

GISELE MARCOLINO SAPORETTI

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA: O PAPEL DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

Belo Horizonte/MG

2013

GISELE MARCOLINO SAPORETTI

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA: O PAPEL DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Sérgio Carneiro Miranda

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Soraya Almeida Belisário

BELO HORIZONTE/MG

2013

S241p Saporetti, Gisele Marcolino.
A promoção da saúde no núcleo de apoio à saúde da família [manuscrito]: o papel do profissional de educação física. / Gisele Marcolino Saporetti. - - Belo Horizonte: 2013.
65f.
Orientador: Paulo Sérgio Carneiro Miranda.
Co-Orientador: Soraya Almeida Belisário.
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Pessoal de Saúde. 2. Educação Física e Treinamento. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Promoção da Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Miranda, Paulo Sérgio Carneiro. II. Belisário, Soraya Almeida. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título

NLM : W 84.6

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora

Prof.^a Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima dos Santos

Faculdade de Medicina

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antonio Leite Alves Radicchi

Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Coordenadora

Prof.^a Elza Machado de Melo

Membros do Colegiado

Victor Hugo de Melo

Elizabeth Costa Dias

Eliane Costa Dias Gontijo

Luiz Henrique Duczmal

Antônio Leite Alves Radicchi

Izabel Christina Friche Passos

Andréa Maria Silveira

Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Cristiane de Freitas Cunha

Joaquim Antônio César Mota

Representantes Discentes

Kleber Rangel Silva



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA

UFMG

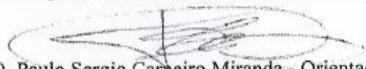
FOLHA DE APROVAÇÃO

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: O
PAPEL DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

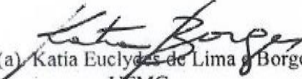
GISELE MARCOLINO SAPORETTI

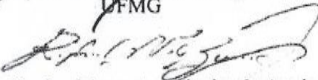
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Aprovada em 01 de julho de 2013, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Paulo Sergio Carneiro Miranda - Orientador
UFMG


Prof(a). Soraya Almeida Belisario
UFMG


Prof(a). Katia Euclides de Lima Borges
UFMG


Prof(a). Raphael Augusto Teixeira de Aguiar
UFMG

Belo Horizonte, 1 de julho de 2013.

Aos Profissionais de Educação Física

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua arquitetura perfeita em nossas vidas.

À Professora Elza Machado de Melo e ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Ao Professor Paulo Sérgio Carneiro Miranda, pela colaboração e apoio de sempre.

À Professora Soraya Almeida Belisário, pela sua grande dedicação a este trabalho e por todo o aprendizado que me proporcionou.

À Professora Kátia Euclides de Lima e Borges, por esses anos de convívio, pela sua dedicação, incentivo e capacidade de ensinar com ética e competência profissional.

Ao Laboratório do Movimento, por todos os anos de aprendizado.

Ao NESCON, em especial ao Professor Edison José Correa, Professora Maria Rizioneide Negreiros, Professora Matilde Meire Miranda Cadete e Equipe TCC, pelos ensinamentos e incentivo.

Ao CREF6/MG, em especial ao Professor Claudio Boschi, pela confiança e parceria.

Aos Profissionais de Educação Física entrevistados, que foram fundamentais nesta pesquisa.

À Daisy Maria, pelas contribuições a este trabalho.

Aos meus pais Ugo e Berenice, pelo apoio, exemplo e companheirismo de sempre. Aos meus irmãos Gustavo, Thiago e Tatu (e cia.), pelo incentivo e grande carinho.

À minha família GAEV, Grupo Vítor e Grupo Veneranda, em especial à Angela, Débora, Dani Diniz, Alice, Dani Piazza e Mônica. Com esse apoio cheguei bem ao final.

RESUMO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) configuram-se hoje como um locus de inserção do Profissional de Educação Física (PEF) na Atenção Primária à Saúde (APS). Tal fato trouxe desafios à prática do PEF, no que se refere à realização de ações de Promoção da Saúde (PS), nos âmbitos individual e coletivo. O objetivo deste trabalho foi analisar as ações de promoção da saúde realizadas pelos Profissionais de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Os objetivos específicos foram: analisar os documentos produzidos pelo Conselho Federal de Educação Física a partir de 1998, no que se refere à definição e regulação das atividades do Profissional de Educação Física, com ênfase na Atenção Primária à Saúde; identificar as ações de promoção da saúde realizadas pelos Profissionais de Educação Física inseridos nos NASF; e identificar as variáveis que facilitam e as que dificultam as ações de promoção da saúde realizadas pelos Profissionais de Educação Física inseridos nos Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória, na qual se utilizaram a pesquisa documental e grupos focais com informantes-chave como instrumentos de coleta de dados. O resultado da análise documental demonstrou a preocupação do Conselho Federal de Educação Física em contemplar e acompanhar as novas perspectivas de atuação da profissão de forma a contribuir com orientações para o profissional. O resultado da análise dos grupos focais apresentou o entendimento do PEF acerca do conceito de PS em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Promoção da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde. Mostrou também a realização, pelo PEF, de ações de PS abrangentes, diversificadas e em conjunto com a equipe e comunidade. Fatores como a reorientação do modelo de saúde, a participação da comunidade, a valorização do trabalho multiprofissional e intersetorial e o incentivo governamental para as práticas de atividades físicas foram apontados como facilitadores à realização das ações de PS. Entre as dificuldades, destacaram-se a falta de infraestrutura, a falta de capacitação, o não entendimento pelos demais profissionais da mudança do paradigma de atendimento curativo para o da PS e a concepção destes, ainda voltada para as ações clínicas individuais, em detrimento de ações de PS coletivas.

Palavras-chave: Pessoal de Saúde. Educação Física. Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The Centers of Support for Family Health (CSFH) are characterized today as a locus of insertion of Physical Education Professional (PEP) in Primary Health Care (PHC). This fact has brought challenges to Physical Education Professionals' practice regarding the implementation of health promotion actions at both individual and collective extents. The aim of this study was to analyze health promotion actions carried out by Physical Education professionals in Centers of Support for Family Health. The specific objectives were (1) to analyze documents produced by the Federal Council of Physical Education since 1998, regarding the definition and regulation of the Physical Education Professional's activities, with an emphasis on Primary Health Care; (2) to identify health promotion actions performed by Physical Education professionals within their CSFHs; and (3) to identify the variables which facilitated and those which hindered the actions of health promotion conducted by Physical Education professionals inserted in the Support Center for Family Health. It is a qualitative, exploratory research, in which documental research and focus groups with key informants have been used as instruments of data collection. The result of the document analysis revealed the concern of the Federal Council of Physical Education in contemplating and looking after new performance prospects for the profession in order to contribute to the professional guidelines. The result of the analysis of the focus groups showed that the understanding of PEP on the concept of PHC is in line with the recommendations by the National Policy for the Promotion of Health and the World Health Organization. It was also shown that PHC action implementations by PEP were comprehensive, diversified and in line with staff and community. Factors such as the reorientation of healthcare model, community participation, appreciation of multidisciplinary and intersectoral work and government sponsorship for physical activity practice were identified as facilitators to the implementation of PHC actions. Among the difficulties, the group highlighted the lack of infrastructure, lack of training, not understanding by other professionals of the paradigm shift from curative care to the PHC's and their conception, still focused on the individual clinical actions rather than collective PHC.

Keywords: Health Personnel. Physical Education. Primary Health Care. Health Promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Atividade Física
APS	Atenção Primária à Saúde
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONFEF	Conselho Federal de Educação Física
CREF	Conselho Regional de Educação Física
EF	Educação Física
EFQ	Educação Física de Qualidade
ESF	Estratégia Saúde da Família
GF	Grupo Focal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PCAF	Práticas Corporais/Atividade Física
PEF	Profissional de Educação Física
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	13
2. OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos.....	17
3. MÉTODO.....	18
3.1 Desenho da pesquisa	18
3.2 Instrumentos de coleta de dados.....	18
3.3 Sujeitos da pesquisa	20
3.4 Coleta de dados	21
3.5 Análise dos dados.....	21
3.6 Aspectos éticos.....	22
3.7 Estrutura da dissertação.....	22
4. ARTIGO I.....	23
RESUMO	23
ABSTRACT	23
INTRODUÇÃO	24
MÉTODO.....	25
A Carta Brasileira de Educação Física	26
O Documento de Intervenção do Profissional de Educação Física.....	27
A Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde na Perspectiva da EF	29
As Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do PEF na Atenção Básica à Saúde	32
Resoluções do CONFEF nº 229 E 231	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	36
5. ARTIGO II	38
RESUMO	38

ABSTRACT	38
INTRODUÇÃO	39
MÉTODO.....	40
RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
Considerações sobre a promoção da saúde	41
Realização de ações de promoção da saúde	42
Facilidades para a realização de ações de promoção da saúde.....	45
Dificuldades para a realização de ações de promoção da saúde	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	54
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS (Considerações Iniciais e Método).....	59
APÊNDICES.....	61
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	62
APÊNDICE B - Roteiro para desenvolvimento do Grupo Focal	63
ANEXOS	64
ANEXO A – Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.....	65

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal Brasileira de 1988, com o propósito de assegurar, entre os brasileiros, o acesso à saúde universal e integral e a equidade na atenção à saúde, além de propor a descentralização das ações, através de novas formas de gestão e de participação social envolvendo os usuários, trabalhadores da saúde, comunidade e gestores (VIANA; DAL POZ, 2005).

Desde o período de sua implementação, o SUS enfrenta dificuldades na concretização de suas ações. Viana e Dal Poz (2005) ressaltam alguns aspectos, como a repercussão negativa no financiamento à saúde em função do ajuste fiscal à época; o novo perfil demográfico da população brasileira, com taxas de crescimento populacional, de fecundidade e de idade adulta decrescentes, com consequente crescimento da faixa de idosos, o que demanda ações em saúde com custo mais elevado; e a transição epidemiológica, caracterizada por um maior número de doenças crônicas e degenerativas, que requerem o cuidado em saúde por um tempo prolongado.

Como desdobramento de tais aspectos, o cenário da saúde apresentou dificuldades em organizar a demanda e a oferta dos serviços. Nesse contexto, que foi denominado crise da saúde, identificou-se a necessidade de ajustes no modelo assistencial brasileiro. Esse movimento foi nomeado de “reforma da reforma da saúde”, na década de 90 (VIANA; DAL POZ, 2005).

O sistema de saúde brasileiro ficou então organizado em três níveis de atenção: Atenção Primária ou Básica, Atenção Secundária e Atenção Terciária. A Atenção Primária à Saúde (APS) investe na promoção da saúde.

Os atributos da APS foram definidos por Starfield (2002), que os dividiu em dois grupos. Os exclusivos da APS são: o primeiro contato, por ser essa a porta de entrada do usuário no serviço de saúde; a longitudinalidade, que se refere ao vínculo entre profissionais e usuários, independentemente da presença de doença; a integralidade da atenção, que é o caráter integral do atendimento das necessidades do indivíduo e da comunidade; e a coordenação da atenção, a organização do sistema pela distribuição e encaminhamento das demandas e necessidades.

Os atributos derivativos da APS são a centralização na família, a competência cultural e a orientação para a comunidade. Esses atributos levam em consideração que o indivíduo está

inserido em uma localidade, que possui características particulares e culturais que devem ser consideradas no cuidado (STARFIELD, 2002).

Para o desenvolvimento e fortalecimento da APS no Brasil, foram necessárias algumas ações estratégicas, dentre elas o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), que foram programas fundamentais para a reestruturação do SUS (PAIM *et al.*, 2011).

O PACS, criado em 1991, era composto por um enfermeiro instrutor/supervisor, que coordenava, no máximo, 30 agentes comunitários de saúde (ACS). O programa tinha como objetivo a redução da mortalidade infantil e materna nas áreas mais pobres, principalmente nas regiões do Norte e Nordeste do país. Estabeleceu uma nova ordem na organização dos serviços, pois tinha como foco a família e não só o indivíduo (BRASIL, 1997). A lógica da atenção não era a da espera da demanda, e sim de uma postura ativa em conhecer a comunidade, os indivíduos e suas necessidades. Além disso, não era centrada no atendimento médico, oferecendo a possibilidade de um cuidado mais abrangente (BRASIL, 2003). Assim, em função do êxito do PACS, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), que, muito mais que um programa, foi uma estratégia do governo para a reorganização do modelo de atenção até então vigente no Brasil.

O PSF, criado em 1993, teve as suas diretrizes delineadas nesse mesmo ano. Consolidou-se como estratégia reestruturante do modelo de saúde em 1998, após um longo processo de ajuste dos serviços locais de saúde, da representação e participação da comunidade, dentre outros. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a porta de entrada dos usuários no SUS.

A portaria GM nº 2.488 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, revê as normas e diretrizes da APS, ESF e PACS e define a Estratégia Saúde da Família (ESF) como:

estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação de custo-efetividade (BRASIL, 2011).

Na organização da APS, um papel importante cabe ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado pelo Ministério da Saúde em 2008, por meio da Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008. A criação do NASF teve como objetivo ampliar as ações em saúde e a sua abrangência. (BRASIL, 2008).

As equipes NASF se configuram como o apoio às equipes de SF e são compostas por profissionais de diferentes áreas, como nutricionista, farmacêutico, assistente social, médico (acupunturista, ginecologista/obstetra, homeopata, pediatra, psiquiatra, geriatra, internista, veterinário e do trabalho), fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, profissional com formação em arte e educação, profissional de saúde sanitária e Profissional de Educação Física (PEF). (BRASIL, 2011)

Dentre as nove áreas estratégicas que compõem o NASF, destacam-se as práticas corporais/atividade física (PCAF), área essa também priorizada pela Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), de 2006.

A PNPS apresenta como objetivo geral “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”. (BRASIL, 2010, p. 17)

Sendo assim, a criação do NASF consolidou a inserção do PEF na APS. Esse profissional passou a lidar com questões pouco usuais na sua prática cotidiana, tais como o trabalho em equipe e a realização de ações de PS, nos âmbitos individual e coletivo.

Considerada uma profissão nova, a EF foi regulamentada pela Lei Federal 9.696, de 1º de setembro de 1998, e traz, por si só, grandes desafios de abordagens, reflexões e atuação.

Além disso, o Ministério da Saúde reconheceu, por meio da Resolução nº 218, de 6 de março de 1997, treze profissões de nível superior como profissões da saúde, dentre elas a EF. ~~os PEF.~~ Essa resolução levou em consideração o discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que identificou a participação popular e a integralidade do cuidado como aspectos prioritários. Também a 10ª Conferência Nacional de Saúde ressaltou a importância do olhar e das ações dos diversos profissionais sobre a saúde e o trabalho interdisciplinar (BRASIL, 1997).

Nesse contexto, o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), no intuito de abordar os desafios de uma profissão recente, elaborou resoluções e publicações. Essas, por sua vez, visam contribuir com a qualidade da atuação dos profissionais e estimular discussões sobre o campo de atuação, a formação e as ações dos PEF. Nesta pesquisa, destacamos os seguintes documentos: Carta Brasileira de Educação Física (2000); o documento Intervenção Profissional em Educação Física (2002) e a Resolução do CONFEF nº 046/2002, que dispõe

sobre a intervenção do PEF, suas competências e os campos de atuação; a Carta Brasileira de Prevenção Integrada na área da Saúde (2005); o livro Recomendações sobre condutas e procedimentos do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde (2010); e as Resoluções do CONFEF nº 229 e 231, em vigor desde o dia 16 de abril de 2012, que dispõem sobre a especialidade Profissional em Educação Física nas áreas de Saúde Coletiva e Saúde da Família respectivamente.

Este profissional, historicamente capacitado para atuar no esporte-competição, escolas e academias, deparou-se com um campo de trabalho e consequente demanda de atuação profissional distinta da abordada durante a graduação. A ESF demanda discussão do processo de trabalho das equipes, ações intersetoriais e multiprofissionais, educação permanente, intervenções no território, ações de prevenção e promoção da saúde, dentre outros (BRASIL, 2011).

Ao se inserir na APS, e consequentemente no NASF, o PEF passa, então, a conviver numa nova realidade, e, em consonância com o preconizado pela PNPS, passa a ter entre suas atribuições a realização de ações de PS, o que certamente imprimirá um novo perfil à sua atuação.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as ações de promoção da saúde realizadas pelos Profissionais de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

2.2 Objetivos Específicos

Analisar os documentos produzidos pelo CONFEF a partir de 1998, no que se refere à definição e regulação das atividades do PEF, com ênfase na Atenção Primária à Saúde.

Identificar as ações de promoção da saúde realizadas pelos Profissionais de Educação Física inseridos nos NASF.

Identificar fatores que facilitam e que dificultam as ações de promoção da saúde realizadas pelos Profissionais de Educação Física inseridos nos NASF.

3. MÉTODO

3.1 Desenho da pesquisa

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória. Para tanto, serão utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: pesquisa documental e grupos focais com informantes-chave.

A pesquisa qualitativa foi escolhida pelo fato de que, no contexto da saúde, essa abordagem permite compreender o significado do fenômeno na vida das pessoas, a partir do sujeito e da sociedade (TURATO, 2005; MINAYO, 2009).

O método clínico-qualitativo, que dialoga com as pesquisas em saúde, é definido por Turato (2005, p. 510) como:

(...) aquele que busca interpretar os significados – de natureza psicológica e complementarmente sociocultural – trazidos por indivíduos (pacientes ou outras pessoas preocupadas ou que se ocupam com problemas da saúde, tais como familiares, profissionais de saúde e sujeitos da comunidade), acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo dos problemas da saúde-doença.

A pesquisa exploratória possibilita uma maior compreensão do assunto abordado e permite ajustar o instrumento de coleta de dados ao tema. De acordo com Piovesan e Temporini (1995), ela permite ao pesquisador conhecer o significado do que deseja pesquisar, entender o contexto social e a relação com o modo de vida do indivíduo.

3.2 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados da pesquisa será utilizada a pesquisa documental e o grupo focal (GF).

Para Godoy (1995, p. 24) a pesquisa documental pode ser definida como o “exame de materiais de natureza diversa, que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reexaminados, buscando-se novas e/ou interpretações complementares”.

Nesta pesquisa, foram utilizados documentos que se caracterizam como fontes primárias e secundárias. Foram pesquisados documentos do Conselho Federal de Educação Física e governamentais, como resoluções, leis, portarias, normas, decretos, dentre outros.

Foi realizada uma análise descritiva desses documentos procurando-se identificar os elementos relativos à inserção e atuação do PEF na APS.

Os documentos analisados foram: a Carta Brasileira de Educação Física (2000); o documento Intervenção Profissional em Educação Física (2002) e a Resolução do CONFEF nº 046/2002; a Carta Brasileira de Prevenção Integrada na área da Saúde (2005); o livro Recomendações sobre condutas e procedimentos do Profissional de Educação Física (2010); e as Resoluções do CONFEF nº 229 e 231, ambas em vigor desde o dia 16 de abril de 2012.

O grupo focal permite compreender os significados e intencionalidades inerentes às expressões dos sujeitos, bem como a discussão em grupo, de forma interativa, de um determinado assunto acessando esses significados presentes no entrevistado através de seus atos, palavras, sentimentos e maneiras (MINAYO, 2004; FLICK, 2004).

Os grupos focais permitem a discussão acerca de determinado assunto ou tema. Segundo Gatti (2005, p. 10), é através deles que emerge “uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais, pelo próprio contexto de interação criado, permitindo a captação de significados que, com outros meios, poderiam ser difíceis de se manifestar”.

O estudo por meio de grupos focais é muito utilizado na área da saúde. Sabe-se que essa técnica tem sido aproveitada em outras áreas, como a sociologia e a educação. A pesquisa com grupos focais pode ser usada tanto em estudos exploratórios quanto na fundamentação de hipóteses e tendências e na análise de triangulações. Ela permite a compreensão das diferenças, da motivação e das influências do grupo pesquisado, além das práticas cotidianas. (GATTI, 2005)

Os grupos focais são compostos, preferencialmente, por seis a doze pessoas, que podem ser de ambos os sexos. É importante que tenham características homogêneas no que se refere ao tema da pesquisa. O tempo de duração sugerido para o trabalho com o grupo focal é em torno de 1 hora e 30 minutos. (MINAYO, 2004; GATTI, 2005)

A realização de mais de um grupo focal “permite ampliar o foco de análise e cobrir variadas condições que possam ser intervenientes e relevantes para o tema” (GATTI, 2005, p. 13).

A equipe que desenvolve o grupo focal é composta por moderador e observador. O moderador apresenta o assunto e propõe as questões que constam do roteiro, cada uma a seu tempo. A condução, por parte do moderador, menos rígida e diretiva favorece a emergência de discussões importantes para o pesquisador. Ao observador cabe o olhar atento ao grupo e o registro das observações no diário de campo. O roteiro deve contar, preferencialmente, com até cinco questões (MINAYO, 2004; GATTI, 2005).

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os informantes-chave foram os Profissionais de Educação Física matriculados no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (CEABSF/UFGM) que estavam inseridos nos Núcleos de Apoio em Saúde da Família.

O CEABSF é uma pós-graduação *lato sensu*, implantada em março de 2008 e gerenciada pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON, órgão complementar da Faculdade de Medicina da UFGM. O CEABSF e o Programa Ágora fazem parte do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNA/SUS, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde – SGTES/MS.

O CEABSF atende à demanda pública de formação em atenção básica dos profissionais que estão inseridos nas equipes de Saúde da Família e nos NASF no estado de Minas Gerais.

O Curso é ofertado na modalidade Educação a Distância – EAD. Essa modalidade possibilita que profissionais de diversos municípios do estado possam cursá-lo. Os alunos são acompanhados por tutores e coordenadores através da Plataforma Ágora. O encontro presencial dos alunos acontece uma vez por mês, nos seus respectivos polos.

Na sua primeira oferta, em 2008, o CEABSF atendeu a médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros. Na sua quinta oferta, em agosto de 2010, além dos profissionais já contemplados, pela primeira vez foi ofertada uma turma especial para Profissionais de Educação Física inseridos nos NASF ou em programas de promoção da saúde. Em fevereiro de 2012, uma nova turma foi ofertada para esses profissionais. Este é o primeiro curso de especialização nessa área que conta com o apoio do Conselho Regional de Educação Física – CREF/6.

Os sujeitos da pesquisa se caracterizam como profissionais de ambos os sexos – sendo 66,6% do sexo masculino – e em diferentes faixas etárias: 26,6% entre 20 e 29 anos, 53,3% entre 30 e 39 anos, 13,3% entre 40 e 49 anos e 6,6% com 51 anos. A idade média é de 34,5 anos. Sobre o município de atuação profissional, 33,3% dos profissionais trabalham nos NASF em Belo Horizonte e 66,6% no interior de Minas Gerais, em cidades de diferentes portes. Verificou-se, quanto ao tempo de formados (as), que 80% têm até 5 anos, 13,3% entre 6 e 10 anos e 6,6% mais de 10 anos.

3.4 Coleta de dados

Atendendo ao preconizado por Gatti (2005), a coleta de dados contou com a participação de 15 alunos do CEABSF, divididos em dois grupos focais. O grupo focal 1 (GF1) contou com sete participantes e o papel de mediadora foi exercido pela autora deste trabalho. O grupo focal 2 (GF2) contou com oito participantes e o papel de mediadora foi desempenhado por uma outra mestrande, com experiência na técnica de GF, do Programa de Saúde Pública da UFMG. Ambos os grupos contaram com a presença de um observador.

A coleta foi realizada, no dia 15 de setembro de 2012, em duas salas, no 8º andar da Faculdade de Medicina/UFMG, simultaneamente. O GF1 teve duração de 1 hora e 20 minutos, e o GF2, de 1 hora e 40 minutos.

O moderador utilizou, nos grupos focais, um roteiro com perguntas norteadoras (APÊNDICE B).

3.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados coletados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2008, p. 37), definida como “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

Depois de gravadas em áudio, as falas foram transcritas de forma fiel ao relatado pelos sujeitos. Os participantes foram identificados por código de maneira a garantir o anonimato.

Três etapas compõem a técnica de análise de conteúdo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise os documentos são escolhidos, as hipóteses formuladas e se estabelecem os objetivos da pesquisa. Na etapa de exploração do material são elaboradas, de acordo com os objetivos da pesquisa, as “operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (BARDIN, 2008, p. 101). E na etapa de tratamento dos resultados tem-se a categorização dos resultados que permitirá o diálogo com o referencial teórico (BARDIN, 2008).

Dessa forma, foram definidas as seguintes categorias: considerações sobre a promoção da saúde; realização de ações de promoção da saúde; facilidades; dificuldades.

3.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, sob o parecer CAAE – 01140812.1.0000.5149 (ANEXO A).

Os sujeitos participantes foram informados, no instante da coleta, do objetivo da pesquisa e dos procedimentos de coleta de dados que seriam utilizados. Foi ressaltado o caráter voluntário e de anonimato da participação, sem prejuízo aos participantes. Todos os que acordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE – A), juntamente com a pesquisadora, em duas vias, ficando tanto o participante quanto a pesquisadora de posse de uma delas.

3.7 Estrutura da dissertação

Este trabalho final de mestrado está organizado em formato de dois artigos científicos:

o Artigo I, intitulado *O Profissional da Educação Física na Atenção Primária à Saúde: uma análise dos documentos produzidos pela categoria*, que será submetido a uma revista brasileira;

e o Artigo II, intitulado *O Profissional de Educação Física e o desafio de realizar ações de promoção da saúde*, que foi submetido à Revista Saúde e Sociedade.

4. ARTIGO I

O Profissional da Educação Física na Atenção Primária à Saúde: uma análise dos documentos produzidos pela categoria

Physical Education Professional and Primary Health Care: an analysis of the documents produced by the category

RESUMO

Historicamente a Educação Física teve a escola, os clubes e academias, bem como o treinamento esportivo e o lazer, como suas áreas prioritárias de atuação. Atualmente os Profissionais de Educação Física (PEF) se deparam com um novo cenário de atuação ainda pouco conhecido, qual seja o da Atenção Primária à Saúde (APS), o que levou à sua inserção aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Nesse contexto, o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), com o objetivo de orientar e nortear a atuação dos profissionais nas diferentes áreas, em especial na área da saúde, elaborou documentos que definem e regulam as atividades do PEF. Dessa forma, o objetivo deste artigo é analisar os documentos produzidos pelo CONFEF a partir de 1998, no que se refere à definição e regulação das atividades do PEF, com ênfase na APS. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória desenvolvida por meio de pesquisa documental. Foi realizada uma análise descritiva de documentos do CONFEF, procurando-se identificar os elementos relativos à inserção e atuação do PEF na APS. Os resultados evidenciaram o esforço da categoria em definir o papel, regular o exercício profissional, atribuir funções, incorporar conceitos e definir as áreas de atuação da EF. A análise cronológica dos documentos demonstrou que a abordagem à APS se deu de maneira gradativa. Todos os documentos mencionam a importância de estilos de vida saudáveis, hábitos de vida ativa e qualidade de vida, além da importância da prática de atividade física, seja na APS, no Programa Saúde da Família, seja na promoção da saúde ou saúde pública.

Palavras-chave: Educação Física; Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Historically Physical Education had in schools, gyms, as well as sports training and leisure its priority areas for action. Currently, Physical Education Professionals (PEP) are faced with a new action scenario not very well known, the Primary Health Care (PHC), which led to their inclusion in the Centers of Support for Family Health. In this context, the Federal Council of Physical Education (CONFEF), in order to guide the work of professionals in different areas, especially in Health Care, issued documents that define and regulate the activities of the PEP. Thus, the aim of this paper is to analyze documents produced by CONFEF since 1998 regarding the definition and regulation of PEP activities, with an emphasis on PHC. This qualitative, exploratory research was developed through desk research. It was presented a descriptive analysis of documents produced by CONFEF looking for identifying the factors related to the integration and performance of PEP in PHC. The results showed the effort of the category in defining the role, regulating the professional practice, assigning roles, incorporating concepts and defining the PE areas. A chronological analysis of the documents showed that the approach to PHC occurred in a steady way. All documents mention the importance of healthy lifestyles, active lifestyles and quality of life, as well as the importance of physical activity in PHC, in the Family Health Program, in health promotion or public health

Keywords: Health Personnel; Physical Educations; Primary Health Care; Health Promotion.

INTRODUÇÃO

A regulamentação da profissão de Educação Física (EF) passou a ser discutida na década de 1950, mas foi a partir da década de 1980 que ações mais concretas foram organizadas para viabilizá-la. Havia a preocupação com o crescente número de pessoas sem formação atuando no mercado – em academias, clubes e condomínios. Identificou-se assim a necessidade de um instrumento jurídico que definisse que essa atuação era de responsabilidade dos Profissionais de Educação Física (PEF).

O “Movimento pela regulamentação do Profissional de Educação Física” foi lançado em 1995, com o intuito de mobilizar a categoria e apresentar um projeto de lei com vistas à regulamentação da profissão.

Dessa forma, a EF foi regulamentada como profissão pela Lei Federal 9.696, de 1º de setembro de 1998.

Antes mesmo da regulamentação da profissão, o PEF já era considerado um profissional da área da saúde, pois data de 1997 o reconhecimento pelo Ministério da Saúde (MS) no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de 13 profissionais de nível superior como profissionais da saúde, dentre eles os PEF. Esse reconhecimento se deu por meio da Resolução 218, de 6 de março de 1997. Na continuidade do processo de regulamentação, a Resolução 287, de 8 de outubro de 1998, do CNS, relaciona 14 profissões de saúde, dentre elas a Educação Física.

Considerada uma profissão nova, a EF traz, por si só, grandes desafios de abordagens, reflexões e desenvolvimento nas suas áreas de maior domínio de atuação: área escolar, clubes e academias, treinamento esportivo e lazer, dentre outras. Além disso, atualmente os PEF se deparam com um novo cenário de atuação ainda pouco conhecido para os mesmos: a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O NASF foi criado pela Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008, com vistas a “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização” (BRASIL, 2008, p. 2).

A criação do NASF foi um momento importante, que colaborou com a inserção desse profissional na saúde. Além de evidenciar a conquista da EF e o seu reconhecimento como área da saúde, evidencia a atividade física como pauta de saúde pública em função da sua importância (LOCH; FLORINDO, 2012).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada pela Portaria nº 686 MS/GM, de 30 de março de 2006, também foi um fator de relevância na inserção do PEF na área da saúde. Uma das estratégias da PNPS é estimular a realização de ações de promoção da saúde (PS) que incentivem o cuidado com o corpo e com a saúde, a alimentação saudável e a prevenção, ações essas que priorizem a APS (BRASIL, 2006). Além disso, a PNPS identifica o sedentarismo como um fator presente na vida dos brasileiros e prioriza e incentiva as práticas corporais/atividade física (PCAF) como uma de suas ações específicas (MALTA, 2009).

Nesse contexto, o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), com o objetivo de orientar e nortear a atuação dos profissionais nas diferentes áreas, em especial na área da saúde, elaborou documentos que definem e regulam as atividades do PEF.

Assim, o objetivo deste artigo é analisar os documentos produzidos pelo CONFEF a partir de 1998, no que se refere à definição e regulação das atividades do PEF, com ênfase na APS.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória desenvolvida por meio de pesquisa documental.

Para Godoy (1995, p. 24) a pesquisa documental pode ser definida como o “exame de materiais de natureza diversa, que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reexaminados, buscando-se novas e/ou interpretações complementares”.

Foi realizada uma análise descritiva desses documentos procurando identificar os elementos relativos à inserção e atuação do PEF na APS.

Os documentos analisados foram: A Carta Brasileira de Educação Física (2000); o Documento *Intervenção Profissional em Educação Física* (2002) e a Resolução do CONFEF nº 046/2002; a Carta Brasileira de Prevenção Integrada na área da Saúde (2005); o livro

Recomendações sobre condutas e procedimentos do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde (2010); e as Resoluções do CONFEF nº 229 e 231, ambas em vigor desde o dia 16 de abril de 2012.

A escolha se deu devido ao fato de serem estes os documentos mais representativos da atuação do PEF, em especial com relação ao processo de regulamentação da Educação Física como profissão e ao reconhecimento e inserção do PEF na área da saúde.

A Carta Brasileira de Educação Física

A Carta Brasileira de Educação Física foi elaborada em 2000 e apresentada e aprovada no Fórum Nacional dos Cursos de Formação Profissional em Educação Física do Brasil. Em sua apresentação, é destacada sua relevância e necessidade no desenvolvimento do Profissional de Educação Física.

A carta foi elaborada a partir da percepção dos conselheiros acerca da

[...] existência de uma lacuna na busca do desenvolvimento profissional, que pudesse levar a uma mudança de paradigmas visando ao reconhecimento social como um instrumento de qualidade e satisfação dos beneficiários, enfim, de um novo rumo que favorecesse a reflexão e mudanças face à realidade conjuntural [...] (CONFEF, 2000, p. 3).

Ela é pautada pela ideia da construção de uma EF de qualidade, e em seu interior são elencados os pressupostos que contribuirão para a consecução deste objetivo.

A Carta define quem é o PEF e seus atributos – formação acadêmica sólida e organização em conselhos. Define também o objeto da EF no Brasil. Esta deve se pautar pela formação integral dos diversos grupos populacionais com vistas ao desenvolvimento de estilos de vida ativos de forma a contribuir para a qualidade de vida da população. Ressalta que todo esse processo deve ser conduzido pelo PEF.

Define também referências para uma EF de Qualidade (EFQ): segundo a primeira, a EF é um direito dos indivíduos e não uma obrigação; a segunda diz que se deve incentivar a participação voluntária em atividades físicas (AF); a terceira, que se deve ajudar no entendimento do papel da atividade física na promoção da saúde; e a quarta, que se deve incentivar atitudes interdisciplinares e o desenvolvimento da cidadania.

Esse documento estabelece os parâmetros da preparação dos PEF para o desenvolvimento de uma EFQ em três aspectos: rediscutida, comparada e ampliada. Para fins deste trabalho analisar-se-á o primeiro e o terceiro aspectos.

No que tange ao primeiro parâmetro – “rediscutida”, a carta recomenda a harmonização dos currículos acadêmicos com as renovações conceituais e a incorporação de perspectivas de educação continuada, objetivando o acompanhamento dos avanços técnicos e científicos pelos profissionais. O terceiro aspecto – “ampliada” – enfoca outras modalidades de preparação resultantes: cursos, eventos, estágios, etc.

Em outro item, a carta aborda algumas responsabilidades dos três níveis de governo em relação à EF. Aponta a importância e a urgência de compreenderem o valor de uma EFQ. Isto se dará, entre outras questões, pela inserção de uma política de valorização da EF, pela valorização dos PEF e pela compreensão da EF como um meio de promoção da saúde.

Nesse primeiro documento elaborado pelo CONFEF já se observa menção a aspectos relacionados à PS, tais como o desenvolvimento de estilos de vida ativos, de forma a contribuir para a qualidade de vida da população e ajudar no entendimento do papel da atividade física na promoção da saúde.

Esses aspectos corroboram a PNPS no que se refere à preocupação com a qualidade e o estilo de vida. A promoção da qualidade de vida e a redução de vulnerabilidades e riscos à saúde são os objetivos destacados pela política. Da mesma forma, o estilo de vida ativo é priorizado nas ações preconizadas pela PCAF, que identifica a necessidade de ações de aconselhamento sobre os seus benefícios para a população e a importância de se desenvolverem ações intersetoriais com esse enfoque (BRASIL, 2009).

No que tange às responsabilidades do governo recomendadas pela Carta, o investimento em uma política de valorização da EF se apresenta hoje como preocupação do MS, expressa na PNPS. Neste contexto, as PCAF foram priorizadas como ações de PS, com aumento do incentivo das três esferas de gestão do SUS para a prática de atividades físicas (BRASIL, 2010; MALTA *et al.*, 2009).

O Documento de Intervenção do Profissional de Educação Física

O documento é apresentado como referência para a atuação do PEF, sendo que sua produção e desenvolvimento se deram a partir da promulgação da lei 9.696/1998. Sua apresentação afirma que a construção desse documento

[...] tornou-se imprescindível à medida que o Conselho Nacional de Educação, CNE, aponta como novos rumos através das diretrizes curriculares, que, inclusive, repercutirão na formação de profissionais de educação física.

Tratado como um documento conjuntural, sujeito a futuras atualizações e modificações, afirma que tal julgamento se deve à “notória importância da EF no encaminhamento de soluções para problemas sociais, educacionais e de promoção da saúde” (CONFEE, 2002, p.7).

É ele, portanto, que define o PEF e a EF, bem como a responsabilidade social do PEF no exercício profissional. Define o PEF de forma abrangente, descrevendo-o como um profissional especialista em atividade física e práticas corporais, com o propósito de favorecer o desenvolvimento da educação e da saúde e contribuir com a prevenção de doenças, entre outras coisas.

No que se refere à responsabilidade social do PEF, é nesse quesito que são abordadas as questões relativas à intervenção profissional, ao exercício profissional e aos meios e locais pelos quais se dará esta intervenção. No que tange às intervenções, estas são direcionadas aos indivíduos e/ou grupos de diferentes faixas etárias, composições corporais e necessidades especiais. Neles, o PEF pode atuar de forma individual e em equipe multiprofissional.

No que se refere ao exercício profissional, o documento afirma que o PEF atua legitimado por diagnósticos e se utiliza de técnicas e métodos específicos com objetivos educacionais, recreacionais, de treinamento e de promoção da saúde. Entre os locais mencionados para que **atue**, encontram-se os centros de saúde, os hospitais, as praças e os parques.

Por último, o documento aborda as questões relativas à capacitação profissional e às especificidades da intervenção do PEF.

Sobre a capacitação profissional, o documento elenca oito situações para as quais o PEF deve estar capacitado para atuar, entre elas a de promover “estilos de vida ativos e saudáveis, conciliando as necessidades dos indivíduos e grupos, atuando como agente de transformação social” (CONFEE, 2002, p.23).

Sobre a especificidade da intervenção do PEF, enumera sete áreas de intervenção profissional, das quais destacamos a orientação de atividades físicas, remetendo-se à orientação quanto ao estilo de vida ativo, bem-estar, prevenção de doenças, educação e cidadania, dentre outros.

Destaca-se nesse documento a menção à responsabilidade social do PEF, em consonância com as diretrizes para atuação profissional nas PCAF, definidas no Caderno de Atenção Básica n. 27: Diretrizes do NASF. Estas diretrizes devem abarcar o desenvolvimento de ações que promovam a inclusão social e abranjam os ciclos da vida. Devem também ser intersetoriais junto à equipe de SF; favorecer o trabalho interdisciplinar; favorecer o processo de trabalho em equipe enfocando a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação; e priorizar as intervenções em grupos sem excluir a abordagem individual (BRASIL, 2009).

As Diretrizes do NASF, no que tange ao PEF e às PCAF, orientam para a reflexão quanto às atividades físicas, os locais para essas práticas e a construção da identidade por parte das pessoas e comunidades. As PCAF devem considerar

a ampliação do olhar sobre a existência ou não de espaços públicos de lazer ou da quantidade de grupos presentes, para abranger também as ações organizadas dentro das próprias unidades de Saúde da Família. O trabalho com grupos deve proporcionar a compreensão processual do significado do lazer para as comunidades e de como as pessoas identificam e se relacionam com os espaços de lazer existentes; reconhecendo que a construção da identidade com o espaço de lazer é um fato social, cuja compreensão permitirá identificar as relações determinantes que os sujeitos estabelecem com as PCAF que já realizam e que venham a realizar (BRASIL, 2009, p. 143).

Para Souza e Loch (2011), a caminhada e as aulas de ginástica estão entre as atividades mais realizadas pelo PEF em programas de atividade física e no NASF. Para Bonfim, Costa e Monteiro (2012), nos programas de atividade física voltados para o SUS, as PCAF são desenvolvidas por meio de caminhadas e orientação de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, tais como capoeira, danças e modalidades de ginásticas orientais, realizadas de forma individual e coletiva.

A Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde na Perspectiva da EF

A partir do reconhecimento da importância da prevenção, da promoção da saúde e do papel essencial do PEF nesse contexto, o Sistema CONFEF/CREFs promoveu, em 2005, o Fórum Nacional de Prevenção Integrada da Área da Saúde.

A Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde na Perspectiva da EF foi elaborada a partir das discussões travadas nesse fórum.

Já na introdução da Carta, percebe-se o papel de destaque dado aos campos da prevenção e promoção da saúde, ao mesmo tempo em que se evidenciam as múltiplas potencialidades da atividade física neles. O documento afirma que, frente ao contexto das doenças crônico-degenerativas, do estilo de vida sedentário e de muitos outros fatores de risco, a atividade física é uma prática economicamente viável para a população e uma ação eficaz para a PS. Além disso, destaca que o PEF e os programas de atividades físicas podem colaborar com a saúde e a qualidade de vida da população, bem como com o fortalecimento da comunidade, por meio do exercício da cidadania.

A Carta parte da concepção da saúde como um direito de todos, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988, e menciona como estratégias positivas para o desenvolvimento humano as ações de PS e prevenção.

Os conceitos de prevenção e PS são apresentados com enfoque no bem-estar dos indivíduos; no enfrentamento dos desafios relativos à saúde e à qualidade de vida; e na intersetorialidade e interdisciplinaridade.

O documento apresenta a PS como investimento social que não prescinde da melhoria das políticas públicas, do meio ambiente, do estilo de vida e das ações comunitárias. Além disso, menciona o investimento e a reorientação dos recursos em saúde em favor da qualidade de vida e bem-estar social e, por último, o envolvimento de todos os agentes na mobilização de recursos para a PS.

No item que trata das responsabilidades na prevenção em PS, destaca-se o comprometimento dos indivíduos, das famílias, comunidades, instituições públicas e privadas como agentes corresponsáveis. Além disso, menciona a criação de ambientes favoráveis por parte das políticas públicas.

Segundo a Carta, os programas de PS e prevenção possuem dois tipos de eixos que baseiam o estilo de vida das pessoas: os temáticos, relacionados a qualidade de vida, autonomia pessoal, integração com o meio ambiente, cultura da paz e física, e os eixos de atuação, quando as ações são desenvolvidas de maneira interdisciplinar e intersetorial.

A EF é compreendida como uma maneira de colaborar com a educação para a saúde e de ocupação do tempo livre, por meio de atividades físicas. Estas são apresentadas como imprescindíveis para a prevenção e PS.

As questões abordadas na Carta Brasileira de Prevenção Integrada à Saúde dialogam com a definição de PS apresentada na Carta de Ottawa, relatório da 1ª Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada no Canadá em 1986. Esta apresenta a PS como um processo para capacitar a comunidade de forma a atuar ativa e positivamente na qualidade de vida e saúde. Define também cinco campos de ação para a saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos sistemas e serviços de saúde (BRASIL, 2002).

Segundo Malta *et al.* (2009), para pensar a PS, é necessário considerar um número maior de ações e estratégias que visam valorizar e aumentar o potencial do indivíduo e da população em busca de um estilo de vida mais saudável.

Essa Carta apresenta a atividade física como uma prática viável para a população e eficaz para a PS. Corroborando a afirmativa, o Caderno Diretrizes do NASF ressalta que as PCAF foram definidas como um dos eixos temáticos da PNPS tendo em vista a necessidade de se enfrentarem as doenças do aparelho circulatório. Destaca que os benefícios da atividade física na prevenção de doenças são indiscutíveis, mas que as PCAF têm como perspectiva a abordagem do corpo cultural, que vai além da dimensão fisiológica (BRASIL, 2009). Além disso, ressalta que é importante que o profissional da saúde entenda a PS como uma produção da vida relacionada à prevenção da doença e à humanização da saúde (BRASIL, 2009).

A criação de ambientes favoráveis foi mencionada na Carta como uma responsabilidade na PS. Da mesma forma, autores como Ferreira, Castiel e Cardoso (2011) e Bonfim, Costa e Monteiro (2012) ressaltam a necessidade de adequação de espaços públicos que propiciem a oferta dessas atividades. Malta *et al.* (2009) também destacaram a importância de se garantirem espaços adequados para a prática de atividades físicas.

Por fim, a educação para a saúde é definida, no Caderno Diretrizes do NASF, como uma das diretrizes profissionais para as PCAF. O Caderno incentiva o desenvolvimento de ações desse teor que reconheçam o protagonismo dos indivíduos na produção e apreensão do conhecimento (BRASIL, 2009).

As Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do PEF na Atenção Básica à Saúde

Essa publicação foi elaborada pelo CONFEF em 2010 com o objetivo de “orientar condutas e procedimentos dos PEF no uso de exercícios/atividades físicas, como elementos principais ou complementares na atenção à saúde” (CONFEF, 2010, p. 9), nos três níveis de atenção, buscando assim estabelecer um diálogo com a categoria.

Em seu prefácio, é enfatizada a importância da atuação em equipes multiprofissionais, sendo a EF reconhecida como área de conhecimento e intervenção no âmbito da promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde. Ainda no prefácio, aponta a inserção da EF em programas de incentivo a mudanças curriculares, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde).

O documento está composto das seguintes seções: contextos e perspectivas; áreas e níveis de intervenção – competências gerais e específicas; intervenção profissional: conduta geral e procedimentos técnicos; intervenção profissional: condutas específicas – atenção primária, secundária e terciária; e responsabilidade ético-profissional.

Na seção contextos e perspectivas, o documento afirma ser consensual a associação entre estilos de vida ativos, melhores condições de saúde e melhor qualidade de vida. Tal quadro faz com que a disseminação da prática de atividades físicas orientadas pelo PEF contribua para a saúde pública por meio da redução de gastos e internações.

Ressalta também a importância da APS, da ESF e dos NASF na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e na reflexão sobre a atuação das diferentes categorias profissionais envolvidas. Discorre sobre a PNPS, que apresenta as PCAF como possibilidade de vida ativa que colabora positivamente com a saúde.

Segundo o documento, a EF esteve historicamente relacionada à qualidade de vida por meio da prevenção e manutenção da saúde. Tal fato culminou com o reconhecimento da EF como profissão da área da saúde por meio da Resolução 218, de 6 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde. Aponta o avanço da relação entre atividade física e saúde, o qual se dá em decorrência de estudos, pesquisas desenvolvidas na área e em áreas correlatas.

A seção áreas e níveis de intervenção – competências gerais e específicas – afirma que o PEF pode atuar tanto individualmente como em instituições públicas e privadas, que envolvam a

atividade física ou o exercício físico. Afirmar também que essa atuação pode se dar nos três níveis de intervenção – primária, secundária e terciária. A primária visa diminuir a incidência de doença e reduzir o risco; a secundária busca diminuir a prevalência de uma doença reduzindo as chances de sua evolução e a terciária visa diminuir a prevalência de incapacidades crônicas.

No que diz respeito às competências do PEF para a APS, ressalta que as mesmas estão em fase de consolidação e devem ser estabelecidas à luz das competências dos demais profissionais que atuam nesta área. As competências gerais e específicas relacionadas nesse documento se referem ao documento de intervenção profissional elaborado pelo CONFEF, em 2002, já analisado neste texto.

O documento aponta, ainda, que o PEF pode atuar no Programa Saúde da Família e no NASF, orientando sobre hábitos de vida ativa, estimulando um estilo de vida ativo e consequentemente diminuindo o risco das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), bem como na realização de ações de prevenção e PS por meio de atividades físicas, com vistas a colaborar com a qualidade de vida e com a redução de uso de medicamentos.

Ressalta que o PEF, entre outras questões, deve promover eventos e ações que estimulem a prática de atividades, articular parcerias para melhor utilização de espaços públicos, incentivar ações que abordem o sentimento de pertencimento na comunidade e, juntamente com a equipe de SF, trabalhar com foco na educação permanente.

A seção intervenção profissional: condutas específicas – atenção primária, secundária e terciária define as condutas do PEF naqueles três níveis, vinculadas ou não ao SUS. Estas também podem ser desenvolvidas em outros programas e espaços como academias.

Segundo o documento, as atividades físicas orientadas pelo PEF na APS podem contribuir com os sistemas circulatório, respiratório e imunológico, com a locomoção, o desenvolvimento de habilidades motoras, a capacidade de trabalho e a autoconfiança. Na intervenção para a prevenção, os PEF devem consultar os prontuários dos indivíduos, verificar os fatores de risco e definir o tipo e as variáveis da atividade física – intensidade, duração e frequência. Por fim, para que o PEF possa ter bons resultados em seu trabalho, enumera condutas de atuação, com destaque para a interação no trabalho em equipe, reuniões com os participantes para dialogar sobre os sentimentos em relação às atividades e orientações para o auto monitoramento do seu esforço.

As Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do PEF na APS foram escritas após a publicação da PNPS que define as PCAF como uma das suas áreas de ação, após a criação do NASF e publicação do seu caderno de diretrizes, no qual as PCAF são abordadas como perspectiva de atuação do PEF.

Marca a importância da PNPS e do NASF na inserção do PEF na área da saúde. Da mesma forma, para Loch e Florindo (2012), a criação do NASF foi um marco importante na inserção do PEF na APS, pois destaca a conquista da EF e o seu reconhecimento como área da saúde e estabelece a atividade física como pauta de saúde pública em função da sua importância.

Para Bonfim, Costa e Monteiro (2012), a PNPS e a criação dos NASF foram iniciativas do poder público para incentivar a prática de atividade física na população e, com isso, a promoção da saúde e a qualidade de vida.

De acordo com Freitas (2007), a entrada do PEF na APS deve estimular, por meio de diferentes estratégias, estilos de vida saudáveis. Essas estratégias devem motivar o envolvimento da comunidade nas discussões e decisões de forma a atuar ativamente no contexto social que estão inseridas.

Resoluções do CONFEF nº 229 E 231

As resoluções do CONFEF nº 229 e 231, ambas do ano de 2012, tratam da definição da especialidade do PEF nas áreas de Saúde Coletiva e a Saúde da Família, respectivamente. Definem no artigo 3º as competências desse profissional com destaque para a importância do trabalho em equipe, a criação e consolidação de ações de atividade física na APS e ESF e a realização de ações de orientação junto à comunidade sobre a importância de estilos de vida saudáveis, de maneira a contribuir com o aumento da adesão a prática de atividades e a consequente diminuição de fatores de risco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos documentos evidenciou o esforço da categoria em definir o papel, regular o exercício profissional, atribuir funções, incorporar conceitos e definir as áreas de atuação da EF. A análise cronológica dos documentos demonstrou que a abordagem à APS se deu de maneira gradativa.

Os dois primeiros documentos: a Carta Brasileira de Educação Física e o Documento de Intervenção do Profissional de Educação Física, escritos logo após a regulamentação da profissão, apresentam as primeiras diretrizes para a atuação, atributos e desenvolvimento do PEF.

A Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde na Perspectiva da EF dá destaque aos campos da prevenção de doenças e promoção da saúde, ressaltando a importância da atividade física.

Os documentos *Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do PEF na Atenção Básica à Saúde* e as Resoluções do CONFEF nº 229 e 231/2012 afirmam, respectivamente, que o PEF pode atuar nos três níveis de atenção à saúde, enfatizando a sua atuação no PSF e no NASF, e definem a Saúde Coletiva e a Saúde da Família como áreas de especialidade do PEF.

Os documentos apresentam pontos comuns e que merecem ser ressaltados. Todos eles mencionam a importância de estilos de vida saudáveis, hábitos de vida ativa e qualidade de vida. A realização de ações de orientação junto à comunidade em relação a esses hábitos é recomendada, da mesma forma que a prática de atividade física na PS e prevenção.

Um dos documentos (Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde na Perspectiva da EF) aborda os conceitos de PS e prevenção e apresenta a PS como investimento social que necessita da melhoria das políticas públicas, do meio-ambiente, do estilo de vida, ações comunitárias e a criação de ambientes favoráveis.

Da mesma forma, a Carta Brasileira de Educação Física aborda algumas responsabilidades dos três níveis de governo em relação à EF, como a importância e a urgência de os mesmos compreenderem o valor de uma EFQ, por meio de uma política de valorização da EF.

O Documento de Intervenção do Profissional de Educação Física menciona a responsabilidade social do PEF, em consonância com as diretrizes para atuação profissional nas PCAF, definidas no Caderno de Atenção Básica n. 27: Diretrizes do NASF.

Dois dos documentos (As Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do PEF na Atenção Básica à Saúde e as Resoluções do CONFEF nº 229 e 231/2012) ressaltam a importância do trabalho em equipe multiprofissional.

Todos os documentos se referem à importância da prática de atividade física, seja nos âmbitos da PS, APS, ESF ou saúde pública. A *Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da*

Saúde na Perspectiva da EF afirma que a atividade física é uma prática economicamente viável para a população, e que o PEF e os programas de atividades físicas podem colaborar com a saúde e a qualidade de vida da população, bem como com o fortalecimento da comunidade, por meio do exercício da cidadania. Além disso, esse documento compreende a EF como uma maneira de colaborar com a educação para a saúde e de ocupação do tempo livre, por meio de atividades físicas.

Constata-se, portanto, a preocupação do Conselho Federal de Educação Física, em contemplar e acompanhar as novas perspectivas de atuação da profissão de forma a contribuir com orientações para o profissional.

Por fim, espera-se que a análise desses documentos possa demonstrar a abordagem da APS e da atuação do PEF neste contexto, a partir do olhar da própria categoria. Além disso, espera-se que este estudo possa contribuir com a reflexão do PEF a respeito das questões relativas à sua inserção na APS, bem como para a realização de ações de PS, que necessitam de uma lógica de atuação diferente da realizada até hoje.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Resolução 218**, 06 de março de 1997, Brasília, 1997. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol97/res21897.htm>. Acesso em: 01 jun. 2013.

BRASIL. **Lei nº 9.696**, Brasília, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9696.htm. Acesso em: 01 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão**. Brasília, DF, 2002. 41 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Caderno de Atenção Básica**, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 01 jun. 2013.

BONFIM, M.R.; COSTA, J.L.R.; MONTEIRO, H.L. Ações de Educação Física na saúde coletiva brasileira: expectativas *versus* evidências. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas/RS, v.17, n.3, p.167-173, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Carta Brasileira de Educação Física**. Rio de Janeiro: CONFEF, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Documento de Intervenção do Profissional de Educação Física**. Rio de Janeiro, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **RESOLUÇÃO CONFEF nº 046/2002**, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde**. Rio de Janeiro: CONFEF, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Recomendações sobre condutas e procedimentos do Profissional de Educação Física**. Rio de Janeiro: CONFEF, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **RESOLUÇÃO CONFEF nº 229/2012**, 2012. Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=301&textoBusca=> Acesso em: 25 de maio de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **RESOLUÇÃO CONFEF nº 231/2012**, 2012. Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=303&textoBusca=> Acesso em: 25 de maio de 2013.

FERREIRA, M.S, CASTIEL, L.D., CARDOSO, M.H.C.A. Atividade física na perspectiva da nova promoção da saúde: contradições de um programa institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16 (Supl.1), p.865-872, 2011.

FREITAS, F.F. **A Educação Física no serviço público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa – tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v.35, n.3, p.20-29, 1995.

LOCH, M.R.; FLORINDO, A.A. A Educação Física e as residências multiprofissionais em saúde. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, v.17, n.1, p.81-82, 2012.

MALTA, D. C. *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. In: **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.18, n.1, 79-86pg, jan-mar 2009.

SOUZA, S. C., LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas/RS, v.16, n.1, p.5-10, 2011.

5. ARTIGO II

O Profissional de Educação Física e o desafio de realizar ações de promoção da saúde

The Physical Education Professional and the challenge of performing actions for health promotion

RESUMO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) configuram-se hoje como um locus de inserção do Profissional de Educação Física (PEF) na Atenção Primária à Saúde (APS). Tal fato trouxe novos desafios à atuação do PEF, tais como a realização de ações de PS, nos âmbitos individual e coletivo. O objetivo deste artigo foi analisar as ações de PS realizadas pelo PEF no NASF. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória, na qual se utilizou a pesquisa documental e grupos focais (GF) com informantes-chave como instrumentos de coleta de dados. Os resultados demonstraram o entendimento do PEF acerca do conceito de PS em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e pela Organização Mundial de Saúde. Mostraram também a realização, pelo PEF, de ações de PS abrangentes, diversificadas e em conjunto com a equipe e comunidade. Fatores como a reorientação do modelo de saúde, a participação da comunidade, a valorização do trabalho multiprofissional e intersetorial e o incentivo governamental para as práticas de atividades físicas foram apontados como facilitadores à realização das ações de PS. Entre as dificuldades, destacaram-se a falta de infraestrutura; a falta de capacitação; o não entendimento pelos demais profissionais da mudança do paradigma de atendimento curativo para o da PS e a concepção destes, ainda voltada para as ações clínicas individuais, em detrimento de ações de PS coletivas.

Palavras-chave: Pessoal de Saúde; Educação Física; Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The Centers of Support for Family Health (CSFH) are characterized today as a locus of insertion of the Physical Education Professional (PEP) in Primary Health Care (PHC). This fact has brought new challenges to the performance of the PEP, such as the completion of PHC actions, both individually and collectively. The aim of this study was to analyze the actions of PHC performed by PEP on CSFH. It is a qualitative and exploratory research, in which was used document research and focus groups with key informants as instruments of data collection. The results demonstrated an understanding of PEP on the concept of PHC according to the recommendations by both the Health Promotion National Policy and the World Health Organization. It was also shown the comprehensive and diversified PHC actions by PEP together with the community. Factors such as the reorientation of health model, community participation, appreciation of multidisciplinary and intersectoral labor and government sponsorship for physical activities were identified as facilitators to the implementation of PHC actions. Among the difficulties stood out the lack of infrastructure, lack of training, not understanding by other professionals of the paradigm shift from curative care to the PHC and their design, still focused on the individual clinical actions, rather PHC actions, collective.

Keywords: Health Personnel; Physical Educations; Primary Health Care; Health Promotion.

INTRODUÇÃO

A criação dos NASF, por meio da Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008, objetivou “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008, p. 2). Os NASF são estruturas de apoio às equipes de Saúde da Família (SF), compostas por diferentes profissionais, entre eles o PEF, que devem, entre outras questões, buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS.

Com inserção mais recente na área da saúde, em especial na APS, o PEF foi historicamente capacitado para atuar na educação, no esporte-competição, na recreação e no lazer e nas academias de fitness. Assim, sua atuação no NASF acarreta uma série de desafios, entre os quais lidar com questões até então não usuais em sua prática cotidiana, tais como o trabalho em equipe e a realização de ações de PS, nos âmbitos individual e coletivo.

As políticas de PS vêm acompanhando as mudanças sociais, econômicas, culturais e políticas que estão ocorrendo no cenário mundial e objetivam promover alterações positivas na sociedade, consequentemente na vida dos cidadãos (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, a PNPS apresenta como objetivo geral “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006, p. 17) – pressupostos que, mesmo de forma não exclusiva, são incorporados pelo PEF no desenvolvimento de seu trabalho. Autores como Akerman, Mendes e Bógus (2004) preconizam que promover saúde significa potencializar recursos para uma vida plena dos cidadãos, pelo exercício de práticas sociais estruturadas na cooperação, solidariedade e transparência entre os sujeitos, questões essas também afeitas ao PEF.

Ao se inserir na APS – e consequentemente no NASF – o PEF passa então a conviver numa nova realidade e, em consonância com o preconizado pela PNPS, passa a ter entre suas atribuições a realização de ações de PS. Nesse contexto, acredita-se ser importante a investigação acerca do conhecimento e atuação desses profissionais no NASF no tocante às ações de PS. Assim, o objetivo deste artigo foi analisar as ações de PS realizadas pelos PEF no NASF.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória. Os dados foram coletados por meio de grupos focais (GF) com informantes-chave. A técnica de grupo focal permite discutir em grupo, de forma interativa, um determinado assunto, acessando esses significados presentes no entrevistado através de seus atos, palavras, sentimentos e maneiras. (MINAYO, 2004; FLICK, 2004)

Atendendo ao preconizado por Gatti (2005), a coleta de dados contou com a participação de 15 alunos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), divididos em dois GF, compostos por sete e oito participantes. Ambos os grupos contaram com a presença de um moderador e um observador. O critério de seleção dos alunos foi sua inserção no NASF. A coleta foi realizada no dia 15 de setembro de 2012, em duas salas, no 8º andar da Faculdade de Medicina/UFGM, simultaneamente, com duração média de 1 hora e 30 minutos.

Depois de gravadas em áudio, as falas foram transcritas. Os GF tiveram como perguntas norteadoras: “O que vocês entendem por ‘promoção da saúde’? No seu trabalho no NASF você desenvolve ações de PS? Quais fatores facilitam e quais fatores dificultam as ações de PS que vocês realizam no contexto do NASF?”

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2008, p. 37), definida como “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. A análise dos dados levou à definição das seguintes categorias de análise: considerações sobre a PS, realização de ações de PS, facilidades e dificuldades para a realização de ações de PS.

Os participantes foram informados, no instante da coleta, do objetivo da pesquisa e dos procedimentos de coleta de dados que seriam utilizados. Todos os que acordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFGM, sob o parecer CAAE – 01140812.1.0000.5149.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerações sobre a promoção da saúde

Para os entrevistados, a PS se inicia antes da instalação da doença, visa ao não adoecimento e à recuperação da saúde do indivíduo e da coletividade, não se resumindo apenas ao campo da atividade física (AF). Acrescenta-se a isso a realização de ações na busca por uma melhor qualidade de vida e a adoção de hábitos saudáveis cotidianos, os quais contribuem para estimular os aspectos físico, mental, social e espiritual dos indivíduos.

“[...] A própria palavra já diz – promoção é você colocar em foco mesmo a saúde, desfocar a doença [...]”. (GF2)

“[...] A PS é justamente o trabalho antes que qualquer doença esteja instalada [...]”. (GF1)

“[...] PS é orientar as pessoas, prevenir para não chegar a adoecer, divulgar os métodos de promover essa saúde, que é através da AF, bons hábitos alimentares, uma boa saúde psíquica, enfim, trabalhar o indivíduo como um todo [...]”. (GF2)

Segundo Freitas e Mandú (2010) a PS engloba a qualidade de vida, de forma a ampliar o enfoque curativo-preventivo preconizado pelo modelo biomédico tradicional ao mesmo tempo em que se consideram as questões subjetivas do indivíduo. Marcondes (2004, p. 10) afirma que a PS está mais próxima “da qualidade de vida do que do controle das enfermidades”. Para ele, essa é a diferença que orienta as ações de PS e prevenção de doenças.

Malta *et al.* (2009) afirmam que a PS está relacionada com o modo de vida das comunidades e dos indivíduos, bem como com as transformações advindas dessas realidades. Ainda para esses autores, para pensar a PS é necessário considerar um número maior de ações e estratégias que visam valorizar e aumentar o potencial do indivíduo e da população em busca de um estilo de vida mais saudável.

Por fim, os entrevistados entendem a PS de forma multidimensional, o que se relaciona à necessidade de trabalhar o ser humano como um todo e não de forma fragmentada.

“[...] Como o ser humano é multidimensional, a PS, ela também tem que ser multidimensional, então não dá pra gente trabalhar apenas um aspecto isolado da saúde, a gente trabalha o ser humano como um todo. Não tem como dividir [...]”. (GF1)

Realização de ações de promoção da saúde

A análise dos dados demonstrou a realização de diferentes ações de PS, com destaque para o trabalho com grupos diversos – diabéticos, hipertensos, gestantes, tabagistas, adolescentes e idosos – desenvolvido por meio de diferentes estratégias: as práticas corporais; os exercícios e atividades físicas; as palestras, entre outros. Constatou-se que as ações de PS são desenvolvidas tanto no âmbito individual quanto no coletivo. Os depoimentos também mencionaram a realização de grupos de nutrição, prevenção de quedas, cuidadores de idosos, saúde do adulto, combate à obesidade, saúde mental, hidroginástica, ginástica e caminhada, para diferentes faixas etárias.

“Para a EF, o trabalho através de grupos operativos [...] é muito bem aceito, quase que é normal na nossa atuação trabalhar em grupo”. (GF2)

“[...] É importante que a gente trabalha sim com a promoção tanto individual como em grupo”. (GF1)

“Estamos formando grupos já fixos: nutrição, tabagismo, prevenção de quedas”. (GF1)

“[...] A gente trabalha com gestante, com idoso, com cuidador de idoso, com família de idoso [...] saúde do adulto, tabagismo, [...] combate à obesidade”. (GF2)

“Desenvolvo trabalho com hidroginástica, ginástica, caminhada com adultos, adolescentes, adultos e idosos”. (GF2)

Relatam que, muitas vezes, é nos grupos que o paciente tem a oportunidade de se informar e esclarecer dúvidas acerca de sua patologia, o que possibilita um novo olhar sobre ela.

“Muitas vezes o aluno [...] chega no grupo operativo, ali na conversa com a gente é que ele vai se informar melhor sobre o que é hipertensão, por que que ele toma aquele remédio, o que que o remédio vai fazer com o corpo dele, qual a diferença que vai ter, ele passa a entender melhor um pouquinho do que que ele tá sofrendo [...] e aí cai naquele conceito de PS, ele passa a ter um conhecimento melhor [...]”. (GF2)

“[...] O foco do grupo é na mudança de comportamento [...] valorizando o conhecimento que eles já têm, mas dando algumas informações”. (GF2)

Ao pesquisar um grupo de gestores de saúde, Andrello *et al.* (2012) identificaram que, para eles, as ações de PS com enfoque na AF são importantes para grupos específicos, como diabéticos, hipertensos, gestantes e idosos, sendo que apenas uma minoria se refere ao jovem.

Há também grupos com crianças com foco na qualidade de vida, os quais são desenvolvidos em conjunto com os pais e de forma interdisciplinar.

“A gente desenvolve um grupo de qualidade de vida pro adulto e pra criança. No grupo de qualidade de vida para crianças a gente faz um trabalho com os pais e com os filhos. [...] é de conscientização mesmo, é interdisciplinar [...] A gente usa das brincadeiras [...] incluiu algumas falas [...] da importância deles terem fazendo aquilo do brincar”. (GF2)

Outra ação relatada é a de orientação dos usuários. Os entrevistados reconhecem que apenas o repasse de informação não é suficiente para que os usuários adotem hábitos mais saudáveis em seu cotidiano. Acreditam que as mudanças ocorrerão à medida que o indivíduo se aproprie de seus benefícios e os adote em seu dia a dia.

“O papel é justamente possibilitar às pessoas a informação necessária para que elas consigam fazer escolhas saudáveis, autônomas e responsáveis”. (GF1)

“[...] PS é incentivar as pessoas a adotar hábitos de vidas mais saudáveis, [...] a gente não consegue mudar. Simplesmente passa para a pessoa as informações corretas [...] cabe a ela utilizar ou não, mas a gente tem que trabalhar para que a pessoa a cada dia vá apoderando das informações, não ficar focado no profissional [...]”. (GF1)

“Quantas vezes as pessoas estão muito mal informadas. [...] É nosso dever também como promotores da saúde [...] orientar essas pessoas nesse sentido”. (GF2)

Ferreira, Castiel e Cardoso (2011) e Bonfim, Costa e Monteiro (2012) ressaltam a importância de os profissionais fazerem o aconselhamento da população para demonstrar tanto os benefícios da adoção de hábitos saudáveis como a necessidade de estes estarem associados à prática de atividades físicas. Também a PNPS preconiza “o aconselhamento junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis”. (BRASIL, 2006, p. 34)

Bydlowski, Westphal e Pereira (2004) propõem estratégias para o empoderamento dos indivíduos, como o compartilhamento das informações, a realização de ações intersetoriais e multiprofissionais e a participação da população de maneira a opinar nas decisões e colaborar na elaboração de políticas.

Andrello *et al.* (2012) afirmam que o usuário não deve ser apenas um receptor das informações a ele fornecidas, mas participe de um processo onde o diálogo permita a construção de um novo conhecimento, valorizando, assim, a informação como um processo de educação para a saúde na PS. Pinafo *et al.* (2011) consideram que, além de levar a informação à população acerca dos problemas de saúde e da necessidade de adotarem hábitos de vida saudáveis, é necessário cogitar os valores, costumes, modelos sociais, enxergar o usuário como sujeito.

A realização de avaliação física individual, os atendimentos individuais, palestras, organização de eventos, intervenções em escolas e formação de parcerias institucionais também são relatados como ações de PS.

“[...] As avaliações físicas, [...] então é uma ação nossa de PS individual”. (GF2)

“A gente trabalha com a PS nas intervenções através de palestras, grupos operativos, grupos de AF, grupos de caminhada, intervenções junto às escolas e formação de diversas parcerias intersetoriais”. (GF1)

De acordo com Malta *et al.* (2009), para atingir um cuidado integral em saúde, é preciso estruturar um conjunto de estratégias capazes de atingir individual e coletivamente os atores envolvidos. Souza e Loch (2011) verificaram que os PEF inseridos nos NASF trabalham tanto com grupos de atividades físicas como com minipalestras relacionadas à importância da AF.

Segundo os entrevistados, as palestras, com abordagem de temas diversos, são utilizadas por sua capacidade de informar, conscientizar, divulgar e aconselhar os usuários, de maneira a favorecer a adoção de hábitos saudáveis.

“[...] E a gente faz esse trabalho de promoção justamente no momento em que você realiza uma atividade – seja uma palestra com orientações de cuidados diversos, cuidados com o corpo, sobre hábitos de vida saudáveis – justamente para conscientizar aquelas pessoas”. (GF1)

“A nossa equipe tem um trabalho [...] que inclui palestras [...] de prática diária de AF, educação alimentar, também a parte psicológica”. (GF1)

Os programas de AF voltados para o SUS, pesquisados por Bonfim, Costa e Monteiro (2012), demonstraram que alguns deles têm como objetivo conscientizar as pessoas da importância da AF, associando ações educativas a procedimentos de intervenção.

As ações de combate ao sedentarismo são desenvolvidas por meio de práticas corporais, exercícios físicos, atividades físicas e caminhada orientada. Esta última é realizada em conjunto com a equipe de saúde da família. O trabalho em equipe é valorizado pelos entrevistados como um importante aporte à execução de ações de PS.

“Minha equipe NASF tá conseguindo desenvolver também junto com o PSF um grupo de caminhada orientada onde eu não preciso estar presente o tempo todo [...] eu monto o treinamento e eles vão ajudando nesse monitoramento”. (GF2)

Os estudos de Souza e Loch (2011) e Bonfim, Costa e Monteiro (2012) demonstraram que a caminhada e as aulas de ginástica são as ações mais utilizadas pelos PEF, no NASF e em programas de atividades físicas.

Os entrevistados participam também de outras iniciativas propostas em seus municípios, tais como os Programas Academia Livre e Academia da Cidade, além de trabalho com deficientes visuais e crianças da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

“[...] Nosso programa chama Academia Livre, a gente leva AF pra população adulta, pra população em geral. A gente tem um trabalho com cegos, deficientes visuais, com a terceira idade, com as crianças da APAE e também com o pessoal da saúde mental”. (GF2)

Por fim, a realização de encontro multidisciplinar, a qual agregou outros profissionais inseridos no NASF e também da sociedade em geral, foi mencionada como uma ação de PS.

“Uma ação de PS [...] foi uma ação que nós denominamos como Encontro da Saúde, no qual o responsável foi o PEF em parceria com todos os outros profissionais, inclusive em parceria com a unidade básica de saúde e toda a equipe NASF. [...] apresentamos na questão da AF, ginástica laboral, dança, lutas [...] parceria também da escola, [...] fizemos palestras sobre a questão da nutrição, da alimentação saudável, chamamos também a saúde bucal, onde falaram da importância da escovação”. (GF2)

Esses achados estão em consonância com as atividades que devem ser desenvolvidas pelos profissionais inseridos no NASF, elencadas por Malta *et al.* (2009), tais como práticas corporais/atividade física (PCAF); educação permanente em nutrição; ampliação e valorização do uso dos espaços públicos; ações multiprofissionais em reabilitação; atendimento a usuários e familiares em situação de risco e doença mental; e atenção aos agravos severos em crianças e mulheres.

Facilidades para a realização de ações de promoção da saúde

Uma facilidade apontada foi o maior incentivo que a prática de AF tem tido dos três níveis de governo, com um aumento recente dos projetos na área.

“Se nós retroagirmos a cinco anos atrás, a gente não teria tantos projetos destinados à prática de AF. Hoje tem incentivo [...] da União[...] recém implantada Academia da Saúde. [...] a nível estadual, vários projetos também que influenciam, por exemplo, Saúde na Praça”. (GF1)

Dentre as prioridades elencadas pelo Ministério da Saúde na PNPS, está a organização das ações de PS que colocou em pauta as PCAF. No contexto de mudanças epidemiológicas, no qual se reconhece o sedentarismo como uma questão relevante, é importante pensar ações transversais, integradas e intersetoriais. Dessa forma, para viabilizar as práticas corporais,

houve maior incentivo das três esferas de gestão do SUS para a prática de atividades físicas (BRASIL, 2006; MALTA *et al.*, 2009).

De acordo com Bonfim, Costa e Monteiro (2012), a PNPS e a criação dos NASF foram iniciativas do poder público para incentivar a prática de AF na população e, com isso, a PS e a qualidade de vida.

Outra facilidade é a reorientação do modelo de saúde, que, entre outras questões, propiciou a entrada do PEF na área, a participação da comunidade e a valorização do trabalho multiprofissional e intersetorial.

“Essa mudança no modelo [...] é que tá permitindo essa facilidade, porque esse novo modelo de olhar para a comunidade, trazer a comunidade, participar, as atividades têm que ser de acordo com a localidade, com a região”. (GF1)

“[...] O modelo assistencial de saúde que o município adota. E o plano de saúde, de atenção básica de saúde, que esse município tá executando nas suas unidades. Vinculado a isso, a dinâmica da própria unidade, questão do trabalho intersetorial, multiprofissional, de cada profissional, estando ciente da sua missão, enquanto membro de uma equipe de saúde, do planejamento”. (GF1)

Questões que vão do espaço para desenvolvimento do trabalho ao estabelecimento de parcerias com a comunidade e liberdade profissional propiciando a criatividade são consideradas, pelos entrevistados, como facilidades à realização de ações de PS.

“[...] Espaço pra gente trabalhar, parcerias com as redes dentro das comunidades, a própria secretaria de saúde [...], material, [...] criatividade do profissional, a disponibilidade para poder realizar [...] poder fazer um pouco mais do que é seu dever e só. Eu acho que isso tudo são facilitadores para o nosso trabalho, para alcançar nosso objetivo que é promover a saúde”. (GF2)

A utilização do planejamento e o consequente diagnóstico situacional dele decorrente foram apontados como facilitadores à realização de ações de PS. Este último permite caracterizar o território.

Lembrou-se ainda do acolhimento, como prática capaz de permitir a identificação dos problemas e o planejamento das ações de acordo com o território.

“Dos fatores que facilitam as ações, primeiro o planejamento [...] através do acolhimento a gente pode detectar os problemas e, através disso, a gente planeja as ações de acordo com cada local que a gente está atendendo”. (GF1)

“[...] A gente teve contato com diagnóstico situacional, acho que é um facilitador. Você passa a identificar com o que você pode lidar ali, o que você tem de estrutura.” (GF2)

Pinto, Menezes e Villa (2010) identificaram entre os profissionais da SF pesquisados que o conhecimento do território é um fator que facilita o processo de trabalho da equipe. Para Nascimento e Oliveira (2010), a formação do profissional que atua no NASF deve abordar o diagnóstico situacional, o planejamento em saúde e as intervenções.

A realização de eventos e sua capacidade de mobilizar a comunidade permitem uma maior divulgação do trabalho do NASF, o que facilita a realização das ações de PS.

“Foi uma coisa que mobilizou até o jornal local, a prefeitura. A gente começou a fazer grandes eventos que chamavam atenção e eles começaram a investir”. (GF2)

“[...] Hoje a mídia facilita isso, a gente percebe programas na televisão falando sobre AF, falando sobre o benefício da PS”. (GF1)

“[...] Mobiliza mesmo. É uma forma também de educar pra saúde, pra PS, esses eventos”. (GF2)

Estar cursando uma pós-graduação em Atenção Básica, CEABSF, também foi lembrado como uma facilidade ao desenvolvimento do trabalho no NASF.

“E uma coisa que facilita demais também é a pós-graduação, a pós-graduação em SF que nós estamos realizando”. (GF1)

Pinto, Menezes e Villa (2010) identificaram como facilidade para desenvolver as atividades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) a presença de profissionais com conhecimento e perfil em saúde pública. Para Freitas e Mandú (2010) é preciso investir na educação permanente dos profissionais da SF, pois a PS requisita conhecimentos e habilidades integradas.

A abordagem do usuário pelo profissional, de forma dialogada, acessível e participativa, também é apresentada como facilidade.

“[...] Eu acho que a forma de abordagem, a forma de transmitir, isso é extremamente importante. [...] Então a forma de começar a dialogar na linguagem bem coloquial [...] o carinho que você dá, de brincar com ele, [...] isso facilita muito até mesmo o aprendizado do usuário e entendimento daquilo e torna mais fiel o grupo”. (GF1)

Nascimento e Oliveira (2010, p. 95) apontam o ato de acolher e de ouvir os usuários, bem como “flexibilidade, pró-atividade, resiliência, respeito, vínculo e comprometimento”, como habilidades necessárias aos profissionais que atuam no NASF.

O reconhecimento pelos outros profissionais da equipe, assim como o entendimento e conhecimento acerca do papel do PEF, quando ocorrem, são apontados como facilitadores.

“[...] “Você tem que fazer uma caminhada”. Não, você não tem que fazer uma caminhada, você tem que ser avaliado por um PEF. Quem vai prescrever exercício para você é ele, ele é a pessoa que está mais apta. Então, quando os outros profissionais têm esse entendimento, isso facilita muito o nosso trabalho [...]”. (GF1)

“[...] Um fator que com certeza facilita o trabalho é o respeito que os outros profissionais do próprio NASF e também da unidade têm com o PEF, justamente pelo retorno das suas atividades [...]”. (GF1)

“[...] A facilidade que eu encontro hoje é você ser um profissional dentro do centro de saúde [...] você é visto como um profissional da saúde [...]”. (GF2)

Também o entrosamento da equipe, o apoio de seus integrantes, em especial do médico, foram apontados como facilitadores ao trabalho do PEF.

“[...] Um fator importante nessa construção é o entrosamento da equipe. Se a equipe não estiver entrosada, não pensar da mesma forma, cada um vai trabalhar de forma separada [...]”. (GF2)

“[...] Os médicos apoiam as atividades, mesmo que tá atrapalhando os atendimentos deles. Então isso motiva a gente, isso é fator facilitador, motiva a gente a continuar [...]”. (GF2)

Pinto, Menezes e Villa (2010), ao pesquisar profissionais da ESF, identificaram o entrosamento entre seus integrantes como um fator que facilita o desempenho do trabalho. O estudo de Souza e Loch (2011) identificou que os PEF consideram o trabalho interdisciplinar como grande oportunidade para a troca de conhecimento, favorecendo o trabalho coletivo.

Dificuldades para a realização de ações de promoção da saúde

Foram elencados diversos fatores que dificultam a realização de ações de PS, entre eles a falta de infraestrutura, tanto física como de materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento do trabalho.

“[...] Um dos fatores é a estrutura física mesmo. Às vezes a gente não tem espaço dentro do posto, às vezes não tem uma igreja do lado ou então uma praça que possa contribuir para fazer essas atividades nos grupos. [...] gente trabalha com material alternativo, mas acredito que a falta de material, de um som, de um equipamento bacana, que chama a atenção, também prejudica [...]”. (GF1)

A falta de materiais e instrumentos, segundo Pinto, Menezes e Villa (2010), é um fator que não colabora para a execução das atividades no dia a dia. De acordo com Souza e Loch (2011), a falta de espaços adequados para a realização das atividades também é uma dificuldade para o PEF.

Outra dificuldade se refere ao funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS), uma vez que os horários nos quais são desenvolvidas as atividades, muitas vezes, não são compatíveis com as possibilidades dos usuários. São citadas também duas questões relativas a acesso que dificultam as ações do PEF. A primeira se refere à presença de violência na região da UBS, o que afasta os usuários. A segunda se refere à localização da unidade, o que dificulta o acesso de determinados públicos, em especial aqueles que, morando na área rural, dependem de transporte.

“[...] A localização do posto também eu acho que pode vir a afastar um pouco o público, por ser violento, difícil acesso [...]”. (GF1)

“[...] Uma das maiores dificuldades é isso, é o acesso até o local que vai fazer as atividades [...]”. (GF1)

“[...] E o público adulto mesmo em si eles têm uma dificuldade muito grande, porque o horário de trabalho dos funcionários do NASF e o horário de funcionamento da própria unidade de saúde coincide com o horário de trabalho também dessas pessoas [...]”. (GF1)

No que tange aos grupos, apontou-se uma maior participação de mulheres e idosos em contraposição à menor participação de crianças, adolescentes e homens. Para os entrevistados, os adultos e jovens consideram os grupos de trabalho desnecessários, por se sentirem em boa saúde. Assim, acreditam ser importante atuar nas escolas, de forma a atender as crianças e adolescentes.

“[...] A gente tem dificuldade para tá atingindo a população adulta e a população de adolescentes e crianças. Com os adolescentes e crianças a estratégia que a gente tá utilizando é não levá-los até a unidade de saúde, é a gente ir nos locais onde eles estão justamente, fazer um trabalho com parcerias das escolas. A gente faz o trabalho de prevenção e PS do adolescente já dentro da escola [...]”. (GF1)

“[...] Por que só os mais idosos, por que só o público feminino? Aí vai na questão da mentalidade. Os idosos é porque eles tão precisando mesmo, tão sentindo alguma dor, teve alguma indicação [...]”. (GF1)

Tais achados estão em consonância com o estudo de Souza e Loch (2011), o qual identificou que os grupos que mais participam das atividades físicas são idosos e mulheres que apresentam patologias. Constataram também uma baixa participação da comunidade nos grupos de atendimento, quando comparada com o número de pessoas do território. Hallal *et al.* (2010) também identificaram as mulheres como a categoria de maior participação nos programas de atividades físicas, na cidade de Recife.

Também foram apontadas dificuldades relativas à equipe de trabalho, tais como falta de comunicação e de apoio dos demais profissionais.

“[...] Tem (equipe de) SF que a gente não tem apoio adequado pra fazer AF em grupo, a gente faz no meio da unidade, debaixo da janela dos médicos e das enfermeiras [...]”. (GF2)

O não entendimento e não reconhecimento do trabalho dos PEF pelos demais profissionais, bem como sua ainda pouca valorização na equipe, são mencionados como dificuldades.

“[...] O principal dificultador [...] é a falta de conhecimento em relação ao profissional [...] não saberem como que pode utilizar o profissional, a melhor forma do profissional dentro do espaço de trabalho [...]”. (GF2)

Souza e Loch (2011) identificaram a resistência dos profissionais em relação ao PEF no início da sua atuação no NASF. Segundo os autores essa dificuldade foi resolvida com a capacitação dos profissionais. Falci (2013) relata a dificuldade do PEF em integrar e interagir com a equipe, bem como a falta de conhecimento quanto ao papel e importância do PEF na APS por parte da equipe e comunidade. Loch *et al.* (2011, p.166) acreditam que, por ainda ser hegemônica a concepção médico-curativista, “não se sabe até que ponto os serviços de saúde estão abertos para esta classe profissional”.

O reduzido número de PEF atuando no NASF, a ausência de transporte para o deslocamento de um polo para o outro, a cobrança por produtividade, a impossibilidade de acompanhamento do tratamento do paciente e, por fim, a solidão advinda da ausência de outro PEF para compartilhamento do trabalho foram outros itens apontados:

“[...] Lá no meu município nós somos dois profissionais de saúde no NASF, a gente trabalha integral [...], mas a quantidade de profissionais, ela não é suficiente, porque são 13 unidades de saúde, para apenas esses dois profissionais conseguir desenvolver todo esse trabalho [...]”. (GF1)

“[...] A gente do interior reclama [...] a gente fica sozinho, fica muito sozinho [...]”. (GF2)

Em alguns locais, a carga horária semanal prescrita para o PEF, bem como sua lotação em mais de um serviço, ou seja, sua atuação em diversos polos com pouco tempo disponível em cada um deles, levando a um comprometimento do trabalho, também foram levantadas como dificuldades. Para tais entrevistados, o trabalho seria mais bem desenvolvido se o PEF, à semelhança de outros profissionais, atuasse de forma exclusiva no NASF.

“[...] O que tem dificultado o trabalho é a questão da carga horária [...] O educador físico [...] trabalha com 30 horas na Academia da Cidade e 10 horas no NASF. Então essas 10 horas no NASF é insuficiente para ele desenvolver um trabalho e às vezes ele fica desentoadado dos outros profissionais, que são específicos do NASF [...] o ideal seria um PEF [...] exclusivo pro NASF [...]”. (GF1)

A dificuldade de mudança do paradigma de atendimento curativo para o da PS, mesmo após a criação do PSF, bem como a concepção dos outros profissionais sobre as ações de PS, também foi levantada. Avaliam que estes ainda estão muito voltados para as ações clínicas e trabalham de forma isolada, em detrimento de ações de PS desenvolvidas coletivamente. A maior valorização pela população do atendimento individual em detrimento dos grupos faz com que tanto os profissionais da saúde quanto as comunidades atendidas ainda não vejam a UBS como um local de PS.

“[...] Justamente a questão sobre a mudança do paradigma de saúde [...] aquela cultura médico-centrista, voltada para a atenção à doença, ao aspecto curativo, ainda está muito enraizada, não só nos profissionais de saúde, mas também na população [...]”. (GF1)

“[...] A população não vê o centro de saúde, a unidade básica de saúde como um local mesmo de PS [...]”. (GF1)

“[...] Mas, se você for avaliar o trabalho de cada um (dos profissionais do NASF), eles ainda estão muito voltados a ações clínicas [...]”. (GF2)

“[...] É difícil, tá sendo difícil mudar a ideia de que a prevenção e a promoção traz mais resultado através dos grupos operativos do que com atendimentos individuais. Pra população é difícil entender que ela vai participar de um grupo com problemas psicológicos porque ela quer ser atendida individualmente e até para os próprios profissionais da área da saúde, quando a gente fala que o nosso atendimento, ele é através de grupos operativos, ele não é tão aceito como deveria ser [...]”. (GF2)

Souza e Loch (2011) enfatizam que as ações de PS não devem ter um direcionamento apenas clínico, para que possam abranger a maior parte da população do território.

O PEF chega à unidade sem ter sua função definida. A falta de preparo da rede para recebê-lo tende a desmotivá-lo. Além disso, não há, por parte dos gestores, preparação, orientação e acompanhamento do trabalho do PEF no NASF, o que faz com que os profissionais não só sintam falta de uma diretriz comum para o seu trabalho, como se utilizem de criatividade para desenvolvê-lo.

“[...] Você chega, o pior é o desconhecimento. Você cai no posto, a pessoa que tá no posto [...] ele não sabe para que o profissional está ali. [...] como que ele pode ser útil. Acho que o principal erro no NASF hoje em dia é esse. Ele solta o profissional. Você se vira pra arrumar seu espaço, entendeu?” (GF2)

“[...] Cobram da gente coisas que não são pertinentes a nossa área, [...] a gente não tem um referencial técnico, a gente não tem ninguém pra gente responder, [...]”. (GF2)

“[...] Comecei realmente sem apoio nenhum, sem um norte [...] fica dependendo muito da gente, se eu tenho criatividade eu vou lutar, mostrar alguma ação. Se eu não tenho, alguns profissionais vão ficar assim e aí vão continuar assim [...]”. (GF2)

Falci (2013) verificou que muitos PEF que atuam no NASF desenvolveram sua própria forma de trabalho devido à inexistência de uma definição das atribuições do PEF e do seu trabalho na APS. Da mesma forma, Andrello *et al.* (2012) acreditam que a atuação do PEF na APS precisa ser mais bem definida. Para Santos e Benedetti (2012, p.193), “a Educação Física, apesar de estar vinculada a prevenção e PS, possui pouca experiência prática nos serviços públicos, logo enfrenta um desafio para definição do seu papel profissional e competências necessárias para atuação junto ao SUS”.

A pouca coordenação entre as ações dos PEF e dos demais profissionais do NASF e entre os próprios NASF foi apontada como uma dificuldade.

“[...] A gente observa que não tem uma grande coordenação de ações dos PEF do NASF e dos profissionais das outras profissões que atuam no NASF [...]”. (GF2)

“[...] A gente não tem integração nenhuma com o pessoal fora do nosso município nos NASF [...] não tem apoio, a gente não tem integração entre outro NASF [...]”. (GF2)

A portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, recomenda que haja entrosamento entre os municípios sede de NASF, o que contribuiria para criar um espaço de compartilhamento de experiências, no intuito de colaborar com as intervenções dos profissionais.

Com relação à capacitação dos profissionais, os PEF afirmam que há pouco incentivo por parte do município, sendo que as capacitações oferecidas a outros profissionais não os contemplam, o que faz com que as soluções sejam procuradas individualmente.

“[...] O educador físico, ele tá no grupo [...] Aí, quando sai uma qualificação, só vai o médico e o enfermeiro [...]”. (GF2)

“[...] Outro fator observado é falta de capacitação. Nunca existiu capacitação no NASF, nas outras equipes. Sempre a gente que corre atrás [...]”. (GF1)

De acordo com Bonfim, Costa e Monteiro (2012), o ingresso dos PEF no NASF evidenciou o pouco preparo desses profissionais para atuarem na saúde coletiva, demonstrando a necessidade de capacitá-los para atuarem na atenção primária.

Os depoentes consideram sua formação insuficiente para o desempenho das funções no NASF, relatando falta de conhecimento clínico e dificuldade para lidar com áreas específicas. Comentam a ausência de disciplinas relativas à saúde pública no curso de graduação e a necessidade de buscar mais conhecimentos.

“[...] Por melhor que seja sua formação [...] acho que às vezes falta [...] conhecimento clínico [...] eu não tenho preparo nenhum pra trabalhar com saúde mental, que eu nunca tive nenhuma disciplina voltada pra saúde mental [...]”. (GF2)

“[...] Na graduação, a gente não tem disciplina de saúde pública. É uma coisa que hoje, se a gente tá querendo entrar, o negócio tem que estar lá, pra você já graduar com isso [...]”. (GF2)

Resultados semelhantes foram encontrados por Falci (2013), que identificou entre os PEF pesquisados o reconhecimento da insuficiência de sua formação para a atuação na APS. Souza e Loch (2011) identificaram que o curso de graduação em EF não tem proximidade com a área de saúde pública, levando à necessidade de buscar novos conhecimentos. Santos e Benedetti (2012) acreditam que isso se deve ao enfoque curativo e prescritivo abordado nos cursos de graduação em EF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstraram não só a convergência das concepções de PS apresentadas pelos depoentes, como também a realização de ações de PS.

O entendimento de PS apresentado pelos entrevistados está em consonância com a definição de PS apresentada na Carta de Ottawa, relatório da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, a qual apresenta a PS como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BRASIL, 2002, p. 19). Está em consonância também com a PNPS, o que demonstra que os PEF estão trilhando um caminho coerente entre a sua prática e as orientações sobre a PS.

As ações de promoção da saúde realizadas pelo PEF no NASF são abrangentes, diversificadas e desenvolvidas em conjunto com a equipe e comunidade. Atendem a diferentes faixas etárias, grupos específicos e vulneráveis e são desenvolvidas por meio de diversas abordagens, tais como trabalho com grupos, orientação aos usuários, realização de avaliação física individual, atendimentos individuais, diferentes tipos de exercícios e atividades físicas, palestras, intervenções em escolas, formação de parcerias institucionais, realização de eventos e participação em diferentes iniciativas institucionais.

Foram apontadas dificuldades e facilidades à realização dessas ações. Entre as facilidades para a realização de ações de PS, foram elencadas a reorientação do modelo de saúde, a

participação da comunidade, a valorização do trabalho multiprofissional e intersetorial e o incentivo governamental para as práticas de atividades físicas.

Entre as dificuldades, destacaram-se a falta de infraestrutura, a falta de orientação e direcionamento quanto ao trabalho a ser realizado, a não compreensão do papel do PEF por parte dos demais profissionais, a falta de capacitação, o não entendimento pelos demais profissionais da mudança do paradigma de atendimento curativo para o da PS e a concepção destes, ainda voltada para as ações clínicas individuais, em detrimento de ações de PS coletivas.

Assim, o desenvolvimento de ações de PS pelos PEF ainda se apresenta como um grande e positivo desafio.

Os entrevistados apontaram a necessidade de consolidar seu papel na equipe, demonstrar competência e ganhar confiança e fidelidade da comunidade, através de trabalho contínuo e bem realizado.

“[...] Até a gente conseguir provar que a gente é eficiente no programa, que o nosso trabalho traz de fato um resultado, que a promoção e a prevenção têm mais valor do que a compensação em saúde. Na hora que a gente provar de fato, aí eu acho que este olhar vai mudar em relação ao PEF [...]”. (GF2)

Tal realidade evidencia a necessidade de uma maior mobilização da categoria no sentido de estabelecer canais de comunicação com os demais profissionais e com os gestores.

De uma maneira geral, observa-se que os resultados encontrados corroboram Buss e Carvalho (2009), os quais afirmam que as ações de PS são muito diversificadas e, por isso, podem estar relacionadas ao foco: sujeito, população específica ou população geral; ao objeto: podem ser abrangentes ou focar uma única questão em saúde; ao campo de ação: um ou vários dos campos apresentados na Carta de Ottawa; e à ênfase: ações abrangentes em saúde e qualidade de vida ou educativas.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C. M. É possível avaliar um imperativo ético? **Ciência e Saúde Coletiva**. v.9 n.3, p.605-615, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a08v09n3.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2013.

ANDRELLO, E. et al. Atividade física e saúde pública sob o olhar de secretários municipais de saúde. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas/RS, v.17, n.3, p.206-211, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4.ed. Lisboa: Edições 70, 2008

BONFIM, M.R.; COSTA, J.L.R.; MONTEIRO, H.L. Ações de Educação Física na saúde coletiva brasileira: expectativas *versus* evidências. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas/RS, v.17, n.3, p.167-173, 2012.

BRASIL. **Declarações das conferências de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.15-28, 2003.

BYDLOWSKI, R. B., WESTPHAL, M. F., PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p.14-24, 2004.

FALCI, D. M. **Formação para Atenção Primária à Saúde**: um estudo de caso da turma de profissionais de educação física do curso de especialização em atenção básica em saúde da família da UFMG, 2013. 77f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

FERREIRA, M.S, CASTIEL, L.D., CARDOSO, M.H.C.A. Atividade física na perspectiva da nova promoção da saúde: contradições de um programa institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16(Supl.1), p.865-872, 2011.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2ª edição. Porto Alegre. E. Buokman, 2004.

FREITAS, M.L.A.; MANDÚ, E.N.T. Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas brasileiras. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.2, p.200-205, 2010.

GATTI, B. A. **Grupo Focal nas Ciencias Sociais e Humanas**. Série Pesquisa em Educação, v.10. Brasília: Líber Livro, 2005. 77p.

HALLAL, P. C. et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 70-78, 2010.

LOCH, M.R. et al. A saúde pública nos anais do Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde (1997-2009): revisão sistemática. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, v.16, n.2, p.162-167, 2011.

MALTA, D. C. *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde a agenda da atividade física no contexto do SUS. In: **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.18, n.1, 79-86pg, jan-mar 2009.

MARCONDES, W. B. A convergência de referencias na Promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p.5-13, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 269p 2004.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo Da Saúde**, v.4, n.1, p.92-96, 2010.

PINAFO, E. et al. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.201-221, 2011.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**, 44(3), p.657-664, 2010.

SANTOS, S. F. S.; BENEDETTI, T. R. B. Inserção da Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas/RS, v.17, n.3, p.188-194, 2012.

SOUZA, S. C., LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas/RS, v.16, n.1, p.5-10, 2011.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção do PEF na APS, especificamente no NASF, configura-se um desafio para esse profissional uma vez que passa a lidar com questões até então não usuais em sua prática cotidiana. Dentre elas, cita-se o trabalho em equipe e a realização de ações de PS, nos âmbitos individual e coletivo.

Frente a essa nova realidade o CONFEF elaborou documentos que orientam e norteiam a atuação dos profissionais nas diferentes áreas, em especial na área da saúde. A análise dos documentos evidenciou o esforço da categoria em definir o papel, regular o exercício profissional, atribuir funções, incorporar conceitos e definir as áreas de atuação da EF. Demonstrou também que a abordagem à APS se deu de maneira gradativa.

Para melhor compreender a atuação do PEF na APS, julgou-se importante analisar as ações de PS realizadas por eles no NASF de forma a identificar as ações e as variáveis que as facilitam e dificultam.

Os resultados demonstraram que o conceito de PS apresentado pelos entrevistados está relacionado ao não adoecimento, à recuperação da saúde, a uma melhor qualidade de vida e à adoção de hábitos saudáveis e é multidimensional.

As ações de PS do PEF no NASF são realizadas de forma a atender o indivíduo e a coletividade e desenvolvidas em conjunto com a equipe e comunidade. São direcionadas a grupos diversos – diabéticos, hipertensos, gestantes, tabagistas, adolescentes e idosos – e desenvolvidas por meio de diferentes estratégias – práticas corporais, exercícios e atividades físicas, palestras, eventos, intervenção em escolas, formação de parcerias, entre outros.

Os PEF elencaram como facilidades para a realização de ações de PS o maior incentivo que a prática de AF tem tido pelos três níveis de governo, a reorientação do modelo de saúde, a participação da comunidade, a valorização do trabalho multiprofissional e intersetorial, a utilização do planejamento e o consequente diagnóstico situacional, o reconhecimento e entendimento do papel do PEF por parte dos demais profissionais e estar cursando uma pós-graduação em Atenção Básica, CEABSF.

Na categoria dificuldades, destacaram-se a falta de infraestrutura, a falta de orientação e direcionamento quanto ao trabalho a ser realizado, a não compreensão do papel do PEF por parte dos demais profissionais, a falta de capacitação, o não entendimento pelos demais

profissionais da mudança do paradigma de atendimento curativo para o da PS e a concepção destes, ainda voltada para as ações clínicas individuais, em detrimento de ações de PS coletivas.

Observa-se, dessa forma, que a atuação do PEF no NASF na realização de ações de PS se configura como um grande e positivo desafio que necessita do envolvimento e dedicação de muitos atores, entre eles a própria categoria, o conselho, os demais profissionais e os gestores.

Espera-se com este trabalho contribuir com a Educação Física, nas novas perspectivas e demandas de atuação do profissional na APS, especificamente no NASF. Além disso, espera-se que, a partir das investigações acerca do conhecimento e atuação desses profissionais no tocante às ações de PS, possa-se contribuir com uma atuação de qualidade e coerente com o proposto para a APS.

REFERÊNCIAS (Considerações Iniciais e Método)

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4ª edição. Ed: Lisboa, 2008.

BRASIL. **Resolução 218**, 06 de março de 1997, Brasília, 1997. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol97/res21897.htm>. Acesso em: 23 set. 2011.

BRASIL. **Lei nº 9.696**, Brasília, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9696.htm. Acesso em: 23 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v.3(1), p.113-125, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Caderno de Atenção Básica**, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf Acesso em: 03 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011**. Revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Carta Brasileira de Educação Física**. Rio de Janeiro: CONFEF, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Documento de Intervenção do Profissional de Educação Física**. Rio de Janeiro, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **RESOLUÇÃO CONFEF nº 046/2002**, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde**. Rio de Janeiro: CONFEF, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Recomendações sobre condutas e procedimentos do Profissional de Educação Física**. Rio de Janeiro: CONFEF, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **RESOLUÇÃO CONFEF nº 229/2012**, 2012. Disponível em: http://www.confef.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=301&textoBusca= Acesso em: 25 de maio de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **RESOLUÇÃO CONFEF nº 231/2012**, 2012. Disponível em: < http://www.confef.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=303&textoBusca=> Acesso em: 25 de maio de 2013.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2ª edição. Porto Alegre. E. Buokman, 2004.

GATTI, B. A. **Grupo Focal nas Ciencias Sociais e Humanas**. Série Pesquisa em Educação, v.10. Brasília: Líber Livro, 2005. 77p.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa – tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v.35, p.20-29, 1995.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Londres, v. Saúde no Brasil, p.11-31, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/the_lancet_05_2011.pdf. Acesso em: 05 de março de 2012.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**. v.29, n.4, São Paulo, Aug., 1995.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TURATO, E.R. Métodos Qualitativos e Quantitativos na área da Saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública** 2005; 39(3): 507-14.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v.15, p.225-264, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Termo de Consentimento livre e Esclarecido - TCLE

Prezado (a) senhor (a), convidamos V. As. a participar da pesquisa intitulada “Programa de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica”. A pesquisa será desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina / Departamento de Medicina Preventiva e Social / UFMG, pela mestrandia Gisele Marcolino Saporetti, orientada pelo Professor Doutor Paulo Sérgio Carneiro Miranda e co-orientada pela Professora Soraya Almeida Belisário. Entre os objetivos apresentados pela pesquisa está o de analisar as ações de promoção da saúde realizadas pelos Profissionais de Educação Física inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Sua participação é voluntária e a entrevista será gravada e posteriormente transcrita. A sua identificação será mantida sob sigilo e os resultados serão utilizados somente para fins científicos, por meio de trabalhos técnico-científicos, preservando o anonimato. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG, tendo sido aprovado. Informamos que você poderá solicitar as informações que desejar da pesquisadora, a qualquer momento do estudo e ainda cancelar sua participação a qualquer instante, sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao seu trabalho, bem como solicitar informações adicionais. Essa participação não trará nenhum ônus e nenhum benefício financeiro a você.

Eu _____ CI _____, declaro que obtive de forma voluntária esse TCLE para participação nesse estudo e fui esclarecido (a) sobre a finalidade da pesquisa e concordo em participar da entrevista solicitada, sabendo que meu nome será mantido em sigilo e os resultados apenas para fins científicos.

Entrevistado

Gisele Marcolino Saporetti – Pesquisadora

-
1. Contato COEP/UFMG: Av. Presidente Antonio Carlos, 667 – Unidade Administrativa II – 2º andar, sala 2005/Campus Pampulha, CEP: 31270-901, Belo Horizonte-MG, telefone: (31) 3409-4592, e-mail: coep@prpq.ufmg.br
 2. Contato dos pesquisadores: Gisele M. Saporetti, Prof. Dr. Paulo Sérgio C. Miranda e Profa. Soraya Almeida Belisário – Faculdade de Medicina / UFMG, Av. Alfredo Balena, 190, salas 712, 814 e 701, respectivamente. Bairro Santa Efigenia, CEP: 30.130-000, Belo Horizonte-MG, telefone: (31) 3409-9687, e-mail: gisele@nescon.medicina.ufmg.br

APÊNDICE B - Roteiro para desenvolvimento do Grupo Focal

1. O que vocês entendem por promoção da saúde?
2. No seu trabalho, no NASF, você desenvolve ações de promoção da saúde?
3. Quais fatores facilitam as ações de promoção da saúde que vocês realizam no contexto do NASF?
4. Quais fatores dificultam as ações de promoção da saúde que vocês realizam no contexto do NASF?

ANEXOS

ANEXO A – Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 01140812.1.0000.5149

Interessado(a): Profa. Elza Machado de Melo
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 30 de maio de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Assinatura manuscrita da Coordenadora do COEP-UFMG.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG