

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

PAULO VITOR DE SOUZA

**PROGRAMA VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE – VAMOS: promoção da
atividade física e alimentação saudável em servidores públicos da
Universidade Federal de Santa Catarina**

Florianópolis,
2019

PAULO VITOR DE SOUZA

**PROGRAMA VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE – VAMOS: promoção da
atividade física e alimentação saudável em servidores públicos da
Universidade Federal de Santa Catarina**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação em Educação Física – Bacharelado
do Centro de Desportos da Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito para
obtenção do Título de Bacharel em Educação
Física.

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Rosane
Bertoldo Benedetti.

Coorientadora: Profa. Me. Camila Tomicki.

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Souza, Paulo Vitor de
PROGRAMA VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE - VAMOS: :
promoção da atividade física e alimentação saudável em
servidores públicos da Universidade Federal de Santa
Catarina / Paulo Vitor de Souza ; orientadora, Tânia Rosane
Bertoldo Benedetti, coorientador, Camila Tomicki, 2019.
65 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Desportos, Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Educação Física. 2. Empregados do Governo. . 3. Saúde
do Trabalhador. . 4. Promoção da Saúde. . 5. Exercício.
Dieta Saudável.. I. Benedetti, Tânia Rosane Bertoldo. II.
Tomicki, Camila. III. Universidade Federal de Santa
Catarina. Graduação em Educação Física. IV. Título.

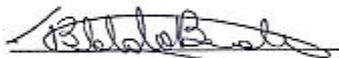
Paulo Vitor de Souza

**PROGRAMA VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE – VAMOS: PROMOÇÃO DA
ATIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM SERVIDORES PÚBLICOS
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

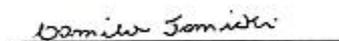
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de "Bacharel em Educação Física" e aprovado em sua forma final pelo Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, com a nota 9,9

Florianópolis, 04 de julho de 2019.

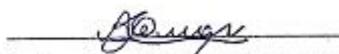
Banca Examinadora:



Profa. Dra. Tânia Rosane Bertoldo Benedetti
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC



Profa. Me. Camila Tomicki
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC



Profa. Dra. Aline Mendes Gerage Silva
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC



Prof. Me. Ceza Grontowski Ribeiro
Instituto Federal do Paraná - IFPR

Este trabalho é dedicado aos meus pais que me apoiaram em todo o meu processo de formação.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela vida e pela saúde que me deu, e assim gostaria de agradecer aos meus pais, Terezinha e Paulo, que são a base de tudo na minha vida. Agradeço pela educação que me deram, por nunca deixar faltar nada em casa e por me darem todas as oportunidades necessárias para chegar onde cheguei. Sem dúvida, eles são parte fundamental para que eu pudesse realizar o sonho de me graduar no que tanto queria.

A minha irmã, Camila, por todos os puxões de orelha, todos os ensinamentos, por ser uma amiga, parceira e confidente. Atualmente está noiva de uma pessoa incrível, Carlos, que se tornou um grande amigo, que me dá vários conselhos e me ensina muito também.

Outra pessoa que certamente merece destaque é minha companheira de vida, são quase 6 anos juntos, minha namorada Maria Carolina. Ela que muito me ajudou desde o início do namoro quando eu era um mero estudante de escola pública e como grande parte da turma do “fundão”, não queria estudar e nem saber de faculdade. Graças a ela e meus pais, hoje estou me graduando em uma universidade federal. Vale destacar também a função de revisora dos meus erros de português, que admito que são vários.

Agradeço também a minha melhor amiga Laryssa, já são mais de 10 anos de amizade que temos e ela sempre me apoiou a estudar e batalhar na vida. Com toda certeza fez a diferença e sou grato por toda a parceira dela.

Agora mais diretamente a faculdade, agradeço pelas pessoas que conheci, em especial os meus amigos que se tornaram parte importante na minha vida, Karoline, Alexandre, Jefferson, Lucas, Felipe, Gabriel, Matheus e Arthur, irmãos de graduação.

Sou grato também ao Professor Cassiano que me indicou para a vida da pesquisa, graças a ele consegui adentrar no laboratório que me deu a oportunidade de realizar este TCC.

Agradeço as oportunidades de poder participar dos laboratórios APRINDcor, LAMCE, NUPEFID, NUPAF e às pesquisas VAMOS, MOVMAIS, SAFE, EPIFLORIPA e também ao grupo de estudos GEPEFID, todos foram de extrema importância na minha formação acadêmica.

Agradeço a todos meus amigos, aos professores da graduação, meus supervisores de estágio e todos os meus colegas de graduação.

Em especial agradeço a equipe VAMOS, que me deu todo o suporte para realizar esta pesquisa e chegar onde cheguei. Agradeço a Camila, Paula, Elaine, Lisandra, Cezar, Emanuele, Naiara, Midori, Aline, Sofia, Marina, Monica, Juciléia e Tânia.

Um agradecimento especial à minha mãe acadêmica, Tânia, que me orientou durante praticamente toda a graduação. São quase quatro anos que estou aprendendo com ela sobre o mundo da pesquisa, transformando a teoria em prática e levando conhecimento e informação à comunidade. Sem ela não estaria aqui hoje apresentando este trabalho, pois foi ela quem me deu a oportunidade de entrar na pesquisa e trabalhar com o VAMOS na UFSC. Agradeço a ela pelas correções, brigas, puxões de orelha e tudo que ela me ensinou e ensina até hoje.

Gostaria de agradecer também a professora Aline, professor Cezar e professora Elaine, que aceitaram o convite para avaliar este trabalho e darem suas contribuições, agregando muito ao produto final. Muito Obrigado!

Estendo agora meus mais profundos agradecimentos à minha coorientadora, Camila, que fez muito por mim durante todos esses anos. Pude ter o privilégio de acompanhar toda a jornada dela como doutoranda e ela vem acompanhando todo meu processo de formação na pesquisa. Sou grato por me ajudar tanto, me auxiliar em todas as minhas dúvidas, me ensinar tudo o que sabe e por nunca ter tempo ruim para mim. Muitas vezes ela madrugou e parou tudo só para me ajudar a escrever o TCC ou mesmo em trabalhos da graduação. Sem dúvidas, chego aqui com a certeza de que sem ela eu não teria terminado minha graduação com tamanho conhecimento e evolução. Agradeço a Camila, por ser essa pessoa tão especial e gentil, e por ser mais que uma colega de estudos e profissão, é uma amiga que levarei para a vida.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma me ajudaram ou me passaram algum ensinamento. Peço desculpas se esqueci de agradecer alguém, mas tenham certeza de que sou grato a todos que fizeram parte desta trajetória.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o programa “Vida Ativa Melhorando a Saúde” (VAMOS) aplicado a servidores técnico-administrativos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), campus Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. O VAMOS é um programa de mudança de comportamento que visa motivar as pessoas a adotarem um estilo de vida mais ativo e saudável por meio da prática de atividade física e alimentação. O programa oferece 12 encontros com material didático e cada encontro tem duração de 90 a 120 minutos. Este estudo é de cunho quase experimental. Participaram servidores técnicos-administrativos divididos em dois grupos (não randomizados), um Grupo Intervenção (GI=22) e um Grupo Controle (GC=13). O GI participou do programa VAMOS que ocorreu no período de maio a novembro de 2017 na Universidade e foi conduzido por professores previamente treinados. Já o GC recebeu orientações breves sobre a importância de adesão e manutenção de comportamentos saudáveis e somente foram observados para fins estatísticos. Todos os servidores participantes do estudo realizaram a coleta de linha de base que foi composta por questionário (dados sociodemográficos, condições de saúde, qualidade de vida, atividade física e comportamento alimentar), por antropometria (estatura, massa corporal e circunferência da cintura) e por acelerometria (medida objetiva para verificar a atividade física habitual). As mesmas variáveis foram coletadas após o término da intervenção. Para realizar a avaliação do VAMOS, foi utilizada a ferramenta RE-AIM por meio das dimensões alcance e efetividade. Para análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva e inferencial. As variáveis numéricas foram expressas por meio da média e desvio padrão e as categóricas como frequência absoluta e relativa. Quando verificada a normalidade dos dados, utilizou-se teste *t* de *Student* para amostras independentes e pareadas e teste *U* de *Mann-Whitney* quando isso não ocorreu. Adotou-se valor de probabilidade $< 0,05$. As análises foram realizadas no programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 22.0. Dos 152 servidores técnico-administrativos elegíveis, 57 (37,5%) demonstraram interesse no programa e 22 participaram do mesmo, representando uma taxa de alcance de 38,6%. Concluíram os encontros do programa VAMOS, 12 servidores (54,5%). Em relação ao GC, 13 servidores iniciaram no grupo e 10 concluíram sua participação (76,9%). A média de idade dos participantes foi de $42,0 \pm 12,5$ anos para o GI e $34,6 \pm 7,5$ anos para o GC. Ambos os grupos apresentaram em sua maioria servidores do sexo feminino e com pós-graduação. Foi possível concluir que o GC teve um aumento estatisticamente significativo ($p < 0,05$) em relação a atividade física leve quando comparado ao GI. Quando realizada a análise por intenção de tratar, foi possível verificar uma melhora estatisticamente significativa ($p < 0,05$) no comportamento alimentar do GI. Verificou-se um aumento significativo ($p < 0,05$) no Índice de Massa Corporal (IMC) do GC em relação ao GI. Assim, a intervenção do programa VAMOS mostrou-se efetiva na melhora do comportamento alimentar do GI e também na diferença pós-pré do IMC entre os grupos para o GI.

Palavras-chave: Empregados do Governo. Saúde do Trabalhador. Promoção da Saúde. Exercício. Dieta Saudável.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the "Active Life Improving Health" (VAMOS) program applied to technical-administrative servers of the Federal University of Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. VAMOS is a behavior change program that aims to motivate people to adopt a more active and healthy lifestyle by practicing physical activity and eating. The program offers 12 meetings with didactic material and each meeting lasts from 90 to 120 minutes. This study is almost experimental, since technical-administrative servers were divided into two groups (non-randomized), one Intervention Group (GI = 22) and one Control Group (GC = 13). The GI participated in the VAMOS program that took place from May to November 2017 at the University and was conducted by previously trained teachers. The GC received brief guidelines on the importance of adherence and maintenance of healthy behaviors and were only observed for statistical purposes. All the servers participating in the study performed the baseline collection that was composed by questionnaire (sociodemographic data, health conditions, quality of life, physical activity and eating behavior), by anthropometry (height, body mass and waist circumference) and by accelerometry (objective measure to verify habitual physical activity). The same variables were collected after the end of the intervention. To perform the VAMOS evaluation, the RE-AIM tool was used by the reach and effective dimensions. Numerical variables were expressed as mean \pm standard deviation and categorical variables as absolute and relative frequency. Associations between descriptive variables and groups were used Student's t-test for independent variables and in pairs and / or Mann-Whitney U test, as presented normal or non-normal distribution. A probability value <0.05 was used. The analyzes were performed in the SPSS program (Statistical Package for Social Sciences) version 22.0. Of the 152 eligible technical-administrative servants, 57 (37.5%) showed interest in the program but only 22 participated in the program, representing a 38.6% reach rate. The meetings of the VAMOS program concluded, with 12 servers (54.5%). In relation to the GC, 13 servers started in the group and 10 concluded their participation (76.9%). The mean age of the participants was 42.0 ± 12.5 years for the IG and 34.6 ± 7.5 years for the GC. Both groups had female and postgraduate female servers. It was possible to conclude that the GC had a statistically significant increase ($p < 0.05$) in relation to the light physical activity when compared to the IG. When the intention-to-treat analysis was performed, it was possible to verify a statistically significant improvement ($p < 0.05$) in the feeding behavior of the GI. There was a significant increase ($p < 0.05$) in the Body Mass Index (BMI) of the GC in relation to the GI. Thus, the intervention of the VAMOS program was effective in improving the feeding behavior of GI and also in the post-pre difference of BMI between the groups for GI.

Keywords: Government Employees. Occupational Health. Health Promotion. Exercise. Healthy Diet.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Delineamento experimental do grupo intervenção	30
Figura 2. Delineamento experimental do grupo controle	31
Figura 3. Alcance individual do programa VAMOS na PRODEGESP, segundo a ferramenta RE-AIM	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos servidores técnico-administrativos participantes do estudo. Florianópolis, 2017 (n = 35).....	37
Tabela 2. Perfil clínico dos servidores técnico-administrativos participantes do estudo. Florianópolis, 2017 (n = 35).....	38
Tabela 3. Tempo despendido em atividade física habitual e comportamento alimentar nos momentos pré e pós-intervenção por protocolo. Florianópolis, 2017 (n = 22).....	40
Tabela 4. Tempo despendido em atividade física habitual e comportamento alimentar nos momentos pré e pós-intervenção por intenção de tratar a partir do método LOCF. Florianópolis, 2017 (n = 35).....	41
Tabela 5. Variáveis antropométricas pré e pós intervenção por protocolo. Florianópolis, 2017 (n = 22).....	42
Tabela 6. Variáveis antropométricas grupos pré e pós intervenção com intenção de tratar a partir do método de LOCF. Florianópolis, 2017 (n = 35).....	42
Tabela 7. Classificação da massa corporal, índice de massa corporal e circunferência da cintura, pré e pós intervenção por protocolo. Florianópolis, 2017 (n = 22).....	43
Tabela 8. Classificação da qualidade de vida dos participantes nos momentos pré e pós-intervenção por protocolo. Florianópolis, 2017 (n = 22).....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF – Atividade Física

ALED – *Active Living Every Day*

CA – Comportamento Alimentar

CAA – Coordenadoria de Atendimento Administrativo

CC – Circunferência de Cintura

DAP – Departamento de Assistência Pessoal

DAS – Departamento de Assistência à Saúde

DCNTS – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV – Doença Cardiovascular

DDP - Departamento de Desenvolvimento de Pessoas

DISS – Divisão de Serviço Social e Atenção ao Servidor

EAD – Estudo à Distância

HU – Hospital Universitário

IMC – Índice de Massa Corporal

IPAQ – Questionário Internacional de Atividade Física

LOCF – *Last Observation Carried Forward*

MC – Massa Corporal

PNPS – Política Nacional de Promoção à Saúde

PRODEGESP – Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas

QV – Qualidade de Vida

RE-AIM – *Reach Effectiveness Adoption Implemetion Maintenance*

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

VAMOS – Vida Ativa Melhorando à Saúde

VIGITEL – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	14
1.2 OBJETIVOS.....	16
1.2.1 Objetivo Geral	16
1.2.2 Objetivos Específicos	16
1.3 JUSTIFICATIVA.....	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE	18
2.1.1 Contextualizando as Doenças Crônicas Não Transmissíveis	18
2.1.2 Estilo de vida: qual sua importância sobre as DCNTs?	18
2.1.3 Promoção em saúde para servidores técnico-administrativos	20
2.2 PROGRAMAS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO	22
2.2.1 Programas de atividade física e alimentação saudável	22
2.3 VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE – O PROGRAMA VAMOS	23
2.3.1 O que é o programa VAMOS?	23
2.3.2 Avaliação de programas em saúde: a experiência da ferramenta RE-AIM 25	
3 MÉTODOS	28
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	28
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
3.3 CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE	29
3.4 DELINEAMENTO EXPERIMENTAL	29
3.4.1 Grupo Intervenção (GI)	29
3.4.2 Grupo Controle (GC)	30
3.5 AVALIAÇÕES	31
3.5.1 Alcance do programa VAMOS	31
3.5.2 Efetividade do programa VAMOS	31
3.5.3 Atividade física habitual	32
3.5.4 Comportamento alimentar	32
3.5.5 Antropometria	33
3.5.6 Qualidade de vida	33
3.6 QUESTÕES ÉTICAS	34
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	34

4 RESULTADOS	35
4.1 ALCANCE DO PROGRAMA VAMOS.....	35
4.2 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	36
4.3 EFETIVIDADE DO PROGRAMA VAMOS	38
5 DISCUSSÃO.....	44
6 CONCLUSÃO.....	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE A	56
APÊNDICE B	59

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) constituem a principal causa de mortalidade no mundo (MALTA et al., 2017), representando 63% das mortes anuais (OMS, 2018). As principais DCNTs são: as doenças cardiovasculares, respiratórias, metabólicas e neoplasias (BRASIL, 2018). Em 2017, a sua prevalência no Brasil chegou a 68% e em associação com seus riscos para a saúde se tornaram um importante problema de saúde pública (SIQUEIRA, 2012; BRASIL, 2017).

Desde 2006, o Ministério da Saúde brasileiro vem desenvolvendo ações de promoção da saúde a fim de combater às DCNTs e agravos relacionados. Dois importantes documentos foram lançados pelo governo federal. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que apresenta um conjunto de estratégias e formas para promover saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2014) e o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs” cujo o objetivo é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNTs e seus fatores de risco e apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (BRASIL, 2014). Contudo, apesar dos esforços, a prevalência de DCNTs continua aumentando no Brasil (BRASIL, 2017).

O excesso de peso e a obesidade constituem fatores de risco para DCNTs, uma vez que predispõe a uma série de riscos cardiovasculares (BRASIL, 2018). Em servidores públicos de universidades federais, o excesso de peso já foi evidenciado em diversos estados, como em Santa Catarina (63,6%) (BERRIA et al., 2013), Rio de Janeiro (63,5%) (COSTA; VASCONCELOS; FONSECA, 2014), Paraná (50,6%) (GONÇALVES et al., 2016) e Pernambuco (60%) (AZEVEDO et al., 2014). Esse grupo de trabalhadores passa a maior parte do seu dia em comportamento sedentário, geralmente em frente a um computador (GEORGE et al., 2014). Este fato está associado a um risco aumentado das DCNTs (SCHMID; LEITZMANN, 2014; WILMOT et al., 2012).

Nesse contexto, faz-se necessário que haja uma fortificação na relação entre a saúde e o trabalhador universitário, uma vez que esta é tida como fraca (MCLELLAN, 2017). Para combater as DCNTs a prática de atividade física (AF) pode ser uma

importante estratégia. A prática de AF e de uma alimentação saudável são essenciais para a manutenção e promoção da saúde e devem ocorrer de forma contínua (BRASIL, 2018).

Os estudos apontam que pessoas mais ativas sofrem menos com as ações deletérias do comportamento sedentário (BISWAS et al., 2015; SILVA et al., 2019). Sabe-se também, que quanto maior o tempo despendido em comportamento sedentário, maior é o consumo de alimentos ultra processados que são maléficos a saúde levando ao excesso de peso e obesidade (COSTA et al., 2018; LOUZADA et al., 2015).

Para mudanças positivas no estilo de vida, programas de mudança de comportamento já vêm sendo evidenciadas como eficazes (KONRAD et al., 2018). Como estratégia para suprir a baixa adesão à prática de AF e devido ao aumento das DCNTs no Brasil, foi criado um programa de mudança de comportamento denominado “Vida Ativa Melhorando a Saúde” – VAMOS. Ele se apresenta como um programa inovador e busca contribuir na promoção da saúde por meio da mudança no estilo de vida (BENEDETTI et al., 2012).

O programa VAMOS se baseia no conceito de autonomia e seu principal objetivo é motivar as pessoas a adotarem um estilo de vida mais ativo e saudável, por meio da prática da AF e alimentação (BENEDETTI et al., 2012). O programa promove conhecimento que possibilitam aos seus participantes identificarem possíveis barreiras para adesão e manutenção de comportamentos saudáveis. Além disso, auxilia no desenvolvimento de estratégias individuais para resolver e minimizar tais barreiras (BENEDETTI et al., 2017).

O programa VAMOS é adaptável e pode ser implementado em diferentes contextos (GERAGE et al., 2017; MEURER et al., 2019; TONOSAKI et al., 2018). Deste modo, pelo fato de o programa ainda não ter sido oferecido à servidores públicos, este estudo apresenta como problema de investigação o seguinte questionamento: Qual é o alcance e a efetividade do programa VAMOS ofertado para servidores técnico-administrativos da Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de pessoas (PRODEGESP) da Universidade Federal de Santa Catarina?

Para avaliar programas de mudança de comportamento no Brasil, em 2013, a ferramenta RE-AIM foi traduzida para realidade brasileira (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013). Trata-se de um modelo conceitual, em que tem o objetivo de descrever direcionamentos para o planejamento e avaliação de intervenções em

saúde (GLASGLOW et al., 1999). Essa ferramenta será utilizada no presente estudo a fim de investigar os objetivos propostos.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar o programa “Vida Ativa Melhorando a Saúde” – VAMOS, por meio da ferramenta RE-AIM, ofertado para servidores técnico-administrativos da PRODEGESP da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), campus Florianópolis/SC.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Verificar o alcance do programa VAMOS no recrutamento e na intervenção;
- b) Verificar a efetividade do programa VAMOS considerando as variáveis: AF habitual, comportamento alimentar, antropometria e qualidade de vida.

1.3 JUSTIFICATIVA

O VAMOS, enquanto programa de promoção da saúde, é uma inovação para a saúde pública. Isto se dá pelo fato de ser diferente de outros programas “tradicionais” que são, em parte, limitados quanto ao alcance e ao custo elevado, o que não possibilita sua ampliação para a população (BENEDETTI et al., 2012).

O programa tem potencial para contribuir na redução de agravos à saúde dos participantes. Por isso, a contribuição desta pesquisa centra-se na obtenção de subsídios referentes a um modelo de programa de mudança de comportamento para a prática de AF e alimentação saudável. E assim, a produção de novos conhecimentos nessa área, a partir de um olhar lançado sobre uma parcela de servidores de uma instituição pública federal.

Por fim, enquanto graduando de bacharelado em Educação Física, estou há mais de três anos inserido no programa VAMOS e tive a oportunidade, por meio das bolsas de iniciação científica (PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica) e extensão, de estar à frente de diversas etapas na coleta de dados desse

estudo. De certa forma, isso expõe tudo o que aprendi durante esses anos com a equipe do programa VAMOS e agora coloco em prática um dos programas mais inovadores do Brasil, do qual tenho orgulho de fazer parte.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

2.1.1 Contextualizando as Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) são doenças multifatoriais e as principais doenças são as cardiovasculares, respiratórias, metabólicas e neoplasias. Tais doenças são as de maior impacto no cenário mundial (BRASIL, 2014; DUNCAN et al., 2012; MALTA et al., 2006). Este impacto pode ser verificado em países de baixa ou média renda, que apresentam cerca de 80% dos óbitos oriundos de DCNTs, sendo 29% desses óbitos são em adultos com menos de 60 anos (DUNCAN et al., 2012; ZUCCOLOTTO; PESSA, 2018).

O Brasil segue a tendência mundial com 72,6% dos óbitos relacionados com as DCNTs em 2013 (BRASIL, 2014). Segundo o Ministério da Saúde, esses altos níveis apresentados geram um custo de quase R\$ 3,8 bilhões em procedimentos ambulatoriais e ainda R\$ 3,7 bilhões em internações, o que totaliza uma grande quantia que poderia ser utilizada para outros meios, como educação e segurança (BRASIL, 2014). Segundo Malta et al. (2017), a maioria dos serviços de saúde são utilizados por pessoas que possuem DCNTs.

Existem diversos fatores que contribuem para os valores supracitados como, o crescimento da renda, a mecanização da produção, a urbanização, a industrialização, a facilidade em encontrar alimentos não saudáveis, o que acaba agravando e expondo cada vez mais ao risco de ser acometido por alguma DCNTs (SCHMIDT et al., 2015; SOARES, 2012).

2.1.2 Estilo de vida: qual sua importância sobre as DCNTs?

Segundo o Ministério da Saúde, são quatro os principais fatores de risco modificáveis relacionados às DCNTs, sendo eles, o tabagismo, o uso abusivo de álcool, a inatividade física e a má alimentação (BRASIL, 2018). Para este estudo, o interesse está nos dois últimos fatores de risco, sendo os mais elencados nesta revisão.

Para Nahas (2017), o estilo de vida é um fator determinante dos riscos associados ao desenvolvimento e agravo das DCNTs e influencia diretamente no

modo de como agem sobre o corpo humano. Conforme a Organização Mundial da Saúde, 3,2 milhões de mortes por ano no mundo são atribuídas à prática insuficiente de AF, sendo este o quarto maior fator de risco de mortalidade global (OMS, 2014). As quantidades mínimas recomendadas de AF por semana consistem em 150 minutos de atividades aeróbias em intensidade moderada ou 75 minutos em intensidade vigorosa, em sessões mínimas de 10 minutos de duração. Exercícios de fortalecimento muscular também devem ser realizados de duas a três vezes por semana (OMS, 2014).

A avaliação dos níveis de AF no Brasil é recente e pode ser visualizada por meio do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Verifica-se que 62,4% da população adulta brasileira não pratica AF no seu tempo de lazer e 45,0% é considerada insuficientemente ativa (BRASIL, 2017). Esses dados propõem que, mesmo com um aumento das ações em promoção da saúde, ainda são necessárias estratégias para aumentar o nível de AF e diminuir a prevalência de DCNTs.

Um estudo realizado por Lee et al. (2012) buscou quantificar o impacto da inatividade física sobre as DCNTs tentando estimar o quanto estas seriam evitadas caso os inativos se tornassem ativos. Os resultados dessa pesquisa demonstraram que com a eliminação da inatividade física diminuiria entre 6% e 10% as principais DCNTs e aumentaria a expectativa de vida. Dessa forma, tornar as pessoas mais ativas levaria a uma melhor qualidade de vida e diminuiria os gastos do governo com a saúde pública.

Outro fator de risco modificável consiste na má alimentação e vem sendo foco de estudos direcionados à associação com as DCNTs. Isto pode ser explicado pela dinamização do cenário nutricional, por meio da urbanização e industrialização, refletindo em alterações nos padrões alimentares (POPKIN, 2006; SCHMIDT et al., 2011). Essas alterações são decorrentes da troca de alimentos ricos em fibras e equilibrados em termos nutricionais por produtos ricos em gorduras e açúcares, apresentando alto grau de processamento (MARTINS et al., 2013; POPKIN, 2006).

Dados representativos sobre compras de alimentos pelas famílias brasileiras sugerem redução na compra de alimentos tradicionais básicos, como por exemplo arroz, feijão e hortaliças, e aumento expressivo, de até 400%, na compra de alimentos processados, como biscoitos, refrigerante e pratos feitos, influenciando diretamente na qualidade alimentar da população (SCHMIDT et al, 2015).

Dados do VIGITEL mostram que mais de 50% da população está acima do peso, 64,8% não consome frutas e hortaliças (verduras e legumes) com a frequência e quantidade recomendada, 2% costumam consumir carnes com excesso de gordura, 24% consomem doces ou alimentos com excesso de açúcar em cinco ou mais dias da semana e 16,5% consomem refrigerantes ou sucos artificiais em cinco ou mais dias da semana (BRASIL, 2017).

O excesso de gordura corporal é um fator de risco de destaque para o desenvolvimento e agravamento de diversas DCNTs e também aumento de mortalidade, uma vez que predispõe a uma série de riscos cardiovasculares (HAUN; PITANGA; LESSA, 2009; SOARES, 2012; TOMICKI et al., 2017).

2.1.3 Promoção em saúde para servidores técnico-administrativos

No ambiente de trabalho é comum encontrar uma relação de fraqueza entre cuidados de saúde e o trabalhador (MCLELLAN, 2017). Em servidores da saúde e funcionários de uma empresa de refrigerantes, foi observada uma elevada prevalência de fatores de risco (BAREL et al., 2010; CASSANI et al., 2009). Já no ambiente universitário existem diversos estudos com professores e estudantes (COELHO et al., 2005; MOREIRA et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2011), porém poucos com servidores públicos federais (AZEVEDO et al., 2014; BERRIA et al., 2013; COSTA; VASCONCELOS; FONSECA, 2014; GEORGE et al., 2014; GONÇALVES et al., 2016).

Um estudo realizado com um grupo de trabalhadores da área administrativa de uma universidade estadual, mostrou que as altas cargas de trabalho e o modo como o sistema trabalhista é organizado podem influenciar na maneira como o trabalhador enxerga seu ambiente de trabalho e ainda em um possível desgaste mental (VENTRIGLIO, 2017). Este desgaste poderia ser evitado com a criação de um ambiente de trabalho favorável a saúde do trabalhador (CICONATO et al., 2016).

Ciconato et al. (2016), realizaram um estudo com servidores técnico-administrativos e docentes de uma universidade estadual pública que foram readaptados e readequados, ou seja, tiveram algum problema e precisaram se alocar em outra função ou precisaram de auxílio para voltar a função de origem. Foi observado que a maioria desses profissionais tiveram um motivo em comum que era um distúrbio físico. Assim, chegou à conclusão que há necessidade de intervenções

de promoção da saúde e prevenção de agravos para interferir sobre o processo de adoecimento profissional.

Na Universidade Federal do Ceará, duas iniciativas em promoção da saúde do trabalhador têm sido elaboradas desde 2009: o projeto ELABORar e o projeto Saúde do Trabalhador em Debate. Essas ações têm sido avaliadas positivamente pelos participantes, por estarem dando um maior poder de voz ao trabalhador em relação as condições e organização de trabalho, favorecendo a uma melhor saúde laboral (COELHO et al., 2016).

Um fator de risco para DCNTs é o consumo de álcool, que está associado à alimentação (BRASIL, 2017). Uma intervenção realizada com trabalhadores de uma universidade pública constatou um elevado consumo de álcool acima do limite de risco (61,1%) e após a utilização da Intervenção Breve associada a uma entrevista motivacional, em três meses identificou-se diminuição do seu consumo (BRITES, 2017).

Observando a literatura, encontra-se uma lacuna quanto às intervenções e campanhas de promoção da saúde do trabalhador no âmbito universitário, havendo necessidade da elaboração e/ou criação de avaliações científicas (ALVES, 2011). O estudo de Vale et al. (2015) chegou à conclusão que "...existe a necessidade de ações de intervenção e mudanças efetivas nas políticas de saúde e promoção da saúde para os funcionários públicos..." para que estes sofram menos com doenças e sejam menos afastados de seus serviços.

Gavin et al. (2015) observaram que um quinto dos trabalhadores da área técnico-administrativa de uma universidade pública apresentou sintomatologia ansiosa e/ou depressiva e 13,2% apresentavam critérios para o uso problemático de álcool, havendo assim a necessidade de planos e ações, bem como intervenções para prevenir o adoecimento e problemas de saúde deste grupo.

Saraiva et al. (2018), encontraram em seu estudo que alunos (n=483) de uma universidade federal eram mais ativos que seus professores (n=49) e os técnicos-administrativos (n=153). Também pode ser analisado que as mulheres eram menos ativas que os homens, corroborando com outros estudos da literatura apresentados no artigo.

Em um estudo realizado com funcionários de uma universidade do Rio de Janeiro, a prevalência de obesidade foi de 27,4%, de excesso de peso foi de 63,5% e de obesidade abdominal foi de 45,2%, ou seja, surpreendentemente elevadas. Ainda

neste estudo, foi encontrada uma associação inversa à prática de AF e obesidade, dando importância para a necessidade de ter atenção com esses trabalhadores (COSTA; VASCONCELOS; FONSECA, 2014).

Corroborando, estudo realizado com servidores universitários do Paraná encontrou uma prevalência de 50,6% de excesso de peso e sua associação com a prática insuficiente de AF (GONÇALVES et al., 2016). Em Santa Catarina, Berria et al. (2013), encontraram uma prevalência de excesso de peso de 63,6% e 49,7% para homens e mulheres, respectivamente, sendo estes servidores técnico-administrativos. Azevedo et al. (2014) encontraram uma prevalência de excesso de peso de 60% entre funcionários da área da saúde de uma universidade da cidade de Recife e ainda observou um baixo consumo de alimentos protetores para DCNTs.

Na Universidade Federal de Viçosa, a prevalência de excesso de peso de servidores técnico-administrativos chegou a 45%. Elevado percentual de fatores relacionados a doenças cardiovasculares, sendo os mais prevalentes o excesso de peso, colesterol total, baixos níveis de lipoproteína de alta densidade e altos níveis de lipoproteínas de baixa densidade foram observados nesta população (OLIVEIRA et al., 2013).

2.2 PROGRAMAS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

2.2.1 Programas de atividade física e alimentação saudável

A redução de comportamentos de risco à saúde pode ser realizada por meio de programas com ênfase na mudança de comportamento (BORGES, 2014). Inserção de atividade física e modificações na dieta para uma alimentação saudável, podem prevenir e promover a perda de peso, bem como as complicações crônicas da obesidade e, assim, reduzir os efeitos sobre as DCNTs (SIQUEIRA, 2012).

Segundo Nahas (2017), o estilo de vida é um fator determinante dos riscos associados ao desenvolvimento e agravamento das DCNTs, portanto, mudá-lo seria um método eficaz para prevenir e tratar essas doenças. Atualmente são as principais ações para combater essas doenças são por meio da mudança de comportamento, sendo necessário melhorar o estilo de vida por meio da AF e da alimentação saudável (COELHO et al., 2012). Optar por um estilo de vida mais ativo e saudável é uma estratégia efetiva na prevenção e redução de DCNTs e ainda pode diminuir o elevado custo ao sistema público de saúde (BENEDETTI et al., 2012).

A prática de AF e a alimentação saudável influenciam positivamente na manutenção das capacidades físicas e dos componentes metabólicos assim, programas de mudança de comportamento visando este fim, são efetivos (BORGES, 2014; COELHO et al., 2012). Os programas de mudança de comportamento devem ser realizados de forma gradativa e contínua, uma vez que a supervisão é necessária para a obtenção de resultados duradouros (SIQUEIRA, 2012).

Um programa chamado “*Active Living Every Day*” (ALED), criado nos Estados Unidos, apresentou uma melhor relação de custo/benefício na comparação aos programas denominados “tradicionais” de exercícios físicos, mas ainda assim ambos mostrando-se efetivos na promoção de benefícios à saúde (BENEDETTI et al., 2012; SEVICK et al., 2000). O programa prevê reuniões semanais e é articulado em 12 sessões, com duração média de 120 minutos. Seguindo a proposta de mudança de comportamento, o programa demonstrou que 70% dos participantes permaneceram mais ativos após um ano do término da sua aplicação (BENEDETTI et al., 2012).

Para realidade brasileira, programas de mudança de comportamento podem ser uma solução viável e efetiva para a melhora do estilo de vida, uma vez que altos gastos com materiais e recursos humanos são necessários nos programas convencionais (BENEDETTI et al., 2012). Nos últimos anos, vêm crescendo o número de estudos visando intervenções que envolvem a mudança do estilo de vida da população adulta (COELHO et al., 2012; SCHIMIDT, 2015). Esses programas potencializam os resultados desejados, uma vez que, abordam mudanças no estilo de vida para AF e alimentação saudável (SIQUEIRA, 2012).

Um programa de mudança de comportamento que vem ganhando notoriedade no cenário nacional denominado programa “Vida Ativa Melhorando a Saúde” – VAMOS já foi implementado em diferentes contextos e apresenta resultados positivos relacionados à promoção da saúde (BENEDETTI et al., 2012; BENEDETTI et al., 2017; GERAGE et al., 2017; MEURER et al., 2019; TONOSAKI et al., 2018).

2.3 VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE – O PROGRAMA VAMOS

2.3.1 O que é o programa VAMOS?

Com o intuito de potencializar a mudança no estilo de vida da população brasileira, em 2012 foi criado um programa denominado “Vida Ativa Melhorando a

Saúde” (VAMOS). Ele foi baseado no programa ALED e, a necessidade da sua criação nasceu diante de discussões sobre a importância da AF na vida dos brasileiros, que mesmo sabendo dos seus benefícios apresentavam níveis inadequados (BENEDETTI et al., 2012).

O programa foi elaborado para ser uma nova estratégia de promoção da saúde. O primeiro estudo, considerado piloto, foi desenvolvido em duas unidades básicas de saúde de Florianópolis/SC com intuito de promover a AF entre idosos que utilizavam o serviço público (BENEDETTI et al., 2012).

Posteriormente, acabou sendo reformulado e projetado para adultos e podendo ser adaptado para qualquer região/cultura brasileira. As principais populações do programa são aquelas acima de 18 anos insuficientemente ativas e/ou que apresentem comportamentos alimentares inadequados (BENEDETTI et al., 2017). Uma forma de incentivo à criação do programa VAMOS, foi a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que recomenda a implementação de programas e ações que promovam um estilo de vida saudável para os brasileiros (BENEDETTI et al., 2017; BORGES, 2014; BRASIL, 2014).

Visando contribuir com a sua disseminação em outras regiões do país, o VAMOS tem em seu modelo lógico o aumento do alcance das ações de promoção da saúde no Brasil. Esse modelo serve também para dar mais clareza ao programa, sendo de fácil entendimento para a população (BENEDETTI et al., 2017).

Por meio do modelo, é possível identificar as principais etapas do programa VAMOS, sendo elas: conscientização das informações nos grupos, maior alcance para o público alvo desejado e, maior liberdade e empoderamento aos indivíduos diante das suas escolhas alimentares e de AF (BENEDETTI et al., 2017).

O VAMOS está alicerçado na teoria sociocognitiva de Albert Bandura (1986). Essa teoria traz que o ser humano é dependente de um conjunto de ações para se comportar, sendo assim uma interação integrada deste com o meio ambiente, fatores interpessoais e sociais para todos os processos. Portanto, a intenção do programa é levar o conhecimento para as pessoas que, a partir de uma interação do suporte social e impressões individuais, possam realizar mudanças duradoras com relação a AF e alimentação (BENEDETTI et al., 2017).

O programa VAMOS já foi ofertado em diversos locais, incluindo Unidades Básicas de Saúde, Hospitais, Instituições privadas e públicas. Para implantação do VAMOS, foi criado o “Treinamento para Multiplicadores do Programa VAMOS” via

Educação a Distância (EAD) (disponível em <http://vamos.ufsc.br/>) que capacita profissionais de diversas áreas da saúde para serem os multiplicadores. Para oferecer o VAMOS os interessados precisam realizar o treinamento em torno de 20 horas e realizar a prova de certificação com obtenção de 80% de acertos (JOSÉ et al., 2019).

2.3.2 Avaliação de programas em saúde: a experiência da ferramenta RE-AIM

Na última década, pode-se observar o aumento do interesse na avaliação de programas de promoção à saúde, principalmente em relação a sua relevância para o contexto em que se está aplicando e sua viabilidade, chegando assim à relação custo/benefício (ALMEIDA et al., 2013). A partir dos achados obtidos nessas avaliações é possível utilizá-los para o planejamento e gerenciamento das intervenções, garantindo uma melhor utilização de recursos para a sua execução (ALMEIDA et al., 2013).

A preocupação para avaliar os programas, por parte dos pesquisadores tem sido em relação a validade interna destes a qual tem o interesse em descobrir a capacidade de se explicar a relação causa/efeito entre duas ou mais variáveis, sobre uma população específica (STECKLER; MCLEROY, 2008).

Enquanto isso, a validade externa encontra-se quase que esquecida havendo poucas evidências das intervenções. Elas se referem à generalização dos achados para outras populações e locais, e ainda a transição destas ações para outros âmbitos de prática, como clínica ou comunitária (ALMEIDA et al., 2013; GREEN; GLASGOW, 2006; STECKLER; MCLEROY, 2008;). Surge assim, a necessidade de avaliar os programas tanto em nível de validade interna, quanto externa.

Glasgow et al. (1999), tiveram a ideia de propor uma ferramenta a partir de um modelo conceitual, em que o objetivo era descrever direcionamentos para o planejamento e avaliação de intervenções em saúde. O RE-AIM avalia os programas de promoção à saúde a partir de cinco dimensões: *Reach* (Alcance), *Effectiveness or Efficacy* (Efetividade ou Eficácia), *Adoption* (Adoção), *Implementation* (Implementação) e *Maintenance* (Manutenção) (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013)

Essa ferramenta foi traduzida e adaptada para a realidade brasileira (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013). O RE-AIM considera tanto o nível individual (população alvo) quanto o nível organizacional (provedor do programa) possibilitando evidenciar o impacto dos programas de promoção da saúde, o que viabiliza a sua

replicação (KING et al., 2010; ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013). O quadro abaixo apresenta os níveis de avaliação e definição de cada uma das dimensões da ferramenta RE-AIM.

Quadro 1. Dimensões e suas definições e nível de avaliação do RE-AIM.

Dimensões	Nível de Avaliação	Definição
Alcance	Individual	É o número absoluto, proporção e representatividade dos indivíduos que estão dispostos a participar de uma determinada iniciativa, comparados àqueles que desistem ou àqueles potencialmente elegíveis (características da população da área).
Efetividade ou Eficácia	Individual	É o impacto de uma intervenção sobre desfechos importantes (como nível de AF, qualidade de vida), incluindo potenciais efeitos negativos e os resultados econômicos.
Adoção	Organizacional	É o número absoluto, proporção e representatividade das organizações e dos agentes de intervenção que estão dispostos a iniciar um programa.
Implementação	Organizacional e individual	Em nível organizacional, se refere à fidelidade dos agentes de intervenção para os vários elementos de um protocolo de intervenção. Isso inclui a consistência no fornecimento, conforme previsto, o tempo e o custo da intervenção. Em nível individual, se refere à medida em que os participantes utilizam as estratégias da intervenção.
Manutenção	Organizacional e Individual	Em nível organizacional, é a medida em que um programa ou política torna-se institucionalizado ou parte das práticas de rotina e políticas organizacionais. Em nível individual, a manutenção tem sido definida como os efeitos benéficos em longo prazo (seis ou mais meses após o término da intervenção).

Fonte: ALMEIDA et al., (2013).

Recentemente Brito et. (2018) traduziram e adaptaram o *check list* do RE-AIM para a realidade brasileira. São 21 itens e a partir desses, é possível verificar se as dimensões do RE-AIM são contempladas ou não.

Alcance (Reach): Descrição da população-alvo; Método de identificação da população-alvo; Critérios de inclusão; Critérios de exclusão; Taxa de participação (BRITO et al., 2018).

Efetividade/Eficácia (Effectiveness/Efficacy): Resultados dos desfechos primários; Intenção de tratamento ou presentes no acompanhamento; Medidas de

qualidade de vida; Taxa de abandono (na conclusão do programa) (BRITO et al., 2018).

Adoção (Adoption): Taxa de participação dos locais; Descrição do local que foi desenvolvido o programa; Critério de inclusão/exclusão dos membros da equipe; Taxa de participação dos membros da equipe; Método de identificação dos membros da equipe; Nível de conhecimento dos membros da equipe (BRITO et al., 2018).

Implementação (Implementation): Número/frequência/duração dos contatos; Medida em que o protocolo foi executado conforme o esperado; Medidas de custo (BRITO et al., 2018).

Manutenção (Maintenance): Continuidade do programa; Avaliação de resultados após a conclusão do programa (duração do acompanhamento); Taxa de abandono individual (durante o acompanhamento) (BRITO et al., 2018).

3 MÉTODOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo quase experimental de natureza descritiva e quantitativa (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por servidores técnico-administrativos da Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas (PRODEGESP) da UFSC, Campus de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. A PRODEGESP é um órgão executivo central, integrante da Administração Superior (Reitoria) da UFSC que auxilia o Reitor em suas tarefas executivas na área de desenvolvimento e gestão de pessoas. Ela almeja o fortalecimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão, assim como um melhor nível de qualidade de vida no trabalho aos servidores (docentes e técnico-administrativos).

A técnica de amostragem foi do tipo não probabilística, ou seja, por conveniência (MATTAR, 2001), pelo fato da própria coordenação da PRODEGESP solicitar a oferta do programa VAMOS para os servidores técnico-administrativos.

Todos os servidores (n=152) foram convidados, via e-mail, por uma assistente social da PRODEGESP (setor de Divisão de Serviço Social e Atenção ao Servidor – DISS) para participarem da reunião mensal, e nos 30 minutos finais foi apresentado o programa VAMOS por meio de uma palestra, cujo título foi “AF e Alimentação Saudável” em março de 2017. Além do convite realizado por e-mail, foi enviada uma carta-convite impressa aos servidores identificados com problemas de saúde principalmente com sobrepeso/obesidade ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) (n=20). Esses problemas foram detectados a partir de uma consulta médica e uma triagem antropométrica realizada no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC) como parte do processo de cuidado dos servidores técnico-administrativos da UFSC. A assistente social frisou neste convite impresso a importância em participarem da palestra e do programa.

A palestra foi realizada no Auditório da Reitoria (UFSC) e teve a participação de 57 servidores técnico-administrativos. Nela, foi enfatizada a importância da adesão

e manutenção de comportamentos saudáveis relacionados a prática de AF e alimentação, bem como, sobre a oferta do programa VAMOS aos interessados.

Ao final da palestra, foi servido um lanche saudável a base de frutas e os interessados em participar do programa VAMOS inseriram seus dados numa lista (nome, telefone, setor e e-mail). Aqueles que estavam indecisos em relação a participação tiveram um período de sete dias para resolver sobre a sua participação. Posteriormente, a equipe do programa VAMOS entrou em contato com os servidores listados (n=25) e os convidou para uma reunião sobre o início dos encontros do programa e as coletas de dados. Esta reunião foi realizada na sala de capacitação do centro de eventos da UFSC.

3.3 CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE

O critério de inclusão estabelecido foi: ser servidor público técnico-administrativo da PRODEGESP, independente do setor de atuação: Coordenadoria de Apoio Administrativo (CAA); Departamento de Administração de Pessoal (DAP); Departamento de Desenvolvimento de Pessoas (DDP) e; Departamento de Atenção à Saúde (DAS).

3.4 DELINEAMENTO EXPERIMENTAL

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram constituídos dois grupos, um grupo de intervenção e um grupo controle. Todos os participantes foram submetidos às avaliações no *baseline* (pré-intervenção) que consistiu em AF habitual, comportamento alimentar, antropometria e qualidade de vida. Ao término dos seis meses de intervenção (pós-intervenção), os participantes de ambos os grupos foram reavaliados por meio dos mesmos marcadores realizados no *baseline*.

3.4.1 Grupo Intervenção (GI)

Os participantes deste grupo foram submetidos ao programa de mudança de comportamento - VAMOS, durante seis meses, por meio de 12 encontros presenciais, realizados semanal ou quinzenalmente. Cada encontro teve duração de 90 a 120 minutos. Os encontros foram conduzidos por três docentes do Curso de Educação Física e Nutrição da UFSC previamente capacitados. Em cada encontro foi

disponibilizado gratuitamente um livreto com conteúdos relacionados ao objetivo específico do encontro. O desenho experimental do GI se encontra na Figura 1.

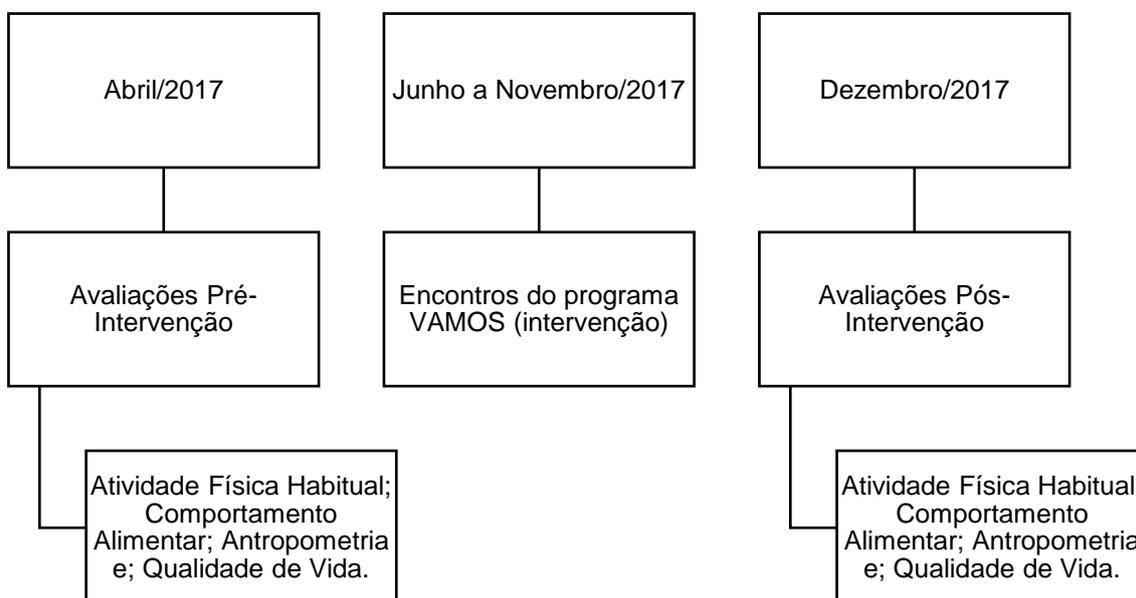


Figura 1. Delineamento experimental do grupo intervenção.

3.4.2 Grupo Controle (GC)

Os participantes deste grupo foram indicados pelos participantes do GI, considerando o mesmo setor da PRODEGESP de atuação. Os participantes receberam em um único momento, informações breves (em torno de 10 minutos) sobre a importância de comportamentos saudáveis relacionados à prática de AF e alimentação. O desenho experimental do GC se encontra na Figura 2.

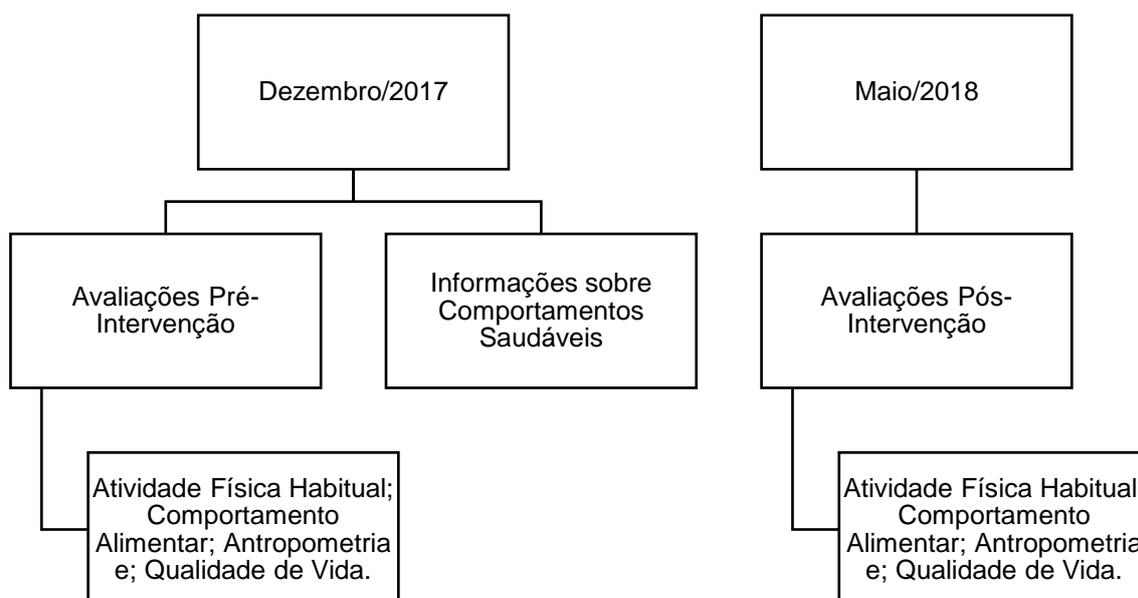


Figura 2. Delineamento experimental do grupo controle.

3.5 AVALIAÇÕES

Este estudo utilizou a ferramenta RE-AIM para avaliar o programa VAMOS. Foram consideradas duas dimensões: alcance e efetividade, ambas em nível individual.

3.5.1 Alcance do programa VAMOS

Duas taxas de alcance foram obtidas, um referente ao recrutamento e outra referente à intervenção.

A taxa do alcance referente às estratégias de recrutamento foi obtida por meio da divisão do número de servidores técnico-administrativos presentes na palestra por todos que receberam convite (e-mail) para participarem da palestra, multiplicado por 100 (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

A taxa do alcance foi obtida por meio da divisão do número de servidores técnico-administrativos que participaram da primeira reunião para a intervenção por todos que participaram da palestra e que atenderam aos critérios de inclusão, multiplicado por 100 (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

3.5.2 Efetividade do programa VAMOS

Para verificar a efetividade do programa VAMOS, foram realizadas avaliações de variáveis comportamentais (AF e alimentação), antropométricas e de qualidade de vida nos momentos pré e pós-intervenção. Foram incluídos no estudo aqueles que obtiveram uma frequência igual ou superior a 80% dos encontros.

3.5.3 Atividade física habitual

A avaliação da AF habitual foi obtida por meio da medida objetiva de acelerometria, sendo utilizados equipamentos da marca *Actigraph* (GT3X+). Cada participante foi instruído a utilizar o aparelho no lado direito da cintura durante sete dias consecutivos, retirando-o apenas para dormir, tomar banho ou para realizar atividades aquáticas. Para fins de análise, foram considerados como dados válidos um mínimo de 10 horas de gravações de atividade diária, durante pelo menos quatro dias, sendo três dias de semana e um dia de final de semana. Os dados foram coletados em uma frequência de 30 Hz e analisados usando *epochs* de 60s. Períodos com zeros consecutivos durante 60 min ou mais (com 2 min de tolerância) foram interpretados como tempo de não uso e excluídos da análise (CHOI et al., 2011).

O tempo em comportamento sedentário (0 – 99 *counts* min⁻¹), o tempo despendido em AF leve (100 – 1951 *counts* min⁻¹), o tempo despendido em AF moderada (1952 - 5724 *counts* min⁻¹), AF vigorosa (5725 - 9498 *counts* min⁻¹) e muito vigorosa (≥ 9499 *counts* min⁻¹) (FREEDSON; MELANSON; SIRARD, 1998) foi calculado por meio do *software* da *Actilife*, ajustando os valores de acordo com o número de dias válidos e horas de uso.

Foi calculada ainda a atividade física moderada a vigorosa (AF moderada/vigorosa), a qual é caracterizada pela junção dos três últimos níveis de AF apresentados (atividade física moderada, vigorosa e muito vigorosa). Além disso, um somatório de todos os níveis de AF (atividade física leve + moderada + vigorosa + muito vigorosa) foi realizado para criar uma nova variável denominada AF total.

3.5.4 Comportamento alimentar

O comportamento alimentar foi avaliado por meio de 12 questões extraídas do questionário VIGITEL (BRASIL, 2017). Segundo estudo desenvolvido por Silva (2017),

tais questões se relacionam com o que é abordado no programa VAMOS e foram adaptadas especificadamente para serem utilizadas nas coletas do VAMOS.

Para cada questão de alimentação saudável e não saudável, uma pontuação foi gerada a fim de comparar dados entre pré e pós programa VAMOS considerando frequência de consumo. Para os alimentos *in natura*/minimamente processados quanto menor o consumo menor é o valor e quanto maior o consumo maior é o valor sugerido; já para os alimentos processados e ultra processados, o consumo é pontuado de maneira inversa, ou seja, quanto menor o consumo maior é o valor, e quanto maior o consumo menor é o valor. A partir disso, um escore geral da alimentação foi gerado.

Não existe um escore para os valores serem considerados como bons ou ruins, há somente a possibilidade de informar se o comportamento alimentar foi melhor, pior ou que se manteve após a intervenção.

3.5.5 Antropometria

As variáveis antropométricas foram obtidas por medidas de estatura, massa corporal e circunferência da cintura. As medidas foram coletadas por meio de balança digital da marca Incoterm® com precisão de 0,1 kg, estadiômetro portátil do tipo trena e fita métrica inelástica – ambas da marca Sanny® e com precisão de 0,1 cm. Foram utilizados os procedimentos descritos pela *International Society for the Advancement of Kinanthropometry* (ISAK) (STERWART et al., 2011; STEWART et al., 2017).

Por meio dos escores de estatura e massa corporal foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) [$IMC = MC \text{ (kg)}/Est^2 \text{ (m)}$] dos participantes considerando a seguinte classificação: IMC entre 18,5 kg/m² a 24,9 kg/m² = eutrofia; IMC \geq 25 kg/m² a 29,9 kg/m² = sobrepeso e; obesidade = \geq 30 kg/m² (WHO, 2011).

A circunferência de cintura (CC) foi categorizada seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (2019) quanto ao risco cardiovascular, sendo considerados em risco aqueles que tivessem CC acima de 94 cm para homens e acima de 80 cm para mulheres.

3.5.6 Qualidade de vida

A qualidade de vida foi avaliada pela questão “Considerando as duas últimas semanas, como você avaliaria a sua qualidade de vida?” do questionário WHOQOL-BREEF, que foi validado para a população brasileira (FLECK et al., 2000). Os participantes tinham as seguintes opções de resposta: “muito ruim”, “ruim”, “nem ruim nem boa”, “boa” e “muito boa”. A partir daí, foi calculado o percentual de participantes com qualidade de vida negativa (muito ruim ou ruim), neutra (nem ruim e nem boa) ou positiva (boa e muito boa).

3.6 QUESTÕES ÉTICAS

Após receberem informações sobre a finalidade e os procedimentos do estudo, todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob pareceres nº 1.394.492 e nº 1.518.283, de acordo com as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. As variáveis numéricas foram expressas como média \pm desvio padrão e as categóricas como frequência absoluta e relativa. As associações entre variáveis descritivas e grupos foram realizadas utilizando teste *t* de *Student* para variáveis independentes e em pares ou teste *U* de *Mann-Whitney*, conforme apresentaram distribuição normal ou não normal. Adotou-se valor de probabilidade $< 0,05$. Além disso, foi considerado o valor de delta em algumas variáveis (AF leve, AF moderada, AF vigorosa, AF muito vigorosa, AF moderada/vigorosa, AF total, CA, MC, CC e IMC) a fim de verificar diferença estatística entre GI e GC. O delta de cada grupo foi calculado a partir da diferença entre o momento pós menos o momento pré (pós – pré). As análises foram realizadas no programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 22.0.

Foram realizadas análises por intenção de tratar (LITTLE; YAU, 1996). Assim, todos os participantes que realizaram a avaliação de linha de base (pré intervenção) foram incluídos no momento pós intervenção do estudo. No caso de valores faltantes no pós intervenção, optou-se pela imputação dos dados, por meio da técnica da substituição pelo último valor observado (Last Observed Carried Forward) (NUNES,

2007). Também foram conduzidas análises por protocolo, incluindo apenas aqueles com dados coletados nos diferentes momentos e com adesão à intervenção igual ou superior a 80% dos encontros.

4 RESULTADOS

4.1 ALCANCE DO PROGRAMA VAMOS

No ano do presente estudo (2017), a PRODEGESP tinha 152 servidores técnico-administrativos e destes, 71,1% (n=108) eram do sexo feminino. Se fizeram presentes 57 servidores técnico-administrativo, representando uma taxa de alcance inicial no recrutamento de 37,5% ($57/152 \times 100$). Destes 57 servidores técnico-administrativos, 22 se inscreveram e participaram da primeira reunião do programa VAMOS, representando uma taxa de alcance de 38,6% ($22/57 \times 100$). Os dados estão representados na Figura 3.

Cabe destacar que dos 20 servidores técnico-administrativos que receberam o convite duas vezes (e-mail e carta) para participar da palestra e do programa VAMOS, apenas oito participaram da intervenção, demonstrando a dificuldade de se alcançar os servidores que mais têm necessidade de adquirir comportamentos saudáveis.

Foram apontados alguns motivos de desistência: problemas de saúde, problemas familiares, mudança de setor, saída para cursar mestrado, falta de interesse.

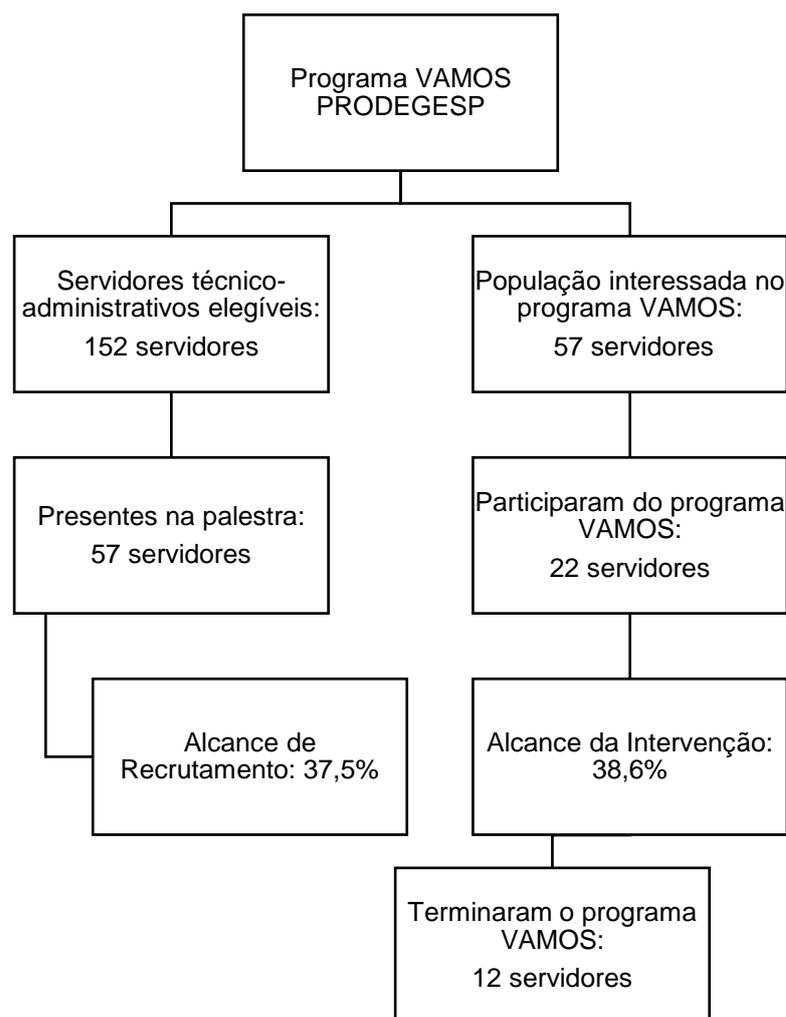


Figura 3. Alcance individual do programa VAMOS na PRODEGESP, segundo RE-AIM.

4.2 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

Participaram deste estudo 35 servidores técnico-administrativos, divididos em dois grupos, o Grupo Intervenção - GI (n=22) e o Grupo Controle - GC (n=13). A média de idade dos participantes foi de $39,2 \pm 11,3$ anos (23 – 63) sendo que 77,1% (n=27) eram do sexo feminino.

As características sociodemográficas do GI e do GC estão dispostas na Tabela 1. Em relação à idade, a média para o GI foi de $42,0 \pm 12,5$ anos e para o GC $34,6 \pm 7,5$ anos. Em ambos os grupos predominou o sexo feminino (77,3% e 76,9%, respectivamente), a cor da pele branca (81,8% e 84,6%, respectivamente), o estado civil casados/união estável (63,6% e 61,5%, respectivamente), a escolaridade com pós-graduação (54,5% e 53,8%, respectivamente) e a renda salarial > 6 salários mínimos (68,2% e 61,5%, respectivamente). O que diferiu entre os grupos foi o setor

de atuação, onde 59,1% dos participantes do GI integravam o Departamento de Atenção à Saúde (DAS) e 46,2% dos participantes do GC integravam o Departamento de Administração de Pessoal (DAP).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos servidores técnico-administrativos participantes do estudo. Florianópolis, 2017 (n = 35).

Variáveis	GI (n=22)	GC (n=13)
Idade (anos)	42,0 ± 12,5	34,6 ± 7,5
Sexo		
<i>Masculino</i>	5 (22,7)	3 (23,1)
<i>Feminino</i>	17 (77,3)	10 (76,9)
Cor da pele, raça ou etnia		
<i>Branca</i>	18 (81,8)	11 (84,6)
<i>Preta</i>	2 (9,1)	0 (0,0)
<i>Parda</i>	2 (9,1)	2 (15,4)
Estado Civil		
<i>Casado/União Estável</i>	14 (63,6)	8 (61,5)
<i>Divorciado/Separado</i>	3 (13,6)	1 (7,7)
<i>Solteiro</i>	5 (22,7)	4 (30,8)
Escolaridade		
<i>Superior incompleto</i>	2 (9,1)	--
<i>Superior completo</i>	8 (36,4)	6 (46,2)
<i>Pós-graduação</i>	12 (54,5)	7 (53,8)
Setor de Atuação		
<i>Coordenadoria de Apoio Administrativo (CAA)</i>	--	2 (15,4)
<i>Departamento de Administração de Pessoal (DAP)</i>	4 (18,2)	6 (46,2)
<i>Departamento de Desenvolvimento de Pessoas (DDP)</i>	5 (22,7)	--
<i>Departamento de Atenção à Saúde (DAS)</i>	13 (59,1)	5 (38,5)
Renda Média Mensal		
<i>2,1 a 4 SM</i>	4 (18,2)	2 (15,4)
<i>4,1 a 6 SM</i>	3 (13,6)	3 (23,1)
<i>> 6 SM</i>	15 (68,2)	8 (61,5)

Legenda: GI = grupo intervenção. GC = grupo controle. SM = salário mínimo. > = maior. Nota: Dados apresentados em média e desvio padrão (\pm), frequência absoluta e relativa (entre parênteses).

Em relação ao perfil clínico, no geral, 48,6% (n=17) dos participantes relatou presença de doença. Destes, 14,3% (n=5) relatou ter doença cardiovascular, 28,6% (n=10) doença metabólica, 2,9% (n=1) doença respiratória, 11,4% (n=4) doença osteomioarticular e 11,4% (n=4) doença psiquiátrica. Em relação à composição corporal, 60,0% dos participantes apresentou IMC normal (eutrofia) e 54,3% apresentou risco para doença cardiovascular de acordo com a CC. A Tabela 2 apresenta o perfil clínico dos participantes do GI e do GC.

Tabela 2. Perfil clínico dos servidores técnico-administrativos participantes do estudo. Florianópolis, 2017 (n = 35).

Variáveis	GI (n=22)	GC (n=13)
Doenças		
Presença		
<i>Não</i>	9 (40,9)	9 (69,2)
<i>Sim</i>	13 (59,1)	4 (30,8)
Prevalência		
<i>Cardiovasculares</i>	4 (18,2)	1 (7,7)
<i>Metabólicas</i>	8 (36,4)	2 (15,4)
<i>Respiratórias</i>	1 (4,5)	0 (0,0)
<i>Osteomioarticulares</i>	2 (9,1)	2 (15,4)
<i>Psiquiátricas</i>	4 (18,2)	0 (0,0)
Composição Corporal		
Índice de Massa Corporal		
<i>Eutrofia</i>	9 (40,9)	12 (92,3)
<i>Sobrepeso</i>	6 (27,3)	1 (7,7)
<i>Obesidade</i>	7 (31,8)	0 (0,0)
Circunferência da Cintura		
<i>Sem Risco para DCV</i>	9 (40,9)	7 (53,8)
<i>Com Risco para DCV</i>	13 (59,1)	6 (46,2)

Legenda: DCV = doença cardiovascular. Nota: Dados apresentados em frequência absoluta e relativa (entre parênteses).

4.3 EFETIVIDADE DO PROGRAMA VAMOS

A tabela 3 apresenta os valores médios por protocolo das variáveis comportamentais (AF e alimentação) de ambos os grupos pré e pós intervenção. Apesar dos participantes do GI reduzirem o tempo despendido em comportamento sedentário, aumentarem o tempo despendido em AF de intensidades moderada e muito vigorosa, estas alterações não foram estatisticamente significantes ($p > 0,05$). Em relação à frequência do consumo alimentar, os participantes do GI aumentaram a frequência do consumo de alimentos mais saudáveis (in natura/minimamente processados), porém, não foi um aumento estatisticamente significativo ($p > 0,05$).

Ainda na tabela 3 são apresentados os dados do GC, que, apesar de não demonstrar valores estatisticamente significantes, reduziram o tempo despendido em comportamento sedentário e aumentaram a AF total. É possível encontrar um aumento significativo na AF leve ($p < 0,05$) para o GC. Em relação à frequência do consumo alimentar, os participantes do GC reduziram o consumo de alimentos mais saudáveis, porém, assim como no GI, não foi estatisticamente significativo ($p > 0,05$).

Com relação ao p do delta (pós – pré), houve diferença estatisticamente significativa na AF leve do GC comparada ao GI ($p < 0,05$), ou seja, o GC teve mudanças positivas na AF leve que foram maiores do que no GI.

A tabela 4 apresenta os valores médios por intenção de tratar das variáveis comportamentais (AF e alimentação) de ambos os grupos pré e pós intervenção (n=35). Os valores para a AF não tiveram diferenças em relação aos dados sem imputação, sendo que se manteve a diferença estatística ($p < 0,05$) na AF leve para o GC e também para o delta nesta mesma variável. Já, para o comportamento alimentar, houve aumento no consumo de alimentos saudáveis pelo GI sendo estatisticamente significativo ($p < 0,05$). Quando considerado o delta, pode-se verificar também diferença significativa entre os grupos.

A tabela 5 apresenta as médias por protocolo da massa corporal, IMC e circunferência da cintura de ambos os grupos, pré e pós intervenção. Apesar do GI ter uma redução na massa corporal e no IMC e o GC ter um aumento nessas variáveis, estas alterações não foram estatisticamente significantes ($p > 0,05$). Ambos os grupos diminuíram a circunferência de cintura, mas também não apresentaram redução estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Na tabela 6, os dados foram imputados por intenção de tratar, considerando o delta (pós – pré) houve redução estatisticamente significativa no IMC do GI quando comparado ao GC ($p < 0,05$).

A tabela 7 apresenta o percentual de participantes do GI e do GC classificados quanto a massa corporal, o IMC e o grau de risco da circunferência da cintura. Em ambos os grupos, houve aumento da massa corporal, tanto para o GI (41,7%) quanto para o GC (60,0%). Quanto a classificação do IMC, em ambos os grupos a prevalência de servidores em eutrofia foi maior (GI=50%; GC=90%) e os resultados se mantiveram após o estudo. Para a circunferência da cintura, a prevalência foi de servidores sem risco cardiovascular em ambos os grupos (GI=58,3%; GC=50%).

A tabela 8 apresenta o percentual de participantes do GI e GC classificados com qualidade de vida (QV) negativa, neutra e positiva nos momentos pré e pós-intervenção. Ambos os grupos apresentaram boa frequência de QV positiva (GI=9; GC=9). Destaca-se que no momento pós intervenção, dois servidores do GI passaram de percepção negativa para neutra e um servidor do GC passou da neutra para positiva.

Tabela 3. Tempo despendido em AF habitual e comportamento alimentar nos momentos pré e pós-intervenção por protocolo. Florianópolis, 2017 (n = 22).

Variáveis	GI (n=12)			GC (n=10)			
	Pré	Pós	p valor	Pré	Pós	p valor	p delta
Comportamentais							
AF Habitual							
(minutos/semana)							
<i>Sedentário</i>	2927,4 ± 550,1	2923,3 ± 824,2	0,984 ^a	3717,7 ± 810,7	3165,6 ± 614,6	0,085 ^a	0,137 ^a
<i>AF Leve</i>	3364,8 ± 495,2	3270,7 ± 774,2	0,601 ^a	2574,9 ± 798,0	3211,6 ± 482,3	0,038 ^{*a}	0,034 ^{*a}
<i>AF Moderada</i>	381,8 ± 194,5	390,5 ± 176,3	0,389 ^a	368,0 ± 144,9	292,9 ± 152,5	0,144 ^a	0,671 ^a
<i>AF Vigorosa</i>	44,0 ± 48,3	24,1 ± 33,9	0,583 ^b	51,4 ± 59,4	41,5 ± 45,8	0,345 ^b	0,597 ^a
<i>AF Muito Vigorosa</i>	1,8 ± 3,5	2,7 ± 4,4	0,484 ^b	7,6 ± 18,6	8,2 ± 16,1	0,893 ^b	0,331 ^b
<i>AF Moderada/Vigorosa</i>	427,7 ± 241,8	417,6 ± 204,2	1,000 ^b	427,2 ± 201,9	342,7 ± 186,6	0,169 ^b	0,416 ^a
<i>AF Total</i>	3792,6 ± 550,1	3688,4 ± 804,2	0,584 ^a	3002,2 ± 810,7	3554,3 ± 614,6	0,661 ^a	0,089 ^a
Comportamento							
Alimentar							
<i>CA (escore geral)</i>	34,17 ± 5,6	39,6 ± 4,6	0,085 ^b	38,0 ± 5,2	37,4 ± 5,2	0,123 ^b	0,658 ^a

Legenda: GI = grupo intervenção. GC = grupo controle. n = número. p valor = probabilidade. p delta = p valor (pós – pré). AF = atividade física. CA = comportamento alimentar. a = teste *t* de *Student* para variáveis independentes e em pares. b = teste *U* de *Mann-Whitney*. * = p ≤ 0,05.

Tabela 4. Tempo despendido em AF habitual e comportamento alimentar nos momentos pré e pós-intervenção por intenção de tratar a partir do método *LOCF*. Florianópolis, 2017 (n = 35).

Variáveis	GI (n=22)			GC (n=13)			
	Pré	Pós	p valor	Pré	Pós	p valor	p delta
AF Habitual							
(minutos/semana)							
<i>Sedentário</i>	3090,0 ± 595,0	3087,8 ± 743,0	0,984 ^a	3455,4 ± 904,4	3030,7 ± 652,4	0,086 ^a	0,141 ^b
<i>AF Leve</i>	3256,5 ± 525,6	3205,2 ± 672,6	0,591 ^a	2843,7 ± 918,2	3333,4 ± 576,8	0,041 ^{*a}	0,039 ^{*b}
<i>AF Moderada</i>	441,0 ± 466,2	351,6 ± 175,8	0,917 ^b	370,8 ± 137,0	313,0 ± 148,0	0,142 ^a	0,301 ^a
<i>AF Vigorosa</i>	25,4 ± 40,7	14,5 ± 26,9	0,583 ^b	43,5 ± 54,0	35,9 ± 41,6	0,484 ^b	0,644 ^b
<i>AF Muito Vigorosa</i>	1,0 ± 2,6	1,5 ± 3,5	0,345 ^b	6,4 ± 16,4	6,9 ± 14,2	0,893 ^b	0,325 ^b
<i>AF Moderada/Vigorosa</i>	373,3 ± 217,0	367,8 ± 194,2	1,000 ^b	420,8 ± 185,6	355,8 ± 174,5	0,169 ^b	0,362 ^b
<i>AF Total</i>	3629,9 ± 595,0	3573,1 ± 719,6	0,573 ^a	3264,5 ± 904,4	3689,2 ± 652,4	0,086 ^a	0,074 ^b
Comportamento							
Alimentar (CA)							
<i>CA (escore geral)</i>	32,3 ± 5,3	35,3 ± 5,9	0,001 ^{*a}	36,9 ± 5,0	36,2 ± 5,0	0,641 ^a	0,010 ^{*a}

Legenda: GI = grupo intervenção. GC = grupo controle. n = número. p valor = probabilidade. p delta = p valor (pós – pré). AF = atividade física. CA = comportamento alimentar. a = teste *t* de *Student* para variáveis independentes e em pares. b = teste *U* de *Mann-Whitney*. * = $p \leq 0,05$.

Tabela 5. Variáveis antropométricas pré e pós intervenção por protocolo. Florianópolis, 2017 (n = 22).

Variáveis Antropométricas	GI (n=12)			GC (n=10)			
	Pré	Pós	p valor	Pré	Pós	p valor	p delta
MC (kg)	75,33 ± 14,7	74,9 ± 16,0	0,669 ^a	62,2 ± 6,9	63,2 ± 7,4	0,204 ^a	0,203 ^b
IMC (kg/m ²)	26,6 ± 4,7	26,4 ± 5,39	0,969 ^b	23,0 ± 1,2	23,4 ± 1,6	0,236 ^a	0,146 ^b
CC (cm)	84,7 ± 15,9	84,0 ± 16,5	0,560 ^a	78,9 ± 4,8	77,7 ± 6,6	0,321 ^a	0,690 ^b

Legenda: GI = grupo intervenção. GC = grupo controle. n = número. p valor = probabilidade. p delta = p valor (pós – pré). MC = massa corporal. Kg = quilograma. IMC = índice de massa corporal. m = metro. CC = circunferência da cintura. cm = centímetro. a = teste *t* de *Student* para variáveis independentes e em pares. b = teste *U* de *Mann-Whitney*. * = p ≤ 0,05.

Tabela 6. Variáveis antropométricas pré e pós intervenção com intenção de tratar a partir do método de *LOCF*. Florianópolis, 2017 (n = 35).

Variáveis Antropométricas	GI (n=22)			GC (n=13)			
	Pré	Pós	p valor	Pré	Pós	p valor	p delta
MC (kg)	78,9 ± 20,4	78,7 ± 20,9	0,843 ^b	60,9 ± 6,9	61,69 ± 7,4	0,201 ^a	0,082 ^b
IMC (kg/m ²)	28,11 ± 5,6	28,0 ± 5,9	0,969 ^b	22,7 ± 1,4	23,0 ± 1,7	0,315 ^a	0,030 ^{*b}
CC (cm)	89,14 ± 16,3	88,7 ± 16,7	0,550 ^a	78,69 ± 4,3	77,77 ± 5,9	0,232 ^a	0,650 ^b

Legenda: GI = grupo intervenção. GC = grupo controle. n = número. p valor = probabilidade. p delta = p valor (pós – pré). MC = massa corporal. Kg = quilograma. IMC = índice de massa corporal. m = metro. CC = circunferência da cintura. cm = centímetro. a = teste *t* de *Student* para variáveis independentes e em pares. b = teste *U* de *Mann-Whitney*. * = p ≤ 0,05.

Tabela 7. Classificação da massa corporal, índice de massa corporal e circunferência da cintura, pré e pós intervenção por protocolo. Florianópolis, 2017 (n = 22).

Variáveis Antropométricas	GI (n=12)		GC (n=10)	
Massa Corporal (kg)				
<i>Reduziu</i>		4 (33,3%)		1 (10,0%)
<i>Manteve</i>		3 (25,0%)		3 (30,0%)
<i>Aumentou</i>		5 (41,7%)		6 (60,0%)
Índice de Massa Corporal (kg/m²)	Pré	Pós	Pré	Pós
<i>Eutrofia</i>	6 (50,0%)	6 (50,0%)	9 (90,0%)	9 (90,0%)
<i>Sobrepeso</i>	4 (33,3%)	4 (33,3%)	1 (10,0%)	1 (10,0%)
<i>Obesidade</i>	2 (16,7%)	2 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Circunferência da Cintura (cm)	Pré	Pós	Pré	Pós
<i>Sem Risco DCV</i>	7 (58,3%)	7 (58,3%)	5 (50,0%)	6 (60,0%)
<i>Com Risco DCV</i>	5 (41,7%)	5 (41,7%)	5 (50,0%)	4 (40,0%)

Legenda: GI = grupo intervenção. GC = grupo controle. DCV = doença cardiovascular. IMC = Índice de Massa Corporal. Kg = Quilogramas.

Nota: Dados apresentados em frequência absoluta e relativa (entre parênteses).

Tabela 8. Classificação da qualidade de vida dos participantes nos momentos pré e pós-intervenção por protocolo. Florianópolis, 2017 (n = 22).

Classificação Qualidade de Vida	GI (n=12)		GC (n=10)	
QV	Pré	Pós	Pré	Pós
<i>Negativa</i>	2 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<i>Neutra</i>	1 (8,3)	3 (25,0)	1 (10,0)	0 (0,0)
<i>Positiva</i>	9 (75,0)	9 (75,0)	9 (90,0)	10 (100,0)

Legenda: GI = grupo intervenção. GC = grupo controle. QV = qualidade de vida. Nota: Dados apresentados em frequência absoluta e relativa (entre parênteses).

5 DISCUSSÃO

Os principais achados deste estudo foram: a) o alcance do programa por se aproximar da média das intervenções; b) os participantes do GC aumentaram o tempo em AF leve; c) os participantes do GI melhoraram os escores de alimentação saudável, quando comparados com o GC.

Ao serem convidados a participar do programa VAMOS, mais de 37% dos servidores elegíveis se interessaram e, destes, mais de 38% aceitaram participar. Algumas características em relação à logística da intervenção podem ter contribuído para o interesse e participação, como a facilidade de acesso, o horário e o local dos encontros. Os servidores foram dispensados dos seus horários de serviço para participar do programa, o qual foi realizado na própria Universidade e próximo aos seus locais de trabalho. Além disso, as características da intervenção, abrangendo a AF e a alimentação saudável, podem ter contribuído para esses dados uma vez que parecem ser temas atrativos para os participantes (HARDEN et al., 2015).

Em um estudo de revisão realizado por Harden et al. (2015), foi avaliada a média de alcance das intervenções de mudança de comportamento, que foi de 45% havendo uma variação de 2% a 100%. Esses dados demonstram a heterogeneidade dos estudos em relação ao alcance.

Cervato et al. (2005), acreditam que as mulheres se sentem mais sensibilizadas às necessidades de promoção de saúde, isto pelo fato de já terem passado por uma vasta experiência na utilização de serviços de saúde (ZUCCOLOTTO; PESSA, 2018). Isso corrobora com o público dessa intervenção, que em sua maioria apresentou pessoas do sexo feminino.

Cerca de 48% dos participantes do estudo apresentaram doenças e destes, a maioria com problemas metabólicos. Ainda cerca de 54% dos servidores estavam com risco para doenças cardiovasculares por estarem com a CC acima do recomendado. Estes dados demonstram que há necessidade de se estreitar a relação entre saúde e trabalhador, cujo muitas vezes é tida como fraca (MCLELLAN, 2017). Para Ciconato et al. (2016), um ambiente de trabalho mais favorável a saúde do trabalhador, por meio de intervenções de promoção da saúde e prevenção de agravos, favorece a saúde destes profissionais.

O VAMOS quando direcionado à saúde do trabalhador mostrou-se positivo na promoção de saúde para os servidores da PRODEGESP da UFSC, uma vez que apresentou uma melhora na alimentação e na qualidade de vida. Intervenções deste tipo tem sido bem avaliada por trabalhadores de universidades por estarem favorecendo a saúde de quem participa (BRITES et al., 2017; COELHO et al., 2016).

Dos servidores participantes deste estudo, após a intervenção acontecer, nenhum deles apresentou uma percepção de QV negativa, fato este importante para se ter uma saúde positiva (NAHAS, 2017). Essa melhora na QV pode ser positiva e o programa pode ser estratégia para os servidores técnico-administrativos, visto que no estudo de Gavin et al. (2015) 20% desse mesmo público apresentou sintomatologia ansiosa e/ou depressiva.

Os resultados de AF apresentados neste estudo são diferentes aos achados de outras intervenções que utilizaram o programa VAMOS como base de aplicação (GERAGE et al., 2017; MEURER et al., 2019). Em outros programas de mudança de comportamento, também foram encontrados resultados contraditórios aos deste estudo com relação a AF (STERNFELD, 2009; ALDANA, 2005).

Sternfeld et al. (2009), após 16 semanas de intervenção via e-mail conseguiram alcançar melhoras significantes na AF de seus participantes. Os mesmos resultados foram identificados no estudo de Aldana et al. (2005), depois de quatro semanas de intervenção com palestras e encontros presenciais.

Vale destacar a variância dos dados de AF encontrados neste estudo, podendo ser visto um elevado valor de desvio padrão em todas as variáveis, ou seja, não era um grupo homogêneo. Além disso, ambos os grupos já eram ativos no início da intervenção e mantiveram esses valores no final.

O excesso de peso evidenciado nos participantes do GI foi de 59,1%, corroborando com outros estudos que encontraram valores parecidos para esta população (AZEVEDO et al., 2014; BERRIA et al., 2013; COSTA; VASCONCELOS; FONSECA, 2014; GONÇALVES et al., 2016). Porém, contrapondo esses mesmos estudos, o GC teve um total de 7,7% de excesso de peso.

Os valores elevados de tempo sedentário apresentados pelo GI e GC são semelhantes ao estudo de George et al. (2014), que afirmam que este grupo passa a maior parte do seu dia em comportamento sedentário, geralmente em frente a um computador.

Em estudos com maior tempo de intervenção, a perda de grupo se aproxima cerca de 41,8% nos primeiros meses. Há necessidade de criação de critérios e planejamento para manter as pessoas nas intervenções (SANTOS et al., 2017), esse dado corrobora com a taxa de desistência encontrada no programa VAMOS.

O GC teve um aumento estatisticamente significativo na AF leve. Essa mudança pode estar ligada a outros fatores, como por exemplo a convivência desses com o GI durante o serviço ou mesmo o fato de o GC ser em sua maioria pessoas com menos excesso de peso, portanto não é possível afirmar que foi derivada da intervenção.

Ao realizar a imputação dos dados por intenção de tratar, foi possível verificar uma melhora no escore geral da alimentação do GI, demonstrando assim, a efetividade do programa VAMOS para esta variável. Essa melhora na alimentação é positiva e pode estar relacionada ao aumento no consumo de frutas e verduras, ou mesmo na diminuição do consumo de alimentos ultra processados.

Aumentar o consumo de frutas e verduras é importante, pois possuem relação inversa à mortalidade e, auxiliam à prevenção e controle das DCNTs (OYEBODE et al., 2014). Outro fator importante na alimentação, seria uma redução no consumo dos alimentos ultra processados, que são ricos em sódio e estão associados às doenças cardiovasculares (SAULNIER; GAND; HADJADJ, 2014).

Este estudo em discussão é pioneiro no Brasil ao trazer um programa de mudança de comportamento para servidores técnico-administrativos de universidades federais. Portanto, ainda são necessários novos estudos em âmbito universitário e com este público (ALVES, 2011).

Uma possível limitação do estudo se deu ao comparar os grupos GI e GC que apresentaram médias de idade, MC, IMC e número de participantes diferentes, o que não permite análises ajustadas por este aspecto. Além disso, diante do interesse e necessidade de aproximar a pesquisa da realidade, considera-se uma limitação o fato da intervenção ter sido conduzida pelos pesquisadores pelas inferências que possam ocorrer na efetividade do programa VAMOS.

Outro fato que pode influenciar no estilo de vida dos servidores se deu pelo fato da sazonalidade em que as variáveis foram coletadas em ambos os grupos ter sido diferentes, sendo um tendo início em maio e outro início em dezembro.

Destaca-se a avaliação do estudo por meio da ferramenta RE-AIM. A utilização dessa ferramenta facilita a avaliação e gerenciamento do programa VAMOS, o que garante uma melhoria constante no programa (ALMEIDA et al., 2013). O planejamento

e avaliação do VAMOS também procurou atender aos critérios de alcance e efetividade apresentados no *Check List* do RE-AIM (BRITO et al., 2018).

As análises com intenção de tratar, incluindo todos os servidores que iniciaram a pesquisa, independente da desistência no programa e/ou participação na reavaliação (pós intervenção), permitiu deduções mais consistentes em relação à efetividade da intervenção em uma condição real, outro aspecto satisfatório do estudo.

6 CONCLUSÃO

Enquanto programa dentro de universidade federal, o VAMOS provou ser um importante promotor de saúde para os trabalhadores e certamente deixou marcas positivas para aqueles que tiveram contato com o mesmo.

O VAMOS teve uma taxa de participação próximo da média das intervenções, porém teve perdas de participantes em ambos os grupos por diversos motivos.

Com relação à AF, o GI não obteve nenhuma mudança estatisticamente significativa. Já o GC teve uma mudança significativa na AF leve, demonstrando que a simples participação de avaliações periódicas já permite a obtenção de mudanças positivas.

Um dado importantíssimo deste estudo foi no GI que teve uma melhora no escore geral da alimentação, demonstrando assim a efetividade do programa VAMOS e ainda o delta entre os grupos foi estatisticamente significativo.

Os grupos apresentaram diferentes valores nas médias das variáveis antropométricas, fato que pode ter influenciado nas análises. Ambos os grupos apresentaram presença elevada de risco cardiovascular por meio da CC.

A QV teve uma melhora para dois participantes do GI, que antes da intervenção apresentaram QV negativa e após relataram como neutra, fato positivo para o programa.

Surge ainda, a necessidade de realizar novos estudos com a população em questão, uma vez que ainda são poucos os estudos direcionados à promoção da saúde do trabalhador no âmbito do serviço público.

Com este Trabalho de Conclusão de Curso agrego conhecimento não só à comunidade acadêmica/científica como também, à minha vida pessoal e profissional. De maneira geral, trabalhar com um programa de mudança de comportamento que promove saúde de maneira didática e, no caso deste estudo, oferecido no próprio ambiente de trabalho foi extremamente motivante e satisfatório. Como aluno de graduação a possibilidade de atuar no programa VAMOS rendeu experiências nunca vividas no decorrer da graduação dentro e fora de sala de aula.

Independente do direcionamento do programa VAMOS (nos diversos contextos a ser ofertado) tenho certeza que sempre fará a diferença na vida de seus participantes e contribuirá positivamente para uma vida mais ativa e saudável.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. A.; BRITO, F. A.; ESTABROOKS, P. A. Modelo RE-AIM: Tradução e adaptação cultural para o Brasil. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 1, n. 1, p. 6-16. 2013.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319–325, 2011.
- AZEVEDO, E. C. C. et al. Consumo alimentar de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal: um estudo com funcionários da área de saúde de uma universidade pública de Recife (PE), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 5, p. 1613-1622, maio. 2014.
- BANDURA, A. **Social foundations of thought and action: a social cognitive theory**. Englenwood Cliffs: Prentice Hall, 1986
- BAREL, M. et al. Associação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e qualidade de vida entre servidores da saúde. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, p. 293-303, 2010.
- BENEDETTI, T. R. B. et al. Programa “VAMOS” (Vida Ativa Melhorando a Saúde): da concepção aos primeiros resultados. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 14, n. 6, p.723-737, set. 2012.
- BENEDETTI, T. R. B.; MANTA, S. W.; LUIZ GOMEZ, et al. Logical model of a behavior change program for community intervention – Active Life Improving Health – VAMOS. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 22, n. 3, p. 309-313, 2017.
- BERRIA, J.; PETROSKI, E. L.; MINATTO, G. Excesso de peso, obesidade abdominal e fatores associados em servidores de uma Universidade Federal Brasileira. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, [s.l.], v. 15, n. 5, p. 535-550, jun. 2013.
- BISWAS, A. et al. Sedentary Time and Its Association With Risk for Disease Incidence, Mortality, and Hospitalization in Adults. **Annals Of Internal Medicine**, [s.l.], v. 162, n. 2, p.123-132, jan. 2015.
- BRASIL. **VIGITEL Brasil 2016**. Brasília - DF: Ministério da Saude: Secretaria da Vigilância em Saúde, 2017.
- BRASIL. **Fatores de Risco**. Brasília – DF: Ministério da Saúde: Secretária da Vigilância em saúde, 2018. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-chronicas-nao-transmissiveis-dcnt/fatores-de-risco>> Acesso em: 10 de outubro de 2018.
- BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília - DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2014

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília - DF: Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde, 2006.

BRITES, R. M. R. **Intervenção Breve para redução do consumo de álcool entre trabalhadores de uma Universidade Pública**. 2017. 125 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

BRITO, F. A. et al. Tradução e adaptação do Check List RE-AIM para a realidade Brasileira. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s.l.], v. 23, p.1-8, 21 nov. 2018.

BORGES, R. A. **Programa de promoção de atividade física no SUS: barreiras e facilitadores organizacionais**. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

CASSANI, R.S.L et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em trabalhadores de uma indústria brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.92, n.1, p.16-22, 2009.

CERVATO, A. M. et al. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. **Revista de Nutrição**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.41-52, fev. 2005.

CHOI, L.; LIU, Z.; MATTHEWS, C. E.; et al. Validation of accelerometer wear and nonwear time classification algorithm. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 43, n. 2, 357-64, 2011.

CICONATO, A. et al. Estado de saúde e perfil ocupacional dos trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade pública. **Revista de Saúde Pública do Paraná, Londrina**, v. 17, n. 1, p.49-55, jul. 2016.

COELHO, C. F. et al. Impacto de um programa de intervenção para mudança do estilo de vida sobre indicadores de aptidão física, obesidade e ingestão alimentar de indivíduos adultos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Botucatu, v. 15, n. 1, p. 21–27, 4 set. 2012.

COSTA, C. S. et al. Comportamento sedentário e consumo de alimentos ultraprocessados entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 3, p.1-12, mar. 2018.

COSTA, M. A. P.; VASCONCELOS, A. G.; FONSECA, M. J. M. Prevalência de obesidade, excesso de peso e obesidade abdominal e associação com prática de atividade física em uma universidade federal. **Rev. Bras. Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 421-436, jun. 2014.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 126–134, dez. 2012.

FLECK, M. P. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 178-83, 2000.

GAVIN, R. S. et al. Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos. **Smad. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (edição em Português)**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.2-7, 1 mar. 2015.

GEORGE, E. S. et al. Physical Activity and Sedentary Time. **American Journal Of Men's Health**, [s.l.], v. 8, n. 2, p.148-158, 21 ago. 2014.

GERAGE, A. M. et al. Effectiveness of a Behavior Change Program on Physical Activity and Eating Habits in Patients With Hypertension: A Randomized Controlled Trial. **Journal Of Physical Activity And Health**, [s.l.], v. 14, n. 12, p.943-952, dez. 2017.

GLASGOW, R. E., VOGT, T. M., BOLES, S. M. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. Washington (EUA). **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 9, p. 1322-1327. 1999.

GREEN, L. W.; GLASGOW, R. E. Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research: issues in external validation and translation methodology. **Evaluation & the health professions**, v. 29, n. 1, p. 126-153, 2006.

GONÇALVES, E. C. A. et al. Excesso de peso e fatores associados em servidores do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, [s.l.], v. 18, n. 3, p. 277, jul. 2016.

HARDEN, S. M. et al. Fidelity to and comparative results across behavioral interventions evaluated through the RE-AIM framework: a systematic review. **Systematic Reviews**, v. 4, p. 155, jan. 2015

HAUN, D. R.; PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Waist-height ratio compared to other indicators of obesity as predictors of high coronary risk. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 6, p. 705–711, 2009.

JOSÉ, H. P. M. et al. Validação do Treinamento para Multiplicadores do Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde (VAMOS). **J. Phys. Educ.** 2019;30(e3040):1-11.

KONRAD, L. et al. Avaliação de programas de mudança de comportamento usando a ferramenta RE-AIM: um estudo de revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s.l.], v. 22, n. 5, p.439-449, maio 2018.

LEE, I.-M. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 219–29, 21 jul. 2012

LITTLE, R.; YAU, L. Intent-to-Treat analysis for longitudinal studies with Drop-Outs. **Biometrics**, v. 52, n. 4, p. 1324–1333, 1996.

LOUZADA, M. L. C. et al. Consumption of ultra-processed foods and obesity in Brazilian adolescents and adults. **Preventive Medicine**, [s.l.], v. 81, p.9-15, dez. 2015.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47–65, set. 2006

MALTA, D. C. et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 1, p. 4s, 2017.

MARTINS, A. P. B et al. Increased contribution of ultra-processed food products in the Brazilian diet (1987-2009). **Rev Saude Publica**. 2013;47(4):656-65.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing; edição compacta**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001. 275p.

MCLELLAN, R. K. Work, Health, And Worker Well-Being: Roles And Opportunities For Employers. **Health Affairs**, [s.l.], v. 36, n. 2, p.206-213, fev. 2017.

MEURER, S. T. et al. Effectiveness of the VAMOS Strategy for Increasing Physical Activity and Healthy Dietary Habits: A Randomized Controlled Community Trial. **Health Education & Behavior**, [s.l.], v. 46, n. 3, p.406-416, 13 jan. 2019.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 7ª ed. rev. e atual. Londrina: Midiograf, 2017. 362 p

NUNES, L. N. **Método de imputação de dados aplicados na área da saúde**. 2007. 120 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

OYEBODE, O. et al. Fruit and vegetable consumption and all-cause, cancer and CVD mortality: analysis of Health Survey for England data. **Journal Of Epidemiology And Community Health**, [s.l.], v. 68, n. 9, p.856-862, 31 mar. 2014.

OLIVEIRA, R. A. R. et al. Variáveis bioquímicas, antropométricas e pressóricas como indicadores de risco cardiovascular em servidores públicos. **Fisioterapia em Movimento**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.369-377, jun. 2013.

OLIVEIRA, T. M. V. Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP – **Revista de Administração Online**, v. 2, n. 3, jul./ago./set. 2001.

OMS. **OPAS/OMS apresenta ações custo-efetivas para prevenir doenças crônicas, em encontro internacional. 2018.** Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5730:opas-oms-apresenta-acoes-custo-efetivas-para-prevenir-doencas-cronicas-emencontro-internacional&Itemid=839>. Acesso em: 25 nov. 2018

POPKIN, B. M. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases^{1–3}. **The American Journal Of Clinical Nutrition**, [s.l.], v. 84, n. 2, p.289-298, 1 ago. 2006.

SANTOS, C. K. A. dos et al. Permanência de idosos em um Programa Comunitário de Atividade Física e fatores associados. **Brazilian Journal Of Kinanthropometry And Human Performance**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.139-149, 28 maio 2017.

SARAIVA, L. C. et al. Frequência e duração da prática de atividade física de discentes e servidores universitários. **Journal Of Physical Education**, [s.l.], v. 29, n. 1, 2018.

SAULNIER, P. J.; GAND, E.; HADJADJ, S.. Sodium and Cardiovascular Disease. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 371, n. 22, p.2134-2139, 27 nov. 2014. Massachusetts Medical Society.

SASAKI, J. E.; JOHN, D.; FREEDSON, P. S. Validation and comparison of ActiGraph activity monitors. **Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 14, n. 5, p. 411-6, 2011.

SCHMID, D.; LEITZMANN, M. I. F. Television Viewing and Time Spent Sedentary in Relation to Cancer Risk: A Meta-Analysis. Jnci: **Journal of the National Cancer Institute**, [s.l.], v. 106, n. 7, 16 jun. 2014.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, 9 maio 2011.

SCHMIDT, M. I. et al. Saúde no Brasil 4: Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**. Porto Alegre, p. 61–74, 2015.

SILVA, D. A. S. et al. Physical inactivity as risk factor for mortality by diabetes mellitus in Brazil in 1990, 2006, and 2016. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.11-23, 28 fev. 2019.

SEVICK, M. A. et al. Cost-effectiveness of lifestyle and structured exercise interventions in sedentary adults: results of project ACTIVE. **American Journal of Preventive Medicine**, [S.L.] v. 19, n. 1, p. 1–8, jul. 2000.

SILVA, M. C. **Instrumentos para medida de atividade física, alimentação e antropometria no Programa Vida Ativa Melhorando a Saúde - VAMOS: opiniões dos especialistas e multiplicadores.** Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2017.

SIQUEIRA, M. U. **Eficácia de programa de mudança de estilo de vida sobre o hábito alimentar e antropometria de adultos participantes de programa de mudança de estilo de vida. Efeito da interrupção da supervisão profissional.** 2012. 54 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu. 2012.

SOARES, M. DE O. Efeitos de um programa de intervenção nutricional individualizada na composição corporal e hábitos alimentares de paciente obesa. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 5, n. 25, 21 jun. 2012.

STECKLER, A.; MCLEROY, K. R. The Importance of External Validity. **American Journal Of Public Health**, [s.l.], v. 98, n. 1, p.9-10, jan. 2008

STERNFELD, B. et al. Improving diet and physical activity with ALIVE: a worksite randomized trial. **American journal of preventive medicine**, v. 36, n. 6, p. 475-483, 2009.

STEWART, A. et al. **International Standards for Anthropometric Assessment.** International Society for the Advancement of Kinanthropometry. 3ª ed. New Zealand: Lower Hutt, 2011. 115 p.

STEWART, M. et al. **Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 508 p.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física.** 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 477p.

TOMICKI, C. et al. Diagnostic property of anthropometric indicators in the prediction of high body fat estimated by DXA in hypertensive women. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano.** Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 299-308, jun. 2017

TONOSAKI, L. M. D. et al. Barreiras e facilitadores para a participação em um programa de mudança de comportamento: análise de grupos focais. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 40, p. 138-145, 2018.

VALE, S. F. et al. Análise de diagnósticos associados às licenças médicas de servidores públicos do Ceará. **Revista de Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 68-81, 2015.

VENTRIGLIO, T. C. C. **Cargas de trabalho e desgaste mental de servidores públicos de Universidade Estadual: desenvolvendo uma proposta de ação qualitativa.** 2017. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

WILMOT, E. G. et al. Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: systematic review and meta-analysis. **Diabetologia**, [s.l.], v. 55, n. 11, p.2895-2905, ago. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases**. Geneva, Switzerland, 2011

ZUCCOLOTTO, A. C. D.; PESSA, R. P. Impacto de um programa de educação nutricional em adultos: antropometria e mudanças alimentares. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, 2018.

APÊNDICE A: Termo de consentimento livre e esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARTICIPANTES DO PROGRAMA VAMOS**

Prezado(a) Senhor(a)

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre o Programa “VIDA ATIVA MELHORANDO A SAÚDE - VAMOS”. Essa pesquisa tem por objetivo testar um programa de mudança de comportamento para um estilo de vida saudável em relação à atividade física e a alimentação saudável em funcionários da Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas (PRODEGESP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Ela tem o apoio da própria UFSC.

Sua participação será de suma importância para testarmos o Programa, por isso necessitamos de sua colaboração em responder questionários que contêm informações sociodemográficas, condições de saúde, uso de medicamentos, qualidade de vida, atividade física e hábitos alimentares. Mensuraremos sua massa corporal, estatura, circunferência da cintura e a força de preensão manual. Será coletado seu sangue em data e local previamente agendados para realizar os seguintes exames: glicose; colesterol total; HDL-colesterol; LDL-colesterol; triglicerídeos; ácido úrico e; creatinina. Finalizada esta fase, o(a) Sr(a), receberá um equipamento (acelerômetro) que mede seus movimentos, o qual terá que fazer uso por sete dias, incluindo final de semana, tirando-o somente para dormir, tomar banho, ou em caso de realizar alguma atividade aquática. O(a) Sr(a) receberá mais informações para seu uso.

Após seis meses da data da primeira avaliação, o(a) Sr(a) será convidado(a) novamente para realizar todas as avaliações iniciais.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob protocolos nº 1.394.492 e nº 1.518.283.

Qualquer problema decorrente da participação do Programa VAMOS, o(a) Sr(a) poderá entrar em contato com nossa equipe e serão tomadas todas as providências cabíveis para a recuperação do seu bem-estar.

O(a) Sr(a) poderá responder somente aos questionamentos que não lhe gerarem nenhum constrangimento. Será garantido o sigilo das informações obtidas, bem como, o anonimato dos participantes do estudo e os resultados gerais da pesquisa serão divulgados apenas em eventos e publicações científicas, constando de números.

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) também a nos autorizar o uso de imagens/fotografias e ou depoimentos/áudios para ser utilizado na divulgação do Programa.

As imagens/fotografias e ou depoimentos/áudios relacionados à sua pessoa poderão ser utilizados na divulgação do Programa VAMOS em *flyers*, cartazes, panfletos, mídias sociais (site, blog, *facebook* e *youtube*), bem como, em eventos científicos, palestras ou periódicos científicos.

As imagens/fotografias, vídeos, gravações e depoimentos ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Esclarecemos que as informações coletadas serão utilizadas, exclusivamente, para o desenvolvimento desta pesquisa, sendo lhe assegurado o direito de desistir da mesma a qualquer momento sem qualquer dano, penalização ou prejuízo.

A sua colaboração torna-se imprescindível para o alcance do objetivo proposto e lhe possibilita à participação em um programa de mudança de comportamento cujo foco é a obtenção de hábitos mais saudáveis.

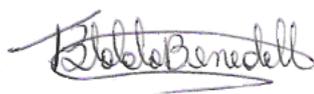
Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à sua disposição para quaisquer esclarecimentos pelos e-mails tania.benedetti@ufsc.br e cassiano.rech@ufsc.br, pelo telefone (48) 3721-9462 ou ainda no Departamento de Educação Física do Campus Universitário da UFSC, situado no Bairro Trindade, Florianópolis/SC.

Caso queira, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, 222, Reitoria II, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis, telefone (48) 3721-6094.

Se o(a) Sr(a) estiver esclarecido(a) sobre o estudo e aceitar participar da pesquisa sobre o Programa VAMOS estando devidamente informado (a) sobre a natureza da pesquisa, objetivos propostos, metodologia empregada e benefícios previstos o(a) Sr(a) deverá assinar seu nome no espaço indicado.

Assinatura do Participante

Florianópolis, ____ de ____ de 201_.



Pesquisador Responsável
Tânia R. Bertoldo Benedetti
(e-mail: tania.benedetti@ufsc.br)



Pesquisador Responsável
Cassiano Ricardo Rech
(e-mail: cassiano.rech@ufsc.br)



APÊNDICE B: Questionário VAMOS PRODEGESP

 		ID III:
Q2. Entrevistador (a): _____	Q3. Data: ____/____/____	Q4. Horá- rio: ____ h ____ min.

Q5. Nome do participante:

Q6. Avaliação: ¹[] Teste ²[] Re-teste ³[] 6 meses ⁴[] 12 meses

Q7. Grupo intervenção ¹[] Grupo controle ²[]

Prezado (a) Senhor (a), vamos iniciar a aplicação do questionário. Caso tenha alguma dúvida, você poderá interromper a entrevista a qualquer momento. Inicialmente vamos começar a falar sobre os dados socio-demográficos do(a) Senhor(a).

Bloco 1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Q8. Nome Completo: _____	
Q9. Fone 1: _____ Q10. Fone 2: _____ Q11. E-mail: _____	
Q12. Sexo: ¹ [] Masculino ² [] Feminino	Q12.
Q13. Você considera a sua cor da pele, raça ou etnia: ¹ [] Branca ² [] Preta ³ [] Amarela ⁴ [] Parda ⁵ [] Indígena	Q13.
Q14. Qual é sua data de nascimento: ____/____/____	Q14.
Q15. Idade: _____ anos completos.	Q15.
Q16. Qual o seu estado civil: ¹ [] Casado(a)/união consensual ² [] Separado(a)/divorciado(a)/desquitado(a) ³ [] Solteiro(a) ⁴ [] Viúvo (a)	Q16.
Q17. Você tem filhos? Quantos filhos? ⁰ [] 0 ¹ [] 1 ² [] 2 ³ [] 3 ⁴ [] 4 ⁵ [] 5 ⁶ [] 6 ⁷ [] ≥7	Q17.
Q18. Qual seu nível de escolaridade? ¹ [] Analfabeto/sem escolaridade ² [] Fundamental incompleto ³ [] Fundamental completo ⁴ [] Médio incompleto ⁵ [] Médio completo ⁶ [] Superior incompleto ⁷ [] Superior completo ⁸ [] Pós-graduação completa	Q18.
Q19. Qual é a sua ocupação atual? ¹ [] Do lar ² [] Desempregado(a) ³ [] Aposentado(a) ⁴ [] Outra: _____	Q19.
Q20. Qual a renda mensal total de sua família? ⁰ [] < um salário ¹ [] 1 a 2 salários ² [] 2,1 a 4 salários ³ [] 4,1 a 6 salários ⁴ [] > de 6 salários ⁵⁰ [] Não respondeu	Q20.

Q21. Quantas pessoas dependem desta renda para viver? _____	Q21.
Q22. Qual é o grau de escolaridade do responsável financeiro da sua família? ¹ [] Analfabeto/sem escolaridade ² [] Fundamental incompleto ³ [] Fundamental completo ⁴ [] Médio incompleto ⁵ [] Médio completo ⁶ [] Superior incompleto ⁷ [] Superior completo ⁸ [] Pós-graduação completa	Q22.
Q23. Quantas pessoas moram na sua casa incluindo você? _____	Q23.
Bloco 2 – CONDIÇÃO DE SAÚDE	

Q24. Como você considera o seu estado de saúde atual? ¹ [] Muito ruim ² [] Ruim ³ [] Regular ⁴ [] Bom ⁵ [] Muito bom	Q24
Algum médico ou profissional de saúde já disse que você tem alguma dessas doenças?	
Q25. Doença cardíaca	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q25
Q26. Hipertensão Arterial (pressão alta)	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q26
Q27. Sequela de acidente vascular	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q27
Q28. Osteoartrose (desgaste nas articulações)	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q28
Q29. Artrite (inflamação nas articulações)	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q29
Q30. Osteoporose	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q30
Q31. Osteopenia (início da osteoporose)	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q31
Q32. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (asma, bronquite, enfisema)	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q32
Q33. Problemas na Tireoide	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q33
Q34. Colesterol elevado	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q34
Q35. Triglicérideo elevado	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q35
Q36. Diabetes Mellitus	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q36
Q37. Doenças dos olhos (astigmatismo, miopia, catarata, glaucoma)	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q37
Q38. Problemas intestinais (constipação, hemorroidas, diarreia)	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q38
Q39. Dificuldades auditivas	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q39
Q40. Incontinência urinária	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q40
Q41. Fibromialgia (dores no corpo e sensibilidade muscular crônica)	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q41
Q42. Problemas gástricos (gastrite, úlcera)	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q42
Q43. Depressão	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q43
Q44. Doença de Parkinson	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q44
Q45. Doença de Alzheimer	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q45
Q46. Outra :	⁰ [] Não ¹ [] Sim Q46

Q47. O(a) Sr(a) faz uso de algum tipo de medicamento de uso contínuo? ⁰ { } Não (pule para a questão 50) ¹ { } Sim	Q47
Q48. Quantos tipos de medicamentos o(a) Sr(a) consome por dia? _____ número.	Q48
Q49. Quais são os medicamentos que o(a) Sr(a) faz uso? _____ _____	Q49
Q50. O(a) Sr(a) fuma ou fumou cigarros? ⁰ { } Não (pule para a questão 53) ¹ { } Fuma atualmente ² { } Fumou e parou (pule para a questão 52) ³ { } Não sabe ou não quer informar (pule para a questão 53)	Q50
Q51. Há quantos anos o(a) Sr(a) fuma? ¹ { } 0 - 5 anos ² { } 6-10 anos ³ { } >10 anos ⁴ { } Não sabe ou não quer informar	Q51
Q52. Há quantos anos o(a) Sr.(a) parou de fumar? ¹ { } 0 - 5 anos ² { } 6 - 10 anos ³ { } >10 anos ⁴ { } Não sabe ou não quer informar	Q52
Q53. Nos últimos 30 dias, quantas doses de bebidas alcoólicas você consumiu em uma mesma ocasião? ⁰ { } nenhuma ¹ { } 1 a 4 doses ² { } 5 ou mais	Q53

Bloco 3 – QUALIDADE DE VIDA

Q54. Tomando como referência as duas últimas semanas, quão satisfeito você está com a sua saúde? ¹ { } Muito insatisfeito ² { } Insatisfeito ³ { } Nem satisfeito nem insatisfeito ⁴ { } Satisfeito ⁵ { } Muito satisfeito	Q54.
Q55. Tomando como referência as duas últimas semanas, como você avaliaria sua qualidade de vida? ¹ { } Muito ruim ² { } Ruim ³ { } Nem ruim nem boa ⁴ { } Boa ⁵ { } Muito boa	Q55.

Bloco 4 – ATIVIDADE FÍSICA

IPAQ – VERSÃO CURTA

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre-se que: atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

Q56. Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? dias _____ por SEMANA () Nenhum	Q56. __
Q57. Nos dias em que você caminhou por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> quanto tempo no total você gastou caminhando por dia ? _____ horas _____ minutos	Q57. __
Q58. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> , como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA). dias _____ por SEMANA () Nenhum	Q58. __
Q59. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> , quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia ? horas: _____ Minutos: _____	Q59. __
Q60. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> , como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração. dias _____ por SEMANA () Nenhum	Q60. __
Q61. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia ? horas: _____ Minutos: _____	Q61. __
Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.	
Q62. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana ? _____ horas _____ minutos	Q62. __
Q63. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana ? _____ horas _____ minutos	Q63. __

BLOCO 5: ASPECTOS ALIMENTARES

SEÇÃO 1: HÁBITOS ALIMENTARES

VAMOS conversar sobre seus **hábitos alimentares**. Por favor, responda se **você normalmente faz as seguintes refeições ou consome os alimentos e líquidos** abaixo:

Q64. Quantos copos de água o(a) sr.(a) costuma consumir por dia? (1 copo = 250ml) ⁰ () não consome água ¹ () menos de 1 copo ² () de 2 a 4 copos (500ml a 1L/dia) ³ () de 4 a 6 copos (1L a 1,5L/dia) ⁴ () de 6 a 8 copos (2 L/dia) ⁵ () mais de 8 copos	Q64. __
Q65. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer feijão? ⁰ () 1 a 2 dias por semana ¹ () 3 a 4 dias por semana ² () 5 a 6 dias por semana ³ () todos os dias (inclusive sábado e domingo) ⁴ () quase nunca ⁵ () nunca	Q65. __

<p>Q66. Em quantos dias da semana, o(a) sr.(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU?</p> <p>⁰() 1 a 2 dias por semana ¹() 3 a 4 dias por semana ²() 5 a 6 dias por semana ³() todos os dias (inclusive sábado e domingo) ⁴() quase nunca ⁵() nunca</p>	Q66. __
<p>Q67. Em quantos dias da semana, o(a) sr.(a) costuma comer verdura ou legume COZIDO com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?</p> <p>⁰() 1 a 2 dias por semana ¹() 3 a 4 dias por semana ²() 5 a 6 dias por semana ³() todos os dias (inclusive sábado e domingo) ⁴() quase nunca ⁵() nunca</p>	Q67. __
<p>Q68. Em quantos dias da semana o (a) sr.(a) costuma comer boi, porco, cabrito, frango, peixe, ovos?</p> <p>⁰() 1 a 2 dias por semana ¹() 3 a 4 dias por semana ²() 5 a 6 dias por semana ³() todos os dias (inclusive sábado e domingo) ⁴() quase nunca ⁵() nunca</p>	Q68. __
<p>Q69. Qual é a forma mais utilizada para o preparo de carne vermelha, frango, peixe e ovos?</p> <p>⁰() cozido, ensopado, assado, grelhado - com pouco ou nenhum óleo / gordura de adição ¹() fritura de superfície - com quantidade moderada de óleo / gordura de adição ²() fritura de imersão - com quantidade excessiva de óleo / gordura de adição</p>	Q69. __
<p>Q70. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer frutas?</p> <p>⁰() 1 a 2 dias por semana ¹() 3 a 4 dias por semana ²() 5 a 6 dias por semana ³() todos os dias (inclusive sábado e domingo) ⁴() quase nunca ⁵() nunca</p>	Q70. __
<p>Q71. Num DIA comum, quantas vezes o(a) sr.(a) come frutas?</p> <p>⁰() 1 vez no dia ¹() 2 vezes no dia ²() 3 ou mais vezes no dia</p>	Q71. __
<p>Q72. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial (suco em pó ou suco de caixinha ou suco de garrafa com adição de açúcar, água tônica, água saborizada industrializada)?</p> <p>⁰() 1 a 2 dias por semana ¹() 3 a 4 dias por semana ²() 5 a 6 dias por semana ³() todos os dias (inclusive sábado e domingo) ⁴() quase nunca ⁵() nunca</p>	Q72. __
<p>Q73. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma tomar leite? (não vale soja)</p> <p>⁰() 1 a 2 dias por semana ¹() 3 a 4 dias por semana ²() 5 a 6 dias por semana ³() todos os dias (inclusive sábado e domingo) ⁴() quase nunca ⁵() nunca</p>	Q73. __
<p>Q74. Em quantos dias da semana o sr.(a) costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces?</p> <p>⁰() 1 a 2 dias por semana ¹() 3 a 4 dias por semana ²() 5 a 6 dias por semana ³() todos os dias (inclusive sábado e domingo) ⁴() quase nunca ⁵() nunca</p>	Q74. __
<p>Q75. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgadinhos, pizza ou outros lanches?</p> <p>⁰() 1 a 2 dias por semana ¹() 3 a 4 dias por semana ²() 5 a 6 dias por semana ³() todos os dias (inclusive sábado e domingo) ⁴() quase nunca ⁵() nunca</p>	Q75. __

BLOCO 6: AVALIAÇÕES FÍSICAS	
Q76. Estatura _____ cm	Q76. __
Q77. Massa corporal _____ kg	Q77. __
Q78. Perímetro da cintura _____ cm	Q78. __
Q79. Preensão manual – Membro direito _____	Q79. __

