Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Construção e avaliação de um programa educativo para a promoção de atividade física junto a Equipes de Saúde da Família.

Thiago Hérick de Sá

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alex Antonio Florindo.

São Paulo

2011

Construção e avaliação de um programa educativo para a promoção de atividade física junto a Equipes de Saúde da Família.

Thiago Hérick de Sá

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alex Antonio Florindo.

São Paulo

2011

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Dedicatória

“Daria um filme! / Uma negra e uma criança nos braços / solitária na floresta de concreto e aço / Veja! / Olho outra vez o rosto na multidão / a multidão é um monstro sem rosto e coração. / Ei, ‘Goiânia’, terra de arranha-céu / a garoa rasga a carne, é a torre de babel. / Família brasileira, dois contra o mundo / mãe solteira de um promissor vagabundo. / Luz, câmera e ação, gravando a cena vai / uma bastardo, mais um filho pardo sem pai [...] Eu sou ‘humano’, homem duro do gueto, brow, obá! / Aquele loco que não pode errar / aquele que você odeia amar nesse instante / pele parda e ouço funk / e de onde vem os diamante / da lama! / Valeu mãe, negro drama.”

À minha Mãe, por tudo.

Agradecimentos

Aos voluntários da pesquisa, que abriram as portas e o coração para o projeto;

Ao Professor Alex Florindo, pela confiança e paciência;

Aos professores de agora e de outrora, por despertarem em mim o prazer de aprender: Eliam (mãe), Tia Lúcia (minhas primeiras letras), Dona Newta, Dona Irma, Patrícia Jaime, Wolney, Marly, Denise, Suely e Maria Lígia;

Ao Professor Carlos A. Monteiro, pela enorme contribuição na qualificação, sobretudo para a formação do professor que pretendo ser;

A todos os meus alunos, que me ensinam, me educam e me encantam;

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo auxílio financeiro;

A equipe do GEPAF, em especial à Marília, Taynã e Fabi, companheiras de trabalho e de metrô, com enormes contribuições para o trabalho;

Aos meus queridos amigos de dentro e de fora da FSP, pelos momentos sempre agradáveis e (felizmente) nem sempre edificantes;

A Maria, “uma mãe pra mim em São Paulo”;

A toda a minha família, pelo amor intenso, em especial ao meu irmão cabeça de melão querido;

A família Borges, pelo prazer de estarmos juntos;

A Carol, a delícia da vida;

A todos aqueles que a memória não me deixa lembrar e o coração não me deixa esquecer.

"Gosto de ser gente porque, mesmo sabendo que as condições materiais, econômicas, sociais e políticas, culturais e ideológicas em que nos achamos geram quase sempre barreiras de difícil superação para o cumprimento da nossa tarefa histórica de mudar o mundo, sei também que os obstáculos não se eternizam."

Paulo Freire

Apresentação

Esta dissertação é um dos produtos do projeto intitulado “Estudo de intervenções para a promoção das atividades físicas no Sistema Único de Saúde pela Estratégia de Saúde da Família”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp – Processo n^{o}. 2009/14119-4).

Na Introdução, são apresentadas as bases conceituais utilizadas para elaboração do estudo. No capítulo “Métodos” estão detalhadas apenas as informações sobre o método utilizado para a elaboração do programa educativo e condução das análises não contempladas nos artigos. Em seguida, foram inseridos os dois artigos científicos originados do estudo, em formato para publicação. Por fim, as considerações finais do trabalho contêm as conclusões e discussões mais relevantes desta dissertação.

RESUMO

Sá, TH. Construção e avaliação de um programa educativo para a promoção de atividade física junto a Equipes de Saúde da Família. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.

INTRODUÇÃO: Promover a atividade física na atenção básica passa por mudar sua representação social, de técnica curativa e reparadora, junto aos profissionais de saúde. Isto se dará, dentre outras ações, pela educação transformadora do ser, a partir da problematização do mundo em que vive, em consonância com a proposta da Política Nacional de Educação Permanente, que rege as ações de formação em saúde na Estratégia de Saúde da Família. **OBJETIVO:** Construir e avaliar um programa educativo com os profissionais das equipes de saúde da família para a promoção de atividade física. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de intervenção com grupo controle, com trabalhadores de saúde de duas Unidades Básicas de Saúde de Ermelino Matarazzo, Município de São Paulo. O programa educativo foi composto de seis encontros de uma hora e meia de duração, entre julho e outubro de 2010. Os referenciais teóricos da construção do programa foram a Teoria Educacional de Paulo Freire e a Educação Permanente. Para o processo de investigação temática, foram realizados dois grupos focais ao início do estudo e para a avaliação do efeito do programa educativo sobre o significado da prática de atividade física e aconselhamento sobre atividade física, realizou-se um grupo focal com os participantes ao final do programa. Além disso, todos os encontros foram registrados pelo professor e por um observador independente. Todo o material qualitativo foi analisado segundo o método de análise da conversação e da fala. O efeito do programa sobre comportamentos de saúde relacionados à atividade física foi avaliado a partir da comparação dos grupos segundo a média das diferenças dos valores antes e depois da intervenção para as variáveis de atividade física no tempo livre e de deslocamento, o uso de televisão e de computador, e a soma de barreiras

para a prática de atividade física no tempo livre, a partir do teste U de Mann-Whitney. Adotou-se como nível de significância o valor de $p < 0,05$ para todas as análises. **RESULTADOS:** O programa educativo para a promoção de atividade física teve ótima aceitação entre os ACS e auxiliares de enfermagem, tendo sido observadas alterações positivas sobre o significado da prática de atividade física e nova percepção sobre o aconselhamento feito pelos profissionais. Foram observados importantes limitantes institucionais à promoção de atividade física. **CONCLUSÃO:** O programa educativo promoveu alterações positivas no significado da prática de atividade física e na qualidade do aconselhamento junto aos profissionais de saúde, sendo também reconhecido por estes como espaço de diálogo e acolhimento. Entretanto, para que as potencialidades do programa sejam plenamente aproveitadas, é imprescindível superar limitantes institucionais à promoção de atividade física e de aprendizagem em serviço.

Descritores: Estratégia de Saúde da Família, Educação em Saúde, profissional de Educação Física, atividade motora, Teoria Educacional de Paulo Freire.

ABSTRACT

Sa, TH. Construction and evaluation of an education program for the promotion of physical activity together with family health teams. [Master's degree dissertation]. São Paulo: School of Public Health, University of São Paulo; 2011.

INTRODUCTION: Promoting physical activity in primary care must consider changing its social representation – of a curative and restorative technique – from health professionals. This will occur, among other actions, by the transforming education, from questioning the world we live, according to the National Policy of Permanent Education, which guides the educational actions of the Health Family Strategy. **OBJECTIVE:** To construct and evaluate an education program for the promotion of physical activity together with family health teams. **METHODS:** We conducted a controlled intervention with workers from two primary healthcare units in Ermelino Matarazzo, municipality of Sao Paulo. The education program consisted of six meetings of one hour and a half each (nine hours total), between July and October of 2010. The theoretical frameworks for its construction were the Educational Theory of Paulo Freire and the Permanent Education. Two focus groups were held at the beginning of the program to investigate the "minimum thematic universe" and another focus group was held at the end to evaluate the effect of the education program on the meaning of the practice and counseling about physical activity. Also, all meetings were reported by the professor and by an independent observer. Qualitative data were analyzed using the speech and conversation analysis method. The program's effects on health behaviors related to physical activity were evaluated by comparing both groups according to free time physical activity, active commuting, use of television and computer, and the sum of barriers reported for free time physical activity practice. Mann-Whitney was used and significance level of $p < 0,05$ was adopted for all analysis. **RESULTS:** The education program for physical activity promotion had great acceptation among lay health workers

and assistant nurses. Positive changes were observed in the meaning of the practice and counseling about physical activity. We also identified important institutional obstacles for physical activity promotion. **CONCLUSION:** The education program for physical activity promotion led to positive changes over the meaning of the practice and counseling about physical activity among health professionals, being also recognized by them as a space for dialogue and care. However, if we want to fully use all the program's potentialities, it is indispensable to overcome institutional limits for physical activity promotion and health education.

Keywords: Health Family Strategy, health education, Physical Education Professional, motor activity, Paulo Freire's Educational Theory.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 13

2. OBJETIVOS 18

3. MÉTODOS 29

3.1 Coleta de dados 23

3.2 Análise dos dados 25

3.3 Aspectos éticos 25

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 26

4.1 ARTIGO 1: Construção de um programa educativo para a promoção de atividade física com as equipes de saúde da família 27

4.2 ARTIGO 2: Efeitos de um programa educativo para a promoção de atividade física em profissionais das equipes de saúde da família 55

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 79

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 84

7. ANEXOS 87

7.1 Subprefeituras e distritos do município de São Paulo em 2011 88

7.2 Gastos com material 90

7.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupo Qualificação 92

7.4 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupo Controle 94

7.5 Aprovação do Comitê de Ética da FSP/USP 96

7.6 Aprovação do Comitê de Ética da SMS/SP 98

7.7 Questionário respondido pelos participantes 101

7.8 Questionário para entrevista 106

CURRICULUM LATES 115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos grupos Qualificação (GQ) e Controle (GC) no início do estudo segundo variáveis sócio-econômicas, antropométricas e de estilo de vida. São Paulo, 2010 ..... **76**

Tabela 2. Características do grupo Qualificação (GQ) segundo participação nos encontros. São Paulo, 2010 ..... **77**

Tabela 3. Valores médios e variação média da soma de barreiras para a prática de atividade física (AF) no tempo livre, dos tempos semanais de prática de AF no tempo livre e no deslocamento, tempos semanais vendo TV ou usando o computador (PC) antes e depois da intervenção, segundo grupo. São Paulo. 2010 ..... **78**

Tabela 4. Gastos com material para a construção conjunta do programa educativo sobre promoção de atividade física (39 participantes). São Paulo, 2010 ..... **91**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Modelo Teórico do programa educativo para a promoção de atividade física. **..... 22**

Figura 2 Linha do tempo com a disposição dos grupos focais e dos encontros no ano de 2010 **..... 24**

Figura 3 Perdas de seguimento dos Grupos Qualificação e Controle**..... 64**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Atividade física
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Fapesp	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FSP	Faculdade de Saúde Pública
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OSS	Organização Social de Saúde
PC	Computador
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
Seconci/SP	Serviço Social da Construção Civil de São Paulo
SMS/SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TV	Televisão
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

1. INTRODUÇÃO

"O Gesto é anterior à Palavra. Dedos e braços falaram milênios antes da Voz."

O professor CÂMARA CASCUDO[9] (2003; p.18), autor da frase acima, situa o gesto como a comunicação essencial, a primeira linguagem humana. O gesto tem voz e o corpo, nas suas expressões gestuais, foi o instrumento de comunicação dos primeiros hominídeos, muito antes da fala no *Homo Sapiens*[9]. Por extensão, a atividade física, que aqui também entenderemos como práticas corporais, sempre esteve associada à comunicação do homem com o mundo, expressa em fenômenos ubíquos, universais da condição humana: ir de um lugar a outro, celebrar, divertir-se, conseguir comida, guerrear, reproduzir-se. Em outras palavras, esteve inserida nos modos de viver, nos pequenos momentos e espaços do cotidiano, confundindo-se com o banal, com o corriqueiro (CARVALHO[8], 2009). Sem nos atermos demoradamente nos aspectos históricos da contemporaneidade que nos levaram à situação presente – o que nos remontaria à liberação do corpo a partir da revolução tecnológica – testemunhamos, nos dias de hoje, o distanciamento da prática de atividade física de muitas das questões que permeiam (ou permeavam) as principais preocupações humanas. Esta prática particulariza-se, ganha novos significados.

Passamos a observar, então, o advento da representação da prática de atividade física como uma condição necessária para se conquistar "saúde" (FERNANDES & SIQUEIRA[12], 2010), representação esta amparada no discurso biomédico predominante, ou, mais amplamente, na transformação do corpo em lócus preferencial para o investimento em saúde[3]. Segundo LE BRETON[16] (2003), o próprio corpo moderno, fruto do individualismo e do descolamento do indivíduo do todo comunitário, de seu distanciamento com relação ao outro, passa a ser visto como um rascunho,

que pode e deve ser aprimorado. É necessária a modificação – ou mesmo a eliminação – do corpo, para um objeto sem doenças, sem alma*, sem as marcas que o viver imprime em sua carne viva, um *cibercorpo*[16]. A atividade física serve agora não mais ao cotidiano do viver, mas sim ao "aperfeiçoamento" e à diferenciação deste corpo – por extensão, do próprio indivíduo – e converte-se em instrumento de poder sobre ele com a intensificação da regulação social a partir do corpo (FOUCAULT[13], 2009). O gesto, agora devidamente controlado, disciplinado, docilizado pelo treinamento, não mais expressa o ser, não mais comunica: reproduz comunicados. Neste contexto, os profissionais de Educação Física, assim como outros profissionais de saúde (nutricionistas, cirurgiões plásticos, massoterapeutas) se convertem nos reconstrutores, disciplinadores de corpos para a produção de sujeitos que atendam às aspirações sociais. Fugir destas aspirações é ferir a moral, é não repassar adiante os comunicados "certos"[13]. Vê-se, portanto, neste novo modelo de prática de atividade física, a cisão da antiga solidariedade que integrava o indivíduo a uma coletividade e ao cosmos/natureza (NOVAES[22], 2006), cisão hoje presente em tantas outras áreas da vida humana e cujas conseqüências danosas à saúde dos povos e do planeta nos são cada vez mais claras (EGGER & SWINBURN[11], 2010).

Sendo assim, promover saúde passa a ser muito mais do que incentivar esta ou aquela mudança comportamental ou no ambiente. É preciso comprometer-se com o reencontro dos sujeitos e de seus corpos com sua condição humana e com aspectos tão indissociáveis à sua existência. "É no modo de viver que está o segredo!", afirma CARVALHO[8] (2009, p.67), é na práxis** transformadora em que se constroem os valores e sentidos do viver e as "maneiras como nos organizamos socialmente nos espaços e no tempo" (CARVALHO[8], 2009, p.67). No caso da atividade física, torna-se imprescindível re-transformar sua prática em algo pleno de sentido e significado, em comunhão com o mundo, aproximar as práticas corporais de sua representação anterior. Educar para o movimento, portanto, não

*: No livro *Adeus ao Corpo*, LE BRETON (2003) aponta que, se a alma é a idealização do corpo, temos, com o fim do corpo, o fim da alma. A dicotomia deixa de ser corpo-alma e passar a ser homem-corpo.

** Segundo CHAUÍ (2003, p.172), em seu livro *Convite à Filosofia,* práxis é a ação sociopolítica e histórica dos homens na construção das instituições e representações sociais.

deveria ser nada além do que devolver ao homem o gesto original, impensado e rico, re-fazer de seu corpo o elo entre o homem e o mundo, fazê-lo a parte de si que “lê” o mundo, e também que o re-lê, escrevendo com os próprios pés e mãos, umbigo e cabeça, a cultura de cada canto, de cada grupo, de cada um. Nas palavras de FREIRE[15] (2008, p. 119), “é entender o que se lê e escrever o que se entende”, comunicar-se corporalmente consigo e com os outros. Para tanto, é preciso descobrir quais seriam os gestos geradores, quais as raízes de determinado grupo sobre as práticas corporais e, a partir daí, problematizar a situação presente com relação ao tema. Este deve ser o ponto de partida de qualquer programa educativo para a promoção de atividade física.

Mas, como fazê-lo? É crescente na literatura científica o desenvolvimento e avaliação de estratégias para promover atividade física, muitas das quais via sistema de saúde (ARTINIAN e col.[2], 2010; MULLER-RIEMENSCHNEIDER e col.[19], 2008; BRECKON e col.[7], 2008). Falta, entretanto, um maior detalhamento das intervenções analisadas, sobretudo, na melhor compreensão das teorias que sustentam e justificam o programa e do processo de construção das ações de promoção de saúde, particularmente com relação às ações de formação dos profissionais envolvidos (BRECKON e col.[7], 2008) Esta visão ampliada na avaliação de um programa de promoção de atividade física possibilita um melhor entendimento da relação entre os processos de construção e os resultados obtidos[4].

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo brasileiro de organização da atenção básica, criado em 1994 (BRASIL[5], 1997) apresenta-se como um excelente espaço para a construção e avaliação de um programa desta natureza. Algumas de suas características essenciais, como a participação popular, a territorialização e universalização do cuidado, e a ênfase na família[5] vão ao encontro da proposta de se “estar com” os sujeitos “para” a transformação da prática de atividade física. Além disso, o modelo previsto de organização do trabalho, horizontal e matricial, bem como a recente incorporação do profissional de Educação Física à estrutura dos

serviços a partir da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (MINISTÉRIO DA SAÚDE[17], 2008) favorecem a ampliação e melhoria da promoção de atividade física realizadas pelas equipes de saúde da família. Cabe lembrar, entretanto, que boa parte dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família já atuava na atenção básica antes da criação e expansão da ESF e que será sempre um desafio fortalecer este novo modelo a partir das representações antigas. A consolidação da ESF, bem como sua atuação na perspectiva da promoção da saúde, passa, então, pela definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), criada em 2007 (BRASIL[6], 2009). Esta política ampara-se no conceito de Educação Permanente, que é a aprendizagem no trabalho, ação e reflexão concomitantes, a partir da problematização dos processos de trabalho, pautada pelas necessidades das pessoas e populações. Mais ainda, a PNEP reconhece que o fortalecimento de uma cadeia progressiva de cuidados à saúde "supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede" (BRASIL[6], 2009, p. 20), tanto na redefinição dos processos de trabalho quanto na reorganização institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta consideração faz-se mais importante tendo em vista que qualquer programa educativo tem seus limites e potencialidades substancialmente determinados pelas condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais da estrutura em que está inserido. Estabelece-se, portanto, uma tensão dialética entre a necessidade de educação permanente para a consolidação da ESF e, ao mesmo tempo, a influência do momento de implementação da estratégia e de suas circunstâncias de funcionamento sobre qualquer programa educacional que se pretenda transformador e problematizante.

Nesse sentido, o propósito deste trabalho foi, justamente, desenvolver com os profissionais das equipes de saúde da família um programa educativo, baseado na Teoria Educacional de Paulo Freire e no conceito de Educação Permanente, para a promoção de atividade física, considerando os determinantes sociais e institucionais desta construção. A proposta é que

este programa educativo subsidie as ações de formação em saúde dos NASF junto às equipes de saúde da família para a promoção de atividade física aos moradores e aos próprios trabalhadores da saúde, bem como para melhorar o aconselhamento sobre a prática. O estudo serve também para contribuir com a escassa literatura sobre os processos de formação dos diversos profissionais envolvidos em ações de aconselhamento sobre atividade física na atenção básica[7].

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Desenvolver um programa educativo sobre a promoção de atividade física com os profissionais das equipes de saúde da família;

2.2 Objetivos específicos:

- Avaliar a construção de um programa educativo de promoção da atividade física com as equipes de saúde da família;
- Avaliar os efeitos de um programa educativo de promoção de atividade física sobre o aconselhamento para prática com profissionais da saúde da família;
- Avaliar os efeitos de um programa educativo de promoção de atividade física sobre o significado da prática e sobre comportamentos de profissionais de saúde da família;

Artigo 1: Construção de um programa educativo para a promoção de atividade física com as equipes de saúde da família.

.

Artigo 2: Efeitos de um programa educativo para a promoção de atividade física em profissionais das equipes de saúde da família.

3. MÉTODOS

Trata-se de um ensaio controlado com profissionais de saúde de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na região da Sub-Prefeitura de Ermelino Matarazzo (distritos de Ermelino Matarazzo e Ponte Rasa), Município de São Paulo (Anexo 7.1). Segundo dados divulgados pela Prefeitura do Município de São Paulo*, esta região apresenta uma extensão territorial de 15,5 Km^2 e população de 210.709 habitantes, no ano de 2008. Dentre as quatro UBS com cobertura da Estratégia de Saúde da Família presentes na região, a seleção das duas UBS do estudo se deu por conveniência, considerando a similaridade entres suas áreas de cobertura (tamanho e perfil de população atendida). Participaram do estudo a UBS Costa Melo (Qualificação) e a UBS Pedro Souza Campos (Controle). O programa educativo foi composto de seis encontros de uma hora e meia de duração (9 horas, no total), e ocorreu na própria UBS Costa Melo entre julho e outubro de 2010.

Todo programa educativo baseado na Teoria Educacional de Paulo Freire deve pautar-se pela ação dialógica, que têm como principais características a co-laboração, a união para a libertação, a organização e a síntese cultural. A co-laboração nasce da consciência de que não existe um "eu" sem um "tu", educador sem educando e educando sem educador, sem o reconhecimento do outro enquanto parte de mim, "sujeitos que se encontram para a pronúncia do mundo, para a transformação do mundo" (FREIRE[14], 2005, p.192). A união para a libertação reforça o compromisso deste encontro e sua importância frente à lógica da opressão. A organização trata da coerência entre a palavra e o ato de quem educa, do reconhecimento da autoridade, que não se faz autoritária, necessária à liberdade, que não se faz licenciosa[14]. Por isso, há a crença no educando, sem prejuízo à autoridade ou à liberdade, no reconhecimento de que todos temos algo a dizer, testemunhos autênticos, por isto críticos, que exigem a ousadia de correr riscos. A síntese cultural, por fim, diz sobre a ação cultural

*Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758, acessado em 31/05/2011.

necessária para a superação da própria cultura, enquanto força que busca manter a realidade na qual se forma. O imprescindível encontro entre educador e educando pela compreensão da cultura de um e de outro deve se dar antes mesmo do primeiro olho no olho. Vê-se que estas características estão em contraponto àquelas que marcam a ação anti-dialógica da opressão e da educação tradicional: a conquista, a divisão para a opressão, a manipulação e a invasão cultural.

As etapas do processo de construção do programa educativo são, portanto, permeadas pelas características da ação dialógica de ensino-aprendizagem (Figura 1). O primeiro passo desta construção é a investigação temática (ou investigação significativa) sobre o contexto de vida dos participantes. O educador deve buscar conhecer esta realidade antes mesmo do primeiro contato com os educandos, mas não deve esgotar sua busca aqui, sendo esta apenas uma primeira aproximação de ambos. Em seguida, ainda dentro da etapa de investigação temática, o educador deve identificar junto aos próprios educandos qual o seu nível de consciência da própria realidade, na busca pelo temas geradores. Estes temas, prementes no fazer cotidiano dos educandos, serão os elementos que, decompostos em suas partes, propiciam, pela recombinação destas partes, a criação de novos significados. Importante destacar que os temas geradores não estão nem no homem nem na realidade, senão na atuação daquele sobre a realidade, sua práxis. No caso do presente trabalho, a investigação prévia somada à busca pelos temas geradores nos levou a um universo mínimo temático que compreendia questões como “a atividade física enquanto fardo/trabalho”, “a atividade física reparadora/curadora”, “a culpa pela não prática de atividade física”, “a incoerência no aconselhamento”, “a sobrecarga de trabalho” e “a falta de cuidado / auto-cuidado”.

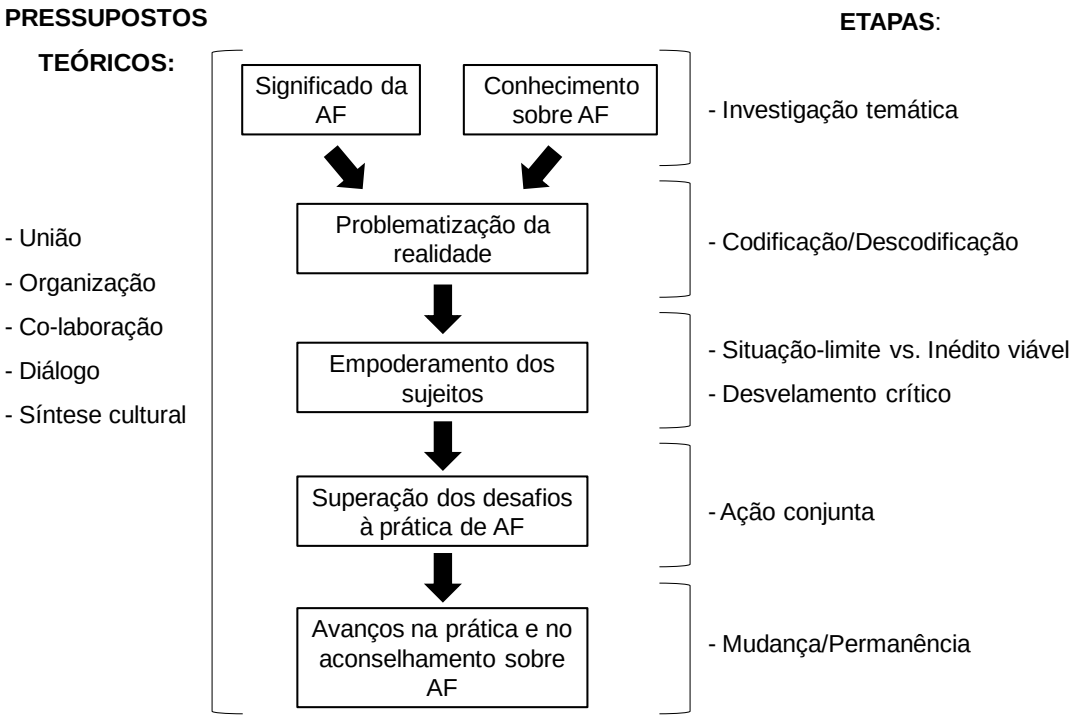
A segunda etapa de construção do curso trata da descodificação destes temas geradores que compõe o universo mínimo temático, a partir da problematização da realidade de onde eles emergiram, que é, justamente, o contexto de vida dos participantes. Este processo se faz necessário diante do desafio que se impõe a análise de uma situação existencial concreta,

turva, na qual se está imerso. Nas palavras de FREIRE[14] (2009, p. 113), a abstração desta realidade possibilita ao sujeito "se reconhecer na representação da situação existencial 'codificada', ao mesmo tempo em que reconhece nesta, agora objeto de sua reflexão, o seu contorno condicionante em e com que está, com outros sujeitos." Tomando um dos nossos temas geradores, um exemplo de descodificação seria analisar a questão do cuidado (ou da falta dele) nas diferentes esferas da vida, avaliar o quanto cada um de nós estamos preparados, amparados e conscientes o suficiente paras cuidarmos de nós mesmos e demandar cuidado daqueles que, em tese, seriam responsáveis por isto. Descodificar a situação concreta da falta de cuidado passaria também por discutir os obstáculos ao cuidar de si e do outro, discutir como estão se dando as relações entre eu e o outro, e qual o fio condutor destes (des)encontros. Estes pequenos pedaços do tema seriam, então, "remontados", codificados, desvelando aos sujeitos sua condição. Neste processo de "desconstrução", começam a emergir as "situações-limites" que se colocam entre o agora e um futuro melhor, o inédito. O processo de descodificação e codificação dos temas torna possível cruzar as relações entre eles, na composição do todo. Por exemplo, ao descodificar a própria culpa pela não prática de atividade física, os participantes começam a relativizar a "preguiça" que reportam, compreendem suas origens no excesso de atribuições que têm, na prática de atividade física quase sempre vinculada a estas demandas, e à falta de acolhimento por parte de quem demanda (família, moradores, instituição). Não fazer atividade física no tempo livre deixa de ser algo reprovável, passa a ser uma condição legítima, assim como passa a ser legítima a decisão de discordar desta condição. Esta mudança, entretanto, só se faz viável se houver a compreensão crítica do tema, porque toda compreensão implica uma ação, mas apenas uma compreensão crítica nos impele a uma ação crítica, transformadora, para a modificação do mundo.

O desvelamento crítico da própria realidade traz consigo a assunção, por parte dos participantes, da condição de seres históricos: a realidade não está dada, ela muda, e ela muda porque eu a mudo. A ação cultural para a

superação das situações-limite só é possível porque os sujeitos passam a vislumbrar um futuro melhor possível, um "inédito-viável", fruto da esperança, da curiosidade, e da vocação do homem em "ser-mais". A consciência dos desafios, mas ao mesmo tempo, a crença na própria capacidade de superá-los, em comunhão e co-laboração com os outros, é a razão maior do programa educativo. A promoção da atividade física, objeto principal de estudo neste programa, não deve restringir-se a si, sobretudo porque perpassa a situação existencial dos participantes das mais diversas maneiras, e só faz sentido se problematizado a partir desta premissa.

Figura 1. Modelo Teórico do programa educativo para a promoção de atividade física.



Ciente dos desafios à implementação de qualquer programa educativo na atenção básica, buscou-se sempre pautar a elaboração do

curso considerando sua replicabilidade em larga escala, mesmo em unidades de saúde com limitados recursos físicos. Para tanto, optamos por materiais de baixo custo e fácil acesso (Anexo 7.2), pela realização dos encontros na própria sala utilizada para as reuniões gerais da UBS e pela não utilização de recursos audiovisuais, com a valorização do diálogo e da discussão coletiva. Importante, destacar, portanto, que o sucesso da replicação de um programa educativo junto às equipes de saúde para a promoção de atividade física a partir do método freireano ampara-se muito na formação e experiência do mediador dos encontros.

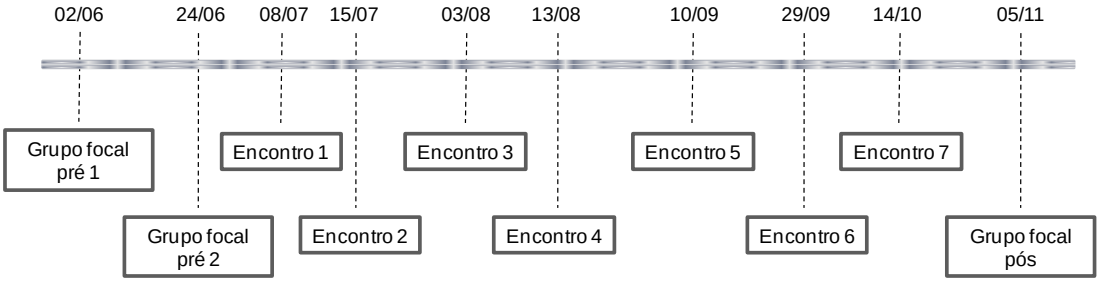
3.1 Coleta de dados

As informações sobre variáveis sócio-demográficas e de estilo de vida foram obtidas por meio de entrevistas (Anexo 7.8) enquanto as informações sobre a atuação profissional e o estágio de mudança de comportamento para a recomendação da prática de atividade física foram obtidos por meio de questionário (Anexo 7.7) respondido pelos próprios indivíduos antes e ao final do programa educativo. Ambos foram completados durante a rotina de trabalho. Os entrevistadores foram previamente treinados para a realização da coleta de dados, tendo sido feito uso preliminar com os instrumentos (entrevista e questionário) para verificação de inconsistências e avaliação de sua aplicação.

Além disso, foram realizados dois grupos focais antes do início dos encontros do programa educativo para o levantamento dos temas geradores (investigação temática), um deles composto por sete ACS e duas auxiliares de enfermagem e o outro, por seis enfermeiras e quatro médicas. Ao final dos encontros, realizou-se mais um grupo focal, apenas com os participantes dos encontros (12 participantes, sendo 11 ACS), para averiguar o efeito da qualificação sobre o significado da prática de atividade física e

aconselhamento sobre atividade física. A figura 2 apresenta a disposição dos grupos focais e dos encontros ao longo do ano de 2010.

Figura 2. Linha do tempo com a disposição dos grupos focais e dos encontros no ano de 2010.



A seleção dos participantes e a operacionalização dos grupos focais seguiram as considerações propostas na literatura (BAUER & GASKELL[3], 2002; NOGUEIRA-MARTINS & BOGUS[21], 2004). A moderação foi feita por pesquisador experiente na técnica de coleta, valendo-se de roteiro guia, elaborado previamente. Todos os grupos focais foram gravados em áudio e transcritos, enquanto as anotações do relator e do observador foram fichadas. Por fim, todos os encontros foram relatados pelo professor mediador e também por um observador independente.

3.2 Análise dos dados

A codificação e digitação dos dados obtidos nas entrevistas e questionários ocorreram de maneira concomitante à coleta de dados. Os

dados foram digitados duplamente em banco construído com o programa Epidata 3.1* e as análises foram feitas no pacote estatístico Stata 9.1[10]. Foi realizado o processamento das freqüências para cada variável e uma minuciosa verificação da consistência e amplitude dos dados.

Os dados obtidos nos grupos focais foram sistematizados e analisados a partir da técnica de análise da conversação e da fala, conforme proposto por MYERS[20] (apud BAUER & GASKEL, 2002). Esta técnica valoriza a fala do grupo estudado, suas interações e seus silêncios, além de tornar possível uma melhor avaliação da influência do pesquisador na obtenção dos dados.

3.3 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi conduzida segundo as normas previstas pela Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Ministério da Saúde. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública (Anexo 7.5) e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo 7.6). Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após serem informados sobre a pesquisa (Anexo 7.3 e Anexo 7.4).

* Software disponível em http://www.epidata.dk/, link acessado em 26/05/2011.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os resultados e discussão desta dissertação no formato de dois artigos, de acordo com as normas de Apresentação de Teses da Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP.

4.1 ARTIGO 1: Construção de um programa educativo para promoção de atividade física com as Equipes de Saúde da Família.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) incorporam oficialmente o profissional de Educação Física à atenção básica. Este profissional tem, como uma de suas atribuições, proporcionar Educação Permanente em Práticas Integrativas e Complementares junto às equipes de saúde da família, para a melhoria da promoção de atividade física à população. **OBJETIVOS:** Propor um programa educacional com vistas a construir conhecimento sobre atividade física junto às equipes de saúde da família, bem como avaliar os limites e potencialidades da construção coletiva. **METODOLOGIA:** A construção do programa educativo teve como referenciais teóricos a Teoria Educacional de Paulo Freire e a Educação Permanente. Participaram do estudo as cinco equipes de saúde da família em uma unidade básica de saúde (UBS), em Ermelino Matarazzo, Zona Leste de São Paulo. A preparação para o programa educativo contou com a realização de reuniões prévias com os diferentes níveis de gestão, NASF e profissionais das equipes. Além disso, para o processo de investigação temática, foram realizados dois grupos focais, um deles composto por sete ACS e duas auxiliares de enfermagem e o outro, por seis enfermeiras e quatro médicas. Para avaliar os limites e potencialidades da construção coletiva, os encontros do programa educativo foram relatados pelo pesquisador e por observador independente. Todo o material foi analisado segundo o método de análise da conversação e da fala. **RESULTADOS:** Os temas discutidos nos seis encontros foram: O significado da atividade física; Recomendações gerais para a prática de atividade física; Cuidar, ser cuidado e a relação profissional-usuário; Desafios à prática de atividade física; Descobrindo novas práticas e novos caminhos para o aconselhamento. Participaram dos encontros, principalmente, agentes comunitários de saúde. Os profissionais reconheceram a importância da promoção de atividade física, mas ainda a entendem, predominantemente, sob uma perspectiva biomédica e utilitarista. Também foi possível observar que os determinantes à prática de atividade física reportados pelos profissionais assemelham-se muito aos dos

moradores, muito embora eles não tenham feito esta relação nem se reconhecido plenamente como agentes da mudança desta condição, tanto de si como dos usuários que atendem. Além disso, observamos limitantes institucionais à promoção de atividade física, como a sobrecarga de trabalho, uma cultura de gestão pouco horizontal e a falta de cuidado em saúde para os próprios profissionais. **CONCLUSÃO:** A construção coletiva de um programa educativo para a promoção de atividade física junto às equipes de saúde da família mostrou-se possível, com benefícios ao empoderamento dos profissionais de saúde tanto com relação ao aconselhamento como sobre a própria prática de atividade física. Entretanto, para que as potencialidades do programa sejam plenamente aproveitadas, é imprescindível mudar a cultura dos serviços e processos de trabalho e de gestão, para a construção de um ambiente de trabalho capaz de converter-se em espaço de atuação e aprendizagem concomitantes.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada pelo Ministério da Saúde como um novo modelo de organização da saúde no Brasil, a partir de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, tendo a família como foco do cuidado e considerando o território como espaço de ação interdisciplinar para a promoção de saúde (BRASIL[1], 1997)*. Mais recentemente, em 2008, temos a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que incorporam novos profissionais ao modelo assistencial, dentre os quais o profissional de Educação Física, no entendimento da necessidade de outras competências para a melhoria das condições de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE[2], 2008) Os processos de trabalho entre todos estes profissionais devem pautar-se pela horizontalidade e matriciamento, bem como pelas necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde.

Esta perspectiva de atuação profissional demanda novos saberes, para além do saber biomédico, como o respeito à integralidade do ser, da humanização no atendimento, da capacidade de traduzir para a equipe de saúde a dinâmica social e as demandas da comunidade, e a habilidade na mobilização comunitária para o desenvolvimento de ações coletivas. Diante disto, é definida em 2007 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que busca reorganizar a gestão da educação em saúde no SUS com vistas à transformação das práticas profissionais e da própria organização de trabalho segundo as necessidades da própria população (BRASIL[3], 2009) Educação permanente é aprendizagem no trabalho, de forma significativa, a partir da problematização da realidade entre profissionais e em conjunto com os moradores[3]. Sendo assim, estimular a autonomia dos trabalhadores da atenção básica para uma visão ampliada dos determinantes de saúde deve constituir-se como um dos objetivos de qualquer programa de educação em saúde. No caso específico da promoção de atividade física, é preciso

*A promoção de saúde pode ser entendida como uma das estratégias de produção social de saúde, deve permear tecnologias novas e pressupõe a interação entre o setor sanitário e os demais setores da sociedade, gerando uma rede de co-responsabilidade pelo bem-estar global. (MORETTI e col., 2009).

considerar não apenas os aspectos individuais e ambientais que determinam a prática, mas também a representação social da atividade física, no contexto da comunidade e das próprias equipes de saúde. Em outras palavras, é importante compreender como e por que as pessoas compartilham seus conhecimentos sobre atividade física, e desse modo constituem sua realidade comum, de como convertem este senso comum em práticas (MOSCOVICI[4], 2010) Uma das possíveis estratégias para a investigação desta realidade é a realização de entrevistas, como aquelas conduzidas em grupos focais, tendo sido largamente utilizadas em programas de educação em saúde (WESTPHAL e col.[5], 1996). Esta etapa da construção é especialmente rica, pois revela, também, "anseios, frustrações, descrenças, esperanças também, ímpeto de participação" (FREIRE[6], 2008, p. 120), igualmente imprescindíveis no processo de construção da proposta.

O profissional de Educação Física inserido no sistema tem o papel, portanto, de proporcionar Educação Permanente em Práticas Integrativas e Complementares, juntamente com as equipes de saúde, a partir de metodologias de aprendizagem em serviço, na busca pela melhoria do aconselhamento para a prática de atividade física feito pelas equipes, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)[2]. Entretanto, nota-se que a maior parte da formação destes profissionais de saúde ainda se dá a partir do modelo tradicional de educação, com a fragmentação do saber, o privilégio aos aspectos biológicos e a reprodução de uma lógica técnica e reparadora (MORETTI e col.[7], 2009) Para a desconstrução desta lógica educativa "bancária" e anti-dialogal, são necessárias diversas competências do profissional formador, como a rigorosidade metódica e a criticidade, o respeito aos saberes e à autonomia dos educandos, o reconhecimento e a assunção da identidade cultural, a consciência do inacabamento de si e dos educandos, e, sobretudo, a convicção de que a mudança é possível (FREIRE[8], 2008). Além disso, é preciso que este profissional de Educação Física reflita sobre a sua prática educativa, pela apreensão da realidade e da luta em defesa dos direitos de educadores e educandos[8], sobretudo porque

as condições institucionais de trabalho antecipam e determinam o espaço no qual a educação em saúde pode manifestar seus limites e potencialidades[3].

A educação problematizadora reconhece o educando como único sujeito possível da própria autonomia, a partir da práxis pedagógica, fundada na solidariedade, na ética, no amor e no compromisso com a mobilização dos educandos para a superação das limitações e opressões vividas (VASCONCELOS[9], 2006). Este modo de pensar e agir na formação de profissionais de saúde está em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente e com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira (CARVALHO e col.[10], 2007).

Sendo assim, interessados em subsidiar a formação dos profissionais de saúde para o exercício pleno de suas atribuições na ESF, o objetivo deste estudo foi propor um programa educacional para promoção de atividade física, com vistas a construir conhecimento sobre atividade física junto às equipes de saúde da família, a partir da Teoria Educacional de Paulo Freire[6,8,11]. Além disto, buscamos analisar os possíveis obstáculos à sua construção, tendo em vista que a avaliação do processo de construção é determinante para o melhor entendimento dos resultados do programa educativo, bem como para sua replicação (BODSTEIN[12], 2007).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A preparação para o programa educativo.

O programa educativo teve como participantes elegíveis os trabalhadores integrantes das cinco equipes de saúde da família de uma unidade básica de saúde (UBS) de Ermelino Matarazzo, Zona Leste de São Paulo, em junho de 2010 (44 trabalhadores, no total). A seleção da UBS se deu de forma proposital (BAUER & GASKELL[13], 2002; NOGUEIRA-MARTINS & BÓGUS[14], 2004) em razão da reconhecida qualidade de sua gerência, da boa articulação entre os profissionais de saúde, inclusive entre as equipes de saúde e os profissionais do NASF. Esperava-se, com isso, avaliar a construção e desenvolvimento do programa de educação em um local com adiantado grau de implementação da ESF, de modo a diminuir a influência da transição do modelo assistencial sobre o programa, bem como abrir espaço para a observação dos limitantes conjunturais e institucionais no processo.

Previamente, foram realizadas reuniões conjuntas entre os pesquisadores e representantes da Coordenação Regional de Saúde Leste, Supervisão Técnica de Saúde de Ermelino Matarazzo e São Miguel, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, gerência da UBS, Organização Social de Saúde Casa de Saúde Santa Marcelina (responsável pelo gerenciamento e administração da prestação de serviços e gastos operacionais da UBS*) e Organização Social de Saúde Serviço Social da Construção Civil/SP (OSS Seconci-SP, responsável pelo gerenciamento e administração da prestação de serviços do NASF que atende a UBS do estudo*). Em seguida, foi realizada reunião com as equipes de saúde do estudo na própria UBS para a apresentação e discussão da proposta. Infelizmente, não foi possível a realização de reuniões conjuntas entre todos os envolvidos*.

*Contratos de Gestão e Termos Aditivos entre a Secretaria Municipal de Saúde e as Organizações Sociais de Saúde disponíveis no site da Prefeitura de São Paulo (link abaixo), acessado em 19/05/2011.

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/planejamento/organizacoes_sociais/index.php?p=14921

Originalmente pensado para ocorrer ao longo de 10 encontros, o curso iniciou-se com sete datas possíveis, diante das dificuldades em fechar a agenda das equipes de saúde. Além disso, um dos encontros programados não pode ocorrer em razão do "convite" oficial da Secretaria Municipal de Saúde, feito com um dia de antecedência, "*extensivo a todos os ACS para juntos saudarmos o início da primavera [...] [...] em reconhecimento ao valoroso trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde."* Nesta mesma data, também ocorreu uma visita do Conselho Regional de Enfermagem à UBS, inviabilizando a participação de enfermeiras e auxiliares de enfermagem.

Foram realizados seis encontros, de 1h30 cada (nove horas, no total), entre julho e outubro de 2010, em horário negociado com a gerência, sempre se valendo de uma parte das reuniões com as equipes de saúde, já previstas no cronograma semestral da unidade. Os encontros ocorreram na própria UBS do estudo, no período da tarde e resultaram na construção coletiva de um programa educativo, que teve como objetivo geral problematizar a prática de atividade física dos profissionais de saúde e a promoção de atividade física feita por estes profissionais aos usuários. Todos os encontros, com exceção do primeiro, iniciaram-se com a recapitulação das conversas e vivências anteriores, seguida da discussão do tema novo e de vivência sobre o mesmo tema. Buscou-se, em cada encontro, problematizar os temas a partir da realidade trazida pelos profissionais, discutir e sugerir ações com base nas experiências deles e da comunidade, para uma compreensão mais ampla da influência da atividade física no processo saúde-doença, processo identificado no método freireano como Descodificação/Codificação.

Em alguns momentos, delegamos atividades e serem desenvolvidas entre um encontro e outro, envolvendo os membros da equipe e os usuários.

* Um dos desafios nesta etapa foi conciliar as demandas de tempo e periodicidade do programa educativo com a rotina dos serviços, uma vez que o cronograma da unidade previa apenas a última sexta do mês para ações de formação das equipes de saúde.

Como convite à construção coletiva, os materiais do programa educativo vieram propositalmente incompletos, com a intenção de serem complementados com a contribuição de todos ao longo do curso. Ciente das dificuldades para a possível replicação da proposta, optamos por materiais simples, de baixo custo e fácil acesso, sem a utilização de qualquer recurso audiovisual. O custo com materiais por participante foi de R$ 7,52. Este gasto pode ser entendido como único investimento adicional para a realização do curso, considerando que já existia uma previsão de horas para formação na carga horária dos profissionais envolvidos superior ao tempo despendido com o curso (tanto das equipes de saúde quanto do profissional de Educação Física do NASF) e que foram utilizados espaços em período ocioso da própria unidade.

Participantes

Dentre os 44 profissionais elegíveis, três estavam de férias, um estava de aviso prévio e outro se recusou a participar do estudo. O programa educativo foi desenvolvido, portanto, considerando o total de 39 profissionais participantes. A amostra foi composta principalmente por ACS (56,4%), mulheres (95%), com idade média de 41,4 anos, casadas (66,7%). Além disso, os participantes apresentavam um tempo médio na profissão em torno de sete anos, dos quais, quatro anos e meio atuando na UBS do estudo.

Os indivíduos foram devidamente informados acerca dos procedimentos da pesquisa e aceitaram participar de forma voluntária. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da Faculdade de Saúde Pública (processo nº 125/10) e da Secretaria Municipal de Saúde (processo nº 0122.0.162.207-09).

Coleta de dados

Antes do início do programa educativo, foram realizados dois grupos focais para a descoberta do universo mínimo temático (investigação temática)[11]. Um dos grupos focais foi composto por sete ACS e duas auxiliares de enfermagem (nove, no total) enquanto o outro, por seis enfermeiras e quatro médicas (dez, no total). A opção por dividir os participantes desta forma, em favor da homogeneidade dos grupos, levou em conta as diferenças existentes entre as realidades das categorias profissionais, tanto na sua atuação quanto nas condições de vida. Tendo em vista que os temas geradores emergem da realidade dos sujeitos, investigar estas diferentes realidades separadamente favorece a busca temática necessária ao planejamento dos encontros do programa educativo (FREIRE[11], 2005). A seleção dos participantes e a operacionalização dos dois grupos seguiram as considerações propostas na literatura (BAUER & GASKELL[13], 2002; NOGUEIRA-MARTINS & BOGUS[14], 2004).

Os grupos focais foram realizados na própria UBS do estudo, em sala privativa e em horário conveniente para os participantes, levando em torno de 45 a 60 minutos. O professor do programa de educação fez parte dos dois grupos, embora a moderação tenha sido feita por pesquisador experiente, a partir de um roteiro-guia,[13,14] com questões abertas e tópicos vinculados à representação social da prática e do aconselhamento sobre atividade física. O roteiro-guia foi dividido em três partes principais. A primeira consistia na apresentação do mediador ao grupo (o grupo já conhecia o professor das visitas anteriores à UBS), dos objetivos do estudo e da garantia quanto ao sigilo das informações obtidas. A segunda parte buscou estimular a discussão, a partir do resgate de memórias da prática de atividade física na infância e na adolescência, da relação desta prática com lugares e pessoas, da educação física escolar, dos jogos e brincadeiras. O mediador procurou aprofundar as respostas com outras perguntas (Como?

Quando? Por quê?), evitando direcionar respostas ou imprimir juízos de valor.[13,14] A terceira e última parte procurou investigar a representação da prática de atividade física no momento atual, a gestão da prática no cotidiano, os diferentes discursos sobre a prática na comunidade e nos serviços, a relação da prática de atividade física de hoje com a de outrora e a influência de todos estes aspectos sobre o aconselhamento para a prática de atividade física oferecido ao usuário.

Os encontros do programa educativo foram acompanhados por observador independente e mediados por professor familiarizado com o método educacional freireano e com experiência na formação em saúde. Ambos elaboraram registros dos encontros, sobretudo na forma de notas de campo e notas reflexivas[14]. As notas do professor também serviram para nortear a construção dos encontros, contribuindo no planejamento de ações e na redefinição de estratégias pedagógicas.

Análise dos dados

Os dois grupos focais foram registrados e gravados por um observador que não intervinha na discussão, obtendo-se, ao final de cada entrevista, um registro manuscrito das informações importantes e um registro em áudio na íntegra. A gravação foi transcrita considerando falsos começos, repetições, pausas preenchidas (“erm”) e aspectos temporais, como sobreposições de fala, silêncios e conversas paralelas, de modo a ser possível analisá-la com base no método de análise da conversação e da fala[13]. Este tipo de análise favorece a exploração dos dados com base nos tipos de categorias pressupostas pelos participantes (e não naquelas do pesquisador), além de ser “um passo na direção de uma pesquisa mais reflexiva, capacitando os pesquisadores a considerar o tipo de situação que eles criaram, a orientação dos participantes para com ela, e seus próprios papéis nela como pesquisadores” (MYERS[15] apud BAUER & GASKELL,

2002, p.273). Todas estas características da análise da conversação e da fala nos parecem muito apropriadas ao processo de investigação temática.

Para a avaliação do processo de construção do programa educativo, foram cruzados os dados obtidos a partir Das notas de campo e notas reflexivas do professor e do observador, bem como com as análises feitas dos dois grupos focais iniciais. Este cruzamento considerou as semelhanças, os contrastes e as ausências entre as diferentes fontes de dados.

RESULTADOS

Dos 39 participantes do estudo, 31 estiveram presentes em pelo menos um dos encontros do programa educativo (79,5%). A maior parte dos encontros não contou com a presença de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, tendo sido compostos majoritariamente por ACS. Nos quatro meses em que ocorreram os encontros (de julho a outubro de 2010), observou-se uma alta rotatividade nas equipes de saúde, com cinco profissionais deixando a UBS (uma médica, uma auxiliar de enfermagem e três ACS).

Com base no observado a partir da investigação temática, os temas discutidos nos encontros foram: A representação da atividade física (o prazer, o dever e a competição); Recomendações gerais para a prática de atividade física e a descoberta do novo; Cuidar, ser cuidado e a gestão da vida cotidiana; Desafios à prática de atividade física I; Desafios à prática de atividade física II; Descobrindo novos caminhos para o aconselhamento. Para facilitar a interpretação dos dados, os resultados serão apresentados segundo os temas acima, muito embora seja importante compreendê-los como elementos transversais a todos os encontros, e não um conteúdo fechado para cada um deles.

A representação da atividade física

As profissionais se mostraram agitadas e felizes ao falarem sobre a atividade física na infância, revivendo memórias lúdicas do brincar, da diversão e do prazer. Reportaram também experiências negativas com a prática de atividade física, quase sempre relacionadas à pressão por desempenho ou à obrigação de fazê-la. Interessante observar como as profissionais reportaram uma mudança no caráter lúdico da prática logo no início da fase adulta. Brincar, divertir-se com a prática de atividade física é "coisa de criança".

Eu brincava também, mas era outra época... (enfermeira) *Quando eu tinha 15 anos de idade, decidi que minha vida era namorar e parei de vez* (ACS).

Ao serem perguntadas sobre qual atividade gostariam de fazer hoje, a grande maioria citou a dança e, em menor escala, a natação. Curiosamente, as duas profissionais que apresentavam um vínculo mais estreito com alguma prática de atividade física, uma médica e uma ACS, dançavam balé e dança de salão, respectivamente. Foi comum também a fala sobre a importância da qualidade do profissional responsável pela condução da prática de atividade física (tanto no presente quanto nas memórias da infância), com inúmeros exemplos de posturas indesejáveis. "*Tem profissional que está mais morto que vivo*", disse uma enfermeira. Estas falas também sugerem, implicitamente, que estas trabalhadoras de saúde entendem ser necessária a presença de um profissional responsável para a prática de atividade física, como motivador e direcionador das ações.

De um modo geral, a atividade física foi entendida, no processo de investigação temática, como uma obrigação ou ação útil, relacionando-a, sobretudo, à estética e à cura. Além disso, mesmo momentos de lazer não ativos só foram entendidos como legítimos se deles adviesse um ganho subsequente.

A novela não leva a nada, ela acaba e não fica nada, a atividade física fica algo. (médica)

Desde o início do curso, a representação de atividade física foi discutida junto aos profissionais, suas raízes e origens, bem como sua implicação no tipo de aconselhamento e na seleção do usuário que seria aconselhado, como veremos adiante.

Recomendações gerais para a prática de atividade física e a descoberta do novo

Este segundo tema não emerge da investigação temática, mas é escolhido pelo professor como uma estratégia para relacionar os demais temas ("tema dobradiça"; FREIRE[11], 2005, p. 134). Todo o processo de construção do programa educativo implicou uma série de novidades, desde novas representações da prática de atividade física, passando por novas formas de aconselhá-la, até a proposta pedagógica adotada no curso, inédita para muitos dos participantes. A opção por incluir temas não observados no universo mínimo temático dos participantes não contraria a pedagogia freireana, pelo contrário, pois legitima a presença do professor em condições de igualdade com os alunos. A investigação temática é imprescindível à construção do programa educativo, mas este não deve restringir-se a ela[11].

Ao discutirmos, no segundo encontro, as novas possibilidades de prática de atividade física, bem como novas possibilidades para seu aconselhamento, foi marcante o desconhecimento dos profissionais não só com relação a outros tipos de atividade física (para além da caminhada, academia e futebol), mas também sobre os locais para sua prática no bairro. Ao reconhecerem que esta monotonia de atividade física também era comum entre os moradores, o grupo decidiu criar um catálogo, disponibilizado na recepção da UBS, que fosse sendo alimentado por

profissionais e usuários com dicas de locais. Mesmo tendo nascido das próprias participantes, esta idéia, assim como outros desdobramentos do curso, não foi adiante, em razão das dificuldades em se implementar qualquer ação não contemplada nas urgências do serviço nem em relação direta com os indicadores da unidade. O preenchimento de fichas e atualização de prontuários foi uma constante antes e depois de todos os encontros.

O conhecimento sobre as recomendações gerais para a prática de atividade física foi médio, com destaque positivo para as orientações relacionadas às doenças crônicas e destaque negativo para o desconhecimento quanto à recomendação mínima de prática (HASKELL e col.[16], 2007) e à possibilidade da prática por alguns grupos especiais (idosos acima de 90 anos e gestantes no início da gravidez).

Cuidar, ser cuidado e a gestão da vida cotidiana

Foi muito forte na fala das profissionais de saúde a questão da sobrecarga de trabalho e das dificuldades em conciliá-la com a prática de atividade física e com as obrigações familiares. A dicotomia família x atividade física é muito mais presente na fala de médicas e enfermeiras, possivelmente em razão da associação restrita que este grupo fez entre atividade física e academia. Ao restringir os espaços de prática e tipos possíveis de atividade física, acaba-se por reduzir as possibilidades de ações conjuntas entre os diferentes membros da família. A prática de atividade física junto a outros membros da família (pais, filhos, cônjuges), não relatada por médicas e enfermeiras, foi uma constante na fala das ACS e auxiliares de enfermagem. Por outro lado, no caso deste segundo grupo, a sobrecarga de trabalho ocupa posição central como obstáculo não só à prática individual e familiar de atividade física, mas também à boa relação familiar e comunitária.

Afora a demanda normal de trabalho, a ACS passa a ser comumente reconhecida como ACS em outros espaços e momentos de sua vida, indissociando-se de sua função profissional. Esta incorporação do profissional no ser humano foi presente em vários episódios relatados, como na tentativa frustrada de uma ACS em começar a hidroginástica ("*eu era praticamente uma ajudante, só fui uma vez*"), no conflito de outra ACS em lidar com seu momento de lazer ("*a demanda de trabalho é tanta que você não consegue nem se dar o direito de sentir essa coisa boa depois da caminhada*") ou nas palavras de uma terceira ACS, ao falar sobre a família ("*você não pode se curvar, porque quando você vê, está no chão, e acaba virando pano de chão*").

O encontro mais marcante foi, sem dúvida, o que tratou da questão do Cuidado (cuidar de si, cuidar do outro, ser cuidado). A vivência deste encontro consistiu em aprender técnicas de massagem e relaxamento em duplas. O momento de mudar de posição, ou seja, de sair da condição de cuidadora para a condição de cuidada, indicou às participantes a dificuldade de muitas delas em se permitirem estar na posição de serem cuidadas. Ao problematizarmos esta dificuldade, observamos que a negação ao cuidado no grupo é reflexo da condição de cuidadoras em tempo integral a que são submetidas pelo serviço de saúde, pela família e pela população e, igualmente, à falta do cuidado a que muitas vezes são relegadas por estes mesmos atores. Diante do extremo contraditório que é cuidar sem ser cuidado, nos pareceu imperativo avançar na discussão desta realidade ao longo do curso. Ao serem confrontadas com a pergunta sobre quem deveria cuidar delas, as profissionais intercalaram longos silêncios com uma ou outra fala reportando a si mesmas ou, por vezes, a família como principais responsáveis. Só depois de algum tempo, intercalado entre períodos de silêncio e perguntas do professor ("quem mais?"), surgem falas apontando o próprio serviço de saúde e a população como co-responsáveis pelo cuidado dos profissionais de saúde.

Desafios à prática de atividade física

As trabalhadoras iniciaram a investigação temática identificando inúmeros determinantes da própria prática de atividade física, quase sempre se colocando como culpadas pela não prática, em tom de justificativa, como se os pesquisadores ali estivessem para lhes cobrar isto. Algumas barreiras comumente citadas foram a falta de tempo, a preguiça, a falta de companhia e o gostar de fazer. As profissionais não relacionaram seus determinantes para a prática com os dos usuários, presumivelmente muito semelhantes.

Durante os encontros, ao falarmos sobre os usuários, as primeiras falas das profissionais os apontaram como principais responsáveis pela inatividade física, reproduzindo o modelo de culpabilização que elas infligiram a si próprias na investigação temática, com a diferença de que agora as profissionais (e não mais os pesquisadores) ocupavam a ponta da hierarquia, dentro da lógica vertical de repasse e cobrança. Ao avançarem na reflexão sobre a condição do usuário, foram citados como aspectos impeditivos da prática de atividade física, a "carência da comunidade", a falta de tempo, a longa jornada de trabalho dos moradores e a falta de dinheiro, sem, contudo, relacionar sua atuação profissional à solução destes problemas. "*A gente fica até mal de falar para ele fazer atividade física*", disse uma médica, como que constrangida a oferecer mais esse "fardo" a alguém com tantas dificuldades. Tanto durante a investigação temática quanto ao longo dos encontros, houve uma dificuldade do grupo em identificar obstáculos sociais, ambientais e políticos à promoção de atividade física (SALLIS e col.[17], 2006) principalmente quando se tratava dos usuários.

Descobrindo novos caminhos para o aconselhamento

As profissionais de saúde iniciaram sua fala culpabilizando-se pela não prática de atividade física, para logo em seguida retratar a contradição desta condição frente ao seu discurso no aconselhamento:

...por mais que eu não faça, mostro que faço! (ACS) *na teoria, dez! Na prática, nenhuma [atividade física].* (enfermeira)

Importante destacar que, apesar de prática de atividade física ser inerente à função das ACS, elas também reproduzem o mesmo discurso, uma vez que não reconhecem a caminhada durante as visitas domiciliares como uma atividade válida.

No trabalho você faz aquela caminhada por obrigação e na correria porque tem horário, que deve ser cumprido (ACS).

No encontro cujo foco principal foi discutir a questão do aconselhamento, as profissionais explodiram em falas apontando o morador como um "*preguiçoso desinteressado*", que *"prefere ficar em casa vendo TV"*, ou é capaz de *"pegar uma travessa de bolo, sentar na calçada e comer até acabar!".* Observou-se um claro descontentamento das trabalhadoras: o morador não parece disposto a fazer o que a profissional disse para ele fazer, o que ela sabe que é bom para a saúde dele (e ele não sabe). Percebe-se, no aconselhamento, a reprodução de comunicados pré-estabelecidos, e não um diálogo com o usuário (FERNANDES & BACKES[18], 2010). Com base nisto, entendemos ser necessário trabalhar, principalmente, aspectos atitudinais da prática e da promoção de atividade física, em seus componentes afetivo e de conduta (COLL e col.[19], 2000).

A vivência do primeiro encontro consistiu em apresentar e discutir diferentes representações da prática de atividade física com as profissionais (uma sequência programada de exercícios, uma brincadeira e uma competição). Durante sua realização, que ocorreu em uma área coberta e de livre acesso na entrada da UBS, observamos que usuários e outros profissionais da UBS (administrativo, limpeza e segurança) passaram a

acompanhar a prática com interesse e alegria, reproduzindo timidamente os gestos e brincadeiras. Este “aprendizado incidental” parece nos indicar que a criação de momentos de prática de atividade física para os profissionais na própria UBS não só favorece o cuidado à saúde destes como também a promoção da atividade física, ao diminuir a contradição entre o discurso do aconselhamento e a relação do profissional com a própria prática.

DISCUSSÃO

A aproximação dos desafios cotidianos para a prática de atividade física enfrentados tanto pelo profissional quanto pelo morador, promovida pelo programa educativo, tornou possível a ampliação do olhar sobre os determinantes da inatividade física e suas relações com o processo saúde-doença, além de favorecer a reflexão sobre a dinâmica estabelecida entre profissionais e moradores. Por outro lado, foram observados importantes limitantes institucionais para a replicação da proposta. Este é, até o nosso conhecimento, o primeiro estudo a avaliar detalhadamente o processo de formação de profissionais da atenção básica envolvidos no aconselhamento para a prática de atividade física.

A participação dos profissionais nos encontros ficou aquém das expectativas iniciais. Se por um lado, o calendário do programa educativo foi negociado com a gerência de modo a ocorrer em momentos cuja participação de todos já estivesse prevista (reuniões de equipe, reuniões gerais), não foi incomum ver profissionais trabalhando concomitante aos encontros. Além disso, em mais de um encontro, a própria gerência solicitou a participação destes profissionais em outras atividades. Ao final do curso, quando perguntados sobre a (não) participação, a maior parte dos profissionais afirmou estar em busca do cumprimento das metas. O contrato estabelecido entre a Prefeitura de São Paulo e as parceiras que administram as UBS prevê o repasse de verbas condicionado ao cumprimento destes

indicadores, nenhum deles relacionado a ações de formação ou de promoção de saúde. Ainda que parte dos médicos e enfermeiros nos parecesse resistentes em participar de um programa educativo horizontal e dialogal com os demais trabalhadores, é importante destacar que a principal razão para suas ausências parece ter sido a demanda de trabalho. Seja por uma ou outra razão, a formação e o trabalho em equipe seguem sendo um desafio para a consolidação da ESF (ARAÚJO e col.[20], 2007). Além disso, é preciso uma melhor avaliação da influência deste modelo de gestão por meio de parceiras na qualidade dos serviços, na formação das equipes e na precarização das relações de trabalho (BARBOSA[21], 2010; SILVEIRA e col.[22], 2010). O fato do curso não estar na estrutura oficial de formação da unidade também pode ter contribuído para a não participação de alguns profissionais. Por outro lado, esta mesma característica possibilitou observar a livre manifestação de anseios e interesses, além de favorecer um espaço de diálogo não permeado pelas relações previamente estabelecidas entre os profissionais e a gestão, em seus diferentes níveis.

A representação atual da atividade física como instrumento de poder sobre o corpo, muito presente na fala dos profissionais, vai ao encontro do encontrado nos estudos de FOUCAULT[23,24] sobre o conceito de biopoder, formas modernas sutis (mas não menos agressivas) de controle social a partir da regulação, normalização e moralização dos sujeitos por meio do corpo. Houve um claro predomínio do discurso biomédico e da lógica utilitarista sobre a perspectiva da cidadania ativa, como observado em programas educativos ou ações de aconselhamento com profissionais da atenção básica sobre outros temas (FERNANDES & BACKES[18], 2010; NASCIMENTO & CORREA[25], 2008; MIRANDA & BARROS[26], 2007) e mesmo na maioria das pesquisas que tratam do aconselhamento sobre atividade física na atenção básica (BRECKON e col.[27], 2008). A educação para a atividade física apresenta-se como um campo fértil para refletir sobre a representação social da atividade física, questionar os padrões inalcançáveis e irreais da perfeição (cruéis, portanto), e construir com os

sujeitos as possibilidades de sua reapropriação, a começar por seus gestos (CARVALHO[28], 2009).

Ao longo dos encontros, foram comuns falas apontando o curso como algo que *"faz a gente pensar"* ou que *"mexe com o psicológico da gente",* naquilo que FREIRE[8] (2009, p.83) trata como sendo "uma espécie de psicanálise histórico-político-social de que vá resultando a extrojeção da culpa indevida." Esta culpa indevida a que ele se refere também apareceu inúmeras vezes ao longo do curso, principalmente ao tratarmos dos desafios à prática de atividade física. Ao entender a atividade física como uma obrigação, cujos benefícios parecem não contribuir para a solução imediata dos problemas do usuário (a não ser que ele esteja doente), os profissionais de saúde passam a não considerar a prática de atividade física como um possível momento de prazer ou mesmo um fator que possa contribuir para a superação destas situações-limite, a partir da mobilização da comunidade e da transformação dos determinantes de saúde. Desconstruir este modo de entender a prática de atividade física e valorizar a relação profissional-usuário foram pontos centrais do programa educativo, semelhante ao encontrado em estudo mexicano envolvendo a formação de agentes comunitários de saúde (TEUFEL-SHONE e col.[29], 2005), mas muito diferente da grande maioria dos estudos sobre promoção de atividade física via atenção básica (RICHERT e col., 2007[30]; PINTO e col.[31], 2005; JIMMY & MARTIN[32], 2005; SIMONS-MORTON e col.[33], 2001), cujos focos principais da formação de profissionais foram protocolos de aconselhamento ou prescrições a serem feitas ao usuário. Ao privilegiar estes aspectos, estas intervenções perdem a chance de problematizar com os profissionais como pode ser dar a interação com os usuários, como identificar sua necessidade e desejo de mudança, e como lidar com obstáculos comuns como a ambivalência e a resistência (BRECKON e col.[27], 2008).

A incorporação da função profissional em outras esferas da vida cotidiana aliada à demanda de trabalho fez com que muitas das ACS e outros profissionais de saúde se colocassem em uma condição de cuidadores em tempo integral, seja no trabalho, em casa ou na vizinhança.

Isto se constituiu como um importante obstáculo ao auto-cuidado e ao cuidado dos profissionais, em claro prejuízo à promoção da saúde destes e da população atendida. Estudo realizado com profissionais da saúde do município de Florianópolis-SC, indicou que 60% destes trabalhadores apresentavam uma elevada carga de trabalho e que aproximadamente dois terços do total de profissionais pesquisados reportavam sintomas de problemas musculoesqueléticos sempre ou frequentemente (GARCIA e col.[34], 2010). Outro estudo, representativo dos trabalhadores de PSF das regiões Sul e Nordeste do Brasil, indicou que quatro em cada dez profissionais apresentavam algum problema de saúde, com destaque para os transtornos mentais comuns (20% da população) (TOMASI e col.[35], 2008). Tanto a demanda de trabalho quanto a condição de saúde dos trabalhadores inviabilizam a construção de um espaço efetivo de educação permanente, de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar acontecem no cotidiano das pessoas e das organizações (BRASIL[3], 2009).

Além da demanda de trabalho e da percepção de falta de cuidado à saúde dos profissionais, a frustração e sofrimento dos trabalhadores, encontrados no nosso estudo, nos parecem um reflexo da reprodução da lógica vertical de momentos de formação e processos de gestão, ainda distantes do ideário da ESF, preconizada nos documentos oficiais (NORONHA & LIMA FILHO[36], 2011). Com isto, temos que a não corporeificação da palavra pelo exemplo (FREIRE[8], 2009), seja pela não prática de atividade física, seja pelo não diálogo, faz com que os profissionais acabem por converter seu aconselhamento em um processo educativo vazio, mais uma de tantas prescrições, com caráter predominantemente informativo. Ao agir assim, há claro prejuízo à efetividade das ações de aconselhamento e à boa relação profissional-usuário, principalmente no caso do ACS, que se distancia do seu papel de elo entre a comunidade e a unidade de saúde, de voz da comunidade dentro dos serviços de saúde[25].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção coletiva de um programa educativo para a promoção de atividade física junto às equipes de saúde da família mostrou-se possível, com benefícios ao empoderamento dos profissionais de saúde tanto com relação ao aconselhamento como sobre a própria prática de atividade física. Redizer os modos como lidamos com as práticas corporais passa pela desconstrução da representação social da atividade física como algo obrigatório, doloroso e necessariamente útil. Este processo de desconstrução se faz a partir de uma educação em saúde que tem a ação dialógica como base, junto com os profissionais de saúde, problematizando sua realidade, suas vivências e seus anseios. Nesse sentido, é importante que o educador respeite as etapas de construção de um programa educativo baseado no método freireano, entenda a educação como um ato político e tenha a consciência do poder transformador da sua prática docente.

Entretanto, para que as potencialidades do programa educativo sobre a promoção de atividade física sejam plenamente exploradas, é imprescindível mudar a cultura dos serviços e a lógica de organização das relações de trabalho, bem como a construção de um ambiente de trabalho capaz de converter-se em espaço de atuação e aprendizagem, em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente. Para tanto, são necessárias ações como a rediscussão dos indicadores de produtividade e qualidade do trabalho, a melhoria das instalações e a ampliação dos momentos de formação das equipes de saúde e dos gestores (SILVEIRA e col.[22], 2010).

Acreditamos que o desenvolvimento de programas educativos com todas as equipes de saúde da família deve ser uma constante no cotidiano dos serviços, assim como a definição de mecanismos de acolhimento e cuidado para os próprios profissionais na atenção básica. Concomitante a isto, é importante lutar pela diminuição dos limitantes institucionais e das contradições presentes no próprio sistema de saúde para o pleno

desenvolvimento de ações de educação permanente e de promoção de saúde. O Pacto pela Saúde, firmado entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, traz como ênfase para a promoção da saúde, por exemplo, “a adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a **internalizar a responsabilidade individual** (grifo nosso) da prática de atividade física regular” (BRASIL[37], 2006, p. 11), algo que nos parece distante do verdadeiro sentido da promoção de atividade física, integrativa, coletiva e de responsabilidade de todos. Em que pese a necessidade de se buscar internalizar a responsabilidade individual de cada cidadão, neste momento, o mais importante talvez seja externalizar a responsabilidade coletiva, explicitando a co-laboração entre todos para a adoção de hábitos saudáveis por toda a população brasileira.

Para que a superação destas contradições ocorra, é necessário o diálogo e o comprometimento da esfera pública em todos os níveis, federal, estadual e municipal, dos educadores em saúde, dos profissionais de saúde e da própria população. Só assim, será possível suplantar os desafios ao aconselhamento e à prática de atividade física na atenção básica, enquanto espaço de promoção de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
2. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Brasília: Diário Oficial da União; 2008. p. 47.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006,v.9. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Moscovici S. Representações sociais: Investigações em psicologia social. 7 ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
5. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana. 1996;120(6):472-82.
6. Freire P. Educação como prática da liberdade. 31 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2008.
7. Moretti AC, Almeida V, Westphal MF, Bogus CM. Práticas Corporais/Atividade Física e políticas públicas de promoção da saúde. Saúde e Sociedade. 2009;18(2):346-54.
8. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2009.
9. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2006.
10. Carvalho AI, Westphal MF, Lima VLGP. Health promotion in Brazil. Promotion & Education. 2007;14(1 suppl):7-12.
11. Freire P. Pedagogia do oprimido. 47 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
12. Bodstein R. The complexity of the discussion on effectiveness and evidence in health promotion practices. Promotion & Education. 2007;14(1 suppl):16-20.

13. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002.
14. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde e Sociedade. 2004;13(3):44-57.
15. Myers G. Análise da conversação e da fala. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002.
16. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health - Updated recommendation for adults from the American college of sports medicine and the American heart association. Circulation. 2007;116(9):1081-93.
17. Sallis JE, Cervero RB, Ascher W, Henderson KA, Kraft MK, Kerr J. An ecological approach to creating active living communities. Annual Review of Public Health. 2006;27:297-322.
18. Fernandes MC, Backes VM. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a ótica de Paulo Freire. Rev Bras Enferm. 2010. p. 567-73.
19. Coll C, Pozo JI, Sarabia B, Walls E, Neves BA. Os conteúdos na reforma: ensino e aprendizagem de conceitos, procedimentos e atitude. Porto Alegre: Artmed; 2000.
20. Araujo MB, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Cien Saude Colet. 2007 Mar-Apr;12(2):455-64.
21. Barbosa NB. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. Cien Saude Colet. 2010;15(5):2497-506.
22. Silveira DS, Facchini LA, Siqueira FV, Piccini RX, Tomasi E, Thume E, e col. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2010;26(9):1714-26.
23. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 36 ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
24. Foucault M. Microfísica do poder. São Paulo: Graal; 2009.

25. Nascimento EP, Correa CR. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cadernos de Saúde Pública. 2008 Jun;24(6):1304-13.
26. Miranda KC, Barros MG. Hiv/AIDS counseling: analysis based on Paulo Freire. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2007;15(1):100-5.
27. Breckon JD, Johnston LH, Hutchison A. Physical activity counseling content and competency: a systematic review. J Phys Act Health. 2008 May;5(3):398-417.
28. Carvalho YM. Nas fronteiras da Educação Física e das ciências humanas: itinerários. São Paulo: Hucitec; 2009.
29. Teufel-Shone NI, Drummond R, Rawiel U. Developing and adapting a family-based diabetes program at the U.S.-Mexico border. Prev Chronic Dis. 2005. 2(1):1-9.
30. Richert ML, Webb AJ, Morse NA, O'Toole ML, Brownson CA. Move more diabetes - Using lay health educators to support physical activity in a community-based chronic disease self-management program. Diabetes Educator. 2007 Jun;33:179S-84S.
31. Pinto BM, Goldstein MG, Ashba J, Sciamanna CN, Jette A. Randomized controlled trial of physical activity counseling for older primary care patients. American Journal of Preventive Medicine. 2005;29(4):247-55.
32. Jimmy G, Martin BW. Implementation and effectiveness of a primary care based physical activity counselling scheme. Patient Education and Counseling. 2005;56(3):323-31.
33. Simons-Morton DG, Blair SN, King AC, Morgan TM, Applegate WB, O'Toole M, e col. Effects of physical activity counseling in primary care - The activity counseling trial: A randomized controlled trial. Jama-Journal of the American Medical Association. 2001;286(6):677-87.
34. Garcia LP, Hofelmann DA, Facchini LA. Self-rated health and working conditions among workers from primary health care centers in Brazil. Cad Saude Publica. 2010;26(5):971-80.
35. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thume E, da Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saude Publica. 2008;24:S193-S201.

36. Noronha MG, Lima Filho DL. O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. Cien Saude Colet. 2011;16(3):1745-54.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão: diretrizes operacionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

4.2 ARTIGO 2: Efeitos de um programa educativo para a promoção de atividade física em profissionais das equipes de saúde da família.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Promover a atividade física na atenção básica passa por mudar sua representação social, de técnica preventiva e reparadora, junto aos profissionais de saúde. Isto se dará, dentre outras ações, pela educação transformadora do ser, a partir da problematização do mundo em que vive, em consonância com a proposta da Política Nacional de Educação Permanente, que rege as ações de formação em saúde na Estratégia de Saúde da Família. **OBJETIVO**: Avaliar os efeitos de um programa educativo sobre a representação da prática de atividade física e de seu aconselhamento, bem como sobre comportamentos de saúde relacionados à atividade física, de profissionais das equipes de saúde da família. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de intervenção com grupo controle com trabalhadores de saúde de duas Unidades Básicas de Saúde no distrito de Ermelino Matarazzo, Município de São Paulo. O Grupo Qualificação (GQ) participou de um programa educativo, composto de seis encontros de uma hora e meia de duração (9h, no total), entre julho e outubro de 2010, enquanto o Grupo Controle (GC) não recebeu qualquer intervenção no mesmo período. Os referenciais teóricos da construção do programa foram a Teoria Educacional de Paulo Freire e a Educação Permanente. GQ e GC responderam a questionários antes e ao final do programa e o GQ participou de um grupo focal (apenas ao final do programa). Para averiguar o efeito do programa sobre a representação da prática de atividade física e aconselhamento sobre atividade física, os dados obtidos no grupo focal foram analisados com base no método de análise da conversação e da fala. Quanto aos comportamentos de saúde relacionados à atividade física, os grupos (GQ e GC) foram comparados segundo a média das diferenças dos valores antes e depois da intervenção para as variáveis de atividade física no tempo livre e de deslocamento, o uso de televisão e de computador, e a soma de barreiras para a prática de atividade física no tempo livre, a partir do teste U de Mann-Whitney. Adotou-se como nível de significância o valor de $p < 0,05$ para todas as análises. **RESULTADOS**: Um total de 83 profissionais iniciou o estudo, sendo 39 indivíduos do Grupo Qualificação

(GQ) e 44 indivíduos do Grupo Controle (GC). Destes, 73 atenderam à segunda avaliação (34 GQ; 39 GC). Os grupos foram semelhantes no início do estudo para as variáveis sócio-econômicas, antropométricas e de estilo de vida. A adesão ao programa foi de 56,5%, agentes comunitários de saúde (ACS) em sua ampla maioria. Não houve diferenças entre os grupos após a intervenção, exceto no número de barreiras reportadas para a prática de atividade física no tempo livre, cuja variação foi maior no GQ quando comparada à do GC (p=0,001). A partir dos dados qualitativos, observou-se que o programa educativo para a promoção de atividade física teve ótima aceitação entre os ACS e auxiliares de enfermagem, tendo sido observadas alterações positivas sobre a representação da prática de atividade física e nova percepção sobre o aconselhamento feito pelos profissionais. **CONCLUSÃO:** O programa educativo promoveu alterações positivas na representação da prática de atividade física e na qualidade do aconselhamento junto aos profissionais de saúde, sendo também reconhecido por estes como espaço de diálogo e acolhimento.

INTRODUÇÃO

O corpo tem sido socialmente entendido como o principal elemento de diferenciação dos indivíduos e lócus preferencial para o investimento em saúde (LE BRETON[1], 2009; FOUCAULT[2], 2009). Já não o temos mais como parte constituinte de nós que se relaciona com o mundo e que modifica o mundo, na condição de seres históricos construtores de cultura. Sob essa ótica, a atividade física converte-se em instrumento para a manipulação dos corpos, matéria inerte e imperfeita, que carece de aprimoramento (LE BRETON[1], 2003) Este entendimento sobre a prática de atividade física desconsidera a integralidade do ser, a intrínseca relação do homem com seu corpo, ao alienar um do outro. Por extensão, contribui para ampliar a cisão entre o indivíduo e seu próprio ambiente, cisão hoje tão presente em outras áreas da vida humana e cujas conseqüências danosas à saúde dos povos e do planeta nos são cada vez mais claras (EGGER & SWUINBURN[3], 2010).

Promover a atividade física passa, então, por mudar a representação social (MOSCOVICI[4], 2010) de sua prática, no sentido de redizer ao homem a consciência do próprio corpo e de si, com base na relação dialética entre os condicionamentos a que está sujeito e sua liberdade (FREIRE[5], 2005). Isto se dará, dentre outras ações, pela educação transformadora do ser, crente da capacidade deste e comprometida com sua mudança, a partir da problematização do mundo em que vive e da superação das situações limite pela ação dialógica[5]. Este referencial pedagógico para formação, amplamente utilizado em ações de promoção de saúde na atenção básica no Brasil, é a base da Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL[6], 2009), documento que rege a formação dos profissionais de saúde no país, em consonância com os princípios norteadores do SUS.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta-se, portanto, como excelente espaço para a promoção da prática de atividade física, sobretudo a partir da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a inserção do profissional de Educação Física no conjunto de trabalhadores da

atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE[7], 2008). Uma das prerrogativas da atuação deste profissional é o desenvolvimento de ações educativas junto às equipes de saúde da família para a prática de atividade física e o aconselhamento sobre atividade física. Sabe-se que a promoção de atividade física na atenção básica é um dos fatores que contribui para o aumento de sua prática junto à população (FOSTER e col.[8], 2007; PETERSON[9], 2007). Entende-se, entretanto, que os desafios à incorporação da atividade física de lazer e deslocamento no cotidiano devem ser semelhantes entre trabalhadores e usuários. Não por acaso, observamos baixos níveis, tanto de prática de atividade física entre profissionais de saúde (SIQUEIRA e col.[10], 2009) como de aconselhamento sobre ela por estes profissionais à população (SIQUEIRA e col.[11], 2009).

Neste sentido, ressignificar a prática de atividade física junto aos profissionais de saúde a partir da problematização da sua realidade nos parece o primeiro passo para a promoção populacional de atividade física via atenção básica. A despeito da eficácia limitada de ações educativas em saúde sem um conjunto de ações integradas e concomitantes, seja qual for o desfecho (SCHMIDT e col.[12], 2011), fica claro que a melhoria dos processos de ensino-aprendizagem pode contribuir decisivamente para a alteração da baixa prevalência populacional de atividade física no tempo livre e no deslocamento em São Paulo (FLORINDO e col.[13], 2009). O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos de um programa educativo baseado na Teoria Educacional de Paulo Freire sobre a representação da prática de atividade física e de seu aconselhamento, bem como sobre comportamentos de saúde relacionados à atividade física, de profissionais das equipes de saúde da família.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de intervenção com grupo controle com profissionais de saúde de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no distrito de Ermelino Matarazzo, Município de São Paulo. Dentre as quatro UBS com cobertura da Estratégia de Saúde da Família presentes no distrito, a seleção das duas UBS do estudo se deu por conveniência, considerando a similaridade entres suas áreas de cobertura (tamanho e perfil de população atendida). Participaram do estudo a UBS Costa Melo (Qualificação) e a UBS Pedro Souza Campos (Controle). As UBS do estudo tinham cinco e seis equipes de saúde da família, respectivamente. Cada equipe de saúde é composta por, pelo menos, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis ACS.

A população de estudo foi composta pelo total de trabalhadores das equipes de saúde da família contratados nas respectivas UBS em junho de 2010. Como em cada uma das UBS havia a necessidade de contratação de um médico para completar o quadro funcional, a população inicial de estudo foi de 89 profissionais (44 na UBS Qualificação e 55 na UBS Controle).

A qualificação foi composta de seis encontros de uma hora e meia de duração (9h, no total), e ocorreu na própria UBS Costa Melo entre julho e outubro de 2010. Seguindo a Teoria Educacional de Paulo Freire[5,14,15], foram realizados, antes dos encontros, dois grupos focais para a investigação temática (identificação dos temas geradores), um com ACS e auxiliares de enfermagem e outro com médicos e enfermeiros. A partir dos temas geradores, construiu-se a proposta inicial do curso, com base na problematização da realidade dos serviços e das necessidades da população atendida (codificação e descodificação), além da proposição coletiva de ações para a mudança (desvelamento crítico). Os temas discutidos nos encontros foram: O significado da atividade física (o prazer, o dever e a competição); Recomendações gerais para a prática de atividade física; Cuidar, ser cuidado e a relação profissional-usuário; Desafios à

prática de atividade física; Descobrindo novas práticas e novos caminhos para o aconselhamento. Para maiores detalhes sobre a construção e desenvolvimento da qualificação, ver SÁ e col. (2011).

As informações sobre variáveis sócio-demográficas e de estilo de vida foram obtidas por meio de entrevistas enquanto as informações sobre a atuação profissional e o estágio de mudança de comportamento para a recomendação da prática de atividade física foram obtidos por meio de questionário respondido pelos próprios indivíduos. Entrevistas e questionários foram completados durante a rotina de trabalho.

Para estimar a prática de atividade física no tempo livre e no deslocamento, utilizou-se o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) versão longa. Este questionário foi validado em diversos países no mundo incluindo o Brasil (CRAIG e col.[16], 2003) além de já ter sido utilizado em inquérito de saúde no município de São Paulo[13]. Foram consideradas as atividades realizadas até sete dias antes da entrevista. O escore de atividade física no tempo livre foi calculado como a soma do tempo semanal, em minutos, gasto em atividades moderadas (incluindo a caminhada no tempo livre) com o dobro do tempo semanal gasto em atividades vigorosas, como proposto por HALLAL e col.[17] (2003). O escore de atividade física no deslocamento foi calculado como a soma do tempo semanal, em minutos, gasto em deslocamentos feitos a pé ou de bicicleta. Não foram considerados deslocamentos inerentes à atuação profissional (como as visitas domiciliares, por exemplo) nem deslocamentos com duração inferior a dez minutos. As estimativas do uso de TV e do computador foram obtidas a partir do cálculo do tempo semanal, em minutos, reportado nestas atividades.

A avaliação das barreiras para a prática de atividade física no tempo livre foi feita a partir de oito questões diretas elaboradas por REICHERT e col.[18] (2007), com duas opções de resposta (sim ou não). Além destas, foi acrescida a questão "*A falta de locais adequados é um fator que dificulta que o(a) Sr(a) faça atividades físicas?*". A soma de barreiras compreende a soma das respostas afirmativas para as nove questões.

A avaliação do estágio de mudança de comportamento para a recomendação da prática de atividade física durante o atendimento da população foi feita a partir de questão fechada respondida pelos próprios profissionais, com seis alternativas, cada uma delas representando um dos possíveis estágios de mudança (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída). Os estágios de mudança fazem parte dos constructos do Modelo Transteorético, que busca explicar de que modo se processam alterações no padrão de determinado comportamento do indivíduo (PROCHASKA & DiCLEMENTE[19], 1983).

A análise estatística inicial descreveu os grupos quanto a características demográficas, história profissional e estilo de vida, por meio do qui-quadrado (X^2), com correção de Yates, e do teste de diferença de médias dos postos para amostras independentes (U de Mann Whitney).

As variáveis de atividade física no tempo livre e de deslocamento, o uso de TV e de computador, e a soma de barreiras, foram analisadas de forma contínua (média e intervalos de confiança de 95%). A distribuição dos dados foi avaliada a partir do teste de Shapiro-Wilk. O teste U de Mann-Whitney foi realizado para comparar os grupos segundo a média das diferenças dos valores antes e depois da intervenção. A variação nos estágios de mudança de comportamento foi analisada a partir do teste de McNemar, considerando o número de indivíduos que alteraram seu estágio positiva ou negativamente em cada um dos grupos. Adotou-se nível de significância igual a 0,05 em todos os testes estatísticos. Os dados foram duplamente digitados no software Epidata 3.1* e as análises foram feitas no pacote estatístico Stata 9.1[20].

Para averiguar o efeito da qualificação sobre o significado da prática de atividade física e aconselhamento sobre atividade física, realizou-se um grupo focal com os participantes dos encontros ao final do programa educativo, de acordo com as considerações na literatura (BAUER & GASKELL[21], 2002; NOGUEIRA-MARTINS & BÓGUS[22], 2004). Os diálogos transcritos foram sistematizados e analisados a partir da técnica de análise da conversação e da fala, conforme proposto por MYERS[23](2002). O estudo

* Software disponível em http://www.epidata.dk/, link acessado em 26/05/2011.

foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde. Todos os participantes responderam aos questionários após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Um total de 83 profissionais iniciou o estudo, sendo 39 indivíduos do Grupo Qualificação (GQ) e 44 indivíduos do Grupo Controle (GC). Destes, 73 atenderam à segunda avaliação (34 GQ; 39 GC), como observado na figura 1.

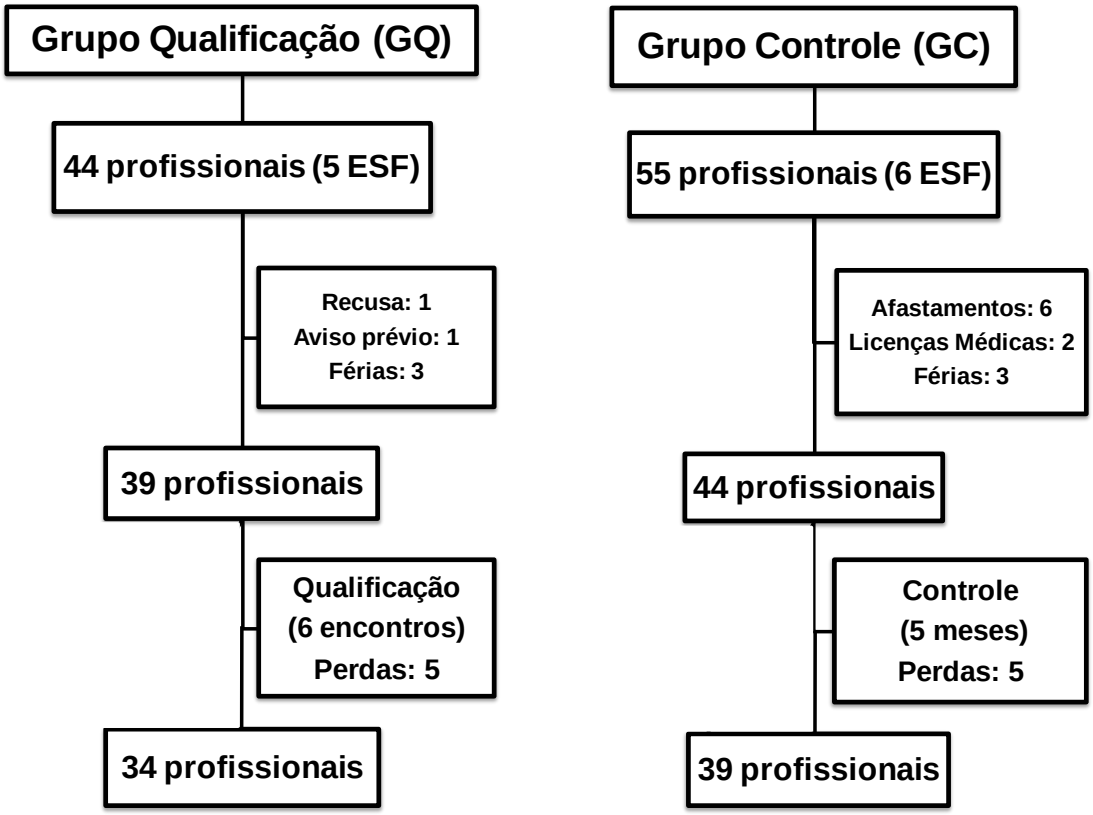
Não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos no início do estudo segundo variáveis sócio-econômicas, antropométricas e de estilo de vida (Tabela 1). Ambos foram compostos majoritariamente por mulheres casadas, com média de idade em torno de 40 anos. Destaca-se a elevada prevalência de indivíduos com excesso de peso (aproximadamente 51% nos dois grupos). A proporção de trabalhadores vinculados à UBS há mais de dois anos foi de 72,7% para o Grupo Controle e 43,6% no Grupo Qualificação.

Com relação à participação do Grupo Qualificação nos encontros do curso (seis, no total), 56,5% dos profissionais participaram de pelo menos dois encontros (Tabela 2), ACS em sua ampla maioria ($p<0,001$). Não houve qualquer outra diferença estatisticamente significante entre os profissionais que atenderam a pelo menos dois encontros e aqueles que não atenderam/atenderam a apenas um encontro.

A proporção de indivíduos, no início do estudo, que realizavam ao menos 150 minutos por semana de atividade física no tempo livre foi de 9,3% no Grupo Controle e 15,4% no Grupo Qualificação. Esta proporção, no caso da atividade física de deslocamento, foi de 33,3% e 41,7%, respectivamente. A Tabela 3 apresenta, segundo grupo, os valores médios

antes e depois da intervenção e a variação média entre os dois momentos para a soma de barreiras para a prática de atividade física no tempo livre, além do tempo (em minutos por semana) gasto com a prática de atividade física no tempo livre e no deslocamento, e com o uso de televisão (TV) e computador (PC). Não foi observada diferença entre os grupos para nenhuma destas variáveis, exceto pela variação na soma de barreiras reportadas, maior no Grupo Qualificação quando comparada à do Grupo Controle (p=0,001). As três barreiras mais reportadas em ambos os grupos foram a falta de locais para a prática (GQ: 43,6%; GC: 52,3%), falta de tempo (GQ: 48,7%; GC: 36,4%) e falta de companhia (GQ: 43,6%; GC: 45,0%).

Figura 1: Descrição da população estudada e perdas de seguimento no Grupo Qualificação e no Grupo Controle. São Paulo, 2010.



A proporção de indivíduos no estágio de manutenção para o aconselhamento sobre atividade física, ou seja, que aconselham regularmente há mais de seis meses, foi de 58% para ambos os grupos, não havendo variação ao final do estudo (p=0,850), mesmo quando desconsideramos os indivíduos que se mantiveram no estágio de manutenção ao longo de todo o período (p=0,439).

De acordo com a fala das participantes, o programa educativo foi excelente, capaz de instigar a reflexão e possível de ser replicado em outras UBS nos moldes como foi realizado. Para elas, o curso trouxe ao momento do aconselhamento a reflexão sobre outros aspectos antes não contemplados nesta atribuição profissional, além de ampliar a visão sobre a prática de atividade física de si e do morador. O programa educativo foi entendido, também, como um espaço acolhedor para a discussão das situações limite que envolvem tanto o aconselhamento quanto a prática de atividade física pelos profissionais e suas famílias. A discussão das situações limite trouxe à tona contradições da prática profissional que não só limitam as potencialidades do curso como a própria promoção da prática de atividade física na atenção básica.

Excertos da fala das participantes serão apresentados ao longo da discussão de modo a melhor ilustrar os achados.

DISCUSSÃO

O programa educativo para a promoção de atividade física teve boa adesão e excelente aceitação entre os ACS e auxiliares de enfermagem, foi capaz de mudar a percepção dos participantes sobre a representação da prática de atividade física e ampliar a reflexão quanto a novas estratégias de aconselhamento junto à população. Este achado é similar ao encontrado por diversos estudos que se valeram do método freireano para a construção coletiva de programas educativos em saúde sobre outros desfechos

(FERNANDES & BACKES, 2010[24]; MIRANDA & BARROS[25], 2007; DUARTE e col.[26], 2006; LISOVICZ e col.[27], 2006). Até o nosso conhecimento, este é o primeiro programa educativo baseado no método de Paulo Freire para a promoção de atividade física na atenção básica brasileira.

A amostra de profissionais, composta predominantemente por mulheres casadas em torno de 40 anos de idade, é semelhante à encontrada por TOMASI e col.[28] (2008), em estudo representativo da população de profissionais da ESF nas regiões Sul e Nordeste do país, inclusive com relação ao tempo de vínculo com a UBS. A prevalência de excesso de peso em ambos os grupos foi superior à encontrada para a população de mulheres em São Paulo (51,0% vs 42,8%) (MOURA e col.[29], 2008).

São poucos os estudos que avaliaram a prática de atividade física em profissionais de saúde. SIQUEIRA e col.[10] (2009) observaram que um quarto dos trabalhadores da ESF das regiões Sul e Nordeste apresentava prática global de atividade física inferior a 150 minutos por semana, mesmo considerando os ACS, cuja atuação profissional presume a prática de atividade física. O estudo, entretanto, não avalia a prevalência da prática nos diferentes domínios (doméstico, trabalho, deslocamento e tempo livre). Quando comparamos nossos achados com dados do município de São Paulo[13], vemos que a proporção de profissionais que praticam ao menos 150 minutos de atividade física no tempo livre é inferior à encontrada na população. Em contrapartida, no caso da atividade física de deslocamento, a proporção de prática entre profissionais de saúde é consideravelmente maior. É possível que as visitas domiciliares, realizadas em sua grande maioria a pé, inclusive por outros membros da equipe (não ACS), tenham facilitado a incorporação do deslocamento ativo ao cotidiano destes profissionais fora do ambiente de trabalho.

A representação da prática de atividade física mudou entre as participantes. Antes tida como algo penoso, mais uma demanda dolorosa a ser infligida a si e ao morador para o benefício da “saúde”, foi-se convertendo em uma atividade prazerosa, um momento de cuidar de si e

uma possibilidade de integração familiar. A visão utilitarista da prática, voltada para a realização de uma meta, de um objetivo concreto e mensurável (como a cura ou controle de uma doença, por exemplo), passa não só pelo discurso biomédico ainda predominante no sistema, mas também pela própria prática de atividade física associada ao cumprimento de metas e prazos no serviço.

"Se você sai para fazer pra você, não está pensando em problemas, em trabalho, em nada. Agora, a gente, na rua, anda e estamos pensando no trabalho que temos que fazer." (ACS) "Uma coisa forçada não é uma atividade de prazer, ou que você faça por prazer." (ACS) "Ele trouxe como participar, como se pode fazer atividade física em vários sentidos e não foi em um sentido apenas." (ACS)

Esta nova percepção positiva fez com que a atividade física passasse a ser vista como uma estratégia possível para o auto-cuidado entre as profissionais, a partir das vivências experimentadas no curso. Entretanto, o estudo não foi capaz de identificar aumento na prática de atividade física no tempo livre ou de deslocamento das participantes após o curso, possivelmente pelo curto tempo de seguimento, apesar de ter havido relatos de preparação para a prática e mesmo de promoção da atividade física pelos profissionais no próprio ambiente familiar.

"Eu estou procurando uma companhia, porque ter que caminhar até o (Parque) Tiquatira sozinha..." (ACS) "Eu consegui! Eu e meu marido estamos fazendo na ADPM (Associação Desportiva da Polícia Militar)[...] eu ainda não posso fazer natação, então estou fazendo academia." (ACS)

A experiência de pensar sobre a inclusão de um momento para si para a prática de atividade física na rotina diária diminuiu a tensão entre o discurso e a prática do trabalhador durante o aconselhamento. Agora, profissional e morador compartilham as mesmas dificuldades e se solidarizam diante de barreiras em comum. O aumento na percepção de barreiras do grupo qualificação em comparação com o grupo controle nos parece um desdobramento da problematização da realidade dos profissionais ao longo do curso. Muda o modo de pensar: o indivíduo não é

mais o único responsável pela não prática, o ambiente no qual está inserido também contribui para torná-lo inativo (SALLIS e col.[30], 2006). Trabalhar, portanto, pela superação de determinada condição social como obstáculo à prática de atividade física passa primeiro pelo reconhecimento desta condição e desvelamento crítico de sua relação com os fazeres individual e coletivo. Por exemplo, reportar falta de tempo como uma barreira, que de acordo com BOWLES[31] e col. (2002) pode ser um reflexo da falta de motivação do indivíduo para a prática, aqui nos parece, de fato, diretamente relacionada com a jornada desenvolvida por estas mães, donas-de-casa e trabalhadoras da saúde dentro e fora do horário oficial de trabalho (NASCIMENTO & CORREA[32], 2008). *"Eles nos tratam como se a gente fosse um tipo de mãe deles",* disse uma ACS, ao falar sobre os moradores. Por outro lado, a percepção da falta de locais adequados para a prática, que não condiz com a realidade atual do bairro (dados não publicados), parece-nos reflexo da imagem negativa que estes espaços ainda têm junto à população, após anos de sucateamento dos aparelhos públicos de recreação e lazer da região. Vê-se, portanto, uma ampliação das possibilidades de aconselhamento na medida em que se desacortina ao profissional um "inédito viável" (FREIRE[5], 2005) uma nova forma de vivenciar tanto a prática de AF quanto o ato educativo do aconselhar sobre ela.

"A própria linguagem com o paciente já muda, agora não um discurso pronto como antes, só por conta da saúde, como a gente já tinha sobre diabetes, hipertensão." (ACS) "É claro que a gente encontra resistência, assim como nós mesmos somos resistentes. Então a gente vai com um pouquinho de calma, um pouquinho hoje, um pouquinho amanhã, e aos poucos talvez a gente consiga transmitir o que sentimos. Eu passei a sentir mais prazer agora que estou fazendo." (ACS) "E a possibilidade de outros exercícios, da dança e outras atividades que, de repente, a gente não pensava como exercício, como uma atividade legal que teria saúde e prazer. Têm pessoas que gostam de dançar, mas nunca pensaram que isso fosse uma possibilidade e que fosse suficiente." (ACS)

É possível que esta nova maneira de se relacionar com a atividade física reverta o quadro negativo que vemos na atenção básica do país, de baixa prevalência de aconselhamento sobre atividade física tanto em adultos quanto em idosos[11], maior prevalência de aconselhamento em indivíduos com doenças já estabelecidas (ação imprescindível, embora tardia)[11] e baixos níveis de atividade física entre os profissionais de saúde[10]. Devemos destacar que, a despeito do reconhecimento de uma nova realidade possível e de estratégias para seu alcance, o curso, por sua brevidade, não pôde estar ao lado dos participantes no pleno reconhecimento destes como agentes da própria mudança.

A não adesão dos outros profissionais (não ACSs) aos encontros parece ter razões distintas em cada categoria: enquanto auxiliares de enfermagem tiveram sua participação limitada pelo excesso de trabalho e pela necessidade da presença de ao menos duas delas no atendimento (apesar de, em tese, a agenda estar previamente fechada para o dia no cronograma da unidade), a não participação de médicos e enfermeiros parece ter se dado, em parte, pela resistência que estes profissionais graduados têm em sair da posição de superioridade que gozam dentro da equipe. Desconstruir o modelo biomédico e o conceito de verticalidade na cultura dos serviços passa, necessariamente, pela formação conjunta das equipes de saúde, em condição de igualdade, antecipando o modo interdisciplinar de atuação coletiva. A isso, cabe ressaltar que esta igualdade não tem a ver com o nível de conhecimento de cada um, mas à convicção de que todos no processo educativo têm algo a dizer e algo a ouvir. Para tanto, parece-nos importante haver uma abordagem crítica na formação de médicos e enfermeiros, da graduação à pós-graduação, na busca pela construção de profissionais éticos e socialmente comprometidos com a redução das iniqüidades, a começar pela redução no próprio ambiente de trabalho DasGUPTA e col.[33], 2006; MOONEY & NOLAN[34], 2006). Neste sentido, vale destacar as interessantes experiências desenvolvidas no município de Sobral-CE, na reformulação das políticas municipais para formação de profissionais de saúde e no aprimoramento do modelo de

residência multiprofissional em saúde da família (MARTINS JÚNIOR e col.[35], 2008; SOUZA e col.[36], 2008).

O programa educativo ofereceu aos participantes um espaço acolhedor para a discussão de situações-limite que restringem as potencialidades de momentos educativos em serviço e dificultam o diálogo entre morador e profissionais de saúde (BRASIL[6], 2009). A contradição presente na falta de uma organização institucional para o cuidado à saúde dos próprios trabalhadores foi sentida em muitas falas, assim como um forte sentimento de desamparo, ao ver as principais ações de saúde voltadas apenas para o morador.

"A gente é carente." "A gente cuida do problema de todo mundo e no final ninguém cuida do nosso." "Será que alguém pergunta como estão as meninas?" "Temos apenas cobrança, cobrança, cobrança." "Tudo que vem de bom é pra comunidade."

Estas falas concordam com o encontrado na análise de barreiras, onde tivemos a falta de companhia como uma das barreiras à prática de atividade física mais reportadas pelas participantes. Ao serem perguntadas sobre a continuidade de um programa educativo como o nosso, na perspectiva da educação permanente, a reação foi muito positiva, tanto no sentido do acolhimento de si quanto como forma de ampliar as possibilidades de aconselhamento, em uma relação de solidariedade com o morador, de acordo com o nosso modelo teórico para a promoção de atividade física. Nesse sentido, acreditamos que a promoção de atividade física junto aos profissionais de saúde é um importante passo para a melhoria da promoção populacional de atividade física.

O estudo apresenta algumas limitações, como a não aleatorização da amostra e o baixo número de indivíduos analisados. Por conta disso, e considerando as particularidades da área de cobertura das UBS do estudo (regiões de baixo nível socioeconômico em uma grande metrópole), é preciso cuidado na extrapolação dos dados. O programa educativo promoveu alterações positivas na representação da prática de atividade física e na qualidade do aconselhamento junto aos profissionais de saúde,

sendo também reconhecido por estes como espaço de diálogo e acolhimento. O próximo passo seria ter um maior seguimento destes profissionais, a fim de se observar a manutenção destas alterações ao longo do tempo, bem como seus desdobramentos sobre os níveis de atividade física dos profissionais e de suas famílias. Além disso, é necessária a avaliação da implementação deste programa educativo em um conjunto maior de UBS, para avaliar seus efeitos na representação da prática e nos comportamentos de saúde relacionados à prática de atividade física da população atendida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Le Breton D. Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade. Campinas: Papirus; 2003.
2. Foucault M. Microfísica do poder. São Paulo: Graal; 2009.
3. Egger G, Swinburn B. Planet Obesity: How we're eating ourselves and the planet to death. Sydney: Allen & Unwin; 2010.
4. Moscovici S. Representações sociais: Investigações em psicologia social. 7 ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
5. Freire P. Pedagogia do oprimido. 47 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006,v.9. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n^{o} 154, de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Brasília: Diário Oficial da União; 2008. p. 47.
8. Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2007(4):CD005108.
9. Peterson JA. Get moving! Physical activity counseling in primary care. J Am Acad Nurse Pract. United States2007. p. 349-57.
10. Siqueira FCV, Nahas MV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thume E, e col. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saude Publica. 2009;25(9):1917-28.
11. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação a saúde. Cad Saude Publica. 2009 Jan;25(1):203-13.
12. Schmidt MI, Duncan BB, Silva, GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, e col. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet. 2011; Publicado Online em 9 de maio de 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

13. Florindo AA, Guimaraes VV, Cesar CL, Barros MB, Alves MC, Goldbaum M. Epidemiology of leisure, transportation, occupational, and household physical activity: prevalence and associated factors. J Phys Act Health. 2009 Sep;6(5):625-32.
14. Freire P. Educação como prática da liberdade. 31 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2008.
15. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2009.
16. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Medicine and Science in Sports and Exercise. 2003;35(8):1381-95.
17. Hallal PC, Victoria CG, Wells JCK, Lima RC. Physical inactivity: Prevalence and associated variables in Brazilian adults. Medicine and Science in Sports and Exercise. 2003;35(11):1894-900.
18. Reichert FF, Barros AJD, Domingues MR, Hallal PC. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. American Journal of Public Health. 2007;97(3):515-9.
19. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983 Jun;51(3):5.
20. Corporation S. Stata Statistical/Data Analysis software: 9.1. College Station, Texas, USA 1984-2005.
21. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002.
22. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. 2004;13(3):44-57.
23. Myers G. Análise da conversação e da fala. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002.
24. Fernandes MC, Backes VM. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a ótica de Paulo Freire. Rev Bras Enferm. 2010. p. 567-73.

25. Miranda KC, Barros MG. Hiv/AIDS counseling: analysis based on Paulo Freire. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2007;15(1):100-5.
26. Duarte LR, Silva DSJR, Cardoso SH. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. Interface. 2007;11(23):439-47.
27. Lisovicz N, Johnson RE, Higginbotham J, Downey JA, Hardy CM, Fouad MN, et al. The deep south network for cancer control - Building a community infrastructure to reduce cancer health disparities. Cancer. 2006;107(8):1971-9.
28. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thume E, da Silveira DS, Siqueira FV, e col. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saude Publica. 2008;24:S193-S201.
29. Moura EC, Morais Neto OL, Malta DM, de Moura L, da Silva NN, Bernal R, e col. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). Revista Brasileira de Epidemiologia. 2008;11(supl 1):20-37.
30. Sallis JE, Cervero RB, Ascher W, Henderson KA, Kraft MK, Kerr J. An ecological approach to creating active living communities. Annual Review of Public Health. 2006;27:297-322.
31. Bowles HR, Morrow JR, Leonard BL, Hawkins M, Couzelis PM. The association between physical activity behavior and commonly reported barriers in a worksite population. Research Quarterly for Exercise and Sport. 2002;73(4):464-70.
32. Nascimento EP, Correa CR. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad Saude Publica. 2008 Jun;24(6):1304-13.
33. DasGupta S, Fornari A, Geer K, Hahn L, Kumar V, Lee HJ, et al. Medical education for social justice: Paulo Freire revisited. J Med Humanit. 2006 Winter;27(4):245-51.
34. Mooney M, Nolan L. A critique of Freire's perspective on critical social theory in nursing education. Nurse Educ Today. 2006;26(3):240-4.
35. Martins Júnior T, Parente JRF, Sousa MST, Souza FL. A residência multiprofissional em saúde da família de Sobral-CE. Sanare. 2008;7(2):23-30.

36. Souza FL, Ponte MAC, Linhares AKN, Cavalcante AL, Dias MSA, Soares C, et al. A Política Municipal de Educação Permanente em Sobral-CE. Sanare. 2008;7(2):14-22.

Tabela 1: Caracterização dos grupos Qualificação (GQ) e Controle (GC) no início do estudo segundo variáveis sócio-econômicas, antropométricas e de estilo de vida. São Paulo, 2010.

Variáveis	Qualificação	Controle	
	Média (IC 95%) / % n=39	Média (IC 95%) / % n=44	p*
Idade (anos)	41,4 (37,9 – 44,8)	40,8 (37,9 – 43,8)[§]	0,714
Sexo Feminino	94,9	95,5	0,902
Estado Civil			
Casada	66,7	63,6	0,760
Solteira	23,1	18,2	
Separada / Viúva	10,2	18,2	
Profissão			0,481
ACS	56,4	61,4	
Auxiliar de Enfermagem	23,0	22,7	
Enfermeira	10,3	13,6	
Médica	10,3	2,3	
Tempo na profissão (anos)	6,9 (4,8 – 9,0)	7,2 (5,1 – 9,3)	0,837
Tempo na UBS atual (anos)	4,4 (2,9 – 6,0)	5,1 (3,9 – 6,3)	0,084
Tabagismo			0,987
Não	79,5	79,6	
Sim	20,5	20,4	
Índice de Massa Corporal (IMC)			0,481
Normal	48,7	48,8	
Sobrepeso	30,8	39,6	
Obeso	20,5	11,6	

* teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos postos e teste X^2 corrigido para medida de associação. [§]uma profissional se recusou a fornecer a idade (n=43).

Tabela 2. Características do grupo Qualificação (GQ) segundo participação nos encontros. São Paulo, 2010.

Variáveis	Até um encontro	Dois ou mais encontros	
	Média (IC 95%) / % n=17	Média (IC 95%) / % n=22	p*
Idade (anos)	38,6 (33,7 – 43,6)	43,3 (38,6 – 48,4)	0,109
Sexo Feminino	88,2	100	0,099
Estado Civil			
Casada	70,6	63,6	0,648
Solteira / Separada / Viúva	29,4	36,4	
Profissão			<0,001
ACS	5,9	95,5	
Outros profissionais	94,1	4,5	
Tempo na profissão (anos)	9,3 (5,2 – 13,3)	5,0 (3,1 – 7,0)	0,133
Tempo na UBS atual (anos)	3,9 (1,1 – 6,6)	4,9 (2,9 – 6,9)	0,160
Tabagismo			0,296
Não	94,1	86,4	
Sim	5,9	13,6	
Índice de Massa Corporal (IMC)			0,710
Normal	41,2	54,5	
Sobrepeso	35,3	27,3	
Obeso	23,5	18,2	

* teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos postos e teste X^2 corrigido para medida de associação.

Tabela 3. Valores médios e variação média da soma de barreiras para a prática de atividade física (AF) no tempo livre, dos tempos semanais de prática de AF no tempo livre e no deslocamento, tempos semanais vendo TV ou usando o computador (PC) antes e depois da intervenção, segundo grupo. São Paulo. 2010.

Variáveis	Grupo Qualificação (GQ)			Grupo Controle (GC)			
	Antes (n=39)	Depois (n=34)	Δ	Antes (n=44)	Depois (n=39)	Δ	
	Média (IC 95%)	Média (IC 95%)	Média (IC 95%)	Média (IC 95%)	Média (IC 95%)	Média (IC 95%)	p**
Soma de Barreiras	3,1 (2,7; 3,6)	3,6 (3,1; 4,1)	0,7 (0,1; 1,3)	3,3 (2,9; 3,7)	3,1 (2,7; 3,4)	-0,2 (-0,7; 0,2)	0,001
AF Tempo Livre*	51,9 (20,5; 83,6)	111,9 (51,4; 172,4)	60,0 (7,8; 112,2)	53,5 (25,8; 81,2)	105,5 (41,5; 169,5)	54,6 (-12,5; 121,7)	0,602
AF deslocamento*	170,8 (107,2; 234,4)	149,7 (101,6; 197,8)	-40,3 (-127,1; 46,4)	176,9 (109,0; 244,8)	141,9 (99,0; 184,9)	-36,5 (-107,9; 35,0)	0,845
Tempo de TV*	942,3 (727,0; 1157,6)	801,9 (578,0; 1025,8)	-122,0 (-338,7; 94,7)	538,0 (396,3; 679,7)	523,9 (362,5; 685,4)	3,2 (-131,7; 138,1)	0,339
Tempo de PC*	263,6 (149,9; 377,2)	233,9 (111,4; 356,5)	-17,2 (-149,0; 114,6)	254,8 (139,0; 370,5)	284,0 (161,2; 406,7)	14,2 (-94,8; 123,3)	0,758

*Tempo expresso em minutos por semana. **Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos postos

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ousadia de se construir ações educativas fundamentadas na solidariedade e em relações sociais mais humanas constituem-se como um desafio dentro da rede de cuidados primários à saúde. Convivemos na rede, ao mesmo tempo, com duas visões hegemônicas sobre o cuidado à saúde, uma reducionista, voltada para o modelo biomédico e orientada para a doença, e outra mais humana, ampliada, respeitando os princípios norteadores do SUS. Esta tensão se reflete na cultura dos serviços, nos processos de trabalho e de gestão e na formação dos profissionais de saúde (SILVEIRA e col.[25], 2010). Tendo em vista a recente implantação e desenvolvimento da ESF (e mesmo do sistema de saúde como um todo), é compreensível a permanência deste conflito muito embora devamos destacar importantes avanços na atenção básica, mesmo em tão pouco tempo (PAIM e col.[23], 2011).

Podemos destacar como um desses avanços o estabelecimento da Política Nacional de Educação Permanente (PNEP)[6], no reconhecimento da educação em saúde como elemento fundamental para a consolidação da ESF como novo modelo da atenção básica. Entretanto, como vimos, ações dialogais de formação seguem sendo novidade para grande parte das equipes de saúde da família, ainda que as palavras de Paulo Freire nos remetam à década de 60 e que suas experiências tenham contribuído fortemente para a criação do SUS nos moldes como o temos hoje (PEREIRA[24], 2003). Um dos entraves à ampliação de ações de formação, com base na educação libertadora de Freire, é a contradição que se estabelece entre esta prática pedagógica e a cultura de gestão dos serviços públicos, ainda tão marcada pelo período ditatorial no país. A apreensão crítica da realidade, o

reconhecimento da educação como ato político e o compromisso com a autonomia dos educandos acaba por explicitar, durante o processo educativo, as virtudes e deficiências de todos os envolvidos. Cai, com isso, o mito da perfeição, do comando superior e vertical, que sabe todas as respostas e que não contempla a pactuação de metas e iniciativas entre todos como condição decisiva à superação dos obstáculos para a melhoria da saúde da população[25]. Outro fator limitante à promoção de programas educativos como o nosso é a própria lógica educacional predominante no país, não só, mas também na área da saúde, e antes mesmo do ingresso deste profissional nos serviços. Esta lógica, muito presente nas universidades e em escolas técnicas, é regida pelas forças de mercado (ALMEIDA-FILHO[1], 2011) e não valoriza a formação humanística dos sujeitos, tampouco o uso de metodologias ativas de aprendizagem ou o estímulo à curiosidade criativa (MORIN[18], 2004). Educar os próprios gestores e profissionais formadores/preceptores deve ser, portanto, ação concomitante à expansão da formação das equipes de saúde da família[25].

A educação para a promoção de atividade física, alinhada com os preceitos da promoção de saúde, pode valer-se de alguns “trunfos” ainda pouco explorados neste tipo de iniciativa: em primeiro lugar, a imensa maioria das pessoas já experimentou, nas primeiras fases da vida, a prática de atividade física com caráter lúdico, descompromissado de metas e métodos, livre. Não seria o caso, então, de construir algo absolutamente novo, mas sim de redizer algumas práticas ainda vivas nas memórias dos sujeitos e de alguma forma perdidas com o entrar na vida adulta. Explorar estes primeiros gestos é reviver uma prática de atividade física que respeita a condição humana dos sujeitos, coloca-os como autores do movimento feito, devolvendo ao corpo a capacidade de se comunicar, na redescoberta dos sujeitos de si e da realidade que vive e viveu (CARVALHO[8], 2009), da sua posição de ser histórico,

político e social. Segundo, a prática de atividade física pode ser encarada como um momento de auto-cuidado, de prazer e de integração. Ao tratá-la como mais uma técnica reparadora ou preventiva, perdemos a oportunidade de aproveitar estas características, e passamos a aproximar a prática de atividade física de procedimentos preventivos como uma mamografia ou um exame de sangue, por exemplo, que necessariamente implicam em algum grau de desconforto, por mais importantes que sejam.

Ademais, é preciso haver coerência entre a palavra e o ato, entre o que defende os preceitos da Educação Permanente e da Educação Popular em Saúde presentes nos documentos oficiais do SUS, e o que é oferecido aos profissionais em seus momentos de formação. Se desejamos que os profissionais de saúde estejam comprometidos com a construção da autonomia dos moradores e da comunidade, é imperativo que os órgãos gestores da saúde estejam ao lado destes profissionais, na problematização da sua realidade e construção da sua própria autonomia. Da mesma forma, é imprescindível haver coerência entre o que se solicita deste profissional em sua atuação e o que se oferece a ele em sua realidade de trabalho e vida. Não se pode esperar que médicos, enfermeiros e, principalmente, auxiliares de enfermagem e ACS estejam aptos a dar um acolhimento adequado à população quando, não raro, eles mesmos padecem da falta de acolhimento e de cuidado à saúde. Criar mecanismos de acolhimento para estes profissionais (muitos dos quais poderiam acontecer via NASF), melhorar as condições de trabalho e garantir uma formação comprometida com a vocação destes profissionais em “ser-mais” são condições necessárias para a efetiva promoção da saúde por meio Estratégia de Saúde da Família.

Toda esta reflexão traduz-se no reconhecimento dos limitantes à própria prática de atividade física por parte dos profissionais de saúde, da semelhança entre estes limitantes e os

determinantes da prática da população, e da necessidade de uma nova relação de co-laboração, união, organização e síntese cultural entre ambos para a superação desta realidade. O aconselhamento, ato essencialmente educativo, deixa de ser um momento de repasse, de não diálogo, e passa a ser a esfera na qual se dará este encontro. Estas considerações servem não só a um programa educativo para a promoção de atividade física, mas a qualquer momento de formação que pretenda contribuir para a melhoria do atendimento à população.

Em suma, a implementação de um programa educativo para a promoção de atividade física junto a equipes de saúde da família deve considerar os princípios norteadores da educação em saúde no SUS; avaliar previamente a realidade local, tanto com relação à representação social da prática e do aconselhamento sobre atividade física dos profissionais de saúde, quanto com relação aos limitantes institucionais para o seu desenvolvimento (cultura dos serviços, processos de trabalho, fase de implantação da ESF e infra-estrutura da UBS e da região); investir na formação prévia dos profissionais de Educação Física presentes no NASF; e considerar a possibilidade de incluir na dinâmica de trabalho do NASF e na agenda da unidade momentos de acolhimento para o cuidado dos trabalhadores das equipes de saúde da família.

VICTORA[26] e col. (2011), em recente publicação sobre a saúde no Brasil, convoca para a ação governos e demais atores com papel relevante na arena da saúde “em busca da melhoria das condições de saúde e da provisão de serviços” à população. O programa educativo para a promoção de atividade física construído neste estudo vai ao encontro das ações sugeridas pelos autores, ao reafirmar o compromisso em qualificar profissionais, a partir de cursos curtos, no local de trabalho, pensado para (e junto com) trabalhadores de saúde empregados na Estratégia de Saúde da Família. Além disso, o programa educativo para a promoção de

atividade física favorece a busca pela autossuficiência tecnológica em produtos de saúde, por ser uma tecnologia leve de baixo custo e fácil replicação. Mais ainda, fortalece o SUS ao objetivar, em sua prática educativa, não só a ampliação do conhecimento e a sensibilização de gestores, trabalhadores de saúde e público frente aos determinantes da prática de atividade física, mas também a autonomia dos trabalhadores e o controle social na saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Almeida-Filho N. Higher education and health care in Brazil. Lancet. 2011; Publicado online em 9 de maio de 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60326-7.

2 Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, Kris-Etherton P, Van Horn L, Lichtenstein AH, et al. Interventions to Promote Physical Activity and Dietary Lifestyle Changes for Cardiovascular Risk Factor Reduction in Adults - A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2010;122(4):406-41.

3 Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002.

4 Bodstein R. The complexity of the discussion on effectiveness and evidence in health promotion practices. Promotion & Education. 2007;14(1 suppl):16-20.

5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006,v.9. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

7 Breckon JD, Johnston LH, Hutchison A. Physical activity counseling content and competency: a systematic review. J Phys Act Health. 2008 May;5(3):398-417.

8 Carvalho YM. Nas fronteiras da Educação Física e das ciências humanas: itinerários. São Paulo: Hucitec; 2009.

9 Cascudo LC. História dos nossos gestos: uma pesquisa na mímica do Brasil. São Paulo: Global Editora; 2003.

10 Corporation S. Stata Statistical/Data Analysis software: 9.1. College Station, Texas, USA 1984-2005.

11 Egger G, Swinburn B. Planet Obesity: How we're eating ourselves and the planet to death. Sydney: Allen & Unwin; 2010.

12 Fernandes WR, Siqueira VHF. Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde. Interface. 2010;14(33):371-85.

13 Foucault M. Microfísica do poder. São Paulo: Graal; 2009.

14 Freire P. Pedagogia do oprimido. 47 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

15 Freire P. Educação como prática da liberdade. 31 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2008.

16 Le Breton D. Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade. Campinas: Papirus; 2003.

17 Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Brasília: Diário Oficial da União; 2008. p. 47.

18 Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 9 ed. São Paulo: Cortez; 2004.

19 Müller-Riemenschneider F, Reinhold T, Nocon M, Willich SN. Long-term effectiveness of interventions promoting physical activity: A systematic review. Preventive Medicine. 2008;47(4):354-68.

20 Myers G. Análise da conversação e da fala. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002.

21 Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde e Sociedade. 2004;13(3):44-57.

22 Novaes JV. O Intolerável peso da feiúra. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio; 2006.

23 Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011; Publicado online em 9 de maio de 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

24 Pereira AL. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad Saude Publica. Brazil. 2003. p. 1527-34.

25 Silveira DS, Facchini LA, Siqueira FV, Piccini RX, Tomasi E, Thume E, e col. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cadernos De Saúde Pública. 2010;26(9):1714-26.

26 Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, e col. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. Lancet. 2011; Publicado online em 9 de maio de 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60055-X.

7. ANEXOS

7.1 Subprefeituras e Distritos do Município de São Paulo em 2011 (Figura 1).

Subprefeituras e Distritos
Município de São Paulo
PERUS
ANHANGÜERA
JARAGUÁ
BRASILÂNDIA
CACHOEIRINHA
TREMEMBÉ
JAÇANÃ
PIRITUBA
SÃO DOMINGOS
FREGUESIA DO Ó
LIMÃO
CASA VERDE
MANDAQUI
TUCURUVI
SANTANA
VILA MEDEIROS
VILA GUILHERME
VILA MARIA
JAGUARA
LAPA
BARRA FUNDA
VILA LEOPOLDINA
PERDIZES
BOM RETIRO
SANTA CECÍLIA
PARI
BELÉM
TATUAPÉ
JAGUARÉ
ALTO DE PINHEIROS
REPÚBLICA
SÉ
BRÁS
CONSOLAÇÃO
BELA VISTA
CAMBUCI
MOÓCA
CARRÃO
RIO PEQUENO
BUTANTÃ
JARDIM PAULISTA
LIBERDADE
ÁGUA RASA
VILA FORMOSA
CIDADE LÍDER
PINHEIROS
ARICANDUVA
RAPOSO TAVARES
MORUMBI
VILA MARIANA
IPIRANGA
VILA PRUDENTE
SÃO LUCAS
VILA SÔNIA
ITAIM BIBI
MOEMA
SAÚDE
SACOMÃ
SÃO MATEUS
SAPOPEMBA
IGUATEMI
VILA ANDRADE
CAMPO BELO
CURSINO
SÃO RAFAEL
CAMPO LIMPO
SANTO AMARO
JABAQUARA
CAPÃO REDONDO
JARDIM SÃO LUÍS
CAMPO GRANDE
CIDADE ADEMAR
SOCORRO
PEDREIRA
JARDIM ÂNGELA
CIDADE DUTRA
GRAJAÚ
PARELHEIROS
MARSILAC
CANGAÍBA
ERMELINO MATARAZZO
VILA JACUÍ
PONTE RASA
JARDIM HELENA
SÃO MIGUEL
VILA CURUÇÁ
ITAIM PAULISTA
PENHA
VILA MATILDE
ARTUR ALVIM
ITAQUERA
LAJEADO
GUAIANASES
PARQUE DO CARMO
JOSÉ BONIFÁCIO
CIDADE TIRADENTES
Subprefeituras
Distritos
Subprefeituras
01-Perus
02-Pirituba
03-Freguesia/Brasilândia
04-Casa Verde/Cachoeirinha
05-Santana/Tucuruvi
06-Jaçanã/Tremembé
07-Vila Maria/Vila Guilherme
08-Lapa
09-Sé
10-Butantã
11-Pinheiros
12-Vila Mariana
13-Ipiranga
14-Santo Amaro
15-Jabaquara
16-Cidade Ademar
17-Campo Limpo
18-M'Boi Mirim
19- Capela do Socorro
20-Parelheiros
21-Penha
22-Ermelino Matarazzo
23-São Miguel
24-Itaim Paulista
25-Mooca
26-Aricanduva/Formosa/Carrão
27-Itaquera
28-Guaianases
29-Vila Prudente/Sapopemba
30-São Mateus
31-Cidade Tiradentes
0
6
12
18
Quilômetros
N
Fonte: Distritos - Lei Municipal 11.220/92.
Subprefeituras - Lei Municipal 13.399/02.
Elaboração: Secretaria Municipal de Planejamento – Sempla
Departamento de Estatística e Produção de Informação – Dipro

7.2 Gastos com material

Tabela 4: Gastos com material para a construção conjunta do programa educativo sobre promoção de atividade física (39 participantes). São Paulo, 2010.

Materiais	**Quantidade**	**Valor Unitário (R$)**	**Valor Total (R$)**
Pacote de papel A4 (500 folhas)	1	12,00	12,00
Cópias em preto e branco	375	0,10	37,50
Cópias em cores	2	1,50	3,00
Pastas Canaleta	45	1,80	81,00
Apontador	45	0,80	36,00
Lápis com borracha	45	0,70	31,50
Caixa de canetas	1	27,80	27,80
Bilboquê	1	12,00	12,00
Certificados	21	2,50	52,50
TOTAL			293,30

7.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Qualificação

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ESF Qualificação)

O senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo: **"Promoção das Atividades Físicas na Estratégia de Saúde da Família: Avaliação da Qualificação da Equipe de Saúde da Família"**, de responsabilidade do pesquisador Thiago Hérick de Sá. O objetivo desta pesquisa será avaliar os resultados da qualificação da ESF envolvida em um programa de aconselhamento para aumentar o nível de atividade física dos moradores deste bairro atendidos pelo SUS.

O senhor(a) receberá um curso de qualificação para orientação sobre atividade física. Após a qualificação, o senhor(a) deverá oferecer orientações para as pessoas atendidas pela Estratégia de Saúde da Família sobre a prática de atividades físicas ao longo de quatro visitas domiciliares de rotina, bem como entregar seis materiais educativos impressos sobre a prática de atividades físicas. O senhor(a) também deverá responder, antes e ao final do período da qualificação (três meses), um questionário aplicado por um entrevistador em uma das salas da UBS onde o(a) senhor(a) trabalha. Caso o(a) senhor(a) sinta qualquer desconforto em respondê-lo, providenciaremos outro local ou horário.

O(A) Sr(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O(A) Sr(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação, a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não retira do Sr(a) qualquer benefício na sua atuação profissional pela Unidade Básica de Saúde. O(A) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo e seus dados serão confidenciais. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto ao pesquisador e a outra será entregue ao Sr(a). A sua participação no estudo não acarretará em custos e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Em caso de dúvidas, o Sr(a) poderá entrar em contato com Thiago Hérick de Sá ou com o professor Alex Antonio Florindo no telefone (11) 3091-8157. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – CEP/SMS, rua General Jardim, 36 – 8º andar, Fone: 3397-2464, e-mail: smscep@gmail.com ou Faculdade de Saúde Pública da USP, Av. Dr. Arnaldo, 715 – térreo – Cerqueira César – CEP: 01246-904 – São Paulo, Comitê de Ética, Fone: 3061-7779/7742, e-mail: coep@fsp.usp.br. Eu, _____, declaro que concordo em participar desse estudo.

Assinatura do Profissional Voluntário

Assinatura do Pesquisador

São Paulo, _____ de _____ de 20___.

7.4 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Controle

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ESF Controle)

O senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo: **"Promoção das Atividades Físicas na Estratégia de Saúde da Família: Avaliação da Qualificação da Equipe de Saúde da Família"**, de responsabilidade do pesquisador Thiago Hérick de Sá. O objetivo desta pesquisa será avaliar os resultados da qualificação do ESF envolvido em um programa de aconselhamento para aumentar o nível de atividade física dos moradores deste bairro atendidos pelo SUS.

O senhor(a) deverá responder, antes e ao final do período da pesquisa (três meses), um questionário aplicado por um entrevistador em uma das salas da UBS onde o(a) senhor(a) trabalha. Caso o(a) senhor(a) sinta qualquer desconforto em respondê-lo, providenciaremos outro local ou horário.

O(A) Sr(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O(A) Sr(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação, a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não retira do Sr(a) qualquer benefício na sua atuação profissional pela Unidade Básica de Saúde. O(A) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo e seus dados serão confidenciais. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto ao pesquisador e a outra será entregue ao Sr(a). A sua participação no estudo não acarretará em custos e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Após o período da pesquisa, um curso de qualificação para orientação sobre atividade física será oferecido ao senhor(a). O(A) senhor(a) também não é obrigado(a) a participar deste curso de qualificação e a recusa em participar desta curso também não retira do Sr(a) qualquer benefício na sua atuação profissional pela Unidade Básica de Saúde.

Em caso de dúvidas, o Sr(a) poderá entrar em contato com Thiago Hérick de Sá ou com o professor Alex Antonio Florindo no telefone (11) 3091-8157. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – CEP/SMS, rua General Jardim, 36 – 8º andar, Fone: 3397-2464, e-mail: smscep@gmail.com ou Faculdade de Saúde Pública da USP, Av. Dr. Arnaldo, 715 – térreo – Cerqueira César – CEP: 01246-904 – São Paulo, Comitê de Ética, Fone: 3061-7779/7742, e-mail: coep@fsp.usp.br. Eu, _____, declaro que concordo em participar desse estudo.

Assinatura do Profissional Voluntário

Assinatura do Pesquisador

São Paulo, _____ de _____ de 20___.

7.5 Aprovação do Comitê de Ética da FSP/USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/125/10

28 de junho de 2010.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, ***analisou****, em sua* ***5ª/10 Sessão Ordinária****, realizada em* ***25/06/2010****, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º* ***2002****, intitulado "****EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO SOBRE O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE ADULTOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA****", área temática* ***GRUPO III****, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a)* ***Thiago Hérick de Sá*** *e orientação do(a) Professor(a)* ***Alex Antonio Florindo****, considerando* ***HOMOLOGADA*** *a aprovação* ***"AD-REFERENDUM"****.*

Cabe lembrar que conforme Resolução acima mencionada, são deveres do (a) pesquisador (a): ***1.*** *Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;* ***2.*** *Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;* ***3.*** *Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;* ***4.*** *Elaborar e apresentar relatórios parciais e final;* ***5.*** *Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.*

Atenciosamente,

Claudio Leone
Professor Titular
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-USP

Ilm.º Sr.
Prof. Dr. Alex Antonio Florindo
Departamento de Nutrição
Faculdade de Saúde Pública da USP

7.6 Aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde/SP

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

São Paulo, 06 de Outubro de 2009
PARECER Nº 401/09 – CEP/SMS
CAAE: 0122.0.162.207-09

Para
Sr Pesquisador
Thiago Hérick de Sá

IDENTIFICAÇÃO

Projeto de Pesquisa: Efeitos de uma intervenção sobre o nível de atividade física de adultos atendidos pela estratégia de saúde da família
Pesquisador Responsável: Thiago Hérick de Sá
Instituição: Faculdade De Saúde Pública da USP
Local onde os dados serão coletados: UBS Costa Melo e UBS Pedro de Souza Campos
Patrocinador: o pesquisador

I - Sumário Geral do Protocolo

O aumento do nível de atividade física da população tende a melhorar o quadro geral de saúde, pois prática regular de atividade física em adultos reduz o risco de doença cardiovascular, AVC tromboembólico, hipertensão, diabetes mellitus tipo 2, osteoporose, obesidade, câncer de cólon, câncer de mama, ansiedade e depressão.

Apesar deste conhecimento o nível de sedentarismo é muito elevado em adultos.

Objetivo geral: *Avaliar o impacto de um programa para promoção de atividade física em adultos do distrito de Ermelino Matarazzo da Zona Leste da cidade de São Paulo, atendidos por Unidades Básicas de Saúde cobertas pelo Estratégia de Saúde da Família.*

Objetivos específicos:

1. *Verificar as diferenças entre os níveis de atividades físicas dos Agentes de Comunitários de Saúde dos grupos de intervenção e controle e dos participantes dos grupos de intervenção e controle antes e após o intervenção;*
2. *Verificar os estágios de mudança de comportamento relacionados à prática de atividade física (processos de mudança, auto-eficácia e balanço decisório) entre os grupos de intervenção e controle antes e após a intervenção;*
3. *Verificar a adesão e aderência dos participantes dos grupos de intervenção e controle em programas supervisionados de atividade física oferecidos na região ao longo da intervenção.*

Tipo de estudo: Estudo de intervenção com grupo controle

Serão sujeitos do estudo: Agentes Comunitários de Saúde e Usuários das Unidades Básicas de Saúde com PSF do distrito de Ermelino Matarazzo da Zona Leste da cidade de São Paulo, adultos com 18 anos ou mais, sem restrição à prática de atividade física, não grávida, sem restrição cognitiva.

*O **número de sujeitos** no estudo, 85 por grupo, foi calculado obedecendo a orientações estatísticas baseadas em estudos anteriores, de onde foram obtidos os números relativos a perdas e recusas.*

A intervenção constitui-se em atividades educativas problematizadoras. O conteúdo da intervenção objetiva uma alteração comportamental para a prática de atividade física, e também servir de ferramenta para que as pessoas tornem-se ativos no próprio processo de mudança e aprendizagem e consigam reconhecer e empoderar-se da mudança de sua saúde e, em última análise, na promoção de saúde coletiva da sua comunidade (construção do empoderamento).

CAAE: 0122.0.162.207-09

A intervenção deverá acontecer ao longo de seis meses. No mês 1, os participantes do estudo receberão a visita de um avaliador para a coleta inicial de dados. Concomitante a esta coleta, realizar-se-á a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde. Ao final do mês 1, realizar-se-á uma palestra inaugural com os Agentes e participantes para a apresentação do estudo. Nos meses 2 e 3, cada domicílio participante do Estudo deverá receber três visitas dos Agentes Comunitários de Saúde além de três materiais impressos desenvolvidos especificamente para o estágio de mudança comportamental em que cada adulto daquele domicílio se encontra. Nos meses 4 e 5, os participantes receberão materiais impressos reforçando os questões abordadas durante as visitas e encorajando-os a mudar o comportamento com relação à prática de atividade física. Ao final do mês 5, os participantes receberão uma última visita dos Agentes, acompanhada do último material impresso. Ao final do mês 6, serão realizadas as avaliações finais pelo mesmo avaliador da coleta inicial de dados, momento em que os participantes serão alertados da necessidade de uma última coleta de dados dali a três meses.

II - Considerações

A Folha de Rasto está corretamente preenchida, o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa. Cronograma e orçamento detalhado estão adequados.

Há tratamento adequado dos dados/informações.

A metodologia é adequada aos objetivos, impõe mínima condição de desconforto ao sujeito da pesquisa. Tal condição encontra-se devidamente justificada no desenho da pesquisa.

Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos.

Foi apresentado cronograma de execução das atividades.

***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)** – Estão redigidos na forma de convite à participação no estudo, há descrição suficiente dos procedimentos. Permite a saída do sujeito de pesquisa da experimentação, sem prejuízo de seus cuidados.*

A linguagem é adequada ao nível sócio-cultural e permite uma decisão consciente do sujeito da pesquisa.

São descritos os procedimentos e os responsáveis pela obtenção do TCLE.

III – Parecer do CEP : APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da Unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Jose Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

7.7 Questionário respondido pelos participantes

Faculdade de Saúde Pública
Escola de Artes, Ciências e Humanidades
Universidade de São Paulo
Promoção de Atividade Física na Estratégia de Saúde da Família: A avaliação da qualificação da Equipe de Saúde da Família

Caro colega, n°: _____

Você foi convidado a participar do estudo **Promoção de Atividade Física na Estratégia de Saúde da Família: A avaliação da qualificação da Equipe de Saúde da Família**, que tem como objetivo identificar conhecimentos e atitudes relacionados à atividade física dos profissionais de saúde da **Estratégia de Saúde da Família / SUS**. Para tanto, contamos com a sua colaboração por meio do preenchimento do questionário a seguir.

- Você **não precisa escrever o seu nome**, **suas** respostas são **anônimas** e serão mantidas em **sigilo**;
- Para cada pergunta, **leia com atenção** todas as alternativas de resposta antes de responder;
- **Evite** deixar perguntas sem resposta;
- Você não gastará mais do que 15 minutos para respondê-lo.

Muito obrigado pela sua participação!

D - Sobre suas fontes de informação a respeito da atividade física e saúde

D1. Nos últimos 12 meses, com que freqüência o(a) Sr(a) assistiu **programas de televisão** que abordaram o tema atividade física e saúde?
[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Quase sempre [5] Sempre

D2. Nos últimos 12 meses, com que freqüência o(a) Sr(a) leu **artigos em jornais e/ ou revistas** que abordaram o tema atividade física e saúde?
[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Quase sempre [5] Sempre

D3. Nos últimos 12 meses, com que freqüência o(a) Sr(a) **assistiu palestras ou participou de cursos** que abordaram o tema atividade física e saúde?
[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Quase sempre [5] Sempre

E - Sobre os benefícios da atividade física para saúde

E1. Como você considera **seu conhecimento** sobre os **benefícios da atividade física** para promoção da saúde?
[1] Sei o suficiente [2] Gostaria de aprender mais [3] Insuficiente

E2. Para que uma pessoa cresça e envelheça com uma boa saúde, **você considera a atividade física:**
[1] Sem importância [2] Pouco importante [3] Importante [4] Muito importante

Em que medida você concorda ou discorda dos benefícios derivados da prática regular de **atividades físicas de lazer,** como: exercícios (ginástica, caminhada, corrida), esportes, dança, natação e lutas; para adultos (18 a 65 anos).

E3. Melhora a auto-estima

[1] Discordo inteiramente [2] Discordo [3] Indeciso [4] Concordo [5] Concordo inteiramente

E4. Reduz o risco de desenvolver hipertensão (pressão alta)
[1] Discordo inteiramente [2] Discordo [3] Indeciso [4] Concordo [5] Concordo inteiramente

E5. Melhora o raciocínio
[1] Discordo inteiramente [2] Discordo [3] Indeciso [4] Concordo [5] Concordo inteiramente

E6. Reduz o risco de desenvolver diabetes (açúcar no sangue)
[1] Discordo inteiramente [2] Discordo [3] Indeciso [4] Concordo [5] Concordo inteiramente

E7. Reduz o risco de mortes por doenças cardíacas
[1] Discordo inteiramente [2] Discordo [3] Indeciso [4] Concordo [5] Concordo inteiramente

E8. Auxilia na perda e manutenção do peso corporal
[1] Discordo inteiramente [2] Discordo [3] Indeciso [4] Concordo [5] Concordo inteiramente

E9. Aumenta a longevidade (tempo de vida)
[1] Discordo inteiramente [2] Discordo [3] Indeciso [4] Concordo [5] Concordo inteiramente

E10. Melhora o desempenho sexual
[1] Discordo inteiramente [2] Discordo [3] Indeciso [4] Concordo [5] Concordo inteiramente

E11. Auxilia no desenvolvimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis
[1] Discordo inteiramente [2] Discordo [3] Indeciso [4] Concordo [5] Concordo inteiramente

E12. Reduz estrias
[1] Discordo inteiramente [2] Discordo [3] Indeciso [4] Concordo [5] Concordo inteiramente

E13. Reduz a sensação de depressão e ansiedade.
[1] Discordo inteiramente [2] Discordo [3] Indeciso [4] Concordo [5] Concordo inteiramente

F - Sobre as recomendações atuais da atividade física para saúde

F1. Como você considera **seu conhecimento** sobre as **recomendações atuais** da atividade física para saúde?
[1] Sei o suficiente [2] Gostaria de aprender mais [3] Insuficiente

Considerando as atividades físicas de **intensidade moderada** (exemplo: **caminhada**), responda:
F2. Quantos dias da semana, **no mínimo**, as pessoas devem fazer **atividades físicas moderadas** para obter benefícios à saúde?
[_____] dias na semana [88] Não importa o número de dias [99] Não sei

F3. Nos dias em que a pessoa faz **atividade física moderada**, **qual o tempo mínimo** necessário para obter benefícios à saúde?
[_____] minutos [88] Não importa o tempo [99] Não sei

F4. Para que a **atividade física moderada** tenha efeito positivo sobre a saúde ela **deve ser feita de que forma**?
[1] Deve ser feita em uma única vez durante o dia
[2] Pode ser feita em uma única vez durante o dia ou dividida em várias vezes (de 10 a 15 minutos) durante o dia
[99] Não sei

Considerando as atividades físicas de **intensidade vigorosa** (exemplo: **corrida**), responda:
F5. Quantos dias da semana são suficientes para as pessoas que praticam **atividade física vigorosa** obtenham benefícios à saúde?
[_____] dias na semana [88] Não importa o número de dias [99] Não sei

F6. Nos dias em que a pessoa faz **atividade física vigorosa, qual o tempo mínimo** necessário para obter benefícios à saúde?
[_____] minutos [88] Não importa o tempo [99] Não sei

F7. As pessoas **podem combinar atividades moderadas** (exemplo: caminhada) **com atividades vigorosas** (exemplo: corrida) com o objetivo de atingir a quantidade **mínima de atividade física para saúde.**
[1] Discordo inteiramente [2] Discordo [3] Indeciso [4] Concordo [5] Concordo inteiramente

F8. As atividades físicas que trabalham a **força e resistência muscular** (exemplo: musculação, ginástica localizada) **também são importantes para saúde e devem ser praticadas** por adultos, **incluindo os idosos**.
[1] Discordo inteiramente [2] Discordo [3] Indeciso [4] Concordo [5] Concordo inteiramente

Quais dessas pessoas **podem fazer atividades físicas leves a moderadas**?
F9. Mulher no início da gravidez [1] Sim [2] Não [99] Não sei
F10. Pessoa com osteoporose [1] Sim [2] Não [99] Não sei
F11. Pessoa com problemas de coração [1] Sim [2] Não [99] Não sei
F12. Pessoa idosa com mais de 90 anos [1] Sim [2] Não [99] Não sei
F13. Uma criança com menos de 10 anos [1] Sim [2] Não [99] Não sei

F14. Os termos atividade física, exercício físico, educação física e esporte **significam a mesma coisa**.
[1] Discordo inteiramente [2] Discordo [3] Indeciso [4] Concordo [5] Concordo inteiramente

H - Sobre valores atribuídos e orientações de atividade física aos pacientes

H1. Programas voltados à **atividade física para a comunidade** devem ser oferecidos pelo **Sistema Único de Saúde**.
[1] Discordo inteiramente [2] Discordo [3] Indeciso [4] Concordo [5] Concordo inteiramente

H2. Em sua opinião, qual **profissional da saúde** é o **principal responsável pela promoção da atividade física**?
_____

H3. Assinale **uma** das alternativas abaixo que **melhor represente** a sua atitude em relação à orientação de atividade física para saúde das pessoas que você atende:
[1] **Eu não** recomendo atividade física e **não tenho intenção** de começar a recomendar
[2] **Eu não** recomendo atividade física, **mas estou pensando** em começar a recomendar

[3] **Eu recomendo** a atividade física algumas vezes, **mas não regularmente**
[4] **Eu recomendo** a atividade física regularmente, **mas iniciei a recomendar recentemente**
[5] **Eu recomendo** a atividade física regularmente **há mais de 6 meses**
[6] **Eu recomendava** a atividade física no passado, mas agora não

Quais são **as dificuldades** para você aconselhar sobre a prática de atividade física aos pacientes? (pode marcar mais de uma opção)

H4. [ ] Falta de conhecimento sobre o assunto
H5. [ ] Falta de tempo
H6. [ ] Percepção da falta de recursos ambientais (parques, ruas etc)
H7. [ ] Percepção da falta de recurso financeiro do usuário
H8. [ ] Não percebo dificuldades
H9. [ ] Nunca orientei atividades físicas
H10. [ ] Outro: _____

I – Sobre seus dados sócio-demográficos

I1. Qual a sua **atividade profissional** na Unidade de Saúde da Família?
[1] ACS [2] Aux. Enfermagem [3] Enfermeiro(a) [4] Médico(a)

I2. Há quanto **tempo** trabalha nesta profissão?_____
I3. Há quanto **tempo** trabalha nesta UBS? _____
I4. O(A) Sr(a) **organiza / coordena** algum grupo de atividade física ou práticas corporais nesta UBS?
[1] Sim [2] Não [99] Não sei
I5. Qual?_____

7.8 Questionário para Entrevista

BLOCO A: ADULTOS ***Este bloco deve ser aplicado a adultos (18 anos ou mais) de ambos os sexos**	***ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO***

Número da pessoa __ __
Endereço_____ (1) casa (2) apartamento
Data da entrevista __ __/ __ __/ __ __
Horário de início da entrevista __ __: __ __
Horário do término da entrevista __ __ : __ __
Entrevistador(a): **_____**

A14) Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma (ou fumava) por dia?
__ __ cigarros (88) NSA

A15) Como o(a) sr(a) considera sua saúde?

(1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (9) IGN

A16) Como o(a) sr(a) considera sua qualidade de vida?

(1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (9) IGN

AGORA FALAREMOS SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

As próximas perguntas se referem às atividades físicas que o(a) sr(a) fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Pense somente naquelas atividades físicas que o(a) sr(a) fez por pelo menos 10 minutos contínuos.

B1) **Na última semana o(a) sr(a) fez caminhada no seu tempo livre por recreação, esporte ou lazer por pelo menos 10 minutos contínuos? Não considere as caminhadas para ir de um lugar a outro (por exemplo, ir ou voltar do seu trabalho ou escola).**
(0) Não (PULE PARA A QUESTÃO B9) (1) Sim

B2) Em quantos dias da última semana o(a) sr(a) caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre por recreação, esporte ou lazer?
_____ dias (0) nenhum dia **(PULE PARA QUESTAO B9)** (9) NS/NR

B3) Nos dias em que o(a) sr(a) caminhou no seu tempo livre, quanto tempo o(a) sr(a) gastou por dia?
_____horas e/ou_____minutos. (9) NS/NR

B4) Onde o(a) sr(a) realizou esta caminhada?_____

B5) Há quanto tempo o(a) sr(a) vem fazendo esta caminhada (semanas, meses ou anos)?_____

B6) Em qual horário o(a) sr(a) costuma fazer esta caminhada?
(1) Manhã (2) Tarde (3) Noite

B7) Qual é o seu objetivo ao realizar esta caminhada?
(1) Saúde (2) Estética (3) Recreação / Lazer (4) Outros:_____

B8) O(A) sr(a) tem orientação de professor de Educação Física para fazer esta caminhada?
(0) Não (1) Sim

Para responder as próximas questões considere que:
Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal
Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal;

B9) Na última semana o(a) sr(a) fez <u>atividades físicas moderadas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos contínuos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, musculação, ginástica, vôlei, basquete ou tênis</u>?

(0) Não (PULE PARA A QUESTÃO B21) (1) Sim

B10) Se sim, quais foram estas atividades?
B10a:_____ B10b:_____B10c:_____

B11) Em quantos dias da <u>última semana</u> o(a) sr(a) fez esta(s) atividade(s) física(s) moderada(s) no seu tempo livre?
B11a:_____dias B11b:_____dias B11c:_____dias

B12) Nos dias em que o(a) sr(a) fez este(s) tipo(s) de atividade(s) moderada(s), <u>quanto tempo no total o(a) sr(a) gastou por dia</u>?
B12a: _____horas e/ou_____minutos (9) NS/NR
B12b: _____horas e/ou_____minutos (9) NS/NR
B12c: _____horas e/ou_____minutos (9) NS/NR

Caso a pessoa tenha feito apenas uma atividade moderada PULE PARA A QUESTÃO B14
B13) Destas atividades moderadas que o(a) sr(a) praticou, qual o(a) sr(a) considera como principal?

B14) Pensando nesta atividade principal, em qual horário o(a) sr(a) costuma fazer esta atividade moderada?
(1) Manhã (2) Tarde (3) Noite

B15) Em que local o(a) sr(a) costuma praticar esta atividade moderada?
_____

Caso esta prática seja em casa, condomínio ou local de trabalho PULE PARA A QUESTÃO B18

B16) Como o(a) sr(a) se desloca para chegar até este local?

(1) carro/moto (2) ônibus/metrô/trem (3) caminhando (4) de bicicleta

B17) Quanto tempo o(a) sr(a) leva para chegar neste local?

_____horas e/ou_____minutos (9) NS/NR

B18) Há quanto tempo o(a) sr(a) vem fazendo esta atividade moderada (semanas, meses ou anos):

_____

B19) Qual é o seu objetivo ao realizar esta atividade moderada?

(1) Saúde (2) Estética (3) Recreação / Lazer (4) Outros:_____

B20) O(A) sr(a) tem orientação de professor de Educação Física para fazer esta atividade moderada?

(0) Não (1) Sim

B21) Na última semana o(a) sr(a) fez <u>atividades físicas vigorosas</u> no seu tempo livre <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u> como correr, nadar rápido, pedalar rápido ou jogar bola?

(0) Não (1) Sim

Caso a resposta da B21 seja NÃO, ver as questões B01 e B09: caso SEJA NÃO NAS DUAS, VÁ PARA A QUESTÃO B33; caso seja SIM na B01 OU na B09, VÁ PARA A QUESTÃO B35.

B22) Se sim, quais foram estas atividades?

B22a:_____ B22b:_____B22c:_____

B23) Em quantos dias da <u>última semana</u> o(a) sr(a) fez esta(s) atividade(s) física(s) vigorosa(s) no seu tempo livre?

B23a:_____dias B23b:_____dias B23c:_____dias

B24) Nos dias em que o(a) sr(a) fez este(s) tipo(s) de atividade(s) vigorosa(s), <u>quanto tempo no total o(a) sr(a) gastou por dia</u>?

B24a: _____horas e/ou_____minutos (9) NS/NR

B24b: _____horas e/ou_____minutos (9) NS/NR

B24c: _____horas e/ou_____minutos (9) NS/NR

Caso a pessoa tenha feito apenas uma atividade vigorosa ***PULE PARA A QUESTÃO B26***

B25) Destas atividades vigorosas que o(a) sr(a) praticou, qual o(a) sr(a) considera como principal?

_____

B26) Pensando nesta atividade principal, em qual horário o(a) sr(a) costuma fazer esta atividade vigorosa?

(1) Manhã (2) Tarde (3) Noite

B27) Em que local o(a) sr(a) costuma praticar esta atividade vigorosa?

_____

Caso esta prática seja em casa, condomínio ou local de trabalho PULE PARA A QUESTÃO B30

B28) Como o(a) sr(a) se desloca para chegar até este local?

(1) carro/moto (2) ônibus/metrô/trem (3) caminhando (4) de bicicleta

B29) Quanto tempo o(a) sr(a) leva para chegar neste local?

_____horas e/ou_____minutos (9) NS/NR

B30) Há qto tempo o(a) sr(a) vem fazendo esta atividade vigorosa (semanas, meses ou anos):

_____

B31) Qual é o seu objetivo ao realizar esta atividade vigorosa?

(1) Saúde (2) Estética (3) Recreação / Lazer (4) Outros:_____

B32) O(A) sr(a) tem orientação de professor de Educação Física para fazer esta atividade vigorosa?

(0) Não (1) Sim

B33) Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) fez atividades físicas no período de lazer por pelo menos três meses sem parar?

(0) Não→ PULE PARA A QUESTÃO B35

(1) Sim (8) NSA (9) IGN

B34) Por que parou de praticar as atividades físicas?

Falta de tempo	(0) Não	(1) Sim
Preguiça	(0) Não	(1) Sim
Não tinha local adequado	(0) Não	(1) Sim
Se machucou	(0) Não	(1) Sim
Falta de dinheiro	(0) Não	(1) Sim
Falta de companhia	(0) Não	(1) Sim
Achava chato / não gostava	(0) Não	(1) Sim
Outro_____	(0) Não	(1) Sim

(8) NSA

(9) IGN

APÓS RESPONDER A QUESTÃO B34, PULE PARA A QUESTÃO B36

B35) Qual desses motivos é o <u>principal</u> para que o(a) Sr(a) realize atividade física?

(1) Orientação médica
(2) Porque gosta
(3) Porque acha importante para a saúde
(4) Outro motivo – Qual?_____
(8) NSA (9) IGN

B36) O(a) Sr(a) se sente velho(a) demais para fazer atividade física?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

B37) O(a) Sr(a) possui alguma lesão ou doença que atrapalhe na hora de fazer atividade física?

(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO B39 (1) Sim (9) IGN

B38) Qual?

(01) Diabetes (07) Algum tipo de câncer

(02) Doenças do coração (08) Hipertensão ou pressão alta
(03) Paralisia (09) Asma e/ou bronquite
(04) Problemas articulares (10) Outra _____
(05) Problemas musculares (88) NSA
(06) Fratura (99) IGN

B39) O(a) Sr(a) gosta de praticar atividades físicas?
(0) Não (1) Sim (9) IGN

B40) O(a) Sr(a) sente preguiça ou cansaço para fazer atividades físicas?
(0) Não (1) Sim (9) IGN

B41) A falta de dinheiro atrapalha o(a) Sr(a) de fazer atividades físicas?
(0) Não (1) Sim (9) IGN

B42) O(a) Sr(a) tem medo de se machucar fazendo atividades físicas?
(0) Não (1) Sim (9) IGN

B43) A falta de companhia é um fator que dificulta que o(a) Sr(a) faça atividades físicas?
(0) Não (1) Sim (9) IGN

B44) O(a) Sr(a) tem tempo livre para fazer atividades físicas?
(0) Não (1) Sim (9) IGN

B45) A falta de locais adequados é um fator que dificulta que o(a) Sr(a) faça atividades físicas?
(0) Não (1) Sim (9) IGN

AGORA FALAREMOS DAS ATIVIDADES FÍSICAS COMO FORMA DE LOCOMOÇÃO.

As próximas perguntas se referem somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro, como seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros. Pense somente naquelas atividades físicas em que o(a) sr(a) fez por pelo menos 10 minutos contínuos. Não considere a caminhada no lazer.

B46) Em quantos dias da última semana o(a) Sr(a) andou de bicicleta por, pelo menos, 10 minutos seguidos para ir de um lugar a outro? Não considere o pedalar como lazer ou exercício.
___ dia(s) por SEMANA (9) IGN
(0) Nenhum → PULE PARA A QUESTÃO B48

B47) Nos dias em que o(a) Sr(a) andou de bicicleta para ir de um lugar a outro, quanto tempo o(a) Sr(a) gastou POR DIA?
_____horas e/ou_____minutos (9) NS/NR

B48) Em quantos dias da última semana o(a) Sr(a) caminhou por, pelo menos, 10 minutos seguidos para ir de um lugar a outro? Não considere a caminhada como lazer ou exercício.
___ dia(s) por SEMANA (9) IGN
(0) Nenhum → PULE PARA A QUESTÃO B50

B49) Nos dias em que o(a) Sr(a) caminhou para ir de um lugar a outro, quanto tempo o(a) Sr(a) gastou POR DIA?
_____horas e/ou_____minutos (9) NS/NR

AGORA FALAREMOS SOBRE O TEMPO VENDO TV OU NA FRENTE DO COMPUTADOR.

B50) O(A) sr(a) costuma assistir TV todos os dias?
(0) Não (1) Sim → PULE PARA A QUESTÃO B52 (9) IGN

B51) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma assistir TV?
___ dia(s) por SEMANA (9) IGN
(0) Nenhum → PULE PARA A QUESTÃO B53

B52) Quantas horas por dia o(a) Sr(a) costuma assistir TV?

_____horas e/ou_____minutos (9) NS/NR

B53) O(A) sr(a) costuma usar o computador todos os dias?

(0) Não (1) Sim → PULE PARA A QUESTÃO B55 (9) IGN

B54) **Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma usar o computador?**

___ dia(s) por SEMANA (9) IGN

(0) Nenhum → PULE PARA A QUESTÃO C01

B55) Quantas horas por dia o(a) Sr(a) costuma usar o computador?

_____horas e/ou_____minutos (9) NS/NR

ESTA PARTE DO QUESTIONÁRIO DEVE SER RESPONDIDA **APENAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.**

ESCALA DE AMBIENTE

AGORA VAMOS FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O BAIRRO ONDE O(A) SR(A) MORA:

Caso o(a) sr(a) fosse **CAMINHANDO** da sua casa, quanto tempo levaria até os seguintes lugares no seu **bairro**?

		NT	NSA
C 01. Parque (qual):	_____ h _____ min	_____	_____
C 02. Praça (qual):	_____ h _____ min	_____	_____
C 03. Local para caminhar (qual):	_____ h _____ min	_____	_____
C 04. Academia (qual):	_____ h _____ min	_____	_____
C 05. Clube (qual):	_____ h _____ min	_____	_____
C 06. Quadra de esportes (qual):	_____ h _____ min	_____	_____
C 07. Campo de futebol (qual):	_____ h _____ min	_____	_____
C 08. Ponto de ônibus	_____ h _____ min	_____	_____
C 09. Acesso a estação de trem	_____ h _____ min	_____	_____
C 10. Posto de saúde (qual):	_____ h _____ min	_____	_____
C 11. Farmácia	_____ h _____ min	_____	_____
C 12. Igreja/ templo religioso	_____ h _____ min	_____	_____
C 13. Padaria	_____ h _____ min	_____	_____
C 14. Banco	_____ h _____ min	_____	_____
C 15. Bar	_____ h _____ min	_____	_____
C 16. Feira	_____ h _____ min	_____	_____
C 17. Mercadinho	_____ h _____ min	_____	_____
C 18. Supermercado	_____ h _____ min	_____	_____

AGORA FALAREMOS SOBRE AS RUAS PERTO DE SUA CASA. CONSIDERE COMO PERTO OS LOCAIS NOS QUAIS O(A) SR(A) CONSEGUE CHEGAR CAMINHANDO EM 10 MINUTOS.

C 19. Existem calçadas na maioria das ruas perto de sua casa?

(0) Não **(PULE PARA A QUESTÃO C 21)** (1) Sim (9) IGN

C 20. Como o(a) sr(a) considera as calçadas perto de sua casa para caminhar?

(1) Boas (2) Regulares (3) Ruins (9) IGN

C21. Existem áreas verdes perto da sua casa?

(0) Não **(PULE PARA A QUESTÃO C 23)** (1) Sim (9) IGN

C 22. Como o(a) sr(a) considera as áreas verdes perto de sua casa?

(1) Boas (2) Regulares (3) Ruins (9) IGN

C 23. As ruas perto de sua casa são planas (sem subida e descida)?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

C 24. Existem locais com acúmulo de lixo nas ruas perto de sua casa?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

C 25. Existem locais com esgoto a céu aberto nas ruas perto de sua casa?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

AGORA FALAREMOS SOBRE O TRÂNSITO DE CARROS, ÔNIBUS, CAMINHÕES E MOTOS PERTO DE SUA CASA:

C 26. O trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos dificultam a prática de caminhada ou uso de bicicleta perto da sua casa?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

C27. Existem faixas para atravessar nas ruas perto de sua casa?

(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C29 (1) Sim (9) IGN

C 28. Os motoristas costumam parar e deixar que as pessoas atravessem na faixa de segurança?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

C 29. Existe fumaça de poluição perto de sua casa?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

AGORA FALAREMOS SOBRE A SEGURANÇA NO SEU BAIRRO:

C 30. As ruas perto de sua casa são bem iluminadas à noite?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

C 31. Durante o dia, o(a) sr(a) acha seguro caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

C 32. Durante a noite, o(a) sr(a) acha seguro caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

AGORA FALAREMOS SOBRE COISAS DA SUA FAMÍLIA, AMIGOS, VIZINHOS E TEMPO (CLIMA) E OPORTUNIDADES NO SEU BAIRRO:

C 33. Algum(a) amigo(a) ou vizinho(a) convida o(a) sr(a) para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes no seu bairro?
(0) Não (1) Sim (9) IGN

C 34. Algum parente convida o(a) sr(a) para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes no seu bairro?
(0) Não (1) Sim (9) IGN

C 35. Ocorrem eventos esportivos e/ou caminhadas orientadas no seu bairro?
(0) Não (1) Sim (9) IGN

C 36. O clima (frio, chuva, calor) dificulta que o(a) sr(a) caminhe, ande de bicicleta ou pratique esportes no seu bairro?
(0) Não (1) Sim (9) IGN

C 37. O(A) sr(a) tem cachorro?
(0) Não → AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA (1) Sim (9) IGN

C 38. O(A) sr(a) costuma passear com seu cachorro nas ruas do seu bairro?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

MUITO OBRIGADO(A) PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

CURRICULUM LATES

Alex Antonio Florindo

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

É graduado em Educação Física pela Universidade Camilo Castelo Branco (1996). É sanitarista formado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1997). Fez mestrado (2000) e doutorado em Saúde Pública (2003) pelo Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Cursou o Pós-Doutorado em Saúde Coletiva pelo Departamento de Nutrição da FSP-USP (2005). Atualmente é professor associado da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP) e leciona as disciplinas de fundamentos da atividade física, epidemiologia da atividade física e estudos avançados em saúde pública e atividade física para o curso de Bacharelado em Ciências da Atividade Física. É professor do curso de pós-graduação em Nutrição em Saúde Pública da FSP-USP onde leciona a disciplina de epidemiologia da atividade física e orienta alunos de mestrado e doutorado. É editor associado da Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. É coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física e Saúde (GEPAF) da Universidade de São Paulo e suas linhas de pesquisa são nas áreas de: métodos de avaliação da atividade física aplicados a populações; fatores associados à prática de atividade física em populações; atividade física para pessoas vivendo com HIV/Aids; atividade física na prevenção de doenças crônicas e atividade física no Sistema Único de Saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Última atualização do currículo em 02/07/2011

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/7027071749572031

Dados pessoais

Nome Alex Antonio Florindo

Nome em FLORINDO, A. A.

citações bibliográficas

Sexo Masculino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Escola de Artes Ciências e Humanidades Each.
Rua Arlindo Bettio, 1000
Ermelino Matarazzo
03828-000 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30918157
URL da Homepage: http://www.each.usp.br/gepaf

Formação acadêmica/Titulação

2009 Livre-docência.
Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.
Título: Atividade física e sua relação com a percepção do ambiente em adultos residentes em Ermelino Matarazzo, zona leste de São Paulo, SP, *Ano de obtenção:* 2009.

2004 - 2006 Pós-Doutorado .
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ,CNPq ,Brasil .
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.

Thiago Hérick de Sá

Aluno de mestrado do programa de Nutrição em Saúde Pública / FSP - USP sob a orientação do Prof. Dr. Alex Antônio Florindo. Desenvolve estudos envolvendo a formação de profissionais de saúde para a promoção de atividade física, a partir da Teoria Educacional de Paulo Freire e da Educação Permanente. Têm experiência em educação à distância e no estudo da atividade física em idosos, sobretudo o treinamento resistido.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização em 26/07/2011

Endereço para acessar este CV:

http://lattes.cnpq.br/5724218151015547

Dados Pessoais

Nome	Thiago Hérick de Sá
Nome em citações bibliográficas	SÁ, T. H.
Sexo	masculino

Endereço profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Nutrição Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César - Sao Paulo 01246-904, SP - Brasil

Telefone: (011) 30617705
URL da home page: www.fsp.usp.br

Endereço eletrônico
e-mail para contato : thiagodesa@usp.br
e-mail alternativo : thsa11@yahoo.com

Formação Acadêmica/Titulação

2005 - 2006 Especialização em Treinamento Resistido no Envelhecimento.
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP, Brasil
Título: Relação entre Insuficiência Cardíaca e Treinamento Resistido em Idosos

1999 - 2002 Graduação em Bacharel em Esporte.
Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo, EEFEUSP, Brasil
Título: Critérios para Seleção e Continuidade do Patrocínio Esportivo
Orientador: Maria Tereza da Silveira Bohme