

SILVANO DA SILVA COUTINHO

**Atividade física no Programa Saúde da Família, em
municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná - Brasil**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, convênio MINTER realizado entre a Universidade de São Paulo e a Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná. Linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde.

**Orientadora:
Profª Drª Maria José Bistafa Pereira**

**Ribeirão Preto
2005**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA. DESDE QUE CITADA A FONTE

Catálogo na Publicação

Serviço de Documentação de Enfermagem

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Universidade de São Paulo

Coutinho, Silvano da Silva

Atividade física no Programa Saúde da Família, em municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná – Brasil. Silvano da Silva Coutinho; orientador Maria José Bistafa Pereira.

- Ribeirão Preto, 2005

141f

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde) - Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

1. Promoção da saúde. 2. Prevenção de doenças. 3. Atividade Física. 4. Programa Saúde da Família.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Silvano da Silva Coutinho

Atividade Física no Programa Saúde da Família, em municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.
Área de Concentração: Práticas, saberes e políticas de saúde.

Aprovado em:

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À DEUS pelo dom da vida e pelas oportunidades que me proporciona

À meus tesouros mais preciosos, Tati e Ma

Que nos momentos de ausência estiveram sempre presentes

Nos momentos de angústia, me consolaram

Nos momentos de felicidade, comemoraram comigo

Vocês acreditam em mim mais do que eu mesmo

Amo vocês, e pra vocês dedico esta "obra"

À meus pais, meus exemplos,

que sempre ressaltaram a importância dos estudos e do trabalho na vida de uma
pessoa

AGRADECIMENTOS

Não foi fácil chegar até aqui, mas foi muito gratificante, e quero agradecer a muitas pessoas especiais que fizeram parte desta conquista.

Minha orientadora, com quem tive a satisfação de literalmente construir esta pesquisa. Os momentos que passamos juntos, principalmente tentando extrair o máximo de nossos dados, estão eternizados na minha vida profissional.

Obrigado, querida amiga Zezé Bistafa.

Paulo, marido da Zezé, seu coração é muito grande.

Parentes da Zezé, obrigado pelos momentos em que me acolheram nas reuniões familiares.

Amiga Denise, você foi muito importante para que eu me convencesse da idéia de fazer este mestrado.

Regiane, quem me deu as primeiras pistas em direção ao tema de estudo.

Turma do Minter - AnaFábio, Priscilas, Raquel, Suzuki, Silvana, Fátima, Kátia, Beth, Isa, Maria Tereza, Carlos, Lorena, companheiros de caminhada, companheiros de idéias, companheiros de luta...

Elisângela, Joelma e todo o pessoal da divisão de Mestrado da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação da Unicentro, vocês foram muito atenciosos.

Professores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Carmem, Cláudia, Maria José Clapis, Suzana, Maria das Graças, Cecília Puntel, Silvana, Toyoko, Tite, Rosane, Ângela, Regina e outros que eu possa não citar - vocês são especiais.

Professores membros da banca, Pedro Fredemir Palha e Yara Maria de Carvalho, suas contribuições na reta final do trabalho, deram-me uma nova visibilidade e um novo ânimo para voar mais longe.

Professora Maria Nilce: por me ensinar os primeiros passos da escrita com objetivo, com você aprendi a organizar no papel a minha percepção de mundo.

Tia Nina, tio Hélio (in memoriam), muito obrigado pela acolhida, principalmente quando prestei a prova de inglês, ela foi minha primeira vitória.

Ao Instituto Britânico de Línguas, na pessoa da Leila, pelo aprendizado do inglês, primeiro desafio vencido de forma coletiva na busca deste mestrado.

Dona Elza - sua dedicação cuidando de nossa casa e de nossa filha me deu condições de trabalhar com tranquilidade e paz.

Colegas de trabalho - professores do departamento de Educação Física da UNICENTRO, obrigado por todo apoio.

Em especial a Larissa e também o Dourado, pela amizade, e também por me emprestar o carro para minhas andanças durante a coleta de dados.

Deoclécio, pelas contribuições nas leituras do meu trabalho.

Marcos, por compreender e incentivar minhas adaptações e readaptações aos compromissos acadêmicos.

Fisioterapeuta Ângela por partilhar um pouco de suas experiências com atividade física no PSF em Guarapuava.

Meus alunos do curso de Educação Física da Unicentro, vocês são um estímulo e fonte de inspiração para minha qualificação profissional.

Palma e o GEPEF - foi neste local que me estimulei a continuar estudando.

Anderson, pelo cuidado e zelo na transcrição das fitas das entrevistas e também pelo empenho nos trabalhos na Diretoria de Esportes.

Luizão, companheiro e não "parceiro", um obrigado especial, por não deixar a "peteca cair", e por estender sua preocupação para além do nosso ambiente de trabalho.

Jenaia e Marcela, não somente secretárias, mas pessoas com quem partilhei e partilho bons momentos.

Rosana, me incentivando a uma conclusão com qualidade, colaborando também com seus conhecimentos de nossa língua mãe.

Luana e Carina pela dedicação nas traduções de espanhol e inglês, que geralmente foram solicitadas sem muito prazo.

Unicentro - minha casa profissional, pela oportunidade deste Mestrado Interinstitucional e pela valorização do meu trabalho.

5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná por me abrir as portas.

Secretários de saúde entrevistados, obrigado por aceitarem este desafio de partilharem suas experiências como gestores.

Fundação Araucária - pelo fomento.

Professor Bataglioni, presente na qualificação, pelo exemplo de estudioso e prático da Educação Física na saúde pública.

Ao pessoal da Clic Foto & Vídeo pelo zelo, dando um toque especial na finalização deste trabalho.

Pessoal da pós-graduação da EERP, em especial, a Adriana, pois tudo que precisei, vocês ajudaram a resolver. Vocês são muito competentes.

Aos casais da Pastoral Familiar, mesmo com minhas ausências, senti de perto o apoio de vocês, torcendo pelo meu sucesso.

Aos vizinhos do condomínio Trianon, que acompanharam grande parte desta conquista, obrigado pelo apoio e pela convivência.

Altemir e família, nossos "eternos" vizinhos, obrigado pela amizade, vocês são muito especiais.

Ao Colégio Londrinense, onde dei meus primeiros passos como professor de Educação Física. Um agradecimento especial a todos que aí deixei, em especial, Maurício, Fabiana, Juvenilson...

Aos companheiros de turma do curso de Educação Física da UEL, tenho certeza que vocês ficarão contentes quando souberem dessa conquista. Um abraço especial no Ricardo e no Vicente.

Aos amigos do Grupo de jovens Vida e Paz, local onde tive muitas experiências de fé e principalmente, de amizade, que ajudaram a forjar o meu caráter. Fruto dessas convivências nasceu o namoro com minha esposa.

A todos que acreditam em mim e me incentivaram a chegar até aqui. Fiquem atentos, ora ou outra e vou precisar de vocês, e também saibam - podem contar comigo.

Por fim, às pessoas que sempre estarão em minha vida

Vó Alzira, e todo mundo da família Veiga, que me fazem *conhecer um pouco* do que seria o meu grande sogro.

Seu Benoni, o grande sogro (in memoriam), obrigado por *todo amor que dedicou a sua filha*, e que está muito presente em nosso casamento.

Aos parentes por parte de mãe, que valorizam muito minha dedicação nos estudos. Um recado aos primos: sou o primeiro e terminar o mestrado, mas não quero ser o único.

Aos parentes por parte de pai. Tenho certeza que vocês têm muito orgulho de um "Coutinho" ter realizado esta conquista.

Ao vovô Edson, alguém que tive o prazer de ver retomar o gosto pela vida nos bailes da terceira idade.

Da Vera, Ju, Binho, Vó Adelaide, Tia Cássia, toda família Bonametti, que é minha família também, *pessoas essenciais* para a felicidade de minha esposa, e conseqüentemente da minha.

Nei e Sérgio, meus manos, duas pedras fundamentais na minha vida, *amo demais vocês*.

Papai e Mamãe, na fase final, ver o cuidado de vocês com a Maiara, me encheu de vontade de terminar para poder estar junto. *Amo muito vocês*

Maiara, minha filha, minha princesa, fico mudo ao tentar dizer o que você representa para mim. *"Te amo maior que o mundo"*

Tati, você acreditou neste sonho antes de mim. Nosso amor me faz entender que essa conquista é muito importante para nós, e acima de tudo, é nossa, e é reflexo das diversas conquistas que temos todos os dias, no desejo de renovar nosso amor em cada pequeno gesto. Você é meu presente diário. *Te amo sempre.*

Agradeço também a mim mesmo, por estar sempre a caminho.

Obrigado Deus !!!!!

COUTINHO, S.S. Atividade física no Programa Saúde da família, em municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná – Brasil. Ribeirão Preto, 2005. 141 p. (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

O objetivo geral desta pesquisa foi identificar e analisar as percepções dos Secretários Municipais de Saúde da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná acerca da realização de atividades físicas no Programa Saúde da Família (PSF). Como objetivos específicos elegemos caracterizar e analisar a prática da atividade física nos PSFs dos referidos municípios, bem como, verificar a inserção de profissionais de educação física nessas equipes do PSF. Tomamos como pressuposto teórico as discussões sobre promoção da saúde presentes nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, buscando articulá-las à teoria e a prática da atividade física. Trata-se de um estudo descritivo exploratório (TRIVIÑOS, 1992), com abordagem qualitativa, sendo os sujeitos constituídos de onze secretários de saúde dos municípios da regional citada, e também nove profissionais da área da saúde que são responsáveis pelas atividades físicas realizadas no PSF destes municípios. Os dados empíricos foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas realizadas com os secretários de saúde, e também dos questionários aplicados com os profissionais de saúde responsáveis pela realização das atividades físicas. A organização dos dados foi feita conforme ferramenta metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC (LEFÈVRE, 2000). Após construirmos os DSCs, elegemos três unidades temáticas, a partir dos conteúdos: Processo de Educação em Saúde, Atividades Físicas no PSF, Prevenção e Promoção da Saúde. Como considerações finais, ressaltamos: o processo de educação em saúde demonstra ter um caráter mais modelador que emancipatório. O entendimento de promoção da saúde está mais ligado à uma visão limitada do processo saúde-doença, pautado no conceito de saúde como ausência de doenças, com alguns apontamentos para uma visão mais ampliada, abarcando aspectos sociais e psicológicos. Verificamos de forma incipiente a realização de atividades físicas em nove equipes de PSF nos municípios participantes da pesquisa, principalmente a caminhada, sob a iniciativa e responsabilidade de profissionais da saúde (quatro enfermeiras, três fisioterapeutas e dois profissionais de Educação Física). Sobre a prática da atividade física no PSF, os gestores a identificam como uma estratégia na prevenção de doenças crônicas, em especial, obesidade, diabetes e hipertensão. Na perspectiva de se aproximar à um conceito mais ampliado de promoção da saúde, os gestores ressaltaram que a atividade física inserida na estratégia do PSF pode trazer outros benefícios além dos biológicos, tais como: desenvolvimento da autonomia para realização dos afazeres do dia-a-dia, melhoria do convívio social, interferência em situações de risco social, educação em saúde e como opção de lazer, no entanto, ainda de forma incipiente. Para tanto, sugerimos que é preciso se (re) pensar a formação dos profissionais da saúde, em especial, a do profissional de Educação Física, buscando uma visão de promoção da saúde, que abarque todas as suas possibilidades, potencialidades, bem como, sua complexidade. Também é preciso vislumbrar outras estratégias que ampliem as possibilidades da atividade física ser incorporada de forma mais sistematizada e ampliada, na atenção à saúde, valorizando o conhecimento da área de Educação Física na construção do SUS.

Palavras-chave: promoção da saúde, prevenção de doenças, atividade física, Programa Saúde da Família.

COUTINHO, S.S. **Physical Activity in the Health family Program, in cities of 5th Regional of Health in Paraná State - Brazil.** Ribeirão Preto, 2005. 141 p. (Mestrado) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo.

The general objective of this research was to identify and to analyze the perceptions of the Municipal Secretaries of Health of 5th Regional of Health in Paraná concerning the accomplishment of physical activities in the Health Family Program (PSF). As objective specific we choose to characterize and to analyze the practical one of the physical activity in the PSFs of the related cities, as well as, to verify the insertion of professionals of physical education in these teams of the PSF. We take as estimated theoretician the quarrels on promotion of the health gifts in the International Conferences of Promotion of the Health, searching to articulate them with the theory and the practical of the physical activity. It's about an exploratory descriptive study (TRIVIÑOS, 1992), with qualitative boarding, being the consisting citizens of eleven secretaries of health of the cities in the regional one cited, and also nine professionals of the area of the health who are responsible for the carried through physical activities in the PSF of these cities. The empirical data had been collected through interviews half-structuralized carried through with the secretaries of health, and also of the questionnaires applied with the responsible professionals of health for the accomplishment of the physical activities. The organization of the data was made in a methodological agreement tool of the Speech of Collective Citizen - DSC (LEFÈVRE, 2000). After to construct the DSCs we choose three thematic units from the contents: Process of Education in Health, Physical Activities in the PSF, Prevention and Promotion of the Health. As final considerations, we stand out: the process of education in health demonstrates to have a character more modeler than emancipation. The agreement of promotion of the health is on to the one limited vision of the process health-illness based in the health concept as absence of illnesses, with some notes for an extended vision more, accumulating of stocks social and psychological aspects. We verify of incipient form the accomplishment of physical activities in nine teams of PSF in the participant cities of the research, mainly the walked one, under the initiative and responsibility of professionals of the health (four nurses, three physiotherapists and two professionals of Physical Education). On the practical one of the physical activity in the PSF, the managers identify it as a strategy in the prevention of chronic illnesses, in special, obesity, diabetes and high blood pressure. In the perspective of if more approaching to the one extended concept of promotion of the health, the managers had stood out that the inserted physical activity in the strategy of the PSF can bring other benefits beyond the biological ones, such as: development of the autonomy for accomplishment of the tasks of day-by-day, improvement of the social conviviality, interference in situations of social risk, education in health and as leisure option, however, still of incipient form. For in such a way, we suggest that she is necessary if (re) to think the formation of the professionals of the health, in special, of the professional of Physical Education, searching a vision of promotion of the health, that accumulates of stocks all its possibilities, potentialities, as well as, its complexity. Also it's necessary to glimpse other strategies that more extend the possibilities of the physical activity to be incorporated of systemize and extended form, in the attention to the health, valuing the knowledge of the area of Physical Education in the construction of the SUS.

Key-words: promotion of the health, prevention of illnesses, physical activity, Health Family Program.

COUTINHO, S.S. **Actividad física en el Programa Salud de la Familia, en municipios de la 5ª Regional de Salud del Estado del Paraná – Brasil**. Ribeirão Preto, 2005. 141 p. (Maestría) – Escuela de Enfermaje de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

El objetivo general de esta pesquisa fue identificar y analizar las percepciones de los Secretarios Municipales de Salud de la 5ª Regional de Salud de Paraná acerca de la realización de actividades físicas en el Programa Salud de la Familia (PSF). Como objetivos específicos elegimos caracterizar y analizar la práctica de la actividad física en los PSFs de los referidos municipios, bien como, verificar la inserción de profesionales de educación física en estas equipos del PSF. Tomamos como presupuesto teórico las discusiones sobre promoción de la salud presentes en las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud, buscando articularlas a la teoría y a la práctica de la actividad física. Se trata de un estudio descriptivo exploratorio (TRIVINOS, 1992), con enfoque cualitativo siendo los sujetos constituidos de once secretarios de salud de los municipios de la regional citada, y también nueve profesionales del área de la salud que son responsables por las actividades físicas realizadas en el PSF de estos municipios. Los datos empíricos fueron colectados a través de declaraciones semiestructuradas realizadas con los secretarios de salud, y también de los cuestionarios aplicados con los profesionales de salud responsables por la realización de actividades físicas. La organización de los datos fue realizada conforme herramienta metodológica del Discurso del Sujeto Colectivo (LEFÉVRE, 2000). Tras la construcción los DSCs, elegimos tres unidades temáticas, a partir de los contenidos: Proceso de Educación en Salud, Actividades Físicas en el PSF, Prevención y Promoción de la Salud. Como consideraciones finales, resaltamos: el proceso de educación en salud demuestra tener un carácter más modelador que emancipatorio. El entendimiento de promoción de la salud está más prendido a una visión limitada del proceso salud – enfermedad, pautado en el concepto de salud como ausencia de enfermedades, con algunos apuntes para una visión más amplia, abarcando aspectos sociales y psicológicos. Verificamos de forma incipiente la realización de actividades físicas en nueve equipos de PSF en los municipios participantes de la pesquisa, principalmente la caminada, sobre la iniciativa y responsabilidad de profesionales de la salud (cuatro enfermeras, tres fisioterapeutas y dos profesionales de Educación Física). Sobre la práctica de la actividad física en el PSF, los gestores la identifican como una estrategia en la prevención de enfermedades crónicas, en especial, obesidad, diabetes y hipertensión. En la perspectiva de aproximarse a un concepto más amplio de promoción de la salud, los gestores resaltaron que la actividad física inserida en la estrategia del PSF puede traer otros beneficios además de los biológicos, tales como: desarrollo de la autonomía para realización de los quehaceres del cotidiano, mejoría del convivio social, interferencia en situaciones de riesgo social, educación en salud y como opción de ocio, sin embargo, todavía de manera incipiente. Para tanto, sugerimos que es necesario (re)pensarse en la formación de los profesionales de la salud, en especial, a de lo profesional de Educación Física, buscando una visión de promoción de la salud, que abarque todas sus posibilidades, potencialidades, bien como, su complejidad. También es necesario vislumbrar otras estrategias que amplíen las posibilidades de la actividad física ser incorporada de manera más sistematizada y amplia, en la atención a la salud, valorando el conocimiento del área de Educación Física en construcción del SUS.

Palabras llave: promoción de la salud, prevención de enfermedades, actividad física, Programa Salud de la Familia.

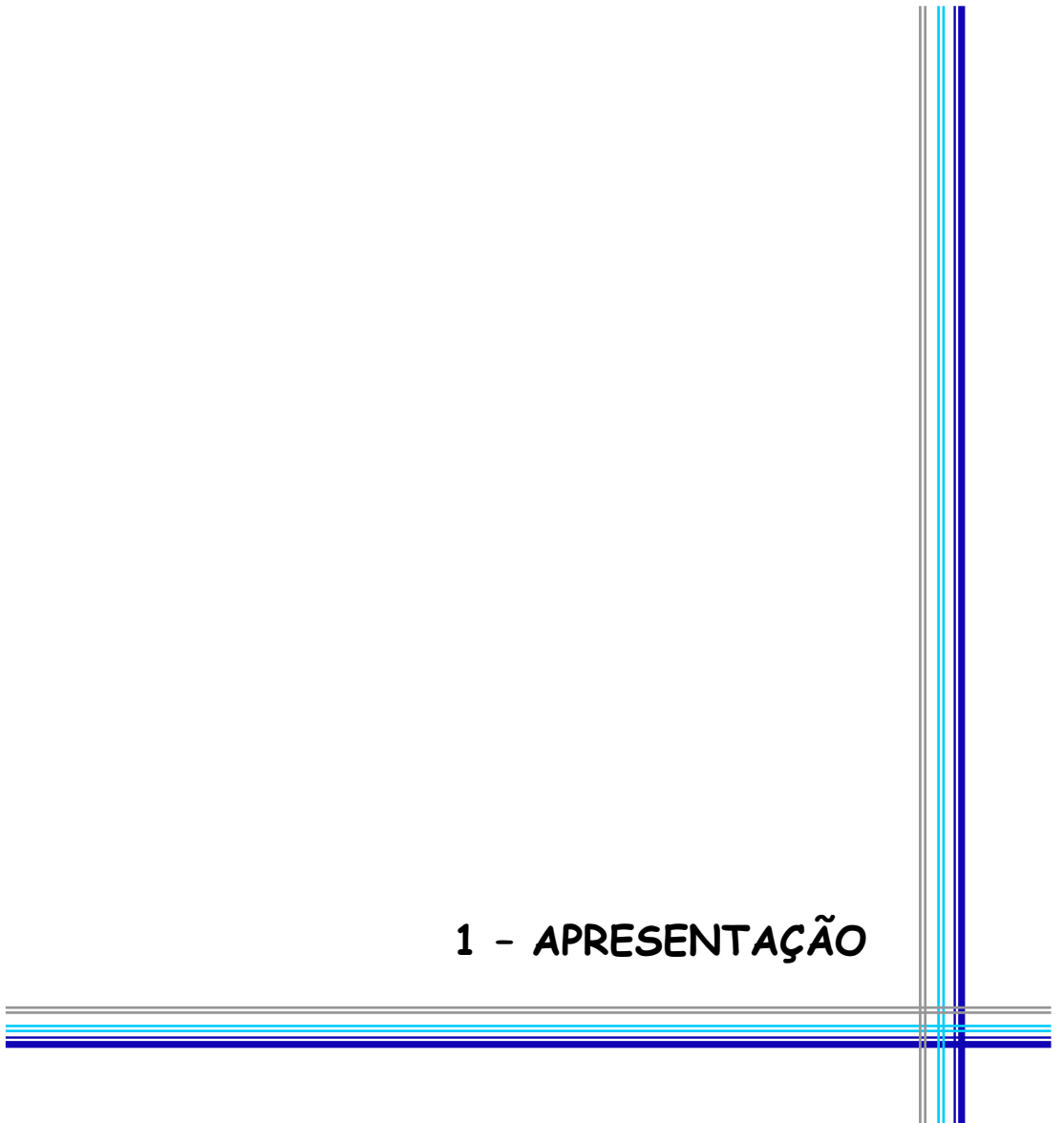
LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Principais diferenças conceituais entre promoção da saúde e prevenção de doenças.....	22
QUADRO 2 -	Principais diferenças conceituais entre promoção da saúde e prevenção de doenças.	30
QUADRO 3 -	Fatores de incentivo à motivação para a prática de atividade física por idosos.	40
QUADRO 4 -	População dos municípios que constituem a 5ª Regional de Saúde do Paraná.	51
QUADRO 5 -	Municípios participantes da pesquisa com a sua composição de Equipes de Saúde da Família.....	51
QUADRO 6 -	Caracterização dos Secretários Municipais de Saúde entrevistados.....	53
QUADRO 7 -	Caracterização das atividades físicas realizadas no PSF dos municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.....	74
QUADRO 8 -	Observações originadas do questionário sobre a caracterização das atividades físicas realizadas no PSF dos municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.....	79

SUMÁRIO

1- APRESENTAÇÃO.....	1
2 - APROXIMAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	6
3 - OBJETIVOS.....	18
3.1 - OBJETIVO GERAL.....	19
3.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
4 - REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
4.1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE – CONCEITOS E CONTEXTOS.....	21
4.2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	29
4.3- ATIVIDADE FÍSICA E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	34
4.4- RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA.....	36
4.5- BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA PARA A SAÚDE.....	38
5 - PERCURSO METODOLÓGICO.....	43
5.1 - ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO.....	45
5.1.1 - Entrevista semi-estruturada.....	45
5.1.2 - Questionário.....	49
5.2 - CENÁRIO DA PESQUISA.....	50
5.3 - SUJEITOS DA PESQUISA.....	52
5.4 - ORDENAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS.....	54
5.5 - ASPECTOS ÉTICOS.....	58
6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	59
6.1 – PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	62
6.1.1- Educação em saúde como atitude modeladora.....	63
6.1.2 - Educação em saúde como atitude emancipatória.....	68
6.1.3 – Ações de controle e acompanhamento.....	70
6.2 – ATIVIDADE FÍSICA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	73
6.2.1 – Caracterização das atividades físicas no PSF.....	73
6.2.2 – Enfoque preventivista da atividade física.....	80
6.2.3 - Enfoque promocional da atividade física.....	83
6.3 – PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	86
6.3.1 – Concepção limitada do processo saúde-doença.....	86
6.3.2 – Concepção ampliada do processo saúde-doença.....	91
6.3.3 – Primeiras aproximações:do nada à intenção.....	94
6.3.4 – Identificando saídas para reverter o processo.....	98
6.3.5 – Organizando parcerias para as ações de educação física.....	100
6.3.6 – Identificando espaços para atuação do profissional de educação física.....	102
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
ANEXOS.....	121
ANEXO A - Entrevista Semi-Estruturada.....	122
ANEXO B – Questionário.....	123
ANEXO C - Carta de Aceite do Secretário.....	125
ANEXO D - Autorização do Prefeito.....	126
ANEXO E - Equipes do Programa Saúde da Família.....	127
ANEXO F - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	128
ANEXO G- Aprovação do Comitê de ética.....	129
ANEXO H - Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo correspondente a cada Questão Norteadora.....	130

1 - APRESENTAÇÃO



1 – APRESENTAÇÃO

“De ninguém se exige a clarividência de todas as respostas. Mas de todos se exige o comprometimento pessoal por uma humanidade mais justa e solidária”.

Dowbor

Refletir sobre as diferentes oportunidades que são proporcionadas às pessoas, não possibilitando igualdade de condições para emancipação das mesmas, sempre fez parte do meu agir profissional.

Foi pensando assim, que quando iniciei minha vida profissional como treinador de futebol nas categorias de base de uma escola de Ensino Fundamental, me inquietou o fato de dar oportunidades diferentes aos estudantes com quem convivi quando os levava para participar de algum jogo ou competição. Estes estudantes eram atletas mirins, ou seja, crianças de 6 a 10 anos participantes de uma escolinha de futebol de salão. Os mais habilidosos sempre jogavam, e os menos habilidosos só assistiam no banco de reservas ou jogavam muito pouco, dependendo se o placar do jogo estava muito favorável para nosso time. Assim, eu me perguntava: como este aluno menos habilidoso poderá melhorar se a ele não for dada a oportunidade de mostrar seu talento? Ou seja, se o nível de habilidade for sempre o parâmetro para a inclusão ou não na “festa” que é o momento do jogo, eu sempre terei mais alunos insatisfeitos (sem participar efetivamente da festa) do que realizados e felizes.

Entendo que o fato de “*melhorar*”, para um atleta menos habilidoso, nesta faixa etária, não significa simplesmente vir a ser considerado um dos titulares efetivos do time, mas poderá ser algo muito mais duradouro e valioso que diz respeito ao criar gosto pela prática saudável do esporte, a ponto de no futuro se

tornar um praticante assíduo, mesmo que seja somente nos seus momentos de lazer.

Mas o que tudo isto tem a ver com esta pesquisa?

A partir do ano de 2002 quando ingressei como professor, no ensino superior, comecei a me interessar pela gama de informações que tem circulado sobre os benefícios da atividade física relacionada à saúde e à qualidade de vida: academias para a prática de atividade física são criadas em todos os lugares e em seu interior surgem a cada dia outras novas formas de se exercitar; campanhas locais e nacionais incentivam a prática regular de atividade física; mesmo não sendo conclusivos, estudos recentes têm demonstrado que a atividade física é um fator importante na prevenção e no controle de alguns problemas de saúde, estando essa, associada à diminuição dos índices de mortalidade em geral.

Ao me deparar com toda esta situação altamente reforçada pela mídia foram surgindo alguns questionamentos: Atividade física sempre significa promoção da saúde? Será que todas as pessoas têm a mesma condição de praticar atividades físicas, visando à promoção da sua saúde e à prevenção de doenças? O que pode impedir ou diminuir as chances de envolvimento de uma pessoa em um programa que incentive a prática da atividade física voltada para a promoção da saúde e prevenção de doenças? Todas as oportunidades de prática de atividade física que vemos na mídia são de acesso universal, ou somente alguns podem participar *“efetivamente da festa”*?

Algumas respostas foram surgindo no meu contato com a literatura referente ao tema atividade física na promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo relatadas a seguir:

- As informações sobre os benefícios da atividade física para a saúde não chegam a todos de forma igual.
- O aumento das horas de trabalho e o tempo gasto para se locomover até o local de trabalho, principalmente nos grandes centros, diminuem as chances de as pessoas se ocuparem de forma ativa depois de cumpridas suas obrigações profissionais, familiares e pessoais.
- Cresce o número de personal trainer (profissional que possibilita um acompanhamento personalizado para a prática da atividade física), mas devido ao seu alto custo, poucos têm acesso ao mesmo.
- Seguradoras investem em programas de saúde preventiva para reduzir os gastos com tratamento, inclusive proporcionando acesso gratuito a academias, para clientes com risco comprovado devido a hábitos sedentários (MOURA, 2004).
- E finalmente, faço minha a constatação quando me reporto a Nogueira (2003), que destaca que enquanto persistir a impossibilidade de serem encaminhadas as articulações entre todos os saberes constantes nos diversos setores que podem participar da promoção da saúde (Secretarias de Educação, de Recreação e Lazer, de Promoção Social, de Saúde, entre outros), “permanecerá como legítima a observação de que as pessoas parecem de fato resistir ou recusar a prática regular de atividades físicas moderadas” (p.116).
- Ainda persiste dúvidas, entre elas, se atividade física sempre significa promoção da saúde?

Muitos programas direcionados a aumentar o envolvimento das pessoas na prática de atividade física de forma regular¹ têm sido realizados em momentos pontuais, sob a forma de campanhas de massa (por exemplo, Dia do Desafio, Agita

¹ Estudos atuais (NAHAS, 2001; PINTO, 2003) trazem que 30 minutos de atividades aeróbicas de intensidade moderada realizadas pelo menos 3 vezes na semana já propiciam benefícios à saúde. Este será o parâmetro mínimo do presente estudo quando falarmos em atividade física realizada de forma regular.

Mundo, Arena da Saúde, entre outros), difundindo informações, mas não tendo uma continuidade como ação de caráter permanente.

Acredito que um programa permanente junto ao setor de saúde, poderá demonstrar resultados mais satisfatórios no convencimento das pessoas para a adesão de um estilo de vida mais saudável. No entanto, acredito que os fatores que incidem na decisão de uma pessoa praticar ou não atividade física, vão muito além do que simplesmente a presença de um profissional de Educação Física desenvolvendo atividades físicas numa unidade de saúde próxima das comunidades.

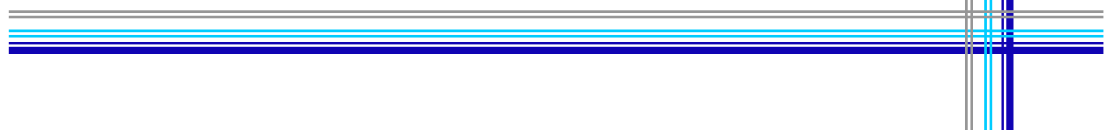
Sabendo que o Programa Saúde da Família (PSF) se propõe a trabalhar na conquista de melhores condições de saúde para as comunidades e próximo das famílias, penso que um “entrelaçamento” entre o PSF e o profissional de Educação Física terá sucesso para o desenvolvimento de ações planejadas de prática de atividade física com vistas à promoção da saúde e à prevenção de doenças.

Antes de iniciar o trabalho de campo, tive contato com uma fisioterapeuta que atua numa unidade de saúde do município de Guarapuava, e desenvolve um trabalho incentivando caminhadas com grupos de hipertensos. Em conversa informal fora do seu ambiente de trabalho ela relatou que:

- “A inserção de um profissional de educação física seria muito bem vinda, pois os usuários de sua unidade, por exemplo, sempre a cobravam da necessidade de acompanhá-los com mais frequência nas atividades de caminhada, já que eles tinham consciência da importância da atividade física para a prevenção de novos agravos do seu quadro de saúde e também da importância do acompanhamento dela, que verificava a pressão de todos antes da atividade e os monitorava durante o exercício caso fosse necessário” (A.D., 2004).

Este relato denota um ponto positivo para este estudo, pois, reforça a necessidade da inserção do profissional de Educação Física no PSF, mas, por outro lado, demonstra uma visão restrita sobre as possibilidades de atuação deste profissional, a partir do momento que expressa que sua importância seria somente no monitoramento das atividades realizadas. O presente estudo pretende ir além desta “visão biomédica” do profissional de Educação Física.

2 - APROXIMAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO



2 - APROXIMAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A partir de 1930 houve uma importante mudança nas causas de morbidade e mortalidade no Brasil (BRASIL, 1995). Tal modificação foi resultado, principalmente, de uma acentuada redução das doenças infecto-parasitárias, predominantemente nas regiões sudeste e sul e de um aumento progressivo na morbi-mortalidade por doenças crônico-degenerativas, representadas essencialmente pelas doenças do aparelho circulatório e também pelas neoplasias.

Carvalho (2004) ressalta que atualmente no Brasil, “convivemos com as doenças infecto-contagiosas, em larga escala, e também com as ditas crônico-degenerativas” (p. 81).

O manual de orientações básicas sobre atividade física e saúde para profissionais das áreas de Educação e Saúde (BRASIL, 1995), relata que já na década de 80, o conjunto de doenças crônico-degenerativas era responsável por mais de 50% dos óbitos registrados no Brasil (considerando as diferentes faixas etárias). Apresenta também alguns dados estatísticos da época, com relação ao nosso país, os quais já eram alarmantes: pelo menos trezentas mil pessoas/ano faleciam por doenças cardiovasculares; aproximadamente duas milhões e quinhentas mil pessoas/ano eram acometidas de infarto no miocárdio e duzentas e quatorze mil pessoas/ano iam a óbito devido a esta doença; pelo menos 15% da população adulta possuía hipertensão arterial, o que indica um mínimo de doze milhões de hipertensos.

Estes números referentes a doenças crônico-degenerativas no Brasil estão relacionados às mudanças profundas no modo de vida das pessoas, que dentre

outras coisas, reduziu de forma também significativa, o gasto energético da população em geral. Vale salientar que os dados referentes à prevalência do sedentarismo no Brasil e no mundo ainda se revelam muito inconsistentes, devido à dificuldade encontrada no delineamento de estudos sobre este tema (PITANGA, 2004).

O manual (BRASIL, 1995) citado anteriormente destaca alguns pontos que retratam esta situação: a mudança na distribuição da população com o êxodo rural; a modernização de processos produtivos, exigindo menor gasto energético do trabalhador; o crescimento substantivo de atividades terciárias, consideradas leves (a indústria de construção civil, por exemplo, não emprega mais tanta gente); o pouco tempo destinado ao lazer, sendo uma parcela significativa deste utilizada em atividades que demandam pouco gasto energético, como, por exemplo, assistir televisão, jogar vídeo game ou entreter-se no computador.

Com relação a estes aspectos, podemos constatar que produtos tecnológicos e de informática têm grande importância para a humanidade, mas sendo, em grande parte responsável pelo aumento da inatividade física observada nos dias de hoje (NAHAS, 2001).

Apesar do autor citar a importância dos avanços tecnológicos e ao mesmo tempo apontar inadequações relativas à atividade física, consideramos que a análise toma a população como se fosse homogênea, desconsiderando as diferenças de acesso, de oportunidades e de conseqüências deste avanço tecnológico nos diferentes grupos sociais.

Outro agravante, citado por Nahas (2001), é o consumo de um alto teor de gordura e carboidratos em nossa alimentação diária agravado por um baixo consumo de frutas e verduras.

A esta afirmação anterior juntamos um estudo que relaciona os aspectos nutricionais e as medidas antropométricas da população brasileira adulta. Segundo o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão¹ (2004), alguns resultados são:

- características negativas dos padrões de consumo alimentar, com teor excessivo de açúcar nas dietas e consumo insuficiente de frutas e hortaliças evidenciadas em todo o País;
 - nas regiões mais desenvolvidas economicamente (Sul, Sudeste e Centro-Oeste) de um modo geral, no meio urbano e entre famílias com maior rendimento, além do citado acima, também se verificou o consumo excessivo de gorduras em geral e também de gorduras saturadas;
- A evolução da prevalência do excesso de peso:
- em homens indica aumentos contínuos e intensos do problema em todas as Regiões do País e em todas as classes de rendimento.
 - em mulheres continua aumentando apenas na Região Nordeste e, de modo geral entre famílias com rendimento mensal de até meio salário mínimo *per capita*. Nas demais regiões e nas classes de maior renda, a prevalência do excesso de peso se estabiliza ou mesmo declina (documento sem paginação).

Quanto a esta afirmação, podemos verificar que existe inadequação na alimentação de forma distinta nos diferentes grupos sociais e, portanto, o incentivo para a prática de atividade física nos diferentes grupos sociais, em diferentes regiões, também deve se levar em conta o contexto das comunidades para qual a atividade se destina.

Pitanga (2004) afirma que a relação existente entre epidemiologia, atividade física, saúde e qualidade de vida, retratam evidências de componentes de ordem biopsicossocial, comportamentais e ambientais quando da prática sistemática de atividades físicas. O autor cita que a atividade física influencia na melhoria da eficiência do sistema imunológico, fato que pode reduzir a incidência de câncer e melhorar a resistência de pacientes com AIDS. Também acrescenta que a adoção de um estilo de vida fisicamente ativo proporciona mudança de comportamento nos indivíduos, contribuindo para a redução de diversos agravos à saúde. Além dos

¹ Este estudo é fruto de uma parceria com o Ministério da Saúde e o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) visa mensurar, fundamentalmente, as estruturas de consumo, dos gastos e dos rendimentos das famílias e possibilita traçar um perfil das condições de vida da população brasileira a partir da análise seus orçamentos domésticos. Esta pesquisa está compreendida no período de 2002-2003.

benefícios citados, o autor ressalta que poderíamos proporcionar modificações no meio ambiente, através da criação de espaços adequados para prática de atividades físicas.

Nahas (2001) afirma não se ter mais dúvida quanto, a saber, se a atividade física habitual tem relação com a saúde ou não. O autor afirma que os estudos têm indicado claramente uma associação inversa entre os níveis de atividade física e a incidência de diversas doenças, como hipertensão, diabetes, obesidade, doença arterial coronariana e a depressão.

Ainda segundo Nahas (2001), enfatizamos que os benefícios comprovados de um estilo de vida ativo são, em síntese, os seguintes:

“reduz risco de morte prematura por todas as causas; reduz o risco de morte por doenças cardíacas; reduz o risco de desenvolver diabetes; reduz o risco de desenvolver hipertensão; ajuda no controle da pressão arterial em pessoas hipertensas; reduz a sensação de depressão e ansiedade; mantém a autonomia e a independência do idoso; auxilia no controle de peso corporal; auxilia no desenvolvimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis; ajuda indivíduos idosos a manter a força muscular e o equilíbrio, dando-lhes mobilidade e reduzindo as quedas; promove o bem-estar psicológico e a auto-estima.” (p. 111-112)

Não podemos negar os benefícios aqui apresentados, por outro lado, esta visão tende a caminhar na direção de um entendimento que praticar atividade física, para promover saúde, se pauta pelo comportamento das pessoas, portanto pode até mesmo ter um caráter culpabilizador.

Neste sentido, destacamos uma discussão expressa por Devidé (2003), tendo como pano de fundo aspectos contidos no trabalho de Carvalho (2004) sobre a relação entre atividade física e saúde, onde são apresentadas duas vertentes:

“uma posiciona a atividade física como produtora de saúde e a outra como preventiva dos problemas de saúde...as duas concepções constroem seus discursos sob as bases de um falsa consciência de que o exercício, por si só, é responsável pelo status de saúde individual, imputando ao indivíduo a necessidade da prática de exercício físico para a conquista da saúde, desconsiderando o descomprometimento público do governo nas políticas sanitárias, contribuindo, em última análise, para a culpabilização da vítima” (DEVIDE, 2003, p.139)

Mesmo diante das constatações dos benefícios da prática da atividade física, pesquisas têm demonstrado que existe um número muito baixo de pessoas aderindo à prática de atividade física de forma regular e moderada. O Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS, 2002) tem como um dos seus objetivos principais orientar os formadores de opinião sobre a importância da atividade física para criação de políticas públicas voltadas para a saúde e qualidade de vida.

O CELAFISCS descreveu uma prevalência de inatividade física acima de 50% se considerarmos o conjunto dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Dados deste centro de estudos foram citados na obra de Nahas (2001) estimando em alguns casos, índices de até 80% de sedentarismo da população investigada, que, no caso, era de um segmento da população paulista. Perguntamos será que este segmento da população não precisa se tornar objeto de investigação para que possamos nos aproximar dos diversos determinantes que conformam o sedentarismo deste segmento?

Nesse sentido, o próprio autor alerta que os instrumentos da pesquisa acima citada, não levou “em conta as diferentes características dos diversos grupos populacionais...” (NAHAS, 2001, p.29).

A este números negativos, podemos acrescentar uma fala de Nogueira (2003), ao escrever um artigo sobre as políticas de promoção de atividade física e saúde, destacando que

[...] “se a exercitação corporal goza de prestígio social por ser vinculada a questões importantes como educação, saúde, produtividade, bem-estar comunitário, qualidade de vida etc., por que os índices de participação ainda não lograram atingir os patamares considerados desejáveis?” (NOGUEIRA, 2003, p. 107)

Procurando responder perguntas semelhantes à citada acima, Palma (2000) fez uma revisão de literatura buscando estudos que relacionassem a influência das condições sócio-econômicas sobre o nível de prática de atividade física, chegando a seguinte conclusão:

[...] “o enredo de globalização da economia, que provoca alta competitividade, desemprego, insegurança no trabalho, desigualdades sociais, baixa coesão social, etc, poderia estar provocando uma elevada pressão sobre os trabalhadores e, por isso, favorecendo o aumento do estresse, da pressão arterial e das doenças cardiovasculares. Por outro lado o trabalhador estaria com seu tempo diminuído para cuidar de si próprio” (PALMA, 2000, p. 104).

As políticas de saúde adotadas no Brasil, para a organização dos serviços de saúde, historicamente privilegiam a dicotomia entre as ações preventivas e curativas; e hegemonicamente se conformaram num modelo de assistência à saúde pautado em ações individuais, curativas, centradas na consulta médica e em procedimentos medicamentosos e de alto custo (ASSIS, M. M. A.; MATOS, M. S.; GONÇALVES, M. de L., 1993).

A reforma sanitária brasileira, com um forte marco no final da década de 70 e início dos anos 80, se propõe a construir o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo os princípios da universalidade, descentralização, integralidade da assistência, equidade e controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Como relata PEREIRA (2001), muitos foram os avanços do setor de saúde brasileiro, contudo, ainda temos grandes desafios a enfrentar no modo de se *fazer saúde* no Brasil, principalmente, no que diz respeito, a um modelo assistencial que privilegie a integralidade da assistência, valorizando as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e a reabilitação, na perspectiva da construção da cidadania.

Em 1994, o Ministério da Saúde apresentou a proposta do Programa Saúde da Família, como uma “estratégia para a reorganização da prática assistencial em

novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital” (MERHY, 2002, p. 118), tomando o processo saúde-doença , como um fenômeno individual, centrado no corpo do indivíduo e fundamentado no saber biomédico.

O principal propósito do PSF (BRASIL, 2005) “é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros”. Para tanto se faz necessário considerar, a família, nas suas relações intra e extra familiares, na luta para a sobrevivência, como também exige a ampliação do conceito do processo saúde doença, para que se promova intervenções para além do corpo biológico.

A equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser composta minimamente por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). No site do Ministério da Saúde encontra-se a seguinte afirmação completando a citação anterior, dizendo que

“além dos profissionais que usualmente compõem uma Equipe de Saúde da Família (ESF), outros poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais” (BRASIL, 2003).

O PSF também se propõe a estimular ações que possibilitem desenvolver hábitos de vida mais saudáveis. O Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) destaca as diretrizes operacionais da proposta do PSF que sugerem possibilidades de um envolvimento do profissional de educação física no sistema de saúde. Estas diretrizes chamam atenção para a reorganização das práticas de trabalho, ressaltando a importância do atendimento ser realizado por uma equipe

multiprofissional², e a busca de uma ação mais integradora dos vários setores da administração pública, estimulando a ação intersetorial³.

No Brasil, já é possível identificar algumas iniciativas de equipes de Saúde da Família desenvolvendo projetos relacionados à prática de atividade física como forma de promoção da saúde ou de prevenção de doenças.

Em Curitiba, enfermeiras da PSF têm estimulado mulheres a praticarem caminhadas e exercícios de relaxamento como uma das formas de monitoração e estabilização dos sinais e complicações do climatério. As atividades são realizadas semanalmente por um auxiliar de enfermagem. Como resultados desta ação é enfatizado que através da formação de grupos com interesses comuns, as pessoas potencializam sua motivação para a atividade física, promovendo a melhoria da auto-estima e do bem estar individual. Tal fato resulta numa diminuição dos sinais e sintomas decorrentes da Síndrome do Climatério (MACEDO, 2003).

Em Campos dos Goytacazes, fisioterapeutas estão incentivando a atividade física para controle de pressão arterial, diabetes, obesidade e na promoção de saúde em pessoas da terceira idade. Uma vez por semana o fisioterapeuta caminha com a comunidade, aferindo a pressão arterial do início da sessão e efetuando o controle de peso uma vez ao mês. Não foram divulgados resultados desta intervenção com relação aos aspectos biológicos e nem mesmo psicossociais (COOFITO, 2003).

² A questão da multiprofissionalidade será entendida neste estudo como meio de inserção de outros profissionais na equipe de Saúde da Família, cujo aspecto, ganha relevância na medida em que passamos a conceber e incorporar um conceito mais ampliado e resignificado do processo saúde-doença, ou seja, na medida em que passamos a incorporar que saúde e doença são processos históricos-sociais e que são determinados socialmente, tendo a possibilidade de construir alternativas, mais saudáveis, com parceiros de outros setores (consideração feita pelo Prof. Dr. Pedro Palha, por ocasião do exame de qualificação deste estudo, em Ribeirão Preto, em 2004).

³ Ações cuja responsabilidade não é somente de um setor. Ação intersetorial ou intersetorialidade é uma política de saúde, portanto, não podemos colocar somente a responsabilidade ao setor saúde ou somente as equipes de saúde (consideração realizada pelo Prof. Dr. Pedro Palha, por ocasião do exame de qualificação deste estudo, em Ribeirão Preto, em 2004).

Nesses exemplos fica evidente que os benéficos da prática de atividade física vem sendo destacados com ênfase nos aspectos fisiológicos e comportamentais.

Outras propostas têm sido apresentadas e desenvolvidas com a participação de um profissional de Educação Física inserido no sistema de saúde.

Em Ribeirão Preto, desde 1993 existe um programa de incentivo à prática regular de atividades físicas, onde o profissional de Educação Física atua dentro de uma equipe multiprofissional e diretamente na comunidade (BATTAGLION NETO, 1998). O Programa de Integração Comunitária, como é chamado, tem o objetivo de propor atividades físicas que funcionem mais como facilitadores no cultivo dos processos educativos para a saúde e qualidade de vida, do que com níveis de aptidão física.

Esta experiência pioneira se deparou com inúmeras dificuldades, entre elas, a falta de recursos humanos com formação específica para trabalhar a atividade física na ótica da promoção da saúde. Esta dificuldade ainda não esta sanada, pois, apesar dos cursos de Educação Física já se preocuparem com a promoção da saúde e da qualidade de vida através da atividade física, verificamos um enfoque limitado à uma visão mais biomédica do processo saúde-doença. Por exemplo, ao se realizar uma caminhada de 30 minutos durante 3 dias da semana, como é prescrito por vários autores, não se leva em consideração os determinantes que envolvem a possibilidade desta prática se tornar possível em diferentes grupos sociais.

No município de Sobral, estado do Ceará, o profissional de Educação Física está inserido na estratégia do PSF desde 1991. Sua atuação pauta-se em dois objetivos principais: programar e fomentar a atividade física nos grupos operativos das Unidades Básicas de Saúde e articular as redes sociais, incluindo o PSF, no

território, visando elaborar e programar projetos e atividades para promoção de estilos de vida saudáveis (LUCENA et al, 2004).

Como resultado desta proposta é relatada a formação de grupos de caminhada junto à terceira idade, que, com a prática regular de atividade física, demonstra-se uma melhora da auto-estima, uma melhora do condicionamento físico, deixando as pessoas mais dispostas para a realização de seus afazeres cotidianos, denotando um incremento na autonomia das pessoas (COELHO; OLIVEIRA; CANUTO,2004)

Vale ressaltar que ainda precisamos investir em discussões que ampliem nossa visão com relação à complexidade dos problemas de saúde, que sugerem uma abordagem interdisciplinar e uma equipe multiprofissional, quando da implementação das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, na tentativa de fomentar políticas públicas dirigidas à melhoria das condições de vida da população.

Uma maior conscientização dos secretários municipais poderá criar um campo de saberes e práticas interdisciplinares no âmbito do PSF. Neste contexto entendemos que o profissional de Educação Física poderá se constituir como um ator importante na intervenção do processo saúde-doença, principalmente se este fundamentar sua prática não em um único saber, mas sim incorporar a dimensão do cultural, do social como determinantes do processo saúde doença, para operar no cotidiano dos serviços de saúde.

Com relação ao papel do gestor municipal de saúde, sua função não é somente “gerir uma rede de serviços, mas implementar e desenvolver um novo modelo assistencial, em bases políticas, gerenciais e técnicas diversas da experiência até aqui vivida” (SANTINI, 1991, p. 28).

O gestor municipal de saúde é um ator social importante nas decisões de implantação de políticas de saúde, portanto, pergunto – qual é a percepção deste sobre a realização de atividades físicas para a promoção de saúde junto ao PSF?

Diante de tantas constatações favoráveis ao desenvolvimento de ações ligadas à prática de atividade física, pergunto – como esta prática tem sido pensada ou implementada na estratégia do PSF?

3 - OBJETIVOS

3 - OBJETIVOS

Diante do que foi exposto nesta investigação inicial, tenho por objetivos:

3.1 - OBJETIVO GERAL

- Identificar e analisar as percepções dos secretários municipais de saúde da 5ª Regional de Saúde do Paraná acerca da realização de atividades físicas no Programa Saúde da Família de seus municípios.

3.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar e analisar a prática de atividade física nos Programas de Saúde da Família dos municípios que compõem a 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.
- Verificar a inserção de profissionais de Educação Física em equipes de PSF dos municípios da 5ª Regional de Saúde do Paraná.

4 - REFERENCIAL TEÓRICO

4 - REFERENCIAL TEÓRICO

O presente estudo aborda aspectos importantes sobre as ações realizadas no sistema de saúde que estão relacionadas com a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Neste capítulo buscaremos discutir conceitos que tratam destes temas, bem como de contextualizar a atividade física relacionada à saúde inserida nestes contextos.

4.1 - PROMOÇÃO DA SAÚDE – CONCEITOS E CONTEXTOS

Do ponto de vista histórico, o médico Henry Sigerist foi um dos primeiros autores a utilizar o termo promoção da saúde em 1945, quando definiu as quatro tarefas essenciais para a medicina: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Sigerist considerava que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso (BUSS, 2000; FERRAZ, 1998).

O conceito de promoção da saúde tradicional foi definido inicialmente, a partir do modelo de Leavell & Clark (1976) na década de 40, como um dos elementos que caracterizava o nível primário de prevenção da doença. Este modelo toma por base o esquema da História Natural da doença e comporta três fases de prevenção, e cinco níveis distintos de intervenção, nos quais se podem aplicar medidas preventivas, dependendo do grau de conhecimento da história natural. Estas são

vistas como fases estáticas ou isoladas de prevenção, mas formam um continuum correspondente à história natural de qualquer doença.

QUADRO 1 - Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença.

Promoção da Saúde	Proteção Específica	Diagnóstico e Tratamento Precoce	Limitação da invalidez	Reabilitação
Prevenção Primária		Prevenção Secundária		Prevenção Terciária

Fonte: Leavell & Clark (1976)

Como vimos no quadro anterior, a promoção da saúde não se destina à adoção de medidas para determinada doença ou desordem, mas como parte do primeiro nível de prevenção, serve para aumentar a saúde e o bem estar gerais (IBDEM).

Na década de 60 um amplo debate foi realizado em várias partes do mundo, tendo como enfoque principal, realçar a determinação econômica e social da saúde (2001a). Estes debates abriram caminho para a busca de uma abordagem positiva nesse campo.

Entre os inúmeros intentos registrados com tal orientação, destacamos em especial a missão organizada pela Organização Mundial da Saúde, liderada por Halfdan Mahler à China, em 1973 e 1974, onde se observou que esses povos desenvolviam cuidados de saúde, não convencional à abordagem médica, principalmente no ambiente rural (HEIDEMANN, 2005).

Também merece destaque o Relatório Lalonde – Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974), que enfatiza que o padrão assistencial tradicional parecia não ter muito efeito para promover a saúde. Neste documento foi dada uma maior importância a quatro componentes intitulados de “determinantes de saúde” : a

biologia humana, o ambiente, os estilos de vida e a organização da assistência à saúde. O documento canadense concluiu que quase todos os esforços e os gastos em saúde, concentravam-se na organização da assistência médica, no entanto, as principais causas de mortes e enfermidades tinham suas origens nos outros três componentes (BUSS, 2000). Apesar de ser considerada uma evolução, esta abordagem tinha o enfoque voltado para a mudança dos estilos de vida, com ênfase na ação individual, principalmente por negligenciar o contexto político, econômico e social no qual os comportamentos de saúde dos indivíduos são formados e ocorrem. Neste enfoque, os grupos populacionais são responsabilizados por problemas de saúde cujas causas encontram-se fora de sua governabilidade (HEIDEMANN, 2005).

Estas iniciativas, aparentemente bem sucedidas, tiveram suas idéias posteriormente utilizadas e formalizadas na Declaração de Alma Ata em 1978 com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde.

Os limites teóricos e práticos da corrente behaviorista que sustentava o movimento da Promoção de Saúde passa a ser evidenciado, emergindo a necessidade de novas construções teórico – práticas que possibilitassem superar as limitações de um movimento da promoção pautado em uma linha de ação comportamental. (CARVALHO, 2002).

Neste contexto, uma iniciativa importante trata-se do documento intitulado “EPP Report”, elaborado pelo então Ministro da Saúde do Canadá, Jack Epp, em 1986. Este documento identificou a promoção da saúde como uma intervenção multifacetada designada para responder as mudanças na saúde do povo canadense, e apontou como desafios para redução das iniquidades: o incremento

das ações de prevenção e a ampliação da capacidade das pessoas no enfrentamento dos problemas de saúde (CARVALHO, 2002).

Com esta motivação e em resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública no mundo, foi realizada no ano de 1986, em Ottawa, Canadá, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que teve suas discussões baseadas principalmente nos progressos da Declaração de Alma-Ata (1978). A definição de promoção da saúde apresentava uma variedade de teorias, conceitos e estratégias, mas, a partir da Carta de Ottawa ficou definida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2001a, p.19). Este conceito reforça as responsabilidades e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde.

A Carta de Ottawa propõe cinco campos centrais de ação:

1 - **Construção de políticas saudáveis** – entendemos que a promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde, pois muitos determinantes de saúde são resultantes de outros fatores, como: moradia, renda, proteção ambiental, trabalho, agricultura. Ação coordenada com vistas a equidade em saúde, distribuição mais eqüitativa da renda e políticas sociais. O objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais “fáceis” de realizar (BRASIL, 2001a)

2 – **Criação de ambientes favoráveis à saúde** - a promoção da saúde propõe uma preocupação especial com a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais. Para que isto ocorra é necessário a adoção de ações que visem o monitoramento de mudanças da área tecnológica, do trabalho, da produção de energia, da urbanização que interferem diretamente na saúde da

população. É preciso entender que mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde das pessoas (BRASIL, 2001a).

3 - Reforço da ação comunitária - a promoção da saúde trabalha através de atividades/ações que dêem suporte social às comunidades e aumentem a habilidade dos grupos e indivíduos para organizar suas vidas. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino (BRASIL, 2001a).

4 - Desenvolvimento de habilidades pessoais - a promoção de saúde acredita no desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais (BRASIL, 2001a). Capacitar as pessoas para aprenderem através da vida e preparar as mesmas para todos os estágios é uma das estratégias prioritárias da nova promoção da saúde (HEIDEMANN, 2005).

5 - Reorientação dos serviços de saúde - recomenda-se que os serviços de saúde devam voltar-se na direção da saúde e não da doença, que apontem para a integralidade das ações. A promoção da saúde propõe, então, um esforço maior de pesquisa em saúde e mudanças na educação e no ensino dos profissionais. “Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é” (BRASIL, 2001a, p. 22).

Na carta de Ottawa houve o reconhecimento de que a promoção da saúde não é uma preocupação exclusiva do setor saúde, mas, ao contrário, se constitui numa atividade eminentemente intersetorial. Após sua divulgação, o termo promoção da saúde tem sido associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento,

participação e parceria, entre outros (BUSS, 2000). Tem-se um entendimento de uma responsabilização múltipla através de uma combinação de estratégias: ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais.

Apesar do título de internacionais, as outras conferências têm a característica de olhar para as realidades regionais, buscando ampliar a visão sobre a importância da promoção da saúde.

Na declaração de Adelaide, realizada em 1988, a saúde é considerada ao mesmo tempo, como um direito humano fundamental e como um sólido investimento social. Os governos são conclamados a investir recursos em políticas públicas saudáveis. Como seu tema central as políticas saudáveis que “se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população” (MINISTÉRIO DA SAÚDE¹ apud BUSS, 2002). Neste tema identifica-se nitidamente a questão da intersetorialidade.

Em 1991, na conferência de Sundsvall, identificam-se vários exemplos e abordagens para se criar ambientes favoráveis e promotores de saúde. Estes ambientes não se referem somente aspectos físicos, mas a uma compreensão que engloba outras dimensões, como o ambiente sócio-cultural, o político e o econômico, que são imprescindíveis para a compreensão das questões de saúde, ou seja, a saúde é vista na sua inseparabilidade e interdependência com o meio ambiente (PALHA, 2001).

Durante a Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Santafé de Bogotá, em 1992, fica enfatizado que a promoção da saúde na América Latina deve

¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde e PNDU, 2001. 108p.

buscar a criação de condições para garantir o bem estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, ou seja, saúde e desenvolvimento devem andar juntos.

Na quarta Conferência Internacional, em Jacarta, no ano de 1997, são referendados os conceitos citados anteriormente, entendendo a saúde como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico.

Como recomendação da quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada Cidade do México, no ano 2000, reforça-se a importância das ações de promoção da saúde nos programas e políticas governamentais, no nível local, regional, nacional e internacional.

Segundo Buss (2002) as diversas conceituações disponíveis bem como a prática de promoção da saúde podem ser reunidos em dois grandes grupos. A primeira mais focada no indivíduo enfatiza que a promoção da saúde consiste em “atividades dirigidas centralmente na transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio de suas famílias, e no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram” (IBDEM, p. 51). Um programa que se baliza por este conceito tende a concentrar-se em atividades educativas, relacionadas com riscos comportamentais passíveis de serem mudados e que dependem do controle dos próprios indivíduos. Como exemplo, podemos citar a alimentação, o hábito de fumar e beber, as atividades físicas etc.

A segunda conceituação é a que mais se aproxima da “nova promoção da saúde” aclamada na Carta de Otawa, define a promoção da saúde como “a constatação de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida” (IBDEM, p. 52). Como exemplo, podemos

citar a habitação e saneamento, condições adequadas de trabalho e renda, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, estilo de vida responsável etc. Neste caso, as atividades de promoção estão mais voltadas para o coletivo de pessoas e para o ambiente.

Estamos convivendo ao mesmo tempo com novos e antigos conceitos. Isto significa continuar desenvolvendo ações preventivas e de controle de saúde, abrindo espaços, concomitantemente, para novas intervenções de efetiva promoção da saúde (FERRAZ, 1998).

Num delineamento sobre os conceitos referentes à promoção de saúde se faz necessário a incorporação sobre os novos conceitos de saúde. Anteriormente a saúde era entendida como a ausência de doenças. Numa atitude de otimismo a Organização Mundial de Saúde, definiu saúde como o completo bem estar físico, mental e social (BRASIL, 2001a). Hoje, o que se procura é um conceito positivo e ampliado de saúde, onde as pessoas não devem se preocupar somente em como não ficar doente, mas, também em como viver com mais qualidade, considerando a saúde como resultante das condições de vida, valorizando a emancipação do sujeito, buscando ampliar o exercício da cidadania. Esses aspectos, entre outros, foram amplamente discutidos na Carta de Ottawa.

“a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem com as capacidades físicas” (BRASIL, 2001a, p.19).

Buss (2002) ainda ressalta que a saúde no Brasil é um direito constitucional referindo-se ao Artigo 196 da Constituição Federal:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BUSS, 2002).

O esforço em se conceituar a promoção da saúde não nos garantirá que ela será efetivamente vivenciada no dia-a-dia das unidades e serviços de saúde, porém, pode ser o ponto de partida para vislumbrarmos uma maior reflexão dos profissionais de saúde, tanto para sua formação como para sua atuação profissional.

4.2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Estabelecer as diferenças que permeiam a prevenção de doenças e promoção da saúde vem sendo objeto de preocupação para trabalhadores de saúde e também, para os estudiosos que se dedicam a esta temática, além de estar sendo um grande desafio estabelecer essas diferenças. Não pretendemos esgotar o assunto, nem tampouco, esclarecer estas diferenças, mas, visitando alguns autores, procuraremos abordar a compreensão destes com relação ao tema.

Czeresnia (2003), na apresentação de um livro totalmente dedicado a promoção da saúde ressalta que:

“o discurso de promoção da saúde não é homogêneo e apresenta contradições que correspondem a interesses divergentes. Há uma extensa produção de trabalhos sobre o tema que tornam evidente o quanto as estratégias em promoção da saúde contemplam perspectivas das mais conservadoras às mais progressivas” (p. 9).

Iniciaremos esta temática com uma revisão realizada por Stachtchenko e Jenicek (1990), que analisaram publicações sobre os conceitos de promoção de saúde e prevenção de doença, como descritas no quadro a seguir:

QUADRO 2 – Principais diferenças conceituais entre promoção da saúde e prevenção de doenças.

CATEGORIAS	PROMOÇÃO DA SAÚDE	PREVENÇÃO DE DOENÇAS
Conceito de Saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doença
Modelo de Intervenção	Participativo	Médico
Alvo	Toda a população, no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
Incumbência	Rede de temas de saúde	Patologia específica
Estratégias	Diversas e complementares	Geralmente única
Abordagens	Facilitação e capacitação	Direcionadas e persuasivas
Direcionamento das medidas	Oferecidas à população	Impostas à grupos-alvo
Objetivos dos programas	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas
Executores dos programas	Organizações não profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais etc	Profissionais de saúde

(STACHTCHENKO; JENICEK 1990 adaptado por BUSS, 2003)

Nutbeam (1996) no *Glosario de Promoción de la Salud* também diferencia os dois termos, sendo promoção da saúde definida “como o processo mediante o qual os indivíduos e as comunidades estão em condições de exercer um maior controle sobre os determinantes da saúde e, desse modo, melhorar seu estado de saúde” (NUTBEAM, 1996, p. 384). Já o termo prevenção de doenças é utilizado para designar

“as estratégias para reduzir os fatores de risco de enfermidades específicas. Ex: campanha contra o cigarro para prevenir o câncer de pulmão. O autor faz uma distinção entre prevenção primária e secundária. A primária pretende prevenir a aparição inicial de uma doença ou enfermidade. A prevenção secundária pretende deter ou retardar uma enfermidade já existente, mediante a detecção precoce e o tratamento adequado, ou então, reduzir a frequência das recaídas evitando o estabelecimento de condições crônicas.” (Ibdem, p. 386)

Buss (2003) enfatiza que boa parte da confusão entre promoção e prevenção advém da grande ênfase dada às modificações de comportamento individual e do

foco quase exclusivo na redução de fatores de riscos para determinadas doenças, em certos programas intitulados de promoção de saúde.

Restrepo (2001) fez uma lista significativa contendo cinco aspectos referentes à prevenção e à promoção com o objetivo de explicar os conceitos e os modos de operacionalizar as ações em saúde. Com relação aos objetivos, este autor cita que a promoção da saúde se destina a atuar sobre os determinantes da saúde e a criar alternativas saudáveis para a população. Por outro lado, a prevenção atua de modo primário, secundário ou terciário, de forma a reduzir os fatores de riscos e as enfermidades, protegendo assim os indivíduos ou grupos contra riscos específicos.

Já com relação ao direcionamento das ações, na promoção da saúde as ações são dirigidas à população em geral e às condições relacionadas à saúde. No caso da prevenção, as ações se dirigem aos indivíduos com a possibilidade de adoecer (primário), àqueles com elevado risco ou com a manifestação subclínica da doença (secundário) ou aos que buscam prevenir-se de complicações e/ou da morte (IBDEM, 2001).

Sobre os modelos com os quais são implantados, pode haver similaridades, quando a prevenção opta por desenvolver ações direcionadas a uma grande população para que os impactos nos índices de morbidade e mortalidade sejam mais significativos, pois como já é consenso, na promoção da saúde os modelos são sócio-políticos, ecológicos e sócio-culturais, com grande alcance da população (IBDEM, 2001).

A respeito dos interventores (tipo de ou papel dos mesmos), são similares para a promoção da saúde e a prevenção primária, porem diferentes nos outros níveis de prevenção. Na prevenção secundária e terciária, as intervenções são procedimentos clínicos que têm o objetivo de prevenir complicações e mortes, e o

papel dos interventores tem muito a ver com sua competência técnica e científica. Já na prevenção primária, a semelhança com a promoção da saúde se deve ao fato de que neste nível de prevenção, os programas precisam se subsidiar de uma concepção de saúde ampliada, necessitando de uma atuação mais integral (IBDEM, 2001).

Em relação às estratégias, as ações de promoção da saúde e as de prevenção se encontram a partir do momento que utilizam instrumentos como a informação, educação e comunicação para a saúde, fortalecimento da participação comunitária e da ação política para a formulação e implantação de políticas públicas saudáveis (IBDEM, 2001).

Lefevre (2000), outro estudioso do assunto, destaca em primeiro lugar, que a promoção da saúde e prevenção de doenças não são sinônimas. O autor entende que o termo prevenção deva ser reservado “para toda medida tomada antes do surgimento de uma dada ou de um conjunto de condições mórbidas com vistas a que tal condição não ocorra” (LEFÈVRE, 2000, p. 2). Prevenção, portanto será uma “intervenção provisória que terá que ser sempre repetida para que não ocorra a doença” (LEFÈVRE, 2000, p. 3, grifo do autor)

Segundo o mesmo autor a promoção implica em

“[...] medidas, ou um conjunto de medidas, ou processos ou conjunto de processos, adotados antes do surgimento de uma dada ou de um conjunto de condições mórbidas com vistas a que tal condição não ocorra (ou que tenha diminuída sua probabilidade de ocorrência) ou ocorra de forma menos grave ou mais branda nos indivíduos ou nas coletividades.” (LEFÈVRE, 2000, p. 3 de 6)

Diferentemente da prevenção, a promoção visa a “eliminação permanente ou pelo menos duradoura da doença porque busca atingir as causas e não apenas evitar que as doenças se manifestem nos indivíduos” (LEFÈVRE, 2000, p. 3).

Do ponto de vista operacional, é difícil separar essas duas noções, principalmente nos países desenvolvidos, mas, para ficar mais legível vou exemplificar com uma situação descrita por Buss num artigo sobre a promoção da saúde da família:

“a política de enriquecimento de alimentos de amplo uso popular (por exemplo, a introdução de ácido fólico e ferro nas farinhas de trigo e milho e de iodo no sal de cozinha, produtos de grande consumo nas mesas de todas as famílias em todas as idades). São iniciativas de promoção da saúde na medida em que melhoram acentuadamente a qualidade nutricional dos alimentos, mas também são uma estratégia de prevenção, pois evitarão meningomielocelose nos recém-nascidos, assim como certas anemias e hipotireoidismo em todas as idades” (IBDEM,p. 62).

Buss (2002) reforça que a clássica divisão de estratégias para intervir no processo saúde-doença inclui

“a promoção da saúde, a prevenção das doenças, acidentes e violências e seus fatores de risco, e o tratamento/reabilitação das mesmas. Ações derivadas de cada uma destas estratégias estão com grande frequência imbricadas, pois são campos complementares no esforço integrado de melhorar a saúde da população” (BUSS, 2002, p. 50).

Reforçando os conceitos já enunciados, Czeresnia (2003) ressalta que a base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. As ações em saúde nesta linha da prevenção e de educação em saúde devem ser estruturados mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

A promoção da saúde é enfatizada como sendo a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial. A idéia de promoção

“envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos” (CZERESNIA, 2003).

Ao conceituarmos promoção da saúde e prevenção de doenças não temos o objetivo de delimitarmos o campo de atuação da educação física com relação à saúde pública; muito menos temos a pretensão de dizer em que tipo de estratégia a atividade física pode estar mais presente, como uma ferramenta na busca de melhorar a saúde, pois acreditamos que um mesmo programa pode trazer benefícios tanto prevenindo doenças, como promovendo a saúde das pessoas.

Por outro lado temos claro que a nossa atuação deverá ser fundamentada na concepção da promoção da saúde, firmada com a promulgação da Carta de Ottawa; desta forma acreditamos que a ausência da prática de atividade física não estará sendo instrumento de culpabilização dos indivíduos, nem tampouco, sua realização servirá para a perpetuação dos interesses oriundos de uma atitude consumista, biologicista e esportivista, onde esta só poderá servir como fator de manutenção e até mesmo de ampliação das desigualdades.

4.3 - ATIVIDADE FÍSICA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Sigerist, o primeiro autor a utilizar o termo promoção da saúde, ressaltava, de forma indireta, a importância da prática de atividade física, quando citou que a saúde se promove proporcionando condições de vida descentes, incluindo neste conceito as boas condições de cultura física e as formas de lazer.

Ao conceituar promoção da saúde, Buss (2002) destaca que “o fomento da atividade física é uma das ações mais importantes de promoção da saúde no nível individual” (p. 54). Este mesmo autor exalta a importância deste tema, ressaltando o fato da promoção da atividade física ter sido decretada pela OMS como tema para o Dia Mundial da Saúde de 2002. Para Buss, a atividade física realizada em grupo é

um dos maiores fatores de estímulo para a aquisição deste hábito, e segundo ele, pode ser facilmente fomentado no âmbito das ações do PSF.

Neste momento consideramos interessante abordarmos o conceito acerca da atividade física relacionada à saúde, buscando identificar como estes são tratados nesta pesquisa.

Segundo Caspersen apud Nahas (2001), *atividade física* pode ser definida como “qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética (portanto voluntário), que resulte num gasto energético acima dos níveis de repouso” (p. 30).

Concordamos com o conceito acima enquanto propósito de definir atividade física, porém, precisamos tomar cuidado para não incorrerem em padronizações generalizadas, pois, podemos deixar de considerar, as algumas especificidades já conhecidas, como por exemplo, a diferença do consumo de energia entre pessoas com características distintas de sexo, idade, peso, condicionamento físico etc (KON & CARVALHO, 2002).

Waissmann (2003) afirma que atividade física não pode ser utilizada somente “como sinônimo de esporte, de aprendizado prático sobre o competir, nem ao menos como modo de realização de sonhos estéticos” (p. 72).

Explicitando o que não se deve tomar como único eixo para conceituar atividade física o autor já permite ampliar o conceito, instigando uma reflexão acerca desta prática que vem sendo desenvolvida pautada no culto ao corpo, fragmentada, estereotipada.

Nesse sentido, Carvalho (2004), nos alerta ;

Contemporaneamente, a atividade física, ao tempo que canaliza a sociedade para a sua capacidade de delinear corpos saudáveis, fortes, belos, mascara outros determinantes do setor saúde e do quadro social brasileiro. De outra forma, se superestima o papel de determinação da atividade física em relação à saúde. (p. 87)

Pactuamos com a conceituação de atividade física distinta daquelas que adotam, essa prática, com uma base conceitual fundamentada na visão biomédica, centrado no comportamento do indivíduo e, portanto se comprometendo com uma atuação, em relação à promoção da saúde limitada e restrita ao corpo biológico.

Desta forma, estamos defendendo um conceito de atividade física que se relacione proximamente com o referencial da promoção da saúde explicitada na Carta de Ottawa, entendendo que este se comprometerá com os benefícios de prevenção de problemas de saúde, como também investirá em recursos para o fortalecimento de solidariedade nas comunidades. A atividade física vem se mostrando como uma estratégia potente para agregar as pessoas e, portanto se faz necessário estabelecer, nesses encontros uma relação marcada pelo compromisso e co - responsabilização pela saúde dos usuários, também pela preocupação com o desenvolvimento de autonomia dos usuários, visando que esta vá se apropriando de diversos recursos, possibilitando-lhe cada vez mais ir resolvendo ou minimizando parte daquilo que lhe tem causado sofrimento.

4.4 - RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA

Não pretendemos trazer inúmeras recomendações relativas à prática da atividade física, nos limitaremos àquelas que comumente são questionadas no nosso dia a dia.

Pesquisas têm demonstrado que a associação de atividade física e saúde não necessita de horas exaustivas de exercícios intensos. Pequenas sessões de 30 minutos por dia, preferencialmente em todos os dias da semana, desenvolvidas

continuamente ou mesmo em períodos cumulativos de 10 a 15 minutos, com intensidade moderada, podem representar o limiar para a aquisição de um “Passaporte para a Saúde” (MATSUDO et al, 2000).

Kon & Carvalho (2002) apesar de terem perspectivas teóricas diferentes das defendidas por Matsudo, no que se refere aos determinantes da atividade física para a promoção da saúde, também concordam que a atividade física realizada de forma intermitente, totalizando os cerca de 30 minutos preconizados, é aceitável para se manter um condicionamento físico que preserve a saúde e mantenha o bem estar. Estes autores também sugerem que estas atividades podem ser distribuídas ao longo do dia, incluindo modalidades diferentes de exercício e recreação.

Outra questão que mereceu trazermos aqui como recomendações está relacionada necessidade de avaliação médica para iniciar a prática de atividade física.

Os autores Kon & Carvalho (2002), nos informam que uma pessoa sedentária ao iniciar a atividade física, desde que seja uma atividade moderada,

“...a maior parte das pessoas pode fazê-lo de forma gradual e atentando para o aparecimento de sinais e sintomas não usuais, sem a necessidade de exames complementares e, mesmo, de consultas médicas... Uma avaliação médica mais aprofundada ...deve ser reservada para aqueles com alto risco para doenças coronarianas, com sintomas sugestivos de problemas cardíacos, pulmonares ou metabólicos e n o caso de idosos ou portadores de condições crônicas que pretendam se dedicar a **exercícios** mais rigorosos” (grifo nosso, p. 22).

Anteriormente já definimos o conceito de atividade física, e neste momento se faz necessário diferenciá-lo do conceito de exercício físico, o qual é definido como “toda atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem por objetivo a melhoria e a manutenção de um ou mais componentes da aptidão física”

(BROWNELL apud GUEDES, 1998, p. 178). Para entendermos melhor esta diferenciação vale ressaltar que

“embora outras categorias de atividade física do cotidiano eventualmente solicitem demanda energética significativa, não devem constituir-se como exercício físico. É o caso de algumas ocupações profissionais, das tarefas domésticas específicas e outras atividades do dia-a-dia...” (GUEDES, 1998, p. 178)².

Guedes (1998), Nahas (2001) e Pitanga (2004) também recomendam que a avaliação médica mais detalhada para se iniciar um programa de exercício físico.

Pensando na organização do processo de trabalho em unidades de saúde, na perspectiva de uma atenção mais direcionada para a integração das práticas profissionais e integralidade da assistência, destacamos a recomendação de Buss(2002). Com relação aos aspectos da prática da atividade física para a promoção da saúde, o autor enfatiza que esta não pode ser vista como uma ação de saúde independente, pois a maioria das doenças não transmissíveis (por exemplo, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares), têm fatores de riscos comuns (tabagismo, sedentarismo, dieta inadequada etc) que devem ser combatidos em *blocos*, numa estratégia conjunta que inclui ações simultâneas de promoção e prevenção. Este autor ainda relata que se tem observado reduções importantes de morbi-mortalidade quando se tem combatido em *bloco* certas doenças não transmissíveis que possuem uma elevada prevalência na população mundial.

4.5 - BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA PARA A SAÚDE.

A seguir relataremos alguns estudos apontando os benefícios da atividade física, com enfoque em aspectos preventivos de doença.

² Esta questão está melhor desenvolvida e apresentada em Gueses & Guedes (1998), mais especificamente no capítulo 6.

Acerca desses benefícios Matsudo et al (2000) e Nahas (2001) relatam que, em relação:

- aos efeitos antropométricos e neuromusculares: diminuição da gordura corporal, incremento da flexibilidade, incremento da força muscular, incremento da densidade óssea;
- aos efeitos metabólicos: aumento do volume sistólico, diminuição da frequência cardíaca de repouso e no trabalho submáximo, diminuição da pressão arterial;
- aos efeitos psicológicos: melhora da auto-estima, diminuição do estresse e da ansiedade, melhora das funções cognitivas e da socialização, dentre outros.

Em uma revisão de literatura reunindo autores que apontam respostas fisiológicas às atividades físicas sobre componentes herdados geneticamente e a interação com o meio ambiente, Achour Júnior (1996b) concluiu, que:

“as pessoas privilegiadas geneticamente, categorizadas com baixo fator de risco, podem tornar-se no futuro, candidatas de risco, se forem inativas fisicamente. É reconhecido também que as pessoas ao herdarem genes predispostos as doenças, podem torná-las precoces, se desconsiderarem os benefícios de uma vida ativa” (ACHOUR JÚNIOR, 1996b, p. 60).

Em um estudo de revisão de literatura, Fechio (1998) demonstrou que a atividade física pode proporcionar diversos benefícios para pessoas que possuem o vírus da AIDS, tais como, melhora na parte imunológica, retardando o avanço da infecção viral e tornando mais lenta a progressão da doença; na parte fisiológica há uma diminuição nos níveis de estresse, ansiedade e nos quadros depressivos.

Com uma amostra de 30 mulheres pertencentes a um serviço especializado em recuperação de mastectomizadas, Prado (2004) constatou que o exercício físico é importante na prevenção da limitação articular, linfedema, alterações posturais, fibrose muscular e da aderência tecidual na área cirúrgica. O conhecimento sobre a importância e a necessidade dos exercícios físicos com a presença de um

profissional e o suporte dos familiares foi o incentivo mais referido pelas mulheres participantes do estudo.

A atividade física também traz benefícios afetivos, psicológicos e sociais que são imprescindíveis para uma vida com qualidade.

Numa pesquisa realizada com 1429 indivíduos de duas Universidades do estado de Minas Gerais, pode-se chegar à conclusão de que o fator que mais contribui para motivar os indivíduos para a prática de atividade física é o prazer que ela proporciona (COSTA, 2003).

Outra pesquisa, investigou 139 idosos do Estado do Rio de Janeiro com idade média de 68,5 anos, Dantas (1997) chegou às seguintes conclusões conforme quadro 2 com relação aos motivos que os levaram a procurar um programa regular de atividade física orientada.

QUADRO 3 – Fatores de incentivo à motivação para a prática de atividade física por idosos.

Fator indicado	Porcentagem	Natureza do fator
Ocupação do tempo livre	42,3%	Psicossocial
Convivência e sociabilização	22,7%	Social
Sentir-se participante e produtivo	11,4%	Psicossocial
Manutenção da saúde	10,9%	Biológico
Retardar o envelhecimento	8,3%	Biológico
Melhor estética corporal	3,2%	Psicossocial e Biológico
Outros	1,2%	

DANTAS (1997)

Este estudo avança ao trazer outros benéficos da atividade física, para além dos de natureza biológica. Podemos verificar que aproximadamente 80% das razões alegadas para se fazer atividade física estão ligadas aos aspectos sociais e psicológicos, no entanto, abordando o social enquanto relações de ordem mais pessoal, individual e inter-pessoal, ou seja, não estão abordando aspectos de

dimensão coletiva na perspectiva da emancipação e exercício da cidadania. Com isso não estamos desmerecendo o potencial apontado pelo estudo, mas, direcionando uma análise de que ainda são poucas as pesquisas que tratam a atividade física na dimensão do seu aspecto sócio –político.

Apesar da escassez de estudos sobre os aspectos sócio políticos da atividade física, têm estudiosos da área de educação física que estão preocupados com esta vertente e tem produção que nos permitiram trazer, em nosso estudo, seus resultados e reflexões acerca desta dimensão.

A pesquisa de Fecho (1998) demonstrou que a pratica de atividade física, além de proporcionar para pessoas que possuem o vírus da AIDS, benefícios fisiológicos, imunológicos, psicológicos, já citados anteriormente, também podem trazer benefícios em relação à aspectos sociais, destacando que a participação nas atividades física em grupo auxilia para que o doente tenha um maior convívio social, ampliando a possibilidade de participar de movimentos sociais e exercitar sua cidadania, melhorando assim, sua qualidade de vida.

Mesmo diante de tantos benefícios comprovados que a atividade física pode proporcionar a saúde das pessoas, Palma (2001) chama-nos a atenção para a questão das desigualdades sócio-econômicas. Ele relata que “os problemas de saúde existentes, atualmente, em todo o mundo estão relacionados às desigualdades sociais e aos problemas fundamentais da distribuição da riqueza” (p. 30). Ao realizar a revisão de alguns estudos, este autor conclui: existe uma forte associação entre o baixo nível educacional e o sedentarismo; também destacou a associação do baixo estado socioeconômico e do tipo de ocupação profissional com o sedentarismo; em outro estudo verificou que o uso do corpo e a prática desportiva diminuem nos grupos sociais menos favorecidos. Estes dados dão indícios de que

existe uma associação entre o nível de prática de atividade física e as desigualdades sociais, denotando que indivíduos pertencentes a grupos sociais menos favorecidos, tendem a praticar menos atividades físicas, mas, segundo o próprio autor, estes estudos, necessitam de um maior aprofundamento para se tornarem mais conclusivos.

Waissmann (2003) buscando compreensões sobre as complexas relações entre as desigualdades sociais e atividades físicas laborais humanas, chama-nos a atenção para o fato de que a atividade física é desigual nas diferentes classes e categorias profissionais, tanto intra como extra laboral. O autor foi muito feliz ao trazer neste estudo diversos exemplos para ilustrar essa afirmação.

Carvalho(2004) em sua obra *O “mito “ da atividade física e saúde* nos oferta a relação dos determinantes estruturais, tais como, a indústria cultural, a indústria da beleza, a tecnologia e a sociedade de consumo, além da política neoliberal, com a atividade física, construindo assim a falsa idéia de que atividade física por si só produz saúde, seduzindo as pessoas a essa prática .

Esses investigadores nos possibilitam incorporar as diferentes relações estabelecidas entre atividade física e saúde, como também apreendê-la na sua simplicidade e complexidade, entendendo que ela pode ser exercitada e fundamentada por diferentes lógicas.

5 - PERCURSO METODOLÓGICO



5 - PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa foi um estudo descritivo exploratório, entendendo que os estudos exploratórios são aqueles que permitem conhecer ou aumentar o conhecimento em torno de um dado problema, de modo a estabelecer hipóteses de investigações para outros tipos de pesquisas ou mesmo propor estratégias de intervenções em determinadas situações (TRIVIÑOS, 1992).

A abordagem foi qualitativa, entendendo esta como o caminho para desenvolver esta investigação, na medida em que tal perspectiva nos possibilita uma abertura para a apreensão da complexidade presente nas relações sociais, permitindo incorporar o significado e a intencionalidade dos atos. Desta forma, apostamos que os gestores de saúde serão importantes sujeitos na adoção de práticas de saúde que reorientem o modelo assistencial vigente, a partir das diretrizes adotadas por eles na condução das políticas de saúde e também de suas concepções acerca das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

O caráter qualitativo da presente pesquisa cumpre seu papel quando responde a questões muito particulares, pois como afirma Minayo (1994), a pesquisa qualitativa

“se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis. (MINAYO, 1994, p. 21-22)”

Entendemos esta pesquisa como uma forma de indagar os secretários de saúde sobre o cotidiano das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, e também como uma forma de refletirmos sobre as possibilidades de ações

direcionadas á promoção da saúde e à prevenção de doenças que outros profissionais, além da equipe mínima do PSF, podem desenvolver. Pretendemos, então, trazer dados qualitativos relativos a inserção ou não de profissionais de educação física nos PSFs dos municípios consultados, identificando também a realização ou não de atividades físicas de forma regular nestas unidades.

Considerando os aspectos anteriores, elegemos como instrumentos para coleta de dados, a entrevista semi-estruturada e o questionário, através dos quais pretendemos delinear melhor a pesquisa a fim de obter o subsídio necessário para a análise proposta.

5.1 - ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO

5.1.1 - Entrevista semi-estruturada

Acreditamos que a entrevista semi-estruturada seja coerente para este estudo, com o objetivo de coletar um material discursivo que possibilite-nos identificar as percepções dos secretários de saúde, sobre um tema pouco debatido, principalmente, quando se trata da implantação de novas políticas na área da saúde pública: a atividade física na promoção da saúde e prevenção de doenças. Através das indagações propostas por uma entrevista desta natureza, cada entrevistado pôde manifestar um discurso sobre o tema proposto, de acordo com as experiências ou representações que ele tem sobre o assunto.

Esta ferramenta, segundo Triviños (1992) é uma das melhores formas de coleta de dados, pois o informante pode seguir espontaneamente a linha de seu

pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, participando assim na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Na utilização da entrevista semi-estruturada o mesmo autor ainda relata que além de se valorizar a presença do investigador, são oferecidas todas as perspectivas possíveis para que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

Para a realização desta entrevista utilizamos um roteiro de questões norteadoras. No período de formulação do projeto de pesquisa, estas questões norteadoras indagavam diretamente o gestor sobre a inserção do profissional de Educação Física inserido no PSF, como por exemplo:

- Qual sua opinião sobre a inserção do profissional de Educação Física no Programa Saúde da Família?

Verificamos através de duas entrevistas pilotos (realizadas com uma enfermeira e com um médico do PSF) que o discurso poderia se tornar enviesado se começássemos com uma questão tão direta; foi então que tomamos a decisão de começarmos com perguntas mais abertas possibilitando extrair das próprias respostas do entrevistado, os conteúdos que possibilitassem articular com questões relacionadas ao tema proposto pela pesquisa.

Depois de reformuladas, o conteúdo das questões norteadoras foi novamente colocado a prova em mais cinco entrevistas pilotos. Os profissionais que fizeram parte deste momento foram bastante diversificados: um professor de história do ensino médio, uma professora de ensino superior na área de sociologia, uma psicóloga, uma gerente de um serviço de saúde mental e uma auxiliar de enfermagem da área hospitalar. Estas entrevistas foram gravadas em fitas cassetes pelo proponente deste estudo, as quais foram ouvidas integralmente pelo

entrevistador, e analisadas, visando detectar expressões e significados, identificando a melhor forma de se aproveitar as informações, e também, aperfeiçoar o diálogo, para se atingir uma produção de dados coerente com o objetivo da pesquisa.

Analisando os resultados destas entrevistas pilotos, as questões norteadoras ficaram assim organizadas:

- Na sua opinião, que tipo de atividade deveria ser incorporada ao PSF para contribuir na melhoria da saúde das pessoas assistidas pelo programa?
- Com relação a doenças crônicas, quais ações podem prevenir doenças como hipertensão, diabetes, colesterol, drogas, obesidade?
- Em breves palavras, o que é promoção da saúde pra você?
- No seu mandato, que ações foram realizadas para desenvolver atividades físicas nesta visão de promoção da saúde?
- Qual a importância da prática de atividades físicas?
- Se o Ministério da Saúde desse as condições para que fosse inserido dentro da sistemática do PSF, o profissional de Educação Física, como você vê a possibilidade deste profissional atuar junto ao sistema de saúde pública?

A questão inicial tem a intenção de provocar uma primeira abertura para que o informante fale sobre o assunto. A partir da primeira resposta, o investigador poderá inferir na condução da entrevista através de outros questionamentos, sem que isso caracterize uma indução ou um juízo de valor (PALHA, 2001), não necessitando seguir exatamente esta mesma ordem organizada anteriormente.

No mês de junho de 2004 participamos de uma reunião na 5ª Regional de Saúde do Paraná onde estavam presentes todos os secretários de saúde. Nesta oportunidade cada secretário assinou uma carta de aceite em conceder a entrevista

(ANEXO C) e também recebeu um documento para que colhesse junto ao prefeito de seu município uma autorização para podermos realizar a entrevista (ANEXO D). Após alguns meses todas as autorizações dos municípios integrantes deste estudo foram devolvidas, sendo a última devolução no mês de setembro de 2004.

As entrevistas (ANEXO A) com os secretários de saúde foram coletadas pelo proponente desta pesquisa, na secretaria de saúde de cada município participante.

Alguns secretários, por não serem da área da saúde, ficaram um pouco constrangidos em responder as questões sozinhos e solicitaram então, a presença de um enfermeiro para auxiliá-los, mas, durante a realização da entrevista os gestores perceberam que as questões eram diretamente relacionadas ao seu agir cotidiano, acabando estes, respondendo as questões com tranquilidade.

As entrevistas eram gravadas somente após o entrevistado assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO F).

As entrevistas foram coletadas no período de 18 de novembro de 2004 a 13 de dezembro do mesmo ano. Elas tiveram um tempo médio de 24 minutos de duração, sendo a mais breve com o tempo de 12 minutos e mais demorada com o tempo de 43 minutos. No início da aplicação da entrevista, os Secretários de Saúde se mostravam, normalmente, um pouco apreensivos, mas após as questões iniciais que tratavam mais de uma identificação do entrevistado, os mesmos ficavam à vontade, e a entrevista acontecia num clima de conversa descontraída.

5.1.2 - Questionário

Para caracterizarmos a prática de atividade física nos PSFs dos municípios participantes desta pesquisa, verificando aspectos sobre a realização destas ações e também sobre a inserção do profissional de Educação Física neste espaço de atuação, recorreremos ao questionário. Entendemos o questionário como um “conjunto de perguntas sobre um determinado tópico que não testa a habilidade do respondente, mas mede sua opinião, seus interesses, aspectos de personalidade e informação biográfica (PASQUALI, 1999)”. Este questionário (ANEXO B) será administrado em interação pessoal, ou seja, em forma de entrevista individual.

Segundo Gil (1987), questionário pode ser definido como

“a técnica de investigação composta por um numero mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”(GIL, 1987, p. 124)

Como princípios no momento de aplicação do questionário, o pesquisador/entrevistador deve, no início, apresentar-se, indicando onde trabalha e o objetivo da pesquisa, estabelecendo assim um bom nível de confiança entre entrevistado e entrevistador. É imprescindível que se reforce para o entrevistado os benefícios que essa entrevista trará para a pesquisa e também os benefícios que a pesquisa poderá trazer, principalmente, na realidade que o entrevistado vive. O mínimo de cortesia “na despedida consiste em um agradecimento pela valiosa colaboração do entrevistado, seja de maneira verbalizada ou escrita no final do questionário” (PASQUALI, op. cit. grifo do autor).

Seguindo as recomendações acima, procederemos à aplicação dos questionários junto ao sujeitos que são responsáveis pela realização de atividades físicas nos PSFs dos municípios participantes da pesquisa. Em alguns casos o

questionário foi aplicado logo após a entrevista, pois o responsável pela atividade física se encontrava no mesmo local que o Secretário de Saúde, em outros, os sujeitos foram procurados na Unidade de Saúde em que atuavam, e, em último caso, o questionário foi aplicado através de um contato telefônico.

5.2 - CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na 5ª Regional de Saúde do estado do Paraná. Esta regional é composta por 20 municípios, sendo Guarapuava a cidade sede da regional. A população total desta regional é de 441.837 pessoas segundo dados do IBGE no ano de 2002 (QUADRO 4).

Um total de onze municípios participaram da pesquisa, totalizando um envolvimento de 369.385 habitantes (83,60% do total da regional), se considerarmos as pessoas residentes nestes municípios. Com relação às Equipes de Saúde da Família já implantadas nos municípios até o momento da coleta de dados, das 70 equipes existentes na regional (ANEXO E), 58 fazem parte dos 11 municípios integrantes desta pesquisa (QUADRO 5), ou seja, 82% do total de Equipes de Saúde da Família desta Regional de Saúde do Paraná.

Para escolha dos municípios que participariam da pesquisa, foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- Municípios que tenham o PSF implantado.
- Termo assinado pelo secretário municipal de saúde aceitando participar da pesquisa.
- Devolução da autorização assinada pelo Prefeito do município, permitindo que o Secretário de Saúde conceda a entrevista.

Diante destes critérios, 11 (onze) municípios foram incluídos neste estudo e estão relacionados no quadro abaixo:

QUADRO 4 – População dos municípios que constituem a 5ª Regional de Saúde do Paraná.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
Campina do Simão	4.322
Candói	14.658
Cantagalo	12.943
Foz do Jordão	6.483
Goioxim	8.296
Guarapuava	160.933
Pinhão	28.218
Prudentópolis	46.140
Reserva do Iguaçu	6.893
Turvo	14.649
Laranjeiras do Sul	30.158
Porto Barreiro	4.645
Virmond	4.065
Rio Bonito do Iguaçu	16.383
Marquinho	5.650
Nova Laranjeiras	11.367
Pitanga	35.244
Boa Ventura de São Roque	6.779
Palmital	16.829
Laranjal	7.182
TOTAL	441.837

Fonte: IBGE 2002

Obs: em negrito estão os municípios pertencentes à pesquisa.

QUADRO 5 – Municípios participantes da pesquisa com a sua composição de Equipes de Saúde da Família

MUNICÍPIO	Nº DE EQUIPES DE PSF
Candói	04
Cantagalo	03
Goioxim	02
Guarapuava	31
Pinhão	02
Prudentópolis	01
Turvo	03
Laranjeiras do Sul	01
Nova Laranjeiras	03
Pitanga	06
Boa Ventura de São Roque	02
TOTAL	58

Fonte DAS/5ª RS – Set/2004

5.3 - SUJEITOS DA PESQUISA

A escolha do secretário de saúde para ser a “voz” dos discursos foi por entender que ele é um ator social imprescindível quando pensamos em mudanças na forma de se organizar o sistema de saúde e nas decisões sobre ações que venham promover a saúde e prevenir doenças nos municípios.

Na 5ª Regional de Saúde do estado do Paraná podemos notar que entre as pessoas que ocupam o cargo de secretário de saúde, a maioria não é formada em um curso relacionado à saúde.

No quadro 6 foi possível verificar a diversidade de formação profissional dos Secretários de Saúde dos municípios participantes da pesquisa, sendo dois relacionados com a área de saúde, seis em área administrativa, um se trata de formação na área de educação e dois entre eles tem grau de escolaridade de ensino médio, sem apresentar uma formação específica. Verificamos também que somente três gestores são do sexo feminino.

Com relação ao tempo de permanência no cargo de secretário, somente cinco dos entrevistados desta pesquisa começaram o seu mandato no meio da gestão do prefeito, destacando que o gestor do município 5 está no cargo a 1 ano e 5 meses, pois, anteriormente, ele era secretário em outro município da própria regional.

Se compararmos os dados sobre o tempo de implantação do PSF no município e o tempo de atuação do entrevistado como secretário, poderemos notar que em 6 oportunidades, o gestor foi o responsável pela implantação do PSF em seu município.

QUADRO 6 – Caracterização dos Secretários Municipais de Saúde entrevistados

MUNI CÍPIO	FORMAÇÃO	ATUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE	TEMPO DE ATUAÇÃO COMO SECRETÁRIO	TEMPO DE IMPLANTAÇÃO DO PSF	SEXO
1	Ensino médio	Atuou 2 anos como fiscal sanitário e também diretor do departamento de saúde	4 anos	6-7 anos	MASC
2	Professora	8 meses como secretária de saúde no mandato anterior do prefeito	4 anos	4 anos	FEM
3	Técnico em enfermagem	Atendente de saúde, atendente da farmácia, auxiliar de enfermagem, vigilância epidemiológica, chefe da divisão epidemiológica.	2 anos	2 anos	MASC
4	Área administrativa	Trabalhou em postos de saúde no interior e é concursada na como assistência social	2 anos	6 anos	FEM
5	Médico	15 anos de formado, secretário em 4 municípios diferentes. Está a 1 ano 5 meses como gestor neste município	10 anos	3-4 anos	MASC
6	Administração	Chefe de departamento, consórcio de saúde 10 anos na saúde.	6 anos e meio	5-6 anos	MAS
7	Cursando Gestão em pequenos e médios negócios	Proprietário de uma farmácia	3anos e 10 meses	2 anos	MAS
8	Técnico em contabilidade	Ser secretário foi a primeira experiência	3 anos e 9 meses	1 ano e 3 meses	MAS
9	Administração	Secretário por 11 meses em 1988, depois durante 3 anos em outro município	7 anos e meio	4 anos	MAS
10	Ensino Médio	Ser secretário foi a primeira experiência	8 meses	3 anos e 8 meses	MAS
11	Cursando política pública e gerencia municipal	Auxiliar de enfermagem, secretaria de saúde e 5 anos na regional	1 ano e 10 meses	3 anos	FEM

O questionário teve como sujeitos, profissionais indicados pelos secretários, que são responsáveis pela realização das atividades físicas nos municípios participantes desta pesquisa, sendo quatro enfermeiros, três fisioterapeutas e dois profissionais de Educação Física.

5.4 - ORDENAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Para ordenação e organização dos dados coletados foi utilizada a orientação metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma abordagem em pesquisa qualitativa proposta por Lefèvre (2000). Nesta abordagem o autor entende que o pensamento coletivo não está ligado ao somatório dos pensamentos individuais, ou seja, a uma representação numérica percentual, mas ao discurso da coletividade, ao imaginário social, às representações sociais, ao pensamento pré-existente.

Nesta abordagem são utilizadas quatro “figuras metodológicas”, elaboradas para ajudar a organizar e tabular os depoimentos e demais discursos, condição prévia que nos parece indispensável para uma boa análise e interpretação desses depoimentos” (LEFÈVRE, 2000, p. 17, grifo do autor). São elas:

Expressões Chaves – ECH: são trechos, segmentos, pedaços contínuos ou descontínuos que revelam a essência do conteúdo, um dado fragmento que compõe o discurso ou a teoria subjacente. Os autores da proposta consideram as ECHs como fundamentais para a confecção dos DSC. Um dos cuidados é quanto a seleção das ECHs uma vez que se tem a tendência a selecionar quase tudo, ou quase nada dos discursos. Quando se seleciona quase tudo, torna-se mais difícil separar a (s) idéia (s) central (is). Por outro lado, quando selecionamos como ECH quase nada, ou

seja, apenas uma palavra, fica difícil descrever a idéia central ou a ancoragem, por insuficiência de matéria prima. Uma recomendação, portanto, para evitar esses extremos é desprezar tudo o que é irrelevante, acessório, secundário buscando extrair “o máximo possível, com a essência do pensamento tal como ela aparece, literalmente, no discurso analisado” (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2001).

Idéia Central – IC: é uma expressão lingüística que revela ou descreve de maneira mais sintética e precisa possível o sentido ou o sentido e o tema de cada conjunto homogêneo de ECHs. As ICs são ao contrário das ECHs, abstratas, conceituais, sintéticas, frias e poucas. Enquanto as “ICs representam o que o entrevistado quis dizer (ou o quê, sobre o quê) as ECHs são como isto foi dito” (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2001).

Ancoragem – AC: é a expressão de uma dada teoria, ideologia, crença religiosa que o autor do discurso adota, e que está embutida no discurso como se fosse uma afirmação qualquer. (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2001). Neste estudo esta figura metodológica não foi utilizada.

Discurso do Sujeito Coletivo – DSC: é uma agregação ou soma não matemática de pedaços isolados de depoimentos, artigos de jornal, revista, dentre outros, de modo a formar um todo discursivo coerente, em que cada uma das partes se reconheça enquanto constituinte deste todo e este como constituído por estas partes, expressando um posicionamento próprio, distinto, original, específico frente ao tema em investigação.

Palha (2001) utilizou o DSC para ordenação dos dados de sua pesquisa, e destaca um ponto importante de ser observado no trabalho de construção do DSC

“os passos na trajetória de construção do DSC devem ser cuidadosamente trabalhados para que o resultado final tenha uma representação fidedigna daquilo que foi pesquisado, ou de sua intencionalidade. Comenta que o DSC é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisa qualitativa e que tem como objetivo expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse exatamente o emissor de um discurso único.” (PALHA, 2001, p. 59-60)

Antes de proceder a ordenação dos dados foi realizada a transcrição literal das onze entrevistas totalizando um número de 64 páginas digitadas em espaço simples com fonte Arial tamanho doze. A transcrição das entrevistas foi realizada por um acadêmico do quarto ano do curso de Educação Física da Unicentro (Universidade Estadual do Centro-Oeste, Campus de Guarapuava) e revisada pelo pesquisador proponente desta pesquisa.

Para ordenação dos dados foi realizado um trabalho exaustivo, com seguidas leituras flutuantes do material coletado procurando identificar as idéias centrais do texto de cada questão da entrevista semi-estruturada.

Como exemplo vamos citar a elaboração de um DSC referente à primeira questão da pesquisa:

QUESTÃO 1

Na sua opinião, que tipo de atividade deveria ser incorporada ao PSF para contribuir na melhoria da saúde das pessoas assistidas pelo programa ?
--

IDÉIA CENTRAL

Ter psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, bioquímica
--

EXPRESSÕES CHAVES

GESTOR 1 - Deveria ter a psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista seria muito bom, também, muitas pessoas não sabem nem cozinhar, como fazer o alimento, e que acaba em desnutrição. Eu acho que a nutricionista era uma idéia, se a gente fosse continuar no próximo ano, contratar uma nutricionista também, uma psicóloga.

GESTOR 2 - Temos o fisioterapeuta, temos uma clínica de fisioterapia dentro do nosso posto de saúde. Então eu acredito que a nossa equipe esta completa.

GESTOR 3 – [...] necessidade de contratar uma psicóloga, e também a bioquímica, por causa dos exames.

GESTOR 7 - Outro problema que poderia resolver muito, seria o psicólogo, o nutricionista, seria ótimo se tivesse também, porque hoje boa parte da população necessita de um tratamento psicológico. Tem mais problemas, e hoje a dificuldade que eu vejo é isso, em ter profissional, não tem, nutricionista também, porque hoje, vários problemas estão ligados a alimentação, pressão alta, a diabetes, um monte de coisa, iria ajudar muito, eu acho que iria somar muito ao programa.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Hoje a dificuldade que vejo é isso, em ter profissional. Deveria ter fisioterapeuta e psicólogo, porque hoje boa parte da população necessita de um tratamento psicológico. Contratar uma nutricionista seria muito bom também, porque hoje vários problemas estão ligados a alimentação, como pressão alta, diabetes, desnutrição e um monte de coisa, e ainda muitas pessoas não sabem nem cozinhar, nem como fazer o alimento. Também a bioquímica, por causa dos exames. Isso iria somar muito ao programa.

Todo o material coletado nas entrevistas foi organizado em seis questões norteadoras, com suas respectivas idéias centrais e discursos do sujeito coletivo (ANEXO 6).

Num trabalho conjunto entre pesquisador e orientadora, todos os dados foram literalmente recortados (com tesoura) e expostos numa parede para que pudéssemos visualizá-los como um todo e buscar um entendimento de quais temas poderiam ser organizados (quais saltariam aos nossos olhos) a fim de procedermos a análise dos dados. Os discursos foram agrupados por semelhança, ou por uma seqüência lógica de pensamento para compor temas específicos.

No capítulo da análise e discussão temos o resultado deste exercício em pesquisa qualitativa, e tomando por base o referencial teórico adotado nesta investigação, temos a intenção de desvendar o significado e a intencionalidade presente na fala destes “atores sociais”, os secretários municipais de saúde.

5.5 - ASPECTOS ÉTICOS

Para que fosse realizada a pesquisa, antes da coleta de dados o projeto foi analisado pelo Comitê de Ética da EERP/USP (ANEXO G), pois em Guarapuava não possuíamos ainda um comitê de ética em pesquisa.

Nesta oportunidade foram encaminhadas as cartas assinadas pelos prefeitos dos municípios, autorizando os secretários de saúde a concederem a entrevista.

Foi elaborado de acordo com a resolução 196/96 o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO F) e aplicado em cada entrevista. Neste termo está descrito o objetivo da pesquisa, bem como esclarecimentos sobre a possibilidade do entrevistado decidir em participar ou não da coleta de dados. O documento foi elaborado em duas vias de idêntico teor, assinadas pelo secretário e pelo entrevistador antes do início das gravações, ficando cada um com uma via do mesmo.

6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS



6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

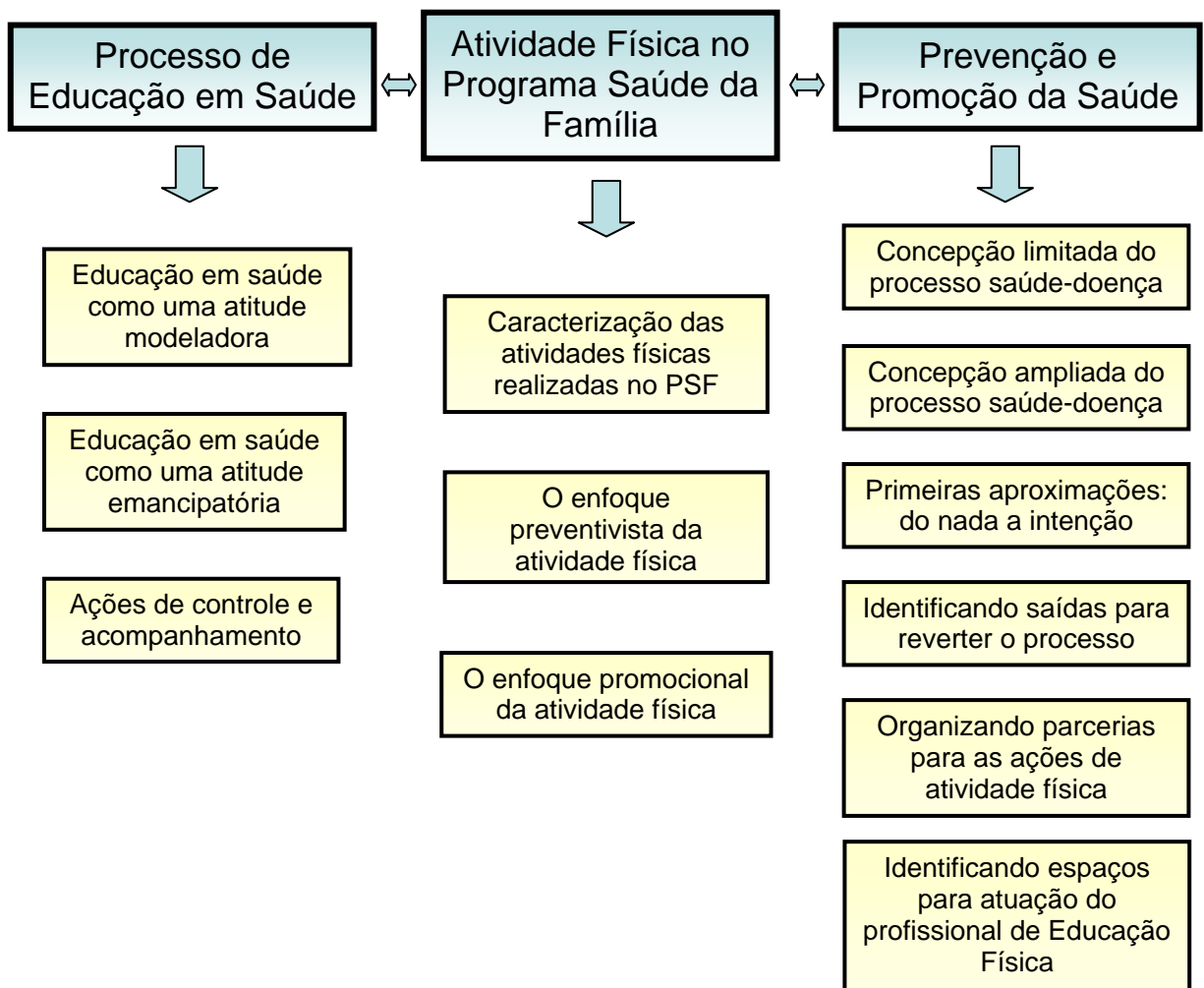
Neste estágio da pesquisa é importante parar para refletir antes de continuar a “labuta”. Como pesquisador entendo que precisamos de habilidade para colocar numa mesma mesa de discussão, os produtos coletados através das entrevistas e dos questionários, juntamente com a produção dos autores, que está descrita no capítulo do referencial teórico.

Em meio a esta discussão temos a intenção de criar condições para que estes personagens conversem, se entendam, se desentendam, critiquem um ao outro, e porque não, vislumbrem novas perspectivas.

A única coisa que não podemos fazer é sairmos deste momento indiferentes com a realidade que vai se apresentando. A análise e a discussão dos resultados desta pesquisa pretende acrescentar algo de novo ao cenário ao qual ela foi desenvolvida.

Após a construção dos discursos dos sujeitos coletivos, estes foram agrupados por semelhança ou por uma seqüência lógica de pensamento, para compor temas específicos, sendo eles: O Processo de Educação em Saúde, Atividades Físicas no PSF e a Prevenção e Promoção da Saúde.

No organograma a seguir podemos visualizar o que as percepções dos secretários de saúde nos possibilitaram organizar como subtemas desta pesquisa, aos quais trataremos de discutir neste momento.



6.1 - PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Educação em Saúde é uma prática antiga, mas também muito presente nos dias atuais. Esta característica da prevenção de doenças tem diferentes formas de se realizar, sendo sua conformação bastante ligada aos modelos de ensino e também às políticas de saúde de cada momento histórico.

Neste momento vamos pedir um auxílio a referenciais da pedagogia sobre a questão dos diferentes modelos de ensino, discutindo estes nas suas possibilidades de utilização em situações de ensino-aprendizagem além da instituição escola, como no caso deste estudo, nas unidades de PSF.

Com relação aos modelos de ensino, podemos afirmar que existem três diferentes formas de representar a relação ensino-aprendizagem: a pedagogia diretiva, a não diretiva e a relacional (BECKER, 1985). Tais modelos serão relacionados aos conceitos e contextos da educação para a saúde, respeitando as diferenças existentes entre a prática escolar e as práticas educativas que acontecem no sistema de saúde.

Becker define Pedagogia Diretiva como aquela em que o professor fala e o aluno escuta, o professor ensina e o aluno aprende. O professor é visto como aquele que detém o conhecimento e o aluno como uma tabula rasa, uma folha em branco.

Com relação a outro modelo, a Pedagogia Não-Diretiva está mais presente nas concepções pedagógicas e epistemológicas do que na prática, pois é difícil sua viabilização. Nesta teoria, acredita-se que o aluno aprende por si mesmo e que o professor pode no máximo auxiliar a aprendizagem dos alunos despertando o conhecimento que já existe neles, sendo assim, o professor deve interferir o mínimo possível (Ibid.).

Temos ainda uma terceira forma de se entender o processo ensino-aprendizagem.

“ O professor e os alunos entram na sala de aula. O professor traz algum material – algo que, presume, tem significado para os alunos. Propõe que eles explorem este material – cuja natureza depende do destinatário: crianças de pré-escola, de primeiro grau, de segundo grau, universitário, etc. Esgotada a exploração do material, o professor dirige um determinado número de perguntas, explorando, sistematicamente, diferentes aspectos problemáticos a que o material dá lugar.” (Ibd., p. 42-43)

Esta citação descreve características da pedagogia relacional, destacando que o aluno somente aprenderá alguma coisa, isto é, construirá algum conhecimento novo, se ele agir e problematizar sua ação. O conhecimento não pertence só ao professor, este respeita a história de conhecimento já percorrida pelo aluno.

Esta última forma de se entender o processo ensino-aprendizagem, nos parece relevante para ser discutida como prática educativa em saúde.

O conceito de educação em saúde deve englobar alguns aspectos importantes, tais como:

“as informações sobre saúde; a recepção e compreensão das mensagens dos programas; a compreensão da saúde como um direito; a valorização de conhecimentos, práticas ou comportamentos saudáveis ou não; a problematização e facilitação de discussões; o desenvolvimento da autonomia de pensamento; a reelaboração dos conhecimentos de modo a conformar valores, habilidades e práticas consideradas saudáveis” (PALMA et al, 2003. p 29).

Veremos, a seguir, como este assunto foi elucidado pelos secretários de saúde nos discursos coletados nesta pesquisa.

6.1.1 - Educação em saúde como uma atitude modeladora

Inicialmente, os gestores foram questionados (ANEXO 6) sobre ações e/ou atividades nas quais eles vislumbravam uma possibilidade de melhoria da saúde das

peessoas, diminuindo assim, a probabilidade de se ter uma doença crônica. As respostas dos gestores tiveram grande ênfase em ações e/ou atividades educativas.

Nós temos aqui dentro da nossa equipe de trabalho palestras todos os meses. O grupo do hipertenso, do diabético é chamado para a unidade de saúde aonde o médico, o enfermeiro repassa informações como se fosse uma palestra, e também repassam informações para esses pacientes. Um trabalho de palestras, trabalhamos muito com palestras, também em algumas localidades do interior. (DSC – 2A)

O DSC acima é revelador sobre o que pensa o gestor acerca da educação em saúde, pois passa a idéia de que trabalhar com educação em saúde é apenas repassar informações. Essa visão tem suas raízes na antiga educação sanitária verticalizada, na qual a educação por si só se basta, tomando o homem como objeto, não levando em consideração de que os processos educativos somente são satisfatórios se houver sujeitos ativos presentes neste cenário. Esta postura coaduna com a definição de Becker (1985) ao definir a Pedagogia Diretiva.

Conforme este mesmo DSC, para os secretários de saúde, o usuário do sistema de saúde é entendido como aquele que é desprovido de conhecimento, e, portanto, vem para aprender com a Equipe de Saúde da Família (ESF). Esta é uma forma de entender o usuário como aquele que depende do sistema de saúde.

Ayres (2002), discordando deste tipo de abordagem, em um artigo sobre práticas educativas na prevenção de HIV/Aids define esta forma de atuação como uma *atitude modeladora*, onde o profissional de saúde é o detentor do saber, e o usuário, “*que não sabe muita coisa*”, recebe tudo pronto da ESF. Este autor reforça que a prevenção não se ensina (grifo do autor), parafraseando com Freire (2000), quando afirma que “ninguém ensina nada a ninguém, mas todos aprendem com todos”.

Fica evidente nos discursos esta *visão modeladora* dos gestores, ao citarem como são realizadas as práticas educativas no PSF.

O povo nosso precisa de orientação, orientação, orientação. Então eu acho que a orientação é a melhor forma que tem, e os PSF estão aí para isso, orientar o nosso povo, para que cada vez mais se diminua o número de pessoas que tem problema. (DSC –2 C)

Eu acho que a orientação é a melhor forma que tem, o PSF está aí pra isso, orientar o nosso povo. (DSC – 1B)

Estes últimos discursos reforçam a visão da fragmentação do processo educacional demonstrada pelos gestores na medida em que se entende o mesmo como apenas repasse de informações através da orientação, semelhante à discussão já citada anteriormente. Existe também presente neste momento, um conceito de que o PSF tem como objetivo apenas orientar a população, porém, se olharmos para o conjunto dos princípios do SUS veremos que eles têm uma perspectiva pró-emancipatória, dado a infinidade de conquistas obtidas a partir da Constituição Federal de 1988.

Neste sentido, a visão que os gestores têm em relação à educação em saúde no PSF é distorcida e acompanha uma idéia equivocada sobre o processo de atenção que o programa tem como diretriz ou princípios. Outro fato presente é novamente sobre a população, como se o processo saúde-doença e os riscos que permeiam a vida dos sujeitos fossem passíveis de reversão somente pela orientação. Estas constatações revelam que o gestor tem uma visão de que os problemas de saúde são decorrentes de ações inadequadas da população, visão esta bastante restrita e com caráter culpabilizador.

Na Europa, desde o século XVIII eram elaborados almanaques populares procurando difundir cuidados higiênicos (CHIESA, 2002). No Brasil, na década de

30, iniciou-se um movimento de educação na área da saúde com o objetivo de convencer a população da necessidade de mudar os hábitos tradicionais de higiene, que facilitavam a disseminação de doenças, principalmente as de caráter infecto contagioso. Nesta época, também ganhou destaque as enfermeiras sanitárias, que eram responsáveis por percorrer os bairros mais carentes, ensinando aos moradores as regras básicas de higiene encaminhando os doentes mais graves para os hospitais (BERTOLLI FILHO, 2000).

Por exemplo, a equipe toda lá na residência, o médico, o enfermeiro, mostrar para a família o que é que deve ser feito pra prevenir, para que não tenha doença, levar orientação pra esse pessoal. (DSC 1D)

É mais um DSC que na visão dos gestores, revela que o comportamento das pessoas deve ser normatizado pelo profissional de saúde, mas, com outro agravante, ele estende este tipo de intervenção para o espaço privado (domicílio). Este enfoque denota uma função controladora, já caracterizada por Barreira¹ (1992 apud PEREIRA, 2001) no início do século XX.

Chiesa (2002) ainda destaca nos serviços brasileiros de saúde o predomínio de um modelo assistencial pautado nas ações curativas, segundo uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença. Neste modelo, se prevêm ações que visam a modificar os hábitos dos indivíduos considerados inadequados pelos profissionais. As atividades educativas são invariavelmente palestras, praticamente inexistindo espaço para outras manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais. Nos fragmentos dos DSCs, a seguir, verificamos esta tendência na atuação das ESF dos municípios deste estudo.

¹ BARREIRA, I. A. **A Enfermeira Ananéri do país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose**. 1992, 335p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

O que funciona muito são as palestras, palestra com as mães, são as que mais lidam com o alimento, quando a gente convida, convoca para uma palestra, tem que se fazer prevenção, com palestras nas comunidades do interior todo mundo participa, a comunidade participa muito bem. (DSC 1C)

Nós temos aqui dentro da nossa equipe de trabalho palestras todos os meses. O grupo do hipertenso, do diabético é chamado para a unidade de saúde aonde o médico, o enfermeiro repassa informações como se fosse uma palestra, e também repassam informações para esses pacientes. Um trabalho de palestras, trabalhamos muito com palestras, também em algumas localidades do interior. (DSC – 2A)

Os discursos revelam a participação da comunidade, o que precisa ser valorizado, pois quando ela é convidada, responde positivamente. Devemos também apostar que este espaço de encontro tem potencialidades de transformação na perspectiva de um conceito ampliado de saúde.

Essa potencialidade pode ser conseguida por diferentes intervenções, mas defendemos que uma das estratégias seria investir em educação permanente² junto aos trabalhadores, para que os mesmos tenham a possibilidade de refletir, ressignificar e rever sua prática em relação à educação em saúde para atuar de forma a contribuir com o processo emancipatório das comunidades e nos afastarmos de uma prática de educação em saúde, que tem como fim o repasse de informações apenas sob a de orientação e palestra.

² A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004).

6.1.2 - Educação em saúde como uma atitude emancipatória

A mudança do modelo assistencial em saúde, com a implantação do PSF, leva-nos a refletir sobre os referenciais teóricos e metodológicos mais adequados para a transformação da prática educativa em saúde, onde os indivíduos “possam ampliar o controle sobre suas vidas através da participação em grupos, visando a transformação da realidade social e política” (CHIESA, 2001, p. 35)

Numa pesquisa com usuários do PSF, objetivando saber a opinião dos mesmos sobre o que significa participar do programa, Freitas (2001) destaca que

“o trabalho de reversão do sistema antes vigente, centrado na doença, será lento e necessitará de grande empenho dos gestores e dos profissionais que atuam no PSF, requerendo um amplo trabalho de informação dos objetivos do programa, para que a comunidade aprenda a valorizar a educação em saúde como agente transformador da atual realidade, valorizando, também, a prevenção e a promoção da saúde.” (FREITAS, 2001, p. 1103)

Para discutirmos a reformulação das ações educativas em saúde faz-se necessário ressaltar que o PSF se constitui numa estratégia de reorganização do modelo assistencial em novas bases e critérios. Nessa perspectiva a família passa a ser o objeto principal da atenção, sendo entendida a partir do ambiente onde ela vive.

Nos DSCs percebemos alguns relatos demonstrando a intenção de se escutar e procurar entender a comunidade a partir de suas experiências de vida e do seu ambiente

[...] deixar a comunidade falar, com alguma orientação de direcionalidade, traz um benefício fantástico, quer dizer, que não para mais, que não acaba mais, quando ela ouve a experiência de uma outra senhora, que, por exemplo, o filho foi recuperado das drogas porque passou a fazer parte de algum grupo religioso, ou conseguiu um emprego, aquilo tem uma dimensão muito interessante. (DSC – 2H)

A educação em saúde deve se balizar nos princípios do PSF, tais como o fortalecimento da atenção à saúde no tratamento do indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade (CHIESA, 2002). Devemos entender o usuário como alguém que traz suas experiências de vida, que são importantes para definir as ações de saúde de uma determinada unidade e até a política de um município.

Utilizar atividades coletivas, quer dizer, grupos, é um paradigma que o PSF deve adotar. Quando nós abrimos para discussão de vivências dentro da unidade de saúde da família, ela ficou mais rica. Várias ações a gente vai desenvolvendo para unir o grupo, é motivada a caminhada, faz dança, teatro e desde que a gente começou com os teatrinhos a gente nota a mudança porque parece que a atenção que eles tem, a integração que eles tem com a equipe, tudo isso é muito válido. (DSC – 1E)

A partir do momento que a população apoiada pela equipe de saúde se organiza e passa a assumir a sua própria caminhada, ou seja, a dar seus próprios passos, o processo educativo ganha uma dimensão mais profunda (VASCONCELOS, 1997). Esta concepção pode ser percebida no DSC a seguir:

Incentivar atividades de cunho coletivo, porque produz na comunidade uma capacidade de recursos positivos gerados na própria comunidade. (DSC – 2H)

Este discurso está articulado com os conceitos da “nova promoção da saúde”, em que toma como diretriz o eixo das potencialidades dos recursos comunitários na medida em que busca *com* e não *para* a comunidade os caminhos para a solução de seus problemas.

Outro aspecto importante deste fragmento de DSC é a visão dos secretários, ao afirmarem que quando a população participa mais ativamente, os ganhos em saúde podem ser maiores, pois, esta participação “traz um benefício fantástico, quer

dizer, que não para mais". Conseqüentemente, a responsabilidade pela saúde de cada um, se torna uma responsabilidade partilhada e coletiva, entendendo o conceito de saúde na sua dimensão mais ampliada.

6.1.3 - Ações de Controle e Acompanhamento

Um dos objetivos do PSF é romper algumas barreiras presentes no modelo de atenção vigente, aproximando a equipe de saúde da comunidade, para que a primeira possa vivenciar de forma mais preemente os problemas do cotidiano das pessoas que vivem naquele espaço de forma contextualizada.

O guia prático de orientações sobre o PSF (BRASIL, 2001b) destaca que:

"Um dos pontos mais fortes do PSF é a busca ativa: a equipe vai às casas das pessoas, vê de perto a realidade de cada família, toma providências para evitar as doenças, atua para curar os casos em que a doença já existe, dá orientação para garantir uma vida melhor, com saúde."(BRASIL, 2001)

Nos discursos, também ficou evidente esta preocupação de acompanhar a situação de saúde da comunidade bem de perto:

A gente faz a busca ativa mesmo nos faltosos, vai atrás deles, a gente tem uma equipe bem atuante, que vai lá na região, vai lá na localidade, faz o trabalho com eles, eles são investigados, a pessoa hipertensa, é feito um cadastro dela, passa a ser acompanhado pelo enfermeiro, o médico, uma vez por semana, depois passa a se fazer o controle mensal É um programa do ministério, do governo federal, é um programa que se chama: hiperdia.(DSC – 2D)

A gente faz uma visita, uma vez na semana, na casa dele, fazendo um controle da pressão dele, temos fisioterapeutas fazendo visitas domiciliares junto com o medico ou com indicação do medico. (DSC – 2I)

O importante hoje o nosso PSF é o mapeamento, aonde estão moradores que são diabéticos, onde estão moradores que são hipertensos, onde estão pacientes que estão com câncer que estão tendo já tratamento final, então todas as doenças dentro do PSF são definidas por região. (DSC – 2K)

Reconhecemos o avanço no compromisso do acompanhamento das pessoas moradoras na área de abrangência das ESF tomando como indicador a morbidade, que em muitos serviços isso não acontece, ficando essa população praticamente desconhecida dos trabalhadores do serviço de saúde. No entanto, fica mais uma vez evidenciado a atuação focalizada e unidirecionada para aspectos biológicos da assistência, conformando assim um modelo norteado com o saber biológico e neste sentido mais condizente com o predominante no cenário brasileiro.

Com relação a outro aspecto das ações de controle e acompanhamento, o DSC a seguir ressalta a importância de se ter uma equipe de saúde multiprofissional:

O PSF deveria ser dotado de uma equipe, com uma estrutura maior, além de ser multi-profissional, que tivesse o preparo para atuar exatamente de encontro a esse tipo de patologias, de doenças que nós encontramos nos pacientes, nós temos no nosso posto hoje, uma nutricionista, uma fonoaudióloga, nós temos na parte de psicóloga e temos fisioterapeutas que trabalham na linha, do paciente que chega a unidade referenciada. Seria importante que o próprio PSF avançasse, ter mais profissionais atendendo outros tipos de problema. O PSF ter nutricionista, fisioterapeuta lá dentro, outros profissionais que poderiam, que deveriam fazer parte desse atendimento básico. No entanto, para bancar essa estrutura maior, hoje é difícil, no nível do município nós já não temos o incentivo para esse tipo de profissional dentro do contexto do PSF. (DSC – 2M)

Apesar do apelo para necessidade de outros profissionais comporem a equipe, não é explicitado que atuação se espera desses profissionais, o que não nos permite vislumbrar mudanças, ou seja, a inserção de outros profissionais seria para

atender dentro desta mesma ótica ou dentro deste mesmo modelo vigente, apenas “*atendendo outros tipos de problemas*”.

Nesta direção reconhecemos que precisamos investir, junto aos gestores para ampliar a perspectiva de atuação do PSF, até mesmo porque esta equipe multiprofissional deve ser constituída considerando alguns critérios básicos (BRASIL, 1997):

“O enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; a integralidade da atenção; a ênfase na prevenção, sem descuidar do atendimento curativo; o atendimento nas clínicas básicas de pediatria, ginecologia-obstetrícia, clínica médica e clínica cirúrgica (pequenas cirurgias ambulatoriais); a parceria com a comunidade e as possibilidades locais (p. 20)”.

Esses critérios precisam ser apreendidos no processo de trabalho em saúde e, portanto, serem explorados nos programas de educação permanente, de forma que rompam, ou no mínimo questionem, a prática de saúde focalizada e fragmentada entre aspectos preventivos e curativos. Caso contrário, podemos correr o risco de pensar que somente incluindo novas categorias profissionais nas ESF, estaremos fazendo mudanças, o que a princípio pode ser “verdade”, no entanto modelo assistencial permanecerá sem as mudanças pautadas em uma concepção ampliada do processo saúde-doença.

6.2 - ATIVIDADE FÍSICA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

6.2.1 - Caracterização das atividades físicas realizadas no PSF

Este tema engloba as informações extraídas dos questionários realizados com os profissionais que eram responsáveis na condução das atividades físicas junto às unidades de Saúde da Família, e também dos DSCs organizados a partir dos dados das entrevistas.

No quadro abaixo encontramos os resultados dos questionários (ANEXO B) com informações sobre características das atividades físicas realizadas no PSF. Outras informações complementares que também fazem parte do questionário (nas questões de 9 à 13), serão apresentadas no conjunto das discussões.

QUADRO 7 – Caracterização das atividades físicas realizadas no PSF dos municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná

	Questão 1	Questão 2	Questão 3	Questão 4	Questão 5	Questão 6	Questão 7	Questão 8
Muni- cípio	Formação do responsável	Duração de cada sessão	Periodicidade	Horário do início	Tipo de atividade	Nº de participantes	Início do programa	Faixa etária dos participantes
3	Enfermeiro	30 minutos	1 vez ao mês	17:00	Caminhada, alongamentos e dança	150	2 anos e 6 meses	35 a 70 anos
5ª	Fisioterapeuta	1 hora	1 vez por semana	8:00	Caminhadas, alongamentos	70	2 anos	Acima de 60 anos
6	Enfermeira	30 minutos	1 vez ao mês	17:00	Caminhadas, alongamentos, jogos e brincadeiras	200	1 ano	35 a 70 anos
9	Prof. de Educação Física	40 minutos	1 vez na semana	A tarde	Caminhadas, alongamentos e dança	3 grupos de 40	1 ano	Acima de 50 anos
5B	Fisioterapeuta	40 minutos	1 vez a cada 2 meses	A tarde	Caminhada para hipertenso Alongamentos para gestantes	20	6 meses	Gestantes 15 a 45 anos Hipertenso acima de 40
7	Enfermeira	20 minutos	1 vez ao mês	17:00	Caminhada	2 grupos de 20	5 meses	45 a 70 anos
1	Fisioterapeuta	15 minutos	segunda a sexta	8:00	Ginástica laboral	16	2 meses *	20 a 70 anos
8	Prof. de Educação Física	40 minutos	1 vez somente	8:00	Caminhada e alongamentos	90	1 realização	45 – 70 anos
11	Enfermeira	30 minutos	1 vez somente	8:00	Caminhada	95	1 realização	45 – 70 anos

Considerando todo o universo da nossa pesquisa temos setenta ESFs (ANEXO E), porém, quando consideramos somente os municípios integrantes desta pesquisa, este número se reduz para cinquenta e oito ESFs. Destas, em somente nove ESFs tivemos a menção sobre a realização de atividade física. Acreditamos que esta quantidade ainda é incipiente, mas deve ser valorizada, pois estamos falando de uma Regional de Saúde composta de municípios com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) relativamente baixo, se relacionados a todo o Estado do Paraná e, também, ao Brasil, onde outros componentes que se relacionam diretamente às condições de saúde da população estão presentes de forma mais vultuosa.

Verificamos também que dos onze municípios que compõem a 5ª Regional de Saúde do Paraná, em somente oito tivemos o apontamento sobre a realização de atividade física junto ao PSF, sendo que, 44,44% profissionais que estão responsáveis pelas atividades físicas nos PSF não tem formação específica para esta atividade, pois, são enfermeiros. Dos demais, 33,33% são fisioterapeutas e somente 22,22% são profissionais de educação física.

Ao nos depararmos com esta situação: Qual a formação e/ou conhecimento os enfermeiros e os fisioterapeutas tem para indicar e ministrar a prática de atividade física com os usuários do sistema de saúde? Será que sua formação profissional abarca conteúdos referentes a este tema? Nosso estudo não teve a intenção de responder a estes questionamentos, mas, eles nos levam a uma outra questão: neste espaço de intervenção profissional, que é o serviço público de atenção à saúde, temos mostrado a importância da área de Educação Física, bem como o conhecimento aprofundado dos conhecimentos que ela abarca de maneira a nos

diferenciar de profissionais de outras categorias que a priori tem um conhecimento reduzido e fragmentado sobre a prática de atividade física.

Como vimos em alguns exemplos pelo Brasil (MACEDO, 2003; COOFITO, 2003) e veremos em algumas discussões deste nosso estudo, a atividade física não tem deixando de acontecer nas unidades de saúde, mesmo com o profissional de Educação Física ausente.

É importante ressaltar também, que o simples fato do profissional de Educação Física estar inserido no sistema de saúde não garante que a atividade física seja realizada almejando os princípios preconizados pela promoção da saúde.

Embora seja louvável a iniciativa de outros profissionais da área da saúde no incentivo da prática da atividade física, é importante que o profissional responsável pela mesma no PSF ou em qualquer outro espaço referente ao setor público de saúde, tenha conhecimentos não somente da área biológica, mas também dos determinantes sociais e políticos que envolvem a prática da atividade física comprometida com os conceitos de cidadania e emancipação.

Também sobre estes aspectos, dos nove entrevistados, sete citaram a inserção do profissional de Educação Física na estratégia do PSF como importante para melhorar as ações de prática de atividade física. Consideramos isto muito relevante, mas, como discutiremos posteriormente, somente esta inserção não garantirá a realização de ações direcionadas à prevenção de doenças e à promoção da saúde.

Acreditamos que a presença mais efetiva de um profissional de Educação Física poderia, por exemplo, favorecer na melhoria de alguns aspectos falhos neste processo, como é o caso da periodicidade das atividades, uma vez que como já foi citado por Nahas, (2001) e Guedes (1998), é importante uma freqüência na maioria

dos dias da semana para que se possa colher os benefícios fisiológicos preconizados pelos estudos mais recentes.

Com relação à questão número 7, notamos que as ações desenvolvidas a mais tempo, não demonstram uma visibilidade maior para irem se adaptando aos critérios mínimos de periodicidade e tempo de sessão para realização das atividades. O que notamos, através do questionário e também de alguns fragmentos de DSCs, é que o momento da caminhada e/ou da ginástica se constitui como uma motivação para os usuários virem à unidade coincidindo com um dia de reunião para o repasse de medicamentos, pois [...] *ajuda a pessoa controlar mais a pressão e participarem das reuniões.*(DSC – 5D)

O tipo de atividade realizada, na sua maioria, consistiu em exercícios de alongamento e caminhadas, partindo de sugestões do próprio ministrante, não envolvendo maiores complicações para sua organização e realização, desde de que seja realizada de uma forma moderada.

Em relação ao número de participantes, onde verificamos o melhor resultado foi no município 6, tendo atividades mensais, onde se reúnem em média 200 pessoas. O menor score foi no município 1, o que se justifica pelo fato de se restringir apenas aos trabalhadores da saúde.

Estas ações, na sua maioria, são iniciativas recentes, embrionárias, tendo destaque para duas ações (nas equipes 3 e 5A) que já são desenvolvidas a pelo menos 2 anos.

Nas ações abertas a toda a comunidade, os participantes são predominantemente de pessoas com idade acima de 45 anos. Para este grupo de pessoas, essencialmente de 3ª idade, faz-se importante relacionarmos alguns benefícios específicos já comprovados e próprios desta faixa etária, tais como,

melhoria da velocidade de andar, melhoria do equilíbrio, contribuição na manutenção e/ou aumento da densidade óssea, diminuição da depressão, auxílio no controle do diabetes, artrite e doença cardíaca, entre outros (MATSUDO, 2000).

As pessoas participantes das ações, são oriundas da região central dos municípios, entorno da região de abrangência da ESF. Em municípios menores podemos dizer que esta abrangência envolve toda a área urbana, como nos municípios 1, 3, 7 e 11.

O ACS foi um ator social primordial na divulgação das ações de prática de atividade física, convidando e conscientizando as pessoas para o envolvimento nestas atividades. Esta ação coaduna com os pressupostos do PSF, entendendo o ACS, como um ator social importante na implantação de ações direcionadas a promoção da saúde da comunidade.

Como local para a realização das atividades, foi citado a proximidade da Unidade de Saúde central (que muitas vezes coincide com a sede da secretaria de saúde), um ginásio de esportes, um centro comunitários e um salão de igreja, que ao nosso entender pode ser tomada como embriões para o desenvolvimento de futuras ações pensadas de forma intersetorial.

Com relação às dificuldades para continuidade das ações de atividade física, foram citados: falta de interesse das pessoas de nível superior; falta de incentivos financeiros, humanos e materiais; desinteresse e assiduidade dos participantes; falta de profissionais com dedicação exclusiva para estas ações; falta de conscientização da população; condições climáticas; período político, que demanda uma atuação extra do pessoal da saúde.

No que diz respeito às mudanças que os entrevistados acreditam que devem ser implementadas para melhorar estas ações no PSF, relacionamos: trabalhar a

prevenção desde a escola; ter um incentivo, um medicamento; ter uma equipe multiprofissional e disponibilizar um ou mais profissionais para realizar as atividades físicas com mais frequência.

No final da aplicação do questionário, oportunizamos de forma opcional aos entrevistados a possibilidade de sugerir/comentar/criticar/enfatizar alguma informação que considerasse relevante, mas não foi contemplada no questionário.

No quadro abaixo estas informações encontram-se sistematizadas:

QUADRO 8 – Observações originadas do questionário sobre a caracterização das atividades físicas realizadas no PSF dos municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná

MUNICÍPIO	Observações
3	<ul style="list-style-type: none"> • A atividade física era indicada principalmente para pessoas com diagnóstico de doenças cardiovasculares • Pacientes ficaram mais conscientes • Existia a presença eventual do profissional de EF
5A	<ul style="list-style-type: none"> • Era realizada a aferição da PA antes e depois das caminhadas • Após três meses registrava-se melhoras dos níveis de PA e conseqüentemente uma diminuição de medicamentos
7	<ul style="list-style-type: none"> • Verificação de PA • Premio para os que baixarem seus valores de um mês para o outro
8	<ul style="list-style-type: none"> • Durante a realização das atividades, o carro de som acompanhava à frente, e ambulância atrás, caso fosse necessário algum atendimento emergencial
9	<ul style="list-style-type: none"> • Ação intersetorial entre as secretarias de Promoção Social, Saúde e Esporte • A idéia surgiu de um projeto da Secretaria de esporte envolvendo a 3ª idade

Sobre este quadro o que mais nos chamou a atenção, foi a citação do município 8, onde a ambulância acompanha a atividade de caminhada, pois caracteriza que esta atividade pode ser maléfica para alguns.

E importante refletirmos que quando temos um programa de atividades físicas e incluímos muitas pessoas nele, as que têm algum tipo de problema de saúde específico necessitam de uma avaliação médica mais acurada, com liberação informando que tipo de atividades e que esforço poderiam se submeter, isto significa integração de saberes, isto significa planejamento das atividades, isto significa política de saúde em prol do cidadão.

6.2.2 - Enfoque preventivista da atividade física

O conjunto dos DSC, a seguir, permitem evidenciar que os gestores desta investigação reconhecem que o PSF promoveu a queda na morbidade e na internação por doenças crônicas, destacando como responsáveis por esses dados estatísticos as ações de prevenção desenvolvidas. Essas ações previnem o aparecimento de doenças. Nesse fragmento os secretários chamam a atenção de que os resultados não são imediatos.

Buss (2002) enfatiza que a maioria das doenças não-transmissíveis (doenças cardiovasculares e cerebrovasculares e certos tipos de câncer muito freqüentes) tem fatores de risco comuns que devem ser combatidos em bloco, numa estratégia conjunta que inclui ações simultâneas de promoção e prevenção. No DSC foi enunciado o aspecto preventivo e um enfoque promocional centrado no estilo de vida individual, fundamentado no saber biomédico.

Motiva mais eles, para que realmente eles procurem estar atrás dessas informações, dessas orientações, porque a um bom tempo atrás era muito pequeno esse numero de hipertensos e diabéticos, que participavam, e na medida que a gente começou a correr atrás, a fazer essas caminhadas, a gente viu realmente assim um interesse, e um aumento bem maior de adeptos, pessoas interessadas e preocupadas com essa questão, eles começam a entender que é importante, a responsabilidade deles na parte do autocuidado, eles se cuidarem para eles ficarem bem, que não é só tomar remédio, tem muito outras coisas relacionadas ao controle do diabetes e hipertensão, a gente percebe o interesse deles e esse entendimento que não é só o remédio em si (DSC- 5F).

Desde quando começou as equipes de PSF em 2002 a gente achou que era em vão o trabalho que estava sendo feito, em 2003 teve uma pequena melhora, agora em 2004, é absurdo o tanto que houve de melhora, diminuiu o número de internamento, diminuiu o número de internamento por AVC, infarto diminuiu muito assim a questão de

internamento de idoso, então está tendo um retorno muito grande, prevenção sempre foi e é a melhor saída, a gente já está notando um numero, baixou muito o numero de enfartos no município, problemas de derrames, então diminuiu bastante (DSC - 5C).

Entre as ações que vem sendo desenvolvidas nos PSFs, foi também reconhecida a atividade física, *fazer essas caminhadas*, que no conjunto trouxe benefícios para a saúde das pessoas. Esta associação está sendo intensamente estudada na atualidade. Quando falamos dos benefícios de prevenção, estamos falando de aspectos diretamente relacionados à uma doença, sejam eles no sentido de se prevenir o acometimento, ou agravo de alguma enfermidade já instalada, ou até mesmo na reabilitação de alguma situação, Matsudo et al (2000) e Nahas (2001) são autores que se empenham nesta vertente.

São nessas declarações produzidas nas experiências de implantação desta estratégia do PSF que vislumbramos brechas para operamos com atividades que vão para além daquelas de cunho exclusivamente de ordem curativa, mesmo que ainda se volte mais propriamente para prevenir doenças, centradas nos aspectos de cunho biológico.

Outro aspecto apontado pelos gestores entrevistados é que com a implantação do PSF e através de atividades de prevenção de doença houve diminuição de custos.

Fazendo promoção, prevenindo, você vai baixar muito custo, porque o município gasto muito hoje com ida pra lá, ida pra cá, fisioterapia, pra uma pessoa que dá um enfarto aí, além de ver o lado humano da pessoa, a despesa é muito grande para o município (DSC - 5E).

A depender de quem fala e de onde fala esse atributo poderia ser ou não reconhecido, e em nossa pesquisa era de se esperar, pois em se tratando de

gestores da saúde, esses atores sociais são responsáveis, também, pela aplicação de verbas na organização dos serviços de saúde. Interessante que a produção dos entrevistados também destaca além do lucro financeiro o lucro social. O aspecto financeiro não deve ser primordial para a decisão de se incrementar ações ao PSF, mas, a nosso ver, esta decisão deve estar embasada pelo compromisso de mudança do modelo assistencial para se dar condições dignas de atendimento às comunidades.

O DSC abaixo nos permite também acreditar em potencial de mudança, quando já é possível identificar, através dos gestores, o interesse dos usuários por ações de outra natureza, ou seja, diferentes daquelas constituintes do modelo biomédico vigente.

Falam muito em ginástica, esses negócios de ginástica. Um médico cardiologista de SP, ele falou que uma das melhores ginásticas é caminhar, 30 minutos por dia. O PSF está em fase de melhora, melhorar ainda mais se atingir algumas metas ainda, íamos fazer uma ação, para poder caminhar.É motivado fazer caminhada, isso tem acontecido com frequência, fazemos as caminhadas todas as terças-feiras e a participação deles, eles são muitos, eufóricos. Sabemos que os diabéticos e os hipertensos principalmente, com atividades físicas, caminhadas, alimentação adequada, vão diminuir o medicamento (DSC- 2B)

Mudar é possível, mas é importante lembrarmos que as mudanças são lentas, por isso, precisamos valorizar as pequenas mudanças no cenário atual. Assim, ao percebermos que estas mudanças geram mais adesão entre as pessoas da população, quer seja, por preocupação com sua saúde ou por interesse nas práticas de ginásticas e caminhadas citadas, estas devem ser estimuladas, não se limitando somente ao uso exclusivo de medicamentos como ação de prevenção de doenças.

É importante reconhecermos o avanço que é a visão de acreditar na inclusão da prática de atividade física como ferramenta importante na direção da prevenção de doenças.

6.2.3 - Enfoque promocional da atividade física

Existem diversas conceituações para Promoção da Saúde, tendo aquelas que privilegiam somente aspectos biológicos, as que enfatizam mudanças no estilo de vida como determinantes promocionais da saúde, e também as que incorporam ações que devem buscar diminuir ou mesmo superar as iniquidades sociais e comprometer-se com a emancipação dos indivíduos.

Os gestores demonstraram em seus discursos que a atividade física deve ser exercitada visando à melhoria da capacidade de locomoção das pessoas, essencialmente nos idosos. Isto pode significar uma certa autonomia, independência, com possibilidades de se relacionar mais com as pessoas, cuidando eles próprios de seus bens, e conseqüentemente, haverá produção produzir saúde com vista à promoção da saúde.

A perda da resistência orgânica, da mobilidade e da força muscular atribuída ao envelhecimento é em grande parte resultado da pouca atividade física realizada habitualmente pela maioria das pessoas.

Não fazendo exercício, a perna fica doendo, tudo isso é falta de exercício. Então você fazendo esse exercício com eles (os velhinhos) melhora em tudo, para poder se locomover melhor, poder ir até o banco para poder receber, a gente sempre incentiva também a não deixar familiares ir receber, eles mesmos irem, para eles poderem estar andando, para estarem se locomovendo, mexendo, se exercitando, se movimentando, produzindo saúde (DSC - 5B).

Sem dúvida o DSC acima desta um enfoque dos benefícios da atividade física nos aspectos neuromusculares, e mesmo de forma não tão explícita, tem um apontamento para explorar a não dependência do idoso com seus familiares, implicando na possibilidade da promoção de uma certa autonomia.

Esta visão tem proximidade com os aspectos levantados por Dantas (1997) em seu estudo com idosos, ao trazer os benefícios da atividade física também ligados aos aspectos sociais e psicológicos, no entanto, abordando o social enquanto relações de ordem mais pessoal, individual e inter-pessoal.

É muito importante, eles ficavam mais animado, eles vem, para descontraír, faz um sarauzinho para eles estarem dançando entre eles. Realmente você sente assim o ego deles fica maior e com isso o ânimo deles melhora e automaticamente, até a hipertensão deles baixa, porque o ânimo melhorando, não fica depressivo e tal, eles têm uma animação a mais, ate para sair de casa, ir na casa do vizinho conversar ou ir passear e isso ajuda, porque ficar só dentro de casa realmente prejudica (DSC - 5A).

No DSC acima os gestores declararam que através da atividade física, neste caso específico, a dança, *as pessoas ficam mais animadas, melhoram sua auto estima, evitando a depressão.* O convívio com vizinhos também surge como um resultado das ações, permitindo a socialização e evitando o isolamento.

Nesta direção Costa (2003) nos afirma que o fator que mais contribui para motivar os indivíduos para a prática de atividade física é o prazer que ela proporciona.

Marcellino (1983) afirma que não há um consenso entre os estudiosos sobre o conceito¹ de lazer, pois este se caracteriza por ser um termo carregado de

¹ Como parâmetros para balizar nossas discussões referentes à temática do lazer utilizaremos um conceito citado por Marcellino em sua obra "Lazer e Humanização". Este conceito de Dumazedier, entende que o lazer "é o conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou, ainda para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora, após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais"

preferências e juízos de valor. Ressalta ainda que existe uma tendência entre os especialistas “no sentido de considerar duas variáveis - tempo e atitude – na conceituação do lazer, quase sempre enfatizando as qualidades das atividades desenvolvidas” (p. 25).

No próximo DSC os secretários incluem a questão do lazer

No interior o pessoal tem pouca coisa de lazer para fazer, começa com os pequenos grupos e mais tarde isso vai crescendo e habituando a eles a fazer alguma coisa então isso é válido (DSC - 5G).

Não poderíamos deixar de expor que apesar dos benefícios resultantes das atividades físicas vinculadas ao lazer, os DSCs acima traduzem as mesmas como ações direcionadas a pequenos grupos de pessoas, tendo um caráter *individual*, mas com potência para se tornar uma ação mais preocupada com os aspectos coletivos das relações. Pensamos que a ampliação das possibilidades de lazer pressupõe uma política pública com vistas a atingir e privilegiar os diversos grupos sociais, numa perspectiva de promover a equidade.

O que esperamos das propostas de atividade física junto à estratégia do PSF, não é uma visão disciplinadora dos corpos e da vontade das pessoas. Ao defendermos esta prática, acreditamos que a atividade física pode ser uma forma de emancipação das pessoas, principalmente se ela for uma estratégia que possibilite ajudar na identificação e no atendimento às necessidades das pessoas, e não do mercado.

6.3 - PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde tem várias correntes que enfatizam diferentes formas de conceituá-la, as quais vem sendo construídas no transcorrer da história. O reconhecimento desta temática torna-se evidente quando se constata um número de eventos e textos sobre a mesma, como, por exemplo, nos últimos 25 anos, a realização de cinco Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde sob o patrocínio da OMS (CARVALHO, 2002).

6.3.1 - Concepção limitada do processo saúde-doença

Demonstrando uma visão mais focada na doença, os aspectos da prevenção estiveram muito presentes nos DSCs.

A prevenção é um tema antigo e muito próprio da saúde pública, sendo traduzida como uma intervenção capaz de reduzir a probabilidade de uma doença afetar um indivíduo, e também, a capacidade de interromper ou diminuir o progresso de uma doença ou reduzir as incapacidades que estas podem provocar.

Esta concepção está invariavelmente presente na fala dos secretários de saúde desta pesquisa. Podemos notar em cada discurso uma grande preocupação com a saúde dos usuários, em especial, na perspectiva da ausência da doença.

Verificamos então, que nesta pesquisa os gestores não demonstraram ter, pelo menos num primeiro momento, uma visibilidade de relacionar problemas sociais com problemas de saúde, e mesmo quando se falou em promoção da saúde, seus

discursos se pautavam em conceitos mais direcionados a problemas de saúde atrelados à situações de doenças.

A concepção de saúde expressa pelos DSCs a seguir ainda mantém em seu teor a idéia de saúde como ausência de doenças

o que é que deve ser feito pra prevenir, para que não tenha doença, levar orientação pra esse pessoal (DSC – 1D).

[...] orientar a população o que ela deve fazer pra não ficar doente [...] (DSC - 1B)

[...] nós temos que achar uma maneira de que essas pessoas entendam o que elas devem fazer. Porque não é só uma obrigação da saúde, [...] é também o paciente ser orientado, e este cumpra essas orientações [...] (DSC – 2C)

A gente não fala só do problema de pressão, não só vê a pressão, mas sim passa o medicamento, eles fazem muita pergunta, posso comer aquilo, posso comer aquele outro, esse outro me faz mal, aquele outro não faz mal, posso tomar chimarrão? Posso tomar café? (DSC – 2G)

Também fica evidente nestes fragmentos a concepção da responsabilidade individual do homem no processo saúde doença, como se as suas atitudes fossem a única causa de sua doença ou de sua saúde, reduzindo e naturalizando todo esse complexo processo de viver. Desta forma, a população é tomada como um objeto passível de intervenções prescritivas reforçando assim, que a educação em saúde é um instrumento de caráter disciplinador reduzido a si próprio. Neste sentido, na medida em que o outro se torna apenas depositário das informações, essa educação verticalizada não é uma educação que poderia prever um processo emancipatório.

Outra questão que nos inquieta é sobre o fato do DSC trazer o termo “paciente” para se referir ao usuário do serviço de saúde. Apesar da nossa inquietação, percebemos uma coerência no discurso dos gestores, pois como já foi elucidada anteriormente, a concepção que o gestor traz de educação, está pautada numa visão modeladora, onde o educando é visto como “uma tabula rasa, uma folha em branco” (BECKER, 1985). Reforçando esta idéia, podemos entender que mesmo muita elaboração, quando o termo “paciente” é utilizado pelo gestor, a sua percepção de usuário pode ser compartilhada com algumas definições do Dicionário Aurélio, que dizer que paciente é “aquele que recebe a ação praticada por um agente, aquele que espera serenamente um resultado” (FERREIRA, 1988, p.473).

Desta forma vai se evidenciando cada vez mais um fato comum entre os profissionais de saúde, que diz respeito a negar as potencialidades e autonomia dos usuários atendidos pelo serviço de saúde.

O conjunto de DSCs acima também demonstra que mesmo quando se fala de *outros problemas*, tanto a preocupação da população, quanto da ESF, se norteiam pelos aspectos da doença, e de uma dependência do usuário com relação ao profissional de saúde. Os aspectos de autonomia e emancipação não se mostram presente, reforçando uma visão restrita do processo saúde doença.

Outro termo que apareceu nos DSCs para expressar a visão dos gestores sobre o que vem a ser promoção da saúde foi a epidemiologia:

Promoção da saúde é... fazer a epidemiologia do município trabalhar os exames preventivos, essas taxas de leishmaniose, de HIV, pois a epidemiologia, ela envolve muita prevenção... (DSC – 3F)

Segundo Czeresnia (2003) o objetivo formal da epidemiologia “é inferir a causalidade, avaliando a probabilidade da ocorrência de eventos de doença em indivíduos e/ou populações expostos a determinados fatores” (p. 50). Apesar de se

propor a utilizar o método matemático, para mensurar riscos individuais e/ou coletivos, a autora ressalta que o que ele estima é o *efeito casual médio*. Este aspecto denota uma redução tanto do ponto de vista individual quanto coletivo.

Defendemos os dados epidemiológicos como ferramentas importantes para o trabalho em saúde, mas lembramos que a utilização de informações produzidas por meio dos estudos de risco, se for empregada sem levar em consideração o contexto em que elas foram produzidas, podemos correr o risco de uma intervenção de caráter pontual e transitório.

Nos fragmentos de DSCs a seguir podemos verificar algumas dificuldades dos gestores em definir promoção da saúde:

Quando o paciente precisa realmente de um atendimento ele não pode esperar, aquela pessoa que não tem condições de poder pagar o médico particular, ele vem e nos procura, porque na hora que você precisa de uma vaga no hospital, não existe a vaga, mas a pessoa que precisa não pode ver que o médico não está sendo bem pago, que o sistema não paga, ele precisa ser atendido. (DSC - 3E)

É o atendimento de média e de alta complexidade, porque há uma demanda grande, a espera do serviço, a espera de especialidade de média e de alta complexidade. (DSC – 3L)

uma caixa cheia de remédio, de medicamentos (DSC – 3C).

Tem que se prevenir, eu acho que tudo caminha para que se faça uma prevenção bem feita para evitar o que se tem hoje, que é o acúmulo de atendimento nas áreas emergenciais de saúde [...] (DSC – 3F)

Essas dificuldades aqui destacadas são dos sujeitos desta pesquisa, no entanto sabemos que não são exclusivas desse grupo, pois essa dificuldade de

conceituar promoção está presente de modo geral, entre a população e mesmo entre grande parte dos profissionais.

Estes DSCs contém “equivocos” que Lefevre (2004) ressalta a necessidade de se eliminar

“um equívoco persistente e que tem a ver com o fato de que, desde a clássica formulação de Lewel e Clark, de 1976, a promoção da saúde vem sendo entendida como um subconjunto da prevenção, ou, mais precisamente, como um nível (o mais básico, abrangente e inespecífico) de prevenção” (p. 36).

Nos DSCs acima destaca-se uma preocupação dos gestores com o pronto atendimento, com as demandas de alta e média complexidade e com o oferecimento de medicamentos aos usuários, demonstrando uma proximidade com os níveis de prevenção de doenças definidos por Leavell & Clark, que são embasados no conceito de história natural da doença.

Os gestores demonstraram uma preocupação com o investimento nos profissionais que atuam na área da saúde, pois acreditam ser importante “*ter mais investimentos, pois investindo mais nos profissionais, estará valorizando o profissional que está cuidando*” (DSC – 3A).

Noutro discurso é enfatizado que seria intenção dos secretários “*ter mais gente para trabalhar com o pessoal da saúde, ter mais 3 ou 4 funcionários, montar outra equipe de PSF*” (DSC - 3B), pois a sobrecarga de serviços pode gerar falta de organização das ações e dificultar o trabalho.

Acreditamos que essa valorização dos profissionais de saúde deve passar também pela quantidade de pessoas trabalhando nas equipes, ou mesmo, pela intenção de se ter mais uma equipe para aumentar a cobertura da população e, conseqüentemente, aumentar as possibilidades de ações para melhoria da saúde da população.

Somos favoráveis de uma política de valorização dos recursos humanos no serviço de saúde, pois, estes são “reconhecidamente o mais importante insumo da saúde” (BARATA, 2003, p.11, grifo do autor). Também pactuamos com o autor, quando este afirma ser a questão salarial, bem como prêmios e incentivos aos funcionários, a divisão das funções de forma bem definida, ter soluções justas para a contratação e para o regime de trabalho, são pontos importantes para melhorar a qualidade dos serviços prestados em saúde, que podem também refletir no dia-a-dia da prática de saúde e na possibilidade de promover a saúde do trabalhador.

6.3.2 - Concepção ampliada do processo saúde-doença

Neste momento traremos discursos que expressam passos em direção a uma concepção do processo saúde-doença de forma mais ampliada, nos afastando da saúde entendida somente como a ausência de doenças.

Como citado por Lakatos (2003), devemos entender “que se a doença surge e afeta as condições ou relações sociais em que o ser humano vive, então ela é um fenômeno social que deve ser estudado enquanto tal, e enquanto fenômeno, só pode ser completamente inteligível em um contexto biossocial” (p. 77).

Nesta linha de raciocínio os gestores expressaram uma preocupação com os aspectos sociais que envolvem o processo saúde doença.

É o indivíduo ter boa renda, boa escolaridade, ter lazer, ter um bom relacionamento familiar, ser feliz nessa casa, ter realização profissional, cultura, ter uma residência adequada, banheiro que tenha rede de esgoto, tenha água tratada na residência. O modo de relacionamento com a sociedade, com a família consigo mesmo também entra nisso. É a parte social da saúde, são ações inter-setoriais. (DSC – 3G)

Quando pensamos em promoção da saúde, entendemos que aspectos como os citados acima devem estar presentes. Proporcionar melhores condições de vida para as pessoas, fazendo com que elas adquiram hábitos que as levem a ter mais disposição para viver, também devem ser objetivo de todo gestor.

Enxergar os problemas com uma visão ampliada de saúde exige olhar além do problema eminente, tentando focar ações básicas, mas, não menos importantes, que norteiam e influenciam esta situação problema. As pessoas precisam sentir valorizadas através de:

[...] ações benéficas que produzem o bem para o indivíduo, no sentido de manutenção do estado de saúde. O ambiente, a situação do ambiente, a situação dos hábitos de vida entra nisso também, é procurar o bem-estar pessoal, físico da pessoa contribuindo para que o indivíduo mantenha ou até alcance saúde num estado mais continuado, é o paciente se sentir bem, é estar integrado na sociedade, é ele ser alguém. (DSC – 3H)

As ações em saúde devem atender aos princípios gerais do SUS com relação à universalidade, equidade e integralidade (SANTINI, 1991), e neste sentido, verificamos a incorporação destes princípios pelos gestores em seus discursos, ao declararem que a promoção da saúde é:

[...] um direito de todos, não distinguimos nenhuma classe, nem o pobre nem o rico, quem procura a saúde é atendido igualmente. E fazer um trabalho para a coletividade, pensando na população. (DSC – 3D)

Nos últimos DSCs aparecem vários aspectos que destacam um alargamento da percepção dos gestores na direção de uma concepção ampliada do processo saúde-doença. Itens como *renda, escolaridade, lazer, relacionamento familiar, casa, rede de esgoto, água tratada, relacionamento com a sociedade, ações intersetoriais,*

situação do ambiente, bem-estar, ser alguém, direito, coletividade, um direito de todos, entre outros, que até então não faziam parte dos DSCs, aparece com potencialidades de ampliar as discussões e o entendimento de que as políticas públicas voltadas para a saúde envolvem complexas relações, não podendo ser implementadas através de visões fragmentadas, nem tampouco direcionadas somente a aspectos biológicos do processo saúde-doença.

O propósito do PSF “é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias...” (BRASIL, 2005).

Não só resolver os problemas, mas diminuir, ir à tona de alguns problemas. Pacientes vindo à procura de um trabalho da saúde, porque foi alertado de alguma coisa, porque existe um trabalho, ou de repente você vai de encontro ele com a equipe do médico, enfermeiro, do auxiliar que vai fazer esse trabalho na saúde, ver os efeitos que vem causando para a família do nosso município. (DSC – 3K)

Acreditamos que se uma ESF pretende pautar suas ações em uma visão ampliada do processo saúde-doença, é importante considerar a família nas suas relações tanto intra, como extra familiares e também na sua luta cotidiana para a sobrevivência. Diante disto é necessário (re) pensar uma equipe que vá “ao” encontro e não “de” encontro às necessidades expressas pela comunidade e, isto somente será possível se os profissionais de saúde se despirem daquela *visão modeladora*, que entende o usuário como receptor de conhecimento, desprovido de saber. Consideramos então, que a pessoa é fruto das suas relações com o meio em que vive, com o outro e consigo mesmo e, portanto, como afirma Freire (2000) “ninguém ensina nada a ninguém, mas todos aprendem com todos”.

A quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta, em 1997, foi um momento para se reexaminar os determinantes da saúde, e

identificar as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde para o século XXI. Uma das estratégias colocada como relevantes, visando a participação de todos os países, foi “aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo”. Esta preocupação também ficou bastante evidente na visão dos secretários de saúde ao afirmarem que

a população fazer a parte dela também, ela ainda não se conscientizou da importância que realmente tem em fazer a parte dela também. Quando depende um pouco do lado da população mesmo, falta muito ainda, deixa muito a desejar, então é uma questão de cultura. (DSC – 3J)

De acordo com as ações preconizadas na Carta de Ottawa para a promoção da saúde, ao pensar em aumentar a participação da comunidade, é preciso proporcionarmos a ela, um total e contínuo acesso à informação e as oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, pois “é essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas” (BRASIL, 2001 a, p.22).

Uma população consciente e participativa neste processo de encontrar soluções para os problemas de saúde numa visão ampliada de saúde pode trazer muitos benefícios para a melhoria da qualidade dos serviços no sistema de saúde.

6.3.3 - Primeiras aproximações: do nada a intenção.

Durante as entrevistas os secretários tiveram a oportunidade de exemplificar quais ações de prática de atividade física foram desenvolvidas durante o seu

mandato com vistas a se aproximar de um conceito ampliado do processo saúde-doença.

No DSCs a seguir verificaremos alguns relatos de atividades realizadas nos municípios que compõem a pesquisa.

o fisioterapeuta, nosso aqui, começou a incentivar todos os profissionais, todos os funcionários a chegarem 10 minutos antes da hora, e fazia um pouco de ginástica com todo mundo (DSC – 4A).

As nossas auxiliares de enfermagem, os agentes comunitários incentivam. Existem algumas pessoas às vezes que fazem uma caminhada, um desfile, quando chega o dia da dengue, o dia da Aids, a gente faz tipo um manifesto pela rua, é o único exercício que é feito, no dia do idoso que na verdade é junto com o dia do hipertenso, então por enquanto só fazemos uma vez por ano mais assim exercício físico não, mas hoje temos fisioterapeutas que se reúnem com hipertensos, para fazer uma caminhada, e no PSF a idéia partiu de uma enfermeira (DSC – 4B).

Como já relatamos anteriormente, a organização e implantação de práticas de atividade física no PSF dos municípios que compõem este estudo, não tem sido responsabilidade do profissional de Educação Física. Nos DSCs acima podemos verificar a presença de outros profissionais incentivando estas ações. Notamos também que as ações não surgem de necessidade solicitadas de forma verticalizada pelo do gestor, mas, da própria iniciativa dos profissionais de saúde, por outro lado, em nenhum caso relatado, o secretário impediu a realização de tais iniciativas.

Outra característica demonstrada no discurso acima foi o caráter campanhístico das ações de atividade física, que ao serem realizadas somente em um dia isolado, ou uma vez no ano, se distanciam de uma das principais características de uma política de promoção da saúde, que diz respeito ao aspecto permanente ou pelo menos duradouro das intervenções (LEFEVRE, 2001).

Nos próximos DSCs temos a “aparição” do profissional de educação física como ministrante de atividades físicas para pacientes com doenças crônicas, especialmente a hipertensão e a diabetes.

Nós temos alguns trabalhos feitos em conjunto entre a promoção social, que é uma outra secretaria, aonde se desfruta a parte de educação física, que é a terceira idade, através dos grupos que tem um trabalho, que também são ligados, fazem parte da demanda do PSF, e cada PSF tem esse trabalho em parceria com a promoção social, onde, além do professor de educação física que vai ensinar algumas coisas, tem também o atendimento médico, mas isso só no caso da terceira idade (DSC – 4E).

Seria de extrema importância para esse pessoal que a gente pudesse levar o professor de educação física, alguém para que esse pessoal fizesse um exercício, mas fizesse esse exercício orientado por alguém da área, que desse os exercícios corretos, para que essas pessoas fizessem (DSC – 5H).

Fica evidente no discurso dos gestores que o profissional de Educação Física está presente nas unidades de PSF, somente como um ministrante de atividades físicas.

Através de informações complementares, anotadas durante a aplicação do questionário, uma enfermeira do município 8 relatou que a função do profissional de Educação Física “foi somente para realizar a parte prática do evento, não participando da elaboração da proposta inicial para esta ação”. Também no município 9, a enfermeira do PSF informou que o profissional de Educação Física restringiu “sua participação na realização das atividades, não se envolvendo de

forma mais ativa na elaboração da proposta, devido a compromissos com sua secretaria de origem, no caso, a de Promoção Social” (informação verbal)¹.

Verificamos também que as ações de atividade física envolveram uma parceria entre duas Secretarias (Saúde e Promoção Social), mas vale ressaltar que estas não se constituem uma ação intersetorial, pois não houve um momento de se construir as intervenções de maneira conjunta, porém acreditamos que o fato de se mobilizar os diferentes profissionais para a realização de uma ação em prol da saúde, deve ser valorizada como primeiras intenções, mesmo que incipientes, de se mudar a realidade do cenário do sistema de saúde atual.

Outro aspecto destacado pelos secretários é que a inserção de um profissional de Educação Física possibilita uma melhor orientação para a realização da atividade física, perfazendo um discurso coerente, mas, salientamos que a simples presença de um profissional qualificado não garante uma mudança de enfoque das intervenções, é preciso que este seja comprometido com princípios que norteiam uma prática vinculada à promoção da saúde.

Com relação à realização de atividade física alguns secretários não citaram nenhuma ação específica que foi realizada, mas citaram quais seriam suas intenções.

Até então não temos um programa dirigido da própria secretaria, por mais que é de fundamental importância para um trabalho preventivo, nada foi realizado. Não temos, também em função da cultura deles, porque além de eles serem hipertensos, ser doentes, ele acha que tem que ficar sentado, ele não pode andar muito, ele não pode se preocupar porque a pressão dele vai subir, não posso andar, não posso caminhar porque minhas pernas vão inchar e também, não temos pela questão do ajuste financeiro (DSC – 4C)

¹ As informações sobre as ações de atividade física realizadas nos PSFs dos municípios 8 e 9 foram fornecidas verbalmente pelas enfermeiras responsáveis por estas unidades e anotadas pelo pesquisador logo após as o preenchimento dos questionários.

Neste DSC podemos observar que os gestores valorizam a importância da prática da atividade física ao mesmo tempo em que culpabilizam a população pela ausência de iniciativas desta natureza. O discurso deixa claro que a atitude da população deriva de uma falta de informação e conscientização sobre suas possibilidades de realizar atividade física, mesmo numa situação de doença crônica e também, sobre os benefícios proporcionados por esta prática.

Para reforçar nossa afirmação acima, nos reportamos a experiência do município de Sobral/CE, quando da prática da caminhada com um grupo de idosos, teve como um dos seus resultados, a melhoria do condicionamento físico, deixando as pessoas mais dispostas para seus afazeres cotidianos (COELHO; OLIVEIRA; CANUTO, 2004).

6.3.4 - Identificando saídas para reverter o processo

Neste momento discutiremos se os gestores relacionaram os conceitos teóricos, de promoção e prevenção com a prática, pois eles tiveram a possibilidade de expressar sua opinião acerca da atuação do profissional de Educação Física inserido diretamente no sistema de saúde de seu município.

Sabemos que a simples inserção de um profissional de educação física atuando no sistema de saúde não vai mudar a situação atual, pois a mesma está muito enraizada numa visão curativa, não enfatizando a criação e aquisição de hábitos saudáveis e envolvimento com as diretrizes das políticas de saúde do SUS mas *“a inserção do professor de educação física pode reverter esse processo, podendo criar ao invés de um círculo vicioso, um círculo virtuoso”* (DSC - 6I) onde as pessoas possam se estimular a adotarem um estilo de vida ativo, ao invés de hábitos nocivos,

como o sedentarismo. E nesses encontros, previstos para se trabalhar estilo de vida mais saudável, também ir elaborando estratégias que permitam que os participantes se motivem para serem sujeitos ativos na implementação de políticas públicas comprometidas com as recomendações da Carta de Ottawa.

Com relação à estrutura do PSF, foi citado que seria importante que o programa já tivesse consolidado, ou seja:

no mínimo depois de 2 anos do saúde da família implantado, aí deve começar ações bem claras, eu creio que o saúde da família tem que estar mais maduro. (DSC - 6J)

Estar maduro, neste caso, não diz respeito somente ao fator tempo, mas, principalmente, às ações realizadas para a consolidação do programa como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial.

Todo o município participante desta pesquisa tem o PSF implantado, uns há mais tempo (6 anos), outros a menos (1 ano e 3 meses), mas, na prática, o modelo de assistência ainda não está consolidado, seguindo, muitas vezes, o modelo biomédico. É importante ressaltar que o PSF não pode ser visto como uma intervenção unilateral e curativa, pois se pretende com este programa um novo modelo assistencial de saúde, tendo como objetivo “o diagnóstico e a abordagem dos agravos de uma forma mais integral, indo além da concepção biológica, contextualizando o indivíduo em sua realidade familiar e social” (FREITAS, 2001, p. 1104).

6.3.5 - Organizando parcerias para as ações de educação física

Algumas falas dos secretários pautaram-se numa preocupação em organizar ações para viabilizar a realização de atividades físicas no PSF.

A falta de um local específico para a prática foi citada como algo importante para consolidar as ações:

Eu acho que deveria ter um local, uma quadra de esportes (DSC - 6B).

Sem dúvida o local é necessário e, conseguir esse espaço poderia ser uma questão para ser dividida com outros secretários, com outros atores sociais da comunidade, como também ser uma tarefa daqueles que de alguma forma forem convidados e aceitarem exercitar o trabalho em conjunto para um “bem comum”. Quando há envolvimento com um projeto, a criatividade é muito potente para ajudar resolver dificuldades.

Também foi frisada a importância de se desenvolver um trabalho com regularidade e com continuidade.

A vontade da gente, é que isso ao invés de se tornar um momento singular, esporádico, campanhístico, se torne algo continuado, todos os dias, e aí talvez o professor de educação física conseguisse trabalhar (DSC- 6E).

Considerando que as ações de atividade física devam ser regulares para trazer benefícios à saúde das pessoas, sendo indicado que se acumule pelo menos 30 minutos diários de atividades moderadas, preferencialmente em todos os dias da semana (MATSUDO et al, 2000), este DSC evidencia o reconhecimento da prática de exercícios físicos não ficar apenas em momentos pontuais, o que pode significar, um sinal com potência para mudança.

Também é importante a participação de outros setores, que não somente o setor saúde, numa perspectiva intersetorial de assistência, conforme já citamos anteriormente:

Creio que para não haver duplicidade de ações, seria muito interessante ação intersetorial, da secretaria da educação e programa saúde da família (DSC - 6F).

A esta perspectiva intersetorial, junta-se a dinâmica interdisciplinar de atuação, como no município de Sobral, estado do Ceará, quando da inserção do profissional de Educação Física na estratégia de saúde da família (COELHO; OLIVEIRA; CANUTO, 2004). A inserção, neste caso, se deu numa perspectiva interdisciplinar de atenção, onde a autora relata que, nesta época, existia 36 equipes de saúde no município, necessitando de uma intervenção com atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. A demanda de políquelosos era significativa, principalmente em pessoas da terceira idade, mas só existia um profissional de Educação Física contratado pela saúde, que não daria conta de suprir toda a demanda. Como era uma proposta interdisciplinar, com a participação de toda a equipe das unidades de saúde, em apenas seis meses já se tinha 16 grupos de caminhada estruturados, e, posteriormente, houve a incorporação de mais três profissionais de Educação Física ao sistema de saúde.

Os secretários entrevistados neste estudo também sugerem estratégias para organizar ações relativas a atuação do profissional de Educação Física, conforme apresentado no DSC abaixo:

Fazendo esse desenho de pólos, por exemplo, um professor de educação física para 6 equipes (DSC - 6H).

Como no exemplo de Sobral, não há necessidade de um profissional de Educação Física em cada PSF, mas o mesmo profissional poderá atender mais de

um pólo, estruturando assim um pólo para atividade física, conforme a demanda da população e dependendo de sua disponibilidade dentro da carga horária designada para desempenho de suas funções no setor de saúde.

6.3.6 - Identificando espaços para atuação do profissional de educação física

Em outros discursos, já foi citada a importância de se inserir este profissional no PSF, todavia, neste momento temos alguns DSCs que de uma forma mais clara, indicam como deveria se dar esta inserção.

Em primeiro lugar, acreditamos que a inserção do profissional de Educação Física não tem sentido se o mesmo estiver isolado num gueto, desempenhando seu papel sem nenhum momento de partilha ou discussão com os outros profissionais da saúde, ou seja, sem pensarmos em ações de caráter interdisciplinar. É importante também, que ele mesmo comprometa-se com o desenvolvimento de ações que construam uma concepção mais ampliada do processo saúde doença, tanto junto à equipe, como junto aos usuários

Acho que a gente poderia conversar para ver as idéias dele, o que ele poderia ajudar. A pessoa (profissional de educação física) sabe trabalhar, sabe no que ele pode ajudar, tem tanta coisa que pode ser feita em saúde, com certeza teria muita coisa, atividades que venham realmente resultar em grande produção de saúde, essa é a questão lógica, ou pelo menos preventiva (DSC - 6C).

Eu vejo que o profissional de educação física não vai resolver o problema, mas é da ação interdisciplinar, tem que ter um local para ele ajudar o fisioterapeuta, pois o fisioterapeuta trabalha com massagem, essas coisas e outras são mais para a educação física. Por exemplo, o enfermeiro tem dificuldade de ir para esse lado, mas tem muita visão disso, é importante trabalhar em conjunto, inserir o professor de educação física, desde que de forma integrada (DSC - 6A).

Neste capítulo temos algumas especificidades sobre como os secretários de saúde enxergam a atuação de um profissional de Educação Física inserido no PSF. O primeiro discurso estabelece relações com questões preventivas, onde não há muita clareza no que se espera deste profissional, mas os gestores se colocam abertos às contribuições (idéias) que este possa trazer.

A perspectiva de agregar o profissional de Educação Física é na expectativa de que o mesmo possa junto à equipe construir uma grande produção de saúde, pelo menos preventiva, como levar conhecimento, instruindo as pessoas para que as mesmas se conscientizem de seus limites, visando prevenir agravos e ainda ressaltar as vantagens do esporte junto aos jovens.

Uma outra contribuição apontada pelos gestores em relação ao profissional de Educação Física, diz respeito a prática educativa..

Acho que um profissional poderia dar essa instrução, levando conhecimento, porque eu acredito que não precisa ser somente trazer as atividades, precisa conscientizar de que aquele esforço está sendo bom. Trabalhar mais esse lado de conscientização mesmo, por exemplo, você não pode levantar tanto de peso, que você vai ter hérnia, você vai ter dor na coluna, vai ter outros problemas, orientar essa juventude do que eles devem praticar, do que eles devem fazer, das vantagens que tem o esporte, que traz o esporte, a educação física (DSC- 6D)

Daria para inserir, o profissional de educação física nesses grupos de hipertensos, diabéticos, obesos, atividades domiciliares mesmo. Ter uma atenção mais dedicada a terceira idade e as gestantes. Eu não vejo outra forma de dar uma opção interessante e produtiva de trabalhar, por exemplo, a dependência química nessas comunidades menores (DSC - 6G).

Poderia colocar este profissional em contato com esta atividade de caminhadas e também trabalhando dança com as meninas que estão se prostituindo, para que tenham gosto em viver (DSC - 6K).

Como já discutimos, a saúde não é uma condição estática, existente somente devido à ausência de doenças, mas um processo de determinantes de diversas naturezas.

Quando apontamos para um trabalho educativo, fazendo reservas ao método pedagógico exposto no DSC, verificamos que os gestores tem uma expectativa ampliada do profissional de Educação Física, ao reconhecer que estes podem atuar junto a grupos populacionais vulneráveis a situações de risco. Se articularmos com o DSCs anterior onde os gestores afirmam a necessidade do profissional de Educação Física atuar em conjunto “*é importante trabalhar em conjunto, inserir o professor de educação física, desde que de forma integrada (DSC - 6A)*”, aumenta a nossa ver a possibilidade de um trabalho interdisciplinar e com mais potencia de mudança no modo de organizar o trabalho em serviços de saúde.

Portanto, o profissional de Educação Física não deve ser visto somente como um orientador de atividades, mas pode e deve atuar com ações de educação em saúde. Aqui vale ressaltar o alerta de Carvalho (2001) quanto a necessidade de se repensar a formação do profissional de Educação Física para que este tenha melhores condições de atuar na área da saúde pública.

Nesse sentido a autora afirma que há de se pensar a formação do profissional com uma forma de se opor à privatização... o serviço básico de atendimento à população, de um modo geral, não é sequer pensado e estruturado. (CARVALHO, 2001, p. 17)

Ao mesmo tempo, que se propõe o trabalho integrado, também há tendências em estabelecer um parâmetro para um trabalho do profissional de educação física na área de saúde:

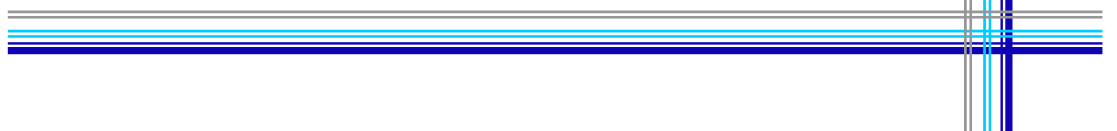
Agindo como o profissional igual da saúde, ele estaria estabelecendo um programa dentro da demanda que é o PSF (DSC - 6L).

Neste DSC fica clara uma tendência que ainda encontra-se enraizada no interior do sistema, e na própria sociedade atual, de que o profissional de Educação Física não é tido como um profissional da área da saúde. A Lei Federal nº 9696/98 que regulamenta a profissão determina que

“é prerrogativa do profissional graduado em Curso Superior de Educação Física, a prestação de serviços a todas as demandas sociais referentes às atividades físicas nas suas diferentes manifestações, constituindo-se em um meio efetivo para a conquista de um estilo de vida ativo dos seres humanos. É, portanto, um campo profissional legalmente organizado, integrado à área da saúde e da educação, sendo necessário que, em todas as ocupações profissionais do campo de Educação Física, se considere esta nova realidade. (CONFEEF, 2005, grifo nosso)

O caminho para vencer este desconhecimento de que o profissional da Educação Física não é profissional da saúde passa pela sua legitimidade, já que legalmente ele é profissional da saúde.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS



7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Palavras de quem ainda não terminou, pois terminar pode significar estacionar e achar que se chegou ao fim. Eu prefiro estar sempre a caminho, tendo em mente que um dia chegarei, mesmo que eu nunca chegue. De mais a mais, é muito bom estar onde eu estou: a caminho”.

O autor

Ao realizar esta pesquisa tínhamos uma meta a atingir, mas não como um alvo (de arco e flecha, por exemplo) onde só temos uma mínima chance de acertar “na mosca”. Nossa meta se representa por um caminho para nos levar a um lugar único e, que durante o trajeto vai nos reservando surpresas, algumas previsíveis, outras inesperadas, mas todas, com certeza, recheadas de aprendizado.

Analisando as percepções dos secretários de saúde acerca da realização de atividade física nos PSFs de seus municípios, chegamos a algumas conclusões finais e ao mesmo tempo iniciais, porque projetam outras possibilidades de estudos futuros, que aqui estão expostas.

O processo de educação em saúde foi a ação mais citada com relação à preocupação dos gestores em melhorar a saúde dos moradores de seus municípios, aparecendo de forma vultuosa nos DSCs analisados.

Apesar de ser uma prática muito antiga, a educação em saúde é algo muito presente no sistema de saúde pública brasileiro atual e neste estudo, foi demonstrada na fala dos gestores sob duas percepções distintas.

A primeira, de caráter “modelador”, demonstra que profissional de saúde é visto como aquele que detém o conhecimento e o usuário, por conseqüência, como quem não sabe muita coisa e, portanto, precisa receber tudo pronto. Fragmentos de discursos, tais como: *o povo nosso precisa de orientação, a orientação é a melhor forma que tem, o nosso enfermeiro repassa informações para os pacientes,*

trabalhamos muito com palestras, mostrar para a família o que deve ser feito, palestras todos os meses, foram a tônica dos DSCs.

Acreditamos que o profissional de saúde possui uma gama de conhecimentos que são muito importantes para serem apreendidos pelos usuários, porém, não pactuamos com a idéia de que a melhor forma do binômio ensino-aprendizagem se processar seja numa relação verticalizada entre professor e aluno, onde se delega ao primeiro, o título de detentor do saber e a incumbência de fazer com que o segundo aprenda, sem considerar toda a gama de conhecimentos, experiências, significados que possui cada pessoa.

Na segunda percepção, identificamos indícios de uma atitude “emancipatória” na implementação de ações de educação em saúde, que possibilitem às pessoas a ampliação do controle sobre suas próprias vidas através da participação em grupos, visando a transformação da realidade social e política” (CHIESA, 2001, p. 35).

Na fala dos gestores destacam-se idéias como: *deixar a comunidade falar, traz um benefício fantástico quando se ouve a experiência de uma outra pessoa, utilizar atividades coletivas, discussão de vivências, unir o grupo, a integração que eles tem com a equipe, incentivar atividade de cunho coletivo.*

Desta forma verificamos que os discursos dos secretários revelam, mesmo que de forma incipiente esforços e iniciativas para desenvolver ações educativas que coadunem com as diretrizes do PSF.

A discussão sobre o conceito de saúde na percepção do gestor, inicialmente denotou uma visão restrita á fundamentação biológica do processo saúde-doença, deixando assim, os sujeitos desta pesquisa, numa posição de proximidade com o entendimento de saúde descrito na proposta de Leavell e Clark (1976) sobre a história natural da doença.

Por outro lado, identificamos que termos como *boa renda, escolaridade, lazer, relacionamento familiar, residência adequada, realização profissional, cultura, ser alguém, integração à sociedade, direito de todos, coletividade, a população fazer a parte dela*, também fizeram parte da fala dos secretários de saúde, denotando uma intenção de ampliação no entendimento do processo saúde-doença. Pela realidade não ser estática é que se demonstra o quanto que o novo e o velho coexistem num mesmo espaço, num mesmo tempo e é esse movimento que nos alimenta a acreditar na possibilidade de mudança.

Discutindo toda essa complexidade que envolve a conceituação e a prática da promoção da saúde, procuramos encontrar brechas que apontassem para as possibilidades e potencialidades das ações de atividade física inserida na estratégia do PSF.

De forma incipiente caracterizamos em nove equipes de PSF nos municípios participantes da pesquisa, o relato da realização de alguma prática de atividade física, principalmente a caminhada. Estas práticas, de um modo geral, são ações embrionárias, sob a iniciativa e responsabilidade de profissionais da saúde (fisioterapeutas, enfermeiros e profissionais de Educação Física), que denotam potencialidades para se pensar a implementação mais permanente e duradoura de atividades desta natureza junto à estratégia do PSF.

Os gestores fizeram várias referências em relação à este “entrelaçamento” da atividade física e o PSF e sobre suas percepções acerca destas práticas, verificamos nos discursos, aspectos que transitam entre os enfoques de prevenção de doenças e da promoção da saúde.

Com relação aos aspectos preventivos da prática de atividade física os secretários de saúde destacaram o seu potencial no combate aos agravos de doenças crônicas, principalmente, para grupos de obesos, hipertensos e diabéticos.

Numa percepção em direção de uma visão ampliada do processo saúde-doença, entendendo a saúde não só como a ausência de doenças, os gestores também demonstraram acreditar na potência da atividade física para auxiliar em outros aspectos ligados à melhoria da saúde das pessoas, tais como: capacidade de locomoção dando mais da autonomia para realizar os afazeres do cotidiano - *ir ao banco, tarefas domésticas*, do convívio social - *sair pra dançar, passear, visitar um vizinho*, situações de risco social – *dependência química e prostituição*, trabalhos com grupos específicos- *terceira idade e gestantes*, educação em saúde e lazer.

Consideramos que este último enfoque dos gestores é um avanço sobre entendimento das possibilidades e potencialidades da prática de atividade física junto ao serviço público de saúde, no entanto, identificamos que alguns aspectos de ordem mais operacional, tais como, local para realização das atividades, contratação de um profissional de educação física, ações campanhísticas e esporádicas, atuação no modelo de pólos e, outros de ordem mais complexa, tais como, políticas intersetoriais, maturidade da equipe de PSF, abordagem multiprofissional, ações interdisciplinares, ainda precisam de muitos investimentos que permitam nos aproximarmos dos princípios relacionados à Carta de Ottawa.

Esta distância dos princípios da promoção da saúde norteados pela Carta de Ottawa não é exclusiva do conjunto de participantes desta pesquisa. Carvalho (2002) relatou, relacionando-se à realidade do serviço de saúde do Canadá, que “a corrente da Nova Promoção à Saúde não conseguiu influenciar significativamente a formação

dos profissionais médicos, o processo de trabalho e a organização do setor de saúde” (p. 71).

Com relação à inserção do profissional de Educação Física no PSF, fica evidente, que somente a sua presença, não significa uma ação com vistas à prevenção de doenças ou mais ainda, à promoção de saúde. Como alertado anteriormente, aspectos sociais, culturais, históricos e políticos, devem ser objeto de reflexão numa proposta de formação dos profissionais da área da saúde, e neste caso específico, do profissional de Educação Física. Desta forma sua formação se afastará das propostas que se restringem à aspectos biológicos que visam interesses da iniciativa privada, lembrando que estes são pautados em padrões estabelecidos essencialmente pela indústria do consumo, do lazer e da estética.

Apesar do profissional de Educação Física ser reconhecido legalmente como profissional da área da saúde, a população em geral ainda não o considera como tal, e no caso dos secretários de saúde sujeitos desta pesquisa, este aspecto não foi diferente.

No entanto, acreditamos que a visibilidade que o conhecimento específico da área de Educação Física pode proporcionar numa equipe multiprofissional atuando no serviço público de saúde, ainda é acanhada. Neste processo de transformação, que outrora nos encontramos, a própria categoria profissional tem também sua (co) responsabilidade, e deve assumi-la, para enxergar e mostrar que pode atuar além das perspectivas reducionistas que predominam no atual cenário nacional.

Por fim, para podermos pelo menos sonhar com uma política coerente de promoção da saúde de forma ampliada, é necessário um movimento que extrapole o setor de saúde, e envolva todos os seguimentos da sociedade numa discussão que abarque toda complexidade que a temática exige. Sabemos que este nosso anseio

pode parecer um tanto “utópico”, mas partindo de nossa realidade regional, local, podemos traçar possibilidades mais palpáveis de se tornarem reais.

Diante do exposto, eis aí nossa contribuição.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹³

ACHOUR JÚNIOR, A. **Aspectos gerais: posições e contra-posições.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v.1, n. 4, pág. 3-4, 1996.

ACHOUR JÚNIOR, A. **Efeitos das atividades físicas nos componentes herdados predisponentes a doenças cardiovasculares.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v.1, n. 4, pág. 53-62, 1996.

ASSIS, M. M. A.; MATOS, M. S.; GONÇALVES, M. de L. **Atenção Primária de Saúde x Sistema Único e Saúde: apontamentos para um debate.** Revista Baiana de Enfermagem, v. 6, n 23, p. 78-88, 1993.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. **Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais.** Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação. V. 6, n. 11, pág. 11-24, ago 2002.

BARATA, L. R. B. **O Papel do Gestor Estadual no Sistema Único de Saúde (SUS).** São Paulo: Serviço Gráfico do D.A.S., 2003.

BATTAGLION NETO, A. **A inserção da educação física em um programa de Saúde Pública.** Ribeirão Preto, 1998. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 95p.

BECKER, Fernando. Modelos pedagógicos & modelos epistemológicos. In: SILVA, Luiz Heron; AZEVEDO, José Clóvis (Orgs.). **Paixão de Aprender II.** Petrópolis: Vozes, 1985, p 38-48.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil.** Coleção História em Movimento. São Paulo: Editora Ática, 2000. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de doenças crônico-degenerativas. **Orientações básicas sobre atividade física e saúde para profissionais das áreas de Educação e Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação e do Desporto, 1995. 68p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 35p.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e**

¹³ Sistema autor-data de acordo com:

Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas. Grupo Di Teses. **Diretrizes para apresentação de Teses e Dissertações da USP: documento eletrônico ou impresso.** Vânia M. B. de Oliveira Funaro, coord. ... [et al]. – São Paulo: Sibi/USP, 2003. 98p

Declaração do México. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 47p.

_____. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Brasília - Governo Federal: Ministério da Saúde, 2001b. 125p.

_____. **Ministério da Saúde.** Disponível em < <http://www.saude.gov.br/> >. Acesso em 03 de agosto de 2003.

_____. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64p.

_____. **Ministério da Saúde.** Disponível em < <http://www.saude.gov.br/> >. Acesso em 17 de agosto de 2005.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, ano 5, n. 1, pág. 163-177, 2000.

_____. **Promoção da saúde da família.** Revista Programa Saúde da Família, p. 50-63, 2002.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança.** Campinas, SP: 2002. Tese (doutorado) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 189p.

CARVALHO, Y. M. **Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação?** Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v. 22, n. 2, p. 9-21, jan. 2001.

_____. **O “mito” da atividade física e saúde.** São Paulo: Hucitec, 2004. 177p.

CELAFISCS. **Agita Mundo – Physical Activity Network.** Catálogo. São Paulo: Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul, 2002.

CHIESA, Anna Maria et al. **A Educação em Saúde na Prática do PSF.** In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

COELHO, M. A. A. OLIVEIRA, E. N. CANUTO, O. M. C. **Educação Física na estratégia saúde da família: uma experiência com pessoas na terceira idade.** Revista SANARE, ano 5, m. 1, jan./fev./mar., p. 151-158, 2004

CONFED – Conselho Federal de Educação Física. **Lei Nº 9.696 de 1º de setembro de 1998.** Disponível em www.confef.org.br . Acesso em 23 de agosto de 2005.

COOFITO. **PSF: os exemplos de Sobral, Campos e Macaé.** Revista do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, n. 18, pág. 14-21, 2003.

COSTA, Israel Teoldo. **A importância da atividade física para a manutenção da saúde e os principais fatores que motivam professores, alunos e funcionários de duas universidades brasileiras a praticarem exercícios.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v. 8, n. 1, p. 52-61, 2003.

DANTAS, E. H. M. **Fatores afetivos indispensáveis para o sucesso nos programas de atividade física para a 3ª idade.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v.2, n. 2, p. 75-82, 1997.

DEVIDE, F. P. A Educação Física Escolar como via de educação para a saúde. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. **A saúde em debate na educação física.** Blumenau (SC): Edibes, 2003. 191p.

FECHIO, J. J. **A influência da atividade física para portadores do vírus HIV.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v.3 n. 2, p. 43-57, 1998

FERRAZ, S. T. **Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas.** RAP, v. 32, n. 2, p. 49-60, março-abril, 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 2000.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S/A, 1988. 687p.

FREITAS, L. F. M. et. al. **Programa Saúde da Família: com a palavra, os usuários.** Revista Estudos, v. 28, n. 6, p. 1103-1114, nov.-dez. de 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1987.

GOBBI, S. **Atividade física para pessoas idosas e recomendações da organização mundial de saúde de 1996.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v.2, n. 2, pág. 41-49, 1997.

GÓIS JÚNIOR, E., LOVISOLO, H. R. **Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX.** Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v. 25, n. 1, p. 41-54, set. 2003.

GUEDES, D. P. **Controle de peso corporal: composição corporal, atividade física e nutrição.** Londrina: Midiograf, 1998. 312p.

HEIDEMANN, I. T. S. B. **A inserção da promoção à saúde na estratégia de Saúde da Família: limites e possibilidades.** Ribeirão Preto, 2005. Projeto de pesquisa para exame de qualificação - mimiografado (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 95p

KON, R.; CARVALHO, Y. M. **Saúde e Atividade Física.** Temas de Caráter Introdutório. Manual de Enfermagem. In: BRASIL. Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de condutas médicas. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

LAKATOS, E. M. **O conceito saúde-doença analisado através dos tempos e a prática previdenciária no Brasil**. Revista Saúde em Debate: Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p. 75-89, jan./abr. 2000.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. Editora McGraw-HILL do Brasil, Rio de Janeiro, 1976. 744p.

LEFÈVRE, F. LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo passo a passo**. Disponível em: < <http://www.fsp.usp.br/~flefevre> > Acesso em

_____. **Promoção de saúde, ou, A negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LEFÈVRE, F. **Promoção de saúde: um novo modo de entender e praticar saúde**. Disponível em: < <http://www.fsp.usp.br/~flefevre/promocaounovomodo.html> > acesso em 20/08/2000.

_____. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000. 138p.

LUCENA, D. et al. **A inserção da Educação Física na estratégia Saúde da Família em Sobral/CE**. Revista SANARE. Ano 5, v. 1, jan/fev/mar, 2004.

MACEDO, E. T. de. **Atenção ao climatério no Programa Saúde da Família**. Revista Divulgação em Saúde Para Debate, n. 26, pág. 73-75, 2003.

MAI, L. D. **Análise da produção de conhecimento em eugenia na Revista Brasileira de Enfermagem – REBen, 1932 – 2002**. Ribeirão Preto, 2004. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 197 p.

MAIA, L. B. **O esporte e a atividade física como estratégia de prevenção ao uso indevido de drogas nas escolas**. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v.7, n. 3, p. 39-52, 2002.

MARCELLINO, N. C. **Lazer e humanização**. Campinas-SP, Papyrus: 1983.

MARTINS, D. M. et al. **Efeito do exercício físico regular sobre o controle da glicemia capilar de mulheres diabéticas não insulino-dependentes**. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. v.2, n. 2, p. 17-23, 1997.

MATSUDO, V.K.R. et al. **Evidências da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares e na saúde**. Revista Diagnóstico e Tratamento. v. 5, n. 2, p. 10-17, 2002

MEDINA, J. P. S. **A Educação cuida do corpo... e “mente”**. Rio de Janeiro: Papyrus, 1983.

MERHY, E. E. **Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor?** Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, V. 26, n. 60, p. 118-122, jan./abr. 2002.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo.** Campinas, SP: Papirus, 1987.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 3, nº 1, Recife: jan.-mar., 2003.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003 – Análise da disponibilidade e do estado nutricional no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Índices de Preços, 2004.

MOURA, Betina. **Melhor para todos.** Revista Época. São Paulo, 23 de agosto de 2004. Medicina, p. 72.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** Londrina: Midiograf, 2001. 238p.

NOGUEIRA, L. et al. **Reflexões acerca das políticas de promoção de atividade física e saúde: uma questão histórica.** Revista Brasileira de Ciências do Esporte, Campinas, v.24, n. 3, pág. 103-119, 2003. 174p.

NUTBEAM, Don. Glosario de promoción de la salud. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Promoción de la salud: una antología.** Publicações Científicas nº 557, 1996. p. 383-401.

OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2003.

PALHA, P. F. **Vivências do cotidiano: A Promoção da Saúde como um exercício de cidadania no Programa de Integração Comunitária da Vila Tibério – Ribeirão Preto/SP.** Ribeirão Preto, 2001. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 264p.

PALMA, A. **Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão de literatura.** Revista Paulista de Educação Física. São Paulo. V. 14, nº 1, p. 97-106, jan./jun. 2000.

_____. Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à promoção da saúde. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. **A saúde em debate na educação física.** Blumenau (SC): Edibes, 2003. 191p.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração.** Brasília: LabPAM; IBAPP, 1999.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar – potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem.** Ribeirão Preto, 2001. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 260p.

PINTO, V. L. M. et al. **Influência de programas não-formais de exercícios (doméstico e comunitário) sobre a aptidão física, pressão arterial e variáveis bioquímicas em pacientes hipertensos.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte. V. 9, n.5, p.267-274, set./out. 2003.

PITANGA, F. J. G. **Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde.** São Paulo: Phorte, 2004. 174p.

PRADO, M. A. S. **A prática de atividade física em mulheres submetidas a cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. V. 12, n. 3, 494 – 502, maio-junho de 2004.

RESTREPO, H.E. **Agenda para la acción en Promoción de la Salud.** In: H.E. Restrepo & H. Málaga (Orgs.). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable.* Bogotá: Editorial Médica Panamericana, p. 34-55, 2001.

SANTINI, L. A. et al. **A saúde do município: organização e gestão.** Instituto Brasileiro de Administração Municipal, Rio de Janeiro. Escola Nacional de Serviços Urbanos. Núcleo de Saúde. Convênio Ibama / Unicef. Rio de Janeiro, 1991.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** São Paulo: Cortez, 2002. 335p.

SILVA, J. L. T. **A importância do exercício na prevenção das enfermidades crônico-degenerativas no sistema cardiovascular.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v.1, n. 4, pág. 69-81, 1996.

SLOMP, F. M. **Resgatando a esperança: Programa de Saúde da Família – Guarapuava – Ano 1.** Guarapuava, 1999.

STACHTCHENKO, Sylvie; JENICEK, Milos. **Conceptual Differences Between Prevention and Health Promotion: Research Implications for Community Health Programs.** Canadian Journal of Public Health, V. 81, Jan/Fev 1990, p. 53-59.

TOLOCKA, R. E. **Efeitos fisiológicos de exercícios físicos em pessoas com lesão medular.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v.1, n. 4, pág. 63-68, 1996.

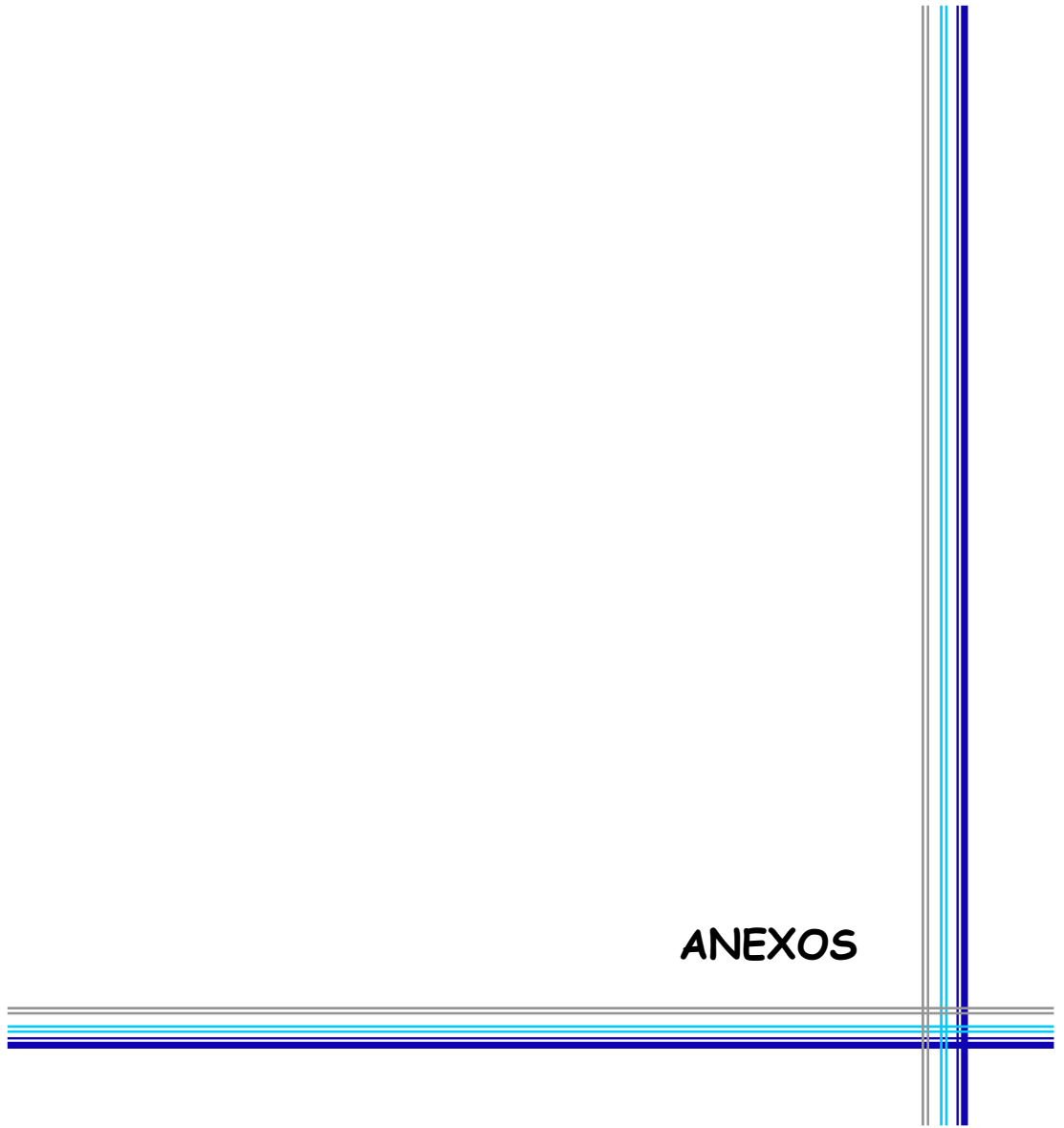
TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1992. 175p.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde.** São Paulo: Editora Hucitec, 1997. 167p

VILELA, E.M. **Entre Einstein e Newton: desmedicalizando o conceito de saúde.** Ribeirão Preto: Holos, 2000. 83p.

WAISSMANN, W. Desigualdade social e atividade física. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. **A saúde em debate na educação física.** Blumenau (SC): Edibes, 2003. 191p.

ANEXOS



ANEXO A - Entrevista Semi-Estruturada

DADOS INICIAIS

- Estamos aqui com O Sr (a) _____, secretário de saúde do município de _____, são _____ horas do dia _____
- A quanto tempo é secretário?
- Quando foi implantado o PSF no município?
- Quantas ESF tem o município?
- Composição das ESF
 - Equipe mínima (médico, enfermeiro, auxiliar de enf., agente comunitário)
 - Se tem outros? Quais são?
- Com relação a formação profissional?
- Sua trajetória na área da saúde.

QUESTÕES NORTEADORAS

- Na sua opinião, que tipo de **atividade** deveria ser incorporada ao PSF para contribuir na **melhoria da saúde** das pessoas assistidas pelo programa?
- Que **atividades** podem auxiliar as pessoas a terem uma melhor saúde?
- O que o Sr. acredita que faz com que as **pessoas** fiquem mais **doentes**, ou seja, tenham menos saúde?
- Tem alguma atividade que pode auxiliar na **promoção da saúde**, que deve fazer parte das ações do PSF?
- Com relação a **doenças crônicas**, quais ações podem prevenir doenças como hipertensão, diabetes, colesterol, drogas, obesidade?
- E essa coisa de exercício físico, o que você acha?
- Em breve palavras, o que é promoção de saúde para você?
- No seu **mandato**, quais ações foram realizadas para desenvolver atividades físicas nesta visão de promoção da saúde?
- Gostaria de fazer mais alguma colocação?

- Responsável pela atividade física no PSF
 - Nome: _____ Fone: _____
 - Horário para contato: _____

ANEXO B - Questionário

MUNICÍPIO: _____
QUEM RESPONDEU: _____
FUNÇÃO: _____
DIA: ____ / ____ / ____
HORÁRIO: _____
UNIDADE: _____

1. Qual a formação do responsável pelas atividades?
 - a. Professor de Educação Física
 - b. Fisioterapeuta
 - c. Enfermeiro
 - d. MédicoOutro: _____
2. Qual a duração aproximada de cada sessão de atividade física?
3. Qual a periodicidade (quantas vezes por semana) ?
4. Em que horário é realizada?
5. Que tipo de atividades físicas são realizadas?
 - a. Aeróbica (caminhada, corrida, ...)
 - b. Localizada (alongamentos, ginástica com e sem aparelhos, musculação, ...)
 - c. Não sei
6. Quantas pessoas participam aproximadamente?
 - a. Quantas iniciaram? _____
 - b. Quantas têm hoje? _____
 - c. Não sei
7. Quanto tempo tem o programa?
8. Idade dos participantes?
 - a. Até 15 anos _____ do sexo masc e _____ do sexo fem
 - b. De 15 a 25 anos _____ do sexo masc e _____ do sexo fem
 - c. De 25 a 35 anos _____ do sexo masc e _____ do sexo fem
 - d. De 35 a 45 anos _____ do sexo masc e _____ do sexo fem
 - e. De 45 a 60 anos _____ do sexo masc e _____ do sexo fem
 - f. Acima de 60 anos ____ do sexo masc e _____ do sexo fem
 - g. Não sei
9. De onde são as pessoas que participam do programa?
 - a. Da região da própria unidade? _____%
 - b. Vem de outras unidades? _____%
 - c. Não sei

10. Local onde as atividades são realizadas.

11. Como as pessoas chegam ao programa?

- a. Espontaneamente? _____
- b. Encaminhamentos pelo PSF? _____
- c. Encaminhamentos por outra instituição? _____
 - Igreja _____
 - Asilo _____
 - Outros. Citar: _____
 - Não sei _____

12. Quais as dificuldades para a continuidade destas ações ?

- a. Falta de interesse da população?
- b. Profissionais disponíveis?
- c. Receita para pagamento?
- d. Falta de conscientização da população?
- e. Falta de local apropriado?
- f. Outras: _____

13. O que você acredita que deve mudar, para melhorar estas ações dentro do PSF?

CARACTERÍSTICAS GERAIS:

ANEXO C - Carta de Aceite do Secretário**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO
CAMPUS DE GUARAPUAVA
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA
EERP-USP/Ribeirão Preto**

Guarapuava, 18 de junho de 2004.

Ilmº Sr (Nome do Secretário de Saúde)
Secretário Municipal de (Nome do Município)

Estou realizando uma pesquisa de Mestrado com o tema “A inserção do profissional de Educação Física no Programa Saúde da Família” e gostaria de conversar com Vossa Senhoria sobre o mesmo.

A entrevista poderá ser marcada a partir do mês de agosto.

Para tanto necessito de alguns dados preliminares afim de organizar-me para realizar as entrevistas em cada município da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

Se não houver disponibilidade de entrevistar todos os Secretários de Saúde, haverá um sorteio para definição dos mesmos.

Contando com sua colaboração, necessito que responda algumas breves informações:

- Aceita ser entrevistado:
() SIM () NÃO

População do município:
_____ mil pessoas

Número de equipes de PSF implantadas no município:
_____ Equipes

Distância do município em relação à Guarapuava:
_____ km

- Assinatura do Secretário: _____

ATENCIOSAMENTE
Silvano da Silva Coutinho
Coordenador do Curso de Educação
Física da UNICENTRO – Guarapuava
Aluno do Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública

ANEXO D - Autorização do Prefeito

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO
CAMPUS DE GUARAPUAVA
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA
EERP-USP/Ribeirão Preto**

Guarapuava, 18 de junho de 2004.

Ilmº Senhor _____
Prefeito do Município de _____

Com o objetivo de discutir sobre a participação do profissional de Educação Física no Programa Saúde da Família, eu, Silvano da Silva Coutinho venho pedir-lhe autorização para entrevistar o Secretário de Saúde de seu município em data a ser futuramente agendada no segundo semestre do corrente ano.

Certo de sua colaboração, desde já agradeço atentiosamente

Assinatura

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, Prefeito do Município de _____, autorizo o Senhor _____, Secretário de Saúde do município citado, a conceder uma entrevista ao Professor Silvano da Silva Coutinho no segundo semestre do corrente ano.

Esta entrevista fará parte da coleta de dados da pesquisa de Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública do professor citado.

De acordo.

_____, ____ de _____ de 2004.

Assinatura e carimbo

ANEXO E - Equipes do Programa Saúde da Família

Município	Nº de equipes PSF	Composição das Equipes PSF					Nº de UBS de referencia	
		Méd.	Enf.	Aux.	ACS	Outros	Urbano	Rural
Campina do Simão	02	02	02	02	13	02	01	00
Candói	04	04	04	04	31	02	01	07
Cantagalo	03	03	03	03	30	02	01	01
Foz do Jordão	01	01	01	01	10	02	01	02
Goioxim	02	02	02	02	19	02	01	02
Guarapuava	31	31	33	58	190	38	40	00
Pinhão	02	02	03	02	54	00	01	10
Prudentópolis	01	01	02	02	29	00	01	15
Reserva do Iguaçu	02	02	02	02	13	02	01	02
Turvo	03	03	03	03	22	00	01	12
Laranjeiras do Sul	01	01	02	01	23	02	02	07
Porto Barreiro	PACS	00	01	00	11	00	01	00
Virmond	PACS	00	01	00	06	00	01	00
Rio Bonito do Iguaçu	02	02	03	02	31	04	01	00
Marquinho	01	01	01	01	12	02	01	00
Nova Laranjeiras	03	03	04	22	28	06	01	06
Pitanga	06	06	08	06	88	10	05	12
Boa Ventura	02	02	02	02	19	02	01	01
Palmital	02	02	03	02	30	04	01	00
Laranjal	02	02	02	02	21	02	01	00
TOTAL	70							

Fonte DAS/5ª RS

ANEXO F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: A inserção do profissional de Educação Física no Programa Saúde da Família.

O senhor está sendo convidado a participar de uma pesquisa que será realizada em municípios que pertencem a 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. O objetivo desta pesquisa é saber a opinião dos secretários de saúde nos municípios desta região sobre a inserção do profissional de educação física no Programa Saúde da Família (PSF). A sua participação será concedendo uma entrevista sobre o tema da pesquisa e respondendo a um questionário acerca de informações relativas a realização de atividades físicas regulares no PSF. As informações colhidas através do questionário e da entrevista não causarão nenhum dano, risco ou ônus a sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto da pesquisa. Se concordar em participar, garantimos o sigilo das informações. Também salientamos que poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem que isso lhe traga qualquer tipo de prejuízo. Obrigado pela colaboração. Sua participação é muito importante para o bom êxito desta pesquisa.

Guarapuava, ____ de _____ de 2004.

Silvano da Silva Coutinho - Pesquisador Responsável

Contato: UNICENTRO – Departamento de Educação Física
Telefone: (42) 629 1444 (Ram 238) – Guarapuava/PR

Após ter conhecimento dos objetivos da pesquisa e da forma de minha participação, concordo em participar.

Eu, _____, concordo com minha participação no estudo intitulado “A inserção do Profissional de Educação Física no Programa Saúde da Família”, estando ciente de que estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar sem nenhuma espécie de prejuízo. Recebi uma cópia deste documento e tive a oportunidade de discuti-lo com o pesquisador responsável.

Assinatura do (a) Secretário (a)

Guarapuava, ____ de _____ de 2004.

ANEXO G – Comitê de Ética

**ANEXO H - Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo
correspondente a cada Questão Norteadora**

QUESTÃO 1 - NA SUA OPINIÃO, QUE TIPO DE ATIVIDADE DEVERIA SER INCORPORADA AO PSF PARA CONTRIBUIR NA MELHORIA DA SAÚDE DAS PESSOAS ASSISTIDAS PELO PROGRAMA ?

DSC- 1A - Ter psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, bioquímica

Hoje a dificuldade que vejo é isso, em ter profissional. Deveria ter fisioterapeuta e psicólogo, porque hoje boa parte da população necessita de um tratamento psicológico. Contratar uma nutricionista seria muito bom também, porque hoje vários problemas estão ligados a alimentação, como pressão alta, diabetes, desnutrição e um monte de coisa, e ainda muitas pessoas não sabem nem cozinhar, nem como fazer o alimento. e também a bioquímica, por causa dos exames. Isso iria somar muito ao programa.

DSC- 1B – Orientação é a melhor forma

Eu acho que a orientação é a melhor forma que tem, o PSF está aí pra isso, orientar o nosso povo, como deve se alimentar, como se deve fazer essas comidas. Orientar a população do que ela deve fazer pra não ficar doente, levar orientação pra esse pessoal. É trabalhar na questão mais de orientação, prevenção.

DSC- 1C - Palestras é o que funciona

O que funciona muito são as palestras, palestra com as mães, são as que mais lidam com o alimento, quando a gente convida, convoca para uma palestra, tem que se fazer prevenção, com palestras nas comunidades do interior todo mundo participa, a comunidade participa muito bem.

DSC- 1D - Visita na residência

Por exemplo, a equipe toda lá na residência, o médico, o enfermeiro, mostrar para a família o que é que deve ser feito pra prevenir, para que não tenha doença , levar orientação pra esse pessoal.

DSC- 1E - Atividades Coletivas

Utilizar atividades coletivas, quer dizer, grupos, é um paradigma que o PSF deve adotar. Quando nós abrimos para discussão de vivências dentro da unidade de saúde da família, ela ficou mais rica. Várias ações a gente vai desenvolvendo para unir o grupo, é motivada a caminhada, faz dança, teatro e desde que a gente começou com os teatrinhos a gente nota a mudança porque parece que a atenção que eles tem, a integração que eles tem com a equipe, tudo isso é muito válido. (DSC – 1E)

DSC- 1F - Trabalhar a família socialmente

A família antes de ser trabalhada no PSF, ser trabalhada socialmente. Portanto, deveria existir mais assistencialismo dentro do PSF, porque a gente faz parte do assistencialismo, você acaba exercendo uma prática da saúde, e não uma prática social. Tem muitas famílias que estão doentes por um problema sociais, não doentes por um problema de saúde mesmo, de repente eles estão com dificuldade de ir para a escola, dificuldade de acesso até mesmo do agente comunitário, ou o agente comunitário com dificuldade de ir até aquela família; existe também muitos casos de depressão, de alcoolismo na família, até entre pai, mãe e filho, onde estas famílias se encontram mais isoladas, que desestrutura assim de uma forma sabe.. Tem programas que deveriam estar colocando a assistência mais a frente disso tudo, para que essa.

QUESTÃO 2 - COM RELAÇÃO A DOENÇAS CRÔNICAS, QUAIS AÇÕES PODEM PREVENIR DOENÇAS COMO HIPERTENSÃO, DIABETES, COLESTEROL, DROGAS, OBESIDADE?

DSC- 2A – Palestras

Nós temos aqui dentro da nossa equipe de trabalho palestras todos os meses. O grupo do hipertenso, do diabético é chamado para a unidade de saúde aonde o médico, o enfermeiro repassam informações como se fosse uma palestra, e também repassam informações para esses pacientes. um trabalho de palestras, trabalhamos muito com palestras, também em algumas localidades do interior.

DSC- 2B – Ginástica / caminhada

Falam muito em ginástica, esses negócios de ginástica. Um médico cardiologista de SP, ele falou que uma das melhores ginásticas é caminhar, 30 minutos por dia. O PSF está em fase de melhora, melhorar ainda mais se atingir algumas metas ainda, íamos fazer uma ação, para poder caminhar.É motivado fazer caminhada, isso tem acontecido com frequência, fazemos as caminhadas todas as terças-feiras e a participação deles, eles são muitos, eufóricos. Sabemos que os diabéticos e os hipertensos principalmente, com atividade física, caminhada, alimentação adequada, vão diminuir o medicamento. .

DSC- 2C – Orientar as pessoas.

O povo nosso precisa de orientação, orientação, orientação.. Então eu acho que a orientação é a melhor forma que tem, e os PSF estão aí para isso, orientar o nosso povo, para que cada vez mais se diminua o número de pessoas que tem problemas. Trazer profissionais para orientar as pessoas, principalmente aquelas que estão procurando tratamento na obesidade. A nossa nutricionista passa o passo a passo, para que ele tenha uma alimentação certa . É levar orientação a essas pessoas, em algumas localidades do interior, orientar o hábito alimentar é muito importante, para uma pessoa que é diabética, que tem pressão alta, nós temos que achar uma maneira de que essas pessoas entendam o que elas devem fazer. Porque não é só uma obrigação da saúde, levar o medicamento ao paciente, é também o paciente ser orientado, e este cumpra essas orientações. Para diminuir os problemas de diabetes, hipertensão., tem que se orientar esse pessoal, a ter uma alimentação mais salutar para que a gente consiga atingir os objetivos necessários.

DSC- 2D – Acompanhamento

A gente faz a busca ativa mesmo nos faltosos, vai atrás deles, gente tem uma equipe bem atuante, que vai lá na região, vai lá na localidade, faz o trabalho com eles, : eles são investigados, a pessoa hipertensa, é feito um cadastro dela, passa a ser acompanhado pelo enfermeiro, o médico, uma vez por semana, , depois passa a se fazer o controle mensal É um programa do ministério, do governo federal, é um programa que se chama: hiperdia.

DSC- 2E - - Dança - Teatro

A gente vai desenvolvendo, várias ações, , para unir o grupo, faz dança, apresenta teatro...

DSC- 2F - Reunião com hipertenso, no serviço

A gente uma vez por mês a reunião de hipertensos. é verificada a pressão, conversado com as pessoas. é iniciativa do próprio pessoal do interior, hoje fisioterapeutas que se reúnem com hipertensos, também tem iniciativa do próprio pessoal do interior, mas a gente sempre tem a coordenação de um enfermeiro por trás, com o material, para eles passarem para o hipertenso.

DSC- 2G - Reunião com hipertenso, na comunidade

Gente chama de reunião do hipertenso, em localidades onde a equipe vai, a gente se desloca até eles, a gente faz uma tarde com eles, quase sempre nas associações. O médico e o enfermeiro, que são só dois, se deslocam até lá, às vezes enfermeiros, outras vezes médicos, então é um trabalho, ao invés desses 35 estarem vindo encontrar dois profissionais da área, esses dois estão indo encontrar esses 35. A gente não fala só do problema de pressão, não só vê a pressão, mas sim passa o medicamento, eles fazem muita pergunta, posso comer aquilo, posso comer aquele outro, esse outro me faz mal, aquele outro não faz mal, posso tomar chimarrão? Posso tomar café? Então eles, um acaba passando para o outro as informações, porque tem um que está comendo alguma coisa diferente, que não sabe que faz mal e o outro lá pergunta e ele acaba descobrindo. É muito produtivo quando a gente faz lá na comunidade deles, porque eles conseguem se interar mais com as informações, a gente tem profissional que lida só com aquilo, daí fica tudo mais fácil.

DSC- 2H - Incentivar atividades de cunho coletivo ouvindo a população

Incentivar atividades de cunho coletivo, porque produzem na comunidade uma capacidade de recursos positivos gerado na própria comunidade, deixar a comunidade falar, com alguma orientação de direcionalidade, traz um benefício fantástico, quer dizer, que não para mais, que não acaba mais, quando ela ouve a experiência de uma outra senhora, que por exemplo o filho foi recuperado das drogas porque passou a fazer parte de algum grupo religioso, ou conseguiu um emprego, aquilo tem uma dimensão muito interessante.

DSC- 2I - Visita Domiciliar

A gente faz uma visita, uma vez na semana, na casa dele, fazendo um controle da pressão dele, temos fisioterapeutas fazendo visitas domiciliares junto com o medico ou com indicação do medico.

DSC- 2J - Repassa medicamento

No programa hiperdia do governo federal, é distribuído medicamentos, como palestra não acham importante então é distribuído o medicamento que cada um toma, para o mês ao final de uma palestra, assim repassa o medicamento.

DSC- 2K - Mapeamento dos moradores segundo suas enfermidades

O importante hoje o nosso PSF é o mapeamento, aonde estão moradores que são diabéticos, onde estão moradores que são hipertensos, onde estão pacientes que estão com câncer que estão tendo já tratamento final, então todas as doenças dentro do PSF são definidas por região.

DSC- 2L - Campanha

Esse ano fizemos uma campanha, também, de detecção de diabetes e de hipertensão arterial.

DSC- 2M - Profissionais alem da equipe mínima

O PSF deveria ser dotado de uma equipe, com uma estrutura maior, além de ser multi-profissional, que tivesse o preparo para atuar exatamente de encontro a esse tipo de patologias, de doenças que nós encontramos nos pacientes, nós temos no nosso posto hoje, uma nutricionista, uma fonoaudióloga, nós temos na parte de psicóloga e temos fisioterapeutas que trabalham na linha, do paciente que chega a unidade referenciada. Seria importante que o próprio PSF avançasse, ter mais profissionais atendendo outros tipos de problema. O PSF ter nutricionista, fisioterapeuta lá dentro, outros profissionais que poderiam, que deveriam fazer parte desse atendimento básico.

No entanto, para bancar essa estrutura maior, hoje é difícil, a nível de município nós já não temos o incentivo para esse tipo de profissional dentro do contexto do PSF. Quando se trata de incentivo por parte do ministério em outros profissionais, dentro da psiquiatria, da psicologia, do nutricionista, do fisioterapeuta, não temos, poderia o Ministério dá um certo incentivo, o município entra com o resto.

QUESTÃO 3 - EM BREVES PALAVRAS, O QUE É PROMOÇÃO DA SAÚDE PRA VOCÊ ?

DSC- 3A – Mais investimentos

É ter mais investimentos, investindo mais nos profissionais, é valorizando o profissional que está cuidando.

DSC- 3B – Ter mais profissionais

Seria a intenção ter mais gente para trabalhar com o pessoal da saúde, ter mais 3 ou 4 funcionários, montar outra equipe de PSF.

DSC- 3C – Não faltar remédio

É uma caixa cheia de remédio, de medicamentos.

DSC- 3D – Direito de todos.

É um direito de todos, não distinguimos nenhuma classe, nem o pobre nem o rico, quem procura a saúde é atendido igualmente. E fazer um trabalho para a coletividade, pensando na população.

DSC- 3E – O usuário ser sempre atendido

Dar ao paciente a condição de vir às unidades de saúde e ser atendido humanamente; promover para que todo mundo tenha uma assistência à saúde digna, para que tenha um atendimento digno. Quando o paciente precisa realmente de um atendimento ele não pode esperar, aquela pessoa que não tem condições de poder pagar o médico particular, ele vem e nos procura, porque na hora que você precisa de uma vaga no hospital, não existe a vaga, mas a pessoa que precisa não pode ver que o médico não está sendo bem pago, que o sistema não paga, ele precisa ser atendido.

DSC- 3F – Não ficar doente

Promoção da saúde é não ter doença, evitando que a pessoa fique doente. É trabalhar em cima da prevenção para cuidar para que tenham saúde, é você prevenir, evitar a doença, é fazer a epidemiologia do município trabalhar os exames preventivos, essas taxas de leishmaniose, de HIV, pois a epidemiologia, ela envolve muita prevenção. É trabalhar mesmo em cima de prevenção passando para a população que a gente tem que trabalhar mais na questão preventiva. Tem que se prevenir, eu acho que tudo caminha para que se faça uma prevenção bem feita para evitar o que se tem hoje, que é o acúmulo de atendimento nas áreas emergenciais de saúde. Se fizermos prevenção na saúde, se economiza, tem que fazer a administração pública entender que é fazendo prevenção que se vai economizar futuramente na saúde pública.

DSC- 3G – Ter uma visão dos aspectos sociais

É o indivíduo ter boa renda, boa escolaridade, ter lazer, ter um bom relacionamento familiar, ser feliz nessa casa, ter realização profissional, cultura, ter uma residência adequada, banheiro que tenha rede de esgoto, tenha água tratada na residência. O modo de relacionamento com a sociedade, com a família consigo mesmo também entra nisso. É parte social da saúde, são ações inter-setoriais.

DSC- 3H – Fazer com que as pessoas se sintam bem

São ações benfazejas que produzem o bem para o indivíduo, no sentido de manutenção do estado de saúde. O ambiente, a situação do ambiente, a situação dos hábitos de vida entra nisso também, é procurar o bem-estar pessoal, físico da pessoa contribuindo para que o indivíduo mantenha ou até alcance saúde num estado mais continuado, é o paciente se sentir bem é estar integrado na sociedade, é ele ser alguém.

DSC- 3I – Orientar a população (educação)

É importante, a educação em saúde, para que os agentes de saúde quando visitarem as pessoas nas suas residências, dêem essa informação, leve conhecimento do que é saúde básica, como se faz saúde, orientar a questão de higiene básica, asseio pessoal, orientar a população para que ela cobrasse mais dos poderes aquilo que ela tem direito.

DSC- 3J – A população fazer a parte dela

A população fazer a parte dela também, ela ainda não se conscientizou da importância que realmente tem em fazer a parte dela também. Quando depende um pouco do lado da população mesmo, falta muito ainda, deixa muito a desejar, então é uma questão de cultura.

DSC- 3K – Ir a tona de alguns problemas

Não só a resolver os problemas, mas diminuir, ir a tona de alguns problemas. Pacientes vindo à procura de um trabalho da saúde, porque foi alertado de alguma coisa, porque existe um trabalho, ou de repente você vai de encontro ele com a equipe do médico, enfermeiro, do auxiliar que vai fazer esse trabalho na saúde, ver os efeitos que vem causando para a família do nosso município.

DSC- 3L – Atender a demanda de média e alta complexidade

É o atendimento de média e de alta complexidade, porque há uma demanda grande, a espera do serviço, a espera de especialidade de média e de alta complexidade.

QUESTÃO 4 - NO SEU MANDATO, QUAIS AS AÇÕES FORAM REALIZADAS PARA DESENVOLVER ATIVIDADES FÍSICAS, NESTA VISÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE?

DSC- 4A – Ginástica com os funcionários

O fisioterapeuta nosso aqui começou a incentivar todos os profissionais, todos os funcionários a chegarem 10 minutos antes da hora, e fazia um pouco de ginástica com todo mundo.

DSC- 4B – Caminhada

As nossas auxiliares de enfermagem, existe algumas pessoas, os agentes comunitários incentivam, faz as vezes é uma caminhada, um desfile, quando chega o dia da dengue, o dia da Aids, a gente faz tipo um manifesto pela rua, é a único exercício que é feito, no dia do idoso que na verdade é junto com o dia do hipertenso, , então por enquanto só fazemos uma vez por ano mais assim exercício físico não, mas hoje temos fisioterapeutas que se reúnem com hipertensos, para fazer uma caminhada, e no PSF X idéia partiu de uma enfermeira.

DSC- 4C – Não é feito nada

Até então não temos um programa dirigido da própria secretaria, por mais que é de fundamental importância para um trabalho preventivo, nada foi realizado Não temos, também em função da cultura deles, porque além de eles serem hipertensos, serem doentes, ele acha que tem que ficar sentado, ele não pode andar muito, ele não pode se preocupar porque a pressão dele vai subir, não posso andar, não posso caminhar porque minhas pernas vão inchar e também, não temos pela questão do ajuste financeiro.

DSC- 4D – Ainda não fazemos, temos projeto

Nós temos um projeto formulado, nós gostaríamos de fazer caminhada uma vez por mês, ou no máximo a cada 60 dias realizar essa caminhada no parque com todos os hipertensos.

DSC- 4E – Atividade física em parceria com a promoção social

Nós temos alguns trabalhos feitos em conjunto entre a promoção social, que é uma outra secretaria, aonde se desfruta a parte de educação física, que é a terceira idade, através dos grupos que tem um trabalho, que também são ligados, fazem parte da demanda do PSF, e cada PSF tem esse trabalho em parceria com a promoção social, onde, além do professor de educação física que vai ensinar algumas coisas, tem também o atendimento médico, mas isso só no caso da terceira idade.

DSC- 4F – Atividade física num dia isolado

A única coisa que foi feita, em dois dias mais ou menos, é a feira da saúde que mostrou os nossos trabalhos e teve também a participação de uma profissional de educação física fazendo atividades com os participantes da feira principalmente os hipertensos e os idosos.

QUESTÃO 5- QUAL A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS?

DSC- 5A – O pessoal fica mais animado

É muito importante, eles ficavam mais animado, eles vem, para descontrair, faz um sarauzinho para eles estarem dançando entre eles. Realmente você sente assim o ego deles fica maior e com isso o ânimo deles melhora e automaticamente, até a hipertensão deles baixa, porque o ânimo melhorando, não fica depressivo e tal, eles tem uma animação mais, ate para sair de casa, ir na casa do vizinho conversar ou ir passear e isso ajuda, porque ficar só dentro de casa realmente prejudica.

DSC- 5B – Melhora capacidade de locomoção

Não fazendo exercício, a perna fica doendo, tudo isso é falta de exercício. Então você fazendo esse exercício com eles (os velhinhos) melhora em tudo, para poder se locomover melhor, poder ir até o banco para poder receber, a gente sempre incentiva também a não deixar familiares ir receber, à eles mesmos ir , para eles poderem estar andando. Para estarem se locomovendo, mexendo, se exercitando, se movimentando, produzindo saúde.

DSC- 5C – Diminui o número de morbidade e internamento por doenças crônicas

Desde quando começou, as equipes de PSF começaram em 2002, 2002. a gente achou que era em vão o trabalho que estava sendo feito, 2003 teve uma pequena melhora, agora em 2004 assim... é absurdo o tanto que houve de melhoria, diminuiu o número de internamento, diminuiu o número de internamento por AVC, infarto diminuiu muito assim a questão de internamento de idoso, então está tendo um retorno muito grande, prevenção sempre foi e é a melhor saída, a gente já está notando um numero, baixou muito o numero de enfartos no município, problemas de derrames, então diminuiu bastante.

DSC- 5D – Controlam mais a pressão

Ajuda a pessoa controlar mais a pressão e participarem das reuniões.

DSC- 5E – Baixa muito o custo

Fazendo promoção, prevenindo, você vai baixar muito custo, porque o município gasto muito hoje com ida pra lá, ida pra cá, fisioterapia, pra uma pessoa que dá um enfarto aí, além de ver o lado humano da pessoa, a despesa é muito grande para o município.

DSC- 5F – Mais interesse

Motiva mais eles, para que realmente eles procurem estar atrás dessas informações, dessas orientações, porque a um bom tempo atrás era muito pequeno esse numero de hipertensos e diabéticos, que participavam, e na medida que a gente começou a correr atras, a fazer essas caminhadas, a gente viu realmente assim um interesse, e um aumento bem maior de adeptos, pessoas interessadas e preocupadas com essa questão. eles começam a entender que é importante, a responsabilidade deles na parte do autocuidado, eles se cuidarem para eles ficarem bem, que não é só tomar remédio, tem muito outras coisas relacionadas ao controle do diabetes e hipertensão, a gente percebe o interesse deles e esse entendimento que não é só o remédio em si.

DSC- 5G – Coisa de lazer

No interior o pessoal tem pouca coisa de lazer para fazer, começa com os pequenos grupos e mais tarde e isso vai crescendo e habituando a eles a fazer alguma coisa então isso é válido.

DSC- 5H – É importante a inserção do profissional de educação física

Seria de extrema importância para esse pessoal a gente pudesse levar o professor de educação física, alguém para que esse pessoal fizesse um exercício, mas fizesse esse exercício orientado por alguém da área, que desse os exercícios corretos, para que essas pessoas fizessem.

QUESTÃO 6 - Se o Ministério da Saúde desse as condições para que fosse inserido dentro da sistemática do PSF, o profissional de Educação Física, como você vê a possibilidade deste profissional atuar junto ao sistema de saúde pública?

DSC- 6A – Trabalhar em conjunto

Eu vejo que o profissional de educação física não vai resolver o problema, mas é da ação interdisciplinar, tem que ter um local para ele ajudar o fisioterapeuta, pois o fisioterapeuta trabalha com massagem, essas coisas e outras são mais para a educação física. Por exemplo, o enfermeiro tem dificuldade de ir para esse lado, mas tem muita visão disso, é importante trabalhar em conjunto, inserir o professor de educação física, desde que de forma integrada.

DSC- 6B – Ter um local de esportes

Eu acho que deveria ter um local, uma quadra de esportes.

DSC- 6C – Grande produção de saúde, pelo menos preventiva

Acho que a gente poderia conversar para ver as idéias dele, o que ele poderia ajudar. A pessoa (profissional de educação física) sabe trabalhar, sabe no que ele pode ajudar, tem tanta coisa que pode ser feita em saúde, com certeza teria muita coisa, atividades que venham realmente resultar em grande produção de saúde, essa é a questão lógica, ou pelo menos preventiva.

DSC- 6D – Levando o conhecimento

Acho que um profissional poderia dar essa instrução, levando conhecimento, porque eu acredito que não precisa ser somente trazer as atividades, precisa conscientizar de que aquele esforço está sendo bom. Trabalhar mais esse lado de conscientização mesmo, por exemplo, você não pode levantar tanto de peso, que você vai ter hérnia, você vai ter dor na coluna, vai ter outros problemas, orientar essa juventude do que eles devem praticar, do que eles devem fazer, das vantagens que tem o esporte, que traz o esporte, a educação física.

DSC- 6E – Não ser algo esporádico

A vontade da gente, é que isso ao invés de se tornar um momento singular, esporádico, campanhístico, se torne algo continuado, todos os dias, e aí talvez o professor de educação física conseguisse trabalhar.

DSC- 6F – Ação intersetorial

Creio que para não haver duplicidade de ações, seria muito interessante ação intersetorial, educação e saúde da família.

DSC- 6G – Inserir nesses grupos

Daria para inserir, o profissional de educação física nesses grupos de hipertensos, diabéticos, obesos, atividades domiciliares mesmo. Ter uma atenção mais dedicada a terceira idade e as gestantes. Eu não vejo outra forma de dar uma opção interessante e produtiva de trabalhar, por exemplo, a dependência química nessas comunidades menores.

DSC- 6H – Trabalhar no desenho dos pólos

Fazendo esse desenho de pólos, por exemplo, um professor de educação física para 6 equipes.

DSC- 6I – Criar um círculo virtuoso

Talvez a inserção do professor de educação física pudesse reverter esse processo, pudesse criar ao invés de um círculo vicioso, um círculo virtuoso.

DSC- 6J – O PSF deve estar maduro

No mínimo depois de 2 anos do saúde da família implantado, aí deve começar ações bem claras, eu creio que o saúde da família tem que estar mais maduro.

SC- 6K – Dança e caminhada

Poderia colocar este profissional em contato com esta atividade de caminhadas e também trabalhando dança com as meninas que estão se prostituindo, para que tenham gosto em viver.

DSC- 6L– Dentro da demanda do PSF

Agindo como o profissional igual da saúde, ele estaria estabelecendo um programa dentro da demanda que é o PSF.