

## ABORDAGEM TELEFÔNICA COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Eliane Correa CHAVES<sup>a</sup>  
Silvia Maria Ribeiro OYAMA<sup>b</sup>

### RESUMO

A adoção de hábitos saudáveis como a prática de atividades físicas é um dos comportamentos que ajudam os indivíduos a melhorarem a saúde, além de prevenir doenças crônicas. O desenvolvimento de técnicas que facilitem a adoção de hábitos mais saudáveis pela população é uma importante estratégia na busca da melhoria da saúde da população. Este estudo tem a finalidade de avaliar a eficácia de uma abordagem telefônica na promoção da prática de atividade física. Foram aconselhados 14 indivíduos em 5 ligações com o intervalo de um a dois meses. A metodologia utilizada mostrou-se eficaz, produzindo efeitos positivos na mudança de comportamento. Concluiu-se que metade dos sedentários passou a praticar atividade física.

**Descritores:** Atividade motora. Promoção da saúde. Telefone.

### RESUMEN

*La adopción de hábitos saludables como la práctica de actividades físicas, es uno de los comportamientos que ayudan a que las personas mejoren su salud, así como a prevenir enfermedades crónicas. El desarrollo de técnicas que faciliten la adopción de hábitos más saludables por parte de la población, es una importante estrategia en la búsqueda de la mejoría de la salud general. Esta encuesta tiene como finalidad evaluar la eficacia de un abordaje telefónico en la promoción de la práctica de actividad física. Se aconsejó a 14 individuos en 5 llamadas, con un intervalo de uno a dos meses. La metodología empleada se mostró eficaz, produciendo efectos positivos en los cambios de comportamiento. Concluyendo, la mitad de los sedentarios empezó a practicar una actividad física.*

**Descriptorios:** Actividad motora. Promoción de la salud. Teléfono.

**Título:** El abordaje telefónico para la promoción de la salud.

### ABSTRACT

*Adopting healthy habits, such as physical exercises, is an attitude that helps individuals to improve their health, as well as to prevent chronic diseases. The development of techniques that help to create healthy habits in the population is an important strategy when seeking its health improvement. The objective of this study was to evaluate the effectiveness of a telephone approach to promote physical exercises. Fourteen individuals were advised in 5 telephone calls within an interval of one to two months. It was demonstrated the method used was effective, producing positive effects as to behavioral changes. As a result, half of the sedentary people approached started to do physical exercises.*

**Descriptors:** Motor activity. Health promotion. Telephone.

**Title:** Telephone-based approach for health promotion.

<sup>a</sup> Professora Doutora do Departamento Médico Cirúrgico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

<sup>b</sup> Enfermeira, Doutoranda pela EEUSP.

## 1 INTRODUÇÃO

O conceito moderno de promoção da saúde, assim como sua prática, surgiu e desenvolveu-se de forma mais vigorosa nos últimos 20 anos nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, nos Estados Unidos e nos países da Europa ocidental<sup>(1)</sup>.

Promoção da saúde, a partir da carta de Ottawa (1986), documento internacional de referência, é definida como o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua própria qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle desse processo<sup>(2)</sup>.

Dentre os temas abordados nos programas de promoção da saúde, podemos citar a atividade física como principal intervenção na prevenção primária de várias doenças crônicas e degenerativas, como infarto, diabetes, hipertensão arterial, distúrbios relacionados à obesidade e também do aparelho locomotor<sup>(3)</sup>.

A cada ano, mais de dois milhões de mortes são atribuídas à inatividade física em todo o mundo. Essas mortes são parte do incremento de enfermidades, incapacidades e mortes causadas pelas doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, cânceres e diabetes. A importância da inatividade física como fator de risco é comparável ao fumo e dieta inadequada<sup>(4)</sup>.

Há uma necessidade de esclarecimento sobre a prática da atividade física e, conseqüentemente, um incentivo maior para a aderência dessa prática, já que é comprovada sua eficácia na prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida do ser humano.

A atividade física é qualquer movimento do corpo produzido pelos músculos que resulta em dispêndio de energia<sup>(5)</sup> ou, ainda, um comportamento humano complexo, com componentes e determinantes de ordem biológica e psico-sócio-cultural, como: esportes, exercícios físicos, danças e outras atividades de lazer, locomoção e ocupação profissional<sup>(6)</sup>.

Estudos em diferentes países do mundo indicam que 70% da população é sedentária e 90% é insuficientemente ativa. No Brasil, apesar da limitação dos levantamentos populacionais, os estudos existentes apontam para índices semelhantes<sup>(4)</sup>.

Em estudo realizado no município de São Paulo em 1987, 69,3% dos paulistanos foram considerados sedentários, sendo de 57,3% a prevalência entre os homens e, resultado ainda mais grave entre as mulheres, com a prevalência de 80,2%<sup>(4)</sup>.

Nos Estados Unidos, um investimento de um dólar em atividade física (tempo e equipamento) resulta em uma economia de 3,2 dólares nos custos médicos. De acordo com dados de 1998, indivíduos fisicamente ativos economizam aproximadamente 500 dólares por ano nos custos com a saúde. Na Austrália, para cada 1% de incremento no nível de atividade física de adultos, são economizados, aproximadamente, sete milhões em possíveis tratamentos para ataque cardíaco, derrame, diabetes, câncer de cólon, câncer de mama e quadros depressivos<sup>(7)</sup>.

No Brasil, já foi comprovado que os programas de incentivo às práticas esportivas e atividades culturais resultam positivamente na redução da violência e do uso de álcool, tabaco e outras drogas<sup>(8)</sup>.

## 2 O USO DO TELEFONE COMO ESTRATÉGIA PARA INCENTIVAR A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS

O telefone foi criado em 1840 por Graham Bell e desde então é usado para diversas finalidades. O seu uso no âmbito da medicina consta a partir de 1970, sendo utilizado em diversos segmentos, desde a triagem até acompanhamento de pacientes crônicos<sup>(9)</sup>, cuidado primário de saúde<sup>(10)</sup> e aconselhamentos de saúde.

Os benefícios dessa intervenção abrangem a velocidade de acesso do paciente ao profissional de saúde, diminuição do tempo de espera para a consulta, redução do tempo e custo na locomoção dos pacientes, além da possibilidade de aumentar a frequência dos contatos e de facilitar o retorno do paciente<sup>(9)</sup>.

O telefone pode ser usado em um amplo espectro de intervenções terapêuticas em saúde, como cuidados de rotina, triagem e reavaliação de prescrições, facilitando o acesso aos resultados de testes laboratoriais e às intervenções no âmbito da promoção da saúde. Os exemplos mais efetivos do uso do telefone são: gerenciamento de pacientes do sexo feminino com infecção no trato urinário, monitoramento e seguimento de pacientes com de-

pressão, manejo de pacientes diabéticos e aconselhamento para a cessação do uso do tabaco<sup>(10)</sup>.

Como na intervenção face a face, a intervenção por via telefônica também requer algumas competências, tais como: empatia; capacidade de escuta; autoconsciência em relação a seus próprios preceitos, relativos a grupos sociais ou a comportamentos desviados da norma hegemônica; capacidade de transmitir informações de forma clara e objetiva; capacidade de adequar informações; considerando as particularidades dos clientes; capacidade de perceber qual é a preocupação principal do cliente e orientar a intervenção de ajuda em função dela<sup>(11)</sup>.

Além dessas competências, o aconselhamento telefônico também requer competências específicas, como: capacidade de captar informações por meio da entonação da voz, (uma parte importante da escuta é perceber o que não é diretamente expresso); respeitar o silêncio, sabendo quando e como interrompê-lo, mantendo atenção na última coisa que foi dita; saber controlar o tempo da chamada e a própria chamada; saber lidar com as chamadas difíceis, não se deixando manipular, repetindo a mesma informação; saber reconhecer quando e como terminar uma chamada<sup>(11)</sup>.

Em um estudo em que o aconselhamento telefônico foi utilizado como uma das estratégias para aumento da atividade física dos clientes, os resultados apresentaram que a abordagem telefônica associada a consultas presenciais e intervenções escritas foi efetivo no aumento da atividade física e na qualidade de vida dos clientes<sup>(12)</sup>, provando a eficiência do uso do telefone como instrumento de apoio e incentivo para a prática de atividade física nos programas de aconselhamento de saúde, para clientes que desejem iniciar a prática de alguma atividade física.

O objetivo geral deste estudo foi avaliar a eficácia de um modelo de abordagem telefônica para promoção da saúde através do incremento da prática de atividades físicas após a intervenção telefônica.

### 3 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado no Centro de Promoção da Saúde (CPS) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

Foram incluídos 14 clientes que procuraram pela primeira vez o serviço ambulatorial do CPS. Esta população foi escolhida aleatoriamente e é composta de indivíduos de faixas etárias diversas e de ambos os sexos.

Os critérios de inclusão da população no presente estudo abrangem: a participação dos indivíduos no serviço ambulatorial do CPS, ser sedentário (não realizar nenhuma atividade física) e, após esclarecimentos cabíveis sobre o estudo, a expressão do interesse e disponibilidade de participação voluntária, esclarecida e consentida. Foram incluídos somente clientes alfabetizados, que tinham telefone próprio, para que o preenchimento do questionário e o acesso ao aconselhamento telefônico fossem possíveis.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPESQ) da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O primeiro passo da coleta de dados foi a escolha aleatória dos dias para a abordagem dos clientes para a pesquisa. Seguiu-se com a verificação do nível de atividade física dos clientes escolhidos através da avaliação das fichas cadastrais, realizada pela pesquisadora no dia escolhido para consulta, momentos antes da mesma. Utilizou-se também, alguns dados obtidos na consulta médica ou na pré-consulta feita pela enfermagem, tais como sinais vitais e medidas antropométricas.

Tendo obtido os nomes dos clientes sedentários, a pesquisadora, no momento em que os clientes esperavam pelo atendimento médico, chamou cada cliente individualmente para explicar o objetivo e a metodologia da pesquisa e convidá-lo para participar da mesma.

Após aceitação do cliente, foi lido com eles o consentimento livre e esclarecido, e após assinarem o documento, a pesquisadora explicou como deveria ser feito o preenchimento dos questionários. Ao final deste primeiro contato, foi negociado o melhor horário para o contato telefônico.

A aplicação do questionário para estes clientes representou o ponto de avaliação inicial para os itens desejados. De tal forma, as medidas feitas posteriormente ao aconselhamento telefônico tiveram as informações colhidas pelo questionário inicial como base de comparação.

Concluída a abordagem prevista, os clientes passaram normalmente pela consulta médica individual, na qual receberam aconselhamentos médicos de promoção da saúde conforme protocolo seguido no CPS.

O instrumento utilizado foi composto por dados de identificação do sujeito da pesquisa e por indicadores de saúde referentes à atividade física.

Os clientes receberam cinco ligações telefônicas, com o intervalo de um a dois meses, conforme a disponibilidade do cliente em atender a pesquisadora. A abordagem telefônica incluiu aconselhamentos na área de atividade física, registro das informações recebidas referentes à atividade física do indivíduo, além de discussões sobre a dificuldade encontrada pelos participantes para adoção da prática, sendo negociadas soluções para o enfrentamento dessas dificuldades. Também foi utilizada uma técnica para mudança de comportamentos disfuncionais.

No primeiro contato telefônico, foi verificado se o cliente ainda estava interessado em participar da pesquisa, sendo informado novamente, que para assegurar maior proteção para ambos os lados, as ligações telefônicas seriam gravadas na íntegra. Após aceitação do cliente o contato telefônico prosseguiu.

Já no quinto contato telefônico, além do conteúdo abordado nas outras ligações, houve a atualização do questionário que os participantes preencheram no início do estudo. Vale ressaltar que o conteúdo do aconselhamento telefônico era dado de acordo com o interesse e disponibilidade dos participantes da pesquisa.

As etapas do contato telefônico podem ser divididas como demonstrado a seguir.

### 3.1 Identificação e negociação de horário

No primeiro contato telefônico, a pesquisadora se apresentou, verificou a disponibilidade do cliente em atendê-la, e quando o cliente não pode atender, foi agendada nova data para este contato.

P: *Bom dia, aqui quem está falando é a enfermeira Silvia que está realizando um estudo no CPS-HC, eu falei com você no ambulatório do HC no dia em que você passou na consulta médica e eu fiquei de te ligar para conversar-*

*mos sobre alguns temas de saúde relacionados à promoção da saúde, o(a) sr.(a) lembra?*

C: *Sim lembro.*

P: *A sr.(a) pode conversar agora?*

C: *Neste momento? Agora não posso, estou de saída.*

P: *Eu posso voltar a ligar em outro momento?*

C: *Sim, pode sim, quando você vai ligar?*

P: *Qual é o melhor horário e dia para a sra.?*

C: *Pode ser amanhã às 10:00?*

P: *Então eu retorno amanhã às 10:00...*

### 3.2 Construção contrato

Quando houve a disponibilidade, foi construído o contrato e começou-se a criação do vínculo entre a pesquisadora e cliente.

P: *A gente vai conversar um pouco hoje, e a cada dois meses aproximadamente eu volto a ligar para continuar o acompanhamento, tudo bem? Se quando eu ligar você não puder falar, a gente marca outra data.*

C: *Sem problemas....*

### 3.3 Veiculação de informações

Foram fornecidos ao cliente aconselhamentos sobre prática de atividade física, tendo como objetivo principal e referencial teórico a promoção da saúde.

### 3.4 Levantamento de barreiras

O cliente foi questionado sobre as possíveis dificuldades que o impediam de tentar mudar o comportamento ou que o impediam da mudança em si. Nesta fase foi conversado sobre estas barreiras tentando entender os tipos de dificuldades apresentadas.

P: *O que você acha que te dificulta a praticar a caminhada?*

C: *Bem, deixa eu pensar... Acho que o mais difícil é porque não tenho tempo.*

P: *Só a falta de tempo, ou tem mais alguma coisa?*

C: *Acho que sim...*

### 3.5 Eleição das intervenções sobre as barreiras

Quando uma barreira foi apresentada, algumas sugestões para tentar eliminar estas barreiras foram apresentadas e, em conjunto com o cliente, era escolhido a melhor opção para aquela determinada barreira.

C: *O problema é que se eu for fazer a caminhada, eu vou ter que acordar cedo, e eu tenho uma preguiça...*

P: *Não tem outro horário que você pode caminhar, por exemplo quando você volta do trabalho, você pode descer um ponto antes e caminhar um pouco.*

C: *Eu nunca fiz isso*

P: *Você acha que isso é viável?*

### 3.6 Orientação para elaboração do diário de atividades

A partir do primeiro contato, foi utilizada com o cliente a técnica de automonitoração. Sua introdução no início do acompanhamento salienta a natureza cooperativa e de auto-ajuda. Essa técnica é flexível, pode ser aplicada a uma grande variedade de problemas explícitos e encobertos, e pode proporcionar informações sobre muitos aspectos dos comportamentos disfuncionais. Essa técnica engloba duas fases: primeiro, o indivíduo tem de notar a ocorrência do comportamento; e em segundo lugar tem de registrá-la. A automonitoração escolhida para este estudo foi o uso do diário, que incluiu contadores de frequência e auto-avaliação<sup>(13)</sup> o registro da hora, do comportamento disfuncional e dos comportamentos associados a essa situação.

Foi solicitado que os clientes que não tinham um nível adequado de atividade física, pré-deter-

minassem alguns horários que eles se dispusessem a fazer a atividade física, sendo anotados no diário esses horários. Era anotado se ele conseguiu realizar a atividade física, que tipo de atividade física foi realizada, com o respectivo tempo gasto para realizá-lo, o comportamento anterior e posterior a esse horário e o sentimento vivenciado anteriormente e posteriormente ao exercício físico.

P: *Você pensará em um horário para fazer a atividade física, depois você anota no diário este horário, quando chegar este horário, você anotará o que você fez antes deste horário, e o que você estava sentindo, você anotará se conseguiu fazer a atividade física, qual tipo de atividade e quanto tempo você fez, depois você anotará o que você fez depois da atividade e o sentimento após a atividade. Vou dar um exemplo, eu anoto que vou fazer amanhã as 17:00 caminhada, então amanhã quando eu anotar no diário, eu coloco que as 16:30 eu estava arrumando a casa e estava me sentindo triste, as 17:00 fiz 20 minutos de caminhada e 17:30 eu tomei um banho e estava me sentindo mais aliviada. Você conseguiu entender?*

C: *Acho que sim, quantos dias eu vou fazer isso?*

P: *Pelo menos uns dois dias, e se você quiser fazer mais dias, será excelente.*

### 3.7 Esclarecimento de dúvidas

Durante todo o contato, as dúvidas que foram surgindo foram esclarecidas e, nos momentos em que a pesquisadora não soube a resposta de imediato, a dúvida foi anotada e foi elucidada no contato posterior.

C: *Eu devo andar devagar ou rápido?*

P: *Você pode começar andando devagar, depois você vai aumentando o ritmo...*

### 3.8 Resumo final

O resumo final une e reforça os pontos importantes e revisa o que o paciente concordou em fazer para tarefa de casa. Nos primeiros contatos

a enfermeira fez os resumos, passando a encorajar o cliente a fazer o resumo nos contatos subsequentes.

P: *Bem, deixe-me resumir o que nos conversamos hoje. Nós falamos sobre a importância a prática de atividade física. Nós discutimos o que dificulta você a tentar começar a caminhada, conversamos sobre as suas dúvidas e combinamos o que você fará de tarefa para o nosso próximo contato. Eu gostaria de saber se isso faz sentido para você e se você entendeu o porquê da tarefa...*

A partir do segundo contato, incluíram-se novas etapas.

### 3.9 Ponte com o contato anterior

Esta ponte é uma breve verificação da percepção e entendimento do paciente a respeito do contato anterior. Este tipo de abordagem motiva o cliente a se preparar para o próximo contato, condicionando-o a pensar no conteúdo trabalhado durante todo o tempo.

P: *Eu gostaria que nós fizéssemos uma ligação do conteúdo que nós conversamos no último contato e sobre o que iremos conversar hoje. Pretendo fazer isso em todas as ligações. Tudo bem para você?*

C: *Sim, tudo bem.*

P: *O que você aprendeu no nosso ultimo contato e o que fez sentido para você?*

C: *Acho que aprendi mais sobre os exercícios, e que mudar devagar é algo mais simples do que eu imaginei, pois eu achava que tinha que mudar tudo de uma vez só...*

### 3.10 Atualização retrospectiva

Aqui, foi verificado se houve alguma mudança nos comportamentos do cliente, no período entre o último contato e o contato atual. Quando o cliente referiu que houve a mudança, foi verificado em que período isto aconteceu e como foi este processo de mudança.

P: *Em relação a sua caminhada, você conseguiu mudar alguma coisa?*

C: *Um pouquinho, na semana passada, em dois dias, eu andei 20 minutos na volta do trabalho.*

P: *Ótimo, já é um começo, agora você tem que tentar manter esses dias e depois aumentar aos poucos...*

### 3.11 Revisão da tarefa de casa

Nesta fase, verificou-se se o cliente fez a tarefa de casa, e os dados da tarefa foram anotados. Também foram abordadas as possíveis dificuldades do cliente em realizar o registro das informações, ressaltando na conversa se esta tarefa fez sentido e o que significou para ele.

P: *Você fez o diário de anotações?*

C: *Sim, fiz, espera um pouquinho que eu vou pegar...*

C: *Está aqui, o que você quer eu te fale, tudo?*

P: *Sim, você pode começar pelo horário, depois me fale se você conseguiu fazer a caminhada, e o resto que você anotou. Eu vou anotar aqui nas minhas coisas, tudo bem?*

C: *Hum, hum. O primeiro dia que eu escolhi foi quarta feira às 16:30, eu estava voltando do trabalho dentro do ônibus, eu estava cansada, eu consegui fazer a caminhada de 20 minutos, eu desci dois pontos antes, depois eu fui tomar banho e eu estava mais cansada...*

### 3.12 Identificação e conscientização de contingências eliciadoras

Após verificação do diário, era possível verificar algumas situações que eliciavam o comportamento. Nesta fase, o cliente foi conscientizado sobre estas situações e foi discutido com ele a viabilidade de evitar as mesmas.

P: *Pelo que você acabou de me passar, você nos finais de semana almoça tar-*

*de, come muito e fica com muita preguiça e desiste de caminhar, certo?*

*C: É, eu sei que eu exagerei na alimentação no final de semana, a preguiça é muita.*

*P: Deixa eu me lembrar, pelo que eu tenho anotado este já é o terceiro final de semana que você faz isso.*

*P: Você acha muito difícil tentar reduzir a quantidade de comida nas refeições no final de semana?*

*C: Bem vou pensar, pois este é um dos meus momentos de descanso, mas vou pensar no assunto...*

### 3.13 Reforço de atitudes e comportamentos funcionais

Após a identificação de atitudes que melhoraram ou desencadearam o comportamento esperado, o cliente foi parabenizado e incentivado a continuar esta ação.

*P: Então você conseguiu começar a caminhada?*

*C: Sim, apesar de ser tão pouco, eu comecei.*

*P: Mas está ótimo, o importante é que você saiu do estado de sedentária e conseguiu começar esta nova ação. Parabéns, e não se preocupe, aos poucos você vai aumentando...*

Após a coleta de dados, foi feito o tratamento estatístico na qual todas as variáveis foram analisadas do ponto de vista descritivo. Nas variáveis qualitativas foi aplicado o teste não-paramétrico de McNemar. Esta prova é particularmente aplicável nos planejamentos do tipo “antes e depois”, em que cada indivíduo é utilizado como seu próprio controle<sup>(14)</sup>. Este teste foi utilizado para testar a eficiência da técnica de aconselhamento telefônico em vários indivíduos, utilizando-se a mensuração para avaliar as alterações da situação “após” em relação à situação “antes”. O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

Quando tínhamos vários níveis de respostas qualitativas, utilizamos o índice kappa para se

estudar a concordância entre as respostas no momento pré, após terceiro contato e após quinto contato telefônico. Kappa é interpretado como a proporção de concordância entre duas ou mais medidas de **n** observações, após a exclusão das concordâncias ao acaso. Kappa é também considerado como um teste adequado para medir concordâncias, corrigidas pelas concordâncias ao acaso, pois não aumenta o percentual de discordância nos casos de populações homogêneas – aquelas com taxas próximas de 100% ou 0%. Compara as diferenças entre as concordâncias observadas e esperadas até o valor máximo possível desta diferença<sup>(15)</sup>. Este índice varia de 0 a 1 sendo que:  $Kappa \leq 0,45$  temos reprodutibilidade marginal;  $0,45 < Kappa < 0,75$  temos boa reprodutibilidade;  $Kappa \geq 0,75$  temos ótima reprodutibilidade.

## 4 RESULTADOS

Havia 14 indivíduos sedentários na população de estudo, caracterizada da seguinte forma: predominância de adultos do sexo feminino, com faixa etária entre 40 e 59 anos. A maior parte mora com companheiro e filhos e trabalha apenas em casa. A renda per capita média era de R\$ 250,00 a R\$ 500,00 reais. A maior parte com ensino fundamental completo.

Após o terceiro contato, 3 (21,4%) indivíduos já estavam praticando algum tipo de atividade física regular. Após o quinto contato este número passou para 7 (50%) indivíduos. Ao analisar a diferença entre os momentos, houve significância estatística entre o primeiro e quinto contato ( $p = 0,035$ ).

A atividade física iniciada, após todo o processo de aconselhamento, teve a duração igual ou superior a 210 minutos na semana e, entre as atividades, a preferida foi a caminhada, sendo que um indivíduo da população de estudo associou a caminhada com a natação e outro associou a caminhada com a dança.

Ao verificar a motivação destes clientes para praticar atividade física na fase pré-contatos, todos pensavam em começar alguma atividade, e após o processo, metade deles já estavam fazendo algum tipo de atividade física com regularidade de frequência na semana e a outra metade começou a fazer caminhada irregularmente.

Comparando os resultados obtidos sobre o fator motivador para a realização de atividade física, verificou-se que problemas de saúde foram mais persuasivos para os indivíduos (motivou 4 indivíduos – 29,6%) As doenças relatadas como fatores motivadores foram: a obesidade, dislipidemia e dores musculares. Ainda obteve-se 1 (7,1%) indivíduo que relatou como motivador para a prática de atividade física um fator não relacionado à saúde, citando no relato que iniciou a prática de atividade física à pedido de um familiar.

Ao verificar na fase pré-contato se os indivíduos tiveram alguma iniciativa própria para praticar atividade física, 3 indivíduos (35,3%) tiveram algum tipo de iniciativa própria, como, por exemplo, buscar apoio, procurar lugares que ofereçam atividades físicas gratuita. Após o processo de aconselhamento 10 indivíduos (52,9%) mostraram iniciativa para praticar atividade física.

## 5 DISCUSSÃO

O resultado encontrado neste estudo sugere que o aconselhamento telefônico para promover a prática de atividades físicas tem uma boa eficácia.

Quando a população é constituída de clientes sem doenças, que procuram a adoção de hábitos mais saudáveis, o uso do telefone pode ser uma estratégia eficaz. As orientações são dadas com facilidade, as dificuldades podem ser trabalhadas individualmente e com calma, as possibilidades de enfrentamento destas dificuldades são personalizadas e o acesso ao profissional pode ser feito de forma mais rápida. O incentivo pode ser constante, com frequência maior dos contatos aos clientes que ainda não estão condicionados completamente para mudanças, e menos frequente para os que já conseguiram a mudança de comportamento. Esta frequência pode ser estabelecida de comum acordo com o interesse do cliente e a disponibilidade do profissional.

Quando a pessoa passa por um processo de adoecimento, há um interesse forte na procura por intervenções que irão curar a doença. Porém, quando falamos em atitudes que não irão curar nenhuma doença e sim facilitar a promoção da saúde do indivíduo, o interesse por essas intervenções é menor graças à pré-conceitos culturais, obtendo-se as mais variadas dificuldades para

não adesão a comportamentos saudáveis e para as intervenções que levem a adoção desses comportamentos saudáveis. Assim, estratégias no cuidado primário que levem a adoção de comportamentos saudáveis são de grande valia na prática clínica, e somada a orientações frequentes para mudança de preconceitos, podem ser eficazes e de alto impacto na população.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia do uso do telefone facilita o alcance das pessoas para a intervenção, permitindo o acesso das pessoas de qualquer lugar onde haja serviço de telefonia. Assim, indivíduos que residem em lugares longínquos, cujo acesso aos serviços de saúde é complicado, ou para pessoas saudáveis, que não procurariam o serviço apenas para promover a saúde, têm acesso à intervenção de saúde de forma facilitada.

Outra população que também é beneficiada com este método são os indivíduos tímidos ou, que por algum motivo, não gostam de falar com profissional da saúde, já que não há o contato pessoal, favorecendo a abordagem de algumas situações constrangedoras durante o processo.

Atualmente, com a falta de tempo para cuidar da própria saúde, esta estratégia beneficia os indivíduos que não podem ou não querem entrar em grupos ou consultas para iniciar atividades físicas. É uma forma fácil de otimizar o tempo, além da conveniência e flexibilidade de horário, onde os clientes podem acessar o profissional de saúde quando preferirem.

Pensando na mudança do comportamento do indivíduo, que é um processo de consolidação demorada, esta estratégia facilita o contato com o indivíduo por um período longo e frequente, facilitando a aderência da pessoa ao programa.

Outra vantagem desta intervenção é sua eficiência em atender um número grande de clientes em um tempo relativamente curto, comparado ao desempenho das consultas presenciais, qualidade importante a serviços onde a demanda de clientes é alta.

O estudo possui uma limitação a ser considerada: as informações trabalhadas são fornecidas pelos clientes, logo, as respostas referentes ao aumento da atividade física podem ser superestimadas. Porém, como o único beneficiado é o



próprio cliente, estando o mesmo ciente desta condição, acreditamos que as informações coletadas são próximas da realidade. Estudos com grupos controles seriam eficientes em verificar esta evidência.

A estratégia baseada no uso do telefone para promover a atividade física em clientes sedentários mostrou-se eficaz para a amostra estudada. Porém, há a necessidade da realização de mais estudos com a intenção de verificar as possibilidades do uso eficaz do aconselhamento telefônico e sua aplicabilidade e performance em populações distintas específicas.

### REFERÊNCIAS

- 1 Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-38.
- 2 Ministério da Saúde (BR). As cartas da promoção da saúde: 2002 [monografia na Internet]. Brasília (DF); 2002 [citado 2003 nov 29]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf).
- 3 Maziero NE. Programas de escola de coluna e caminhada para mulheres sedentárias com lombalgia crônica [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004. 137 f.
- 4 Matsudo VKR, Matsudo SMM, Andrade D, Araújo T, Andrade E, Oliveira LC, *et al.* Promoção da saúde mediante o aumento do nível de atividade física: a proposta do agita. Revista Âmbito Medicina Esportiva 2001;7:5-15.
- 5 Woolf SH, Jonas S, Lawrence RS, editors. Health promotion and disease prevention in clinical practice. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
- 6 Secretaria de Estado da Saúde (SP), Programa Agita São Paulo. Manifesto de São Paulo para a promoção da atividade física nas Américas. São Paulo; 2000.
- 7 World Health Organization, Centers for Disease Control and Prevention. Promoting physical activity: a best buy in public health. Genebra; 2000.
- 8 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF); 2002.
- 9 Car J, Sheikh A. Telephone consultations. British Medical Journal 2003;326(7396):966-9.
- 10 Oldham J. Telephone use in primary care. British Medical Journal 2002;325(7363):547.
- 11 Correia R, Raposos V. Experiência da linha SOS SIDA em aconselhamento telefônico [monografia na Internet]. In: Anais do 4º Congresso Virtual de HIV-AIDS-comunicação: epidemiologia, prevenção e saúde pública; 2003 out 12-dez 1; [s.l.]. Lisboa: AidsPortugal; 2003 [citado 2005 fev 14]. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/comunicacao.php?num=202>.
- 12 Elley CR, Kerse N, Arrol B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomized controlled trial. British Medical Journal 2003;326(7393):793-8.
- 13 Kirk J. Avaliação cognitivo-comportamental. In: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM, organizadores. Terapia cognitivo comportamental para problemas psiquiátricos. São Paulo: Martins Fontes; 1997. p. 19-74.
- 14 Siegel S. Estatística não-paramétrica. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1975.
- 15 Veras CMT, Martins MS. A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 1994;10(3):339-55.

---

**Endereço da autora/Author's address:**

Silvia Maria Ribeiro Oyama  
Rua Helena Dorleans Tucci Ricci, 49, Mandaqui  
02.407-002, São Paulo, SP  
E-mail: [silviaoyama@yahoo.com.br](mailto:silviaoyama@yahoo.com.br)

Recebido em: 17/04/2006  
Aprovado em: 06/09/2006