.5.0000.5501, número do parecer: 4.402.307.

3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

O procedimento de análise dos dados foi dividido em 4 fases:

1ª Fase: análise temática das entrevistas semiestruturadas que foi realizado com os profissionais de Educação Física. Conforme Minayo (2000), para analisar o conteúdo de uma mensagem precisa-se de várias formas de unidade de registro. A palavra pode ser usada como uma unidade vai depender do objetivo do estudo. O tema também pode ser uma unidade de registro, em torno da qual se tira uma conclusão. Deste modo, por intermédio desse método os elementos dos textos das entrevistas são classificados em categorias. A análise temática é um método interpretativo de análise de dados, onde se permite apresentar e organizar os dados

sistematicamente por meio da identificação, análise e descrição de padrões ou temas (BRAUN; CLARK, 2006). Complementando a análise temática, utilizou-se o software Iramuteq0.7 Alpha 2 para elaborar o teste de nuvem de palavras, classificação hierárquica descendente e o teste de similitude.

2ª Fase: cálculo do *RawScale* dos dados obtidos no questionário QV – SF-36. Nesta fase, o valor das questões do questionário será transformado em grau de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de *RawScale*, porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida. Domínios: - Capacidade funcional; - Limitação por aspectos físicos; - Dor; - Estado geral de saúde; - Vitalidade; - Aspectos sociais; - Aspectos emocionais; - Saúde mental (GERALDO, 2017).

3ª fase: Teste de Confiabilidade Alfa de *Cronbach* dos dados obtidos no questionário QV – SF-36. O teste Alfa de *Cronbach* mensura a confiabilidade dos dados, medindo a correlação entre as respostas obtidas, estabelecendo uma média entre os dados mediante a variância de itens individuais e da soma de todos os itens analisados no questionário, observando valores de 0,700 ou superiores na escala de medição (FIELD, 2009).

4ª fase: Coeficiente de Correlação e Anova Unilateral. O coeficiente de correlação pode variar entre -1 e +1, quanto mais próximo destes extremos maiores é a correlação (positiva ou negativa) entre as variáveis comparadas e a Anova Unilateral é um método para testar a igualdade das médias populacionais, baseado na análise das variâncias amostrais (PESTANA; GAGUEIRO, 2008).

Vale ressaltar que os cálculos estatísticos serão realizados por meio do software *StatisticalPackage for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 for Windows.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção foram apresentados os resultados com base na caracterização do perfil socioeconômico e do estilo de vida das mulheres respondentes da pesquisa, o histórico ginecológico e obstétrico e sintomatológico, a análise da qualidade de vida em saúde por meio do SF-36 e a contribuição do profissional de educação física na qualidade de vida das entrevistadas.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ - MA

De acordo com a Prefeitura Municipal de Imperatriz (2020), o programa municipal de Atenção Básica ou atenção primária é responsável pelos atendimentos iniciais da população. Está sob a coordenação da Atenção Básica a rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS), e seu objetivo é orientar a população sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade.

Neste contexto, até o início de 2019, a cobertura do PSF no município de Imperatriz (MA) era de 56%. Entretanto, em 4 de julho de 2019, foi publicado no Diário Oficial da União, a portaria do Ministério da Saúde, que traz a autorização da contratação de pelo menos trezentos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Este fato, proporcionará ao município a cobertura de 100% na Atenção Básica em Saúde.

De acordo com a Prefeitura Municipal de Imperatriz (2020), o Ministério da Saúde irá custear 95% dos salários dos novos agentes e a prefeitura irá pagar os 5% restantes e encargos salariais. Alair Firmiano, secretário de saúde do município estudado, ressaltou que Imperatriz (MA) “nunca teve, nos seus 167 anos de existência, uma cobertura total na Atenção Básica”. A contratação será por etapas e os novos ACS farão um novo curso de formação com data, ainda será definida.

Diante do exposto e conforme a Secretaria de Saúde de Imperatriz (MA), os profissionais que atuam nas UBS e no NASF são: fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais de educação física, farmacêutico e psicólogos clínicos.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO E DO ESTILO DE VIDA DAS MULHERES RESPONDENTES DA PESQUISA

Com o intuito de responder o primeiro objetivo específico que se trata de caracterizar o perfil socioeconômico das mulheres cadastradas no NASF do município de Imperatriz (MA) que participam ou não do programa de atividade física, realizou-se um levantamento do perfil socioeconômico e do estilo de vida das mulheres que cadastradas no NASF do município de Imperatriz (MA) que participam ou não do programa de atividade física. As variáveis analisadas são: faixa etária, estado civil, escolaridade, profissão, moradia, renda, condições de moradia, estilo de vida, idade da menarca, número de gestação e filhos, fim da menstruação e exame FSH.

Foram aplicados 51 questionários em mulheres cadastradas no NASF do município de Imperatriz (MA) que participam ou não do programa de atividade física. A primeira variável analisada foi a faixa etária, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2: Faixa Etária das Respondentes

Faixa Etária	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
38	1	2,0	2,0	2,0
39	2	3,9	3,9	5,9
40	1	2,0	2,0	7,8
41	1	2,0	2,0	9,8
45	1	2,0	2,0	11,8
46	2	3,9	3,9	15,7
47	2	3,9	3,9	19,6
53	2	3,9	3,9	23,5
54	1	2,0	2,0	25,5
55	4	7,8	7,8	33,3
56	5	9,8	9,8	43,1
57	2	3,9	3,9	47,1
58	6	11,8	11,8	58,8
59	3	5,9	5,9	64,7
60	1	2,0	2,0	66,7
61	4	7,8	7,8	74,5
62	1	2,0	2,0	76,5
63	4	7,8	7,8	84,3
64	2	3,9	3,9	88,2
65	1	2,0	2,0	90,2
66	2	3,9	3,9	94,1
67	2	3,9	3,9	98,0
72	1	2,0	2,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

Nota-se que as participantes da pesquisa possuem entre 38 e 72 anos, apresentando uma média de idade de 56 anos.

Na análise do estado civil das respondentes, conforme Tabela 3, observou-se que 66,7% são casadas, seguida de 15,7% de viúvas, 9,8% divorciadas ou separadas, 5,9% são solteiras e apenas 2% estão em união estável.

Tabela 3: Estado Civil das Respondentes

Estado Civil	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Casada	34	66,7	66,7	66,7
Divorciada/Separada	5	9,8	9,8	76,5
Solteira	3	5,9	5,9	82,4
União Estável	1	2,0	2,0	84,3
Viúva	8	15,7	15,7	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 4 apresenta o nível de escolaridade das mulheres cadastradas noNASF do município de Imperatriz (MA) que participam ou não do programa de atividade física.

Tabela 4: Nível de Escolaridade das Respondentes

Escolaridade	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Analfabeto	2	3,9	3,9	3,9
Ensino Fundamental Completo	13	25,5	25,5	29,4
Ensino fundamental incompleto	17	33,3	33,3	62,7
Ensino Médio Completo	8	15,7	15,7	78,4
Ensino Médio Incompleto	4	7,8	7,8	86,3
Ensino Superior Completo	3	5,9	5,9	92,2
Pós-graduação	4	7,8	7,8	100,0
Total	51	100,0	100,0	

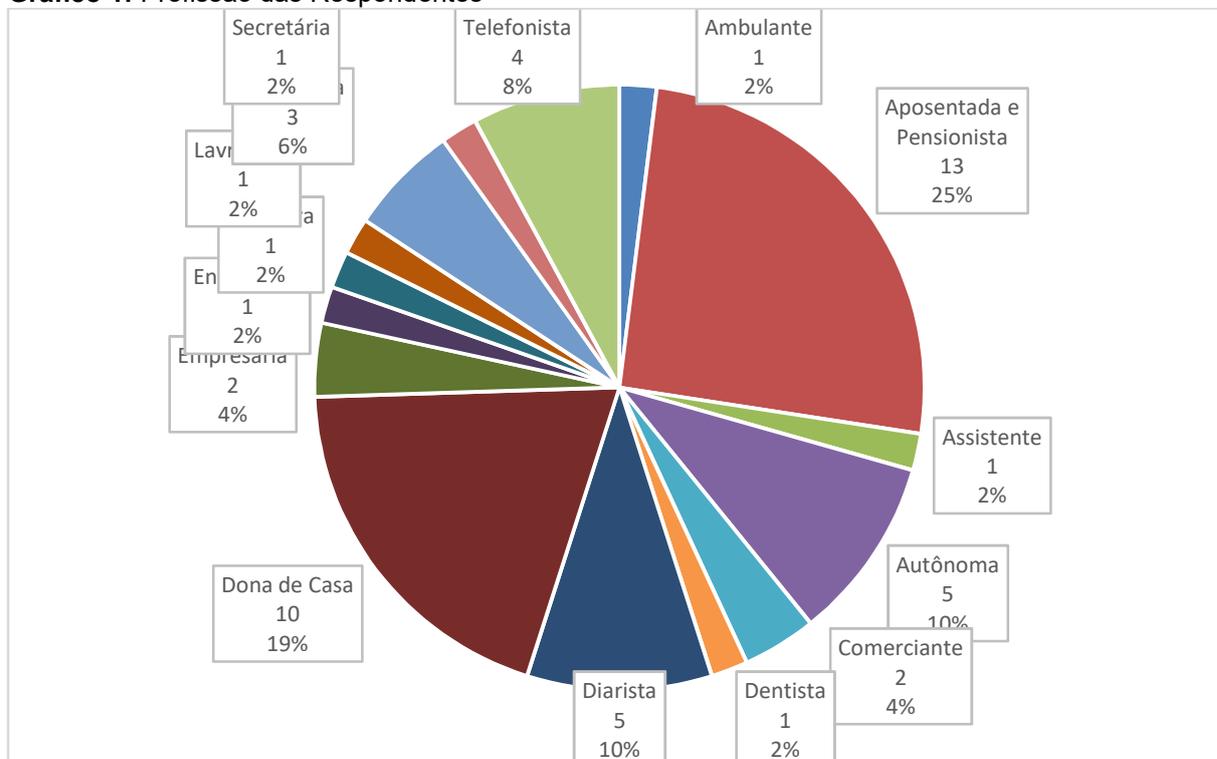
Fonte: Dados da pesquisa

Constatou-se que 33,3% das respondentes possuem ensino fundamental incompleto, seguido de 25,5% de ensino fundamental completo, 15,7% de ensino médio completo, 7,8% possuem pós-graduação e 7,8% de ensino médio incompleto.

No Gráfico 1, verificou-se a profissão das respondentes e encontrou-se as seguintes funções: ambulante (2%); aposentada e pensionista (25%); assistente

(2%); autônoma (10%); comerciante (4%); dentista (2%); diarista (10%); dona de casa(19%); empresária (4%); enfermeira (2%); faxineira (2%); lavradora (2%); professora (6%); secretária(2%) e telefonista (8%).

Gráfico 1: Profissão das Respondentes



Fonte: Dados da pesquisa

Quando questionado se atualmente elas trabalhavam ou não, conforme Tabela 5, notou-se que 49% das mulheres trabalham; 29,4% são aposentadas; 13,7% não estão trabalhando atualmente e 7,8% trabalham eventualmente.

Tabela 5: Condição de Empregabilidade das Respondentes

Empregabilidade	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Aposentada	15	29,4	29,4	29,4
Não Trabalha	7	13,7	13,7	43,1
Trabalha	25	49,0	49,0	92,2
Trabalha Eventualmente	4	7,8	7,8	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar a renda individual, conforme a Tabela 6, verifica-se que 49% das mulheres cadastradas no NASF do município de Imperatriz (MA) que participam ou não do programa de atividade física possuem uma renda individual entre 1 e 3

salários-mínimos, 47,1% recebem menos que um salário-mínimo e apenas 3,9% estão na faixa de 7 a 10 salários-mínimos.

Tabela 6: Nível de Renda Individual das Respondentes

Renda Individual	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
1 a 3 salários-mínimos	25	49,0	49,0	49,0
7 a 10 salários-mínimos	2	3,9	3,9	52,9
menos que um salário-mínimo	24	47,1	47,1	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

Já o nível de renda familiar, na Tabela 7, 72,5% das famílias recebem uma faixa salarial de 1 a 3 salários-mínimos; 17,6% vivem com menos de um salário-mínimo; 5,9% entre 7 e 10 salários-mínimos, 2,0% localizam-se na faixa de 4 a 6 salários-mínimos e 2% acima de 10 salários-mínimos.

Tabela 7: Nível de Renda Familiar das Respondentes

Renda Familiar	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
1 a 3 salários-mínimos	37	72,5	72,5	72,5
4 a 6 salários-mínimos	1	2,0	2,0	74,5
7 a 10 salários-mínimos	3	5,9	5,9	80,4
acima de 10 salários-mínimos	1	2,0	2,0	82,4
menos que um salário-mínimo	9	17,6	17,6	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com Geraldo (2017), as famílias que possuem renda familiar de até três salários-mínimos, por vezes, podem apresentar dificuldades na manutenção do lar, principalmente se for considerado o número de pessoas que ali residem. O autor complementa evidenciando que a dificuldade financeira gera estresse e insegurança o que compromete a qualidade de vida em saúde.

No que se refere ao arranjo domiciliar, a grande maioria das participantes da pesquisa apresentaram uma estruturação tradicional de família (pai, mãe e filhos) em que 43,1% residem com o cônjuge e os filhos, seguido de 25,5% residem apenas com o cônjuge, 13,7% moravam somente com os filhos e 13,7% moram sozinhas, conforme Tabela 8.

Tabela 8: Arranjo Domiciliar das Respondentes

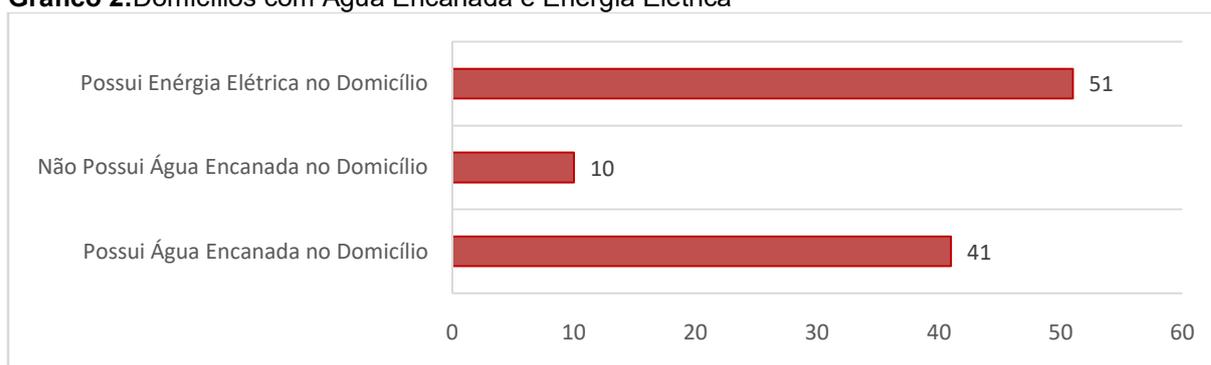
Arranjo Domiciliar	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Acompanhada com Cônjuge	13	25,5	25,5	25,5
Acompanhada com Cônjuge e Filhos	22	43,1	43,1	68,6
Acompanhada com os filhos	7	13,7	13,7	82,4

Acompanhada com outros familiares	2	3,9	3,9	86,3
Sozinha	7	13,7	13,7	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar os domicílios das mulheres cadastradas no NASF do município de Imperatriz (MA) que participam ou não do programa de atividade física e que responderam à pesquisa, observou-se que 100% das residências possuem energia elétrica e 80,4% possuem domicílio com água encanada e 19,6% não possuem.

Gráfico 2: Domicílios com Água Encanada e Energia Elétrica

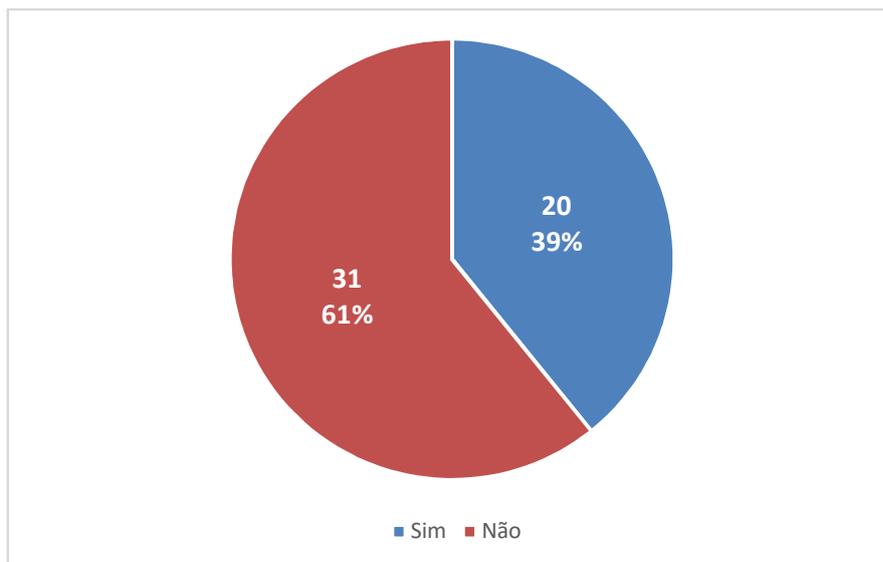


Fonte: Dados da pesquisa

Os dados encontrados vão ao encontro da PNUD Brasil (2020) que relata que entre os anos de 2013 e 2017, houve um crescimento no percentual da população residente em domicílios com abastecimento de água, abarcando, em 2017, 100%. No que tange a energia elétrica, o município de Imperatriz (MA) possui 99,1% da população com domicílios com energia elétrica.

Após a análise do perfil socioeconômico, realizou-se a análise do estilo de vida das mulheres que participaram da pesquisa. No Gráfico 3, questionou-se elas praticavam algum tipo de exercício físico e observou-se que 39% das mulheres praticam e 61% não praticam atividade física.

Gráfico 3: Prática de Atividade Física das Respondentes

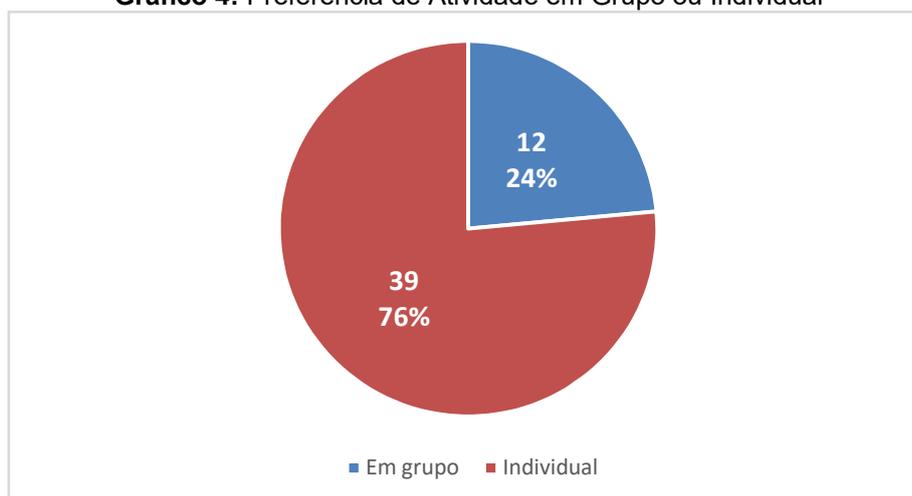


Fonte: Dados da pesquisa

Esse resultado vai ao encontro do estudo realizado por Geraldo (2017). De acordo com o autor, mulheres sedentárias podem favorecer o desenvolvimento do sobrepeso e obesidade, fatores que levam o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e suas complicações, especialmente com o decorrer da idade.

Ao questionar a preferência da execução da atividade física, se gosta de prática em grupo ou individual, observou-se uma preferência para práticas esportivas individuais com 76% e 24% preferem atividades em grupo, conforme Gráfico 4.

Gráfico 4: Preferência de Atividade em Grupo ou Individual



Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 9, quando questionadas sobre qual o tipo de atividade física que elas praticam, 60,8% das respondentes não fazem nenhum tipo de exercício; 26,9% fazem ginástica aeróbica; 13,7% praticam exercícios de academia, 13,7% gostam de práticas de academia e 11,8% caminhada.

Tabela 9: Tipo de Atividade Física que as Respondentes Praticam

Atividade Física	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Caminhada	6	11,8	11,8	11,8
Ginástica aeróbica	7	13,7	13,7	25,5
Nenhuma	31	60,8	60,8	86,3
Práticas de Academia	7	13,7	13,7	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

Outro aspecto importante para a qualidade de vida é a frequência de lazer que os indivíduos possuem. Deste modo, ao questionar as mulheres cadastradas no NASF do município de Imperatriz (MA) que participam ou não do programa de atividade física sobre suas preferências de lazer, conforme Tabela 10.

Tabela 10: Atividades de Lazer das Respondentes

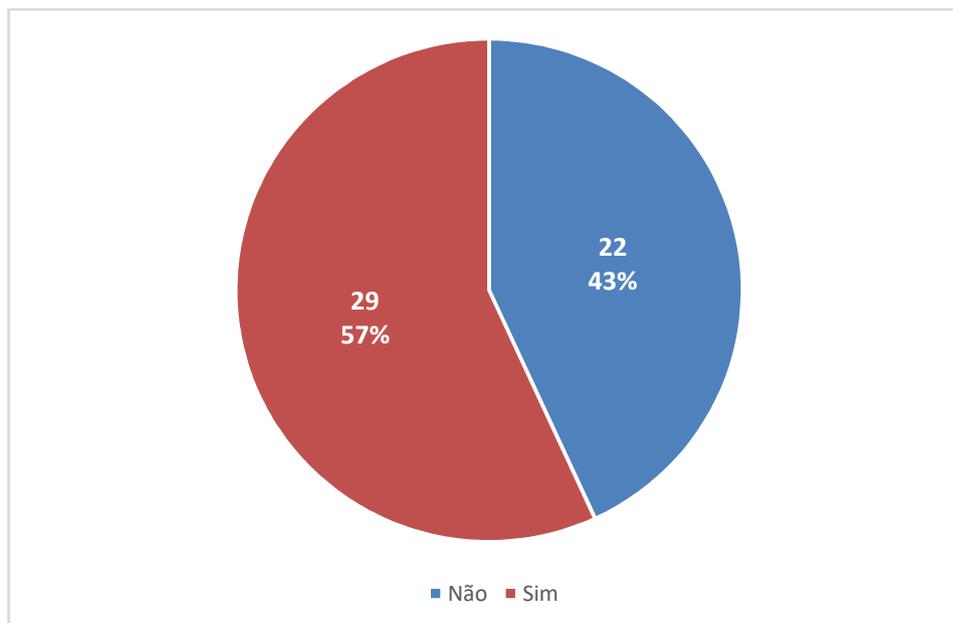
Atividade de Lazer	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Atividades manuais/visuais	2	3,9	3,9	3,9
Dançar	3	5,9	5,9	9,8
Festa de aniversário	8	15,7	15,7	25,5
Ir à Igreja	8	15,7	15,7	41,2
Não tem/Não gosta	9	17,6	17,6	58,8
Passeio	9	17,6	17,6	76,5
Reunião com amigos/3º Idade	5	9,8	9,8	86,3
Viagens	7	13,7	13,7	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

Notou-se que 17,6% gostam fazer passeios em geral; 15,7% ir à igreja; 15,7% frequentam festa de aniversários, e 13,7% gostam de viajar; 9,8% gostam de reunir-se com amigos ou encontros de terceira idade, 5,9% gostam de dançar; 3,9% praticam atividades manuais ou visuais e 17,6% não tem lazer ou não gostam.

No que se refere a participação em festa, conforme apresentado no Gráfico 5, verificou-se que 57% das mulheres que participaram da pesquisa participam de festas, porém 43% alegaram não participar.

Gráfico 5: Participação em Festas das Respondentes



Fonte: Dados da pesquisa

Já o motivo para não frequentar ao tipo de evento social, na Tabela 11, 33,3% das participantes da pesquisa responderam que não gostam de participar de encontros sociais; 7,8% não frequentam devido a doutrina religiosa; 2% não participa de festa quando não está disposta; 2% disseram que não frequentam eventos sociais quando estão sem dinheiro; 2% alegaram que o marido/namorado não gosta e por isso que não frequentam eventos sociais e 2% só vai a alguma festa dependendo do local. Já 51% frequentam normalmente qualquer tipo de atividade social.

Tabela 11: Participação em Eventos Sociais das Respondentes

Participação em Eventos Sociais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Depende do local	1	2,0	2,0	2,0
Frequente	26	51,0	51,0	52,9
Namorado não gosta / Marido não gosta	1	2,0	2,0	54,9
Não gosta	17	33,3	33,3	88,2
Pouco dinheiro	1	2,0	2,0	90,2
Quando não estou disposta	1	2,0	2,0	92,2
Religião	4	7,8	7,8	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

Vários estudos na área da saúde explicitam que a prática regular de atividade física melhora a qualidade de vida da população e proporciona melhoras

significativas na saúde (CANÁRIO, 2011; MORAES; SCHNEID, 2015; REZENDE *et al.*, 2020).

Geraldo (2017) traz uma recomendação da OMS para a prática de 30 minutos diários de qualquer tipo de atividade leve ou moderada por pelo menos cinco dias da semana ou 20 minutos de atividades mais intensas em pelo menos três dias da semana.

4.2.1 Caracterização das Mulheres quanto ao Histórico Ginecológico e obstétrico e Sintomatologia Climatérica Referida

Com o intuito de caracterizar as mulheres do município de Imperatriz (MA) no que se refere ao histórico ginecológico e obstétrico, realizou-se perguntas para as mulheres cadastradas no NASF que participam ou não do programa de atividade física para identificar o histórico ginecológico e obstétrico e a sintomatologia climatérica referida.

Deste modo, questionou-se as participantes da pesquisa idade da menarca e observou-se que a média da primeira menstruação foi de 12 anos, sendo a idade mínima de 9 anos (3 casos) e a idade máxima 15 anos (1 caso), conforme apresentado na Tabela 12.

Tabela 12: Idade da Menarca das Respondentes

Idade da Menarca	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
9,00	3	5,9	5,9	5,9
10,00	12	23,5	23,5	29,4
11,00	14	27,5	27,5	56,9
12,00	9	17,6	17,6	74,5
13,00	10	19,6	19,6	94,1
14,00	2	3,9	3,9	98,0
15,00	1	2,0	2,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

Questionou-se o número de gestações das mulheres que participaram da pesquisa, conforme Tabela 13. Nota-se que 37,3% tiveram 3 gestações seguida de 29,4 com 2 gestações. Todavia, há mulheres que não tiveram o processo gestacional e outras que tiveram 11 gestações.

Tabela 13: Número de Gestações das Respondentes

Gestações	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nenhuma	3	5,9	5,9	5,9
1,00	5	9,8	9,8	15,7
2,00	15	29,4	29,4	45,1
3,00	19	37,3	37,3	82,4
4,00	7	13,7	13,7	96,1
6,00	1	2,0	2,0	98,0
11,00	1	2,0	2,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar a média de filhos, observou-se que a taxa de filhos por mulher entre as respondentes é de 4, sendo que o valor mínimo foi de 0 e máximo de 11 filhos, de acordo com a Tabela 14.

Tabela 14: Número de Filhos das Respondentes

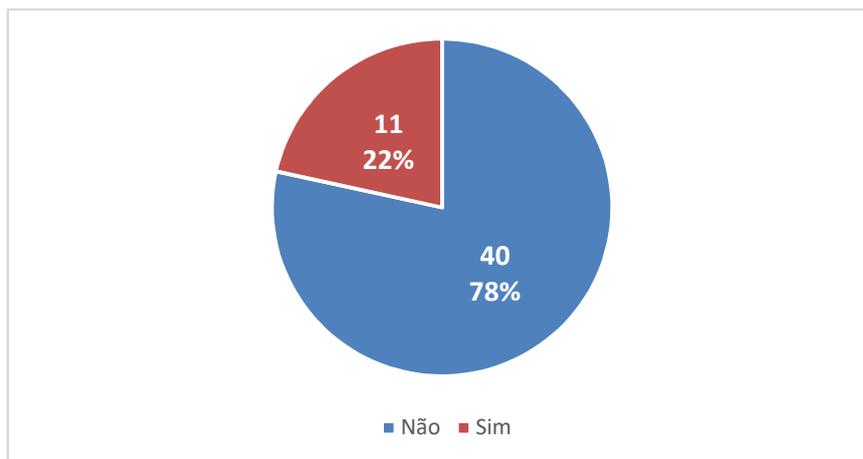
Gestações	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
0,00	3	5,9	5,9	5,9
1,00	5	9,8	9,8	15,7
2,00	15	29,4	29,4	45,1
3,00	19	37,3	37,3	82,4
4,00	7	13,7	13,7	96,1
6,00	1	2,0	2,0	98,0
11,00	1	2,0	2,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

Este resultado aproxima-se dos dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 2006, que destaca a taxa de filho por mulher na região Nordeste de 2,01 e no Estado do Maranhão é de 3,8.

Ao perguntar para as participantes da pesquisa se elas menstruavam, 78% responderam que não, ou seja, estão na fase pós-menopáusicas, e 22% ainda menstruavam, conforme Gráfico 6.

Gráfico 6: Você ainda menstrua?



Fonte: Dados da pesquisa

No que se refere a idade da última menstruação, constatou-se que a média de idade foi de 51 anos, sendo a idade mínima de 44 anos e a idade máxima de 57 anos, segundo a Tabela 15. Percebe-se ainda que 11 mulheres não entraram fase pós-menopáusicas.

Tabela 15: Idade da Última Menstruação

Última Menstruação	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
,00	11	21,6	21,6	21,6
44,00	1	2,0	2,0	23,5
52,00	2	3,9	3,9	27,5
53,00	8	15,7	15,7	43,1
54,00	9	17,6	17,6	60,8
55,00	9	17,6	17,6	78,4
56,00	10	19,6	19,6	98,0
57,00	1	2,0	2,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com Candellaet *al.* (1995), as manifestações clínicas que geralmente se observam nas mulheres nas fases do climatério, menopausa e pós-menopausa, decorrem das variações ocorridas nos sistemas nervoso, circulatório, endócrino e urinário.

Neste contexto, 62,7% das mulheres apresentaram ondas de calor, 33,3% alegaram dificuldades para dormir, 70,6% tiveram alterações de peso e 68,6% apresentaram dores nas articulações.

A última variável analisada foi o Hormônio Folículo Estimulante (FSH). De acordo com Soares *et al.* (2002), esse hormônio é importante para regular os processos reprodutivos do corpo. Os autores adicionam que valores elevados no

nível deste hormônio indica menopausa iminente, isto é, um alto nível de FSH evidencia que os ovários estão a falhar e a mulher aproxima-se da menopausa.

Deste modo, na Tabela 16, constatou-se que 88,2% das mulheres cadastradas no NASF que participam ou não do programa de atividade física apresentaram FSH maior que 30 UI/L evidenciando que estão na fase menopausa e apenas 11,8% apresentaram FSH menor que 30 UI/L.

Tabela 16: Taxa de Hormônio Folículo Estimulante (FSH) das Respondentes

FSH	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Maior que 30 UI/L	45	88,2	88,2	88,2
Menor que 30 UI/L	6	11,8	11,8	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

Após a análise da caracterização das mulheres quanto ao histórico ginecológico e obstétrico e sintomatologia climatérica referida, realizou-se a validação do questionário de Qualidade de Vida em Saúde pelo SF-36.

4.3VALIDAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS PELO SF-36 DO ALPHA DE CRONBACH E TESTE DE NORMALIDADE

Para mensurar o nível de confiabilidade dos dados, utilizou-se o alfa de Cronbach que é apresentado na Tabela 17. Ao avaliar a confiabilidade dos resultados obtidos na pesquisa, verificou-se que os índices atribuídos a cada variável do SF-36 oscilaram entre 0,71 e 0,88 e o geral de 0,97.

Dado essa variação, pode-se dizer que, teoricamente, as variáveis capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental podem ser consideradas confiáveis, pois apresentaram valores acima de 0,70. De acordo com Field (2009), o limite inferior para uma escala ser considerada confiável é de 0,70.

Tabela 17: Teste de Confiabilidade

Variáveis	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach Geral
Capacidade Funcional	0,71	0,97
Aspectos Físicos	0,75	
Dor	0,71	
Estado Geral da Saúde	0,88	

Vitalidade	0,83
Aspectos Sociais	0,76
Aspectos Emocionais	0,79
Saúde Mental	0,72

Fonte: Dados da pesquisa

Após a análise pelo Alpha de Cronbach, realizou-se o teste de normalidade, conforme Tabela 18. De acordo com Field (2009), os testes de normalidade são utilizados para verificar se a distribuição de probabilidade associada a um conjunto de dados pode ser aproximada pela distribuição normal. Para esta pesquisa, utilizou-se o teste de Komogorov-Smirnov, pois a amostra é maior que 50.

Tabela 18: Teste de Normalidade –

Variáveis	Komogorov-Smirnov		
	Estatística	df	Sig.
Capacidade Funcional	,754	51	,000
Aspectos Físicos	,604	51	,000
Dor	,509	51	,000
Estado Geral da Saúde	,736	51	,000
Vitalidade	,509	51	,000
Aspectos Sociais	,749	51	,000
Aspectos Emocionais	,771	51	,000
Saúde Mental	,771	51	,000

Fonte: Dados da pesquisa

Para esta pesquisa, desenvolveu as seguintes hipóteses para o teste de normalidade:

H0: os dados não seguem uma distribuição normal;

H1: os dados seguem uma distribuição normal

Ao analisar-se a Tabela 18, verificou-se que todas as variáveis apresentaram um nível de significância menor que 0,005 ($p < 0,005$). Deste modo, rejeita a hipótese nula (H0) e pode-se afirmar os dados fornecidos pelas mulheres cadastradas no NASF que participam ou não do programa de atividade física seguem uma distribuição normal.

4.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE POR MEIO DO SF-36

No intuito de caracterizar a Qualidade de Vida em Saúde das mulheres participantes do programa de atividades física realizado no NASF, realizou-se, no primeiro momento, a estatística descritiva (média, desvio-padrão, mínimo, máximo e moda) para comparar os escores das dimensões do questionário do SF-36 nos grupos de mulheres que pratica ou não atividade física.

Em seguida, elaborou-se as comparações entre as médias dos grupos de mulheres que praticam ou não atividade física. Iniciou-se calculando o teste de homogeneidade de variância por meio da Estatística de Levene; em seguida, calculou-se a Anova unilateral para verificar se há diferença ou não entre as médias dos grupos; e por fim, realizou o teste pos-hoc de Tukey, para entender a diferença entre os grupos.

4.4.1 Comparação dos Escores das Dimensões do Questionário do SF-36 nos Grupos de Mulheres que Praticam ou não Atividade Física

De modo geral, os domínios do questionário SF-36, de acordo com Geraldo (2017) e Silva (2008), demonstram se as pessoas conseguem executar atividades diárias e como se sentem quando as estão executando; além de representarem os conceitos de saúde mais frequentemente mensurados e os mais afetados por doença ou tratamentos.

Para tanto, para as 51 mulheres foram calculados os escores individuais de cada domínio do questionário – Capacidade Funcional (CF); Aspectos Físicos (AF); Dor (DOR); Estado Geral de Saúde (EGS); Vitalidade (VTL); Aspectos Sociais (AS); Aspectos Emocionais (AE); Saúde Mental (SM) – nos quais os valores variam entre 0 e 100, caracterizando maior e menor impacto negativo do climatério, da menopausa e da pós-menopausa na qualidade de vida das mulheres dos dois grupos estudados, conforme Tabela 19.

Vale evidenciar que, para este estudo, os grupos de mulheres cadastradas nas UBS do município de Imperatriz (MA) são: 20 mulheres que praticam atividade física e 31 mulheres que não praticam, conforme descrito na análise anterior.

Tabela 19: Estatística Descritiva dos Domínios do Questionário SF-36

GRUPO DE MULHERES QUE NÃO PRATICAM ATIVIDADE FÍSICA (Média Geral – 53,1)					
Domínios	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	Moda
Capacidade Funcional	46	,58835	15	80	50
Aspectos Físicos	45	,48516	15	80	45
Dor	44	,51441	15	70	40
Estado Geral de Saúde	49	,56704	15	80	50
Vitalidade	51	,51441	20	90	55
Aspectos Sociais	64	,64331	20	90	65
Aspectos Emocionais	58	,68948	20	90	60

Saúde Mental	60	,68948	20	90	60
GRUPO DE MULHERES QUE PRATICAM ATIVIDADE FÍSICA (Média Geral –65,9)					
Domínios	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	Moda
Capacidade Funcional	85	,49147	25	100	90
Aspectos Físicos	62	,27175	20	100	60
Dor	61	1,65518	20	100	70
Estado Geral de Saúde	67	1,14618	20	100	70
Vitalidade	62	,63331	20	100	60
Aspectos Sociais	70	,74331	20	100	70
Aspectos Emocionais	68	,08948	20	100	70
Saúde Mental	69	,45948	20	100	70

Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar a Tabela 19, verificou-se que a média geral do escore do grupo de mulheres que não praticam atividade física foi de 53,1 e as que praticam foi de 65,9 e uma média geral total de 59,5. Deste modo, pode-se afirmar que o grupo de pratica esporte demonstra maior aptidão para executar as atividades diárias e se sentem melhores quando as estão executando do que as mulheres que não praticam esportes.

Com base neste resultado, pode-se inferir que a prática de esporte em mulheres cadastradas no NASF localizadas no município de Imperatriz – MA contribui para a melhora da qualidade de vida do público estudado.

Ao analisar o grupo de mulheres no climatério, menopausa e pós-menopausa que não praticam esporte, observou-se que cinco domínios se encontram abaixo da média geral, entre eles estão capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde e vitalidade. Estes resultados evidenciam que a saúde deste grupo não é satisfatória, recomendando a prática de esportes para a melhora da qualidade de vida.

Todavia, os domínios aspectos sociais, emocionais e saúde mental apresentaram médias maiores que a média geral para o grupo, destacando que essas mulheres apresentam qualidade de vida no que se refere as emoções e aos aspectos psicossociais.

Ao analisar o desvio-padrão deste grupo, observou-se que os valores ficaram entre ,68948 e ,48516 mostrando uma baixa dispersão dos dados. Ao analisar a moda (valores com maior frequência), notou-se que os escores dos domínios oscilaram entre 40 e 65.

Já no grupo de mulheres no climatério, menopausa e pós-menopausa que praticam esporte, constatou-se cinco domínios com escore acima da média que são:

capacidade funcional, estado geral da saúde, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Assim, fica claro que este grupo apresenta saúde satisfatória e sendo ainda mais evidenciada pelos valores da moda que se encontram acima da média geral.

Um domínio que merece destaque é a dor, que ficou abaixo da média geral com valores de 44 (grupo de mulheres que não praticam esportes) e 61 (grupo de mulheres que praticam esportes). Com esse resultado, pode-se afirmar que as mulheres de ambos os grupos sentem dores intensas e limitativa, prejudicando a qualidade de vida.

Ao analisar o desvio-padrão deste segundo grupo, observou-se valores entre ,08948 e 1,65518 destacando uma baixa a moderada dispersão entre os dados coletados.

4.4.2 Comparação entre as Médias dos Grupos de Mulheres que Praticam ou não Atividade Física do Questionário SF-36e Correlação de Pearson

Para elaborar as comparações entre as médias dos grupos de mulheres que praticam ou não atividade física, iniciou-se calculando o teste de homogeneidade de variância por meio da Estatística de Levene, conforme Tabela 20. Deste modo, foram criadas as seguintes hipóteses:

H0: as variâncias são homogêneas

H1: as variâncias não são homogêneas

Tabela 20: Teste de Homogeneidade de Variâncias

Domínios	Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
Capacidade Funcional	11,343	2	49	,028
Aspectos Físicos	5,215	2	49	,063
Dor	3,733	2	49	,430
Estado Geral de Saúde	5,040	2	49	,009
Vitalidade	19,040	2	49	,021
Aspectos Sociais	6,553	2	49	,106
Aspectos Emocionais	7,818	2	49	,009
Saúde Mental	19,040	2	49	,008

Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar a Tabela 20, verificou-se que os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos

emocionais e saúde mental apresentaram p-valor (Sig.) maior que 0,005 aceitando a hipótese nula, ou seja, as variâncias são homogêneas.

Após o teste de homogeneidade de variância, realizou-se a Anova unilateral para verificar se há diferença ou não entre as médias dos grupos, conforme Tabela 21.

Tabela 21: Teste Anova Unilateral

Domínios		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Capacidade Funcional	Entre Grupos	6,704	2	,609	4,375	,003
	Nos grupos	1,950	49	,139		
	Total	8,654	51			
Aspectos Físicos	Entre Grupos	4,418	2	,402	3,834	,001
	Nos grupos	1,467	49	,105		
	Total	5,885	51			
Dor	Entre Grupos	5,815	2	,529	9,252	,010
	Nos grupos	,800	49	,057		
	Total	6,615	51			
Estado Geral de Saúde	Entre Grupos	6,538	2	,594	5,548	,002
	Nos grupos	1,500	49	,107		
	Total	8,038	51			
Vitalidade	Entre Grupos	5,949	2	,541	11,357	,000
	Nos grupos	,667	49	,048		
	Total	6,615	51			
Aspectos Sociais	Entre Grupos	9,046	2	,822	8,856	,000
	Nos grupos	1,300	49	,093		
	Total	10,346	51			
Aspectos Emocionais	Entre Grupos	8,768	2	,797	3,580	,004
	Nos grupos	3,117	49	,223		
	Total	11,885	51			
Saúde Mental	Entre Grupos	1,846	2	,168	21,416	,000
	Nos grupos	,000	49	,000		
	Total	1,846	51			

Fonte: Dados da pesquisa

Deste modo, foram criadas as seguintes hipóteses:

H0: as médias dos grupos são iguais

H1: há diferença entre as médias dos grupos

Ao analisar a Tabela 21, observou-se os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental apresentaram p-valor menores que 0,005, assim, rejeitando a hipótese nula e sendo possível afirmar que há diferenças entre as

médias dos grupos de mulheres que praticam ou não atividade física nos scores do questionário SF-36.

Entretanto, o domínio dor obteve p-valor maior que 0,005 aceitando a hipótese nula, ou seja, as médias dos grupos são iguais, ou seja, não há diferença entre as médias dos grupos de mulheres que praticam ou não atividade física.

Complementando a análise da ANOVA unilateral e para entender a diferença entre os grupos de mulheres atendidas pelo NASF no município de Imperatriz (MA), realizou o teste pós-hoc de Tukey, conforme Tabela 22.

Tabela 22: Teste pos-hoc de Tukey

Variável dependente	(I) GRUPO	(J) GRUPO	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.
Capacidade Funcional	Pratica Esporte	Não Pratica Esporte	-1,02083	,29219	,004
Aspectos Físicos	Pratica Esporte	Não Pratica Esporte	,31944	,13624	,000
Dor	Pratica Esporte	Não Pratica Esporte	,81944	,21192	,066
Estado Geral de Saúde	Pratica Esporte	Não Pratica Esporte	1,19167	,18109	,000
Vitalidade	Pratica Esporte	Não Pratica Esporte	-1,02083	,29219	,004
Aspectos Sociais	Pratica Esporte	Não Pratica Esporte	,31944	,13624	,000
Aspectos Emocionais	Pratica Esporte	Não Pratica Esporte	,81944	,21192	,002
Saúde Mental	Pratica Esporte	Não Pratica Esporte	1,19167	,18109	,000

Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, observou-se que ao comparar os grupos de mulheres que praticam atividade física e as que não praticam o resultado do p-valor foi menor que 0,005 significando que há diferenças entre os grupos.

Entretanto, o domínio dor apresentou p-valor maior que 0,005 evidenciando que não há diferença entre os grupos de mulheres que participaram da pesquisa. Apesar de não haver diferença entre os grupos, estudos realizados por Antunes *et al.* (2017). Bobboet *al.* (2018) e Belém *et al.* (2021) evidenciam que a dor é comum em mulheres nas fases de climatério, menopausa e pós-menopausa, todavia, todos os estudos recomendam a prática de esportes para reduzir a incidência de dores.

Após a comparação de média por meio da Anova Unilateral e do teste pós-hoc de Tukey, realizou-se a correlação de Pearson entre os grupos de mulheres que praticam ou não atividade física, conforme Tabela 23. Esta técnica foi utilizada após o teste de normalidade (teste Komogorov-Smirnov) e verificar que os dados apresentaram uma distribuição normal.

Tabela 23: Correlação de Pearson

Domínios	Correlação (r)	Sig.
Capacidade Funcional	0,874	,000
Aspectos Físicos	0,008	,000
Dor	0,005	,000
Estado Geral de Saúde	0,006	,000
Vitalidade	0,001	,000
Aspectos Sociais	0,729	,000
Aspectos Emocionais	0,010	,000
Saúde Mental	0,001	,000

Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar a Tabela 23, observou-se que o domínio capacidade funcional apresentou uma correlação positiva e alta entre os grupos de mulheres que praticam e não praticam atividade física. Pode-se afirmar que ambos os grupos estudados apresentaram relação positiva e forte no que se refere a presença e a extensão das limitações relacionadas a capacidade física e que pode ser mensura em três níveis: muito limitada, pouco limitada e sem limitação.

No mesmo sentido, o domínio aspectos sociais apresentou $r = 0,729$ evidenciando uma correlação positiva e alta. Deste modo, fica evidente que, em ambos os grupos, quanto maior os problemas de saúde maiores serão os impedimentos para a participação das mulheres em atividades sociais.

Por último, os domínios aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental apresentaram valores de r muito próximos de zero, indicando correlação muito baixa entre os grupos de mulheres analisadas.

4.5 ANÁLISE DA CONTRIBUIÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES CADASTRADAS NO NASF

Com o intuito de responder o terceiro objetivo específico que é analisar a contribuição do profissional de Educação Física na qualidade de vida das mulheres,

realizou-se entrevistas com quatro os profissionais de educação física que trabalham dentro dos NASF.

Ao analisar o perfil dos entrevistados, verificou-se que todos são do gênero masculino e estão na faixa etária de 29 a 32 anos. Todos são formados em licenciatura em educação física e possuem as seguintes especializações: nutrição de desportistas e atleta, atividade física e saúde e fisiologia do exercício.

Para apoiar a análise dos dados da pesquisa qualitativa, foi utilizado o software IRAMUTEQ. Para este estudo, utilizou-se três tipos de análises para o processamento de dados.

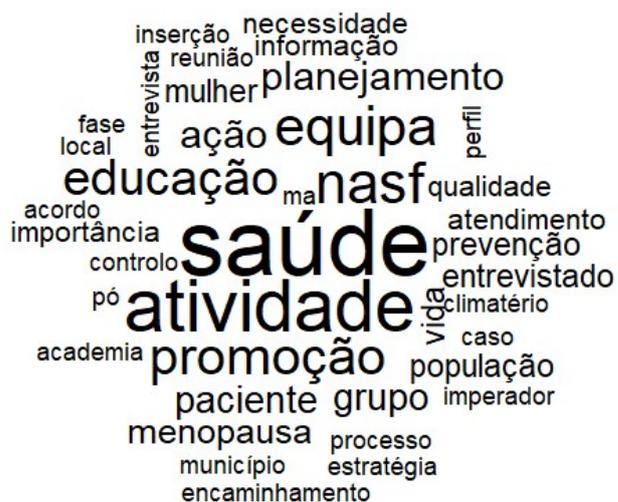
O primeiro foi a nuvem de palavras, nessa forma, as palavras são agrupadas e organizadas graficamente de acordo com a sua frequência, o que possibilita facilmente a sua identificação a partir de um único arquivo, denominado *corpus*, que reúne os textos originados pelas entrevistas (CAMARGO; JUSTOS 2013), todavia, a análise dos dados é realizada pelo pesquisador (LAROCCA *et al.*, 2015).

A segunda técnica foi a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que, conforme Silva e Souza (2018), resulta em um dendrograma com a frequência de uma palavra no texto, ou seja, é a quantidade de ocorrências com as posições do texto em que cada palavra aparece em percentuais. O software divide o corpus em tantas classes quantas forem as associações resultantes do cálculo de cada item lexical. Os autores destacam que o teste CHD utiliza do teste Qui-quadrado de interdependência para verificar a associação lexical entre os textos.

A terceira análise foi o teste de similitude que se baseia na teoria dos grafos e identifica as coocorrências entre as palavras, resultando em indicações de conexões entre elas e ajudando a identificar a estrutura do banco de dados (*corpus*) (RATINAUD; MARCHAND, 2012).

Pela análise de nuvem de palavras, conforme Figura 3, observa-se que as palavras, saúde (1010 vezes), atividade (950 vezes), promoção (800 vezes), NASF (788 vezes), educação (701 vezes), paciente (623 vezes), grupo (510 vezes), menopausa (399 vezes), planejamento (274 vezes), qualidade (251 vezes) e vida (238 vezes) foram as que tiveram maior frequência no *corpus*.

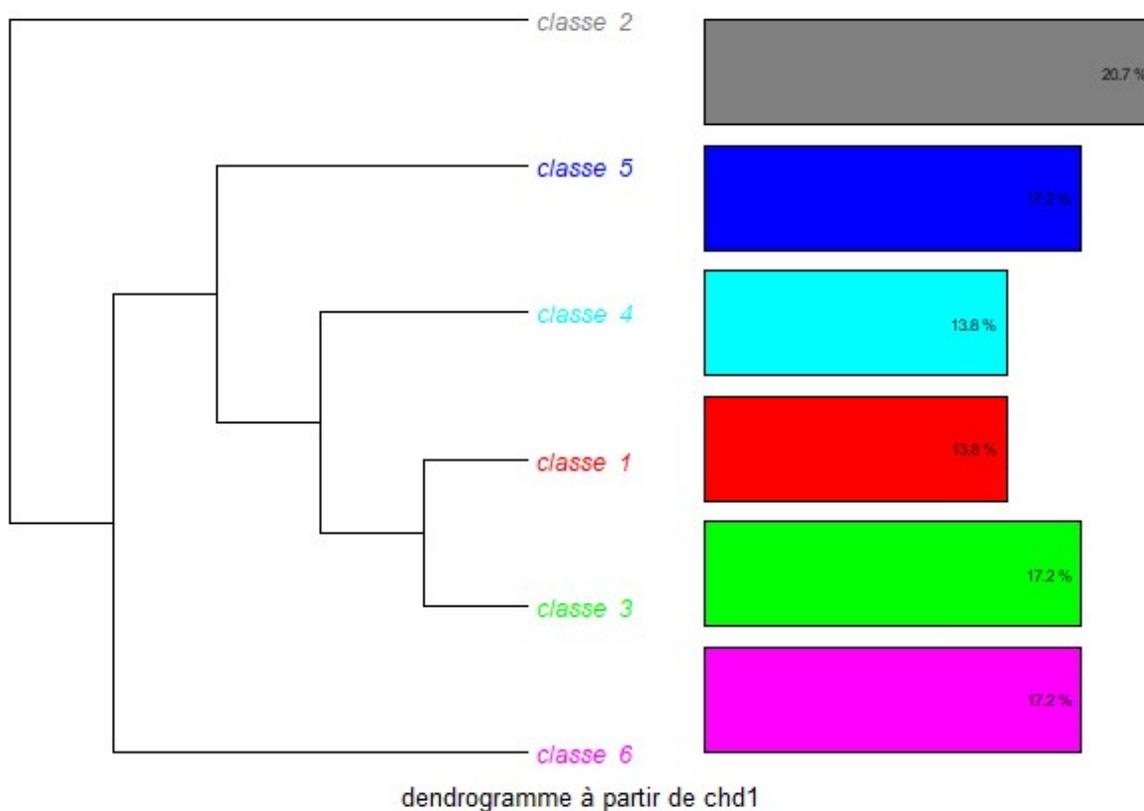
Figura 3: Análise Nuvem de Palavras



Fonte: Dados da pesquisa utilizando o Iramuteq

O segundo teste foi a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Na Figura 4 e 5, pode-se visualizar o dendrograma dos dados analisados que demonstram as classes advindas das partições do conteúdo.

Figura 4: Dendrograma a partir da Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: Dados da pesquisa utilizando o Iramuteq

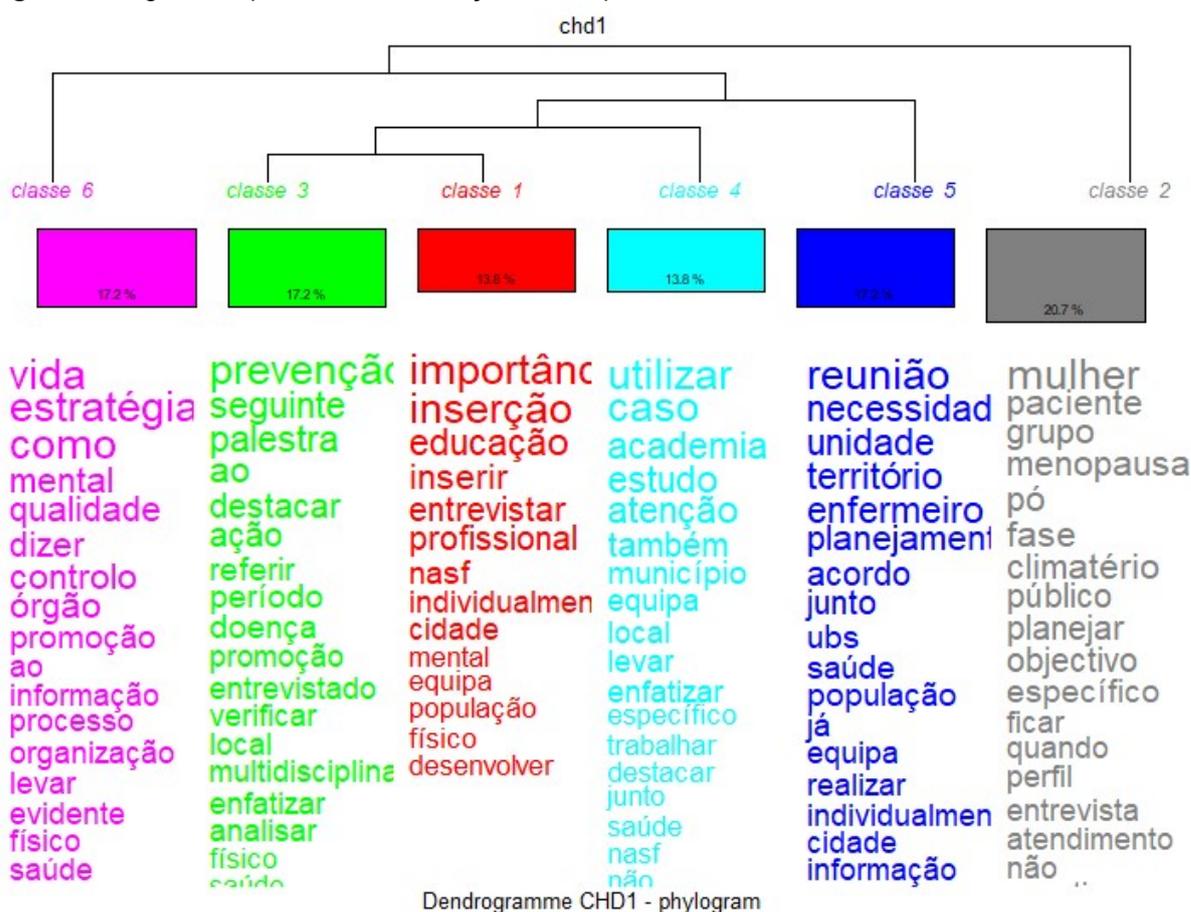
Destaca-se que o percentual visualizado no dendrograma indica o grau de participação das palavras de cada classe sobre o total das palavras constantes do corpus (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Ao analisar a Figura 4, observa-se que o corpus, ou seja, a entrevista com os profissionais de educação física, foi dividido em três subcorpus. O primeiro corpus é formado pela classe 2 (cinza) concentrando 20,7% dos vocábulos.

O segundo corpus foi subdividido em 6 classes sendo que a classe 5 (azul escuro), concentrando 17,2% das palavras, seguido da classe 4 (azul claro) com 13,8% dos vocábulos, classe 1 (vermelha) com 13,8% das palavras e classe 3 (verde) concentrando 17,2% das palavras. O terceiro corpus é formado pela classe 6 (rosa) concentrou 17,2% dos vocábulos.

A Figura 5 apresenta a classificação já apresentada na Figura 4, porém acrescenta mais detalhe aos resultados, pois permite conhecer, por meio do filograma, as respectivas palavras mais evocadas em cada classificação. Essa ferramenta bastante é útil porque possibilita melhor descrição e nomeação das classes.

Figura 5: Filograma a partir da Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: Dados da pesquisa utilizando o Iramuteq

Com base na Figura 5, percebe-se que a classe 2 (cinza) é a mais significativa em termos percentuais quanto à CHD, com o percentual de 20,7%.

Destaca-se, nessas classes, as palavras: mulher, paciente, grupo, pós, menopausa, fase, climatério, público, objetivo, perfil, entrevista e atendimento.

A classe 5 (azul escuro) representa 17,2% do corpus analisado, sendo que as palavras mais evocadas foram: reunião, necessidade, unidade, território, enfermeiro, planejamento, UBS, população, equipamento, individualmente, informação e cidade.

Já a classe 4 (azul claro) e a classe 1 (vermelha) obtiveram cada uma o valor de associação de 13,8% dos vocábulos. As palavras que mais aparecerem foram: casa, academia, atenção, caso, município, NASF, saúde, importância, inserção, educação, profissional, mental, físico e desenvolver.

As últimas classes observadas foram a classe 3 (verde) e a classe 6 (rosa), ambas com um grau de participação das palavras de 17,2%. Os vocábulos mais evocados nas classes citadas foram: prevenção, palestra, destacar, ação, período, doença, promoção, local, multidisciplinar, enfatizar, físico, vida, estratégia, mental, qualidade, controle, órgão, promoção, informação, processo, organização, evidente, físico e saúde.

Após a análise de nuvem de palavras e da classificação hierárquica descendente, foram interpretados os sentidos das palavras nos discursos dos profissionais de educação física que trabalham no NASF no município de Imperatriz (MA), desta forma as palavras mencionadas nas Figuras 3 e 5 ganham sentido nos discursos dos entrevistados.

Ao questionar qual é o período que ingressou no NASF, dois dos respondentes falaram que iniciaram suas atividades em 2013 e dois em 2017. O entrevistado 3 destacou que ele ama trabalhar no local.

No que se refere ao planejamento em ações de promoção da saúde e prevenção de doença, solicitou aos participantes da pesquisa que definissem promoção da saúde.

O entrevistado 1 disse que a promoção da saúde ...

...é uma estratégia dos órgãos de saúde, para promover melhor qualidade de vida para a população.

Já, o entrevistado 2 evidenciou que ...

... a promoção da saúde é uma das estratégias para buscar a melhoria da qualidade de vida da população.

Ele complementou dizendo que ...

... a promoção integra o Pacto em Defesa da Vida, com informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividades físicas, de hábitos saudáveis de alimentação, controle do tabagismo, do uso abusivo de bebidas alcoólicas e cuidados voltados ao processo de envelhecimento.

O terceiro e quarto profissional entrevistado definiu promoção da saúde como ...

atividades que possam levar o cidadão a melhorar a qualidade de vida em todos os aspectos físicos e mentais. (Entrevista 3)

É o bem-estar do indivíduo, que tem como pilar o estado físico, mental e social. (Entrevistado 4)

No que tange as ações da promoção da saúde no cotidiano de trabalho, os entrevistados enfatizaram que são desenvolvidas várias ações para a promoção de saúde, incluindo, palestras de conscientização e prevenção pelas equipes multidisciplinar do NASF, e desenvolvimento de grupos específicos de atividade física, para fins de prevenção e promoção de saúde.

Destacam as seguintes ações: palestras para hipertensos e diabéticos (Hiperdia), prevenção de queda, ações envolvendo as campanhas do novembro azul, outubro rosa, setembro amarelo e entre outros.

Já o planejamento das ações de promoção da saúde na organização do processo de trabalho os entrevistados explicaram que ...

Os planejamentos, são realizados em equipe, junto a todos os outros profissionais do NASF, planejamento multidisciplinar, e desenvolvido individualmente dentro de cada área de trabalho. (Entrevistado 1).

O planejamento é feito através de reuniões a cada 15 dias com os agentes de saúde e enfermeiras responsáveis por cada unidade de saúde traçando metas para manter o diálogo frequente com a população a fim de evitar o

início de várias patologias presentes nas pessoas devido à falta de informação e a não prática de atividade. (Entrevistado 2).

As atividades são desenvolvidas de acordo com a necessidade de cada território mediante prévia reunião com as equipes de saúde e diagnóstico de cada setor. (Entrevistado 3).

É feita uma vez por mês em cada estratégia de saúde da família. (Entrevistado 4).

Ao questionar sobre a organização dos serviços de saúde (APS), ficou evidente que o trabalho é organizado, de acordo com a necessidade de cada território, o NASF é dividido em cinco equipes, que cobrem todas as regiões da cidade, são realizadas reuniões mensais junto as outras equipes de saúde para planejamento de ações em cada unidade básica de saúde.

Já os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, fica claro que as avaliações podem ser realizadas individualmente e também podem ser feitas em grupos, os pacientes são avaliados periodicamente, para controle de evolução, na sua maioria são pacientes com doenças crônicas que necessitam de controle periódico.

Para tanto, o sistema é alimentado diariamente com todas as informações colhidas no atendimento, e todas as atividades realizadas no período anterior. O entrevistado 3 destacou que a plataforma utilizada é o ESUS.

O matriciamento é realizado mensalmente junto as equipes de saúde para pactuação de atividades a serem realizadas posteriormente, e são levados casos específicos, que merecem uma atenção mais detalhada para estudo de caso por toda equipe de NASF e as equipes de do PSF, para assim trabalharem alinhados no tratamento de cada paciente.

No que se refere a inserção do profissional de educação física no NASF no município de Imperatriz (MA), verificou-se que ...

... o profissional de educação física é essencial para realização das atividades de prevenção, foi inserido na equipe, e tem igual importância com qualquer outro profissional da equipe, desenvolve suas atividades em conjunto e individualmente com autonomia. (Entrevistado 1).

A inserção do profissional de Educação no NASF é de grande importância, pois observa-se o tanto que este profissional é requisitado na rotina de trabalho do NASF. (Entrevistado 2).

O profissional de educação física no NASF vem de forma significativa colaborar com a saúde física e mental da população mediante suas ações e promoções de eventos para os usuários. Está inserido em todas as equipes da cidade. (Entrevistado 3).

Inserção do profissional de Educação no NASF é muito importância, pois percebe-se o quanto as pessoas procuram o profissional de Educação Física no programa. (Entrevistado 4).

Dada a esta importância do profissional de educação física, as atividades que são desenvolvidas por eles em Imperatriz (MA) são: Atendimento Domiciliar, Atendimento na UBS, IMC e Aferição de Pressão. Outro ponto que chamou a atenção é que, o caso do município estudo, as academias de saúde podem ser utilizadas pelos profissionais do NASF, mas não é a equipe de NASF que desenvolve o trabalho, pois existe uma equipe específica para o trabalho desenvolvido nessas academias.

Quando questionados sobre o encaminhamento das mulheres nas fases do climatério, da menopausa e da pós-menopausa para as práticas corporais/atividades físicas, o entrevistado 1 disse que ...

... não são realizados encaminhamentos com pacientes com esse perfil, não pelo menos na minha área de trabalho, não é desenvolvido grupos específicos com esse perfil de paciente.

Já o entrevistado 3 deixa claro que o encaminhamento é ...

... feita pelo médico, enfermeiro e outros profissionais da rede de saúde quando verificada a necessidade na consulta, e também pelo próprio convite à população realizado na UBS durante as atividades educativas realizadas.

Já o atendimento para este grupo específico de mulheres, ficou evidente nas falas dos entrevistados que são feitos acordo com cada necessidade de cada paciente, as atividades são planejadas e realizadas para cada tipo de público específico.

Por fim, foi questionado sobre o planejamento e o tipo de atividade física para este grupo de mulheres. Fica claro nas entrevistas que quando é rastreado um grupo específico de pacientes, é desenvolvido um planejamento para aquele público, para que as atividades desenvolvidas sejam satisfatórias e cumpra o objetivo planejado.

As principais atividades desenvolvidas para o grupo de cadastradas no NASF são: caminhada, musculação, dança, hidroginástica, pilates e entre outros. É importante ressaltar que a estrutura do NASF no município de Imperatriz (MA) não possibilita que sejam desenvolvidas essas atividades, pois não dispõem de locais específico e nem material para desenvolver o trabalho. Os entrevistados enfatizam que eles utilizam os postos de saúde, pátios de igreja, academia da saúde e entre outros locais.

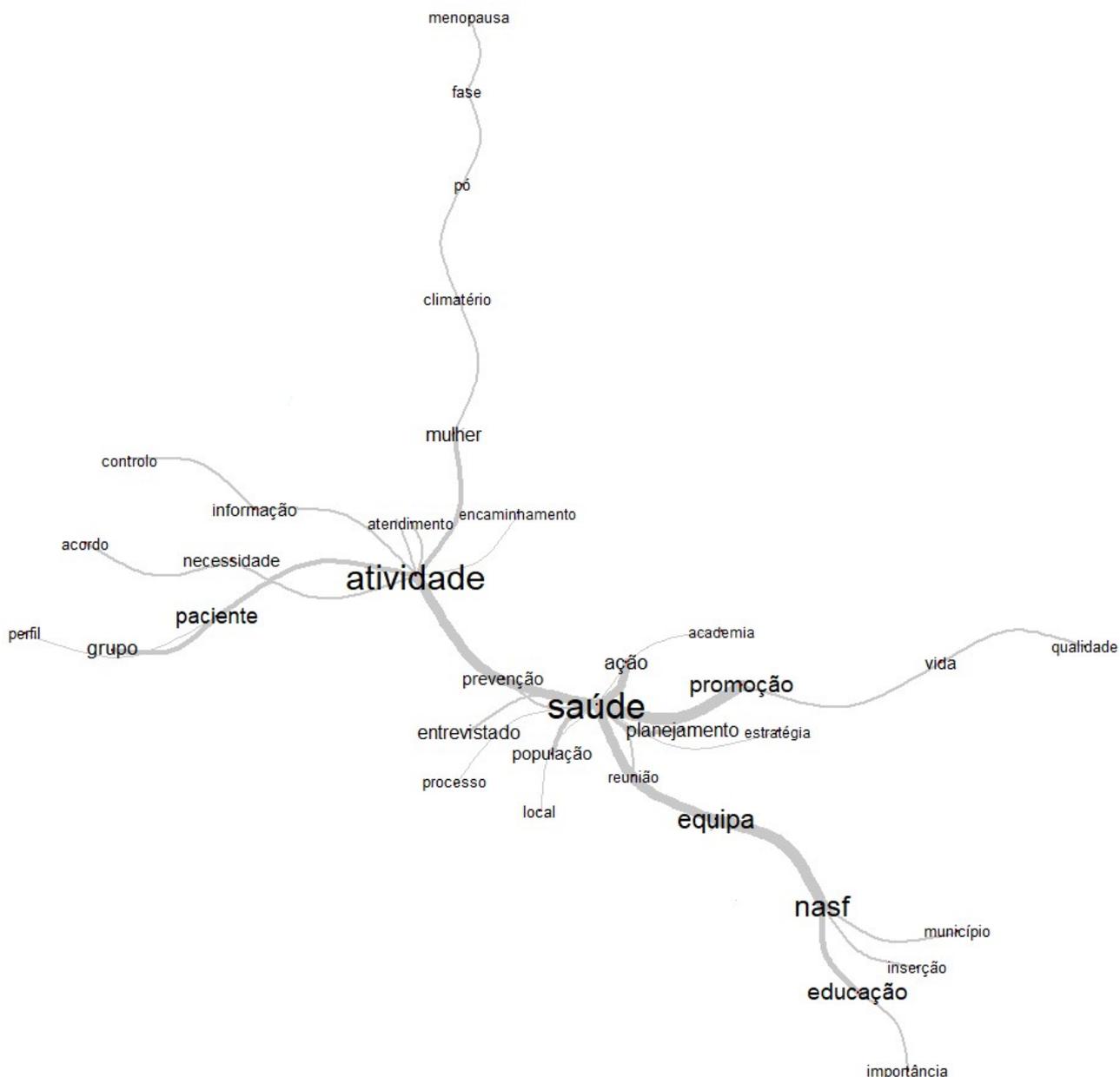
O que se refere à análise de similitude, verifica-se a presença de uma palavra-chave na composição central da distribuição, estabelecendo a conexão com os demais vocábulos que formam a estrutura, conforme se visualiza na Figura 6.

Ao analisar a Figura 6, fica evidente o enquadramento da palavra 'atividade' como o núcleo central da distribuição estabelecendo conexão com palavras como: saúde, necessidade, paciente, mulher, encaminhamento, informação e atendimento.

Deste modo, os resultados demonstram que os entrevistados apresentam uma percepção que a atividade física promove a saúde das pacientes mulheres que são atendidas no NASF. É importante evidenciar que a necessidade um encaminhamento e informações das mulheres nas fases do climatério, da menopausa e da pós-menopausa criam qualidade de vida para este grupo.

A palavra 'saúde' se ramifica de forma mais forte com as palavras NASF, promoção, planejamento, prevenção e ação. A palavra 'promoção' se relaciona com vida e qualidade. Assim, pode-se dizer que, na percepção dos profissionais de educação física entrevistados, o NASF, por meio da promoção da saúde e planejamento das ações e prevenção de doenças pode proporcionar qualidade de vida para os indivíduos que são atendidos.

Figura 6: Teste de Similitude



Fonte: Dados da pesquisa

Por último, a palavra 'NASF' que se ramifica com educação, inserção e município, evidenciando a importância deste núcleo por meio de inserção da população do município de Imperatriz (MA) para programas educacionais de atividade que promovam a qualidade de vida.

4.6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com Andrade *et al.* (2019), com o aumento da expectativa de vida no Brasil, uma parcela significativa de mulheres vem vivenciando o climatério por um período maior, acarretando possíveis impactos na qualidade de vida.

Deste modo, ao analisar o perfil sociodemográfico evidenciou-se uma idade média de 54 anos, sendo a maioria das participantes casadas. Esses resultados são concordantes com estudos realizados por Gallon e Wender (2012), Geraldo (2017), Kamimura, Rezende e Oliveira (2017), Rocha e Mitidieri (2018) e Belém *et al.* (2021).

A escolaridade das mulheres que participaram da pesquisa, em sua maioria, correspondia ao ensino fundamental incompleto (33,3%), dado importante pois o nível de instrução da população pode influenciar a percepção da qualidade de vida. Este dado vai ao encontro dos estudos realizados por Souza *et al.* (2017) e Yaburetief *et al.* (2019). Os autores evidenciam que quanto menor a escolaridade das mulheres menor é a qualidade de vida e ressaltam a importância dos investimentos na educação, pois pode contribuir para a melhoria na qualidade de vida da população.

No que se refere aos dados econômicos, observou-se que 49% das mulheres que participaram da pesquisa trabalham e, na maioria, apresentaram renda individual e familiar entre 1 e 3 salários-mínimos, o que era esperado devido local da pesquisa atender exclusivamente mulheres cadastradas no NASF do município de Imperatriz – MA.

Esses resultados estão em consonância aos encontrados por Andrade *et al.* (2019), o qual demonstrou que a renda familiar per capita era de três salários-mínimos, afirmando a importância das políticas públicas de acesso gratuito à saúde na região norte do país. Os autores ressaltam que os baixos índices de renda per capita estariam relacionados com baixos escores de qualidade de vida.

Estudos realizados por Souza *et al.* (2017) e Marcacine *et al.* (2019), a atividade física é associada à saúde psicológica, física e social e tem impacto positivo na qualidade de vida. Neste estudo, verificou-se que 61% das mulheres cadastradas no NASF do município de Imperatriz – MA não praticam atividade física e 39% são praticantes de algum tipo de exercício físico.

Esse resultado foi contra aos achados de Andrade *et al.* (2019). O estudo realizado pelos autores constatou que 51,4% das pacientes praticavam atividade física regular e apenas 22,2% declararam-se serem sedentárias, e concluíram que este resultado positivo no atual trabalho se deve possivelmente ao aconselhamento

e ao estímulo contínuo a prática de exercício físico durante os atendimentos ambulatoriais do Centro Multidisciplinar de Estudos Clínicos (CEMEC) vinculado ao Centro Universitário do Estado do Pará.

Do mesmo modo e conforme relato dos profissionais de educação física, o NASF apresenta um papel importante na disseminação da importância da prática de atividade física para as mulheres em todas as fases da vida. Este dado é corroborado por Geraldo (2017) que diz que o Educador Físico é o profissional indicado para desenvolver programas de atendimento adequados para diferentes grupos de mulheres com diversos problemas, habilidades e condições físicas, podem desempenhar ações que irão proporcionar benefícios psicológicos e melhora da Qualidade de Vida em Saúde dessas mulheres.

Deste modo, os resultados deste estudo mostram que a orientação de um profissional da área de Educação Física é importante para resultados positivos e promoção da qualidade de vida, durante todas as fases das mulheres cadastradas no NASF do município de Imperatriz - MA.

Ao se deparar com essa perspectiva que corrobora com as encontradas no estudo de Geraldo (2017), a justificativa apresentada confirmou-se com a percepção de que cada vez mais o profissional de educação física aumenta o seu grau de responsabilidade, credibilidade e valorização perante a comunidade acadêmica e consequentemente à sociedade como um todo.

Já Souza *et al.* (2017) alegam que a postura adotada e as escolhas feitas diariamente pelas mulheres, em qualquer fase da vida, podem ser positivas ou negativas para o estilo de vida. As ações positivas estão relacionadas à prevenção de doenças, adoção de um lazer ativo, o consumo de alimentos saudáveis, controle do estresse e de um bom convívio social. Já os fatores negativos dizem respeito ao fumo, uso de drogas, consumo de álcool, sedentarismo, estresse e isolamento social.

Neste estudo, observou-se que os fatores negativos para as mulheres que não praticam atividade física são: ondas de calor, dificuldades para dormir, alterações de peso e dores nas articulações.

Do mesmo modo que encontrado no estudo realizado por Geraldo (2017), verificou-se, com base nos dados coletados, que a presença da prática regular de atividade física influencia positivamente o grau de saúde e a qualidade de vida na saúde das mulheres cadastradas no NASF em Imperatriz - MA, ainda que

indiretamente, por meio dos efeitos da atividade física sobre a autoestima, dos aspectos físicos, sociais e emocionais, mesmo quando trabalhada por um período de curto e médio prazo, como foi o caso deste estudo durante o período da aplicação dos testes.

Souza Filho e Tritany (2020) reforçam que a prática de atividades físicas com acompanhamento de um profissional de educação física, inclusive em domicílio, deve ser uma política de saúde pública amplamente divulgada e difundida que se enquadre às novas dinâmicas sociais e busque incentivar a autonomia e independência dos indivíduos.

Isto posto, é importante que tenha um planejamento de ações voltadas para o grupo de mulheres, 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.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desta dissertação é caracterizar o perfil sociodemográfico e a qualidade de vida em saúde das mulheres cadastradas no NASF do município de Imperatriz – MA, considerando as contribuições das ações do profissional de educação física na modelagem de serviços de saúde do NASF/ESF.

É importante evidenciar que o estudo aconteceu em um momento pandêmico no mundo e no Brasil, dado a disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da Covid-19. Assim, a manutenção de uma rotina de vida fisicamente ativa deve ser incentivada como uma medida preventiva para a saúde e o enfrentamento contra a disseminação do vírus. Com isso, melhorando a qualidade de vida da população.

Com os resultados, percebeu-se que o perfil das respondentes são, idade entre 38 e 72 anos, na sua maioria casadas e com ensino fundamental incompleto. Na maioria, são trabalhadoras e recebem entre 1 e 3 salários-mínimos. O arranjo domiciliar é nos moldes tradicionais formados por pai, mãe e filhos e as residências possuem energia elétrica e água encanada.

Quando se analisou o estilo de vida, ficou claro que 61% das mulheres não praticam esportes. Este dado é preocupante, pois as mulheres são sedentárias e pode agravar doenças como hipertensão, problemas cardiovasculares e entre outros. A principal modalidade das mulheres que praticam esportes é a ginástica aeróbica e, como lazer, gostam de passeios em geral.

Ao analisar o histórico ginecológico e obstétrico e a sintomatologia climatérica das mulheres que participaram da pesquisa, notou-se que a idade média da menarca foi 12 anos, em média as mulheres tiveram 2 gestações e a média de idade da última menstruação foi 43 anos.

As principais manifestações clínicas foram: 62,7% das mulheres apresentaram ondas de calor, 33,3% alegaram dificuldades para dormir, 70,6% tiveram alterações de peso e 68,6% apresentaram dores nas articulações. E, 65% das mulheres estão na fase pós-menopáusicas.

Já, a contribuição do profissional de Educação Física na qualidade de vida das mulheres, observou-se que há várias ações para o incentivo da atividade física, todavia, os NASF do município de Imperatriz (MA) não possuem estrutura física para

essas ações. Deste modo, utilizam-se das academias da saúde, pátios dos postos de saúde e das igrejas.

Pode-se concluir que os profissionais de educação física têm um papel importante para a melhoria da qualidade de vida das mulheres por meio da atividade física constante. Entretanto, falta estrutura física para o desenvolvimento de mais atividades para este grupo específico.

No que se refere a análise da qualidade de vida das mulheres cadastradas no NASF por meio do questionário SF-36, constatou-se que há diferenças entre as médias das mulheres que praticam atividade física e não praticam atividade.

Dada essa diferença na média, pode-se concluir que as mulheres que praticam esportes possuem uma qualidade de vida melhor do que as mulheres que não praticam, pois apresentam uma melhor capacidade funcional, maior vitalidade, uma maior socialização, menos problemas relacionados aos aspectos emocionais e saúde mental, ou seja, um melhor estado geral de saúde.

Todavia, no que tange a dor, ambos os grupos apresentaram semelhanças nas médias. Fica evidente que as mulheres principalmente nas fases do climatério, menopausa e pós-menopausa do município de Imperatriz (MA) apresentam dores, que por vezes, incomoda na prática de atividade física e na socialização. Assim, recomenda-se ainda mais a prática de atividade física para que a cada dia diminua as dores causadas por esta fase.

Diante do exposto, pode-se concluir que a atividade física, aeróbica, de resistências ou de forças, com o acompanhamento de um profissional de educação física, são importantes e fundamentais para a vida da mulher em todas as fases da vida, uma vez que promove saúde e qualidade de vida, manutenção da saúde, do corpo, da mente, uma vez que o esporte e a atividade física trabalham não só o corpo, mas beneficia o corpo e a mente, o intelecto.

Assim, são movimentos do corpo, com gasto e renovação de energia, estando relacionado com o estilo de vida da mulher, proporcionando benefícios fisiológicos, estéticos, mental, motivação, diminuição do estresse, tensões, depressão, promove autoestima, autoimagem, autonomia, aumenta a flexibilidade, a mobilidade, a coordenação, movimentação, entre outros benefícios.

Apesar de constituir uma iniciativa importante para os estudos de qualidade de vida em saúde das mulheres e a importância do profissional de educação física que atuam dentro do NASF de Imperatriz (MA) e embora tenha sido atingido o

objetivo proposto neste trabalho, a pesquisa realizada apresenta limitações. O fator limitante que merece destaque foi a dificuldade de se obter mais respostas das mulheres cadastradas no NASF descritas, pois dado a pandemia do Covid-19 muitas se recusaram a responder.

Para contribuir com o desenvolvimento dos conceitos de qualidade de vida em saúde e o papel dos profissionais de educação física, o estudo deixa sugestões para futuras pesquisas, como:

- avaliação do impacto da menopausa e pós-menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho;
- replicação do estudo em outros municípios do Estado do Maranhão; e
- utilização de outros instrumentos de mensuração de qualidade de vida em saúde.

Por fim, o propósito do desenvolvimento desta dissertação é contribuir para os aspectos relativos ao campo teórico e prático do campo das ciências sociais aplicadas. No campo teórico, esta pesquisa será relevante, pois colaborará para a compreensão da qualidade de vida e saúde da mulher promovida pela atividade física com o acompanhamento de um profissional de educação física.

Além da contribuição no campo teórico, esta pesquisa também se propõe a desenvolver abordagens de cunho mais prático no que se refere ao suporte para a gestão da saúde da mulher, prática de atividade física, profissional de educação física e o desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- ALLEBRANDT, S. L.; THESING, N. J.; GESSI, N. L.; NUSKE, M. A.; MUELLER, A. A. A contribuição da saúde nas múltiplas escalas do desenvolvimento regional. **HOLOS**, v. 6, p. 1-15, 2019.
- ANDRADE, R. L.; FERNANDES, A. C. M.; DIAS, J. R. P.; LAURINDO, B. M.; VIEIRA, R. C. Avaliação da qualidade de vida de mulheres climatéricas atendidas em ambulatório especializado. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 1, p. 66-90, 2019.
- ANTUNES, M. D.; FAVORETO, A. B.; NAKANO, M. S.; MORALES, R. C.; DO NASCIMENTO JUNIOR, J. R. A.; DE OLIVEIRA, D. V.; BERTOLINI, S. M. M. G. Análise comparativa dos efeitos da massoterapia e pompagem cervical na dor e qualidade de vida em mulheres. **ConScientiae Saúde**, v. 16, n. 1, p. 109-115, 2017.
- ARAÚJO, A. J. S.; SENA, A. A.; BARRETO, E. S. Programas e políticas de saúde da mulher: avaliação da qualidade de atenção pré-natal. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 11, n. 1, 2017.
- BARATA, R. B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista Usp**, n. 51, p. 138-145, 2001.
- BARROS, A. P. M. **Política nacional de promoção da saúde: práticas e saberes dos enfermeiros da estratégia saúde da família**. 2017.
- BATISTA, Cassia Beatriz; MACHADO, Rodrigo Martins da Costa; PAULA, Patrícia Pinto de. Trabalho do núcleo de apoio à saúde da família em um município de Minas Gerais. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 10, n. 2, p. 264-274, 2017.
- BELÉM, D.; DA SILVA FILHO, C. R.; JACINTO, A. F.; FRANÇA, A. B.; CONTERNO, L. O. Influência do comprometimento excessivo na qualidade de vida e nos sintomas do climatério de profissionais da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021.
- BERNARDES, K. A. G. **Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde em um município da região oeste do Estado de São Paulo**. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.
- BOBBO, V. C. D.; TREVISAN, D. D.; AMARAL, M. C. E. D.; SILVA, E. M. Saúde, dor e atividades de vida diária entre idosos praticantes de Lian Gong e sedentários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1151-1158, 2018.
- BOTH, Sara Rezende. **O horizonte da Educação Física no NASF: Contribuições da Hermenêutica**. Aborda a importância desse profissional neste programa NASF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: MS; 2010.

BRASIL (Ministério da Saúde). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Diretrizes e processos**. – Brasília: Ministério da Saúde, caderno da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2018.

BRAUN, V.; CLARKE, V. **Using thematic analysis in psychology**. Qualitative research in psychology, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BROCARD, Deniclara. TAVARES, Carla Lourenço. FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. LIMA, Sheyla Maria Lemos. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ**. Saúde debate (spe1) Set 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109>. Acesso em: 21. jan.2020.

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2005-2008, 2006.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CANÁRIO, A. C. M. **Aspectos éticos e psicológicos do abortamento no casal**. Dissertação de Mestrado em Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2011.

CANAVARRO, M. C.; SERRA, A. V. **Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde**. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010.

CANDELLA, C.; RUGGIERO, C.; ARAYA, M.; SILVA, R. Assistência de enfermagem à mulher no climatério. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 29, n. 1, p. 47-58, 1995.

FELCE, David; PERRY, Jonathan. Quality of life: Its definition and measurement. **Research in developmental disabilities**, v. 16, n. 1, p. 51-74, 1995.

FERREIRA, V. C., SILVA, M. R. F. D., MONTOVANI, E. H., COLARES, L. G., RIBEIRO, A. A., & STOFEL, N. S. Saúde da Mulher, Gênero, Políticas Públicas e

Educação Médica: Agravos no Contexto de Pandemia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, 2020.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS-2**. Bookman Editora, 2009.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 11, n. 2, 2009.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 8, p. 521-535, 2003.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Laís. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. S214-S226, 2007.

GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e desenvolvimento. **Informe CEIS**, v. 2, p. 1-13, 2011.

GALLON, C. W.; WENDER, M. C. O. Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, p. 175-183, 2012.

GERALDO, D. S. T. **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**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Planejamento e Desenvolvimento Regional). Universidade de Taubaté, 2017.

GERALDO, D. S. T.; KAMIMURA, Quésia Postigo. 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. **Revista Brasileira de Gestao e Desenvolvimento Regional**, v. 14, n. 1, p. 354-376, 2018.

GRANZIN, Kent L.; HAGGARD, Lois M. An integrative explanation for quality of life: Development and test of a structural model. In: **Advances in quality of life theory and research**. Springer, Dordrecht, p. 31-63, 2000.

GOUVEIA, Odília Maria Rocha; MATOS, Alice Delerue; SCHOUTEN, Maria Johanna. Redes sociais e qualidade de vida dos idosos: uma revisão e análise crítica da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p.1030-1040, 2016.

HILDEBRAND, N. A.; CELERI, E. H. R. V.; MORCILLO, A. M.; ZANOLLI, M. D. L. Resilience and mental health problems in children and adolescents who have been victims of violence. **Revista de saude publica**, v. 53, 2019.

KAMIMURA, Quésia Postigo et al. Análise do processo de regionalização do setor saúde: reconstrução do processo histórico de duas regiões de saúde. **Latin American Journal of Business Management**, v. 6, n. 1, 2015.

KAMIMURA, Q. P.; REZENDE, G. V.; OLIVEIRA, A. L. Qualidade de vida em mulheres que participam das ações de promoção à saúde no NASF do município de Goiatuba/GO. In: Ramón Missias-Moreira; Zenilda Nogueira Sales; Lílian Cristina Gomes do Nascimento; Olga Souza Valentim (organizadores). **Qualidade de vida e condições de vida e condições de saúde de diversas populações**. Curitiba: CRV, 2017.

KIM, M. K.; SIM, J. A.; YUN, Y. H.; BAE, D. S.; NAM, J. H.; PARK, C. T.; PARK, S. Y. Health-related quality of life and sociodemographic characteristics as prognostic indicators of long-term survival in disease-free cervical cancer survivors. **International Journal of Gynecologic Cancer**, v. 26, n. 4, 2016.

LAROCCA, L. M.; CHAVES, M.; KAMI, M. T.; LOWEN, I. V. Trabalhar no Consultório na Rua Uma análise por meio do uso do software Iramuteq. **CIAIQ2015**, v. 1, 2015.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade São Paulo**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LINS, L. M. R.; REGIS, B. C.; FERNANDES, A. S. T.; DE FREITAS OLIVEIRA, G. M.; DE ARAUJO, I. M.; AGRA, I. K. R.; ...; DA CRUZ, C. M. Impactos da menopausa na saúde da mulher. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 12018-12031, 2020.

MAIA, M. A. C.; SANTOS, J. S.; MACHADO, G. A. B.; ANDRADE, R. D. **Entrelaços: teoria e prática na atenção primária à saúde**. São José dos Pinhais: Editora BrazilianJournals, 2021.

MARCACINE, P. R.; CASTRO, S. D. S.; CASTRO, S. S. D.; MEIRELLES, M. C. C. C.; HAAS, V. J.; WALSH, I. A. P. D. Qualidade de vida, fatores sociodemográficos e ocupacionais de mulheres trabalhadoras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 749-760, 2019.

MARQUESA, J. B. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 246-246, 2007.

MAUCH, J.; PARK, N. **Guide to the successful thesis and dissertation: A handbook for students and faculty**. CRC Press, 2003.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAES, T. O. S.; SCHNEID, J. L. Qualidade de vida no climatério: revisão sistemática da literatura. **AMAZÔNIA: SCIENCE & HEALTH**, v. 3, n. 3, p. 34 a 40-34 a 40, 2015.

MOREIRA, N. B.; MAZZARDO, O.; VAGETTI, G. C.; de OLIVEIRA, V.; de CAMPOS, W. Qualidade de vida. **Revista Brasileira De Educação Física E Esporte**, v. 33, n. 1, p. 107-114, 2019.

MOTA, Rosimeire da Silva Moreira; OLIVEIRA, M. L. M. C.; BATISTA, Eraldo Carlos. Qualidade de vida na velhice: uma reflexão teórica. **Revista communitas**, v. 1, n. 1, p. 47-60, 2017.

NAHAS M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 3 ed. Londrina: Midiograf; 2003.

NORONHA, M. G. R. D. C.; CARDOSO, P. S.; MORAES, T. N. P.; CENTA, M. D. L. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 497-506, 2009.

OLIVEIRA-COSTA, M. S. D.; AMORIM, A. C. C. L. Á.; CADAXA, A. G.; MENDONÇA, A. V. M. Promoção da saúde da mulher brasileira e a alimentação saudável: vozes e discursos evidenciados pela Folha de SP. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1957-1964, 2016.

ORUÉ, Aline Lam. et al. **Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: revisão integrativa da literatura**. Saúde em Redes. 2018; 4(3): 159-177. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2245/308>. Acesso em: 16. jan.2020.

PASCHOALOTTO, M. A. C. **Panorama da regionalização da saúde no Brasil: proposta e aplicação de Índice Sintético para avaliação das regiões de saúde em todo Brasil de 2012 a 2016**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2019.

PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M.; KIRSTEN, V. R.; ALESSANDRA BICK, M.; FERREIRA, T.; EVANGELISTA CABRAL, I. Do conhecimento à ação em saúde no desenvolvimento da Agenda 2030 e as contribuições da universidade. **Parcerias Estratégicas**, v. 24, n. 49, 2019.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição**. Editora Feevale, 2013.

RABELLO, Elaine; PASSOS, José Silveira. Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento. **Consultadoem**, v. 16, p. 08-13, 2008.

RATINAUD, P.; MARCHAND, P. Application of the ALCESTE method to the large corpus and stabilised lexical worlds or 'cablegate', using IRAMUTEQ. **Actesdes 11eme JADT**, v. 2012, p. 835-844, 2012.

REZENDE, A. M. L.; DE AZEVEDO, A. R. I.; VIEIRA, J. V.; DE SOUSA, R. C.; GONÇALVES, A. L. C. P.; RESENDE, B. L.; DE SOUSA, F. C. A importância da musculação para a mulher na menopausa. **BrazilianJournalof Health Review**, v. 3, n. 3, p. 5250-5262, 2020.

ROCHA, Amanda Silva Gama; DE SOUZA MITIDIERI, Andreia Moreira. O impacto dos sintomas climatéricos na qualidade de vida e função sexual. **Revista Saúde UniToledo**, v. 2, n. 1, 2018.

SALES, M. M. **O papel do educador físico no NASF**. 2018. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/52928390/papel-do-educador-fisico-no-nasf>. Acesso em: 20. jan.2020.

SANTOS SFS, BENEDETTI TRB. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. **Revbras ativ. fís. saúde**, 2012; v. 17, n. 3, p. 188-194.

SOUZA, Socorro Silvania et al. Mulher e climatério: concepções de usuárias de uma unidade básica de saúde. **Reprodução & Climatério**, v. 32, n. 2, p. 85-89, 2017.

SOUZA FILHO, Breno Augusto Bormann; TRITANY, Érika Fernandes. COVID-19: importância das novas tecnologias para a prática de atividades físicas como estratégia de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00054420, 2020.

SUK, Hailie; HALL, John. Integrating Quality of Life in Sociotechnical Design: A Review of Microgrid Design Tools and Social Indicators. In: **International Design Engineering Technical Conferences and Computers and Information in Engineering Conference**. American Society of Mechanical Engineers, 2019.

VIANA, Agenísia; JUNIOR, GilmarAntoniassi. Qualidade de vida em idosos praticantes de atividades físicas. **Psicologia e saúde em debate**, v. 3, n. 1, p. 87-98, 2017.

VIANA, Ana Luiza D.'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 1765-1777, 2007.

YABUUTI, P. L. K.; DE JESUS, G. D. M.; BURATTI, A.; BASSANI, G. A.; CASTRO, H.; DA SILVA PEREIRA, J.; DE OLIVEIRA GONÇALVES, I. O exercício físico na terceira idade como instrumento de promoção da saúde. **RevistaEletrônicaAcervoSaúde**, v. 11, n. 6, p. e316-e316, 2019.

YONK, R. **Politics and Quality of Life the Role of Well-Being in Political Outcomes**. Springer, 2018.

ZANESCO, A.; ZAROS, P. R. Atividade Física e menopausa. **RevBrasGinecol Obstet**. v. 31, n. 5, p. 254-61, 2009.

ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

1. Perfil do Entrevistado

- 1.1 Idade;
- 1.2 Sexo;
- 1.3 Formação acadêmica (Inclusive especialização);
- 1.4 Percurso profissional (Como entrou para o NASF; A quanto tempo está no NASF);
- 1.5 Experiência em NASF (Se é a primeira vez que trabalha com o NASF).

2. Planejamento em ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doença

- 2.1 Conceito de Promoção da Saúde;
- 2.2 Ações da Promoção da Saúde no cotidiano de trabalho;
- 2.3 Planejamento das ações de Promoção da Saúde na organização do processo de trabalho.

3. Organização dos serviços de saúde – APS

- 3.1 A organização do trabalho em uma unidade e no território;
- 3.2 Os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação
- 3.3 Matriciamento.

4. Participação dos profissionais de Educação Física

- 4.1 Inserção do profissional de Educação no NASF;
- 4.2 Participação do profissional de Educação Física no Planejamento e nas ações de Promoção e Prevenção da saúde;
- 4.3 Outras atividades desenvolvidas pelo Profissional de Educação Física na Unidade de Saúde (Academia de Saúde).

5. Atividades físicas, com mulheres nas fases do climatério, da menopausa e da pós-menopausa

- 5.1 Encaminhamento das mulheres nas fases do climatério, da menopausa e da pós-menopausa para as práticas corporais/atividades físicas;
- 5.2 Forma de atendimento deste grupo específico de mulheres;
- 5.3 Planejamento e tipo de atividade física para este grupo de mulheres.

ANEXO B - QUESTIONÁRIO PERFIL SOCIOECONÔMICO**1 - Características Sociodemográficas**

Idade: _____ anos.

Estado Civil atual:

- Solteira
- Casada
- Divorciada/Separada Judicialmente
- Viúva

Grau de Escolaridade:

Anos de estudo: _____ anos

Profissão: _____

Atualmente você:

- Trabalha
- Trabalha eventualmente
- Não trabalha

Quanto você ganha mensalmente? _____ reais

Qual a sua renda familiar mensal? _____ reais

Você mora?

- Só
- Acompanhada Se acompanhada, com quem mora?
- Sozinha
- Com Cônjuge
- Com Cônjuge e Filhos
- Com Cônjuge e outros familiares
- Com filhos
- Com outros Familiares

A sua casa tem rede de água encanada?

- Sim
- Não

A sua casa tem rede de energia elétrica?

- Sim
- Não

2 - Estilo de Vida Você pratica algum exercício físico?

- Sim
- Não

A sua atividade física é:

- Individual
- Grupal

Qual o tipo de atividade que você pratica?

- Caminhada
- Ginástica aeróbica
- Práticas de academia
- Nenhuma

Tipo de lazer e recreação que gosta

- Passeio
- Ir a Igreja
- Dançar
- Ir ao cinema
- Pescar
- Atividades manuais/visuais
- Reunião com amigos/3a idade
- Outros (festa de aniversário, viajar)
- Não tem/Não gosta

Frequenta Festas

- Sim
- Não

Motivos para não frequentar

- Religião
- Não gosta/Namorado não gosta/Marido não gosta
- Outros motivos

3 – Dados Ginecológicos e Sintomas

Idade da menarca (primeira menstruação): _____ anos

Número de gestações: _____

Número de filhos: _____

Você ainda menstrua?

- Sim
- Não

Qual a sua idade quando menstruou pela última vez? _____ anos

Você já sentiu ondas de calor?

- Sim
- Não

Você sente dificuldade para dormir?

- Sim
- Não

Você teve alteração de peso atualmente?

- Sim
- Não

Você sente dor nas articulações?

- Sim
- Não

Seu exame de FSH foi:

- Menor que 30 UI/L
- Maior que 30 UI/L

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

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

Muito Melhor	Um pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

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

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

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

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

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

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

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

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

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

Nenhum	Muita Leve	Leve	Moderada	Grave	Muito Grave
1	2	3	4	5	6

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

De maneira alguma	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

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

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

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

Todo Tempo	A maior parte do	Alguma parte do	Uma pequena	Nenhuma parte
------------	------------------	-----------------	-------------	---------------

	tempo	tempo	parte do tempo	do tempo
1	2	3	4	5

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

	Definitivamente Verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa “QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE DA MULHER NAS FASES DO CLIMATÉRIO, MENOPAUSA E PÓS-MENOPAUSA E O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM IMPERATRIZ - MA”, sob a responsabilidade do pesquisador “Cleyton Dias de Carvalho”. Nesta pesquisa pretendemos “analisar as ações do profissional de educação física 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 Imperatriz - MA” por meio de uma abordagem metodológica quantitativa e qualitativa e exploratória-descritiva. A população será mulheres acima de 38 anos que estão passando pelas fases do climatério, menopausa e pós-menopausa, cujo prontuário constava informação sobre o exame de FSH maior ou menor que 30 UI/L, que sejam cadastradas no NASF do município de Imperatriz (MA) que participam ou não do programa de atividade física; e, profissionais que fossem integrantes do NASF no município de Imperatriz (MA). O procedimento de coleta de dados se dará em duas etapas, sendo a primeira um roteiro de entrevista semiestruturado, individual e em profundidade e questionário sobre qualidade de vida. O procedimento de análise de dados será por meio da análise temática e estatística descritiva.

Há benefícios e riscos decorrentes de sua participação na pesquisa. Os benefícios consistem em “colaborar para a compreensão da qualidade de vida e saúde da mulher nas fases do climatério, menopausa e pós-menopausa e desenvolver abordagens de cunho mais prático no que se refere ao suporte para a gestão da saúde da mulher e o desenvolvimento” e os riscos “de constrangimento, desconforto e risco de contágio em virtude do contexto de Pandemia COVID 19”. Entretanto para evitar que ocorram danos “ficam-lhe garantidos os direitos de anonimato, de abandonar a pesquisa a qualquer momento, de deixar de responder qualquer pergunta que julgue por bem assim proceder, bem como solicitar para que os dados fornecidos durante a coleta não sejam utilizados. No contexto da pandemia do Covid-19, o risco será minimizado através do uso de máscara por ambos os participantes e por todos os que estiverem em contato para realização da entrevista, além de respeitar o distanciamento recomendado entre pessoas, higienizar as mãos com álcool em gel ou água e sabão. Com vistas em prevenir possíveis riscos de contaminação, e mesmo o não segmento das regras que minimizam a possibilidade de contágio optou-se por realizar as entrevistas via recursos digitais sendo este a plataforma Zoom ou Skype. A entrevista por meio digital não prevê o contato direto entre entrevistado e entrevistador dirimindo os riscos de contágio que normalmente ocorre por vias aéreas. As entrevistas utilizando ferramenta digital serão agendadas previamente em comum acordo com as partes entrevistado e pesquisador. O pesquisador disponibilizará um link de acesso

via e-mail para o entrevistado para que ocorra a coleta de dados da entrevista por mecanismo digital”. Caso haja algum dano ao participante será garantido aos mesmos procedimentos que visem à reparação e o direito à indenização.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr.(a) receberá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para recusar-se a participar e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado em nenhuma fase da pesquisa e nem em publicação que possa resultar. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a). Para qualquer outra informação o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com o pesquisador por telefone (99) 8238-6063 (“inclusive ligações à cobrar”) ou e-mail cleyton.carvalho@pitagoras.com.br

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, o(a) Sr.(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNITAU na Rua Visconde do Rio Branco, 210 – centro – Taubaté, telefone (12) 3635-1233, e-mail: cep@unitau.br

O pesquisador responsável declara que a pesquisa segue a Resolução CNS 510/16.



CLEYTON DIAS DE CARVALHO

Consentimento pós-informação

Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “NOME DA PESQUISA”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações sobre a pesquisa e me retirar da mesma sem prejuízo ou penalidade.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____, de _____ de 20__.

Assinatura do(a) participante

ANEXO E -TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu **Cleyton Dias de Carvalho**, pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE DA MULHER NAS FASES DO CLIMATÉRIO, MENOPAUSA E PÓS-MENOPAUSA E O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM IMPERATRIZ - MA**, comprometo-me dar início a este projeto somente após a aprovação do Sistema CEP/CONEP (em atendimento ao Artigo 28 parágrafo I da Resolução 510/16 e XI.2 item A ou da Resolução 466/12).

Em relação à coleta de dados, eu pesquisador responsável, asseguro que o caráter de anonimato dos participantes desta pesquisa será mantido e que as suas identidades serão protegidas.

As fichas clínicas e/ou outros documentos não serão identificados pelo nome.

Manterei um registro de inclusão dos participantes de maneira sigilosa, contendo códigos, nomes e endereços para uso próprio.

Os Termos assinados pelos participantes serão mantidos em confiabilidade estrita, juntos em um único arquivo, físico ou digital, sob minha guarda e responsabilidade por um período mínimo de 05 anos.

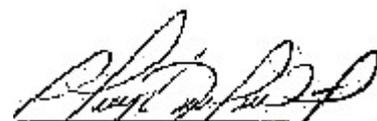
Asseguro que os participantes desta pesquisa receberão uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Termo de Assentimento (TA, quando couber), Termo de Uso de Imagem (TUI, quando couber) e TI (Termo Institucional, quando couber).

Comprometo-me apresentar o relatório final da pesquisa, e os resultados obtidos, quando do seu término ao Comitê de Ética - CEP/UNITAU, via Plataforma Brasil como notificação.

O sistema CEP-CONEP poderá solicitar documentos adicionais referentes ao desenvolvimento do projeto a qualquer momento.

Estou ciente que de acordo com a Norma Operacional 001/2013 MS/CNS 2.2 item E, se o Parecer for de pendência, terei o prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da emissão na Plataforma Brasil, para atendê-la. Decorrido este prazo, o CEP terá 30 (trinta) dias para emitir o parecer final, aprovando ou reprovando o protocolo.

Taubaté, 22 de outubro de 2020.



Cleyton Dias de Carvalho