

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO-SENSU* EM
EDUCAÇÃO FÍSICA

PROGRAMA TST EM MOVIMENTO: DESCRIÇÃO,
MODELO LÓGICO E PLANO DE AVALIAÇÃO

João Luis Anwar El Sadat Paula Leitão

BRASÍLIA
2022

**PROGRAMA TST EM MOVIMENTO: DESCRIÇÃO, MODELO
LÓGICO E PLANO DE AVALIAÇÃO**

JOÃO LUIS ANWAR EL SADAT PAULA LEITÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

ORIENTADOR: PROF. DR. LUIZ GUILHERME GROSSI PORTO
COORIENTADOR: PROF. DR. MARIO RENATO AZEVEDO JÚNIOR

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

PROGRAMA TST EM MOVIMENTO: DESCRIÇÃO, MODELO LÓGICO E PLANO DE
AVALIAÇÃO

JOÃO LUIS ANWAR EL SADAT PAULA LEITÃO

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Guilherme Grossi Porto

Faculdade de Educação Física – Universidade de Brasília

Orientador – Presidente

Prof. Dr. Mario Renato Azevedo Júnior

Faculdade de Educação Física – Universidade de Pelotas

Coorientador

Prof. Dr. Américo Pierangeli Costa

Faculdade de Educação Física – Universidade de Brasília

Membro interno

Prof. Dr. Mauro Virgílio Gomes de Barros

Faculdade de Educação Física – Universidade de Pernambuco

Membro externo

Prof. Dr. Guilherme Eckhardt Molina

Faculdade de Educação Física – Universidade de Brasília

Membro suplente

Para meu pai João Evangelista (*in memoriam*) e minha mãe Tailândia (*in memoriam*) que me amaram e se dedicaram em todos os momentos que estivemos juntos.
Para minha esposa Lorena, e minhas filhas, Rafaela, Mariana, Catarina, Isabela e Luísa, pelo amor, apoio, paciência e incentivo durante esta minha trajetória acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Aos meus professores, em especial aos meus orientadores, professor e grande amigo Luiz Guilherme, que me incentivou na realização desse sonho e me ajudou durante toda essa trajetória, sendo fundamental para que este estudo fosse realizado, e professor Mário, grande parceiro, que tive a oportunidade de conhecer a pouco tempo, sempre disponível e com contribuições valiosas para o estudo.

Ao GEAFS, em especial a minha colega e amiga Luciana Barboza, que me acompanhou durante esses dois anos, sempre prestativa e colaboradora, com contribuições importantes para o estudo.

À UnB, em especial a FEF e ao Programa de Pós-graduação em Educação Física, por sua excelência e organização.

Ao TST, que me propiciou a oportunidade de realizar este estudo, em especial a Dra. Conceição que foi minha primeira chefe na Secretaria de Saúde, sempre preocupada e atenta com as questões profissionais e pessoais, e a Dra. Esterlina, minha atual chefe, que sempre me deu autonomia para a realização do meu trabalho, do meu estudo e me apoiou na realização deste sonho.

A todas as administrações que acreditaram e acreditam no TST em Movimento e que dão todo o apoio para que o programa exista e continue existindo, ao diretor geral e aos ministros do TST.

As secretarias e coordenadorias que apoiam e ajudam o TST em Movimento a desenvolver suas atividades, como a Secretaria de Comunicação Social, de Gestão de Pessoas, da Tecnologia da Informação, e de Segurança, dentre outros setores do TST.

A todos os colegas do TST em Movimento, Gustavo e Cecília, que me apoiam e ajudam para que o TST em Movimento possa atuar com o objetivo de melhorar a saúde das pessoas, a nova colega Sara, que veio contribuir para o crescimento do programa, e a todos os estagiários, atuais e aos que já passaram pelo programa, sendo a linha de frente do programa, atuando com compromisso e dedicação.

A todos os meus colegas servidores do TST, que acreditam e confiam no TST em Movimento, e são a razão da existência do programa.

Por fim, o agradecimento mais importante, a Deus, pelo dom da vida, da saúde e da sabedoria, meu melhor amigo e sempre presente em todos os momentos da minha vida.

SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	18
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1 Atividade física e saúde.....	19
3.2 Promoção da saúde.....	31
3.3 Promoção da saúde no ambiente laboral.....	35
3.4 Promoção da saúde no ambiente laboral por meio da promoção da atividade física.....	42
3.5 Modelo lógico.....	52
3.6 Avaliação em saúde.....	57
4. MÉTODOS.....	69
4.1 Descrição do Programa TST em Movimento.....	69
4.2 Construção do modelo lógico.....	70
4.3 Elaboração do plano de avaliação.....	71
5. RESULTADOS.....	84
5.1 O Programa TST em Movimento.....	84
5.2 O modelo lógico do Programa TST em Movimento.....	101
5.3 O plano de avaliação do Programa TST em Movimento.....	106
6. DISCUSSÃO.....	129
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO.....	136
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	139
9. ANEXOS.....	149

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

FIGURA 1 – Logomarcas TST em Movimento

FIGURA 2 – Foto da imagem aérea do TST

FIGURA 3 – Cartaz das recomendações de AF para a saúde

FIGURA 4 – Foto do Revezamento de Caminhada do TST

FIGURA 5 – Foto do calçadão do TST

FIGURA 6 – Foto do bicicletário do TST

FIGURA 7 – Foto do grupo de gestantes no CRF

FIGURA 8 – Modelo Lógico do TST em Movimento

QUADRO 1 – Linha do tempo dos primeiros 15 anos do TST em Movimento

QUADRO 2 – Indicadores de estrutura

QUADRO 3 – Indicadores de processo

QUADRO 4 – Indicadores de resultado

LISTA DE ABREVIATURAS

AF – Atividade Física

ASTRISUTRA – Associação dos Servidores da Justiça do Trabalho

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CRF – Centro de Reabilitação Funcional

EF – Educação Física

EUA – Estados Unidos da América

GL – Ginástica Laboral

IMC – Índice de Massa Corporal

IPAQ – *International Physical Activity Questionnaire*

ML – Modelo Lógico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAGAF – Plano de Ação Global para Atividade Física

PAS – Programa Academia da Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

SECOM – Secretaria de Comunicação Social

SESI – Serviço Social da Indústria

SICOOB Credijustra – Cooperativa de Crédito dos Servidores da Justiça do Trabalho

TST – Tribunal Superior do Trabalho

TTTTL – Tempo total de tela no tempo livre

VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

RESUMO

O local de trabalho é um ambiente propício para promover a saúde da população adulta. Nesse contexto foi criado em 2004 o Programa TST em Movimento, no Tribunal Superior do Trabalho (TST), em Brasília-DF. O Programa tem como objetivo promover a saúde dos colaboradores do TST através da promoção da atividade física (AF). O objetivo do estudo foi descrever o Programa TST em Movimento, construir seu modelo lógico (ML) e elaborar o seu plano de avaliação. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, do tipo estudo de caso. O método utilizado foi a coleta de dados através da análise de documentos do Programa, como relatórios, atos normativos, cartilhas, site, banco de dados, além do relato dos gestores antigos e atuais do Programa. Na descrição foram apresentados o contexto da intervenção, população alvo, fatores influenciadores, recursos, atividades e alguns resultados do Programa. O ML foi construído conforme as diretrizes do Manual para Avaliação da AF do *Centers for Disease Control and Prevention*. O plano de avaliação foi elaborado a partir do ML construído, e seguiu a proposta do Guia Metodológico de Definição e Avaliação de Indicadores do Ministério da Saúde. Os resultados do estudo foram a descrição do Programa, seu ML e plano de avaliação. O ML do Programa vai possibilitar uma melhor visualização e entendimento do funcionamento e da estrutura de um programa de promoção da AF no local de trabalho, em especial no Poder Judiciário, contribuir para a implementação de outros programas de AF no ambiente de trabalho, em especial no setor público. O plano de avaliação irá contribuir para uma avaliação mais ampla do Programa, incluindo aspectos de estrutura, processos e resultados, com indicadores de oferta, utilização, cobertura e impacto, que poderão auxiliar na sustentabilidade e melhoria contínua do Programa.

Palavras-chave: Atividade física; Saúde; Local de trabalho.

ABSTRACT

The workplace is an environment conducive to promoting the health of the adult population. In this context, the “TST em Movimento” Program was created in 2004, at the “Tribunal Superior do Trabalho” (TST), in Brasília-DF. The Program aims to promote the health of TST employees through the promotion of physical activity (PA). The study aimed to describe the “TST em Movimento” Program, build its logical model (LM), and elaborate its evaluation plan. This is a qualitative, descriptive, and case study type of research. The method used was the collection of data through the analysis of documents of the Program, such as reports, normative acts, booklets, website, database, in addition to the report of former and current managers of the Program. In the description, the context of the intervention, target population, influencing factors, resources, activities, and some results of the Program were presented. The LM was constructed according to the guidelines of the Centers for Disease Control and Prevention's Manual for the Assessment of PA. The evaluation plan was prepared from the LM constructed and followed the proposal of the Methodological Guide for the Definition and Evaluation of Indicators of the Ministry of Health of Brazil. The results of the study were the description of the Program, its LM, and its evaluation plan. The LM of the Program will enable better visualization and understanding of the functioning and structure of a PA promotion program in the workplace, especially in the Judiciary, contributing to the implementation of other PA programs in the work environment, particularly in the public sector. The evaluation plan will contribute to a broader evaluation of the Program, including aspects of structure, processes, and results, with indicators of supply, use, coverage, and impact, which can help in the sustainability and continuous improvement of the Program.

Keywords: Physical activity; Health; Workplace.

1. INTRODUÇÃO

A saúde é um dos maiores patrimônios do ser humano. Os estudiosos, dentre eles os da área de ciências da saúde, vêm dedicando esforços para que o tema, devido a sua importância e interesse atual, ganhe destaque para indivíduos, sociedades e governos.

O conceito de saúde vem passando por mudanças. Deixou de ser um conceito voltado apenas para “o estado de ausência de doença”, para se tornar um conceito mais amplo, de dimensões física, social e psicológica. O conceito clássico de saúde é “o estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Saúde é um recurso para a vida, e não um objetivo de viver. É um conceito positivo, enfatizando os recursos pessoais e sociais, bem como as capacidades do indivíduo. O conceito ampliado de saúde supera a exclusiva “ausência de doença”, e caminha para condições fundamentais que garantam o exercício de viver, como paz, habitação, educação, alimentação, renda, sustentabilidade, justiça social e equidade¹⁻³.

Para promover saúde se faz necessário reconhecer que ela está em constante construção, identificando as fragilidades e potencialidades do indivíduo e de coletivos, e a responsabilidade de governos em garantir direitos, acesso a serviços essenciais e possibilidades para o desenvolvimento pleno das pessoas³.

Também se faz necessário entender qual o conceito de “prevenção de doenças”. Existem alguns entendimentos que resumem a promoção da saúde à prevenção de doenças, ou vice-versa. São duas construções fundamentais para a saúde, mas possuem uma dimensão, intencionalidade e características diferentes³.

O marco conceitual da prevenção é a história natural das doenças. Seu objetivo é evitar o surgimento ou a proliferação de doenças, por meio da divulgação de informações e recomendações para mudanças de hábitos, sendo o sujeito responsável pela mudança, isto é, com um comportamento receptivo³.

O marco conceitual da promoção da saúde são os determinantes sociais da saúde. Seu objetivo é fomentar o bem-estar geral por meio da transformação das

condições de saúde, através de mudanças políticas, sociais e econômicas, sendo o sujeito corresponsável pela mudança, isto é, participativo no processo de mudança³.

Entender esses conceitos vai auxiliar no planejamento na área da saúde, para que se tenha mais clareza, se a ação, projeto ou programa é de promoção ou prevenção, e esclarecer quando se deve investir em uma ou nas duas frentes, de forma integrada. Também ajudará na compreensão se o resultado ou desfecho esperado é relativo aquele tipo de abordagem³.

Uma das formas de promover saúde e prevenir doenças é através da prática regular de atividade física (AF). A AF regular é um importante fator para a prevenção e o tratamento de doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, e vários tipos de câncer^{4,5}.

Apesar de todos os benefícios da prática regular de AF, uma parcela da população mundial, e especificamente do Brasil, ainda é insuficientemente ativa⁶⁻⁸.

Diante deste cenário, a Organização Mundial da Saúde⁹ (OMS) lançou em 2018, o Plano de Ação Global para Atividade Física (PAGAF) 2018-2030, com a meta de reduzir a inatividade física no mundo em 10% até 2025, e em 15% até 2030.

O PAGAF⁹ apresenta quatro objetivos principais, dentre eles, o de criar pessoas e ambientes ativos. Propõe que se promova o acesso a oportunidades e programas, em diversos contextos, para apoiar pessoas de todas as idades e capacidades a se envolverem em AF regular, individualmente, em família e na comunidade.

Para que as metas de redução da inatividade física sejam atingidas, políticas e estratégias para a promoção da AF se mostram fundamentais em todos os ambientes, ou seja, nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho, e em outros espaços comunitários^{9,10}.

Por isso, o local de trabalho vem ganhando destaque nos últimos anos por ser um espaço de convívio de muitas pessoas adultas. É um local onde os indivíduos passam a maior parte do seu tempo, do seu dia, da sua semana e até da sua vida. No ambiente de trabalho, torna-se mais fácil o acesso às pessoas, e quando são utilizadas abordagens adequadas, têm fortes chances de sucesso na influência para a mudança em direção a uma vida mais saudável¹¹.

Os locais de trabalho são considerados ótimos ambientes para disseminar a promoção e o cuidado da saúde, e pode ser também um determinante chave da saúde dos empregados. As políticas e ações no local de trabalho criam uma cultura que pode direcionar e sustentar a saúde dos trabalhadores, além disso, a promoção da saúde no local de trabalho pode abranger um número ilimitado de programas ou ações¹².

Evidências científicas, no Brasil e em outros países do mundo, já demonstraram os benefícios dos programas de promoção da saúde na qualidade de vida dos trabalhadores, na saúde coletiva, na produtividade e sustentabilidade das empresas, e no desenvolvimento econômico dos países¹¹.

É importante destacar que promover saúde no local de trabalho tem suas diferenças, singularidades e convergências, dependendo se a promoção é no setor privado ou no público. De acordo com Ferreira¹³, o setor privado tem como missão o mercado, enquanto o setor público, a sociedade. O setor privado está direcionado ao consumidor ou cliente, enquanto o público, ao cidadão ou contribuinte. O privado é baseado na venda de produtos e na busca da rentabilidade nos negócios, enquanto o público à prestação de serviços e a busca da cidadania. Uma característica comum no setor privado é a competitividade e a rotatividade de pessoal, enquanto no público a cooperação e a estabilidade de pessoal, sendo a última uma característica marcante. Por fim, o setor privado é regido por normativos regulatórios, enquanto o público por normativos do Estado.

Mesmo apresentando suas diferenças e singularidades, cada vez mais a sociedade e o mercado exigem desses setores eficácia, eficiência e efetividade¹³.

No momento atual, de reestruturação produtiva, ainda se mantém características do “Taylor – Fordismo”, com a busca desenfreada do lucro e da produtividade, o estabelecimento de metas, e o controle da atividade de trabalho e do trabalhador¹⁴. São fenômenos presentes tanto na iniciativa privada quanto na pública, mesmo o setor público não tendo possibilidades equivalentes, em razão de rígidas normas regulamentadoras para eventuais recompensas econômicas dos trabalhadores.

A importância da promoção da saúde no local de trabalho já está bem consolidada na iniciativa privada. As lideranças das empresas reconhecem que cuidar da saúde no local de trabalho pode diminuir os custos médicos, melhorar a produtividade e a moral dos empregados, promover o bem-estar, reter talentos, e auxiliar as empresas a alcançarem um reconhecimento social¹². Entretanto, na iniciativa pública, cuidar da saúde dos servidores ainda é uma questão vista, por muitos, como privilégio, e não como atenção básica à saúde, e a instrumentalização da prática de AF no local de trabalho ainda precisa de maior reconhecimento das organizações.

Portanto, há que se destacar que promover a saúde dos servidores públicos é dever do Estado. Em 2013, foi publicada a Portaria Normativa nº 3, de 25 de março de 2013¹⁵, que instituiu as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, voltada aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal.

Essas diretrizes destinam-se a subsidiar políticas e projetos de promoção da saúde e de qualidade de vida no trabalho, priorizando ações voltadas à educação em saúde, ao estímulo dos fatores de proteção da saúde, dentre outras, na busca da construção de uma cultura de valorização da saúde para redução da morbimortalidade, por meio de hábitos saudáveis de vida e de trabalho¹⁵.

Um dos objetivos dessas diretrizes é propiciar aos servidores ambientes de trabalho saudáveis, e o bem-estar das pessoas inseridas no contexto laboral. Com o propósito de viabilizar o cuidado em saúde e aumentar o impacto dos programas

e ações de promoção da saúde, devem ser priorizados diversos temas de interesse, sendo um desses temas prioritários, a atividade física¹⁵.

Considerando que a saúde é direito de todos e dever do Estado (Constituição Federal, art. 196), o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), um dos órgãos do Poder Judiciário, responsável por normatizar assuntos relacionados ao Judiciário, instituiu em 2015, a Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário, através da Resolução nº 207, de 15 de outubro de 2015¹⁶.

Um dos objetivos desta Política, é definir princípios, diretrizes, estratégias e parâmetros para a implementação, em caráter permanente, de programas, projetos e ações institucionais voltados à promoção e à preservação da saúde física e mental de magistrados e servidores. As ações em saúde serão todas as iniciativas e medidas voltadas para a atenção integral à saúde; e a promoção da saúde, o conjunto de ações com o objetivo de informar e motivar a atuação, individual e coletiva, na melhoria da saúde¹⁶.

O Tribunal Superior do Trabalho (TST), órgão do Poder Judiciário, e instância máxima da Justiça do Trabalho, localizado em Brasília-DF, no ano de 2004, na perspectiva de promover saúde no local de trabalho, criou o Programa TST em Movimento¹⁷, com o objetivo de promover a saúde dos servidores, através da promoção da AF.

O Programa possui mais de 18 anos de existência, e vem desenvolvendo ações de incentivo à prática de AF regular e à diminuição do comportamento sedentário, divulgando as recomendações de AF para a saúde^{5,10,18}, e ofertando ações em diversos campos da saúde, com temas relacionados à alimentação saudável, qualidade do sono, combate ao estresse, e prevenção e manejo de dores osteomusculares.

Apesar dos seus 18 anos, o TST em Movimento ainda não possui seu modelo lógico (ML), ferramenta importante para a construção de um plano de avaliação no campo da saúde^{19,20}.

A literatura brasileira possui pouquíssimas publicações que descrevem programas de promoção da AF no local de trabalho, seus modelos lógicos e planos de avaliação de programas baseados em modelos lógicos. A maioria dos artigos que descrevem programas e apresentam seus modelos lógicos são de iniciativas no âmbito comunitário, principalmente programas de promoção da AF de cidades brasileiras, como o “Programa Agita São Paulo²¹”, o “Programa Academia da Cidade de Recife²²” e o “Programa Cidade Ativa, Cidade Saudável²³” de São José dos Pinhais, no Paraná.

Diante disso, o resultado da pesquisa pode colaborar na disseminação de boas práticas na promoção da saúde por meio da descrição de um programa de promoção da AF no local de trabalho, em especial no serviço público, servindo de referência para o planejamento, implementação e avaliação de programas de AF no setor público brasileiro.

Como o responsável pelo estudo é também o atual gestor do Programa, o desenvolvimento do ML e do Plano de Avaliação do TST em Movimento possibilitarão um “olhar para dentro”, e irão contribuir para um processo de autoavaliação do Programa, baseado em referenciais teóricos sólidos e na literatura especializada.

2. OBJETIVOS:

Considerando o contexto apresentado, os objetivos deste estudo são:

- Descrever o Programa TST em Movimento;
- Propor o Modelo Lógico do Programa TST em Movimento;
- Elaborar o Plano de Avaliação do Programa TST em Movimento com base no Modelo Lógico proposto.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atividade Física e Saúde

A atividade física pode ser conceituada como qualquer movimento corporal, que resulte em gasto energético acima do repouso^{2,24}. Dentre as atividades físicas, incluem as atividades da vida diária (como as atividades domésticas), no trabalho (atividades ocupacionais), nos deslocamentos (transporte ativo), e as atividade no lazer^{2,10}.

Portanto, a AF está presente no dia a dia de qualquer pessoa, e em diversos ambientes e locais, como em casa, no trabalho, na escola, no lazer, e nos deslocamentos diários.

Uma distinção importante a se considerar é entre os conceitos de AF e de exercício. Exercício é uma das formas de AF, planejada, estruturada, repetitiva, que tem como um dos seus objetivos o desenvolvimento ou a manutenção da aptidão física^{2,24,25}. Desta forma, entende-se AF como algo mais amplo e normalmente espontâneo, enquanto o exercício é mais específico, com objetivos pré-definidos.

Conceitos de inatividade física e de comportamento sedentário ainda têm sido utilizados como sinônimos, mas do ponto de vista da Ciência do Movimento, são conceitos diferentes. Ser ou estar inativo é quando o indivíduo tem baixos níveis de prática de atividade física ou um estilo de vida com o mínimo de AF, o equivalente a um gasto energético inferior a 500 kcal por semana². Comportamento sedentário é um tipo de comportamento, no estado de vigília, isto é, quando acordado, caracterizado por baixos níveis de gasto energético (<1,5 MET), nas posições sentada, deitada ou reclinada^{26,27}.

Para Nahas², a AF é uma característica inerente ao ser humano, na sua dimensão biológica e cultural, e um tema interdisciplinar e complexo, que tem despertado o interesse de pesquisadores, da mídia, e da saúde pública, ao redor do mundo nas últimas décadas.

O uso da AF na promoção da saúde da população é uma prática disseminada há décadas pela comunidade científica, pois sua prática, eficácia e efetividade já são comprovadas com base em respostas positivas e significativas na redução de morbidade e mortalidade de indivíduos ativos²⁸.

Dessa forma, a promoção da prática regular de AF é um fator importante para a saúde e bem-estar da sociedade, envolvendo não apenas benefícios para a saúde, mas também benefícios econômicos. O aumento do nível de AF da população passou a ser uma questão de saúde pública para governos em todo o mundo²⁹.

A revisão sistemática conduzida por Warburton e Bredin⁴, revelou que existe uma esmagadora evidência da associação entre AF regular com a redução do risco de mortalidade por todas as causas e de diversas condições de saúde crônicas, como doença cardiovascular, mortalidade de todas as causas, mortalidade por todos os tipos de câncer, diabetes tipo 2, hipertensão, dentre outras. Também já existem evidências dos benefícios na saúde mental, incluindo possível melhora na função cognitiva, redução do risco de ansiedade e depressão, e melhora do sono e da qualidade de vida^{10,26}.

O mundo vem passando por diversas mudanças, que estão resultando em alterações significativas no modo de viver das pessoas, no âmbito biológico, psicológico e social^{2,30}. Questões como a mecanização, a urbanização e a revolução tecnológica têm afetado o estilo de vida e a saúde dos indivíduos, com isso a sociedade moderna tem enfrentado novos desafios, sendo um deles a inatividade física, trazendo consequências para a saúde da população mundial^{2,31,32}. As pessoas, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, estão se tornando cada vez mais sedentárias, principalmente devido as mudanças no estilo de vida, acompanhadas pelo crescimento econômico e pela urbanização^{11,28,33}.

No Brasil não é diferente, transformações semelhantes estão acontecendo, e tem afetado a saúde da população brasileira. O mesmo acontece com a saúde e

qualidade de vida do trabalhador brasileiro, pela necessidade de sobrevivência e por interesses corporativos relativos ao lucro e ao aumento da produtividade³⁴.

Em resposta ao aumento mundial do número de doenças não transmissíveis, a OMS formulou, em maio de 2004, a “Estratégia Mundial sobre Regime Alimentar, Atividade Física e Saúde³⁵”, adotada na 57ª Assembleia Mundial da Saúde. O objetivo dessa Estratégia era promover a saúde mediante a facilitação de diretrizes para a criação de um meio ambiente propício para iniciativas sustentáveis a nível individual, comunitário, nacional e mundial, que em conjunto, darão lugar a uma redução das doenças não transmissíveis e da taxa de mortalidade relacionadas a uma alimentação pouco saudável e à inatividade física.

Entre os principais riscos globais de mortalidade estão a pressão alta, o tabagismo, a glicose sanguínea alta, a inatividade física, e o sobrepeso e a obesidade. Esses são os cinco principais fatores de risco de causa de mortalidade no mundo divulgados em 2009 pela OMS. De acordo com a OMS, esses fatores de risco são responsáveis pelo aumento do risco de doenças crônicas, como doenças cardíacas, diabetes e cânceres, e afetam qualquer país, seja de alta, média ou baixa renda³⁶.

Conforme dados da OMS³⁶, a inatividade física é o quarto maior fator de risco dos 24 fatores de risco globais, sendo responsável por 3,2 milhões de mortes em 2004, representando 5,5% das mortes ao redor do mundo.

Entre os 24 fatores de risco globais, seis estão relacionados à dieta inadequada e à inatividade física e são responsáveis por 19% das mortes globais. São eles: pressão alta, glicose alta, sobrepeso e obesidade, inatividade física, colesterol alto, e baixo consumo de frutas e vegetais. Esses fatores de risco têm um grande efeito nas doenças cardiovasculares, sendo que 57% das mortes por doenças cardiovasculares podem ser atribuídas a um desses fatores³⁶.

Para Lee *et al*³⁷, das 57 milhões de morte do mundo em 2008, 5,3 milhões poderiam ser evitadas todos os anos se as pessoas inativas passassem a ser ativas. Estimou-se que a inatividade física causa de 6 a 10% de boa parte das doenças

não transmissíveis, como doenças coronarianas, diabetes tipo 2, e cânceres de cólon e mama. Esse comportamento não saudável é responsável por 9% da mortalidade precoce, ou mais que 5,3 milhões das mortes em 2008. Com a eliminação da inatividade física, a expectativa de vida da população mundial poderia ser aumentada em 0,68 anos.

De acordo com o estudo de Lee *et al*³⁷, a mais alta prevalência de inatividade física foi encontrada nas pessoas que desenvolveram diabetes tipo 2 (43,2%), seguidas por aquelas que vieram à óbito (42,9%) e que desenvolveram câncer de cólon (42,9%), doença cardíaca coronariana (42,2%), e câncer de mama (40,7%).

A inatividade física parecer ter efeitos similares à obesidade e ao tabagismo³⁷. Esses dois últimos fatores de risco são metas de políticas públicas ao redor do mundo já a algum tempo, enquanto políticas voltadas ao combate à inatividade física têm se tornado tema relevante da saúde pública mais recentemente³².

No Brasil, estima-se que a inatividade física seja responsável pela incidência de 14,6% de câncer de cólon, 13,4% de câncer de mama, 13,2% de mortalidade por todas as causas, 10,1% de diabetes tipo 2, 8,2% de doença cardíaca coronariana. Além disso, estima-se com a eliminação da inatividade física a população brasileira teria um ganho de 1,08 anos na expectativa de vida³⁷.

Em estudo publicado em 2012, por Hallal *et al*³¹, na primeira série dedicada à atividade física da Revista *The Lancet*, com dados de 122 países, estimou-se a prevalência de inatividade física em adultos ao redor do mundo em 31,1%, sendo as mulheres (33,9%) menos ativas que os homens (27,9%), e a inatividade física, mais comum em países de alta renda.

Os resultados desse estudo³¹ também mostraram um progresso em relação aos sistemas de vigilância da AF pelo mundo, por governos e agências internacionais, muito provavelmente devido ao aumento da carga de doenças não transmissíveis ao redor do mundo. Monitorar a AF da população vai auxiliar no

planejamento de estratégias de intervenções para a promoção da AF, e identificar aquelas bem-sucedidas.

Para Kohl *et al*³², em vista da prevalência da inatividade física na população do planeta, do seu alcance ao redor do mundo, e de seus efeitos para a saúde, a inatividade física pode ser apropriadamente descrita como uma pandemia, com vastas consequências econômicas, sociais, ambientais, e para a saúde. A morbidade associada dos distúrbios da saúde em relação à inatividade física, incluem custos econômicos diretos e indiretos, exercendo uma carga substancial na sociedade e nos sistemas de saúde.

A inatividade física é pandêmica, uma das principais causas de morte ao redor do mundo, e atualmente, um dos quatro pilares de estratégias voltadas para o combate às doenças não transmissíveis. O monitoramento da inatividade física no mundo vai colaborar para avaliar o progresso de políticas e planos de ação, e possibilitar o estabelecimento de metas, colaborando para o crescimento e evolução na área da AF e sua relação com a saúde pública³².

Na segunda série da revista *The Lancet* dedicada à AF, publicada em 2016, Sallis *et al*³⁸ concluíram que mais países estão coletando dados de vigilância da AF, e mesmo com a implementação de estratégias de promoção da AF, os níveis de AF populacional não estão aumentando ao redor do mundo.

A estimativa da prevalência mundial de inatividade física entre adultos mudou de 31,1% em 2012, para 23,3% em 2016. Essa redução se deve primariamente, a mudança de conceituação da inatividade física na pesquisa de 2016, ao invés de um real aumento do nível de atividade física da população adulta mundial, mas a disparidade da prevalência de inatividade física maior entre mulheres do que homens permanece³⁸.

Em estudo conduzido por Guthold *et al*³⁹, os autores concluíram que em 2016 a prevalência de AF insuficiente foi de 27,5%, mais que um quarto da população adulta mundial não cumpria as recomendações de AF para a saúde da OMS¹⁸ (pelo menos 150' de atividade física de intensidade moderada ou 75' de

intensidade vigorosa por semana, ou uma combinação equivalente das duas). Em 55 (32,7%) dos 168 países estudados, mais que um terço da população era insuficientemente ativa fisicamente.

O estudo³⁹ acima utilizou dados entre 2001 e 2016, e mostrou que os níveis de AF insuficiente tiveram uma redução praticamente insignificante, com a prevalência global de 28,5% em 2001, comparado com 27,5% em 2016. Dentre os países com as maiores prevalências de AF insuficiente no mundo, está o Brasil, com 47%.

Os resultados do estudo³⁹ concluíram que as mulheres (31,7%) são mais inativas que homens (23,4%), e a prevalência de AF insuficiente em países de alta-renda (36,8%) foi mais que o dobro do que em países de baixa-renda (16,2%). Para os autores, em países mais ricos, a transição para ocupações mais sedentárias e o uso de transporte motorizado, provavelmente, explicam os mais altos níveis de inatividade.

O estudo recente conduzido por Katzmarzik *et al*⁴⁰, teve como objetivo estimar a carga global de mortalidade e de doenças não transmissíveis associadas com a inatividade física, concluindo que a carga global associada com a inatividade física tem efeito substancial. Globalmente, 7,2% da mortalidade por todas as causas e 7,6% das mortes por doença cardiovascular podem ser atribuídas à inatividade física.

As proporções de doenças não transmissíveis atribuídas à inatividade física variaram de 1,6% para hipertensão para 8,1% para demência. Para depressão, as proporções atribuídas à inatividade física foram de 7,2%, para tabagismo, 5,0% para doença cardíaca coronariana e 4,5% para diabetes. As proporções para os sete tipos de cânceres do estudo, variaram entre 2,2% para câncer de bexiga, e 7,2% para os cânceres de esôfago e rins⁴⁰.

Os resultados do estudo⁴⁰ também mostraram que a maior carga de doenças não transmissíveis associadas com a inatividade física está presente em países da América Latina e Caribe (39,1%). No Brasil, 11,6% da mortalidade por todas as

causas e 12,4% da mortalidade por doença cardiovascular foram atribuídas à inatividade física. Em relação às doenças não transmissíveis, 8,2% das doenças cardíacas coronarianas, 8,2% do tabagismo, 2,7% da hipertensão, 7,4% do diabetes tipo 2, 13,1% da demência, e 11,6% da depressão foram atribuídas à inatividade física.

Os resultados desse estudo forneceram evidências que a carga para a saúde pública associada à inatividade física é uma questão global, que requer uma colaboração internacional para mobilizar mudanças e alcançar as metas de saúde pública⁴⁰.

O Brasil possui um sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) desde 2006, que fornece informações das estimativas sobre a frequência e distribuição sociodemográfica de vários fatores de risco e proteção, das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal. Um dos indicadores é a AF. Esse sistema de monitoramento é de grande importância para a saúde da população brasileira, permitindo uma visão abrangente sobre a tendência temporal dos indicadores, e fornecendo dados que irão auxiliar na implementação e avaliação de políticas públicas⁸.

O VIGITEL⁸ busca avaliar a prática de AF nos seus quatro domínios: no tempo livre ou lazer, no deslocamento, na atividade ocupacional, e no âmbito das atividades domésticas. A coleta dos indicadores relacionados à prática de AF teve início em 2009.

Os indicadores relacionados à prática de AF⁸ são:

- percentual de adultos que praticam atividades físicas no tempo livre (pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos de intensidade vigorosa),
- percentual de adultos que praticam atividades físicas no deslocamento (pelo menos 150 minutos de atividade física moderada por semana de deslocamento para o trabalho ou escola, de bicicleta ou caminhando),

- percentual de adultos com prática insuficiente de atividade física (não alcançam pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos de intensidade vigorosa, no tempo livre, no deslocamento, e na atividade ocupacional), e
- percentual de adultos fisicamente inativos (não praticaram qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses, e não realizaram esforços físicos intensos no trabalho, não realizaram a limpeza pesada de casa, e não se deslocaram para o trabalho ou escola caminhando ou de bicicleta, perfazendo um mínimo de 20 minutos no percurso de ida e volta).

De acordo com os dados divulgados pelo VIGITEL⁸ em 2022, a frequência de adultos com prática de AF no tempo livre aumentou no período entre 2009 e 2021, variando de 30,3% em 2009, a 36,7% em 2021 (aumento médio de 0,59 pontos percentuais/ano). A frequência de homens com prática de AF no tempo livre em 2021 foi de 43,1%, enquanto de mulheres foi de 31,3%. A frequência de adultos que praticam AF no deslocamento para o trabalho ou para a escola reduziu no período entre 2009 e 2021, variando de 17,0% em 2009, a 10,4% em 2021 (-0,41 pp/ano).

A frequência de adultos com prática insuficiente de AF se manteve estável no período entre 2013 e 2021, variando de 49,4% em 2013, a 48,2% em 2021. A coleta desse indicador teve início no ano de 2013. Em 2021, a frequência de prática insuficiente de AF foi de 39,3% entre os homens, e de 55,7% entre as mulheres. A frequência de adultos fisicamente inativos se manteve estável no período entre 2009 e 2021, variando de 15,9% em 2009, a 15,8% em 2021⁸.

De acordo com os dados do VIGITEL⁸, no Distrito Federal, a frequência de adultos com prática de AF no tempo livre variou de 38,8% em 2009, a 40,3% em 2021. A frequência de adultos que praticam AF no deslocamento para o trabalho ou para a escola variou de 12,9% em 2009, a 6,7% em 2021; a de adultos com prática insuficiente de AF variou de 44,5% em 2013, a 45,2% em 2021; e a de adultos fisicamente inativos variou de 13,3% em 2009, a 15,8% em 2021⁸.

Além do VIGITEL, o Brasil possui outro inquérito de âmbito nacional, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), fruto da parceria entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e o Ministério da Saúde. Dentre os temas de saúde da pesquisa, estão a autopercepção do estado de saúde, estilos de vida, e doenças crônicas⁷.

Uma das diferenças entre o VIGITEL e a PNS são os domicílios estudados, enquanto o VIGITEL monitora dados das capitais brasileiras e do Distrito Federal, a PNS seleciona por amostragem aleatória simples, entre 12 e 18 domicílios de cada uma das Unidades da Federação^{7,8}.

Em 2013, foi realizada a primeira edição da PNS, com o propósito de ser repetida a cada cinco anos, entretanto não foi possível realizá-la em 2018, razão pela qual foi adiada para 2019. O objetivo da pesquisa é fornecer um amplo conjunto de informações que ajudarão na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas relacionadas à saúde⁷.

Um dos eixos da PNS é o estilo de vida, apresentando quatro indicadores relacionados aos fatores de risco modificáveis de doenças crônicas não transmissíveis: consumo alimentar, consumo de bebida alcoólica, AF e tabagismo⁷.

Para avaliar o nível de AF da população adulta brasileira (com 18 anos ou mais), a PNS utiliza a frequência da prática nos diferentes domínios de AF, no lazer (ou tempo livre), no trabalho, no deslocamento e no âmbito das atividades domésticas, e descreve a frequência de brasileiros insuficientemente ativos⁷.

No domínio da AF no lazer são considerados indivíduos fisicamente ativos aqueles que realizam mais de 150 minutos de AF de intensidade moderada ou mais de 75 minutos de intensidade vigorosa por semana, fora do âmbito do trabalho ou da escola. Nesse domínio, a frequência de brasileiros ativos foi de 22,7% em 2013, e de 30,1% em 2019⁷.

No domínio da AF no trabalho são considerados indivíduos fisicamente ativos aqueles que realizam 150 minutos ou mais na semana de caminhada ou AF

intensa, vinculadas ao exercício do trabalho. No Brasil, em 2019, a frequência de brasileiros ativos no trabalho foi de 42,6%⁷.

No domínio da AF no deslocamento são considerados indivíduos fisicamente ativos aqueles que gastam pelo menos 30 minutos diários, de caminhada ou de bicicleta, nos deslocamentos para o trabalho ou escola. Em 2019, a proporção de indivíduos ativos no deslocamento foi de 31,7%⁷.

No domínio da AF nas atividades domésticas são considerados indivíduos fisicamente ativos aqueles que praticam no mínimo 150 minutos semanais de faxina pesada ou outra atividade que requer esforço intenso no âmbito doméstico. Estimou-se, em 2019, que 15,8% dos brasileiros eram fisicamente ativos nesse domínio⁷.

A PNS também trouxe a estimativa de brasileiros que eram considerados insuficientemente ativos, ou seja, pessoas que não praticaram AF ou praticaram menos de 150 minutos por semana considerando os domínios do lazer, do trabalho e do deslocamento. Em 2019, a proporção de adultos classificados como insuficientemente ativos foi de 40,3%, sendo a proporção maior entre as mulheres (47,5%) quando comparada aos homens (32,1%)⁷.

Considerando a proporção de brasileiros insuficientemente ativos, analisando sob a ótica das relações de trabalho, de acordo com dados da PNS, 62,7% dos indivíduos fora do mercado de trabalho eram insuficientemente ativos, comparado a 27,6% dos indivíduos que estavam na força de trabalho (ocupados)⁷. Esse dado é muito interessante, pois mostra claramente uma diferença das pessoas que estão ocupadas (com trabalho) em relação àquelas que estão fora do mercado de trabalho, podendo inferir que estar trabalhando ou ocupado pode gerar ou incentivar mais AF na vida das pessoas.

Em 2015, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) trouxe um indicador sobre o nível de atividade física (NAF) dos trabalhadores brasileiros. Conforme estudo conduzido por Silva *et al*⁴¹, utilizando-se de dados da PNAD de 2015, com uma população de 82.019.207 trabalhadores, somente

31,7% praticavam AF no tempo livre. Considerou-se tempo livre os horários que não incluíam as atividades domésticas, a atividade física na escola, e as atividades físicas de deslocamento para o trabalho ou escola. Dos trabalhadores do estudo, 38% deles foram motivados a realizar AF com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida ou bem-estar. Em relação ao motivo para não realizar AF, 50,3% alegaram a falta de tempo como principal motivo.

Outro resultado importante do estudo⁴¹ mostrou que a prática de exercícios foi reduzida com o aumento da carga horária de trabalho. Os indivíduos mais ativos fisicamente trabalhavam de 15 a 39 horas por semana. Além disso, o trabalhador em regime formal de trabalho era mais ativo que no informal. No trabalho formal a chance de ser ativo foi 17,9% maior que no trabalho informal.

Como a falta de tempo é a principal barreira apresentada para a não prática de AF e o trabalho formal aumenta a chance do indivíduo ser ativo, programas de promoção da AF no local de trabalho podem contribuir para a redução da inatividade física na população adulta brasileira.

Em 2018, com o objetivo de reduzir os números da inatividade física no mundo, a OMS lançou o PAGAF 2018-2030⁹ com o tema “Mais Pessoas Ativas para um Mundo mais Saudável”. O PAGAF apresenta um quadro de ações políticas efetivas e viáveis para aumentar a AF em todos os níveis, estabelecendo quatro objetivos e recomendando 20 ações políticas aplicáveis a qualquer país, abordando determinantes culturais, ambientais e individuais da inatividade física.

A meta do PAGAF⁹ é reduzir em 10% a inatividade física até 2025, e em 15% até 2030, através de quatro objetivos: criar sociedades ativas, ambientes ativos, pessoas ativas, e sistemas ativos.

Criar sociedades ativas envolve normas sociais e atitudes, para que as pessoas possam compreender os múltiplos benefícios da prática da AF regular. Criar ambientes ativos envolve além da criação de ambientes, a manutenção de locais que promovam acesso equitativo e seguro para a prática da AF regular. Criar pessoas ativas envolve a criação e a promoção de programas que

possibilitem oportunidades para as pessoas, as famílias e a comunidade, praticarem AF. Por fim, criar sistemas ativos envolve o fortalecimento das parcerias entre as lideranças, os governos, os profissionais com o objetivo de alcançar a excelência na mobilização de recursos e implementação de ações coordenadas, para aumentar a AF e diminuir o comportamento sedentário⁹.

De acordo com o PAGAF⁹, a AF tem como contribuir para alcançar os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável 2030⁴², com uma estreita relação com vários desses objetivos, dentre eles, a promoção do bem-estar e da qualidade de vida da população.

Para alcançar as metas de redução da inatividade física, o PAGAF⁹ propõe uma abordagem integrada e sistêmica. Esse tipo de abordagem reconhece a interligação e a interação de múltiplas influências nas oportunidades para a promoção da AF. A implementação do PAGAF necessita da participação coletiva e coordenada das pessoas em diversos contextos, como na comunidade, em suas casas, no local de trabalho e no ambiente escolar.

É importante destacar que as políticas públicas precisam se realizar onde as pessoas estão ou vivem, o que coloca o local de trabalho em um contexto de destaque quando do planejamento de ações de promoção da saúde e da prática regular de AF.

Algumas das 20 ações políticas propostas pelo PAGAF⁹ são: realizar eventos de participação em massa, implementar políticas de infraestruturas proativas, melhorar o acesso a locais públicos ao ar livre, melhorar e integrar sistemas de dados e vigilância, e oferecer programas em múltiplos contextos.

Políticas nacionais precisam ser implementadas para encorajar o uso de transporte não motorizado, como caminhada e bicicleta, e promover a participação da população em esportes e em recreação ativa no tempo de lazer, em especial nos países com rápida urbanização, como Argentina, Brasil e Colômbia, que têm contribuído para os altos níveis de AF insuficiente na América Latina³⁹.

Nesse sentido, políticas efetivas serão aquelas que, além de melhorar a infraestrutura das cidades para o deslocamento não motorizado, possam criar mais oportunidades para AF nos espaços públicos e parques, nos locais de trabalho, e em outros ambientes comunitários^{1,9,39}.

O incentivo à prática de AF regular, por meio de programas de promoção da AF, é importante e necessário. Entretanto, de acordo com dados apresentados na PNS⁷ (2019), a participação em programas de promoção da AF ainda é pequena, apenas 2,7% da população adulta brasileira, ou seja, 4,3 milhões de pessoas participam de programas de incentivo à prática de AF, e quando se trata da população trabalhadora, apenas 2,3% dos indivíduos ocupados (empregados) participam desses programas.

Diante desse baixo percentual de participação da classe trabalhadora em programas de promoção da AF, faz-se necessária a implementação de intervenções e ações no ambiente laboral que possam facilitar a participação, além de colaborar na mudança dos níveis de AF da população trabalhadora, conseqüentemente contribuindo para o aumento da AF da população brasileira.

3.2 Promoção da Saúde

Na década de 60, aconteceu um amplo debate sobre questões relacionadas à saúde ao redor do mundo, com destaque aos componentes sociais e econômicos, em busca de um conceito positivo de saúde, visando superar uma orientação centrada no controle de doenças¹, principalmente a partir da década de 70, com a publicação do Informe Lalond, considerado um marco para a promoção da saúde do Canadá e do mundo, propondo uma classificação de saúde em quatro elementos gerais: biologia, ambiente, estilo de vida e organização da assistência sanitária³.

Em 1986, durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, foi promulgada a Carta de Ottawa, documento elaborado em colaboração da OMS e a Associação Canadense de

Saúde Pública¹, sendo considerado um dos documentos mais importantes sobre promoção da saúde.

Conforme a Carta de Ottawa, promoção da saúde pode ser definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, com destaque a participação da comunidade neste processo. Saúde passa a ser encarada como um conceito positivo, e promoção da saúde não como uma responsabilidade exclusiva do setor Saúde, devendo ir além de um estilo de vida saudável, em direção de um bem-estar global¹. Para Nahas², promoção da saúde deve ser uma ação educativa multidisciplinar, com a criação de oportunidades para facilitar as mudanças de comportamento.

O conceito de saúde deixa de ser visto e influenciado apenas por fatores biológicos e comportamentais, passando a ser compreendido também pela influência e interação de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Esse processo mostra claramente o crescimento e amadurecimento do tema e do conceito saúde.

De acordo com a Carta de Ottawa⁴³, as ações de promoção da saúde devem fornecer oportunidades e recursos igualitários para capacitar as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde, através de ambientes favoráveis; acesso à informação, a experiências e habilidades na vida; e oportunidades para escolhas por uma vida mais sadia.

As intervenções em saúde devem ser entendidas como práticas sociais enraizadas em contextos locais, marcadas por desequilíbrios de poder, diferentes dinâmicas institucionais e expectativas de mudança social⁴⁴.

Dada a dimensão ampliada das ações de promoção da saúde, os interesses, as necessidades e as motivações dos atores locais devem ser levados em conta. A participação dos usuários e da comunidade local é de suma importância, pois vai favorecer o mapeamento de demandas e oportunidades, com a colaboração de múltiplos parceiros, e fazendo com que a comunidade assuma uma responsabilidade sobre os resultados, gerando um maior aprendizado social⁴⁴.

Para Magalhães⁴⁴, as iniciativas de promoção da saúde, definidas na Carta, representam um esforço interdisciplinar e intersetorial que objetivam superar abordagens tecnicistas e medicamentosas sobre os problemas de saúde, e a importância na tecnologia médica e na mudança de comportamentos individuais como soluções para os desafios encontrados no processo saúde-doença.

No Brasil, em 2006, foi estabelecida a Política Nacional de Promoção da Saúde⁴⁵ (PNPS), instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. A Portaria nº 2.446/2014 foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. A PNPS vem passando por um processo de atualização devido às constantes mudanças nos contextos nacional e internacional.

Um dos tópicos abordados na PNPS⁴⁵ é a questão dos temas transversais, referências para a formulação de agendas de promoção da saúde e para a adoção de estratégias e temas prioritários. São seis temas transversais, dentre eles “ambientes e territórios saudáveis” e “vida no trabalho”.

De acordo com o documento, ambientes e territórios saudáveis, são os locais de vida e de trabalho, das pessoas e das coletividades, identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas⁴⁵.

Vida no trabalho, compreende o trabalho formal e não formal, e suas relações com os distintos setores da economia, identificando oportunidades de operacionalização na lógica da promoção da saúde para ações e atividades desenvolvidas nos distintos locais⁴⁵.

A PNPS⁴⁵ além dos temas transversais, apresenta temas prioritários, dentre eles, alimentação adequada e saudável, e práticas corporais e atividades físicas. Esses temas são considerados um dos pilares da PNPS²⁸. O tema “práticas corporais e atividades físicas” tem como objetivo promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e de atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a

cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, entre outras práticas.

As práticas corporais, conforme o Glossário Temático Promoção da Saúde²⁴, podem ser definidas como expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, do esporte, da dança, da luta, da ginástica, construídas de forma sistemática, no ambiente escolar, ou não sistemática, no tempo livre ou de lazer. Observa-se que, a despeito de diferenças conceituais que muitas vezes importam mais ao contexto acadêmico, a manifestação de práticas corporais atende claramente ao conceito de AF, que está bem assimilado pela população.

Um programa de âmbito comunitário que tem como eixo central de suas ações as práticas corporais e atividade física é o “Academia da Saúde”, um dos primeiros programas comunitários de âmbito nacional com recursos do governo federal⁴⁶, criado através da Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011, e redefinido pela Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013, do Ministério da Saúde. Este programa tem como um dos seus objetivos específicos aumentar o nível de AF da população⁴⁷.

O Programa Academia da Saúde (PAS) constitui um modelo de intervenção nacional, buscando contribuir para a promoção da saúde, com a equidade no acesso a ações voltadas à produção do cuidado e modos de vida saudáveis, em espaços com infraestrutura e profissionais qualificados, constituindo-se um ponto de atenção básica em saúde^{46,47}.

O PAS tem a AF como um eixo central de suas ações, mas também inclui outras atividades de promoção da saúde no seu escopo, como alimentação saudável; práticas integrativas, artísticas e culturais; e educação em saúde, dentre outras^{46,47}.

Para Malta *et al*⁴⁶, constitui-se como um desafio, o avanço em ações destinadas a públicos específicos, como a promoção da saúde no ambiente de trabalho, e a busca de projetos destinados à melhoria da mobilidade urbana e na

inclusão de pessoas com deficiência e idosos. Por isso, as políticas públicas na área da promoção da saúde têm um grande potencial para melhorias na saúde da população.

3.3 Promoção da Saúde no Ambiente Laboral

O local de trabalho é reconhecido internacionalmente como um ambiente adequado e favorável para a promoção da saúde, não só devido ao tempo gasto pela maioria da população adulta no local de trabalho, mas também pelo suporte social que colabora na modificação de hábitos relacionados à saúde⁴⁸. Também tem se mostrado um contexto ideal para o desenvolvimento de programas de intervenções múltiplas que visem a mudança de comportamento de trabalhadores¹².

Há muitos anos empregadores adotam programas de promoção da saúde no local de trabalho devido ao aumento de custos dos cuidados à saúde, dos acidentes de trabalho, do absenteísmo relacionado às doenças, e da incapacidade e perda de produtividade. Por outro lado, atualmente empregadores estão mais atentos aos outros benefícios desses programas, e não apenas com a economia de custos⁴⁹.

Os empresários devem ser motivados e encorajados a desenvolver estratégias de promoção da saúde e bem-estar de seus empregados⁴⁸, como o desenvolvimento de programas de promoção da saúde no local de trabalho. Na maioria das vezes, esses programas são desenhados para aumentar o nível de atividade física dos trabalhadores e melhorar os hábitos dietéticos⁵⁰.

A importância da promoção da saúde no local de trabalho foi tratada em 1950 e posteriormente renovada em 1995 em uma sessão conjunta celebrada pela Organização Internacional do Trabalho e a OMS sobre saúde ocupacional⁴⁸, e depois ratificada e recomendada por diversas cartas e recomendações, como a Carta de Ottawa⁴³ sobre promoção da saúde.

De acordo com a Carta de Ottawa⁴³, a promoção da saúde deve ser realizada em diversos ambientes, como escolas, lares, locais de trabalho e outros espaços

comunitários, através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais.

A promoção da saúde no local de trabalho é considerada um tema estratégico em termos de saúde pública, além de atingir um grande número de pessoas, é possível a realização de uma avaliação diagnóstica da saúde dos trabalhadores, identificando grupos que precisam de mais cuidado e atenção à saúde²⁸.

Desde a década de 70, diversas intervenções populacionais foram desenvolvidas com o objetivo de mudanças comportamentais no campo da saúde, com o objetivo de reduzir os fatores de risco de doenças crônicas, inicialmente voltadas para as doenças cardiovasculares. Essas intervenções estavam direcionadas a grupos específicos, como indivíduos de alto risco. A partir desse momento, constatou-se que se as intervenções fossem voltadas para atingir a população, através de pequenas mudanças em fatores de risco e hábitos de vida saudáveis, poderiam levar a um grande impacto para a saúde pública⁵¹.

Além disso, a promoção da saúde evoluiu no sentido de não se preocupar apenas com os indivíduos de alto risco, mas também com aqueles de baixo risco, pois se nada for feito, poderão se tornar de alto risco no futuro¹².

No Brasil, a conscientização sobre a importância da promoção da saúde no local de trabalho teve início na década de 80, com ações isoladas de setores ligados à medicina ocupacional para cumprir com a legislação normatizadora, voltada para ações preventivas, em especial nas indústrias de grande porte. O mesmo fenômeno aconteceu em países desenvolvidos no início da década de 60, também estimulado pela legislação específica da época³⁴.

No seu início, os programas de promoção da saúde no local de trabalho tinham como base a aplicação de técnicas de autogerenciamento e mudanças comportamentais dos empregados para o controle de hábitos e condições potencialmente causadoras de riscos à saúde. Foram desenvolvidos para estimular diversas mudanças, com ações voltadas para o estímulo à prática do exercício

físico, do uso do cinto de segurança, do controle do peso corporal e da restrição ao uso do tabaco³⁴.

Até o início da década de 90, esses programas tinham características mais comuns, com ações educacionais, de conscientização e de avaliação das mudanças, sendo o trabalhador responsável por identificar e controlar as situações capazes de causar danos ao trabalho e no posto de trabalho²⁸.

A partir desse momento, os programas passaram a ser mais abrangentes, com múltiplas atividades, envolvendo ações sobre hábitos pessoais, condições de gerenciamento e o controle das condições ambientais. Caracterizavam-se por oferecer numerosas atividades, coordenadas e associadas com os contextos organizacionais e ambientais da empresa³⁴.

Os programas evoluíram nas últimas décadas, de programas focados nos indivíduos, e em parte isoladas, para programas mais abrangentes, integrando componentes de saúde e segurança⁴⁹.

Passou-se a discutir propostas de abordagens integrativas, desenvolvendo um conceito de promoção da saúde focado nos problemas dos trabalhadores e fundamentado na busca do equilíbrio nas diversas dimensões de saúde do indivíduo (física, emocional, social, espiritual e intelectual). Estavam relacionados ao estilo de vida, com ações dirigidas à conscientização, mudança comportamental e criação de ambientes favoráveis às práticas saudáveis. Essa visão integradora ainda era pouco difundida nas empresas brasileiras, sendo o mais comum o estabelecimento de convênios com empresas prestadoras de serviços de saúde³⁴.

Muito embora o local de trabalho possa desencadear efeitos positivos na saúde dos trabalhadores, gerar condições e ambientes facilitadores para uma boa qualidade de vida, desenvolvendo ações de promoção da saúde no local de trabalho, vai depender diretamente da mobilização e atitude de empresários ou empregadores, na elaboração e financiamento dos programas de qualidade de vida nas empresas³⁴. Infelizmente, quando as empresas pensam em programas de

promoção da saúde e qualidade de vida, o seu principal objetivo é a diminuição dos custos e o aumento da produtividade²⁸.

Ressalva-se que além de ações na área da saúde, é fundamental que a promoção da saúde no ambiente de trabalho também considere a organização do trabalho e seus processos, que podem, muitas vezes, serem geradores de doenças ou lesivos à saúde. Assim, no contexto das organizações, sejam públicas ou privadas, caberia refletir como a organização do trabalho poderia favorecer a promoção da saúde, e simultaneamente, a produtividade e a prestação de serviço à população, como no caso do setor público. Esse desafio não é apenas de responsabilidade da área de saúde, mas de toda a organização¹⁴.

A promoção da saúde e da qualidade de vida no local de trabalho é um grande desafio da atualidade. Observa-se uma crescente preocupação em relação ao planejamento e desenvolvimento de programas de intervenção nos comportamentos relacionados à saúde, em unidades de saúde, em escolas, e no local de trabalho².

Para Nahas², os programas de promoção da saúde devem buscar estratégias de educação para um estilo de vida mais saudável, com a criação de oportunidades e a redução de barreiras, devendo atuar em quatro níveis de intervenção: pessoal, organizacional, ambiental e político. Para ele, as ações de um programa de promoção da saúde deveriam ter como foco a qualidade de vida do trabalhador, o ambiente e as condições de trabalho, além das relações entre profissionais da saúde e o público-alvo dos programas.

As áreas de educação, saúde e lazer devem estar interligadas, tendo contribuições específicas quando se busca educar o trabalhador, oferecendo oportunidades para a mudança de componentes de estilos de vida sabidamente lesivos à saúde e para a manutenção de comportamentos saudáveis².

Outro ponto a ser destacado é, mesmo que haja um programa de promoção da saúde no local de trabalho, a participação dos trabalhadores nas ações de

promoção da saúde não é obrigatória, e normalmente sofre influência de aspectos de caráter social, cultural, ambiental e comportamental³⁴.

A adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis depende do interesse individual de cada trabalhador, por isso se fazem necessárias soluções arrojadas e inovadoras, visando a um maior engajamento dos participantes⁴⁹.

Em 2008, a OMS em reunião conjunta com o Fórum Econômico Mundial, lançou o informe “Prevenção das Doenças não Transmissíveis no Local de Trabalho através do Regime Alimentar e da Atividade Física⁴⁸”. Cuidar da dieta e da AF no local de trabalho abre a possibilidade de melhorar a saúde dos trabalhadores, contribuir para uma imagem positiva e social da empresa, aumentar a moral dos trabalhadores, reduzir a rotatividade e o absenteísmo, dentre vários outros benefícios. De acordo com o informe, aumentar a produtividade dos empregados, melhorar a imagem institucional e diminuir os custos com assistência médica são alguns dos argumentos que podem impulsionar a alta gerência das empresas a colocar em prática e investir em programas de promoção da saúde no local de trabalho⁴⁸.

Os programas de promoção da saúde no local de trabalho, voltados a diminuir o sedentarismo e os hábitos alimentares pouco saudáveis, apresentam efeitos positivos na saúde dos trabalhadores em relação aos fatores de risco para saúde, à obesidade, ao diabetes e às doenças cardiovasculares. Essas iniciativas voltadas à promoção da prática de AF apresentam vários resultados positivos, como o aumento dos níveis de AF, redução de problemas osteomusculares, dentre outros⁴⁸.

Em 2018, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), dos Estados Unidos da América (EUA), publicou o documento *Workplace Health in America 2017*⁵² (Saúde no local de trabalho na América), que trata da primeira pesquisa nacional, desde 2004, sobre programas de saúde no local de trabalho realizada nos Estados Unidos. A pesquisa é única por conter dados de todos os tipos ou ramos de atividades, de todos os estados americanos, dos setores público

e privado, e de empresas de todos os tamanhos, com números pequenos ou grandes de trabalhadores. A pesquisa também apresentou quais eram os tipos de programas de saúde no local de trabalho, e quais ações eram desenvolvidas.

Fizeram parte do estudo 2843 organizações, que tivessem acima de 10 funcionários. As organizações pertenciam a diversos tipos ou ramos de atividades: agricultura, pecuária, construção civil, escolas, hospitais, administração pública, entretenimento, administração e finanças, dentre outros, sendo que 9% das organizações eram da administração pública⁵².

Para o estudo, programas de promoção da saúde e bem-estar foram definidos como aqueles que desenvolviam atividades de educação, aulas, avaliações de saúde, serviços, suporte ambiental, ou políticas que motivavam os empregados a serem mais saudáveis⁵².

Também foram conceituadas o que seriam estratégias e intervenções baseadas em evidências. Eram aquelas desenvolvidas, implementadas e avaliadas, através da aplicação de princípios científicos, e que se apropriavam da teoria científica do comportamento e de modelos planejados de programas. Menos que 25% das organizações ofereciam alguma estratégia baseada em evidências⁵².

Das organizações estudadas, quase a metade (46,1%) ofereciam algum tipo de programa de saúde ou bem-estar. Aquelas que mais ofereciam programas de saúde ou bem-estar foram os hospitais e a administração pública, sendo que 47,8 % das organizações públicas, quase a metade, ofereciam algum tipo de programa de saúde⁵².

Apenas 19,8 % das organizações possuíam programas de saúde há mais de 10 anos, sendo que 30% da administração pública possuía programas há mais de 10 anos. Metade das organizações usavam dados para avaliar o programa de promoção da saúde, sendo o dado mais utilizado a participação dos empregados no programa. Os dados de absenteísmo foram os menos usados⁵².

Dos programas de promoção da saúde, 47,8 % eram baseados em elementos de suporte social e ambiental, 33,7 % em educação em saúde, e 26,6% em

acompanhamentos e triagens de saúde. Apenas 11,8% das organizações atuavam em diferentes frentes, na estrutura organizacional das instituições e com ligação a programas de assistência social e relação trabalho – família⁵².

As organizações do estudo ofereciam diversas ações de promoção da saúde, sendo o principal objetivo dessas ações atuar nos comportamentos relacionados à saúde, como: atividade física, nutrição e alimentação saudável, obesidade e controle do peso, tabagismo, uso abusivo de drogas e excesso de álcool, desconfortos musculoesqueléticos e dores nas costas, suporte na lactação, gerenciamento de estresse, e sono saudável. Menos que um terço das organizações ofereciam alguma ação nessas áreas de atuação, e os tipos mais comuns de ações eram nas áreas de atividade física, nutrição e combate ao estresse. Os hospitais e a administração pública foram as organizações que mais ofereciam ações de promoção da saúde em todas as áreas de comportamentos relacionados à saúde⁵².

Em relação ao tipo de programas de promoção da saúde oferecidos pelas organizações do estudo, 28,5% eram de programas na área de atividade física, 23,1 % em nutrição e alimentação saudável, e 19,6% em gerenciamento do estresse. Cerca de metade das organizações relataram que mais que 25% dos empregados participavam dos programas de atividade física, nutrição e de prevenção de desconfortos musculoesqueléticos. Esses tópicos parecem ser os mais relevantes para os empregados⁵².

O local de trabalho não é um ambiente para se preocupar apenas com a segurança dos trabalhadores, mas também um local propício para oferecer oportunidades para melhorar a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores a longo prazo. O principal meio para atingir esse objetivo é promover saúde através de programas, políticas e práticas, que podem alcançar milhões de trabalhadores e suas famílias^{2,52}. Além disso, o local de trabalho é reconhecido mundialmente pela sua função de propiciar um ambiente saudável e seguro, e providenciar oportunidades para escolhas de um estilo de vida saudável⁵², dessa forma tem se

confirmado com um alvo estratégico e emergente para intervenções na área da saúde².

Cabe ressaltar, que a promoção da saúde no ambiente de trabalho tem seus desafios que podem comprometer o sucesso das ações, programas ou políticas, como por exemplo, o apoio da direção das organizações, o interesse da área de saúde em relação ao tema, a participação dos trabalhadores nas ações, o recurso financeiro destinado à promoção da saúde.

3.4 Promoção da Saúde no Ambiente Laboral por meio da Promoção da Atividade Física

As intervenções voltadas ao aumento da AF habitual podem acontecer em diversos níveis: individual, em grupos, nas organizações, nas comunidades, e nas sociedades. No nível das organizações, incluem-se escolas, empresas, igrejas ou outras instituições². No campo das sociedades, incluem-se cidades, regiões e estados. Dois programas nesse campo se destacaram no Brasil, o Agita São Paulo²⁸, e o programa Academia da Saúde⁴⁴.

Intervenções comunitárias buscam atingir o maior número de pessoas, e programas de atividade física comunitários têm alguns elementos que favorecem as mudanças de comportamento, como o suporte social e a criação de oportunidades no próprio ambiente onde as pessoas estão inseridas. Intervir para mudar comportamentos de pessoas ou grupos nos dias de hoje, em uma sociedade influenciada pela era tecnológica e com predominância de comportamentos sedentários, não é tarefa simples².

Quando se pensa em intervenções que possam atingir um número expressivo de indivíduos adultos, um ambiente que tem se destacado é o local de trabalho. Esse ambiente parece ser um espaço possível para caminhos novos e inovadores para encorajar e promover a AF. Mudanças de comportamento não são fáceis, tanto para empregadores quanto para empregados, mas os benefícios para as empresas e para os trabalhadores são grandes quando programas de AF e

bem-estar são implementados de forma adequada⁵³. O médico brasileiro Alberto Ogata, membro da diretoria *International Association of Worksite Health Promotion (IAWHP)*, destaca que o local de trabalho tem sido reconhecido como um contexto de destaque na promoção da saúde tendo em vista evidências que programas desenvolvidos no local de trabalho podem ser efetivos e contribuir para a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, além de trazer resultados benéficos para os negócios⁵⁴.

Como já foi visto, a AF é apenas uma das áreas dos programas de promoção da saúde, qualidade de vida e bem-estar nas empresas. Outras áreas incluem a prevenção de doenças, combate à obesidade e ao tabagismo, controle do estresse, alimentação saudável, dentre outras. A promoção da AF no local de trabalho pode ser um caminho efetivo para iniciar ou dar destaque a um programa de bem-estar, mas nem todas as empresas têm interesse na criação desses programas, e nem todos os empregados estão dispostos a participar de programas de AF no local de trabalho⁵³.

O engajamento em AF regular é um dos mais importantes comportamentos que influenciam a saúde, incluindo doenças cardíacas, infarto, diabetes, depressão, e alguns tipos de câncer⁵², mesmo assim, uma parcela da população adulta mundial é fisicamente inativa³¹.

Os temas saúde, bem-estar e qualidade de vida no contexto do trabalho vêm ganhando cada vez mais espaço, tanto na área acadêmica como nos setores estratégicos das empresas, e não poderia ser diferente em relação ao tema da atividade física². Vale destacar ainda que a promoção da saúde e do bem-estar no ambiente do trabalho figurou entre as 10 maiores tendências de universo *fitness* nos anos de 2019 e 2020, segundo levantamento conduzido anualmente pelo *American College of Sports Medicine*⁵⁵.

Na perspectiva de saúde pública, o local de trabalho é um lugar propício para a criação de diversas estratégias e iniciativas para promover AF, superando muitas vezes a principal barreira, a “falta de tempo”²⁹. Diversos países têm

desenvolvido programas de promoção da AF e combate ao sedentarismo para população em geral, devido ao grande número de evidências sobre os benefícios da AF para a saúde^{2,4}.

Como boa parte dos adultos estão inseridos no mercado de trabalho, e gastam a maior parte do seu tempo e dos dias da semana no trabalho, esse local é uma oportunidade para encorajar a prática de AF regular, fornecendo informação, estabelecendo políticas para incentivar o movimento no trabalho, e a criação de programas e suportes ambientais. Parece que intervenções de AF ou exercício físico no próprio local de trabalho e durante o expediente, tornam mais possível o engajamento dos empregados, devido às facilidades em relação ao tempo e ao local, além, do suporte social, pois a maioria dessas atividades são desenvolvidas de forma coletiva^{11,12,56}.

O tema da AF no local de trabalho tem se destacado na última década. Em 2012, o CDC publicou um Guia⁵³ para implementação das recomendações de atividade física para a saúde no local de trabalho. O Guia teve como objetivo a criação de uma cultura de bem-estar através da incorporação de programas de atividade física no local de trabalho, porque muitas empresas têm melhorado sua produtividade através da criação de uma cultura que valorize a atividade física e o bem-estar dos seus empregados. Para Nahas², tais recomendações são aplicáveis aos trabalhadores brasileiros.

O emprego da atividade física em trabalhadores vem sendo difundido por meio de programas de promoção da saúde nas empresas, porque dirigentes e gestores têm percebido seus benefícios, como a melhoria da produtividade e da qualidade de vida dos empregados²⁸.

A implantação de programas de bem-estar, com foco na atividade física, pode ter vários benefícios, como: ajudar na melhoria da saúde dos trabalhadores, aumentar a produtividade dos empregados, diminuir o absenteísmo, diminuir os custos com saúde, aumentar a disposição dos empregados, e atrair e reter talentos. O retorno do investimento em programas de bem-estar no local de trabalho pode

ter resultados significativos⁵³. Ainda se observa relativa carência de evidências oriundas de estudos com maior rigor metodológico quanto aos efeitos de benefícios de programas de promoção da AF no setor público, especialmente com análises abrangentes, que avaliem desde a implementação até impactos na saúde e econômicos. Neste contexto, o presente estudo pretende contribuir neste cenário e servir de alicerce teórico e metodológico para potencializar a produção futura de novas e robustas evidências.

Mas a questão do alcance de resultados positivos e significativos de programas de promoção da atividade física no local de trabalho não é consenso. Para Gonçalves e Vilarta³⁴, a realidade tem mostrado que os programas de atividade física desenvolvidos no local de trabalho não têm atingido os resultados esperados, devido a questões diversas, como sociais e familiares.

Diante das dificuldades e de problemas tão complexos para o sucesso de programas de atividade física no local de trabalho, se faz necessária a busca de soluções inovadoras e que se adequem as realidades do trabalhador e do trabalho³⁴.

Algumas estratégias importantes para o sucesso dos programas de qualidade de vida no trabalho são o fortalecimento de atitudes colaborativas e a participação dos trabalhadores nas decisões das corporações, principalmente naquelas relacionadas à melhoria da sua saúde e qualidade de vida³⁴.

Para Matsudo *et al*⁵⁷, existem fortes evidências de que pequenas intervenções no local de trabalho podem levar a mudanças em questões relacionadas à saúde e, desta forma, colaborar na adoção de um estilo de vida ativo, de forma regular e permanente, facilitando o alcance de benefícios para a saúde e a qualidade de vida.

Um exemplo de programa de promoção da saúde no local de trabalho de incentivo à prática de atividade física regular é o “Lazer Ativo⁵⁸”. O Programa foi criado no ano de 1999, fruto de uma parceria entre o Serviço Social da Indústria em Santa Catarina (SESI-SC) e o Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde

da Universidade Federal de Santa Catarina (NuPAF/UFSC). Programa pioneiro de promoção da atividade física e de estilos de vida saudáveis dirigido aos trabalhadores do setor industrial e seus familiares.

As intervenções do programa se materializavam nos serviços prestados pelo SESI às empresas através de diferentes estratégias: informação (distribuição de panfletos, palestras e cursos); motivação (aconselhamento, avaliação); e criação de oportunidades para que os sujeitos pudessem experimentar comportamentos relacionados à saúde (eventos pontuais, modificação ambiental, ginástica na empresa, prática esportiva)⁵⁸.

Após cinco anos de sua implantação, decidiu-se pela realização de uma réplica do levantamento estadual que havia sido conduzido em 1999, visando analisar as tendências na prevalência de inatividade física no lazer e outras condutas de risco à saúde. A comparação dos resultados evidenciou uma redução da prevalência de inatividade física no lazer de 46,2% em 1999 para 30,8% em 2004. Para os autores do estudo, mesmo que não se possa atribuir esta redução exclusivamente ao efeito do programa, a magnitude da diferença expressa uma tendência de redução que não vinha sendo observada na população em geral, supondo que pelo menos parte do efeito possa ser atribuído ao programa⁵⁸.

O Lazer Ativo pode ser considerado como um modelo de programas de promoção da AF no local de trabalho devido a sua abrangência, desenvolvido sob uma base teórica e metodológica cuidadosamente planejada, com a realização de um diagnóstico inicial, e de levantamentos periódicos de indicadores de saúde⁵⁸.

Em 2013, Oliveira e Andrade²⁸ publicaram um artigo de revisão sistemática sobre AF e sua eficácia nos programas de promoção da saúde do trabalhador, procurando revelar os benefícios que a prática da AF traz para a saúde, bem como justificar a relevância dessa atividade para os trabalhadores a fim de obter qualidade de vida. Os autores puderam constatar que existem fatores físicos e psicológicos intervenientes na qualidade de vida das pessoas quando em situação de trabalho e que, dependendo do seu competente gerenciamento, proporcionarão

condições favoráveis imprescindíveis ao melhor desempenho e produtividade. Também concluíram que a inclusão da AF no ambiente de trabalho, por meio dos programas de promoção da saúde do trabalhador, é prioritária para a qualidade de vida e bem-estar dos funcionários, e é responsabilidade das empresas manter seus funcionários saudáveis, produtivos e motivados²⁸.

No estudo publicado pelo CDC⁵² em 2018, os programas de AF foram os programas de saúde mais comumente oferecidos nos locais de trabalho dos EUA, sendo que 28,5% das organizações de trabalho americanas ofereciam algum tipo de programa de AF, exercício e/ou ação de redução ao comportamento sedentário, e 55,9 % da administração pública ofereciam esse tipo de programa.

A maioria das organizações americanas (57,9%) ofereciam uma combinação de programas de atividade física baseados na disseminação de informação ou conhecimento de saúde, e na construção de habilidades (mudança de comportamento), sendo que 37,6% dos programas eram ofertados pelas próprias organizações⁵².

As organizações relataram que a participação dos empregados nos programas de atividade física era relativamente baixa, sendo que 84,3% das organizações estimam uma participação abaixo de 50% dos empregados nos programas, sendo que apenas 20% tinham alguma estratégia baseada em evidências, o que pode ajudar a explicar a baixa participação nos programas⁵².

As principais estratégias que as organizações americanas relataram para encorajar a prática de AF foram: descontos ou subsídios em programas de exercícios, programas de AF estruturados, suporte ambiental para a prática de AF, programa de aconselhamento de AF, estações de trabalho ativas, prática de exercícios no local de trabalho, transporte ativo, avaliação da aptidão física, empréstimo de dispositivos para controle de caminhada, e pausas ativas no decorrer da jornada de trabalho⁵².

Em relação às organizações do estudo, 17,2% ofereciam programas de atividade física estruturados, como programas de caminhada ou aulas de

exercícios em grupo, e apenas 16,3% ofereciam suporte ambiental para a prática de atividade física, como pistas de caminhada, bicicletário, chuveiros ou salas para a prática de atividade física⁵².

Para Malik *et al*²⁹, dada a ênfase crescente no local de trabalho como contexto relevante para a promoção da saúde, e dos benefícios da AF para a saúde, é necessário entender como a AF está sendo promovida em programas de promoção da saúde no local de trabalho, para que se possa conhecer que efeitos nos níveis de AF dos empregados estão sendo atingidos.

O estudo dos autores teve como objetivo a revisão sistemática na literatura sobre intervenções de promoção da saúde no local de trabalho para aumentar a atividade física. Foram incluídos 58 estudos, que foram agrupados em 3 tipos de intervenção, sendo seis intervenções de atividade física/exercício, treze intervenções de aconselhamento/suporte, e 39 intervenções de informação/mensagens sobre promoção da saúde²⁹.

Dos 58 estudos, a maioria deles (67%) eram de intervenções que forneciam mensagens e informações sobre promoção da saúde, e apenas seis estudos tinham a intervenção de exercício físico no local de trabalho, como aulas de ginástica ou grupos de caminhada. A maioria das intervenções utilizou-se de estratégias psicológicas ou comportamentais para promover mudanças de comportamento em relação ao exercício, e mais da metade foi desenhada para alcançar comportamentos múltiplos de saúde²⁹.

O modo e o tipo de ação das intervenções variaram muito, desde comunicação face a face, cartazes, e-mails, registro de atividades, e grupos de exercícios. Os autores entendem que programas “sob medida” ou apenas mensagens não sejam suficientes para melhorar os níveis de atividade física no local de trabalho. Para eles, a influência social do próprio contexto laboral ajuda na mudança e desempenha um grande papel nas escolhas individuais de comportamentos de saúde quando comparadas a fatores individuais²⁹.

Além disso, ficou evidente que dos 58 estudos selecionados, poucos se utilizaram de estratégias que incluíam AF ou exercício como um de seus componentes. Dos seis estudos de intervenção de AF identificados, apenas duas intervenções de caminhada relataram um aumento significativo nos níveis de AF após a intervenção²⁹.

Em relação aos impactos nos níveis de AF, os achados da revisão²⁹ demonstram que apesar de muitos estudos mostrarem aumento nos níveis de AF em relação aos grupos controles, igualmente estudos não observaram diferenças nos níveis de AF do grupo intervenção em relação ao controle. Consequentemente, embora as intervenções no local de trabalho mostrem algumas promessas para aumentar a AF, a base para a evidência de eficácia ainda não é forte.

Também não está claro quais os melhores tipos de intervenção para mudanças no nível de AF, e os achados dessa revisão são similares aos achados de outras revisões na área. Parece que as recomendações para as empresas sobre a efetividade das intervenções no local de trabalho para aumentar a AF ou os tipos de intervenção que mostram os melhores resultados ainda não são possíveis²⁹.

Por fim, os autores²⁹ recomendam o desenvolvimento de mais estudos bem desenhados para avaliar a efetividade de intervenções no local de trabalho com objetivo de promoção da AF, mas também reforçam que devido a resultados positivos de alguns estudos nessa área, há um argumento forte para apoiar políticas de saúde pública com o objetivo de aumentar os níveis de AF da população adulta trabalhadora.

Em 2017, Jirathananuwat & Pongpirul⁵⁰ publicaram uma “meta revisão” com o objetivo de classificar e descrever os fatores de intervenção para promover atividade física no local de trabalho. De acordo com os autores, já foram publicadas diversas revisões sistemáticas e/ou meta-análises que avaliavam programas de promoção da saúde no local de trabalho, mas não foram considerados os fatores usados para designar cada intervenção.

Em relação ao número de artigos selecionados, 11 foram avaliados, sendo 8 revisões sistemáticas, duas meta-análises, e um artigo de revisão e meta-análise. Os 11 artigos avaliaram 235 estudos primários, sendo que 220 continham programas de AF. Cada estudo primário pode ter usado uma ou mais intervenções⁵⁰.

Em relação aos tipos de contexto laboral, nove revisões detalharam o contexto do local de trabalho, podendo ser divididas em: serviços de saúde, governo (administração pública), companhias/indústrias/fábricas, instituições educacionais, e setor privado⁵⁰.

Em relação às características da intervenção, elas tinham como objetivo mudanças de comportamentos múltiplos, com programas de nutrição, gerenciamento do estresse, controle do peso, e cessação do tabagismo⁵⁰.

Os fatores de intervenção foram classificados conforme o modelo “*PRECEDE-PROCEED*”, e foram divididos em cinco domínios: Predisposição (*Predisposing*), Oferecimento (*Enabling*), Reforço (*Reinforcing*), Políticas Regulatórias (*Policy Regulatory*), e Desenvolvimento Ambiental (*Environmental Development*)⁵⁰.

O modelo “*PRECEDE-PROCEED*” é uma estrutura de avaliação de custo-benefício que tem sido utilizada por planejadores de programas de saúde, formuladores de políticas e avaliadores, para analisar situações de saúde e desenvolver programas de saúde eficientes. É baseado em dois diagnósticos, o primeiro chamado de educacional (*PRECEDE*), e o segundo, de ecológico (*PROCEED*)⁵⁹.

O domínio “Predisposição” objetiva mudanças de conhecimento, habilidades e atitudes em relação à AF, e podem ser influenciados por diversas formas de informação, como aconselhamento, educação, treinamento, orientação, dentre outras. Este domínio pode ser classificado em três componentes: informação, automotivação, e programa de treinamento⁵⁰.

No componente da informação, a maioria das intervenções usaram aconselhamento e educação/informação em saúde. No componente da automotivação, as intervenções mais comuns foram o estabelecimento de metas e o automonitoramento, e no componente programa de treinamento, o maior volume de intervenções era de programas de exercício físico⁵⁰.

O domínio “Oferecimento” tem como objetivo aumentar a disponibilidade e a acessibilidade de recursos ou serviços que facilitam a motivação para mudanças de comportamento. Todos os estudos de revisão usaram intervenções nesse domínio. Este domínio pode ser classificado em dois componentes: recursos instrumentais e facilidades nos serviços de saúde⁵⁰.

No componente dos recursos instrumentais, os mais comuns para promover AF foram “material impresso” e pedômetros/acelerômetros. No componente “facilidades nos serviços de saúde”, os achados mostraram que as intervenções mais comuns foram avaliações em saúde e *feedback*⁵⁰.

O domínio “Reforço” objetiva consolidar mudanças de comportamento desejadas através de suporte social, recompensas econômicas, e normas sociais. Pode ser classificado em dois componentes: incentivo e suporte social. Intervenções de incentivo foram campanhas, competições, prêmios, incentivo financeiro, e recompensas. Intervenções de suporte social foram o suporte familiar, reuniões em grupo, dentre outras. Os resultados mostraram que o suporte familiar foram as intervenções mais usuais⁵⁰.

O domínio “Políticas Regulatórias” são procedimentos ou protocolos adotados pelas organizações. Apenas duas revisões usaram intervenções políticas. Um dos exemplos dessas intervenções são as pausas para a prática de atividade física durante a jornada de trabalho⁵⁰.

Por fim, o domínio “Desenvolvimento Ambiental” tem como objetivo a mudança do ambiente para promover AF. Incentivo ao uso das escadas, pistas de caminhada, vestiários com chuveiro são alguns exemplos desse domínio⁵⁰.

O estudo⁵⁰ concluiu que a maioria das intervenções envolveram mais que um domínio, sendo a “Predisposição” o domínio mais comum, utilizado como um domínio único, ou em conjunto com outros domínios. O estabelecimento de metas e o aconselhamento eram as intervenções mais comuns nesse domínio.

Por fim, os resultados da revisão também mostraram que as intervenções de “Política Regulatória” e de “Desenvolvimento Ambiental” foram efetivas na promoção da atividade física no local de trabalho⁵⁰.

3.5 Modelo Lógico

Para Brousselle *et al*¹⁹, a construção do ML da intervenção deve preceder a escolha do questionamento avaliativo. Para se avaliar uma intervenção, é necessário defini-la e estabelecer-lhe o ML, pois normalmente as intervenções não possuem um modelo lógico explícito desde o seu início.

Para os autores¹⁹, uma intervenção é um programa ou uma política e, pode ser entendida como um sistema organizado de ações que incluem, em um determinado ambiente: agentes (atores), uma estrutura (recursos), processos (relação entre os recursos e as atividades) e um objetivo (o estado futuro para a qual o processo de ação é orientado). É um conjunto de cadeia de ações (dos processos) que permitem mobilizar recursos para a execução de atividades e produção de serviços, com objetivo de alcançar os resultados.

Dessa forma, uma intervenção possui os seguintes componentes: a estrutura, os atores e as práticas, os processos, as finalidades, e o ambiente. A estrutura de uma intervenção pode ser dividida em três dimensões: a física (recursos humanos, financeiros, dentre outros), a organizacional (leis, normas, regulamentos), e a simbólica (crenças, representações, valores). Os atores são todos aqueles envolvidos na intervenção e as práticas são as ações e atividades desses atores. Os processos são os caminhos pelos quais os recursos são mobilizados pelos autores para alcançar as finalidades. As finalidades são os

objetivos da intervenção, e o ambiente são os contextos físico, jurídico, simbólico, histórico, econômico e social, e as suas interações¹⁹.

Brousselle *et al*¹⁹ apresentam a modelização das intervenções, uma abordagem relativamente recente no processo de avaliação. Consiste em explicitar os vínculos, com frequência complexos, que se articulam no curso do tempo entre as estruturas, os processos e os resultados. A modelização se apresenta como uma etapa essencial para que sejam feitas as perguntas corretas e para que os efeitos estejam relacionados a mecanismos específicos, e desta forma, a avaliação possa auxiliar a tomada de decisões.

As vantagens da modelização são numerosas. A primeira delas, é que possibilita mostrar os vínculos entre uma intervenção e seus efeitos. O ML vai permitir documentar o sentido de um programa devido à conceitualização dos vínculos entre as estruturas, os processos e os resultados. Modelizar, portanto, é revelar o conjunto de hipóteses necessárias para que a intervenção possa atuar na melhoria de uma situação problemática¹⁹.

Normalmente o modelo de ação está apenas na cabeça dos atores da intervenção, de modo não fundamentado e não consciente. Daí a importância da modelização, por permitir explicitar o caminho lógico dos atores e revelar seus objetivos¹⁹.

Outra vantagem da modelização é que ela constitui uma excelente ferramenta de comunicação. De fato, para apresentar uma intervenção, é muito mais eficaz e torna-se mais claro quando se utiliza-se de um modelo esquemático do que um documento de várias páginas¹⁹.

Para Vieira-da-Silva²⁰ o ML pode corresponder a uma representação gráfica da teoria do programa como requerido pela análise lógica ou pode representar como o programa está sendo operacionalizado na prática.

O ML é uma representação gráfica das relações entre as atividades previstas e os resultados esperados¹⁹, para mostrar o mecanismo provável de ação, pelo qual o programa atua para o alcance dos objetivos⁵¹.

A teoria do programa vai identificar os recursos, as atividades, e os resultados pretendidos pelo programa. Pode ser causal, quando seu objetivo é explicar as relações entre a intervenção, a implementação e os resultados; normativa ou prescritiva, quando seu objetivo é definir a imagem-objetivo da intervenção²⁰.

Na análise da rede causal, pode ser considerada a macro teoria ou a microteoria do programa. A macro teoria é a busca de uma teoria social, enquanto a microteoria é o estabelecimento das relações entre recursos disponíveis, atividades e resultados (aspectos estruturais e operacionais do programa)²⁰.

A elaboração do ML deve utilizar, sempre que possível, os documentos oficiais do programa, ou seja, o modelo no papel. Outros documentos também são importantes, como os relatórios de gestão, as avaliações anteriores, as atas de reuniões e de acompanhamento, os sistemas de informação do programa, dentre vários outros²⁰.

Para Vieira-da-Silva²⁰, o próximo passo seria elaborar o ML da intervenção, o modelo na prática, a descrição do funcionamento do programa. Nesse caso, os dados podem ser obtidos por meio de entrevistas com informantes-chaves e de observação *in loco*. Essa etapa inclui a comparação do programa na prática, com o modelo feito previamente (modelo no papel), seguido pela apresentação subsequente aos gestores, para novo *feedback*.

Para Bousselle *et al*¹⁹, a modelização das intervenções vai compreender três modelos principais: o modelo causal, o lógico teórico e o lógico operacional. O modelo causal representa o problema a ser corrigido e suas causas. O modelo teórico representa o caminho lógico entre as causas imediatas e as distantes do programa, e o modelo lógico operacional vai estabelecer o vínculo entre as estruturas e os processos, descrevendo na prática o funcionamento da intervenção que foi implementada.

A elaboração do modelo lógico operacional é mais simples do que do teórico. O primeiro, utiliza-se apenas das informações constantes nos documentos

do programa. O segundo, utiliza-se do uso de entrevistas, observações ou consultas de especialistas¹⁹.

Até os anos 1990, os modelos eram mais limitados, descrevendo essencialmente as hierarquias de objetivos, apresentando os recursos e os resultados. Atualmente, os modelos estão mais completos, e vários autores recomendam a descrição do contexto da intervenção, além da clientela focalizada¹⁹.

Os modelos lógicos podem ter vários formatos: texto, tabela, hierarquia de objetivos, diagrama. A maioria dos modelos são representados por diagramas, pois desta forma se torna fácil a ilustração das relações entre as estruturas, os processos e os resultados, e é muito útil quando se quer representar programas de promoção da saúde, ou qualquer programa que tenha como objetivo a mudança de comportamentos dos indivíduos¹⁹.

Desta forma, pode-se entender que a construção de um ML pode ser simples ou complexa, pode apenas se utilizar de documentos dos programas ou ir mais além, utilizando entrevistas e observações. Normalmente a sua construção vai depender de qual será o objetivo do ML, apenas informativo ou um modelo que venha auxiliar na construção de um plano de avaliação do programa. O importante é conseguir representar a complexidade da intervenção.

Em 2002, o CDC, dos EUA, desenvolveu um Manual para Avaliação de Atividade Física⁶⁰. Nesse manual são sugeridas seis etapas para avaliação de programas de atividade física, sendo a segunda delas “a descrição ou elaboração do plano do programa”.

A descrição do programa deverá conter uma definição do problema a ser tratado, e descrever as atividades, os recursos, os efeitos previstos e o contexto do programa. A descrição completa de um programa deverá conter três componentes principais: determinar a fase de desenvolvimento do programa, o enunciado do problema a ser tratado, e a apresentação do ML⁶⁰.

De acordo com o Manual⁶⁰, o modelo lógico é uma ferramenta iterativa que serve como quadro de referência durante todo o planejamento, implementação e avaliação do programa. Em termos ideais, o desenvolvimento do ML deverá envolver todas as partes interessadas e servirá, simultaneamente, como orientação durante o desenvolvimento do programa e o planejamento de sua avaliação. Também servirá para identificar e ponderar as diferenças e as prioridades das partes interessadas^{60,61}.

O ML vai descrever os componentes essenciais de um programa, ilustrar a conexão entre os componentes e os resultados esperados, e incluir informações a respeito do contexto, como por exemplo, seus fatores influenciadores^{60,61}.

Também vai auxiliar na identificação das barreiras e fatores influenciadores, descrevendo as atividades, recursos pessoais, infraestrutura, financiamento e parcerias. Vai esclarecer os produtos e os resultados esperados com a implementação das atividades, organizar as informações com o contexto do local, e conectar com os objetivos do programa⁶¹.

A construção do ML de um programa não se dá apenas antes de ser planejado e implementado, mas também pode acontecer quando o programa estiver em seu pleno funcionamento, podendo auxiliar no planejamento de sua avaliação⁶¹. O ML também vai ajudar a determinar as atividades e os resultados que deverão ser avaliados para manter o programa em processo de melhoria contínua⁶⁰.

Através do ML é possível especificar as etapas de um programa, estabelecer o desenho de avaliação, quais as variáveis a serem medidas e a estratégia para a coleta de dados, além de ajudar na interpretação dos resultados⁵¹.

Um exemplo de utilização do ML para avaliação de programas é o caso dos programas de atividade física de Curitiba⁶², que ganhou muito com o desenvolvimento dos modelos lógicos. Eles ajudaram na elaboração das perguntas da avaliação, no posicionamento dos recursos, na identificação das fontes de dados, na descrição de produtos (resultados) realísticos e no estabelecimento de

objetivos. Este processo de avaliação se mostrou factível no contexto brasileiro e poderá ser aplicado para outros programas de promoção da atividade física no Brasil^{61,62}.

Conforme apresentado pelo Manual⁶⁰ desenvolvido pelo CDC, existem duas abordagens que facilitam a construção de um ML, conforme a fase do programa: da direita para a esquerda ou da esquerda para a direita. A primeira, também conhecida como lógica inversa, começa com os resultados que se deseja obter, e a partir deles são desenvolvidas as atividades e insumos (recursos), e normalmente é utilizada na fase de planejamento do programa, assegurando que as atividades levem, logicamente, aos resultados definidos. A segunda, também conhecida como lógica prospectiva, pode ser usada para avaliar um programa que ainda não possui um modelo lógico, na fase de implementação ou manutenção, iniciando com os insumos (recursos), indo em direção às atividades do programa.

Diante das abordagens apresentadas, pode-se entender que não existe uma forma padronizada ou correta de elaborar ou apresentar um ML. Será sempre uma obra em andamento, e muitas vezes, necessária sua revisão e adequação contínuas. A flexibilidade em ilustrar os componentes e as interrelações do programa é uma das principais características e vantagens na construção do ML⁶¹.

3.6 Avaliação em Saúde

Avaliação em saúde pode ser definida como um processo de análise, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de uma ação ou intervenção²⁴.

A avaliação pode ter vários conceitos, devido às múltiplas concepções do termo, e ao seu espectro amplo, e de uma forma objetiva e simples pode ser definida como um “juízo de valor” ou o julgamento de práticas sociais²⁰. As práticas sociais podem compreender desde as práticas do cotidiano, incluindo as do trabalho, como as intervenções, formalizadas ou não, em planos ou programas,

com objetivo de modificar alguma situação, como por exemplo, no campo da saúde²⁰.

Como avaliação é um juízo de valor, mas para que esse juízo seja realizado, se faz necessária a formulação de critérios, e a definição de quais serão os objetos a serem valorados. É um processo imparcial, na maioria das vezes, e pode ser percorrido por diversos caminhos⁵¹.

A avaliação no campo da saúde vem se tornando cada vez mais importante, seja pelas questões financeiras, políticas e sociais, e por questões mais específicas, como a efetividade das ações em saúde pública. Os governos e a sociedade estão preocupados se essas ações realmente estão atingindo os objetivos desejados e esperados, e a maioria dos países, como EUA, Canadá e França, já possuem instituições responsáveis pela avaliação no campo da saúde¹⁹.

Para Nahas², a avaliação de programas é um aspecto que merece atenção, seja pela justificativa de desenvolvimento de novos programas baseados em evidências (avaliação diagnóstica), assim como para verificar a efetividade dos programas (avaliação dos resultados). As empresas, organizações e os governos dificilmente investirão recursos em programas de promoção da saúde se as evidências dos resultados das intervenções não estiverem claras. Devido à complexidade de programas, projetos e ações em promoção da saúde e qualidade de vida, as avaliações dessas intervenções também se tornam algo complexo.

As avaliações de programas de saúde têm aumentado nas últimas décadas, da mesma forma que instrumentos de avaliação têm sido construídos⁵¹. Um desses exemplos é o Manual para Avaliação de Atividade Física⁶⁰ elaborado pelo CDC, dos EUA.

A avaliação no campo da saúde pode envolver desde a avaliação econômica, a avaliação baseada na epidemiologia e na prática clínica, até a avaliação que se utiliza dos conceitos das ciências sociais¹⁹.

Avaliar as intervenções é verificar seus acertos e limites. A avaliação vai colaborar para validar a intervenção, adequar rumos, ampliar seu escopo, e até

mesmo suspender ou interromper alguma ação que não esteja alcançando os resultados esperados⁵¹.

As intervenções, como os programas na área de saúde, podem ser objeto de dois tipos de avaliação: a avaliação normativa ou a pesquisa avaliativa. A primeira delas é saber se os componentes da intervenção estão obedecendo critérios e normas. Já a pesquisa avaliativa vai depender de um procedimento científico, com o objetivo de analisar e compreender as relações de causalidade entre os componentes da intervenção¹⁹.

Os objetivos de uma avaliação vão depender de quem formula a pergunta avaliativa. Se a pergunta é formulada pelo gestor, o objetivo da avaliação é saber se o programa está tendo os resultados esperados. Se for por um pesquisador, o objetivo vai ser a produção de conhecimento, e se for pelo usuário, o objetivo pode ser a prestação de contas dos serviços ofertados¹⁹. A pergunta da avaliação também vai depender da delimitação do objeto de avaliação, do problema e da intervenção desenhada para resolver o problema²⁰.

A formulação da pergunta é uma das tarefas mais importantes do processo de avaliação. A pergunta deve refletir os interesses dos usuários e tomadores de decisão do programa, ser viável e factível para a realização da avaliação, e ser embasada no objetivo a que se propõe a intervenção⁶³.

Alguns aspectos ajudarão na construção da pergunta de avaliação⁶³:

- a) objetivos da intervenção e seus indicadores de desempenho;
- b) serão avaliados os resultados, o impacto e/ou a efetividade;
- c) qual o interesse dos tomadores de decisão e dos usuários com os resultados da avaliação;
- d) a informação a ser coletada para a avaliação é acessível e disponível;
- e) qual a etapa que se encontra a intervenção/programa;
- f) qual a população alvo da intervenção;
- g) qual o cenário em que se desenvolve a intervenção.

A pergunta avaliativa vai depender da perspectiva ou do ponto de vista de quem a formula, ou seja, quem está avaliando é um especialista externo ou é um processo interno de autoavaliação. A avaliação externa tem como uma das suas principais características a distância entre o avaliador e o objeto da avaliação, permitindo a ruptura de influências de gestores e responsáveis pelo programa. Ao contrário, quando a avaliação é um processo interno, vai possibilitar uma melhor percepção de diversos aspectos do programa, que muito provavelmente um avaliador externo não conseguiria perceber²⁰.

Em suma, a pergunta avaliativa deverá ser relevante, factível, ampla, concreta, coerente e útil. Após a formulação da pergunta, deverá ser formulado o objetivo da avaliação, não podendo ser confundido com as ações ou resultados da avaliação⁶³.

Existem diversas maneiras de avaliar uma intervenção/programa, mas a melhor maneira será aquela que conseguir responder de forma apropriada a pergunta formulada por aqueles que, de posse dos resultados da avaliação, deverão tomar as decisões necessárias para a implementação, manutenção ou aperfeiçoamento do programa⁵¹.

Para Brousselle *et al*¹⁹, as finalidades de uma avaliação são “numerosas, oficiais ou oficiosas, explícitas ou implícitas, consensuais ou conflituosas, compartilhadas pela maioria dos atores ou por apenas alguns deles”. As finalidades oficiais podem ser: estratégica (auxiliar no planejamento), formativa (fornecer informações), somativa (determinar os efeitos), transformadora (transformar ou melhorar uma situação problema), ou fundamental (construir conceitos empíricos e teóricos).

As avaliações no campo da saúde vão depender dos atores que estarão envolvidos na avaliação, do seu objetivo, ambiente e momento da avaliação, e podem envolver uma, algumas ou todas as finalidades acima descritas.

Mas antes de iniciar o processo de avaliação, recomenda-se a realização de uma análise ou estudo exploratório, que pode ser desde uma análise da situação,

uma análise estratégica ou lógica, até mesmo a avaliabilidade. A análise exploratória vai ajudar na melhor delimitação da pergunta de avaliação, e contribuir para que a resposta possa auxiliar no aperfeiçoamento do programa, de sua manutenção, ampliação ou finalização, ou para a produção de conhecimentos²⁰.

Outro ponto é a seleção das prioridades da avaliação. Alguns documentos oficiais podem contribuir para a formulação dessas prioridades, inclusive com a definição dos indicadores que poderão ser avaliados. Um desses documentos, específico no campo da AF, é o Plano de Ação Global para a Atividade Física⁹.

Muitas vezes, já como parte do processo de avaliação, a análise de situação passa a focalizar o programa em si, sua história e evolução, compreensão do programa, seus atores e ações. A análise estratégica visa entender se a intervenção e seus objetivos são adequados para resolver a situação problema, e a análise lógica consiste na formalização de um modelo teórico ou conceitual, identificando as relações entre o problema, seus determinantes, ações e atividades, e os resultados esperados²⁰.

A construção do ML é uma das etapas da análise lógica e não apenas uma etapa essencial para definir melhor a intervenção a avaliar. Também é uma ferramenta útil em diferentes tipos de avaliação, como por exemplo em uma análise de desempenho, pois permite elaborar um quadro do desempenho e escolher instrumentos de medidas adaptados¹⁹. Desta forma, a construção do ML já é uma etapa do processo de avaliação.

Em decorrência de inúmeras possibilidades, dois tipos de ML podem contribuir no planejamento do processo avaliativo: o modelo causal do problema de saúde e o modelo de intervenção. Podem ser construídos com base na literatura especializada, ou utilizando os documentos do programa, ou conforme a intervenção é efetivamente operacionalizada²⁰.

Para Vieira-da-Silva²⁰, o modelo causal deve conter o problema em foco e envolver a sumarização das causas proximais, intermediárias, e distais da

intervenção. Já o modelo da intervenção, deve incluir os objetivos do programa, os serviços e as práticas para a execução dos seus componentes, os resultados esperados, as metas e os efeitos esperados na situação da saúde da população.

Avaliabilidade pode ser definida como um processo de avaliação preliminar e sistemática de um programa, em seu campo teórico e em sua prática. Vai permitir uma verificação inicial das condições para uma avaliação formal do programa, examinando elementos considerados essenciais para a sua elaboração (como o ML), operacionalização, e identificação dos seus atores⁶⁴. A avaliabilidade também serve para justificar a necessidade de uma avaliação extensa e identificar áreas críticas a serem priorizadas na avaliação. Seus objetivos são: identificar se os objetivos do programa foram bem formulados; e analisar as relações entre os problemas, objetivos e atividades²⁰.

Na prática, a avaliação de um programa pode ser simples ou complexa⁵³. Um exemplo de avaliação simples seria identificar o número de participantes nas ações de um programa, enquanto uma avaliação complexa, o quanto se economizou com despesas de saúde devido ao aumento do nível de atividade física dos empregados. Por isso, é tão importante a delimitação do foco da avaliação, para que seja possível, ao final, obter os objetivos esperados.

Outro ponto importante do processo de avaliação é o estabelecimento de metas, que podem ser simples ou complexas. Simples, como o aumento de número de participantes nas ações do programa, ou complexa, como a criação de políticas para incentivo à prática de atividade física na organização⁵³.

Em 2007, o Ministério da Saúde do Brasil publicou o Guia Metodológico de Avaliação e Definição de Indicadores⁵¹ voltado para intervenções relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis. O guia é baseado na metodologia dos estudos epidemiológicos de avaliação segundo Habitch *et al*⁶⁵. Conforme essa metodologia são apresentados exemplos de como se empregar indicadores de oferta, utilização, cobertura e impacto.

O Guia⁵¹ também discute o grau de inferência (adequação, plausibilidade e probabilística) relacionado ao estágio de desenvolvimento do programa. Ele é uma alternativa interessante para avaliar programas de promoção da saúde, porque seus conceitos podem ser aplicados em diferentes intervenções na área da saúde.

Para se avaliar uma intervenção é necessário definir os indicadores que serão avaliados. A escolha do indicador vai depender do que será avaliado, se é a oferta, a utilização, a cobertura ou o impacto do programa. Há uma sequência lógica nesses conceitos, porque primeiro o programa precisa ser oferecido e acessível a população alvo, depois precisa ser aceito e utilizado. Sua utilização vai resultar em uma cobertura, e finalmente a cobertura produzirá um impacto sobre um comportamento ou situação de saúde⁵¹.

Em saúde pública, as avaliações de impacto normalmente são realizadas por estudos randomizados, não dispensando a coleta de indicadores de processo (oferta, utilização e cobertura). Os indicadores de oferta e utilização são facilmente coletados por informações geradas pelo próprio programa, enquanto os de cobertura e impacto geralmente necessitam de um trabalho de campo⁵¹.

Os indicadores podem ser construídos conforme as características do programa. Os recursos, atividades e produtos do programa vão ser úteis na construção de indicadores de oferta. Os registros sobre a implementação e uso do programa vão auxiliar na construção de indicadores de utilização, a população alvo a que se dirige o programa vai ajudar na formulação de indicadores de cobertura, e os objetivos do programa permitem construir os indicadores de impacto⁵¹.

Os indicadores de oferta têm como objetivo responder se as ações ou atividades do programa estão disponíveis e acessíveis à população alvo. Também podem responder se o que é oferecido tem qualidade adequada. Os indicadores de utilização visam responder se os indivíduos estão utilizando e participando das ações ofertadas pelo programa. Também ajudam a esclarecer quais as ações estão sendo mais utilizadas. Os indicadores de cobertura ajudam a avaliar qual o

percentual da população alvo está sendo atingida pelo programa, e os indicadores de impacto vão avaliar se os objetivos do programa foram alcançados⁵¹.

O segundo eixo referencial de Habitch *et al*⁶⁵ é o grau de inferência causal. Os indicadores utilizados para avaliar inferência são: adequação, plausibilidade e probabilística. As avaliações de adequação de um programa vão responder se as mudanças esperadas aconteceram ou não. Vai depender de critérios estabelecidos a priori. As avaliações de plausibilidade vão além das avaliações de adequação porque buscam afastar os fatores de confusão que podem ter interferido nos resultados alcançados, selecionando um grupo controle. Já as avaliações probabilísticas são aquelas que buscam garantir que exista uma pequena e conhecida probabilidade que as diferenças alcançadas são devidas ao azar, ao efeito de vieses ou de fatores de confusão. Requerem randomização dos grupos e é considerada o padrão ouro das pesquisas de eficácia⁵¹.

Existe uma outra forma de definir quais os indicadores que serão utilizados no processo de avaliação. De acordo com Donabedian⁶⁶ (1984), os indicadores poderão ser: de estrutura, de processo e de resultado. Os de estrutura se referem às condições físicas e recursos. Os de processo ao que é realmente oferecido, como por exemplo as ações ofertadas. E os de resultado, são as modificações no estado de saúde dos indivíduos²⁰, ou se o problema ou situação de saúde foi resolvida⁵¹.

Os conceitos dos dois autores acima não são conflitantes. A principal diferença é que o enfoque do primeiro é na saúde pública, enquanto o do segundo é na avaliação de serviços de saúde. A população alvo do primeiro é o grupo populacional a ser atingido pelo programa, enquanto a do outro é a população usuária do serviço⁵¹.

Vieira-da-Silva²⁰ desenvolveu um conjunto de características ou atributos referentes às políticas, programas ou práticas em saúde, a serem avaliadas. Foi uma tentativa, diante da ampla diversidade terminológica e polissemia conceitual,

de incorporar conceitos da literatura com um certo grau de consenso, guardando uma coerência entre si e com um modelo teórico.

De acordo com a autora²⁰, as características ou atributos a serem avaliados são:

- a) Em relação a distribuição e disponibilidade de recursos: cobertura, acessibilidade e equidade;
- b) Em relação ao efeito: eficácia, efetividade e impacto;
- c) Em relação aos custos e produtividade: eficiência;
- d) Em relação ao conhecimento técnico e científico: qualidade técnico-científica;
- e) Em relação ao processo de implantação: grau de implantação e processo, e análise de implantação;
- f) Em relação aos atores: percepção e satisfação dos usuários, e aceitabilidade.

Após a escolha das características ou atributos a serem avaliados, se faz necessária a escolha dos critérios, indicadores e padrões que serão utilizados na avaliação. Critérios²⁰ são aspectos dos componentes da intervenção selecionados para avaliação. Esses componentes podem fazer parte da estrutura, dos processos ou dos resultados. Os critérios correspondem às variáveis. Uma equipe qualificada e treinada é um exemplo de critério de estrutura; uma campanha de educação em saúde, um critério de processo; e a cobertura de um programa ou ação, um critério de resultado.

Indicadores²⁰ são razões ou proporções entre variáveis ou critérios, como por exemplo, uma variável é o número de indivíduos ativos na população, enquanto a prevalência de atividade física é um indicador.

Padrões²⁰ são medidas quantitativas ou características qualitativas usadas como referência de “bom”, “adequado”, ou de “qualidade”. Os padrões são definidos muitas vezes por séries históricas, e nem sempre é o desejável, e sim o possível de ser alcançado.

Um ponto importante destacado por Vieira-da-Silva²⁰, é que a seleção de critérios, indicadores e padrões, devem ser realizada após a formulação da pergunta avaliativa e da elaboração do ML, e não serem definidos *a priori*, porque dessa forma, será possível visualizar quais os componentes da intervenção serão priorizados, e que aspectos capazes de aferir ou medir serão selecionados.

A seleção de critérios, indicadores e padrões pode ser realizada utilizando-se da literatura especializada ou pela própria experiência²⁰. Convém consultar listas de indicadores propostos por instituições públicas de saúde. Um exemplo de indicador de AF é a taxa de prevalência de AF insuficiente⁶⁷.

Um indicador é uma medida utilizada para verificar uma mudança ou resultado de uma intervenção, que pode ser uma atividade, projeto ou programa. Para ser considerado um bom indicador, ele deve ser: quantitativo (mensurável), factual (mesmo significado para diferentes indivíduos), válido (realmente mede o que se propõe a medir), confiável (tem como ser checado), e sensível (reflete as mudanças)⁵¹.

A definição do tipo de indicador a ser utilizado vai depender até onde se deseja chegar com a avaliação, podendo ser indicadores de oferta, de utilização, de cobertura, ou de impacto^{51,65}. Também depende em que estágio se encontra o programa. Se o programa está em sua fase inicial (por exemplo, nos dois primeiros anos) as avaliações de processo são mais recomendadas, utilizando de indicadores de oferta, utilização e cobertura. Caso o programa já exista há alguns anos, poderá ser realizada uma avaliação de impacto, utilizando indicadores de oferta, utilização, cobertura e impacto⁵¹.

Em 2012, o CDC dos EUA, publicou um Guia chamado *Steps to Wellness*⁵³, oferecendo ideias e sugestões de como se criar uma cultura de bem-estar através da incorporação de programas de atividade física no local de trabalho. O Guia apresenta três tipos de avaliação: do processo, dos resultados, e do impacto. A avaliação do processo é considerada a mais simples das avaliações, e pode ajudar a determinar a utilidade do programa. Nessa avaliação são avaliados os recursos,

atividades e produtos. A avaliação dos resultados vai considerar se as metas foram alcançadas, e pode ajudar a rever e melhorar as ações oferecidas. Nessa avaliação são avaliados quantos participantes estão envolvidos em ações do programa, qual a frequência de participação, qual a adesão do início ao fim das ações, dentre outros exemplos. Já a avaliação do impacto vai além da verificação das metas, e determina se os efeitos do programa foram atingidos, como por exemplo, se o nível de atividade física dos trabalhadores melhorou ou não. Além disso, esse tipo de avaliação pode verificar, qual o nível de satisfação dos empregados com o programa. Os resultados dessa avaliação podem ajudar a revisar as metas ou as expectativas em relação ao programa⁵³.

As avaliações de processo não são menos importantes do que as avaliações de impacto. Muitas vezes o gestor de um programa precisa saber qual é a sua cobertura, para que as ações oferecidas possam ser avaliadas e muitas vezes melhoradas, para atingir um maior número de pessoas, em um processo de retroalimentação do programa⁵¹.

Para Nahas², o Brasil não possui uma tradição de realizar a avaliação de intervenções de promoção da saúde e qualidade de vida, e de considerar a avaliação como processo importante dessas intervenções. Quando se trata de avaliação de programas de promoção da saúde no local de trabalho, o foco dos estudos tem se concentrado nas áreas de nutrição, atividade física, gerenciamento de estresse e tabagismo⁵⁰.

Diante do exposto, entende-se que o ideal seria que as avaliações fizessem parte do planejamento dos programas, e que deveriam ser pensadas antes mesmo de sua implementação, mas em muitos casos, isso não ocorre, o que pode dificultar o processo de avaliação.

Além disso, nenhuma avaliação é perfeita. Qualquer método que venha a ser utilizado terá as suas limitações, mas o simples ato de avaliar, já traz inúmeros benefícios do que meramente a apresentação dos resultados, e o produto final de uma avaliação já produzirá um impacto sobre o programa⁵¹.

Os resultados de uma avaliação irão auxiliar na melhoria do programa, podendo identificar sua efetividade, e colaborar para que gestores e donos de empresa possam continuar investindo nos programas. Sem os dados de uma avaliação, é difícil determinar se o programa é efetivo para os empregados⁵³.

4. MÉTODOS

Neste capítulo serão abordadas as técnicas e os métodos utilizados para a realização da pesquisa. A pesquisa pode ser dividida em dois momentos: o primeiro trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, descritivo^{68,69}; o segundo momento caracteriza-se pelo desenvolvimento de um produto inovador. O caso a ser estudado é o Programa TST em Movimento. O método, instrumentos e os dados a serem utilizadas estão descritos conforme os objetivos da pesquisa: descrição do Programa TST em Movimento, construção do modelo lógico do Programa e elaboração do plano de avaliação do Programa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética sob o número 52568121.2.0000.0030, e parecer do CEP sob o número 5.439.367.

4.1 Descrição do Programa TST em Movimento

O método utilizado para a descrição do Programa TST em Movimento foi a análise histórica e de documentos por meio da coleta de dados⁷⁰. Os dados utilizados foram: documentos do Programa, como atos normativos e relatórios anuais; informações do banco de dados do Programa, da intranet, e de cartilhas; material gráfico de divulgação dos 15 anos do Programa; e o relato dos gestores antigos e atuais do Programa.

A coleta de dados aconteceu no período de novembro de 2021 a maio de 2022.

Após a coleta de dados foi realizada a leitura dos documentos e a análise das atividades, recursos, fatores influenciadores, contexto, e objetivo do Programa. Foi desenvolvida uma linha do tempo com os principais fatos históricos dos primeiros 15 anos de trabalho.

A descrição do Programa será apresentada nos resultados do estudo e servirá de base para a construção do ML.

4.2 Construção do Modelo Lógico do Programa TST em Movimento

Para a construção do ML utilizou-se dos dados coletados necessários para a descrição do Programa TST em Movimento. Trata-se de uma trajetória de mais de 15 anos subsidiada pelo conhecimento científico da área como base para a proposta de organizar o ML como detalhado a seguir.

Para a construção do ML serão utilizadas as diretrizes do Manual para Avaliação de Atividade Física do CDC⁶⁰ e a literatura científica publicada que apresentou a construção do ML^{23,71}.

De acordo com as referências^{23,60,71}, o ML pode ser construído conforme os seguintes componentes: objetivo, recursos, atividades, produtos, metas, fatores influenciadores e público-alvo.

Não existe uma forma padronizada de elaborar ou apresentar um ML⁶⁰, o que o torna uma “obra” possível de ser modificada e aperfeiçoada. A construção do ML de uma intervenção na área de saúde, nesse caso, um programa de promoção da saúde no local de trabalho com ênfase na promoção da atividade física, deve partir de uma situação problema, neste caso a inatividade física³², como grave problema de saúde pública.

Em relação aos componentes⁶⁰ do ML, o objetivo é o próprio objetivo do programa, conforme seu ato de criação¹⁷. O público-alvo são as pessoas a que se destina a intervenção.

Fatores influenciadores são aqueles que podem interferir no sucesso ou resultado do programa, influenciando ou modificando, de forma positiva ou não.

Os recursos podem ser divididos em humanos, materiais, de infraestrutura, apoio e patrocínio, dentre outros. Os recursos humanos são todos os profissionais envolvidos que participam e colaboram para a execução da intervenção. Materiais são os equipamentos necessários para a realização das ações. Infraestrutura são os

ambientes, como salas, espaços para a prática de atividade física, vestiários, bicicletário, dentre outros. Apoio são as contribuições da gestão ou dos setores da organização para o planejamento e execução da intervenção. Patrocínio é o aporte financeiro, para garantir que as ações da intervenção sejam realizadas.

As atividades são as áreas de atuação do programa, e as ações, são os meios para que as atividades sejam executadas. Os produtos são os números, que podem ser variáveis ou não, das ações realizadas. As metas são os resultados a serem alcançados pela intervenção.

O ML do Programa TST em Movimento será desenvolvido conforme os componentes sugeridos, uma versão prévia será apresentada aos gestores do programa para ajustes e correções, e a versão final para concordância. O ML será apresentado nos resultados do estudo.

4.3 Elaboração do Plano de Avaliação do Programa TST em Movimento

Para a construção do plano de avaliação do Programa TST em Movimento serão utilizadas referências na literatura a respeito de como avaliar em saúde^{10,19,20,60}.

Conforme a literatura especializada^{19,20,51}, algumas questões prévias precisam ser respondidas para auxiliar na definição do foco, na delimitação do objeto, e na escolha da melhor abordagem e método da avaliação:

- Qual é o objeto da avaliação?
- Qual a finalidade da avaliação?
- Qual a perspectiva da avaliação?
- Qual é a intervenção, seus componentes e seu ML?
- Qual a situação problemática da intervenção?
- Qual é o contexto em que a intervenção se insere?
- Qual é o momento da intervenção em relação à avaliação?
- A quem se destina a avaliação?

- Quem irá fazer a avaliação?
- Quais os recursos e meios necessários para desenvolver o processo de avaliação?
- Serão usados dados primários ou secundários?
- Quais serão os atributos ou características a serem avaliados?
- Qual será a abordagem da avaliação? Será avaliada a estrutura, os processos e/ou os resultados?
- Qual vai ser o escopo da avaliação? Serão avaliadas as ações de um programa ou o programa como um todo?
- Quais serão os critérios, indicadores e padrões da avaliação?

Essas são algumas perguntas que poderão ser indagadas antes mesmo de se iniciar o processo de avaliação, e serão respondidas nos resultados do estudo, no tópico do plano de avaliação do Programa.

A literatura^{19,20} também recomenda a descrição do programa antes do processo de avaliação, por isso o presente estudo teve como seu primeiro objetivo a descrição do Programa TST em Movimento.

Em seguida deverá ser formulada a pergunta avaliativa e o objetivo da avaliação²⁰.

A elaboração do plano de avaliação do Programa TST em Movimento vai se basear no ML construído e nas diretrizes do Guia Metodológico de Avaliação e Definição de Indicadores⁵¹ publicado em 2007, pelo Ministério da Saúde. O Guia é um instrumento prático, que organiza e resume os principais elementos envolvidos na avaliação de programas. Foi desenvolvido inicialmente para avaliar intervenções relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis, mas pode ser aplicado na avaliação de qualquer tipo de intervenção na área de saúde.

O Guia⁵¹ recomenda algumas etapas. Foram realizadas algumas modificações nas etapas, utilizando-se também de outras referências da literatura especializada^{19,20,60}, mas sem prejuízo às recomendações propostas pelo Guia.

As etapas a serem seguidas para a elaboração do plano de avaliação são:

Etapa 1: Responder às questões prévias;

Etapa 2: Elaborar a “pergunta avaliativa” e o “objetivo da avaliação”;

Etapa 3: Definir os critérios e as características ou atributos que serão avaliados, e determinar o grau de inferência;

Etapa 4: Definir quais as variáveis e indicadores serão usados na avaliação;

Etapa 5: Definir qual será o método (tipo de estudo), os instrumentos de coleta e análise, e o cronograma (periodicidade da avaliação);

Etapa 6: Analisar e interpretar os resultados da avaliação;

Etapa 7: Concluir e divulgar os resultados da avaliação.

Cada uma das etapas apresentadas acima será detalhada nos resultados, exceto as etapas 6 e 7, por não fazerem parte dos objetivos do presente estudo.

Algumas das etapas sugeridas pelo Guia⁵¹ serão apresentadas nos resultados do estudo no formato de um quadro (o plano de avaliação do Programa TST em Movimento) para facilitar a visualização e a compreensão do processo de avaliação.

Os dados que irão alimentar o plano de avaliação serão extraídos de duas avaliações periódicas realizadas pelo Programa: os relatórios de resultados e os levantamentos de indicadores de saúde.

Os relatórios de resultados são documentos elaborados pelos gestores do Programa, ao final de cada período, semestre ou ano, e enviados para o conhecimento da chefia da Secretaria de Saúde do TST. O relatório conta com as seguintes informações: ações ofertadas e números de ações, número de participantes por ação, e número de participações por ação.

Nesse relatório, ações como orientações de AF, ergonômica, e de fisioterapia, aulas de GL, *yoga* e *mat pilates* são contabilizadas como uma ação desenvolvida no período.

Ações como eventos, grupos de AF, campanhas e palestras, são contabilizadas conforme o número de vezes que ocorrem no período. Por exemplo, poderão ser realizados mais de um evento ou palestra no ano.

Alguns instrumentos fornecem os dados para os relatórios de resultados, como as listas de frequência, a lista geral de servidores, as listas de atendimento, e as listas de cadastro para utilização dos vestiários, do calçadão e do bicicletário.

Para cada ação são disponibilizadas listas de frequências. A lista de frequência é de responsabilidade dos servidores ou estagiários do Programa. Ela contém informações com o nome do colaborador, código (matrícula), setor de trabalho, e a presença ou não na ação ofertada. Através do código é possível diferenciar se o participante é servidor, terceirizado, estagiário ou menor aprendiz. Essas informações são importantes para que o Programa possa coletar dados de utilização e cobertura das ações do Programa. A lista de frequência é o principal instrumento de coleta de dados para a variável número de participantes e de participações.

A variável número de participantes é o número de pessoas que participam da ação. Essa informação é coletada através das listas de frequência. Também é possível saber quantos servidores, terceirizados, estagiários e menores aprendizes participaram da ação.

A variável número de participações é o número de vezes que o indivíduo participou de alguma ação do Programa. Se a ação é pontual, não acontece de forma repetida, como por exemplo, orientações, eventos, palestras, o número de participações será contabilizado como apenas uma participação por pessoa. Caso a ação seja contínua, aconteça de forma repetida, como por exemplo, as aulas de GL, de *yoga*, de *mat pilates*, e dos grupos de AF, o número de participações será o número de vezes que o indivíduo participou daquela ação no período, sendo contabilizada as presenças registradas nas listas de frequência.

A capacidade instalada das aulas de *yoga*, *mat pilates* e dos grupos de AF é expressa pelo limite de atendimento (número de pessoas total) de acordo com o

espaço disponibilizado. A capacidade instalada fornecerá informações para o cálculo da proporção de utilização dessas ações, isto é, a relação do número de servidores participantes da ação e o número de vagas disponibilizadas. A capacidade instalada da GL é a quantidade de turmas total que podem ser atendidas por estagiário.

A lista geral de servidores é fornecida pela Coordenadoria de Informações Funcionais do TST. Ela possui informações como o nome, o tempo de TST, o código e a lotação (setor de trabalho) do servidor, além do número total de servidores. Para que a lista se mantenha atualizada em relação aos servidores ativos, ela é solicitada ao início de cada período e quando da realização do levantamento de indicadores de saúde para o cálculo do tamanho mínimo da amostra e o sorteio dos participantes do levantamento.

As listas de atendimento são listas com as solicitações de agendamento e realizações das avaliações e orientações, e são utilizadas para os dados referentes ao número de avaliações e orientações realizadas.

As listas de cadastro para uso dos vestiários, do calçadão e do bicicletário são listas com as solicitações para uso desses ambientes. Serve para coletar os dados referentes ao número de servidores que utilizam esses espaços.

Todos os documentos acima alimentam os dados do relatório de resultados, e vão auxiliar na construção das variáveis e dos indicadores do plano de avaliação do Programa.

O outro documento das avaliações periódicas realizadas pelo Programa e que irá fornecer os dados para alimentar o Plano de Avaliação é o levantamento de indicadores de saúde.

O levantamento é um questionário realizado a cada dois anos, desde 2004, pelo Programa TST em Movimento. O questionário possui informações do perfil social, do TST em Movimento, do estilo de vida e rotina de trabalho, do nível de atividade física, de fatores de risco cardiovascular, dentre outros. Nem todas as informações estão presentes em todas as edições do levantamento, exceto a do

nível de atividade física dos servidores do TST, presente desde a primeira edição. Informações sobre composição corporal e tempo sentado, desde 2010; nível de qualidade de vida e estresse, em algumas edições; relato de dor osteomuscular, a partir de 2018. Esses são alguns exemplos das mudanças ocorridas nos levantamentos, de acordo com as necessidades do Programa em determinados períodos, mas desde 2010, o levantamento tem mantido uma estrutura com poucas variações, para que alguns dados possam ser acompanhados ao longo do tempo.

O levantamento de indicadores de saúde é um estudo transversal desenvolvido pelo Programa, realizado a cada dois anos, com amostras aleatórias e representativas dos servidores do TST. É importante destacar que o levantamento não contempla todos os colaboradores do TST, apenas os servidores, por uma questão estratégico-operacional. A escolha em selecionar apenas servidores têm diversos motivos, entre eles, a facilidade operacional de aplicação nesse grupo, pois representam a maioria dos colaboradores do TST (mais de 70%) e não haver uma grande rotatividade nesse grupo, pois se trata de servidores públicos estatutários, isto é, com estabilidade, diferente dos terceirizados, estagiários e menores aprendizes.

A seleção da amostra é estratificada por sexo e por área de trabalho (administrativa ou judiciária). Área administrativa inclui todos os setores de trabalho da área meio do TST, como por exemplo, saúde, desenvolvimento de pessoas, manutenção, segurança. Área judiciária envolve todos os setores da área fim, como os gabinetes de ministros, as secretarias de turmas de julgamento, e outras unidades envolvidas com o julgamento de processos. A estratificação obedece ao total de servidores da época do levantamento, de acordo com as informações fornecidas pela Coordenadoria de Informações Funcionais. Ao longo dos anos de funcionamento do TST em Movimento, o total de servidores do TST variou em torno de 2200.

O critério de inclusão na amostra é ter mais de seis meses de trabalho no Tribunal e estar na ativa, isto é, não estar aposentado. O critério de exclusão está

relacionado a algum dado inconsistente ou faltante que possa interferir na interpretação dos resultados. Para que a amostra possa ser representativa em relação ao principal indicador do levantamento, o nível de AF, estima-se uma prevalência de inatividade física em torno de 45 a 50%, com nível de significância de 0,05, e poder estatístico de 80%. O tamanho da amostra, desde 2004, têm variado em torno de 350 a 400 servidores. Após o cálculo amostral é realizado um sorteio, utilizando o *software Microsoft Excel*, dos servidores que irão participar do levantamento, obedecendo os critérios de estratificação por sexo e área de trabalho. São sorteados pelo menos 20% a mais do que o cálculo do tamanho da amostra devido aos casos de recusa e não viabilidade de contato.

De 2004 a 2016 os servidores selecionados para participar do levantamento eram convidados por algum integrante da equipe do TST em Movimento, através de contato telefônico pelo ramal do sorteado, a se dirigirem à sala de atividades do Programa para que fossem realizadas as medidas de peso e de estatura, e o preenchimento do questionário. Um dos integrantes da equipe, servidor ou estagiário, ficava responsável pela acolhida, realização das medidas e orientação do preenchimento do instrumento.

Em 2018 e 2020 o questionário passou a ser enviado no formato virtual. Para isso, com o apoio da Secretaria de Tecnologia da Informação do TST, o questionário foi construído através do *software Lime Survey*, utilizado para aplicação de questionários de pesquisa em diversas áreas. Como o TST possui uma licença do *software* e ele atendia em boa parte a elaboração do questionário virtual, optou-se por sua utilização. O questionário físico foi adaptado para o formato virtual, buscando manter o conteúdo e o objetivo, principalmente em relação ao nível de AF.

O questionário virtual é enviado para o e-mail institucional dos servidores sorteados. Além disso, um contato telefônico é realizado, através do ramal, informando que o servidor foi sorteado e que o questionário foi enviado por e-mail. Em 2020, ano da pandemia de Covid-19, os servidores do TST estavam no

trabalho remoto, por isso o contato com os sorteados foi realizado pelo chat, e não pelo ramal.

As informações coletadas pelo *Lime Survey* são exportadas para uma planilha de Excel, que facilita a tabulação e análise de dados. Até 2016 os dados coletados nos questionários eram tabulados de forma manual, digitados em uma planilha de Excel pelos servidores e estagiários da equipe do Programa.

Nas primeiras edições do levantamento, o questionário era aplicado no primeiro semestre, entre os meses de abril e maio. A partir de 2010, o questionário passou a ser aplicado na segunda quinzena de outubro, com prazo máximo para resposta até o final da primeira quinzena de dezembro. O período de dois meses é um tempo razoável para que se possa atingir o tamanho mínimo da amostra desejada.

O questionário do Levantamento de Indicadores de Saúde aplicado em 2020 é apresentado no Anexo II. O questionário é formado basicamente por perguntas fechadas, em sua maioria de múltipla escolha, dividido da seguinte forma:

- Texto introdutório: um breve texto explicando o objetivo da pesquisa, a seleção da amostra, o anonimato e o sigilo das informações, e uma pergunta sobre o consentimento ou não de uso das informações prestadas para publicações científicas.
- Perfil social: idade, estado civil, número de dependentes, sexo, turno e setor de trabalho, contato, número de horas trabalhadas, tempo de deslocamento, forma de deslocamento, tempo de TST, grau de escolaridade, peso e estatura relatados (essas últimas informações, desde 2018 devido ao formato virtual do questionário).
- TST em Movimento: conhecimento do Programa; importância, influência e eficácia do Programa; avaliação do Programa; conhecimento das recomendações de AF para a saúde; participação nas ações do Programa.

- Estilo de Vida e Rotina de Trabalho: tempo sentado; número de horas sentado, tempo de tela, realização de pausas ativas, número e duração das pausas; prática de exercício ou esporte, tipo, frequência e duração da prática; motivos para a não realização de AF, relação com AF, consumo de frutas e hortaliças, horas de sono, qualidade do sono.
- Nível de AF: o questionário utilizado é a versão curta do IPAQ⁷², desde 2004.
- Fatores de risco cardiovascular: relato de tabagismo, hipertensão, dislipidemia, diabetes ou pré diabetes, tendo como base a ficha de estratificação de risco pré participação do *American College Sports Medicine*⁷³.
- Dor: inventário breve de dor.

A seguir, serão detalhados o critério de classificação usado no IPAQ e algumas perguntas do questionário do levantamento de indicadores de saúde que serão utilizadas na elaboração de indicadores do plano de avaliação.

Em relação ao IPAQ, a primeira pergunta do questionário diz respeito à prática de caminhada, a segunda sobre a prática de atividades físicas de intensidade moderada, e a última sobre a prática de atividades físicas de intensidade vigorosa. Em cada uma delas são coletadas informações sobre a frequência semanal e o tempo de atividade por dia. De acordo com as respostas, os indivíduos são classificados em cinco categorias: muito ativo, ativo, insuficientemente ativo A ou B, e sedentário. Muito ativo é aquele que cumpre pelo menos cinco dias na semana e pelo menos 30' por sessão de AF vigorosa; ou pelo menos três dias na semana e pelo menos 20' por sessão de AF vigorosa mais uma AF moderada e/ou caminhada pelo menos cinco dias na semana e pelo menos 30' por sessão. Ativo é aquele que cumpre pelo menos três dias na semana e pelo menos 20' por sessão de AF vigorosa; ou pelo menos cinco dias na semana e pelo menos 30' por sessão de AF moderada ou de caminhada; ou pelo menos cinco

dias na semana e pelo menos 150' por semana da soma da AF vigorosa, moderada e caminhada. Insuficientemente ativo é aquele que não cumpre os critérios acima, de frequência e duração das atividades, ou seja, pelo menos cinco dias na semana e pelo menos 150' de AF por semana, e fazem acima de 10' contínuos de atividade na semana. Quando atende a pelo menos um dos critérios, frequência ou duração, é classificado em insuficientemente ativo A, e quando atende aos dois critérios é classificado como insuficientemente ativo B. Sedentário é aquele que não realizou nenhuma AF por pelo menos 10' contínuos durante a semana⁷⁴. Servidores ativos serão aqueles classificados como ativos ou muito ativos, de acordo com o IPAQ. Através desse dado será possível estimar a prevalência de servidores ativos pela relação entre o número de servidores ativos e o número total de servidores participantes do levantamento.

A prática de AF no tempo livre será determinada através das perguntas nove, onze e doze do questionário sobre Estilo de Vida e Rotina de Trabalho. A pergunta 9 consiste: “Nos últimos três meses você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?”. As opções de resposta são “sim” ou “não”. A pergunta 11 consiste: “Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte nos últimos três meses?”. A resposta tem cinco categorias: 1 a 2 dias na semana; 3 a 4 dias na semana; 5 a 6 dias na semana; todos os dias da semana, inclusive no final de semana; não pratiquei exercício e/ou esporte nos últimos três meses. A pergunta 12 consiste: “Nos dias em que você praticou exercício e/ou esporte nos últimos três meses, qual a duração (em minutos) desta atividade por dia? A resposta é dada em números. Caso a resposta seja “sim” na pergunta nove, a resposta da pergunta onze seja acima de 5 dias na semana e a resposta da pergunta 12 seja 30' ou mais, o indivíduo será classificado como praticante de atividade física no tempo livre. Através desse dado será possível estimar a prevalência de servidores praticantes de atividade física no tempo livre pela relação entre o número de servidores praticantes de AF no tempo livre e o

número total de servidores participantes do levantamento. As perguntas relativas à prática de atividade física foram adaptadas do VIGITEL⁸.

Através do tópico “Perfil Social” será possível coletar duas informações, peso e estatura relatados, que serão utilizados para a construção da variável composição corporal. Os valores do peso e estatura serão utilizados para calcular o índice de massa corporal (IMC). Nesse caso, o indicador a ser utilizado será “excesso de peso”, compreendendo as classificações de sobrepeso e obesidade. Para ser classificado como “excesso de peso” o valor do IMC deverá ser ≥ 25 kg/m². Através desse dado será possível estimar a prevalência de servidores com excesso de peso pela relação entre o número de servidores com excesso de peso e o número total de servidores participantes do levantamento.

A variável comportamento sedentário possuirá quatro indicadores que serão extraídos de perguntas do questionário sobre Estilo de Vida e Rotina de Trabalho, conforme detalhados a seguir.

O primeiro indicador consiste na prevalência de servidores com excesso de tempo sentado e será medido através da primeira pergunta do questionário Estilo de Vida e Rotina de Trabalho. A pergunta consiste em categorizar o tempo gasto sentado no período de vigília, em atividades no trabalho, em casa, no transporte, no lazer, nos estudos, dentre outros, considerando a maior parte dos dias da semana. São cinco categorias de resposta: quase não fico sentado durante o dia (a menor parte do tempo), fico um pouco do tempo sentado (1/4 do dia), fico a metade do tempo sentado, fico mais da metade do tempo sentado (3/4 do dia), e fico a maior parte do tempo sentado (praticamente o dia inteiro). O número de servidores com excesso de tempo sentado serão os respondentes das últimas duas categorias, isto é, os que passam mais da metade do tempo sentado no período de vigília. A prevalência de servidores com excesso de tempo sentado será estimada pela relação entre o número de servidores com excesso de tempo sentado e o número total de servidores participantes do levantamento. A pergunta e as categorias de resposta sobre tempo sentado foram extraídas e adaptadas do estudo

de Katzmarzik *et al*⁷⁵, e vem sendo aplicada desde 2010, no levantamento de indicadores de saúde.

O segundo indicador é a prevalência de servidores com excesso de tempo total de tela no tempo livre (TTTTL), e será medido através da quarta pergunta do questionário sobre Estilo de Vida e Rotina de Trabalho. A pergunta consiste: “Quanto tempo médio (em horas por dia) você assiste TV e/ou usa computador, tablet ou celular para lazer?”. A resposta é dada em números. As respostas serão categorizadas em dois grupos: aqueles que passam três horas ou mais por dia do tempo livre assistindo televisão ou usando o computador, tablet ou celular para lazer, e aqueles que passam menos de três horas. Aqueles que passam três ou horas ou mais serão classificados como excesso de TTTTL. A prevalência de servidores com excesso de TTTTL será estimada pela relação entre o número de servidores com excesso de TTTTL e o número total de servidores participantes do levantamento. A pergunta foi extraída e adaptada do VIGITEL⁸.

O terceiro indicador é a prevalência de servidores que realizam pausas ativas, e será medida através da sexta pergunta do questionário sobre Estilo de Vida e Rotina de Trabalho. A pergunta consiste: “Você realiza pausas ativas no decorrer da jornada de trabalho (considere pausa ativa: sair da posição sentada, ficar em pé e caminhar)?”. As opções de resposta são “sim” ou “não”. A prevalência de servidores que realizam pausas ativas será estimada pela relação entre o número de servidores que realizam pausas ativas e o número total de servidores participantes do levantamento.

O quarto indicador é a prevalência de servidores que realizam o número de pausas ativas recomendado, e será medido através da sétima pergunta do questionário sobre Estilo de Vida e Rotina de Trabalho. A pergunta consiste: “Quantas pausas ativas em média por dia você realiza no decorrer de sua jornada de trabalho?”. A resposta é dada em números. Como a jornada média de trabalho no TST é de sete horas, e o ato das pausas ativas recomendam uma pausa de 10’ a cada 90’ trabalhados, o ponto de corte a ser utilizado será de três pausas. Aqueles

que realizarem três pausas ou mais no decorrer da jornada de trabalho serão classificados como os que realizam o número de pausas recomendada, enquanto aqueles que realizarem menos de três pausas, serão classificados como os que não realizam o número de pausas recomendado. A prevalência de servidores que realizam o número recomendado de pausas ativas será estimada pela relação entre o número de servidores que realizam o número recomendado de pausas ativas e o número total de servidores participantes do levantamento.

As outras variáveis e indicadores extraídas do relatório de resultados e do levantamento de indicadores de saúde serão detalhadas nos resultados do estudo no tópico Plano de Avaliação do Programa.

Como intervenções/programas em saúde pública operam por cadeias complexas e por mecanismos muitas vezes imprevisíveis, influenciados pelas interações com o contexto local e com a população alvo, o estabelecimento de uma rede causal para avaliar a eficácia e a efetividade de um programa se torna difícil^{20,51}.

Nesse sentido, parece que uma estratégia sensata em termos de metodologia da avaliação de programas, seja que a avaliação tenha claro seus objetivos, que os dados coletados sejam abrangentes e rigorosos quanto possível, e que se opte por delineamentos simples⁵¹.

5. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados conforme os objetivos propostos pela pesquisa: descrição do programa TST em Movimento, construção do modelo lógico do Programa, e elaboração do plano de avaliação do Programa.

5.1 A Descrição do Programa TST em Movimento

O Programa TST em Movimento foi criado através do ato nº 102 de 10 de março de 2004¹⁷, assinado pela presidência do TST. Atualmente faz parte da Seção de Educação em Saúde⁷⁶, responsável pelo planejamento, gestão e execução das ações do programa. A Seção de Educação em Saúde é um dos setores da Secretaria de Saúde do TST. Conforme seu ato de criação, o objetivo do programa é a promoção da saúde e a prevenção de doenças, visando uma vida mais ativa dos servidores do TST¹⁷. Seguem abaixo a primeira logomarca do Programa, criada pela equipe logo no início de sua implantação, e a logomarca atual, que vigora desde 2016, criada pela equipe da SECOM.

FIGURA 1 – Logomarcas TST em Movimento



(logomarca antiga)



(logomarca atual)

O contexto da intervenção é o TST, localizado em Brasília, no Distrito Federal. O TST é a instância máxima da Justiça do Trabalho, responsável pelo julgamento de processos na área do direito trabalhista. Sua sede está localizada no Setor de Administração Federal Sul, quadra 08, próximo ao centro da capital. É formado por três prédios, o bloco A, onde funciona boa parte da área administrativa do TST, o bloco B, onde estão localizados os gabinetes dos ministros, e o bloco C, onde está localizado um espaço destinado aos terceirizados, o berçário e o Centro de Reabilitação Funcional (CRF).

A população estimada do TST é de aproximadamente 3000 colaboradores, entre ministros, servidores, terceirizados, estagiários e menores aprendizes, sendo o público-alvo do Programa todos os colaboradores, a maior parte formada por servidores públicos, aproximadamente 2200 servidores, e 27 ministros.

FIGURA 2 – Foto da imagem área do TST



(foto extraída da internet do site folha dirigida)

A ideia de criação do Programa foi iniciativa da Coordenadora de Saúde da época, Dra. Maria da Conceição Bezerra Cavalcanti (médica cardiologista) preocupada com a piora sistemática de indicadores de saúde observada

empiricamente nas avaliações médicas periódicas dos servidores do TST, muitos desses indicadores intimamente relacionados com o estilo de vida e, portanto, modificáveis.

Para a construção e planejamento do Programa foi convidado um servidor do TST com formação em Educação Física (EF), o professor Luiz Guilherme Grossi Porto, que assumiu a tarefa da implementação do Programa. Além do incentivo da coordenadora de saúde, contou com o apoio da direção do TST, que formalizou a criação do programa através de um ato normativo assinado pelo presidente do TST da época, Ministro Francisco Fausto Paula de Medeiros.

Da elaboração do projeto inicial, que continha a fundamentação teórica disponível à época, apresentada em redação voltada para a avaliação de viabilidade por gestores da administração do TST, até sua aprovação pela Presidência do TST, transcorreu-se um prazo de 11 meses. Uma vez aprovado, planejou-se um grande evento de lançamento com vistas à ampla divulgação do Programa. O evento contou com palestra do Dr. Victor Matsudo, que foi recebido pelo Presidente do Tribunal à época, para juntos, assinarem a Carta São Paulo, com o compromisso de o TST desenvolver ações de promoção da AF no seu âmbito. Na ocasião participaram também a Associação dos Servidores da Justiça do Trabalho (ASTRISUTRA) como apoiadora, e algumas das academias de ginástica com as quais o Programa conseguiu estabelecer convênios para descontos aos servidores do TST e que ofereceram diversos brindes. Vale destacar que, superando qualquer expectativa, o auditório da palestra teve que ser mudado de última hora em razão do grande número de interessados, que só caberia no principal auditório do TST, que à época ainda sediado na Praça dos Tribunais Superiores. O evento superou as mais otimistas previsões e foi comentado amplamente por alguns dias. Era o início da inserção da pauta da AF na maior instância do Poder Judiciário Trabalhista. Uma novidade absoluta. Passado mais de 18 anos, a pauta da AF figura, há algum tempo, no planejamento estratégico do TST e na cultura organizacional deste Tribunal.

A primeira ação do programa foi a construção de uma linha base do nível de AF dos servidores do TST, com a aplicação de um questionário para avaliar o NAF, o *International Physical Activity Questionnaire*⁷² (IPAQ), antes do lançamento oficial do Programa. Destaca-se que esse questionário tem sido utilizado desde 2004, ano de criação do programa, e desde então, é aplicado a cada dois anos, com amostras selecionadas aleatoriamente, de aproximadamente 400 servidores em cada edição. O TST em Movimento nasce com a preocupação de se estabelecer como um processo de vigilância e monitoramento, não apenas do nível de atividade física, mas também de outros indicadores de saúde, como a prevalência de hipertensão, obesidade, dislipidemia, diabetes e tabagismo, dentre outros.

Outras duas ações realizadas desde sua criação são a realização de eventos, sendo o principal deles, o Dia Mundial da Atividade Física, e a divulgação das recomendações de AF para a saúde^{5,10,18}, com a elaboração de cartazes com as principais recomendações para a saúde. Segue abaixo a figura do cartaz elaborado em 2019, em comemoração aos 15 anos do Programa.

FIGURA 3 – Cartaz das recomendações de AF para a saúde



(imagem extraída do site do TST em Movimento)

O principal evento é o “Dia Mundial da Atividade Física”, comemorado anualmente desde 2005, no mês de abril, sendo que desde 2010, uma das principais atividades do evento é o “Revezamento de Caminhada do TST”, uma competição de caminhada entre os setores de trabalho, com a contagem de passos percorridos pelos participantes através de pedômetros emprestados pelo Programa, com duração de quatro horas, duas horas pela manhã, normalmente das 8h às 10h, e duas horas pela tarde, normalmente das 16h às 18h, para que haja participação dos colaboradores dos dois turnos de trabalho do TST. É importante destacar que o evento acontece em um dia de trabalho, normalmente na sexta-feira.

FIGURA 4 – Foto do revezamento de caminhada do TST



(foto extraída dos arquivos do TST em Movimento)

Desde o início, houve a necessidade de estabelecer parcerias, sendo as principais com a Associação de Servidores da Justiça do Trabalho (ASTRISUTRA), e com a Cooperativa de Crédito dos Servidores da Justiça do Trabalho (SICOOB Credijustra). Essas parcerias têm como objetivo o patrocínio financeiro para execução de algumas ações do Programa, como a realização de eventos e confecção de uniformes da equipe, já que o programa não possui recurso próprio, contando apenas com o orçamento anual do TST para execução das ações.

No início, o Programa contava com apenas um profissional de EF, depois foram contratadas uma estagiária de EF, e uma de Fisioterapia. Em 2009, incorporou mais um servidor com formação em EF, e em 2013, com a expansão das atividades e o início das aulas de ginástica laboral (GL) nos setores de trabalho do TST, já contava com 7 estagiários de EF, contratados pelo TST, por intermédio de agências oficiais de estágio. A partir de 2015, uma servidora com formação em Fisioterapia passou a fazer parte da equipe.

Através da parceria firmada com a ASTRISUTRA, foram contratados dois profissionais para ministrar aulas de *yoga* e *mat pilates*. A associação é responsável pela contratação e pagamentos dos profissionais, e pela matrícula dos alunos, enquanto o TST em Movimento é responsável por ceder o espaço para a realização das práticas, e pela divulgação nos canais internos do TST.

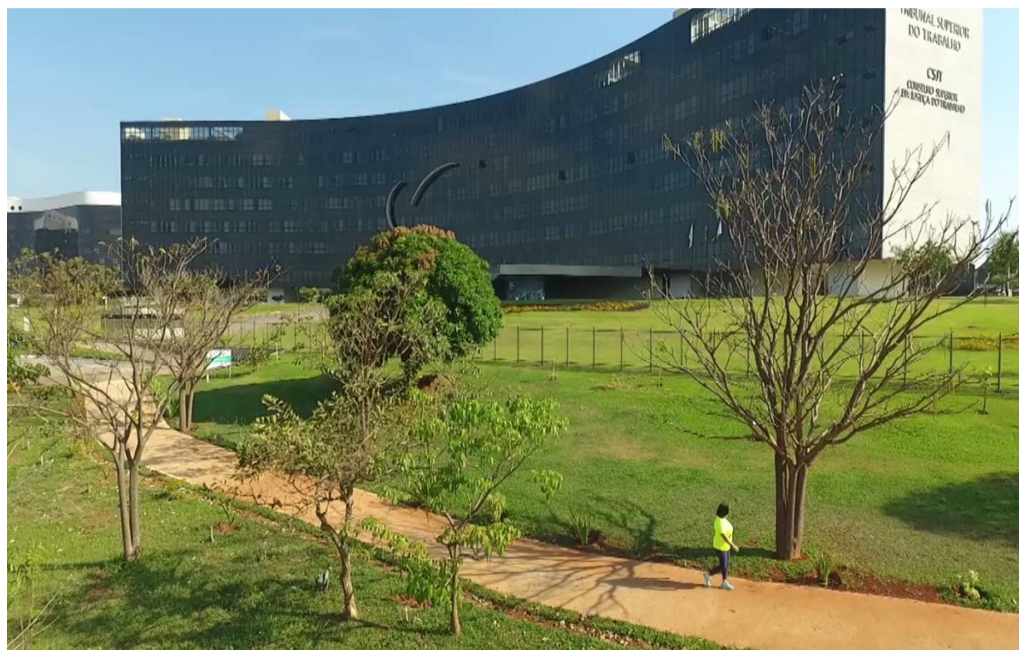
Além das parcerias externas, o programa estabeleceu parcerias internas importantes, com a Secretaria de Comunicação Social (SECOM), de Tecnologia da Informação, e de Gestão de Pessoas, que apoiam nos eventos, nas pesquisas e levantamentos de indicadores de saúde, e principalmente, na comunicação interna.

Em relação aos espaços físicos, o Programa possui uma sala administrativa e uma sala de atividades para práticas de AF, localizadas no bloco A. É um dos responsáveis pela gestão do CRF, localizado no bloco C, destinado às práticas de atividade física e atendimentos de fisioterapia.

O CRF possui uma sala ampla para a prática de atividades físicas; uma sala de aula, destinada às aulas teóricas; uma sala de avaliação física equipada com esteira e outros instrumentos de avaliação; uma sala para avaliação e orientação de fisioterapia; um tatame; e dois vestiários, com chuveiros e armários rotativos, para atender os usuários do CRF, do bicicletário e os praticantes de atividade física que usam o calçadão.

O calçadão foi uma das iniciativas do Programa, e foi inaugurado no ano de 2017. Está localizado ao redor do TST, com um percurso de retas, subidas e descidas, com aproximadamente um quilômetro de distância, seguro e agradável, com faixas de pedestres nas entradas e saídas dos estacionamentos e da garagem, e com parte do percurso dentro do bosque dos tribunais, espaço repleto de vegetação nativa do cerrado. O calçadão é utilizado para as práticas de AF dos grupos de educação em saúde, e nos eventos, como o Revezamento de Caminhada. Além disso, o TST em Movimento incentiva o uso voluntário do calçadão pelos colaboradores do TST, através de campanhas internas.

FIGURA 5 – Foto do calçadão do TST



(foto extraída do site do TST em Movimento)

A gestão do CRF, do calçadão ao redor do TST, e do bicicletário, são de responsabilidade do Programa em parceria com a Secretaria de Segurança do TST, outra parceria importante estabelecida nos últimos anos.

O CRF está equipado com alguns materiais de ginástica, como colchonetes, pesos, fitas de suspensão, caixotes, pneus, bolas de *pilates*, dentre outros. Além desses materiais, fitas elásticas, bastões, bolinhas de borracha, espaguete de isopor são equipamentos do Programa utilizados nas aulas de GL.

O bicicletário está localizado na garagem do TST, proporcionando segurança e conforto aos ciclistas. A capacidade instalada é de 16 vagas para bicicletas, de uso rotativo. O local possui armários e vestiários próximos.

FIGURA 6 – Foto do Bicicletário do TST



(foto extraída do site do TST em Movimento)

Além desses espaços já mencionados, o Programa utiliza os diversos auditórios do TST, com capacidades que variam de 100 a 500 lugares, para a realização de eventos e palestras.

Em relação às atividades, o TST em Movimento desenvolve atividades de educação em saúde, práticas de AF, eventos, vigilância e monitoramento, ambientes ativos, comunicação e gestão.

As ações que compreendem as atividades de educação em saúde são: palestras, campanhas e projetos; orientações para atividade física, ergonômicas e de fisioterapia; avaliações de aptidão física e de fisioterapia; e práticas de meditação *mindfulness*.

Um dos projetos mais importantes desenvolvidos pelo programa é o “Medida Certa”, que acontece todos os anos, desde 2013. O projeto foi criado devido ao aumento da prevalência de servidores com sobrepeso e obesidade, conforme os resultados do levantamento de indicadores de saúde de 2012, para auxiliar o emagrecimento saudável dos colaboradores do TST. São reuniões, palestras e bate-papos semanais, de aproximadamente 30’, conduzidos pela equipe ou por profissionais de saúde convidados, com duração de oito a doze

semanas, com temas voltados à prática regular de atividade física, à alimentação saudável, e outros temas de saúde. De 2004 a 2015, foram realizados 13 grupos de Vigilantes do Peso®, como a primeira iniciativa do Programa voltada especificamente para o controle do peso e a busca do peso saudável. Esses grupos surgiram por demanda da ASTRISUTRA, que patrocinava parte dos custos para os servidores associados, e o Programa oferecia o espaço e uma palestra sobre AF e saúde como tema de uma das 10 reuniões semanais, dentro da sistemática própria do Vigilantes do Peso.

Nas práticas de AF destacam-se as aulas de GL, de *yoga* e de *mat pilates*, e dos grupos de atividade física e de fisioterapia, para sedentários, obesos, hipertensos, gestantes, e pacientes com dor crônica. As aulas de *yoga* e *mat pilates* acontecem na sala de atividades do TST em Movimento, com capacidade instalada de 15 alunos por turma. Os grupos de atividade física supervisionada foram criados após a inauguração do CRF e do calçadão do TST. São aulas de treinamento funcional e de caminhada ou corrida, com duas ou três sessões semanais de aproximadamente 30', com duração de oito a doze semanas, conduzidas pela equipe do Programa, com o objetivo de atender grupos específicos e oferecer oportunidades para a mudança em direção a um estilo de vida mais ativo. Os grupos acontecem preferencialmente no início (por volta das 7h) ou no final do expediente (por volta das 18h), com aulas práticas e teóricas no CRF, e aulas práticas utilizando o calçadão. A capacidade instalada dos grupos de atividade física é de 15 alunos por turma.

FIGURA 7 – Foto do grupo de gestantes no CRF



(foto extraída dos arquivos do TST em Movimento)

A principal prática de AF é a ginástica laboral devido ao seu alcance em relação aos colaboradores do TST. As aulas de GL nos setores de trabalho tiveram início no ano de 2013. Antes aconteciam na sala de atividades do TST em Movimento. As aulas obedecem a um planejamento mensal, chamado de periodização. A periodização é um plano que estabelece para cada dia da semana, o conteúdo da aula (alongamento, mobilidade articular, força/resistência muscular, equilíbrio, relaxamento, massagem, saúde visual, dentre outros), a região corporal que será dada ênfase, o material que será utilizado na aula, a dica da aula, e o responsável pela montagem do plano de aula. O plano de aula é apresentado previamente, toda semana, pelos estagiários do Programa em clínicas de laboral, que são oficinas práticas com a participação de toda a equipe. Nesse momento os supervisores avaliam o plano de aula e sugerem modificações caso seja necessário. As aulas de GL acontecem nos setores de trabalho por demanda, isto é, o setor interessado em participar das aulas faz uma solicitação, enviando o pedido para o e-mail do TST em Movimento. São duas aulas por semana, de aproximadamente 15', obedecendo os planos de aula elaborados previamente, ministradas pela equipe do Programa, com o objetivo de oferecer uma prática de

AF no local de trabalho e estimular a mudança de comportamento para uma vida mais ativa. A capacidade instalada das aulas de GL vai depender do número de estagiários responsáveis pela condução das aulas, sendo de 22 turmas por estagiário.

Além do Dia Mundial da Atividade Física com o Revezamento de Caminhada, são realizados eventos externos, em parques da cidade ou em clubes náuticos, com atividades de caminhada, corrida, ciclismo, caiaque, canoa havaiana, dentre outras práticas, para que as pessoas possam experimentar formas diferentes de AF. Outro evento importante organizado pelo Programa é o “Dia da Escada”, que busca incentivar os colaboradores do TST a trocar os elevadores pelas escadas, no formato de competição, com a contagem de lances de escada subidos ou descidos no dia do evento.

Nas atividades de vigilância e monitoramento destacam-se duas ações, que fazem parte das avaliações periódicas do Programa, o levantamento de indicadores de saúde, realizado bienalmente, e os relatórios de resultado, com os números de ações, participantes e participações, elaborados anualmente.

Os relatórios auxiliam na avaliação do que está sendo realizado e no planejamento de ações do ano subsequente. Esses dados alimentam o Plano de Logística Sustentável do TST, com metas estabelecidas pelo Poder Judiciário, relacionadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável⁴².

O levantamento de indicadores de saúde, além de avaliar o NAF dos servidores através do IPAQ, avalia outros indicadores de saúde, como fatores de risco para doenças cardiovasculares, como hipertensão, dislipidemia, tabagismo, obesidade e sedentarismo; consumo de frutas e hortaliças, sono, números de pausas, tempo sentado, presença de dor ou desconforto osteomuscular, conhecimento das recomendações de AF para a saúde e do Programa TST em Movimento, dentre outros.

Na última edição em 2020, também foi avaliado o nível de satisfação dos servidores com o Programa. De 2004 a 2016 a aplicação do questionário do

levantamento foi realizada de forma presencial, e as duas últimas edições, 2018 e 2020, foi realizada no formato virtual, sempre buscando a aleatoriedade e a representatividade da amostra selecionada. Importante destacar, que no levantamento de 2006 houve oferta de brindes alusivos à Copa do Mundo daquele ano, o que pode ter influenciado na participação dos voluntários.

O levantamento de indicadores de saúde é uma importante ação de vigilância e monitoramento da saúde dos servidores, pois auxilia na avaliação do estado de saúde e no planejamento de ações voltadas para a promoção da saúde.

Em relação ao ambiente ativo, destacam-se ações de incentivo ao uso das escadas do TST, ao uso do calçadão e do bicicletário. São realizadas campanhas internas para que os colaboradores do TST conheçam os espaços e sejam motivados a utilizar esses ambientes. Também são realizados atendimentos de orientação para atividade física destinados à prescrição de caminhadas ou corridas para aqueles que se interessem pelo uso do calçadão, além da prescrição de rotas de deslocamento para aqueles que desejam utilizar a bicicleta como meio de transporte.

A atividade de comunicação é realizada em parceria com a SECOM. A SECOM auxilia no planejamento da comunicação interna, na criação de campanhas, e no desenvolvimento de todo o material de divulgação do TST em Movimento, como a criação de cartazes dos eventos, campanhas e ações, além da criação de vídeos institucionais. Antes dessa parceria, a criação dos materiais de divulgação era realizada por um dos servidores da Secretaria de Saúde. Os principais meios de comunicação com os colaboradores do TST são o *e-mail* e a *intranet*. Também são utilizadas a lista de *WhatsApp* da SECOM e o site do TST em Movimento. Os vídeos das palestras, campanhas e programas de atividade física ficam armazenados no canal do TST no *YouTube*. Todas as ações do Programa são divulgadas nos canais de comunicação do TST, obedecendo um planejamento e uma periodicidade. A parceria estabelecida com a SECOM trouxe mais profissionalismo e qualidade nas atividades de comunicação do TST em

Movimento, pois a partir daí, foi possível contar com profissionais com formação na área de comunicação e jornalismo.

Os dados coletados nos levantamentos de indicadores de saúde também são utilizados na elaboração de trabalhos científicos, que são apresentados em congressos científicos como o Simpósio Internacional de Ciências do Esporte – CELAFISCS, o Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde e o Congresso dos Serviços de Saúde do Poder Judiciário, dentre outros. Também já foram publicados dois artigos em revistas científicas com dados dos indicadores de saúde dos servidores do TST.

Em 2016, o Programa TST em Movimento foi apresentado no Programa Globo Repórter, da TV Globo. O programa da Globo retratou o mapa do sedentarismo no Brasil, e destacou as ações promovidas pelo TST em Movimento e os dados do nível de AF dos servidores do TST que estavam acima da média nacional.

A gestão do TST em Movimento é conduzida pelo coordenador do Programa, que é o pesquisador do presente estudo, através de reuniões semanais de equipe, oficinas práticas de GL, reuniões de planejamento, supervisão das atividades, busca de parcerias e de apoios internos com as lideranças do TST. Uma das tarefas da gestão é atuar de forma estratégica para a construção de ambientes ativos, consolidação do Programa dentro do organograma do TST, como a criação da Seção de Educação em Saúde, e a publicação de atos normativos, como o ato que autorizou as “pausas ativas⁷⁷” no TST.

A pausa ativa foi regulamentada através do ato nº 546/2015 de 30 de setembro de 2015, assinado pela presidência do TST. O TST em Movimento foi um dos responsáveis pela instituição das pausas ativas, importante ação voltada à diminuição do comportamento sedentário. É um respaldo legal que garante a interrupção do tempo sentado, autorizando o servidor a realizar de forma voluntária 10’ de pausa ativa a cada 90’ trabalhados. O Programa faz um trabalho de divulgação para que os servidores conheçam o ato, o conceito de pausa ativa e

as formas de execução da pausa, recomendando que sejam usufruídas na posição em pé, com algum movimento, e sem uso de aparelhos eletrônicos, como o celular. Também recomenda a pausa visual, sair da frente das telas, olhar para um ponto ou objeto distante, e desta forma propiciar um descanso para a visão.

O quadro abaixo apresenta a linha do tempo com os principais acontecimentos dos primeiros 15 anos de existência do TST em Movimento. O quadro foi desenvolvido na elaboração do artigo sobre o ML do Programa submetido a uma revista científica.

QUADRO 1 – Linha do tempo dos primeiros 15 anos do TST em Movimento

Ano	Fatos marcantes
2004	Primeiro levantamento de indicadores de saúde; criação do TST em Movimento, do primeiro grupo de Vigilantes do Peso, e de convênios com academias de ginástica; realização do primeiro “Dia da Escada” e da primeira caminhada ao redor das dependências do TST.
2005	Primeira comemoração do “Dia Mundial da Atividade Física no TST” com uma caminhada no Parque da Cidade em Brasília, e início das parcerias com o SICOOB Credijustra e com a ASTRISUTRA.
2006	Dia Mundial da Atividade Física com aulas de ginástica na garagem do TST, e criação da sala de atividades do TST em Movimento.
2007	Dia Mundial da Atividade Física com palestra e aula de <i>Tai Chi</i> no estacionamento externo do TST.
2008	Início das avaliações físicas dos servidores do TST.
2009	Início das aulas de ginástica laboral na sala de atividades do TST em Movimento.
2010	Comemoração do Dia Mundial da Atividade Física com o I Revezamento de Caminhada do TST, e inclusão do indicador “tempo sentado” no levantamento de indicadores de saúde.
2011	Início das orientações ergonômicas e da “ <i>Blitz</i> da Saúde”.
2012	Início das orientações para atividade física, evento “Dia Mundial sem Tabaco no TST”, e criação do Clube de Corrida do TST em parceria com a ASTRISUTRA.
2013	Início das aulas de ginástica laboral nos setores de trabalho do TST, primeira edição do “Medida Certa”, e participação na “Semana de Qualidade de Vida e Saúde do TST”
2014	Comemoração dos 10 anos do Programa TST em Movimento e criação do Comitê de Qualidade de Vida do TST com a participação do TST em Movimento
2015	Criação da Seção de Educação em Saúde, atualização da logomarca do TST em Movimento, criação do Programa de Qualidade de Vida do TST com a participação do TST em Movimento, publicação do ato de regulamentação das pausas ativas no TST, primeira campanha de educação em saúde com o tema “pausas”, início das aulas de atividade física em parceria com a ASTRISUTRA, e inauguração da sala de avaliação física.
2016	Criação do site do TST em Movimento, início das aulas de <i>yoga</i> em parceria com a ASTRISUTRA, primeiro evento náutico, e reportagem sobre o TST em Movimento no programa Globo Repórter da TV Globo.
2017	Início das palestras de educação em saúde; inauguração do calçadão ao redor do TST e do bicicletário da garagem; e criação da marca “TST em Movimento na Rua” para os eventos externos.
2018	Inauguração do Centro de Reabilitação Funcional, início dos grupos de educação em saúde com atividade física supervisionada, início das aulas de <i>matpilates</i> em parceria com a ASTRISUTRA, início das práticas de meditação <i>mindfulness</i> , e início das orientações de fisioterapia.
2019	Comemoração dos 15 anos do Programa TST em Movimento com a Semana Mundial da Atividade Física, X Revezamento de Caminhada, e exposição dos 15 anos do programa; lançamento de material educativo com as novas recomendações de AF para a saúde do programa.

Nota. TST= Tribunal Superior do Trabalho; SICOOB Credijustra= Cooperativa de Crédito dos Servidores da Justiça do Trabalho; ASTRISUTRA= Associação dos Servidores da Justiça do Trabalho.

Como forma de exemplificar alguns produtos ou resultados alcançados pelo Programa, algumas informações do relatório de resultados de 2019, último ano pré pandemia, e do levantamento de indicadores de saúde de 2020 foram descritas a seguir.

Em 2019 foram desenvolvidas seis palestras, com a participação de 503 pessoas, duas campanhas de educação em saúde, dois projetos, sendo um deles o Medida Certa, com a participação de 50 pessoas, 70 orientações para AF, 69 orientações ergonômicas individuais, 182 avaliações físicas, seis orientações ergonômicas coletivas, 72 orientações fisioterapêuticas, e 93 práticas de meditação *mindfulness*.

Em relação às práticas de AF foram realizadas 7069 aulas de GL, 129 aulas de *yoga* e 64 aulas de *mat pilates*. Foram realizados cinco grupos de AF e fisioterapia, para sedentários, hipertensos e gestantes, com a participação de 68 servidores.

Três eventos de AF foram realizados com a participação de 765 pessoas. O principal evento foi em comemoração ao “Dia Mundial da Atividade Física”, com o X Revezamento de Caminhada no TST e outras atividades que foram desenvolvidas, como palestras, depoimentos de participantes do Programa (*Remini* Essência), e práticas de AF, além de serviços na área da saúde, com instituições parceiras.

A 10ª edição do Revezamento de Caminhada teve a participação de 454 colaboradores, entre ministros, servidores, estagiários, menores aprendizes e terceirizados, de 55 setores de trabalho, que percorreram nas quatro horas de revezamento 2.311.985 passos, o que equivale a aproximadamente 1445 km. Cabe destacar a participação de três ministros no revezamento e demais atividades do Dia Mundial da Atividade Física, sendo um deles o presidente do TST da época, Ministro Brito Pereira. Também foram realizados eventos e campanhas de incentivo ao uso das escadas, do calçadão e do bicicletário, visando um deslocamento ativo e sustentável.

No total, em 2019, foram desenvolvidas 33 ações, com a participação de 1442 servidores em pelo menos uma das ações do programa, representando 65% dos servidores do TST. As ações que tiveram maior alcance foram a ginástica laboral com um percentual de participação (%P) de 50,86% dos servidores do TST, os eventos (%P 21,34), e as palestras (%P 15,55), todas ações de caráter coletivo. No total foram 7859 aulas, atendimentos, avaliações ou orientações realizadas.

A ação de maior alcance foi a GL. Em 2019, foram realizadas 226 aulas por semana, 113 turmas, e 77 unidades foram atendidas, o que representa 85% das unidades do TST. É importante destacar que as aulas de GL no TST são por demanda do setor, de acordo com o interesse dos servidores, e a participação nas aulas é voluntária.

No último levantamento de indicadores de saúde, realizado em 2020, com a participação de 421 servidores, selecionados aleatoriamente, 93,8% dos participantes do levantamento relataram conhecer o programa TST em Movimento, 65,3% conhecer a recomendação de AF para a saúde¹⁸, 92,2% consideram o programa bom ou excelente, e 91,9% que o programa atinge o seu objetivo de promoção da saúde através do incentivo à mudança para um estilo de vida mais ativo.

5.2 O Modelo Lógico do Programa TST em Movimento

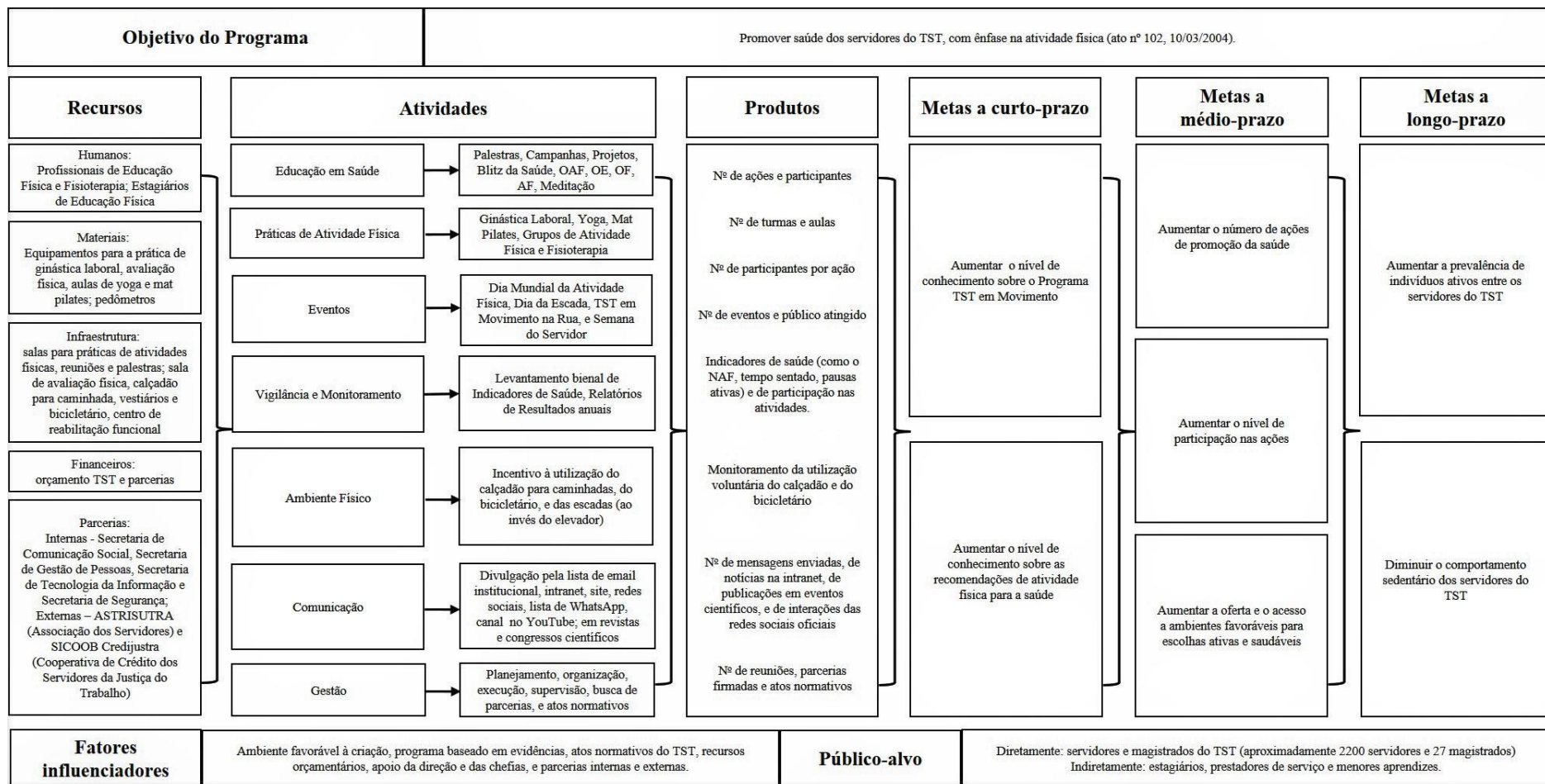
A construção do ML levou a submissão do artigo “Modelo Lógico do Programa TST em Movimento: uma construção de 15 anos de experiência” em uma revista científica, com submissão em 27 de junho de 2022 e reenvio em 11 de outubro de 2022 após acolhimento das observações dos revisores.

O artigo atual reescrito conforme as considerações dos revisores da revista é apresentado como Anexo I do presente estudo.

A elaboração do artigo foi um processo de aproximadamente seis meses, e faz parte de um dos requisitos para a conclusão do Mestrado em Educação Física,

do Programa de Pós-Graduação em Educação Física, da Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília. Segue abaixo a figura do ML do Programa.

FIGURA 8 – Modelo Lógico do TST em Movimento



Nota. TST= Tribunal Superior do Trabalho; OAF= orientação para atividade física; OE= orientação ergonômica; OF= orientação de fisioterapia; AF= avaliação física; NAF= nível de atividade física; OMS= Organização Mundial de Saúde.

O ML foi construído conforme as diretrizes do Manual para Avaliação de Atividade Física do CDC⁶⁰. O tipo de modelo utilizado foi o “lógico operacional¹⁹”, que estabelece o vínculo entre as estruturas e os processos, descrevendo na prática o funcionamento da intervenção que foi implementada. A forma apresentada para a representação gráfica do Programa foi o diagrama, tornando mais fácil a ilustração das relações entre as estruturas, os processos e os resultados, e é muito útil quando se quer representar programas de promoção da saúde, ou qualquer programa que tenha como objetivo a mudança de comportamentos dos indivíduos¹⁹.

No topo do diagrama foi apresentado o objetivo do programa, conforme seu ato de criação¹⁷. Na parte central, partiu-se dos recursos, atividades, produtos, em direção às metas, que seriam os resultados esperados. Esse tipo de abordagem, da esquerda para a direita é chamada de lógica prospectiva⁶⁰, utilizada na fase de implantação ou manutenção do programa, e auxiliando no processo de avaliação. Na parte inferior foram apresentados os fatores influenciadores do programa, desde a sua criação até o momento atual.

Como os recursos e as atividades foram apresentados de forma detalhada nos resultados no tópico que trata da “Descrição do Programa TST em Movimento”, aqui serão apresentados outros componentes do ML, como os fatores influenciadores.

O Programa TST em Movimento contou com um ambiente favorável no momento de sua criação, com o apoio dado pela coordenadora de saúde da época, e pela alta administração do TST, representada pelo Diretor Geral e pelo Presidente do TST. Além disso, vem contado com o apoio das sucessivas administrações do TST, que mudam a cada dois anos, e com o apoio dos chefes de setores, que incentivam os seus colaboradores a participarem das ações do Programa.

Outro fator influenciador importante foi o estabelecimento das parcerias internas e externas. O apoio da ASTRISUTRA e do SICOOB Credijustra têm se

mostrado fundamentais para a realização de diversas ações, como palestras, eventos e as aulas de *yoga* e *mat pilates*.

Ainda em relação aos fatores influenciadores, o Programa foi criado sob uma base sólida de evidências, e tem se esforçado para atuar de forma estratégica junto à administração do TST para que haja um maior reconhecimento da importância da promoção da AF no local de trabalho e do comportamento sedentário.

Atos normativos internos, como a criação da Seção de Educação em Saúde⁷⁶ que deu mais força e credibilidade às ações do Programa, e do ato que regulamentou as pausas ativas⁷⁷ no TST, são exemplos da atuação estratégica do Programa.

Os produtos são as variáveis que poderão se medidas conforme as atividades desenvolvidas pelo Programa. Serão o ponto de partida para a elaboração do plano de avaliação. No ML foram apresentadas algumas dessas variáveis que poderão auxiliar no acompanhamento das ações do programa, bem como ajudar na definição de indicadores que serão utilizados no plano de avaliação do Programa.

As metas foram definidas conforme os resultados esperados pelo Programa, no curto, médio ou longo prazo, com base nos dois principais indicadores de saúde do Programa, o NAF e o comportamento sedentário. Pelo exposto, justifica-se que outros indicadores de saúde não fizeram parte do ML. Como o levantamento de indicadores de saúde só ocorre a cada dois anos, as metas de aumentar a prevalência de servidores ativos e de diminuir o comportamento sedentário entre os servidores do TST, ficaram para longo prazo. As outras metas, que poderão ser medidas através dos relatórios anuais, ficaram como metas de curto e médio prazo.

A elaboração do ML propiciou uma melhor visualização da estrutura, dos processos e dos resultados esperados pelo Programa, e vai contribuir na

identificação de prioridades, no processo de melhoria contínua, e de avaliação do Programa.

5.3 O Plano de Avaliação do Programa TST em Movimento

O plano de avaliação do Programa TST em Movimento seguiu a proposta apresentada nos métodos do estudo, tendo como base o Guia Metodológico de Definição e Avaliação de Indicadores⁵¹ do Ministério da Saúde, a literatura especializada no campo de avaliação em saúde^{19,20,60}, e o ML do Programa.

As etapas propostas nos métodos, com o detalhamento de cada etapa para a construção do plano de avaliação serão apresentadas a seguir, com exceção das etapas 6 e 7 por não fazerem parte do objetivo do presente estudo.

Ao final será apresentada a proposta do plano de avaliação, no formato de quadros. Serão três quadros, divididos por indicadores de estrutura, de processo e de resultado. Cada quadro será composto das variáveis e os indicadores, os padrões ou referências ou metas, o instrumento de coleta, e a periodicidade da coleta dos dados e da avaliação.

A etapa 1 do plano de avaliação corresponde às questões prévias^{19,20,51} que foram formuladas conforme a literatura especializada, e contribuem na definição do foco, na delimitação do objeto, e na escolha da melhor abordagem e método da avaliação.

O objeto da avaliação é o Programa TST em Movimento. A finalidade da avaliação é avaliar a estrutura, os processos e o impacto, a satisfação dos usuários e fornecer informações para o processo de melhoria do Programa. Em relação à perspectiva da avaliação será um processo interno²⁰ de autoavaliação, e em relação ao escopo da avaliação será avaliado o programa no seu todo, podendo ser escolhida alguma ação específica, para ser avaliada de forma separada.

A intervenção a ser avaliada é um programa de promoção da saúde no local de trabalho por meio da promoção da AF. Os componentes da intervenção são o objetivo, os fatores influenciadores, o público-alvo, os recursos, as atividades e as

ações, os produtos, e as metas. Os componentes fazem parte do ML que foi construído e apresentado com um dos resultados do estudo.

A situação problema da intervenção é a inatividade física^{5,18,31}, e o contexto a qual se insere é o local de trabalho^{48,56}. Como a intervenção foi criada em 2004, tem mais de 18 anos de existência, se encontra na fase de manutenção⁶⁰, podendo ser realizada uma avaliação de resultados⁵³.

A avaliação será destinada aos tomadores de decisão (gestores do Programa), à direção do TST, aos usuários, à comunidade científica, e a outras entidades interessadas, como empresas privadas ou órgãos públicos que tenham interesse na criação ou na avaliação de programas de promoção da AF no local de trabalho.

A avaliação será realizada pela equipe de gestão do Programa. Os principais recursos necessários para o processo de avaliação serão as avaliações periódicas do Programa, através do levantamento bienal de indicadores de saúde e do relatório anual de resultados. Serão utilizados dados primários, coletados dos documentos das avaliações periódicas.

Em relação aos atributos ou características serão utilizados indicadores de oferta, utilização, cobertura e impacto⁵¹, e em relação ao tipo de abordagem serão utilizados indicadores de estrutura, de processo e de resultado²⁰.

O grau de inferência será o de adequação^{51,65}. Após determinado período (a cada dois anos), os resultados da avaliação poderão ser confrontados às metas ou aos padrões estabelecidos previamente no plano de avaliação.

A pergunta avaliativa será: “O Programa TST em Movimento tem contribuído para a mudança do nível de AF dos colaboradores do TST?”

Os objetivos da avaliação serão:

- Avaliar o impacto do Programa TST em Movimento;
- Avaliar a oferta, a utilização e a cobertura do Programa.

A seguir serão descritas as variáveis a serem utilizadas no processo de avaliação, seus indicadores, a definição e a classificação do indicador, o padrão

ou referência a ser utilizado, a coleta de dados e o instrumento, e a periodicidade da coleta e da avaliação.

O ML do Programa foi utilizado na elaboração das variáveis e dos indicadores que farão parte do plano de avaliação do TST em Movimento.

Indicadores de estrutura^{51,66}:

a) Variável: Profissionais.

Indicador: Nº de profissionais vinculados ao Programa.

Definição: profissionais são os professores, instrutores ou estagiários responsáveis pela realização de alguma ação do Programa.

Tipo de indicador^{51,65}: Oferta.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (ano).

Coleta de dados: Relatório de resultados.

Instrumento: Relatório de resultados.

Periodicidade da coleta: Semestral.

Periodicidade da avaliação: Anual (os relatórios de resultados são semestrais, mas a avaliação será anual).

b) Variável: Ambientes.

Indicador: Nº de ambientes vinculados ao Programa.

Definição: ambientes são todos os espaços de responsabilidade do Programa, como salas de atividades, salas de ginástica, e outros espaços voltados à prática de AF.

Tipo de indicador^{51,65}: Oferta.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (ano).

Coleta de dados: Relatório de resultados.

Instrumento: Relatório de resultados.

Periodicidade da coleta: Semestral.

Periodicidade da avaliação: Anual (os relatórios de resultados são semestrais, mas a avaliação será anual).

c) Variável: Parcerias.

Indicador: Nº de parcerias firmadas pelo Programa.

Definição: parcerias são instituições externas que apoiam as ações do programa, na forma de patrocínio, e setores internos do TST que apoiam a realização das ações do Programa.

Tipo de indicador^{51,65}: Oferta.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (ano).

Coleta de dados: Relatório de resultados.

Instrumento: Relatório de resultados.

Periodicidade da coleta: Anual.

Periodicidade da avaliação: Anual.

Indicadores de processo^{51,66}:

a) Variável: Ações.

Indicador: Nº de ações realizadas pelo Programa.

Definição: ações são as práticas das atividades do Programa, como eventos, aulas, orientações, avaliações, palestras, dentre outras.

Tipo de indicador^{51,65}: Oferta.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (ano).

Coleta de dados: Relatório de resultados.

Instrumento: Relatório de resultados.

Periodicidade da coleta: Semestral.

Periodicidade da avaliação: Anual (os relatórios de resultados são semestrais, mas a avaliação será anual).

b) Variável: Aulas.

Indicador: Nº de aulas realizadas pelo Programa.

Definição: aulas são as práticas de atividade física, como as aulas de ginástica laboral, de *yoga* e *mat pilates*, e dos grupos de atividade física e de fisioterapia.

Tipo de indicador^{51,65}: Oferta.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (ano).

Coleta de dados: Listas de frequência.

Instrumento: Listas de frequência.

Periodicidade da coleta: Diária, conforme a realização da aula.

Periodicidade da avaliação: Anual.

c) Variável: Participantes nas aulas.

c.1) Indicador: Proporção de participantes nas aulas realizadas pelo Programa.

Definição: relação entre o número de servidores participantes nas aulas e o número total de servidores.

Tipo de indicador^{51,65}: Cobertura.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (ano).

Coleta de dados: Listas de frequência e lista geral de servidores.

Instrumento: Listas de frequência.

Periodicidade da coleta: Diária, conforme a realização da aula.

Periodicidade da avaliação: Anual.

c.2) Indicador: Adesão nas aulas de GL realizadas pelo Programa.

Definição: relação entre o número de servidores participantes nas aulas de GL e o número total de servidores lotados no setor.

Tipo de indicador^{51,65}: Cobertura.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (ano).

Coleta de dados: Listas de frequência e lista geral de servidores.

Instrumento: Listas de frequência.

Periodicidade da coleta: Diária, conforme a realização da aula.

Periodicidade da avaliação: Anual.

d) Variável: Educação em Saúde.

d1) Indicador: Nº de ações de educação em saúde realizadas pelo Programa.

Definição: ações de educação em saúde são as palestras, campanhas e projetos.

Tipo de indicador^{51,65}: Oferta.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (ano).

Coleta de dados: Relatório de resultados.

Instrumento: Relatório de resultados.

Periodicidade da coleta: conforme a realização da ação de educação em saúde.

Periodicidade da avaliação: Anual.

d2) Indicador: Proporção de participantes nas ações de educação em saúde realizadas pelo Programa.

Definição: relação entre o número de servidores participantes nas ações de educação em saúde e o número total de servidores.

Tipo de indicador^{51,65}: Cobertura.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (ano).

Coleta de dados: Listas de frequência e lista geral de servidores.

Instrumento: Listas de frequência.

Periodicidade da coleta: Diária.

Periodicidade da avaliação: Anual.

e) Variável: Avaliações e Orientações.

e1) Indicador: N° de avaliações e orientações.

Definição: avaliações físicas e de fisioterapia, e orientações para atividade física, de fisioterapia e ergonômicas.

Tipo de indicador^{51,65}: Oferta.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (ano).

Coleta de dados: Relatório de resultados.

Instrumento: Listas de atendimentos.

Periodicidade da coleta: Mensal.

Periodicidade da avaliação: Anual.

e2) Indicador: Proporção de participantes nas avaliações e orientações realizadas pelo Programa.

Definição: relação entre o número de servidores atendidos nas avaliações e orientações e o número total de servidores.

Tipo de indicador^{51,65}: Cobertura.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (ano).

Coleta de dados: Listas de frequência e lista geral de servidores.

Instrumento: Listas de frequência.

Periodicidade da coleta: Diária.

Periodicidade da avaliação: Anual.

f) Variável: Eventos.

f1) Indicador: N° de eventos realizados pelo Programa.

Definição: eventos de práticas de atividade física, como o Dia Mundial da Atividade Física, Dia da Escada e eventos externos.

Tipo de indicador^{51,65}: Oferta.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (ano).

Coleta de dados: Relatório de resultados.

Instrumento: Listas de Frequência.

Periodicidade da coleta: Semestral.

Periodicidade da avaliação: Anual.

f2) Indicador: Proporção de participantes nos eventos realizados pelo Programa.

Definição: relação entre o número de servidores participantes nos eventos e o número total de servidores.

Tipo de indicador^{51,65}: Cobertura.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (ano).

Coleta de dados: Listas de frequência e lista geral de servidores.

Instrumento: Listas de frequência.

Periodicidade da coleta: Diária.

Periodicidade da avaliação: Anual.

g) Variável: Usuários do calçadão.

Indicador: Proporção de servidores usuários do calçadão.

Definição: relação entre o número de servidores usuários do calçadão e o número total de servidores.

Tipo de indicador^{51,65}: Cobertura.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (ano).

Coleta de dados: Listas de cadastro e lista geral de servidores.

Instrumento: Listas de cadastro.

Periodicidade da coleta: Mensal.

Periodicidade da avaliação: Anual.

h) Variável: Usuários do bicicletário.

Indicador: Proporção de servidores usuários do bicicletário.

Definição: relação entre o número de servidores usuários do bicicletário e o número total de servidores.

Tipo de indicador^{51,65}: Cobertura.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (ano).

Coleta de dados: Listas de cadastro e lista geral de servidores.

Instrumento: Listas de cadastro.

Periodicidade da coleta: Mensal.

Periodicidade da avaliação: Anual.

i) Variável: Usuários dos vestiários.

Indicador: Proporção de servidores usuários dos vestiários.

Definição: relação entre o número de servidores usuários dos vestiários e o número total de servidores.

Tipo de indicador^{51,65}: Cobertura.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (ano).

Coleta de dados: Listas de cadastro e lista geral de servidores.

Instrumento: Listas de cadastro.

Periodicidade da coleta: Mensal.

Periodicidade da avaliação: Anual.

j) Variável: Comunicação.

Indicador: Nº de ações de divulgação realizadas pelo Programa.

Definição: ações de divulgação são os e-mails enviados pelo Programa, as matérias na *intranet* e TV do TST, as mensagens enviadas pelo *WhatsApp*,

as publicações em congressos ou revistas científicas, e demais ações que envolvam as redes sociais.

Tipo de indicador^{51,65}: Oferta.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (anual).

Coleta de dados: *E-mail* do TST em Movimento, *intranet* do TST e outros meios de comunicação oficial do TST.

Instrumento: Relatório de resultados.

Periodicidade da coleta: Anual.

Periodicidade da avaliação: Anual.

k) Variável: Gestão.

Indicador: Nº de ações de gestão realizadas pelo Programa.

Definição: ações de gestão são as reuniões de planejamento, avaliação, supervisão, formação, busca de parcerias, e a regulamentação de atos normativos internos voltados ao incentivo da prática de AF e da diminuição do comportamento sedentário.

Tipo de indicador^{51,65}: Oferta.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (anual).

Coleta de dados: Agenda corporativa do TST em Movimento.

Instrumento: Relatório de resultados.

Periodicidade da coleta: Anual.

Periodicidade da avaliação: Anual.

l) Variável: Vigilância e Monitoramento.

Indicador: Nº de ações de vigilância e monitoramento realizadas pelo Programa.

Definição: ações de vigilância e monitoramento são os relatórios anuais de resultados do Programa e os levantamentos bienais de indicadores de saúde.

Tipo de indicador^{51,65}: Oferta.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (bienal).

Coleta de dados: Relatório de resultados e Levantamento de indicadores de saúde.

Instrumento: Relatório de resultados e Levantamento de indicadores de saúde.

Periodicidade da coleta: Bienal.

Periodicidade da avaliação: Bienal.

Indicadores de resultado^{51,66}:

a) Variável: Nível de atividade física.

a.1) Indicador: Prevalência de servidores ativos.

Definição: relação entre o número de servidores ativos e o número total de servidores participantes do levantamento. Para este indicador, serão considerados servidores ativos aqueles que forem classificados como “ativos” ou “muito ativos” conforme o IPAQ – versão curta.

Tipo de indicador^{51,65}: Impacto.

Referência: Prevalência de servidores ativos em 2018 de 54%. A referência utilizada foi do levantamento de indicadores de saúde de 2018, último realizado antes da pandemia de COVID-19.

Meta: alcance na prevalência de servidores ativos de no mínimo 60% até 2030 (variação positiva de aproximadamente 10%).

Coleta de dados: Levantamento de indicadores de saúde.

Instrumento: IPAQ – versão curta.

Periodicidade da coleta: Bienal.

Periodicidade da avaliação: Bienal (o levantamento de indicadores de saúde acontece a cada dois anos).

a.2) Indicador: Prevalência de servidores praticantes de atividade física no tempo livre.

Definição: relação entre o número de servidores praticantes de exercício ou esporte nos últimos três meses e o número total de servidores participantes do levantamento.

Tipo de indicador^{51,65}: Impacto.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (bienal) e Dados do VIGITEL (dados do Distrito Federal conforme a edição mais recente do VIGITEL).

Coleta de dados: Levantamento de indicadores de saúde.

Instrumento: Questionário Estilo de Vida e Rotina de Trabalho.

Periodicidade da coleta: Bienal.

Periodicidade da avaliação: Bienal (o levantamento de indicadores de saúde acontece a cada dois anos).

b) Variável: Comportamento sedentário.

b.1) Indicador: Prevalência de servidores com excesso de tempo sentado.

Definição: relação entre o número de servidores com excesso de tempo sentado o número total de servidores participantes do levantamento.

Tipo de indicador^{51,65}: Impacto.

Referência: Prevalência de servidores com excesso de tempo sentado em 2018 de 52%. A referência utilizada foi do levantamento de indicadores de saúde de 2018, último realizado antes da pandemia de COVID-19.

Meta: alcance na prevalência de servidores com excesso de tempo sentado de 47% até 2030 (redução de aproximadamente 10%).

Coleta de dados: Levantamento de indicadores de saúde.

Instrumento: Questionário Estilo de Vida e Rotina de Trabalho

Periodicidade da coleta: Bienal.

Periodicidade da avaliação: Bienal (o levantamento de indicadores de saúde acontece a cada dois anos).

b.2) Indicador: Prevalência de servidores com excesso de tempo total de tela no tempo livre.

Definição: relação entre o número de servidores com excesso de TTTTL e o número total de servidores participantes do levantamento.

Tipo de indicador^{51,65}: Impacto.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (bienal).

Coleta de dados: Levantamento de indicadores de saúde.

Instrumento: Questionário Estilo de Vida e Rotina de Trabalho

Periodicidade da coleta: Bienal.

Periodicidade da avaliação: Bienal (o levantamento de indicadores de saúde acontece a cada dois anos).

b.3) Indicador: Prevalência de servidores que realizam pausas ativas.

Definição: relação entre o número de servidores que realizam pausas ativas e o número total de servidores participantes do levantamento.

Tipo de indicador^{51,65}: Impacto.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (bienal).

Coleta de dados: Levantamento de indicadores de saúde.

Instrumento: Questionário Estilo de Vida e Rotina de Trabalho

Periodicidade da coleta: Bienal.

Periodicidade da avaliação: Bienal (o levantamento de indicadores de saúde acontece a cada dois anos).

b.4) Indicador: Prevalência de servidores que realizam o número recomendado de pausas ativas.

Definição: relação entre o número de servidores que realizam o número recomendado de pausas ativas e o número total de servidores participantes do levantamento.

Tipo de indicador^{51,65}: Impacto.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (bienal).

Coleta de dados: Levantamento de indicadores de saúde.

Instrumento: Questionário Estilo de Vida e Rotina de Trabalho

Periodicidade da coleta: Bienal.

Periodicidade da avaliação: Bienal (o levantamento de indicadores de saúde acontece a cada dois anos).

c) Variável: Participantes do programa.

Indicador: Proporção de participantes do programa.

Definição: relação entre o número de servidores participantes de ações do programa e o número total de servidores.

Tipo de indicador^{51,65}: Impacto.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (anual).

Coleta de dados: Relatório de resultados.

Instrumento: Listas de frequência e lista geral de servidores.

Periodicidade da coleta: Mensal.

Periodicidade da avaliação: Anual.

d) Variável: Conhecimento do programa.

Indicador: Proporção de servidores que conhecem o programa.

Definição: relação entre o número de servidores que relataram conhecer o programa e o número total de servidores participantes do levantamento.

Tipo de indicador^{51,65}: Impacto.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (bienal).

Coleta de dados: Levantamento de indicadores de saúde.

Instrumento: Levantamento de indicadores de saúde.

Periodicidade da coleta: Bienal.

Periodicidade da avaliação: Bienal.

e) Variável: Conhecimento das recomendações.

Indicador: Proporção de servidores que conhecem as recomendações de AF para a saúde divulgadas pelo programa.

Definição: relação entre o número de servidores que relataram conhecer as recomendações de AF para a saúde e o número total de servidores participantes do levantamento.

Tipo de indicador^{51,65}: Impacto.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (bienal).

Coleta de dados: Levantamento de indicadores de saúde.

Instrumento: Levantamento de indicadores de saúde.

Periodicidade da coleta: Bienal.

Periodicidade da avaliação: Bienal.

f) Variável: Avaliação dos usuários do programa.

f.1) Indicador: Satisfação – proporção de servidores satisfeitos com o programa.

Definição: relação entre o número de servidores que relataram que o programa é “bom” ou “excelente” e o número total de servidores participantes do levantamento.

Tipo de indicador^{51,65}: Impacto.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (bienal).

Coleta de dados: Levantamento de indicadores de saúde.

Instrumento: Levantamento de indicadores de saúde.

Periodicidade da coleta: Bienal.

Periodicidade da avaliação: Bienal.

f.2) Indicador: Objetivo – proporção de servidores e objetivo do programa.

Definição: relação entre o número de servidores que relataram que o programa atinge o objetivo proposto e o número total de servidores participantes do levantamento.

Tipo de indicador^{51,65}: Impacto.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (bienal).

Coleta de dados: Levantamento de indicadores de saúde.

Instrumento: Levantamento de indicadores de saúde.

Periodicidade da coleta: Bienal.

Periodicidade da avaliação: Bienal.

f.3) Indicador: Influência – proporção de servidores e influência do programa.

Definição: relação entre o número de servidores que relataram que o programa influencia a mudança para um estilo de vida ativo e o número total de servidores participantes do levantamento.

Tipo de indicador^{51,65}: Impacto.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (bienal).

Coleta de dados: Levantamento de indicadores de saúde.

Instrumento: Levantamento de indicadores de saúde.

Periodicidade da coleta: Bienal.

Periodicidade da avaliação: Bienal.

f.4) Indicador: Importância – proporção de servidores e importância do programa.

Definição: relação entre o número de servidores que relataram que o programa é importante no âmbito do TST e o número total de servidores participantes do levantamento.

Tipo de indicador^{51,65}: Impacto.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (bienal).

Coleta de dados: Levantamento de indicadores de saúde.

Instrumento: Levantamento de indicadores de saúde.

Periodicidade da coleta: Bienal.

Periodicidade da avaliação: Bienal.

g) Variável: Composição corporal.

Indicador: Prevalência de servidores com excesso de peso.

Definição: relação entre o número de servidores com excesso de peso e o número total de servidores participantes do levantamento. Para este indicador, serão considerados servidores com excesso de peso aqueles que forem classificados com “sobrepeso” ou “obesidade”. Para ser considerado com “excesso de peso” o valor do IMC deverá ser $\geq 25 \text{ kg/m}^2$.

Tipo de indicador^{51,65}: Impacto.

Padrão/Referência/Meta: Período anterior (bienal) e Dados do VIGITEL (dados do Distrito Federal conforme a edição mais recente do VIGITEL).

Coleta de dados: Levantamento de indicadores de saúde.

Instrumento: Questionário “Perfil Social”

Periodicidade da coleta: Bienal.

Periodicidade da avaliação: Bienal (o levantamento de indicadores de saúde acontece a cada dois anos).

A seguir são apresentados os três quadros do plano de avaliação do programa, divididos em indicadores de estrutura, de processo e de resultado^{51,66}.

QUADRO 2 – Indicadores de estrutura^{51,66}

Variável	Indicador	Padrão/Referência/ Meta	Instrumento	Periodicidade da Coleta	Periodicidade da Avaliação	Classificação Indicador (Habitch et al)⁶⁵
Profissionais	Nº de profissionais	Dados período anterior	Relatório de resultados	Semestral	Anual	Oferta
Ambientes	Nº de ambientes	Dados período anterior	Relatório de resultados	Semestral	Anual	Oferta
Parcerias	Nº de parcerias	Dados período anterior	Relatório de Resultados	Anual	Anual	Oferta

QUADRO 3 – Indicadores de processo^{51,66}

Variável	Indicador	Padrão/Referência/ Meta	Instrumento	Periodicidade da Coleta	Periodicidade da Avaliação	Classificação Indicador (Habitch et al)⁶⁵
Ações	Nº de ações	Dados período anterior	Relatório de resultados	Semestral	Anual	Oferta
Aulas	Nº de aulas	Dados período anterior	Listas de frequência	Diária	Anual	Oferta
Participantes nas aulas	Proporção de participantes nas aulas	Dados período anterior	Listas de frequência	Diária	Anual	Cobertura
	Adesão nas aulas de ginástica laboral	Dados período anterior	Listas de frequência	Diária	Anual	Cobertura
Educação em Saúde	Nº de ações de educação em saúde	Dados do período anterior	Relatório de resultados	Semestral	Anual	Oferta
	Proporção de participantes nas ações de educação em saúde	Dados período anterior	Listas de frequência	Diária	Anual	Cobertura
Avaliações e Orientações	Nº de avaliações e orientações	Dados do período anterior	Relatório de resultados	Mensal	Anual	Oferta
	Proporção de participantes nas avaliações e orientações	Dados período anterior	Listas de atendimentos	Diária	Anual	Cobertura
Eventos	Nº de eventos	Dados período anterior	Relatório de resultados	Semestral	Anual	Oferta

	Proporção de participantes nos eventos	Dados período anterior	Listas de frequência	Diária	Anual	Cobertura
Usuários do calçadão	Proporção de usuários do calçadão	Dados período anterior	Listas de cadastro	Mensal	Anual	Cobertura
Usuários do bicicletário	Proporção de usuários do bicicletário	Dados período anterior	Listas de cadastro	Mensal	Anual	Cobertura
Usuários dos vestiários	Proporção de usuários dos vestiários	Dados período anterior	Listas de cadastro	Mensal	Anual	Cobertura
Comunicação	Nº de divulgações	Dados período anterior	Relatório de resultados	Anual	Anual	Oferta
Gestão	Nº de ações de gestão	Dados período anterior	Relatório de resultados	Anual	Anual	Oferta
Vigilância e Monitoramento	Nº de relatórios e levantamentos	Dados do período anterior	Relatório de resultados	Bienal	Bienal	Oferta

QUADRO 4 – Indicadores de resultado^{51,66}

Variável	Indicador	Padrão/Referência/ Meta	Instrumento	Periodicidade da Coleta	Periodicidade da Avaliação	Classificação Indicador (Habitch et al)⁶⁵
Nível de atividade física	Prevalência de servidores ativos	Referência: 54% (dados de 2018). Meta: alcance de no mínimo 60% até 2030.	IPAQ	Bienal	Bienal	Impacto
	Prevalência de servidores praticantes de atividade física	Dados VIGITEL e período anterior	Questionário Estilo de Vida e Rotina de Trabalho	Bienal	Bienal	Impacto
Composição corporal	Prevalência de servidores com excesso de peso	Dados VIGITEL e período anterior	Questionário Perfil Social	Bienal	Bienal	Impacto
Comportamento sedentário	Prevalência de servidores com excesso de tempo sentado	Referência: 52% (dados de 2018). Meta: redução para, no mínimo, 47% até 2030.	Questionário Estilo de Vida e Rotina de Trabalho	Bienal	Bienal	Impacto
	Prevalência de servidores com excesso de tempo total de tela no tempo livre	Dados período anterior	Questionário Estilo de Vida e Rotina de Trabalho	Bienal	Bienal	Impacto
	Prevalência de servidores que realizam pausas ativas	Dados período anterior	Questionário Estilo de Vida e Rotina de Trabalho	Bienal	Bienal	Impacto

	Prevalência de servidores que realizam o nº recomendado de pausas ativas	Dados período anterior	Questionário Estilo de Vida e Rotina de Trabalho	Bienal	Bienal	Impacto
Participantes do programa	Proporção de participantes do programa	Dados período anterior	Listas de frequência	Mensal	Anual	Impacto
Conhecimento do programa	Proporção de servidores que conhecem o programa	Dados período anterior	Levantamento de indicadores de saúde	Bienal	Bienal	Impacto
Conhecimento das recomendações	Proporção de servidores que conhecem as recomendações	Dados período anterior	Levantamento de indicadores de saúde	Bienal	Bienal	Impacto
Avaliação dos usuários do programa	Satisfação	Dados período anterior	Levantamento de indicadores de saúde	Bienal	Bienal	Impacto
	Objetivo	Dados período anterior	Levantamento de indicadores de saúde	Bienal	Bienal	Impacto
	Influência	Dados período anterior	Levantamento de indicadores de saúde	Bienal	Bienal	Impacto
	Importância	Dados período anterior	Levantamento de indicadores de saúde	Bienal	Bienal	Impacto

Etapa 6: Analisar e interpretar os resultados da avaliação.

A análise e interpretação dos resultados terão como base os resultados das variáveis e dos indicadores alcançados a cada ano, conforme as metas ou padrões estabelecidos no ano anterior. Também poderão ser utilizados indicadores e padrões/referências estabelecidos na literatura.

Os resultados da avaliação servirão de base para o planejamento do próximo período do programa.

Etapa 7: Concluir e divulgar os resultados da avaliação.

Ao final de cada período, deverá ser confeccionado um relatório dos resultados da avaliação e um infográfico com os principais resultados, e divulgado pelos meios de comunicação do TST ao início de cada período, para que possa atingir o público-alvo do Programa. Também deverá ser enviado às lideranças do TST, Secretaria de Saúde, Diretoria Geral e Presidência para apreciação.

6. DISCUSSÃO

O TST em Movimento, de acordo com o que foi apresentado na descrição do Programa, no seu ML e no referencial teórico do estudo, principalmente em relação aos preceitos da Carta de Ottawa¹, pode ser considerado um programa de promoção da saúde porque:

- busca capacitar a comunidade do TST, ou seja, seus colaboradores, para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, através do incentivo à prática de atividade física;
- atua no sentido de mudanças comportamentais visando a melhoria da qualidade de vida e saúde dos colaboradores do TST;
- oferece oportunidades, ambientes favoráveis, acesso a informações, a experiências, e a habilidades na vida, que permitam escolhas para uma vida mais ativa e saudável;
- busca identificar e remover obstáculos que possam interferir ao alcance dos objetivos do Programa;
- está em constante processo de reestruturação, atento aos novos temas de saúde, e reconhecendo as pessoas como o principal recurso para a saúde.

De acordo com o contexto, os objetivos e os resultados almejados, a teoria de intervenção do Programa é a de ambientes saudáveis^{1,56}.

O TST em Movimento foi criado no mesmo ano da 57^a Assembleia Mundial da Saúde, da OMS, que lançou a Estratégia Global de Alimentação, Atividade Física e Saúde³⁵, realizada em maio de 2004. Naquela época, os dados do Relatório Mundial da Saúde 2002⁷⁸ (OMS) já indicavam que 60% das mortes e 47% da carga global de doenças eram atribuídas às doenças não transmissíveis, sendo um dos seus principais fatores de risco, a inatividade física.

A Estratégia³⁵ destaca a importância da promoção da AF, fundamental para a melhoria da saúde física e mental dos indivíduos. Incentiva a promoção da AF em diversos ambientes, como no trabalho, em casa, na escola, no transporte e no

lazer. Implementar programas e criar um sistema de monitoramento e vigilância eram alguns dos objetivos propostos pela Estratégia, além da divulgação das recomendações de atividade física para a saúde^{5,18,35}.

As questões apontadas nesta Estratégia³⁵ de 2004 já faziam parte do planejamento do Programa TST em Movimento, como a criação de um sistema de monitoramento e vigilância, estabelecendo uma linha base, e a divulgação das recomendações de atividade física e saúde, demonstrando o pioneirismo do Programa diante do problema de saúde global que representava a inatividade física na época. Outro ponto de destaque é a criação do Programa em uma base sólida de evidências, conectado aos desafios mundiais de melhoria da saúde da população.

Um dos objetivos do Programa, conforme seu ato de criação, é a promoção da saúde dos colaboradores do TST. A PNPS⁴⁵, implementada em 2006, teve como um dos temas transversais, a política, a promoção de ambientes saudáveis e a vida no trabalho. Também trouxe como um dos eixos prioritários a AF na promoção da saúde. Destaca-se mais uma vez a vanguarda e o pioneirismo do TST em Movimento em sintonia com o tema da promoção da saúde, através da promoção da AF no local de trabalho, antes mesmo da implementação da PNPS.

No setor público, apenas em 2013, é que foi promulgada a Portaria Normativa¹⁵ que tratava das diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal. Um dos objetivos das diretrizes é propiciar aos servidores ambientes de trabalho saudáveis, e o bem-estar das pessoas inseridas no contexto laboral. Seu propósito é viabilizar o cuidado em saúde e aumentar o impacto dos programas e ações de promoção da saúde, devendo ser priorizados diversos temas de interesse, sendo um desses temas, a AF. O TST, órgão do Poder Judiciário, já possuía um programa, o TST em Movimento desde 2004, desenvolvendo ações na busca da promoção de ambientes saudáveis no local de trabalho e o bem-estar dos seus colaboradores.

Um dos grandes levantamentos da promoção da saúde no local de trabalho foi o estudo publicado em 2018 pelo CDC (*Workplace Health in America 2017*⁵²), que trata da primeira pesquisa nacional, desde 2004, sobre programas de saúde no local de trabalho realizada nos EUA. Das 2843 organizações estudadas, menos da metade possuía um programa de promoção da saúde no local de trabalho, e quase a metade das organizações públicas (47,8 %) ofereciam algum tipo de programa de saúde. Apenas 19,8 % das organizações possuíam programas de saúde há mais de 10 anos, sendo 30% da administração pública, e 28,5% das organizações ofereciam programas de promoção da saúde na área de atividade física.

A promoção da saúde no local de trabalho é um tema recente para as organizações. Mesmo sendo discutido por especialistas a um certo tempo, ainda é incipiente, conforme mostra o estudo acima publicado pelo CDC⁵², não fazendo parte da cultura de muitas organizações, em especial na administração pública. O TST em Movimento talvez seja o único programa estruturado e perene de promoção da AF no local de trabalho no Poder Judiciário e um dos poucos no serviço público brasileiro. Com mais de 18 anos de existência, consolidado no âmbito do TST e em constante crescimento, já faz parte da cultura da instituição e atualmente figura inclusive no planejamento estratégico do órgão.

As organizações do estudo publicado pelo CDC⁵² relataram que a participação dos empregados nos programas de atividade física era relativamente baixa, 84,3% das organizações estimam uma participação abaixo de 50% dos empregados nos programas. O percentual de participação dos servidores nas ações do TST em Movimento, conforme dados apresentados no estudo, têm mostrado um resultado significativo. Em 2019, 65% dos servidores do TST participaram de pelo menos uma ação ofertada pelo Programa.

As principais estratégias utilizadas pelo Programa são semelhantes ao das organizações americanas do estudo⁵² e de outras intervenções ao redor do mundo conforme a literatura especializada^{29,50}, mostrando sua sintonia com o que é desenvolvido globalmente para a promoção da AF no local de trabalho.

Destacam-se algumas características do TST em Movimento semelhantes a outros programas de promoção da AF no local de trabalho ao redor do mundo^{29,52}:

- descontos ou subsídios em programas de exercícios (o Programa TST em Movimento, desde o seu início, tem firmado convênios com academias de ginástica e clubes esportivos);
- programas de AF estruturados (o Programa oferta grupos de AF supervisionada);
- suporte ambiental para a prática de AF (o Programa tem estimulado o uso das escadas, do calçadão, do bicicletário, além de oferecer espaços para a prática de AF no local de trabalho);
- programa de aconselhamento de AF (o Programa tem oferecido orientação para AF);
- prática de exercícios no local de trabalho (o Programa tem ofertados aulas de GL, *yoga* e *mat pilates*, além dos grupos de AF);
- transporte ativo (o Programa tem estimulado o uso da bicicleta como meio de transporte);
- avaliação da aptidão física (o Programa oferta avaliação da aptidão física);
- empréstimo de dispositivos para controle de caminhada (o Programa tem estimulado a prática de caminhada, através do empréstimo de pedômetros e da orientação para AF); e
- pausas ativas no decorrer da jornada de trabalho (o Programa foi um dos responsáveis pela regulamentação das pausas ativas no âmbito do TST em 2015).

Para Malik *et al*²⁹, o modo e o tipo de ação das intervenções variam muito, desde comunicação face a face, cartazes, e-mails, registro de atividades, e grupos de exercícios. Os autores entendem que programas “sob medida” ou apenas mensagens não sejam suficientes para melhorar os níveis de atividade física no local de trabalho.

O TST em Movimento não pode ser caracterizado como um programa “sob medida”, pois tem buscado desenvolver ações com características diversas e em áreas diferentes, atuando em educação em saúde, práticas de AF, eventos, vigilância e monitoramento, promoção de ambientes ativos, comunicação e regulamentação. Pode ser compreendido como uma intervenção de múltiplos componentes. Esses tipos de intervenção têm alcançado retornos positivos para as organizações¹².

Conforme o modelo “*PRECEDE-PROCEED*”⁵⁰ o TST em Movimento tem buscado atuar nos cinco domínios, conforme os exemplos a seguir.

No domínio “Predisposição”, que objetiva mudanças de conhecimento, habilidades e atitudes em relação à AF, o Programa tem desenvolvido ações de informação, como campanhas de educação em saúde para incentivar a prática de AF; de automotivação, como o estabelecimento de metas nas avaliações de aptidão física e nas orientações para AF; e de oferecimento de programas, como os grupos de AF supervisionada.

No domínio “Oferecimento”, que tem como objetivo aumentar a disponibilidade e a acessibilidade de recursos ou serviços que facilitam a motivação para mudanças de comportamento, o Programa tem desenvolvido ações de orientação para AF, disponibilizando o empréstimo de pedômetros, e ofertado diversas ações, como eventos, aulas de GL, *yoga* e *mat pilates*, para que os servidores do TST possam ter mais oportunidades para a mudança em direção a um estilo de vida ativo.

No domínio “Reforço”, que objetiva consolidar mudanças de comportamento através do suporte social, o Programa tem desenvolvido atividades em grupo, como os grupos de AF supervisionada, o “Medida Certa” que objetiva auxiliar na busca do emagrecimento saudável através das mudanças de hábito, e os eventos, como o Revezamento de Caminhada, competição por equipe entre os setores de trabalho do TST.

No domínio “Políticas Regulatórias”, que são procedimentos ou protocolos adotados pelas organizações, o Programa tem atuado na conscientização das lideranças do TST em relação ao incentivo a participação dos colaboradores nas ações do Programa, bem como atuado na regulamentação de políticas que visem a criação de hábitos mais saudáveis e a diminuição do comportamento sedentário, como o ato que regulamentou as pausas ativas no TST.

No domínio “Desenvolvimento Ambiental”, que tem como objetivo a mudança do ambiente para promover AF, o TST em Movimento tem atuado no incentivo ao uso das escadas, através de campanhas e eventos, agiu de forma estratégica junto à administração do TST para a construção do calçadão ao redor do TST. Desenvolve ações de incentivo ao uso do calçadão, como campanhas, eventos, orientações para atividade física, formação e orientação de grupos de caminhada, e o uso voluntário. Também atuou de forma estratégica para a implementação e inauguração do CRF, tornando possível a criação dos grupos de AF supervisionada, que utilizam o espaço para a prática de AF. Além disso, como o CRF possui vestiários com armários e chuveiros, os praticantes de AF passaram a contar com um local para banho e guarda de materiais. Com a criação do bicicletário foi possível estimular o uso da bicicleta como meio de transporte ativo.

Outro destaque observado nos resultados do presente estudo é a sintonia do TST em Movimento com organismos internacionais, como a OMS. O TST em Movimento vem atuando nos quatro objetivos do PAGAF⁹ 2018-2030, buscando criar pessoas, sociedades, ambientes e sistemas ativos. Algumas das ações propostas pelo PAGAF⁹, como realizar eventos de participação em massa, implementar políticas de infraestrutura proativas, melhorar o acesso a locais públicos ao ar livre e melhorar e integrar sistemas de dados e vigilância, já fazem parte do escopo de ações do Programa, conforme a descrição e o ML do Programa.

O Programa possui desde 2004 um sistema de vigilância e monitoramento de indicadores de saúde, em especial do NAF, antes mesmo do sistema de vigilância nacional que é o VIGITEL⁸, que teve início em 2006.

Alguns indicadores foram acrescentados ao sistema de vigilância e monitoramento do Programa, como o comportamento sedentário, desde 2010, através da variável “tempo sentado”, logo após a implementação do processo judicial eletrônico, mostrando que o TST em Movimento está “sintonizado” com os acontecimentos ao redor do mundo e com as mudanças do âmbito interno do TST que possam interferir na saúde de seus colaboradores.

Ainda em relação a esse tema, conforme os resultados do estudo, cabe destacar que o Programa vem atuando na diminuição do comportamento sedentário desde 2010, antes mesmo dessa recomendação se tornar estratégia de saúde mundial⁵ e nacional¹⁰.

Por fim, a participação do gestor do Programa como o pesquisador do presente estudo, pode ser entendida como uma das forças da pesquisa, pois ter a colaboração de alguém que faz parte da prática do Programa somado ao desenvolvimento de um conhecimento científico sólido a respeito da importância de um programa de promoção da AF no local de trabalho, contribuirá para a melhoria contínua do Programa, sua sustentabilidade e acima de tudo, para uma futura avaliação de sua efetividade subsidiada por ferramentas construídas à luz do conhecimento científico da área.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

A inatividade física pode ser considerada como uma das pandemias da época moderna³², sendo responsável em 2004 por 3,2 milhões de mortes no mundo³⁶. Em 2008, estimou-se que 5,3 milhões de mortes poderiam ser evitadas todos os anos se as pessoas inativas passassem a ser ativas³⁷. Esse comportamento não saudável é responsável por 9% da mortalidade precoce³⁷.

Apesar de todos os benefícios⁴ já conhecidos da AF, uma parcela da população adulta mundial ainda é insuficientemente ativa. Em estudo conduzido Guthold *et al*³⁹, concluíram que em 2016, a prevalência global de AF insuficiente foi de 27,5%, mais que um quarto da população adulta mundial não cumpria as recomendações de AF para a saúde da OMS¹⁸. Dentre os países com as maiores prevalências de AF insuficiente no mundo, está o Brasil, com 47%. Dados do último VIGITEL⁸ mostram que a frequência de brasileiros adultos com prática insuficiente de AF foi de 48,2% em 2021.

No ambiente de trabalho não é diferente, conforme estudo conduzido por Silva *et al*⁴¹, utilizando dados da PNAD de 2015, com uma população de 82.019.207 trabalhadores brasileiros, menos que um terço da população trabalhadora (31,7%) praticava AF no tempo livre.

O mundo, a sociedade, e o contexto do trabalho vêm passando por diversas transformações estruturais, principalmente devido aos avanços tecnológicos, que ao mesmo tempo tem trazido benefícios à classe trabalhadora, tem causado a redução da qualidade de vida e da saúde desses indivíduos⁴¹.

Desta forma, cada vez mais se torna imprescindível a implantação de programas de promoção da saúde no local de trabalho, voltados à melhoria da saúde, qualidade de vida e bem-estar dos trabalhadores⁴⁹, e a AF parece ser uma importante porta de entrada nas empresas ou instituições que querem implantar programas de promoção da saúde⁵³.

Uma dessas iniciativas de promoção da saúde no local de trabalho, com ênfase na promoção da AF, é o Programa TST em Movimento, criado no ano de 2004 no TST.

Apesar de 18 anos de existência e de fazer parte da cultura organizacional do órgão, o TST em Movimento não possuía um ML que viesse auxiliar no seu entendimento, bem como na visualização de sua estrutura, processos e resultados almejados.

A partir da descrição do Programa foi possível construir seu ML. Como o Programa está na fase de manutenção⁶⁰, optou-se pela construção do ML prospectivo, que parte dos recursos em direção aos resultados.

O desenvolvimento do ML permitiu identificar o funcionamento do Programa, do seu objetivo às metas. O ML construído através das atividades, ações e produtos confirmou a sua consolidação no âmbito do TST, mostrando ser um programa sustentável que desenvolve ações de promoção da saúde para os seus colaboradores.

A partir do ML tornou-se possível um entendimento mais claro do funcionamento do Programa e sua descrição será um grande legado do presente estudo para sua história, além de possibilitar que outras instituições possam entender como um programa de AF no local de trabalho pode ser implementado.

A construção do ML também possibilitou a elaboração de um plano de avaliação com definição de indicadores e valores de referência. Elaborar o plano de avaliação do Programa baseado no seu ML propiciou a construção de diversos indicadores, não apenas de impacto, normalmente utilizados em avaliação de efetividade, mas também indicadores de estrutura e processo.

Mesmo o TST em Movimento já possuindo alguns resultados desde sua criação, o uso do plano de avaliação possibilitará a realização de uma análise mais ampla, envolvendo aspectos da estrutura, dos processos e dos resultados, com o uso de indicadores de oferta, utilização, cobertura e impacto.

Dessa forma, os três resultados do presente estudo estão interligados, e existe uma lógica entre eles, cada qual com as suas especificidades e suas contribuições. Acima de tudo, ter um plano de avaliação elaborado a partir do próprio Programa e com a participação do gestor como o pesquisador responsável do estudo, possibilitará sua autoavaliação, qualificando o trabalho desenvolvido até o momento.

A descrição do TST em Movimento, seu ML e plano de avaliação possibilitarão que a comunidade científica e a sociedade possam entender o funcionamento de um programa de AF no contexto laboral, podendo servir de modelo para a implementação e avaliação de programas de promoção da AF, em especial no setor público brasileiro.

Assim, o próximo passo será a utilização do plano de avaliação na prática, isto é, a avaliação do TST em Movimento, com fins de análise, discussão dos resultados e consequente divulgação do seu produto final para inspirar melhorias internas no serviço e oportunizar a avaliação externa.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida. Londrina: Midiograf; 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Promoção da Saúde: aproximações ao tema: caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 31 ago 2022]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_aproximacoes_tema.pdf
4. Warburton DE, Bredin SS. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Curr Opin Cardiol* 2017;32(5):541-556.
5. Organização Mundial da Saúde. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO; 2020.
6. Silva DA, Tremblay MS, Marinho F, Ribeiro ALP, Cousin E, Nascimento BR, et al. Physical inactivity as a risk factor for all-cause mortality in Brazil (1990–2017). *Popul Health Metr* 2020;18(1):1-9.
7. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal - Brasil e grandes regiões. Brasília: IBGE; 2020.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. VIGITEL

Brasil 2006-2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de prática de atividade física nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2021 - prática de atividade física. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 30 de ago 2022]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_atividade_fisica_2006_2021.pdf

9. Organização Mundial da Saúde. Plano de Ação Global para Atividade Física 2018-2030: Mais pessoas ativas para um mundo mais saudável. Geneva: WHO; 2018.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física Para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
11. Fonseca CH. Profissionais Saudáveis, Empresas Produtivas. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
12. Pronk NP. ACSM'S Worksite Health Handbook - A Guide to Building Healthy and Productive Companies. Second Edition. United States of America: Human Kinetics; 2009.
13. Ferreira MC. Excelência em gestão com pessoas se faz com Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). [Apresentação no Congresso de Gestão de Operações e Projetos em Organizações Públicas (GOOP) – FACE/UnB] Brasília, DF: 2022.
14. Ferreira MC. Qualidade de Vida no Trabalho: Uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores. 3. ed. revista e ampliada. Brasília: Paralelo 15; 2016.

15. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. Portaria Normativa N°3, de 25 de março de 2013. Institui as Diretrizes Gerais de Promoção da Saúde do Servidor Público Federal, que visam orientar os Órgãos e Entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC. Brasília: MPOG; 2013.
16. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Resolução N° 207, de 15 de outubro de 2015. Institui a Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário. Brasília: CNJ; 2015.
17. Tribunal Superior do Trabalho (Brasil). Ato N° 102/SERH.GDGCA.GP, de 10 de março de 2004. Brasília, DF: TST; 2004.
18. Organização Mundial da Saúde. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: WHO; 2010.
19. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
20. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
21. Matsudo S, Matsudo V, Araujo T, Andrade D, Oliveira L, Santos M, et al. Do diagnóstico à ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2008;13(3):178-184.
22. Hallal PC, Tenório MCM, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DKA, et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. Cad Saúde Pública. 2010;26:70-78.

23. da Silva AT, dos Santos LP, Rodriguez-Añez CR, Fermino RC. Modelo lógico do “Programa Cidade Ativa, Cidade Saudável” de São José dos Pinhais, Paraná. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2021;26:1-6.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário Temático: Promoção Da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
25. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985;100(2):126.
26. USA. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans. 2nd Edition. Washington: 2018.
27. Tremblay MS, Aubert S, Barnes JD, Saunders TJ, Carson V, Latimer-Cheung AE, et al. Sedentary behavior research network (SBRN)–terminology consensus project process and outcome. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2017;14(1):1-17.
28. de Oliveira AP, Andrade DR. Influência da prática de atividade física nos Programas de Promoção da Saúde nas empresas privadas: uma revisão bibliográfica. *O Mundo Saúde* 2013;37(2):192-200.
29. Malik SH, Blake H, Suggs LS. A systematic review of workplace health promotion interventions for increasing physical activity. *Br J Health Psychol*. 2014;19(1):149-180.
30. Lima V. Ginástica laboral: atividade física no ambiente de trabalho. São Paulo: Phorte; 2003.

31. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet* 2012;380(9838):247-257.
32. Kohl 3rd HW, Craig CL, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The Lancet* 2012;380(9838):294-305.
33. Nahas MV, de Barros MV, Francalacci V. O pentágulo do bem-estar-base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2000;5(2):48-59.
34. Gonçalves A, Vilarta R. Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e prática. Barueri: Manole; 2004.
35. Organização Mundial da Saúde. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Resolution of the Fifty-seventh World Health Assembly WHA57. 17. Geneva: WHO, 2004.
36. Organização Mundial da Saúde. Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. Geneva: WHO; 2009.
37. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet* 2012;380(9838):219-229.
38. Sallis JF, Bull F, Guthold R, Heath GW, Inoue S, Kelly P, et al. Progress in physical activity over the Olympic quadrennium. *The Lancet*. 2016;388(10051):1325-1336.
39. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based

surveys with 1· 9 million participants. *Lancet Glob Health* 2018;6(10):e1077-e1086.

40. Katzmarzyk PT, Friedenreich C, Shiroma EJ, Lee IM. Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries. *Br J Sports Med* 2022;56(2):101-106.
41. Silva AMR da, Santos SVM dos, Lima CH de F, Lima DJP, Robazzi ML do CC. Fatores associados à prática de atividade física entre trabalhadores brasileiros. *Saúde em Debate* 2018;42:952-964.
42. Brasil. Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Brasília: ONU, 2017.
43. Organização Mundial da Saúde. The Ottawa charter for health promotion: first international conference on health promotion, Ottawa, 21 November 1986. Geneva: WHO; 1986.
44. Magalhães R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016;21:1767-1776.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
46. Malta DC, Silva MMA da, Albuquerque GM, Lima CH, Cavalcante T, Jaime PC, et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014;19:4301-4312.
47. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

48. Organização Mundial da Saúde. Prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo a través del régimen alimentario y la actividad física: informe de la OMS y el Foro Económico Mundial sobre un evento conjunto. Geneva: WHO; 2008.
49. Ogata AJN. Promoção da saúde no ambiente de trabalho. Rev Bras Med Trab 2018;16:1-44.
50. Jirathananuwat A, Pongpirul K. Promoting physical activity in the workplace: A systematic meta-review. J Occup Health. Published online 2017:16-0245-RA.
51. Brasil. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em 15 de agosto de 2022]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=468773&indexSearch=ID>
52. USA. Centers for Disease Control and Prevention. Workplace health in America 2017. Atlanta: CDC; 2018.
53. USA. Centers for Disease Control and Prevention. Steps to wellness: A guide to implementing the 2008 physical activity guidelines for Americans in the workplace. Atlanta: CDC; 2012.
54. Ogata AJN. A Global View of Health and Well-Being. Vol 33. Sage Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2019:621-622.
55. Thompson WR. Worldwide survey of fitness trends for 2022. ACSMs Health Fit J 2022;26(1):11-20.

56. Organização Mundial da Saúde. Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policy-makers and practitioners. Geneva: WHO; 2010.
57. Matsudo VKR, Andrade DR, Araujo TL de. Promovendo atividade física no ambiente do trabalho. *Diagn Trat* 2007;97-102.
58. Nahas MV, de Barros MVG, de Oliveira ESA, Simm EE, de Matos GAG. Lazer ativo: um programa de promoção de estilos de vida ativos e saudáveis para o trabalhador da indústria. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2010;15(4):260-264.
59. Green LW. Health program planning. *Educ Ecol Approach*. Published online 2005.
60. USA. Department of Health and Human Services. Manual para avaliação de programas de atividade física. Atlanta: CDC; 2002.
61. Brasil. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Avaliação de Efetividade de Programas de Educação Física no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
62. Hallal PC, Reis RS, Hino AAF, Santos MS, Grande D, Krempel MC, et al. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2009;14(2):104-114.
63. Salazar L. Evaluación de efectividad en promoción de la salud: Guia de evaluación rápida. Santiago de Cali: CEDETES; 2004.
64. Gurgel IGD, Medeiros KR, Aragão AAV, Santana RM. Gestão em saúde pública: estudos de avaliação. Recife: UFPE; 2014.
65. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol* 1999;28(1):10-18.

66. Donabedian A. La calidad de la atención médica. México: México Prensa Médica; 1984.
67. Brasil. Organização Pan Americana de Saúde. Rede Interagencial de Informação Em Saúde. Brasília: OPAS; 2008.
68. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
69. Thomas JR, Nelson JK, Silverman SJ. Métodos de pesquisa em atividade física. Porto Alegre: Artmed; 2009.
70. Yin RK. Pesquisa qualitativa do início ao fim. Porto Alegre: Penso; 2016.
71. Romeiro C, Nogueira J, Tinoco S, Carvalho K. O modelo lógico como ferramenta de planejamento, implantação e avaliação do programa de Promoção da saúde na estratégia de saúde da família do Distrito Federal. Rev Bras Ativ Fís Saúde 2013;18(1):132-142.
72. Matsudo S, Araújo T, Marsudo V, Andrade D, Andrade E, Braggion G. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Rev Bras Ativ Fís Saúde 2001:05-18.
73. USA. American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. USA: Lippincott williams & Wilkins, 2010.
74. CELAFISCS. Classificação do nível de atividade física IPAQ. São Caetano do Sul: CELAFISCS; 2007 [acesso em 30 ago 2022]. Disponível em: <http://www.celafiscs.com.br/>
75. Katzmarzyk PT, Church TS, Craig CL, Bouchard C. Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. Med Sci Sports Exerc 2009;41(5):998-1005.

76. Tribunal Superior do Trabalho (Brasil). Ato N° 61/GDGSET.GP, de 09 de novembro de 2015. Brasília, DF: TST; 2015.
77. Tribunal Superior do Trabalho (Brasil). Ato N° 546/SESAUD.GDGSET.GP, de 30 de setembro de 2015. Brasília, DF: TST; 2015.
78. Organização Mundial da Saúde. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: WHO; 2002.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I – Artigo “Modelo Lógico do Programa TST em Movimento: uma construção de 15 anos de experiência”

ANEXO II – Questionário de Levantamento de Indicadores de Saúde 2020

ANEXO III – Plano de Avaliação do Programa TST em Movimento

ANEXO I – Artigo “Modelo Lógico do Programa TST em Movimento: uma construção de 15 anos de experiência”

Modelo Lógico do Programa TST em Movimento: uma construção de 15 anos de experiência

Logic Model of the TST em Movimento Program: a construction of 15 years of experience

Modelo Lógico TST em Movimento

Resumo

Na perspectiva de promover saúde no local de trabalho, com ênfase na atividade física (AF), em 2004 o Tribunal Superior do Trabalho (TST), em Brasília-DF, criou o Programa TST em Movimento. O objetivo deste estudo foi descrever o modelo lógico (ML) do Programa, a partir de sua construção histórica. O ML foi desenvolvido seguindo as diretrizes do *Centers of Disease Control and Prevention*, descrevendo objetivo, recursos, atividades, produtos, metas, fatores influenciadores e público-alvo. Sua construção incluiu a análise de documentos do Programa, como o relatório de resultados de 2019. O Programa é composto por profissionais de educação física, fisioterapia e estagiários, oferecendo atividades como educação em saúde, práticas de AF, eventos e monitoramento de indicadores em saúde. O ML apresentado é fruto de 15 anos de experiência e passa a compor os processos avaliativos e o acompanhamento das metas, iluminando a sustentabilidade do Programa em bases sólidas.

Palavras-chave: Atividade física; Saúde do trabalhador; Local de trabalho.

Abstract

From the perspective of promoting health in the workplace, with an emphasis on physical activity (PA), in 2004 the *Tribunal Superior do Trabalho* (TST), in Brasília-DF, created the *TST em Movimento* Program. The aim of this study was to describe the logical model (LM) of the Program, based on its historical construction. The LM was developed following the Centers of Disease Control and Prevention guidelines, describing objective, resources, activities, products, goals, influencing factors, and target audience. Its construction included the analysis of Program documents, such as the 2019 results report. The Program is composed of physical education professionals, physiotherapy, and trainees, offering activities such as health education, PA practices, events, and monitoring of health indicators. The LM presented is the result of 15 years of experience and becomes part of the evaluation processes and monitoring of goals, illuminating the Program's sustainability on solid foundations.

Keywords: Physical activity; Occupational health; Workplace.

Introdução

Apesar dos reconhecidos benefícios da prática regular de atividade física (AF)^{1,2}, uma parcela da população mundial, e especificamente do Brasil, ainda é insuficientemente ativa³⁻⁵. Diante deste cenário, o Plano de Ação Global para Atividade Física 2018-2030⁶ tem como meta reduzir a inatividade física no mundo, apresentando quatro objetivos principais, dentre eles, o de criar pessoas e ambientes ativos. Políticas e estratégias para a promoção da AF se mostram fundamentais em todos os ambientes, inclusive no local de trabalho, por ser um lugar de convívio de muitas pessoas adultas, pelo tempo despendido por elas nesse local, e pela facilidade de acesso às pessoas^{6,7}.

Na perspectiva de promover saúde no local de trabalho, em 2004, o Tribunal Superior do Trabalho (TST), em Brasília-DF, criou o Programa TST em Movimento⁸, como uma iniciativa de promoção da saúde com ênfase na AF.

Em 2019, por ocasião das celebrações dos 15 anos do Programa, e observando sua evolução e amadurecimento, se entendeu pela importância da construção de seu Modelo Lógico (ML), definindo atores, recursos, linhas de ação e metas.

Considerando que relatos de programas de AF no local de trabalho não se encontram disponíveis na literatura brasileira na mesma proporção que iniciativas desenvolvidas em outros ambientes e com intuito de compartilhar a experiência do TST em Movimento, os objetivos do presente artigo foram descrever o Programa a partir de sua construção histórica, apresentar seu ML e discutir os desafios inerentes à pandemia da Covid-19, contribuindo para o planejamento e a implementação de outros programas de AF no local de trabalho.

TST em Movimento: um pouco da história

O Programa TST em Movimento foi criado pelo ato nº 102 de 10 de março de 2004⁸, assinado pela Presidência do TST, fazendo parte da Secretaria de Saúde. Seu objetivo é a promoção da saúde e a prevenção de doenças, visando uma vida mais ativa dos servidores do

TST⁸. O público-alvo é de aproximadamente 3000 colaboradores, entre servidores, magistrados, estagiários e prestadores de serviço.

Sua criação foi iniciativa da Diretora do Serviço Médico da época. Diante da constatação de piora frequente dos indicadores de saúde dos servidores avaliados nos exames periódicos, convidou um servidor do TST com formação em Educação Física (EF) para elaborar, baseado em evidências, um projeto de intervenção em promoção da saúde com foco na AF. Após onze meses de tramitação interna e apoio voluntário do CELAFISCS, o projeto foi aprovado pela Direção do TST, e teve seu lançamento com palestra inaugural do Dr. Victor Matsudo.

O quadro 1 apresenta a linha do tempo dos primeiros 15 anos do Programa, incluindo informações de fatos marcantes.

<Inserir quadro 1>

Destacam-se entre as primeiras ações do Programa a realização do levantamento de indicadores de saúde, com aplicação do *IPAQ*-curto, antes do lançamento oficial, com vistas ao estabelecimento de uma linha de base do nível de AF (NAF); a realização de eventos temáticos e a divulgação das recomendações de AF para a saúde⁹.

O “Dia Mundial da AF” (DMAF) é comemorado anualmente desde 2005, no mês de abril, e desde 2010, com o “Revezamento de Caminhada do TST” – uma competição entre os setores de trabalho, com mensuração de passos por pedometria nas 4 horas de revezamento. Esse evento tem sido muito impactante na disseminação do Programa e de suas mensagens.

Como o Programa não possui recurso específico, conta com o orçamento do TST para a compra de materiais, contratação de estagiários e de palestrantes, e com o suporte financeiro

da Associação de Servidores (ASTRISUTRA) e da Cooperativa de Crédito da Justiça do Trabalho (SICOOB Credijustra) para a realização de eventos e confecção de uniformes.

As aulas de ginástica laboral (GL) nos setores de trabalho tiveram início em 2013. Além de oferecer uma prática de AF no local de trabalho, esta ação também objetiva estimular a mudança de comportamento para uma vida mais ativa.

Em 2015, foi criada a Seção de Educação em Saúde¹⁰, responsável pelo planejamento, gestão e execução das ações do Programa. No mesmo ano, foi regulamentada a pausa ativa (PA) no TST¹¹, importante ação para a diminuição do comportamento sedentário. A PA representa um respaldo legal para interromper o tempo sentado de trabalho, autorizando o servidor a realizar, de forma voluntária, 10' de pausa a cada 90' trabalhados. A PA consiste em sair da posição sentada, ficar em pé e realizar algum tipo de movimento.

Também por iniciativa do Programa, em 2017, foi inaugurado o bicicletário na garagem do TST, com armários e vestiários, estimulando o deslocamento ativo. O calçadão ao redor do TST, com percurso de aproximadamente um quilômetro, seguro e arborizado, foi inaugurado no mesmo ano, visando oferecer um ambiente favorável para práticas de caminhada e corrida.

Em 2018, foi inaugurado o Centro de Reabilitação Funcional (CRF), com espaços para práticas de AF e vestiários, destinado às aulas dos grupos de AF supervisionada e aos usuários do calçadão.

Modelo Lógico do TST em Movimento

O ML (figura 1) foi desenvolvido de acordo com as diretrizes do Manual para Avaliação de AF do *Centers of Disease Control and Prevention*¹² e outras referências¹³⁻¹⁵, com os seguintes componentes: objetivo, recursos, atividades, produtos, metas, fatores influenciadores e público-alvo. Para a construção do ML foram utilizados documentos do Programa, como o relatório de resultados de 2019, último ano pré-pandemia.

<Inserir figura 1>

Recursos

O Programa TST em Movimento é composto por dois profissionais de EF, uma fisioterapeuta, e sete estagiários de EF. Conta ainda com três profissionais responsáveis pelas aulas de *matpilates* e de *yoga*, contratados na parceria com a ASTRISUTRA.

O Programa possui parceiros internos como as Secretarias de Comunicação Social, Tecnologia da Informação, Gestão de Pessoas, e de Segurança, que apoiam nos eventos, nos levantamentos de indicadores de saúde e na comunicação interna.

Quanto à infraestrutura, o Programa possui uma sala administrativa, duas salas para práticas de AF, sendo uma delas no CRF, uma de avaliação física e uma para avaliação e orientação de fisioterapia, as duas últimas no CRF. Auditórios do TST também são utilizados para palestras. Possui materiais de ginástica, como colchonetes, pesos, e fitas de suspensão; equipamentos para avaliação física, como esteira; pedômetros utilizados nas orientações para AF e eventos; e para as aulas de GL, fitas elásticas, bastões, bolinhas de borracha, e espaguetes de isopor.

Atividades

O TST em Movimento desenvolve atividades de educação em saúde, práticas de AF, eventos, vigilância e monitoramento, gestão, comunicação e de intervenções no ambiente físico.

Ações de educação em saúde são: palestras, campanhas, projetos; orientações de AF, de fisioterapia e ergonômicas; e avaliações físicas e de fisioterapia. Essas ações são desenvolvidas pela equipe do Programa e por profissionais externos, no caso das palestras.

Nas práticas de AF destacam-se as aulas de GL, de *yoga* e *matpilates*, e dos grupos de AF e fisioterapia. As aulas de GL acontecem nos setores de trabalho, por demanda, 2x/semana,

durando aproximadamente 15', ministradas pela equipe do Programa. São elaboradas previamente pela equipe em oficinas práticas, conforme uma periodização (planejamento mensal).

As aulas de *yoga* e *matpilates* acontecem na sala de atividades do Programa, 2x/semana, durando cerca de 50', ministradas por profissionais contratados pela ASTRISUTRA. As aulas dos grupos de AF e fisioterapia acontecem no CRF e calçadão, 2x/semana, com cerca de 30', ministradas pela equipe do Programa.

Além do DMAF, eventos externos como o TST em Movimento na Rua são realizados em parques e clubes. Em relação ao ambiente físico, o Programa realiza ações de incentivo ao uso do bicicletário, calçadão e das escadas do TST.

As principais atividades de vigilância e monitoramento são as avaliações periódicas, por meio do levantamento bienal de indicadores de saúde e do relatório anual de resultados (número de ações e participantes). O levantamento é um questionário aplicado a cada dois anos, com objetivo de monitorar indicadores de saúde, como o NAF, e tem aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília (número 5.439.367).

A principal forma de comunicação com os colaboradores é através do *e-mail* e da *intranet* do TST. A gestão é realizada pelo coordenador do Programa e equipe, com ações de planejamento, busca de parcerias e regulamentação de atos, como o das pausas ativas.

Produtos

Conforme o relatório de resultados, em 2019, foram desenvolvidas 33 ações, com a participação de 1442 servidores (65% do total de servidores do TST). A ação de maior alcance foi a GL, com a participação de 1125 servidores (51% do total), sendo ministradas 7069 aulas em 77 setores de trabalho (85% do total de setores do TST). Foram realizados 3 eventos com

a participação de 472 servidores, 6 palestras com a participação de 344 servidores, 182 avaliações físicas e 70 orientações para AF.

Fatores influenciadores

Os principais fatores influenciadores para a manutenção do Programa são o apoio das consecutivas administrações do TST, dos chefes de setor incentivando seus colaboradores a participarem das ações do Programa e o planejamento do Programa baseado em evidências. A principal dificuldade, desde a sua criação, diz respeito ao tamanho da equipe para a realização das ações.

Metas

As principais metas do Programa são o aumento da prevalência de indivíduos ativos e a diminuição do comportamento sedentário entre os colaboradores do TST.

Impactos da Pandemia de Covid-19 e perspectivas futuras

Em março de 2020 os colaboradores do TST migraram para o trabalho remoto, devido à pandemia da Covid-19, com retorno ao modo presencial em março de 2022. Os dois anos de trabalho remoto trouxeram inúmeros desafios, dentre eles o de transformar as atividades do Programa para o formato virtual. A preocupação inicial foi propiciar orientações para a prática de AF em casa, visando a saúde física e mental dos servidores. Desta forma, vídeos de aulas de ginástica residencial foram desenvolvidos e enviados por *e-mail*, e divulgados na *intranet* do TST. Posteriormente, os vídeos foram utilizados na criação de programas de educação em saúde, como condicionamento cardiorrespiratório e fortalecimento muscular, tornando-se *playlists* no canal do TST no *YouTube*, com as vídeos-aulas, planejamento semanal de atividades e planos de aulas.

Além disso, vídeos e cartilhas com dicas de ergonomia foram desenvolvidos, e atendimentos *online* de orientação ergonômica foram disponibilizados. As aulas de GL

migraram para o formato *online* e as palestras de educação em saúde foram transformadas em *Lives*, com temas direcionados ao momento de pandemia, trabalho remoto e distanciamento social.

Com o retorno ao trabalho presencial em março de 2022, surgiram novos desafios de readaptação das ações, como os cuidados sanitários e um contingente menor de servidores, visto que alguns permaneceram no trabalho remoto. Diante desse contexto, novas mudanças são vislumbradas, como a possibilidade de ações no formato híbrido, o que demandará, mais uma vez, capacidade criativa e adaptativa do Programa.

Considerações Finais

A promoção da saúde no âmbito do TST, com a presença de um programa com objetivo de promover a prática da AF regular, tornou-se de fato uma política de promoção da saúde no ambiente de trabalho. De pauta inexistente no TST antes de 2004, a AF, por meio do TST em Movimento, passou a ser destaque na área da saúde ocupacional e no planejamento do TST, figurando atualmente no próprio Planejamento Estratégico.

Desde a elaboração do projeto do TST em Movimento em 2004 se entendeu que a institucionalização do Programa, por meio de ato da Presidência do TST e de ações baseadas em evidências, eram condições fundamentais para sua manutenção e sustentabilidade. A constatação da longevidade no serviço público e o fortalecimento ao longo desses anos não só referendam o ML apresentado, como iluminam as perspectivas de continuidade do Programa.

O desenvolvimento do ML apresentado é fruto da consolidação de um trabalho desenvolvido em mais de 15 anos de existência. Apesar dos positivos resultados apresentados até o momento, entende-se como necessário avançar na elaboração de um plano de análise baseado no ML, com o objetivo de avaliar sua efetividade quanto ao alcance das metas estabelecidas, bem como ofertar um número maior de dados que possam contribuir para sua

análise crítica e possível reprodução em outros ambientes de trabalho, não apenas no setor público brasileiro.

Referências

- 1 Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Curr Opin Cardiol.* 2017;32(5):541–56.
- 2 World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020.
- 3 Silva DAS, Tremblay MS, Marinho F, Ribeiro ALP, Cousin E, Nascimento BR *et al.* Physical inactivity as a risk factor for all-cause mortality in Brazil (1990-2017). *Popul Health Metr.* 2020;18(1):1-9.
- 4 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019 - Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal - Brasil e Grandes Regiões. / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020. Disponível em:
<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf> > [Janeiro 2022].
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças, Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis.* Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:

- <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf> [Janeiro 2022].
- 6 World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018.
 - 7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf> [Janeiro 2022].
 - 8 Brasil. Tribunal Superior do Trabalho, Presidência. Ato N° 102/SERH.GDGCA.GP, de 10 de março de 2004. Brasília: Tribunal Superior do Trabalho; 2004.
 - 9 World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.
 - 10 10 Brasil. Tribunal Superior do Trabalho, Presidência. Ato N° 617/GDGSET.GP, de 09 de novembro de 2015. Brasília: Tribunal Superior do Trabalho; 2015.
 - 11 Brasil. Tribunal Superior do Trabalho, Presidência. Ato N° 546/SESAUD.GDGSET.GP, de 30 de setembro de 2015. Brasília: Tribunal Superior do Trabalho; 2015.
 - 12 U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Evaluation Handbook. Atlanta, GA. EUA. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2002.
 - 13 Silva AT da, Santos LP dos, Rodriguez-Añez CR, Fermino RC. Modelo lógico do “Programa Cidade Ativa, Cidade Saudável” de São José dos Pinhais, Paraná. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2021;26:1–6.

- 14 Romeiro C, Nogueira J, Tinoco S, Carvalho K. O modelo lógico como ferramenta de planejamento, implantação e avaliação do programa de Promoção da saúde na estratégia de saúde da família do Distrito Federal. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2013;18(1):132–42.
- 15 Nahas MV, Barros MVG de, Oliveira ESA de, Simm EE, Matos GAG de. Lazer ativo: um programa de promoção de estilos de vida ativos e saudáveis para o trabalhador da indústria. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2010;15(4):260–4.

Quadro 1 - Linha do tempo dos primeiros 15 anos do TST em Movimento.

Ano	Fatos marcantes
2004	Primeiro levantamento de indicadores de saúde; criação do TST em Movimento, do primeiro grupo de Vigilantes do Peso, e de convênios com academias de ginástica; realização do primeiro “Dia da Escada” e da primeira caminhada ao redor das dependências do TST.
2005	Primeira comemoração do “Dia Mundial da Atividade Física no TST” com uma caminhada no Parque da Cidade em Brasília, e início das parcerias com o SICOOB Credijustra e com a ASTRISUTRA.
2006	Dia Mundial da Atividade Física com aulas de ginástica na garagem do TST, e criação da sala de atividades do TST em Movimento.
2007	Dia Mundial da Atividade Física com palestra e aula de <i>Tai Chi</i> no estacionamento externo do TST.
2008	Início das avaliações físicas dos servidores do TST.
2009	Início das aulas de ginástica laboral na sala de atividades do TST em Movimento.
2010	Comemoração do Dia Mundial da Atividade Física com o I Revezamento de Caminhada do TST, e inclusão do indicador “tempo sentado” no levantamento de indicadores de saúde.
2011	Início das orientações ergonômicas e da “ <i>Blitz</i> da Saúde”.
2012	Início das orientações para atividade física, evento “Dia Mundial sem Tabaco no TST”, e criação do Clube de Corrida do TST em parceria com a ASTRISUTRA.
2013	Início das aulas de ginástica laboral nos setores de trabalho do TST, primeira edição do “Medida Certa”, e participação na “Semana de Qualidade de Vida e Saúde do TST”
2014	Comemoração dos 10 anos do Programa TST em Movimento e criação do Comitê de Qualidade de Vida do TST com a participação do TST em Movimento
2015	Criação da Seção de Educação em Saúde, atualização da logomarca do TST em Movimento, criação do Programa de Qualidade de Vida do TST com a participação do TST em Movimento, publicação do ato de regulamentação das pausas ativas no TST, primeira campanha de educação em saúde com o tema “pausas”, início das aulas de atividade física em parceria com a ASTRISUTRA, e inauguração da sala de avaliação física.
2016	Criação do site do TST em Movimento, início das aulas de <i>yoga</i> em parceria com a ASTRISUTRA, primeiro evento náutico, e reportagem sobre o TST em Movimento no programa Globo Repórter da TV Globo.
2017	Início das palestras de educação em saúde; inauguração do calçadão ao redor do TST e do bicicletário da garagem; e criação da marca “TST em Movimento na Rua” para os eventos externos.
2018	Inauguração do Centro de Reabilitação Funcional, início dos grupos de educação em saúde com atividade física supervisionada, início das aulas de <i>matpilates</i> em parceria com a ASTRISUTRA, início das práticas de meditação <i>mindfulness</i> , e início das orientações de fisioterapia.
2019	Comemoração dos 15 anos do Programa TST em Movimento com a Semana Mundial da Atividade Física, X Revezamento de Caminhada, e exposição dos 15 anos do programa; lançamento de material educativo com as novas recomendações de AF para a saúde do programa.

Nota. TST= Tribunal Superior do Trabalho; SICOOB Credijustra= Cooperativa de Crédito dos Servidores da Justiça do Trabalho; ASTRISUTRA= Associação dos Servidores da Justiça do Trabalho.

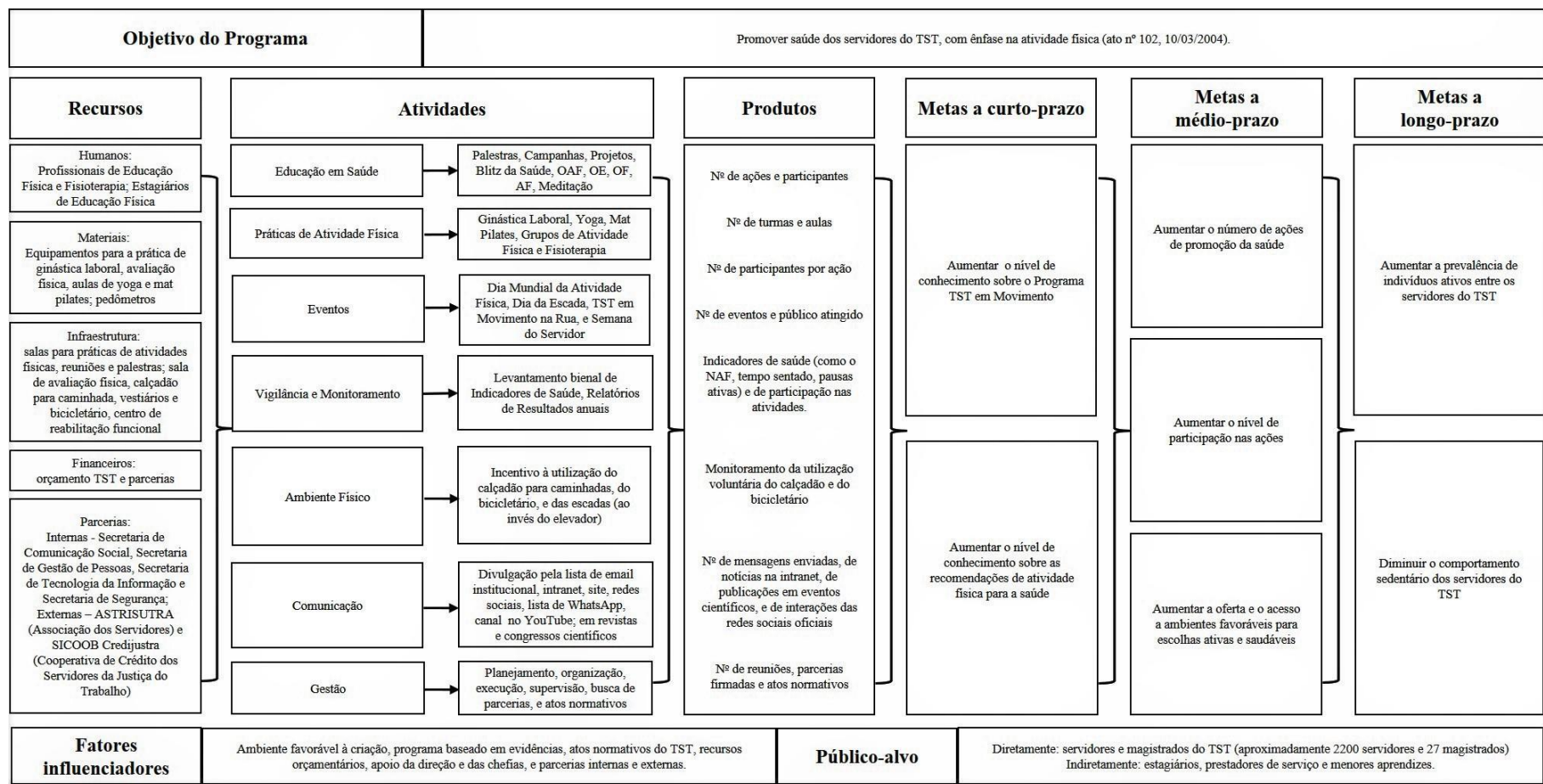


Figura 1 – Modelo lógico do Programa TST em Movimento.

Nota. TST= Tribunal Superior do Trabalho; OAF= orientação para atividade física; OE= orientação ergonômica; OF= orientação de fisioterapia; AF= avaliação física; NAF= nível de atividade física.

Pesquisa de indicadores de saúde da SESAUD 2020

Prezado servidor (a),

A cada dois anos a Secretaria de Saúde do TST realiza uma pesquisa de indicadores de saúde com o objetivo de nortear as ações da Seção de Educação em Saúde. A seleção da amostra da pesquisa é aleatória e representativa. Você foi um dos sorteados para participar da pesquisa. Sua participação é importantíssima para que possamos conhecer as necessidades e a saúde dos servidores do TST, e avaliar nossas ações. As informações prestadas têm garantia de sigilo. Os dados poderão ser utilizados para publicações científicas, sendo respeitado o anonimato dos participantes. Solicitamos que responda da maneira mais precisa possível. O tempo estimado de resposta é de aproximadamente 15'.

Existe(m) 60 questões neste questionário.

Dados de Identificação

Favor preencher todos os campos. Caso tenha dúvida em relação ao seu peso e/ou altura, preencher os campos com o valor mais preciso possível.

- 1- Você concorda que a Secretaria de Saúde do TST utilize os dados da pesquisa para publicações científicas sem a identificação dos participantes? ***

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

- 2- Idade: ***

Apenas números podem ser usados nesse campo.
Por favor, coloque sua resposta aqui:

•

3- Estado Civil: *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- 1- solteiro
- 2- casado ou união estável
- 3- separado ou divorciado
- 4- viúvo
- 5- outros

4- Número de dependentes: *

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

-

5- Sexo: *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Feminino
- Masculino

6- Turno de trabalho no TST durante o trabalho presencial: *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- 1- Matutino
- 2- Vespertino
- 3- Integral
- 4- Variado

7- Unidade de Lotação: *

Por favor, coloque sua resposta aqui:

8- Ramal: *

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

-

9- Número médio de horas trabalhadas no TST: *

Apenas números podem ser usados nesse campo.
Por favor, coloque sua resposta aqui:

•

10-Tempo médio de deslocamento (em minutos) casa/TST (somente ida): *

Apenas números podem ser usados nesse campo.
Por favor, coloque sua resposta aqui:

•

11- Forma de deslocamento para o TST: *

Escolha uma das seguintes respostas:
Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- carro
- ônibus/metrô
- bicicleta
- outro

12- Há quantos anos trabalha no TST: *

Apenas números podem ser usados nesse campo.
Por favor, coloque sua resposta aqui:

•

13- Grau de escolaridade: *

Escolha uma das seguintes respostas:
Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo
- Pós-Graduação

14- Peso atual (kg): *

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

-

15- Altura (metros): *

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

-

Ex: se sua altura é um e setenta, use o número 1,70.

Programa TST em Movimento

1- Você conhece o Programa TST em Movimento? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

2- Você considera que o Programa TST em Movimento atinge seu objetivo de "promoção da saúde e prevenção de doenças, visando a uma vida mais ativa"? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '18' (Você conhece o Programa TST em Movimento?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

3- Você considera que o Programa TST em Movimento influencia na mudança do estilo de vida dos servidores do TST, visando a uma vida mais ativa? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '18' (Você conhece o Programa TST em Movimento?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

4- Você considera importante a existência de um programa como o TST em Movimento no âmbito do TST? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '18' (Você conhece o Programa TST em Movimento?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

5- Como você avalia o Programa TST em Movimento? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '18' (Você conhece o Programa TST em Movimento?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Excelente
- Bom
- Regular
- Ruim
- Desconheço o Programa TST em Movimento

6- Você conhece a recomendação de atividade física para a saúde divulgada pelo Programa TST em Movimento? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

7- Qual o tempo mínimo (em minutos) por semana de atividade física de intensidade moderada recomendado para a saúde divulgado pelo Programa TST em Movimento? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '23' (Você conhece a recomendação de atividade física para a saúde divulgada pelo Programa TST em Movimento?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- 75' por semana
- 90' por semana
- 150' por semana

- desconheço

(em minutos por semana)

8- Você participa das aulas de ginástica laboral? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

9- Nos últimos dois anos, você participou de alguma das atividades/ações do Programa TST em Movimento (ginástica laboral, eventos, palestras, orientações, medida certa, grupos de atividade física supervisionada, meditação, yoga, mat pilates, ou outra)? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

Estilo de Vida e Rotina de Trabalho

1- Avaliando sua rotina habitual, quanto tempo por dia você permanece sentado, desde a hora que acorda até o momento que vai dormir, em atividades no trabalho, em casa, no transporte, no lazer, nos estudos, dentre outros, considerando a maior parte dos dias da semana? *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- quase não fico sentado durante o dia (a menor parte do tempo)
- fico um pouco do tempo sentado (1/4 do dia)
- fico a metade do tempo sentado
- fico mais da metade do tempo sentado (3/4 do dia)
- fico a maior parte do tempo sentado (praticamente o dia inteiro)

2- Quanto tempo médio (em horas) por dia você fica sentado em um dia da semana (de segunda a sexta)? *

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

-

(em horas por dia, de segunda a sexta, adaptado IPAQ)

3- Quanto tempo médio (em horas) por dia você fica sentado em um dia do final de semana? * *

Apenas números podem ser usados nesse campo.
Por favor, coloque sua resposta aqui:

•

(em horas por dia, do final de semana, adaptado IPAQ)

4- Quanto tempo médio (em horas) por dia você assiste TV e/ou usa o computador, tablet ou celular para lazer (tempo total de tela no tempo livre)? *

Apenas números podem ser usados nesse campo.
Por favor, coloque sua resposta aqui:

•

(em horas por dia, adaptado VIGITEL)

5- Quanto tempo médio (em horas) por dia você usa o computador, tablet, ou celular para trabalho (tempo total de tela)? *

Apenas números podem ser usados nesse campo.
Por favor, coloque sua resposta aqui:

•

(em horas por dia)

6- Você realiza pausas ativas no decorrer da jornada de trabalho? (considere pausa ativa: sair da posição sentada, ficar em pé e caminhar) *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

7- Quantas pausas ativas em média por dia você realiza no decorrer de sua jornada de trabalho? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '33' (Você realiza pausas ativas no decorrer da jornada de trabalho? (considere pausa ativa: sair da posição sentada, ficar em pé e caminhar))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

•

(marque o número 0 se não realiza pausas ativas no decorrer da jornada de trabalho)

8- Quanto tempo médio (em minutos) dura cada pausa ativa realizada no decorrer de sua jornada de trabalho? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '33' (Você realiza pausas ativas no decorrer da jornada de trabalho? (considere pausa ativa: sair da posição sentada, ficar em pé e caminhar))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

•

(em **minutos por dia** ou marque 0 se não realiza pausas ativas no decorrer da jornada de trabalho)

9- Nos últimos três meses você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (adaptado VIGITEL) *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

10- Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte você praticou nos últimos três meses? (adaptado VIGITEL) *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '36' (Nos últimos três meses você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (adaptado VIGITEL))

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Caminhada
- Corrida
- Ciclismo

- Natação
- Musculação
- Ginástica
- Treinamento Funcional
- Pilates
- Danças
- Lutas
- Esportes, como vôlei, futebol, basquetebol, dentre outros.
- Outro tipo de esporte ou exercício.
- Não pratiquei esporte e/ou exercício nos últimos três meses.

11- Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte nos últimos três meses? (adaptado VIGITEL) *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '36' (Nos últimos três meses você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (adaptado VIGITEL))

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias da semana, inclusive no final de semana
- não pratiquei exercício e/ou esporte nos últimos três meses

12- Nos dias em que você praticou exercício e/ou esporte, nos últimos três meses, qual a duração (em minutos) desta atividade por dia (adaptado VIGITEL)? * *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '36' (Nos últimos três meses você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (adaptado VIGITEL))

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

•

(em **minutos por dia** ou marque o número 0 se não praticou exercício ou esporte)

13- Caso considere que não realiza a quantidade desejada e/ou recomendada de atividade física, indique as principais causas: *

Escolha a(s) que mais se adequem(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- não se aplica, pois já faço a quantidade desejada e/ou recomendada.
- não gosto
- falta de tempo
- restrição médica
- falta de orientação profissional
- falta de local apropriado
- falta de dinheiro
- falta de companhia
- cansaço
- outro

14- Qual a sua relação com a atividade física? *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Gosto muito
- Gosto
- Indiferente
- Não gosto
- Detesto

15- Em quantos dias da semana você costuma comer frutas e hortaliças? *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias, inclusive no final de semana
- Não consumo frutas e hortaliças

16- Quantas porções de frutas e hortaliças você consome por dia? *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- 1 a 2 porções
- 3 a 4 porções
- 5 a 6 porções
- acima de 6 porções
- não consumo frutas e hortaliças

17- Quanto tempo médio (em horas) você costuma dormir por noite? *

Apenas números podem ser usados nesse campo.
Por favor, coloque sua resposta aqui:

•

(em horas, por noite)

18- Você considera que o seu sono é reparador (de boa qualidade)? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

19- Você está em uso de algum medicamento para o sono? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

Nível de atividade física (IPAQ adaptado)

As perguntas estão relacionadas às atividades físicas realizadas **na última semana**. Considere atividade física, qualquer atividade acima do repouso, em casa, no trabalho, no deslocamento, no lazer, na academia, dentre outras. As atividades deverão ter duração de **pelo menos 10'**.

1- Em quantos dias da última semana você realizou caminhadas de pelo menos 10'? *

Apenas números podem ser usados nesse campo.
Por favor, coloque sua resposta aqui:

•

Se não realizou caminhadas na última semana marque 0.

1.1- Se você realizou caminhada na última semana, quanto tempo médio por dia (em minutos)? *

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

•

Responda o **tempo médio por dia em minutos**. Se não realizou caminhada na última semana marque 0.

2- Em quantos dias da última semana você realizou atividades físicas de intensidade moderada? (atividade física de intensidade moderada é aquela atividade que requer esforço físico, e que a respiração e o batimento cardíaco ficam acima do normal, como por exemplo, andar de bicicleta, nadar, dançar, praticar esportes recreativos, realizar atividades domésticas ou de jardinagem leves, atividades de força muscular leves, etc.). Não considere os dias de caminhada, apenas os dias de atividade física de intensidade moderada. *

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

•

Se não realizou atividades físicas de intensidade moderada na última semana marque 0.

2.1- Se você realizou atividade física de intensidade moderada na última semana, quanto tempo médio por dia (em minutos) você realizou? Não considere o tempo de caminhada, apenas o tempo de atividade física de intensidade moderada. *

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

•

Responder o **tempo médio por dia em minutos**. Se não realizou atividade física de intensidade moderada na última semana marque 0.

3 - Em quantos dias da última semana você realizou atividades físicas de intensidade vigorosa? (atividade física vigorosa é aquela que requer um grande esforço físico, e que aumenta muito a respiração e o batimento cardíaco acima do normal, como por exemplo, corrida, ciclismo, esportes competitivos, treino de força pesado, atividades domésticas e de jardinagem pesadas, etc.). Não considere os dias de caminhada e nem os dias de atividade física de intensidade moderada, apenas os dias de atividade física vigorosa. *

Apenas números podem ser usados nesse campo.
Por favor, coloque sua resposta aqui:

-

Se não realizou atividades físicas vigorosas na última semana marque 0.

3.1- Se você realizou atividade física de intensidade vigorosa na última semana, quanto tempo médio por dia (em minutos) você realizou? Não considere os tempos de caminhada e de atividade física moderada, apenas o tempo de atividade física vigorosa. *

Apenas números podem ser usados nesse campo.
Por favor, coloque sua resposta aqui:

-

Responda o tempo médio **por dia em minutos**. Se você não realizou atividade física vigorosa na última semana marque 0.

Fatores de risco cardiovascular (adaptado do ACSM, 2010)

1- Você é fumante ou deixou de fumar há menos de 6 meses? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

2- Você é hipertenso, ou está em uso de medicamento para controle da pressão, ou sua pressão arterial já mediu acima de 140/90 mmHg em pelo menos duas vezes? *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Desconheço

3- Tem dislipidemia (valores de colesterol alterados), ou está em uso de medicamento para controle do colesterol, ou os valores de colesterol são:

colesterol total acima de 200 mg/dl, ou o LDL (colesterol ruim) acima de 130 mg/dl, ou HDL (colesterol bom) abaixo de 40 mg/dl? *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Desconheço

4- Tem diabetes, ou pré-diabetes, ou está em uso de medicamento para controle da glicemia, ou o valor de glicemia em jejum já mediu acima de 100 mg/dl em pelo menos duas vezes? *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Desconheço

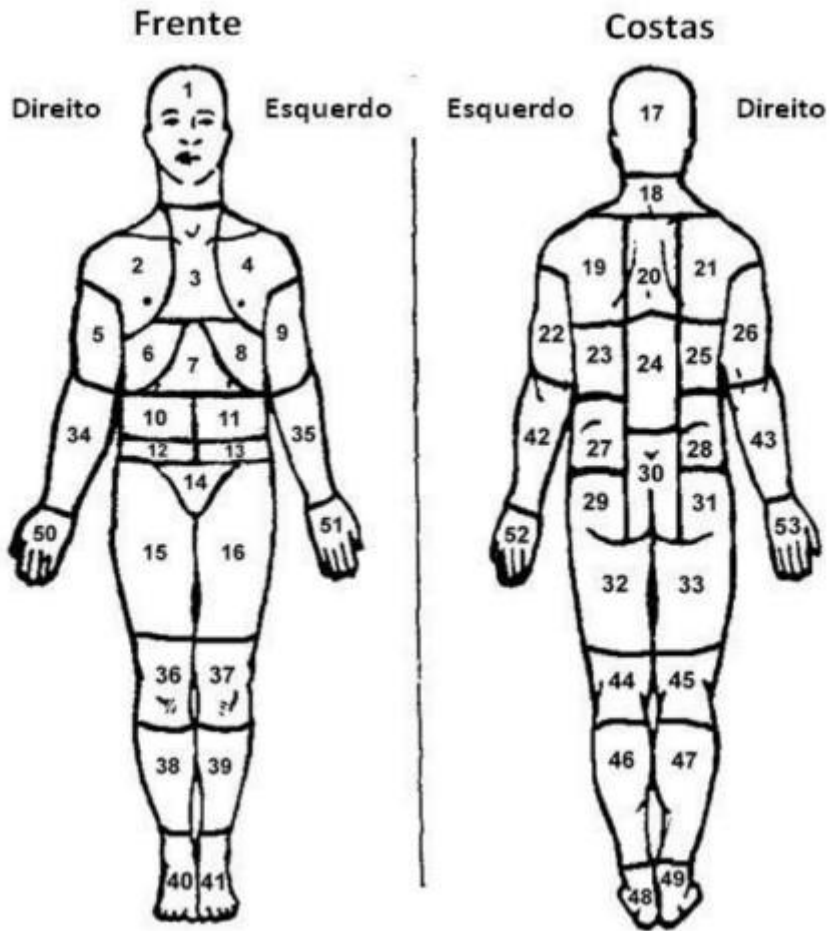
Inventário Breve de Dor

1- Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente etc.). Você teve hoje, dor diferente dessas? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

1.1- Marque, abaixo, os números das áreas onde você sente dor, e onde a dor é mais intensa.



Escolha a(s) que mais se adequem
 Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17

- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53

2- Há quanto tempo sente esta(s) dor(es)? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '58' (Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente etc.). Você teve hoje, dor diferente dessas?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Mais de 3 meses
- Menos de 3 meses

*

3- Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '58' (Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente, etc.). Você teve hoje, dor diferente dessas?)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	0 (Sem dor)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Pior dor)
Marque o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.											
Marque o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas.											
Marque o número que melhor descreve a média da sua dor.											
Marque o número que mostra quanta dor você está sentindo agora (neste momento).											

4- Quais tratamentos ou medicações você está recebendo para dor? Caso não esteja em tratamento ou tomando medicação para dor, passe para a próxima pergunta.

	Nome	Dose/Frequência	Data de Início
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

5- Nas últimas 24 horas, qual a intensidade da melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações que você está usando? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi NÃO " na questão '62' (Quais tratamentos ou medicações você está recebendo para dor? Caso não esteja em tratamento ou tomando medicação para dor, passe para a próxima pergunta.)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
	(Sem alívio)										(Alívio completo)
Nas últimas 24 horas, qual a intensidade da melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações que você está usando?											

6- Marque o número que melhor descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '58 [y11]' (Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente, etc.). Você teve hoje, dor diferente dessas?)

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	0 (Não interferiu)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Interferiu completamente)
Atividade geral											
Humor											
Habilidade de Caminhar											
Trabalho											
Relacionamento com outras pessoas											
Sono											
Habilidade para apreciar a vida											

Muito obrigado pela sua contribuição.

16/12/2020 – 11:57

Enviar questionário

Obrigado por ter preenchido o questionário.

ANEXO III – Quadro Geral do Plano de Avaliação do Programa TST em Movimento

Variável	Indicador	Padrão/Referência/ Meta	Instrumento	Periodicidade da Coleta	Periodicidade da Avaliação	Classificação Indicador (Habitch et al)	Classificação Indicador (Donabedian)
Profissionais	Nº de profissionais	Dados período anterior	Relatório de resultados	Semestral	Anual	Oferta	Estrutura
Ambientes	Nº de ambientes	Dados período anterior	Relatório de resultados	Semestral	Anual	Oferta	Estrutura
Parcerias	Nº de parcerias	Dados período anterior	Relatório de Resultados	Anual	Anual	Oferta	Estrutura
Ações	Nº de ações	Dados período anterior	Relatório de resultados	Semestral	Anual	Oferta	Processo
Aulas	Nº de aulas	Dados período anterior	Listas de frequência	Diária	Anual	Oferta	Processo
Participantes nas aulas	Proporção de participantes nas aulas	Dados período anterior	Listas de frequência	Diária	Anual	Cobertura	Processo
	Adesão nas aulas de ginástica laboral	Dados período anterior	Listas de frequência	Diária	Anual	Cobertura	Processo
Educação em Saúde	Nº de ações de educação em saúde	Dados do período anterior	Relatório de resultados	Semestral	Anual	Oferta	Processo
	Proporção de participantes nas ações de educação em saúde	Dados período anterior	Listas de frequência	Diária	Anual	Cobertura	Processo

Avaliações e Orientações	Nº de avaliações e orientações	Dados do período anterior	Relatório de resultados	Mensal	Anual	Oferta	Processo
	Proporção de participantes nas avaliações e orientações	Dados período anterior	Listas de atendimentos	Diária	Anual	Cobertura	Processo
Eventos	Nº de eventos	Dados período anterior	Relatório de resultados	Semestral	Anual	Oferta	Processo
	Proporção de participantes nos eventos	Dados período anterior	Listas de frequência	Diária	Anual	Cobertura	Processo
Usuários do calçadão	Proporção de usuários do calçadão	Dados período anterior	Listas de cadastro	Mensal	Anual	Cobertura	Processo
Usuários do bicicletário	Proporção de usuários do bicicletário	Dados período anterior	Listas de cadastro	Mensal	Anual	Cobertura	Processo
Usuários dos vestiários	Proporção de usuários dos vestiários	Dados período anterior	Listas de cadastro	Mensal	Anual	Cobertura	Processo
Comunicação	Nº de divulgações	Dados período anterior	Relatório de resultados	Anual	Anual	Oferta	Processo
Gestão	Nº de ações de gestão	Dados período anterior	Relatório de resultados	Anual	Anual	Oferta	Processo
Vigilância e Monitoramento	Nº de relatórios e levantamentos	Dados do período anterior	Relatório de resultados	Bienal	Bienal	Oferta	Processo
	Prevalência de servidores ativos	Referência: 54% (dados de 2018).	IPAQ	Bienal	Bienal	Impacto	Resultado

Nível de atividade física		Meta: alcance de no mínimo 60% até 2030.					
	Prevalência de servidores praticantes de atividade física	Dados VIGITEL e período anterior	Questionário Estilo de Vida e Rotina de Trabalho	Bienal	Bienal	Impacto	Resultado
Composição corporal	Prevalência de servidores com excesso de peso	Dados VIGITEL e período anterior	Questionário Perfil Social	Bienal	Bienal	Impacto	Resultado
Comportamento sedentário	Prevalência de servidores com excesso de tempo sentado	Referência: 52% (dados de 2018). Meta: redução para, no mínimo, 47% até 2030.	Questionário Estilo de Vida e Rotina de Trabalho	Bienal	Bienal	Impacto	Resultado
	Prevalência de servidores com excesso de tempo total de tela no tempo livre	Dados período anterior	Questionário Estilo de Vida e Rotina de Trabalho	Bienal	Bienal	Impacto	Resultado
	Prevalência de servidores que realizam pausas ativas	Dados período anterior	Questionário Estilo de Vida e Rotina de Trabalho	Bienal	Bienal	Impacto	Resultado
	Prevalência de servidores que realizam o nº recomendado de pausas ativas	Dados período anterior	Questionário Estilo de Vida e Rotina de Trabalho	Bienal	Bienal	Impacto	Resultado

Participantes do programa	Proporção de participantes do programa	Dados período anterior	Listas de frequência	Mensal	Anual	Impacto	Resultado
Conhecimento do programa	Proporção de servidores que conhecem o programa	Dados período anterior	Levantamento de indicadores de saúde	Bienal	Bienal	Impacto	Resultado
Conhecimento das recomendações	Proporção de servidores que conhecem as recomendações	Dados período anterior	Levantamento de indicadores de saúde	Bienal	Bienal	Impacto	Resultado
Avaliação dos usuários do programa	Satisfação	Dados período anterior	Levantamento de indicadores de saúde	Bienal	Bienal	Impacto	Resultado
	Objetivo	Dados período anterior	Levantamento de indicadores de saúde	Bienal	Bienal	Impacto	Resultado
	Influência	Dados período anterior	Levantamento de indicadores de saúde	Bienal	Bienal	Impacto	Resultado
	Importância	Dados período anterior	Levantamento de indicadores de saúde	Bienal	Bienal	Impacto	Resultado