

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ UNOCHAPECO
PÓS-GRADUAÇÃO EDUCAÇÃO FÍSICA

MARCIO PEREIRA PUTZEL

**EFEITOS DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS:
percepções de usuários e profissionais da saúde**

Chapecó – SC, abril de 2011

MARCIO PEREIRA PUTZEL

**EFEITOS DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS:
percepções de usuários e profissionais da saúde**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de especialista em Educação Física da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.

Área de concentração: Atividade Física e Saúde

Orientador: Altamir Trevisan Dutra.

Coorientadora: Carine Vendruscolo

Chapecó – SC, abril de 2011

MARCIO PEREIRA PUTZEL

**EFEITOS DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS:
percepções de usuários e profissionais da saúde**

Pesquisa apresentada ao curso de pós-graduação em Educação Física (Área de concentração: Atividade Física e Saúde) da Universidade Comunitária da Região de Chapecó -UNOCHAPECÓ. Teve o objetivo de “avaliar as percepções de usuários e profissionais da saúde sobre atividade física orientada no programa Hiperdia da Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Planalto Alegre - SC”.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Mestre Altamir Trevisan Dutra (Orientador)
Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ

Profª Mestre Carine Vendruscolo
Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ

Profª Flávia Barbosa
Fundação de Assistência Social de Chapecó - FASC

RESUMO

EFEITOS DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde

Objetivo: Avaliar as percepções de usuários e profissionais da saúde sobre atividade física orientada no programa Hiperdia da Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Planalto Alegre-SC. **Metodologia:** A pesquisa foi realizada com dez usuários da UBS que participaram do projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade e quatro profissionais da saúde que participaram diretamente das atividades. Foram coletados documentos como a ficha de avaliação individual contendo Índice de Massa Corporal (IMC), Relação Cintura e Quadril (RC/Q), Pressão Arterial (PA) e uma entrevista semi-estruturada realizada individualmente, gravada em aparelho digital. Os dados das entrevistas foram analisados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). **Resultados:** Na percepção dos profissionais da saúde com *relação aos usuários* houve estabilidade da PA, mudanças no estilo de vida, na autoestima e melhoraram o condicionamento físico. Com relação à UBS e profissionais da saúde houve mais acompanhamento e cobrança dos usuários que não participam do projeto, com objetivo de querer participar, diminuiu e estabilizou o número de consultas e as doses de medicamentos, e houve melhora na autoestima dos profissionais. Com relação ao município, houve oferta de mais um serviço para os usuários, mas ainda não se pode fazer uma avaliação. A atividade física orientada por um professor de Educação Física é uma forma de controle e deve seguir a orientação de um profissional habilitado na área. Nas percepções dos usuários, no que se refere à participação dos mesmos em atividade física orientada antes do projeto: cinco usuários nunca participaram e cinco participaram de algum tipo de atividade física orientada. Quatro já participaram de ginástica uma vez por semana, uma hora, e um já fez hidroginástica, duas vezes por semana com uma hora cada aula. Com relação à realização das atividades físicas durante os encontros, houve mudanças no condicionamento físico e melhora na socialização, se encontram mais, fazem mais amizade. Com relação às tarefas diárias, os usuários se movimentam mais, se sentem mais confiante para fazer as tarefas de casa e alguns não sentiram muita diferença. Com relação às mudanças na vida de forma geral dos usuários, *eles* sentem mais firmeza para fazer atividades físicas e do cotidiano. A PA apresenta índices de normalidade, melhorou o convívio social, diminuíram as dores, dormem e respiram melhor, o estresse diminuiu e alguns conseguiram emagrecer. A atividade física orientada por um professor de Educação Física é importante, pois, “sem o professor, não é mais igual. Parece que falta algo e o professor sabe o que pode fazer e o que não pode” afirmam os usuários. **Considerações finais:** As percepções dos profissionais da saúde e usuários são inúmeras. Os efeitos da atividade física orientada como aconteceu no contexto pesquisado apresentou mudanças individuais e coletivas para usuários e profissionais da saúde em vários aspectos: biológico, social, afetivo, psicológico, participação, interdisciplinar, econômica, política. Também possibilitou avançar com o objetivo de refletir, qualificar e apontar ações que possam melhorar a prática de atividade física orientada, realizada no projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade.

Palavras-chave: Atividade física orientada, Sistema Único de Saúde (SUS), Usuários e profissionais da saúde.

LISTA DE TABELAS

Nº	TÍTULO	Pág.
PROFISSIONAIS DA SAÚDE		
TABELA 01	Distribuição dos profissionais da saúde por sexo.....	29
TABELA 02	Distribuição dos profissionais da saúde por faixa etária.....	30
TABELA 03	Distribuição dos profissionais da saúde por escolaridade.....	30
TABELA 04	Distribuição dos profissionais da saúde por profissão.....	30
TABELA 05	Distribuição dos profissionais da saúde por tempo de atuação na profissão.....	31
TABELA 06	Distribuição dos profissionais da saúde por tempo de atuação na Unidade Básica de Saúde.....	31
USUÁRIOS		
TABELA 07	Distribuição dos usuários por sexo.....	32
TABELA 08	Distribuição dos usuários por faixa etária.....	32
TABELA 09	Distribuição dos usuários por escolaridade.....	32
TABELA 10	Distribuição dos usuários por profissão.....	33
TABELA 11	Distribuição dos usuários por quantidade de pessoas que morram na família.....	33
TABELA 12	Distribuição dos usuários por renda média mensal do grupo familiar.....	33

ANÁLISE DOCUMENTAL

TABELA 13	Distribuição das medidas dos usuários coletadas na ficha de avaliação individual utilizada no projeto Movimento Saudável: Saúde não tem Idade: Índice de Massa Corporal (IMC), Relação Cintura e Quadril (RCQ) e Pressão Arterial (PA).....	36
TABELA 14	Distribuição do Índice de Massa Corporal (IMC) de acordo com a idade.....	37
TABELA 15	Distribuição da Relação entre Cintura e Quadril (RCQ) de acordo com a idade e sexo.....	38
TABELA 16	Classificação diagnóstica da Hipertensão Arterial para pessoas acima de 18 anos de idade.....	40
TABELA 17	Participação dos usuários em atividade física orientada antes do projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade.....	49

LISTA DE QUADROS

Nº	TITULO	Pág.
QUADRO 1	Ações de responsabilidade do professor de Educação Física descritas na Política Nacional de Promoção da Saúde.....	26
QUADRO 2	Ações de responsabilidade do professor de Educação Física descritas na Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 que cria os Núcleos de Apoio Saúde da Família – NASF.....	28
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE		
QUADRO 3	Síntese sobre as mudanças que ocorreram para os usuários.....	41
QUADRO 4	Síntese sobre as mudanças que ocorreram para Unidade Básica de Saúde (UBS) e para os profissionais da saúde.....	43
QUADRO 5	Síntese sobre as mudanças que ocorreram para o município.....	45
QUADRO 6	Síntese sobre a importância da orientação da atividade física orientada por um professor de Educação Física.....	46
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS		
QUADRO 7	Síntese sobre as mudanças que ocorreram na realização das atividades física durante os encontros.....	50
QUADRO 8	Síntese sobre as mudanças que ocorreram na realização das tarefas diárias.....	52
QUADRO 9	Síntese sobre as mudanças que ocorreram na vida de forma geral.....	54
QUADRO 10	Síntese sobre a importância da orientação da atividade física orientada por um professor de Educação Física	59

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RCQ	Relação Cintura e Quadril
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

CAPITULO I - INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA.....	12
1.1 Contextualizando o problema e justificativa.....	12
CAPITULO II – METODOLOGIA.....	15
2.1 Caracterização da pesquisa.....	15
2.2 Cenário do estudo.....	15
2.3 Sujeitos da pesquisa.....	17
2.4 Critérios de inclusão e exclusão para participar da pesquisa.....	17
2.5 Instrumentos de coleta de dados.....	17
2.5.1 A pesquisa bibliográfica.....	17
2.5.2 A pesquisa de campo (documentos e entrevista).....	18
2.6 Procedimentos de coleta de dados.....	19
2.7 Análise dos dados.....	19
CAPITULO III - REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS).....	21
3.2 Promoção da saúde.....	23
3.3 Atividade física no Sistema Único de Saúde (SUS).....	24
3.3.1 Ações de responsabilidades do professor de Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS).....	26
CAPITULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
4.1 Resultados da caracterização dos profissionais da saúde.....	29
4.1.1 Descrição da caracterização dos profissionais da saúde.....	31
4.2 Resultados da caracterização dos usuários.....	32
4.2.1 Descrição da caracterização dos usuários.....	34
4.3 Efeitos da atividade física no Sistema Único de Saúde (SUS).....	34

4.3.1 Medidas do Índice de Massa Corporal (IMC), Relação Cintura Quadril (RCQ) e Pressão Arterial (PA) dos usuários que participaram da pesquisa.....	35
4.3.1.1 Medida do Índice de Massa Corporal (IMC).....	36
4.3.1.2 Medida da Relação entre Cintura e Quadril (RCQ).....	37
4.3.1.3 Medida da Pressão Arterial (PA).....	38
4.4 Efeitos da atividade física no Sistema Único de Saúde (SUS) na percepção dos profissionais da saúde.....	40
4.4.1 Resultados sobre as mudanças que ocorreram para os usuários.....	41
4.4.1.1 Discussão sobre as mudanças que ocorreram para os usuários.....	41
4.4.2 Resultados sobre as mudanças que ocorreram para a Unidade Básica de Saúde (UBS) e profissionais da saúde.....	42
4.4.2.1 Discussão sobre as mudanças que ocorreram para a Unidade Básica de Saúde (UBS) e profissionais da saúde.....	43
4.4.3 Resultados sobre as mudanças que ocorreram no município.....	45
4.4.3.1 Discussão sobre as mudanças que ocorreram no município.....	45
4.4.4 Resultados sobre a importância da atividade física orientada por um professor de Educação Física.....	46
4.4.4.1 Discussão sobre a importância da atividade física orientada por um professor de Educação Física.....	47
4.5 Efeitos da atividade física no Sistema Único de Saúde (SUS) na percepção dos usuários.....	48
4.5.1 Resultados da participação dos usuários em atividade física orientada antes do projeto.....	49
4.5.1.1 Discussão sobre a participação dos usuários em atividade física orientada antes do projeto.....	49
4.5.2 Resultados sobre as mudanças na realização das atividades físicas durante os encontros.....	50
4.5.2.1 Discussão sobre as mudanças na realização das atividades físicas durante os encontros.....	51
4.5.3 Resultados sobre as mudanças na realização das tarefas diárias.....	52
4.5.3.1 Discussão sobre as mudanças na realização das tarefas diárias.....	53

4.5.4 Resultados sobre as mudanças na vida de forma geral.....	54
4.5.4.1 Discussão sobre as mudanças na vida de forma geral.....	56
4.5.5 Resultados sobre a importância da atividade física orientada por um professor de Educação Física.....	59
4.5.5.1 Discussão sobre a importância da atividade física orientada por um professor de Educação Física.....	61
4.6 Considerações finais.....	61
REFERÊNCIAS.....	67
ANEXOS.....	71
ANEXO I - Modelo de ofício.....	72
ANEXO II – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	73
ANEXO III – Termo de consentimento para uso de gravação de voz.....	74
APÊNDICES.....	75
APÊNDICE I - Roteiro de entrevista para os profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Planalto Alegre/SC.....	76
APÊNDICE II - Roteiro de entrevista para os usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de Planalto Alegre/SC.....	77

CAPITULO I – INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

1.1 Contextualizando o problema e justificativa

As atividades físicas estão gradativamente sendo implementadas no Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Brasil, principalmente a partir da agenda de compromissos pela saúde de 2005 do Ministério da Saúde (MS) e pela aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006, para a possibilidade de ampliar e qualificar a atenção básica a saúde da população.

No município de Planalto Alegre - SC a parceria entre o Departamento de Saúde e Assistência Social ampliou as ações (atividades físicas orientadas por um profissional de Educação Física) promovidas junto à Unidade Básica de Saúde (UBS) e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do município. Um dos grupos que está participando das atividades físicas é composto por pessoas que fazem parte do programa Hiperdia. Percebendo a importância que a literatura atribui para a inserção da prática de atividades físicas no contexto do SUS, neste momento, fez-se necessário ouvir os usuários e profissionais que estão envolvidos e usufruindo de tais atividades.

O Ministério de Saúde (MS), em setembro de 2005, definiu uma agenda de compromissos pela saúde composta por três grandes eixos: o pacto em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS); o pacto em defesa da vida; e o pacto de gestão (BRASIL, 2006c). Dentre os três eixos, destaca-se o Pacto pela Vida que tem a atividade física como uma de suas macroprioridades, visando o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS. Tais fatos estão descritos no item Promoção da Saúde, cujos objetivos são, entre outros: Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade das três esferas de gestão; Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar

a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo; Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros (BRASIL, 2006b).

A agenda denominada Pacto pela Saúde 2006, resultou na publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006. O objetivo geral desta política é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e o risco à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006c).

Assim como a atividade física é uma das macroprioridades do Pacto pela Vida, na Política Nacional de Promoção da Saúde “em atenção à ampliação do conceito de saúde [...], foram eleitas áreas temáticas prioritárias para a implementação” desta política. “Entre elas destaca-se a indução de atividades físicas-práticas corporais, reflexo da importância conferida a um modo de viver ativo como fator de proteção à saúde” (MALTA et al, s/p, 2009).

O incentivo às práticas corporais, por exemplo, deve privilegiar estratégias que garantem a existência de espaços prazerosos e adequados (pistas de caminhadas, cicloviárias, praças públicas, espaços para a prática de esporte e lazer) segurança, arborização e transporte público, e outras. Trata-se de investir no debate sobre o planejamento urbano, a mobilidade urbana e as desigualdades e iniquidades no acesso a espaços públicos saudáveis (MALTA et al, s/p, 2009).

A Política Nacional de Promoção da Saúde compreende que as ações de saúde devem ampliar as concepções em torno do contexto da saúde, "tomando como objeto às necessidades de saúde". Aponta ainda, que as ações em saúde devem “incidir sobre as condições de vida favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e do coletivo, no território onde vivem e trabalham" (BRASIL, 2006c, p. 11). O incentivo às atividades físicas pela Política Nacional de Promoção da Saúde e o incentivo a práticas como caminhada, ginástica, lutas, dança, entre outras, passam a fazer parte das possibilidades relativas aos cuidados para com a saúde (FREITAS, CARVALHO & KUNDRÁT BRASIL, 2006).

Dessa forma, este estudo possibilitou rever a prática do profissional de Educação Física, qualificando a forma metodológica de trabalho, ampliando-se a visão para apreender a ouvir os sujeitos/usuários e profissionais da saúde que participam das ações inseridas no contexto do SUS. Como dizem as autoras acima "olhar e ouvir aquele que se deseja atender e aquele que

necessita ser atendido é um passo na busca por respostas às dúvidas e dificuldades que permeiam a formação e a prática profissional" (2006, p. 180).

A pesquisa traz algumas respostas e desafios para entendermos melhor à prática de atividade física orientada no contexto do SUS, a partir da percepção dos usuários e profissionais envolvidos. Desenvolvida na região oeste de Santa Catarina, permitiu refletir sobre tais práticas durante minha pós-graduação em Educação Física, para uma formação sólida. Os resultados possibilitarão melhorias na prática profissional em Educação Física no contexto do SUS, onde há poucos estudos nesta área. Portanto, este trabalho é um passo para a difusão do conhecimento em nossa região, pois a prática da atividade física começa a ser inserida no contexto do SUS, permitindo assim qualificar e ampliar os serviços prestados nas UBS.

A escolha dessa temática se dá porque durante minha graduação desenvolvi estudos voltados à temática atividade física no SUS, pois há pouca bibliografia sobre a orientação destas atividades em tal contexto. Desde então tenho me lançado na busca por conhecer melhor o SUS, pois vejo o compromisso e responsabilidade social, enquanto profissional de Educação Física, de retornar e compartilhar com a sociedade um pouco do conhecimento que adquiri durante os anos de graduação e desta pós-graduação. Nesse sentido, pretendo primeiro qualificar o estudo de uma realidade, implantar práticas de acordo com as políticas de saúde e na sequência propor reflexões contextuais, construindo conhecimentos por meio de projetos de pesquisa.

Considerando os elementos até aqui abordados, fez-se o seguinte questionamento: Quais as percepções de usuários e profissionais da saúde sobre atividade física orientada no programa Hiperdia da UBS do município de Planalto Alegre-SC?

Como objetivo geral, se pretendeu avaliar as percepções de usuários e profissionais da saúde sobre atividade física orientada no programa Hiperdia da UBS do município de Planalto Alegre-SC.

Para atender ao objetivo geral, os objetivos específicos foram Identificar a percepção de usuários e profissionais da saúde sobre atividade física orientada no programa Hiperdia da UBS do município de Planalto Alegre-SC.

CAPITULO II – METODOLOGIA

2.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho participativo. Avaliação qualitativa de programas é aquela que, sem prejuízo da inserção de outras dimensões, necessariamente, inclui os atores envolvidos na produção das práticas, suas demandas subjetivas, valores, sentimentos e desejos (BOSI, 2006).

2.2 Cenário do estudo

A presente pesquisa foi realizada no município de Planalto Alegre–SC, mais especificamente no projeto “Movimento Saudável: Saúde não tem idade”.

O município localiza-se na região oeste de Santa Catarina, pertencendo à microrregião da AMOSC. A Economia do município é baseada na produção agrícola e agropecuária. O mesmo possui 2.764 habitantes. Destes, 1.116 vivem na cidade e o restante vivem nas comunidades do interior (SIAB, 2010). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,817 (IBGE, 2010).

O município de Planalto Alegre não possui Hospital, mas conta com uma UBS que atende toda a população. Esta Unidade é composta por uma Equipe de Saúde da Família, ou seja, seis Agentes Comunitários de Saúde, um Técnico de Enfermagem, uma Enfermeira, um Auxiliar de Dentista e um Médico. Desses profissionais, dois Agentes Comunitários de Saúde, um Técnico em Enfermagem e uma Enfermeira, além da Secretária de Saúde e da Auxiliar

Administrativo participam diretamente do “Projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade”, onde foi realizada a pesquisa. Esse projeto atende usuários do programa Hiperdia que atualmente tem 302 (SIAB 2010) usuários cadastrados pela Secretaria Municipal de Saúde do município.

O “Projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade” faz parte das atividades promovidas pela UBS do município desde o final de abril de 2010. Foi criado pelo Departamento de Saúde do município de Planalto Alegre – SC com intuito de melhorar as condições e a qualidade de vida dos usuários hipertensos cadastrados no município. O número de usuários que participam do projeto é de onze pessoas. Nove usam e dois não usam a medicação para a pressão arterial.

Neste projeto são realizadas atividades físicas orientadas por um profissional de Educação Física que é contratado pelo Departamento de Assistência Social do município, atuando mais diretamente no programa sócio-educativo. Pelo fato do professor ser cedido pelo Departamento de Assistência Social ao Departamento de Saúde, as atividades físicas acontecem somente duas vezes por semana, nas terças e sextas-feiras, com aulas de trinta e sessenta minutos respectivamente, nas dependências do Centro de Idosos do município de Planalto Alegre – SC.

As principais atividades realizadas no projeto são: verificar a Pressão Arterial (PA) antes e após as atividades físicas; Medidas do Índice de Massa corporal (IMC) e Relação Cintura e Quadril (RCQ) realizadas a cada três meses; exercícios de circunduções; ginástica localizada, caminhada; corrida; exercícios de coordenação motora grossa e fina; brincadeiras; exercícios de alongamento, relaxamento e flexibilidade. No final das atividades é utilizada uma escala de esforço subjetivo para saber a intensidade dos exercícios.

No decorrer do projeto, os usuários também tiveram uma orientação de um profissional Nutricionista e de um Fisioterapeuta. Essas são atividades extras oferecidas aos usuários, no entanto, sabe-se que precisaria de um acompanhamento desses e outros profissionais da saúde para melhor efetividade de tais ações.

2.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram dez usuários que participam das atividades físicas orientadas do programa Hiperdia e quatro profissionais da saúde da UBS do município de Planalto Alegre - SC que participaram diretamente do projeto de atividade física orientada.

2.4 Critérios de inclusão e exclusão para participar da pesquisa

Foram critérios para a inclusão na pesquisa: participar no mínimo seis meses do projeto e concordar em participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: ter interrompido as atividades durante os seis primeiros meses e não concordar em participar do estudo.

2.5 Instrumentos de coleta de dados

Esta pesquisa combinou pesquisa bibliográfica sobre atividade física no SUS e pesquisa de campo, com ênfase nesta última, considerando esta a principal etapa, “etapa essencial da pesquisa qualitativa, que a rigor não poderia ser pensada sem ele” (Minayo, 2004, p.105).

2.5.1 A pesquisa bibliográfica

Foi realizada com intuito de mapear o que a comunidade científica está produzindo relativo ao tema atividade física no SUS. Foram utilizados artigos, documentos e livros sobre a temática SUS, Promoção da Saúde, Atividade Física no SUS e ações de responsabilidades do professor de Educação Física descritas na Política Nacional de Promoção da Saúde e Portaria nº

154 que cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), materiais encontrados na internet e livros sobre o tema.

2.5.2 A pesquisa de campo

Foram utilizados basicamente dois instrumentos (há pesquisa de campo): Coleta de documentos e entrevista semiestruturada.

1) Documentos: Os documentos analisados foram a ficha de avaliação individual utilizada para a coleta de dados no projeto de atividade física orientada.

2) Entrevista: Construção e validação da entrevista

Foram utilizados dois roteiros de entrevista semiestruturada, APENDICE I (profissionais da saúde) e APENDICE II (usuários), com questões fechadas e abertas possibilitando respostas estruturadas e discursivas com ênfase nessa última. O desenvolvimento das questões levou em consideração os objetivos desse estudo.

Para validação da entrevista foi desenvolvido um estudo preliminar em julho de 2010 com cinco sujeitos que participam do projeto Idoso em Movimento, realizado no município de Planalto Alegre – SC, no qual, são realizadas atividades físicas orientadas por um professor de Educação Física. Atividades essas semelhantes às realizadas no projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade.

A entrevista foi usada para obter dados de natureza mais subjetiva que se referem diretamente à pessoa entrevistada – suas atitudes, seus valores, suas opiniões. Foram informações em nível mais profundo da realidade, sendo denominadas frequentemente pelos cientistas sociais de subjetivo e, portanto dependeram da contribuição dos sujeitos envolvidos (MINAYO, 2004).

As perguntas para os profissionais da saúde foram as seguintes: Sexo, faixa etária; escolaridade e área de concentração; função que exerce na Unidade; tempo de atuação na profissão e na Unidade, respectivamente; mudanças que ocorreram após a inserção de atividade física orientada no SUS: para os usuários; para a UBS e profissionais da saúde; para o município e a importância da atividade física orientada por um profissional de Educação Física.

As perguntas para os usuários foram as seguintes: Nome; faixa etária; idade; escolaridade e profissão; quantas pessoas morram na família; qual a renda média mensal do grupo familiar; o que mudou após a inserção de atividade física orientada no SUS: na realização das atividades físicas durante os encontros; na realização das tarefas diárias; na vida de forma geral e a importância da atividade física orientada por um profissional de Educação Física.

2.6 Procedimentos de coleta de dados

Foi solicitado por meio de um ofício ao Departamento de Saúde do Município, autorização para realização da pesquisa. Após aceito foi encaminhado o termo de consentimento livre e esclarecido aos usuários e profissionais da saúde.

Os documentos foram coletados após a aceitação da Secretária de Saúde do município para a realização da pesquisa. Para coleta dos dados, por meio da entrevista, foi agendado dia, local e horário e realizada individualmente, gravada em aparelho digital e, posteriormente, transcrita. Os materiais foram submetidos à avaliação dos entrevistados, os quais puderam decidir sobre a utilização ou não de seu depoimento. Neste caso os pesquisados assinaram o termo de consentimento para uso de gravação de voz (ANEXO III).

Após esse procedimento iniciou-se a análise dos dados.

2.7 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e os depoimentos organizados segundo as categorias: ancoragem, ideia central, expressões-chave e DSC, o qual é “uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornais, matérias de revistas semanais, cartas, *papers* de revistas especializadas etc.” (Lefevre & Lefevre, 2000a). Ancoragem são as justificativas e teorias que permitem que os eventos da vida cotidiana codificadas em discursos “façam sentidos” para os indivíduos que os vivenciam (Lefevre & Lefevre, 2000b). As ideias centrais são “a(s)

afirmação(ões) que permite(m) traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seus depoimentos.” (Lefevre & Lefevre, 2000b, p.18). Expressões-chaves são constituídas por transcrições literais de partes dos depoimentos, que permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento. Busca-se o resgate da literalidade do depoimento. Esse resgate é fundamental para que o leitor, quando comparar um trecho selecionado do depoimento com a integralidade do discurso e com as afirmativas reconstruídas sob a forma de ideias centrais seja capaz de julgar a pertinência ou não da seleção e da tradução dos depoimentos (Lefevre & Lefevre, 2000b).

CAPITULO III - REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Em se tratando de saúde, o SUS representa o maior projeto público de inclusão social no Brasil. Mais de 70% da população brasileira depende exclusivamente dele para ter acesso à saúde (CONASEMS, 2008).

O MS (BRASIL, 1997a) afirma que o SUS tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão, e nesse sentido, saúde torna-se um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2007) em garanti-la por meio de ações e serviços que serão prestados à população.

As ações e os serviços prestados à população por meio do SUS, seguem os seguintes princípios e diretrizes: acesso universal; integralidade; preservação da autonomia; igualdade da assistência à saúde; direito à informação; divulgação de informações; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; integração; conjugação dos recursos; capacidade de resolução dos serviços e organização dos serviços públicos (BRASIL, 1990).

Conforme Brasil (1990), o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o SUS. Estão incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

No SUS encontra-se inserida a Atenção Básica à Saúde (ABS) conhecida como porta de entrada do sistema e que dá acesso às ações primárias de saúde. A atenção básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006a). Tais aspectos se fortalecem com a configuração de um trabalho coletivo. O trabalho em equipe consiste numa modalidade coletiva que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.

Para o MS (BRASIL, 1997a), as diretrizes operacionais da proposta do Programa Saúde da Família (PSF) sugerem a possibilidade do envolvimento do profissional de Educação Física, quando ressaltam o trabalho multiprofissional dentro das equipes do PSF. Coutinho (2005) afirma que, no Brasil, já é possível identificar algumas iniciativas de equipes de Saúde da Família desenvolvendo os projetos relacionados à prática de atividade física como forma de promoção da saúde ou prevenção de doenças. Partindo desse ponto, torna-se possível a exploração do campo e identificação das possíveis respostas dos usuários e profissionais da saúde a respeito dos efeitos da atividade física orientada no contexto do SUS.

“As reflexões sobre promoção da saúde, intersetorialidade e modos de viver saudáveis marcam as ações do Ministério da Saúde relacionadas às suas políticas de incentivo a atividade física pelo SUS” (MALTA et al, s/p, 2009). Sendo assim, é importante salientar que a participação social se estabelece cada vez mais participativa no intuito de desenvolver e fortalecer as políticas públicas de saúde.

Para congregarmos os direitos e deveres da sociedade no aspecto participativo no crescimento do SUS faz-se necessário trazer a discussão das políticas de promoção da saúde sobre a prática da atividade física como possibilidade de intervenção no contexto do SUS. A seguir aponta-se uma breve compreensão do que entendemos por promoção da saúde.

3.2 Promoção da saúde

A promoção da saúde vem sendo discutida desde a década de 70 do século XX, a partir de documentos importantes: Informe Lalonde – Canadá, 1974; Declaração de Alma -Ata - Rússia, 1978; Cartas internacionais/globais sobre promoção da saúde: Carta de Ottawa – Canadá, 1986; Adelaide – Austrália, 1988; Sundsvall – Suécia, 1991; Jacarta – Indonésia, 1997; México - 1999, e outras de caráter sub-regional: Santa fé de Bogotá – Colômbia, 1992 e Carta do Caribe - Trinidad e Tobago, 1993 (BUSSS, 2000; BRASIL, 2002). “As diversas Conferências Mundiais evidenciam a promoção da saúde como um paradigma alternativo para políticas de saúde [...]”, (MASCARENHAS, 2005, p. 43).

No Brasil, podemos citar documentos importantes como a VIII Conferência Nacional de Saúde – Brasil, 1986; Constituição Federal Brasileira com características de promoção da saúde - Brasil, 1988; Lei Orgânica - 8.080 da saúde, reafirmando os princípios promocionais da Constituição – Brasil, 1990 (BUSS, 2000), Lei - 8.142, de 28 de dezembro de 1990, entre outras conferências e documentos sobre promoção da saúde que visam melhorar as condições de vida da população brasileira e também mundial.

Conforme Buss, (2000) o termo promoção da saúde, está associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. São combinações estratégicas do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Atua com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos. O mesmo autor cita que, na modernidade a promoção da saúde tem como característica o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde.

Reforçando tal citação Verdi (2002 apud Mascarenhas 2005, p. 47) cita que “[...] promover a saúde implica, também, dirigir o olhar ao coletivo de indivíduos e ao ambiente em todas as dimensões, física, social, política, econômica e cultural. Nesse processo dinâmico de discussões sobre promoção da saúde, “olhar para o individuo só, ignorando seu contexto e de forma fragmentada, jamais permitirá que se chegue a sua totalidade, onde estão de fato ilustradas

as suas necessidades” (MASCARENHAS, 2005p. 47). A saúde não poderá ser mais vista de forma individual e fragmentada.

Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006c, p. 9).

Percebendo a necessidade de ações que ampliassem a visão sobre os fatores que colocam a saúde da população em risco, ações como a prática da atividade física no contexto do SUS começam a ser inseridas, sendo mais uma possibilidade de reduzir a vulnerabilidade, ampliar a equidade e trazer à tona participação da comunidade.

3.3 Atividade física no Sistema Único de Saúde (SUS)

Atualmente, estão sendo lançadas políticas de implementação da prática de atividades físicas no SUS, como possibilidade de qualificar ainda mais as ações em torno da saúde pública brasileira.

Em 2004, em âmbito mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, como instrumentos de promoção geral da saúde para populações e indivíduos. Uma das suas recomendações é que os indivíduos se envolvam em níveis adequados de atividade física e que esse comportamento seja mantido regularmente na maioria dos ciclos de vida (Moretti, 2009).

No Brasil, o MS, em setembro de 2005, definiu uma agenda de compromissos pela saúde composta por três grandes eixos: o Pacto em Defesa do SUS; o Pacto em Defesa da Vida; e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006c). Dentre os três eixos, destaca-se aqui o Pacto pela Vida que tem a atividade física como uma de suas macroprioridades, com especial destaque ao aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS. Tais fatos estão descritos no item Pacto pela Vida - promoção da saúde, cujos objetivos são, entre outros: Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade das três esferas de gestão; Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar

a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo; Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Saúde 2006 resultou na publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006. O objetivo geral desta política é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e o risco à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006c).

Assim como atividade física é uma das macroprioridades do Pacto pela Vida, na Política Nacional de Promoção da Saúde “em atenção à ampliação do conceito de saúde [...], foram eleitas áreas temáticas prioritárias para a implementação” desta política. “Entre elas destaca-se a indução de atividades físicas - práticas corporais, reflexo da importância conferida a um modo de viver ativo como fator de proteção a saúde” (MALTA et al, s/p, 2009).

Quanto ao direcionamento de procedimentos relacionados à prática corporal/atividade física, a política nacional de promoção da Saúde sugere que sejam implantadas ações na rede básica de saúde e na comunidade, ações de aconselhamento/divulgação e ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros (BRASIL, 2006c).

Ao encontro desta política foi aprovada em 2008 a Portaria nº. 154 que cria os NASF, uma das mais recentes políticas que apontam a prática de atividade física como uma das ações a serem implementadas no SUS. Tais ações devem:

Propiciar a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos (BRASIL, 2008).

Sabe-se que, somente a prática de atividade física não dá conta de propiciar a melhoria da qualidade de vida da população, é preciso, “mobilizar toda a comunidade [...] ter no centro a família [...] conscientizá-las sobre as possibilidades de participação na implementação de projetos [...]” (PUTZEL, 2009, p. 31), que possam ser desenvolvidos em conjunto com outras instituições, comunidades, para ampliar a possibilidade de melhorar as condições de vida da população brasileira.

Neste sentido, o acesso aos jogos, esportes, lutas, danças, ginástica, são espaços que podem propiciar atividades relacionadas à saúde: lazer, ludicidade, educação ambiental, ampliação de práticas de saúde, entre outras, constituindo-se como algumas necessidades básicas em saúde. O acesso a essas práticas permite conhecimentos sobre o ser humano nos aspectos biológico, social, cultural, político, religioso, entre outros, desenvolvendo assim as potencialidades corporais do indivíduo, compreendendo como direitos fundamentais (BRASIL, 1997b) e constituindo-se como uma possibilidade de emancipação. Nessa lógica de inserção da atividade física no contexto do SUS, veremos a seguir algumas ações de responsabilidades do professor de Educação Física.

3.3.1 Ações de responsabilidades do professor de Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS)

Como vimos anteriormente, a inserção da prática da atividade física no contexto do SUS começa ser uma realidade em todo o Brasil. Por isso, vale destacar algumas ações de responsabilidades do professor de Educação Física que irão nortear a prática de tais atividades.

As ações de responsabilidades do professor de Educação Física estão descritas na Política Nacional de Promoção da Saúde e na Portaria nº 154 que cria o NASF. A primeira cita um tópico sobre a prática corporal/atividade física onde estão descritas quatro ações de responsabilidade do professor de Educação Física, como veremos a seguir. A segunda faz um detalhamento das ações de atividades físicas/práticas corporais.

QUADRO 1 - Ações de responsabilidade do professor de Educação Física descritas na Política Nacional de Promoção da Saúde	
I Ações na rede básica de saúde e na comunidade.	Mapear e apoiar as ações de práticas corporais/atividade física existentes nos serviços de Atenção Básica e estratégia de saúde da família, e inserir naqueles espaços onde não há ações.
	Ofertar práticas corporais/atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade quanto para grupos vulneráveis.
	Capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e práticas corporais/atividade física, na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo.
	Estimular a inclusão de pessoas com deficiências em projetos de práticas corporais/atividades físicas.

	Pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de ações voltadas para melhorias ambientais, com o objetivo de aumentar os níveis populacionais de atividade física.
	Constituir mecanismos de sustentabilidade e continuidade das ações do Pratique Saúde no SUS (área física adequada e equipamentos, equipe capacitada, articulação com a rede de atenção).
	Incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais/atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas, segurança, outros).
I Ações de aconselhamento/divulgação	Organizar os serviços de saúde de forma a desenvolver ações de aconselhamento junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis.
	Desenvolver campanhas de divulgação estimulando modos de viver saudáveis e objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis.
III Ações de intersectorialidade e mobilização de parceiros	Pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de desenvolver ações voltadas para estilos de vida saudáveis, mobilizando recursos existentes.
	Estimular a formação de redes horizontais de troca de experiências entre municípios.
	Estimular a inserção e fortalecimento de ações já existentes no campo das práticas corporais em saúde na comunidade.
	Resgatar as práticas corporais/atividades físicas de forma regular nas escolas, universidades e demais espaços públicos.
	Articular parcerias estimulando práticas corporais/atividade física no ambiente de trabalho.
IV Ações de monitoramento e avaliação	Desenvolver estudos e formular metodologias capazes de produzir evidências e comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais/atividades físicas no controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.
	Estimular a articulação com instituições de ensino e pesquisa para monitoramento e avaliação das ações no campo das práticas corporais/atividade física.
	Consolidar a Pesquisa de Saúde dos Escolares (SVS/MS) como forma de monitoramento de práticas corporais/atividade física de adolescentes.

Com base nessa e noutras políticas de promoção da saúde, foi divulgada em 2008 a portaria nº 154 que fala sobre os profissionais que irão atuar no SUS e o detalhamento de atividades que serão implementadas nesse contexto. A seguir será apresentado o detalhamento das atividades físicas/práticas corporais que pode ser implementadas em tal contexto.

Na Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 que cria o NASF está o detalhamento das ações de atividades física/práticas corporais a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família como veremos a seguir:

QUADRO 2 - Ações de responsabilidades do professor de Educação Física descritas no Anexo I da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 que cria o NASF.
Ações de Atividade Física/Práticas Corporais
Ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos.
Detalhamento das ações:
1. Desenvolver atividades físicas e práticas corporais junto à comunidade;
2. Veicular informações que vise a prevenção, a minimização dos riscos e a proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado;
3. Incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais;
4. Proporcionar educação permanente em atividade física/práticas corporais, nutrição e saúde juntamente com as ESF, sob a forma de coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de educação permanente;
5. Articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;
6. Contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência;
7. Identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho em práticas corporais, em conjunto com as ESF;
8. Capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para atuarem como facilitadores/monitores no desenvolvimento de atividades físicas/práticas corporais;
9. Supervisionar, de forma compartilhada e participativa, as atividades desenvolvidas pelas ESF na comunidade;
10. Promover ações ligadas à atividade física/práticas corporais junto aos demais equipamentos públicos presentes no território - escolas, creches etc.;
11. Articular parcerias com outros setores da área adstrita, junto com as ESF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para as práticas corporais;
12. Promover eventos que estimulem ações que valorizem atividade física/práticas corporais e sua importância para a saúde da população.

Após esta descrição das ações de responsabilidades do professor de Educação Física junto ao contexto do SUS, a seguir será apresentada a análise dos resultados da presente pesquisa.

CAPITULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados e discussões, iniciando pela caracterização dos profissionais da saúde e dos usuários participantes da pesquisa. Também serão descritos os dados dos usuários: IMC, RCQ e PA coletados na ficha de avaliação individual utilizada no Projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade. Para finalizar este estudo serão apresentados os efeitos da atividade física na percepção dos profissionais da saúde, dos usuários e, posteriormente, apresentado as considerações finais com algumas indicações para o trabalho do professor de Educação Física que irá atuar no contexto do SUS.

4.1 Resultado da caracterização dos profissionais da saúde participantes da pesquisa

Essa análise foi executada para a caracterização do perfil dos profissionais da saúde da UBS do município de Planalto Alegre - SC, que participaram da pesquisa com as seguintes variáveis: sexo; faixa etária; escolaridade (área de concentração); profissão; tempo de atuação na profissão e na Unidade, respectivamente. Esses dados foram coletados por meio da entrevista realizada com os profissionais da saúde.

O total de profissionais que participaram da pesquisa foram quatro, sendo todas do sexo feminino, conforme tabela abaixo.

Tabela 1: Distribuição dos profissionais da saúde por sexo

SEXO (PROFISSIONAIS)	Nº	%
Feminino	4	100%
Masculino	0	0%
Total	4	100%

Fonte: Resultados da pesquisa: Efeitos da atividade física no SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde – 2011.

Percebe-se na tabela abaixo que são grupos formados por pessoas entre vinte e quatro a trinta e cinco e quarenta a quarenta e um anos.

Tabela 2: Distribuição dos profissionais da saúde por faixa etária

FAIXA ETÁRIA (PROFISSIONAIS)	Nº	%
De 24 a 35 anos	2	50%
De 40 até 41 anos	2	50%
Total	4	100%

Fonte: Resultados da pesquisa: Efeitos da atividade física no SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde – 2011.

Quando se analisa a formação escolar do grupo em anos completos, verifica-se predominância na formação com Ensino Médio completo, como podemos ver na tabela abaixo.

Tabela 3: Distribuição dos profissionais da saúde por escolaridade

ESCOLARIDADE (PROFISSIONAIS)	Nº	%
Ensino médio completo	2	50%
Ensino médio (Técnico)	1	25%
Ensino Superior (Especialista)	1	25%
Total	4	100%

Fonte: Resultados da pesquisa: Efeitos da atividade física no SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde – 2011.

Com relação à profissão predomina-se a de Agentes Comunitários de Saúde, conforme tabela abaixo.

Tabela 4: Distribuição dos profissionais da saúde por área de concentração

PROFISSÃO (PROFISSIONAIS)	Nº	%
Agente Comunitário de Saúde	2	50%
Técnico em enfermagem	1	25%
Enfermeiro	1	25%
Total	4	100%

Fonte: Resultados da pesquisa: Efeitos da atividade física no SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde – 2011.

O tempo de atuação na profissão varia de um a quinze anos, como podemos ver a seguir.

Tabela 5: Distribuição dos profissionais da saúde por tempo de atuação na profissão

TEMPO DE ATUAÇÃO NA PROFISSÃO (PROFISSIONAIS)	Nº	%
De um a quatro anos	2	50%
De onze a quinze anos	2	50%
Total	4	100%

Fonte: Resultados da pesquisa: Efeitos da atividade física no SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde – 2011.

Já o tempo de atuação dos profissionais na UBS varia de um a onze anos de trabalho.

Tabela 6: Distribuição dos profissionais da saúde por tempo de atuação na Unidade Básica de Saúde (UBS)

TEMPO DE ATUAÇÃO NA UBS (PROFISSIONAIS)	Nº	%
De um a quatro anos	2	50%
De oito a nove anos	1	25%
De 10 a 11 anos	1	25%
Total	4	100%

Fonte: Resultados da pesquisa: Efeitos da atividade física no SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde – 2011.

4.1.1 Descrição da caracterização dos profissionais da saúde

Percebe-se na caracterização dos profissionais da saúde que todos são do sexo feminino, com idade entre vinte e quatro e quarenta e um anos. Duas delas completaram o ensino médio, sendo Agentes Comunitárias de Saúde. Uma tem o curso técnico em enfermagem e outra, com ensino superior, é a enfermeira da Unidade.

O tempo de atuação na profissão varia de um a quinze anos, sendo que o tempo de atuação na Unidade é de um a onze anos. Isso nos mostra que uma das profissionais já teve experiência em outro ambiente de trabalho antes de atuar na Unidade.

Esses dados são apenas algumas características dos profissionais da saúde que participaram da presente pesquisa. A seguir veremos a caracterização dos usuários.

4.2 Resultado da caracterização dos usuários participantes da pesquisa

Essa análise foi executada para a caracterização do perfil dos usuários que participaram da pesquisa, por meio das variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, profissão, quantas pessoas morram na família e a renda média mensal familiar. Esses dados foram coletados por meio de entrevista e dão uma noção de quem são os sujeitos usuários participantes da pesquisa.

O total de usuários que participaram da pesquisa foi de dez pessoas, sendo oito mulheres e dois homens, como podemos ver na tabela abaixo.

Tabela 7: Distribuição dos usuários por sexo

SEXO (USUÁRIOS)	Nº	%
Feminino	8	80%
Masculino	2	20%
Total	10	100%

Fonte: Resultados da pesquisa: Efeitos da atividade física no SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde – 2011.

Percebe-se na tabela abaixo que é um grupo formado por pessoas com mais de cinquenta anos com predominância de pessoas idosas.

Tabela 8: Distribuição dos usuários por faixa etária

FAIXA ETÁRIA (USUÁRIOS)	Nº	%
De 51 até 60 anos	4	40%
De 61 até 70 anos	6	60%
Total	10	100%

Fonte: Resultados da pesquisa: Efeitos da atividade física no SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde – 2011.

Percebe-se na tabela abaixo que a maioria frequentou até a quarta série do antigo primário.

Tabela 9: Distribuição dos usuários por escolaridade

ESCOLARIDADE (USUÁRIOS)	Nº	%
Não estudou	1	10%
Antigo primário (1º a 4º série)	7	70%
Ensino Médio - EJA	1	10%
Antigo Magistério	1	10%
Total	10	100%

Fonte: Resultados da pesquisa: Efeitos da atividade física no SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde – 2011.

Com relação à profissão dos usuários predomina-se a de agricultor.

Tabela 10: Distribuição dos usuários por profissão

PROFISSÃO (USUÁRIOS)	Nº	%
Dona de casa	2	20%
Operador de máquina	1	10%
Professor	1	10%
Agricultor	6	60%
Total	10	100%

Fonte: Resultados da pesquisa: Efeitos da atividade física no SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde – 2011.

Percebe-se na tabela abaixo que noventa por cento das famílias é composta por duas pessoas.

Tabela 11: Distribuição dos usuários por quantidade de pessoas que morram na família

QUANTIDADE DE PESSOAS QUE MORRAM NA FAMÍLIA (USUÁRIOS)	Nº	%
Com duas pessoas	9	90%
Com quatro pessoas	1	20%
Total	10	100%

Fonte: Resultados da pesquisa: Efeitos da atividade física no SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde – 2011.

Na tabela abaixo, sobre a renda média mensal do grupo familiar, predomina-se a renda com mais de três salários mínimos.

Tabela 12: Distribuição dos usuários por renda média mensal do grupo familiar

RENDA MÉDIA MENSAL DO SALÁRIO DA FAMÍLIA (USUÁRIOS)	Nº	%
Até um salário mínimo	2	20%
Até dois salários mínimos	3	30%
Mais de três salários mínimos	5	50%
Total	10	100%

Fonte: Resultados da pesquisa: Efeitos da atividade física no SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde – 2011.

4.2.1 Descrição da caracterização dos usuários

Percebe-se nas tabelas anteriores que as mulheres participam do projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade em número maior, são oito mulheres e dois homens. Como o projeto não especifica a idade, mas sim o programa Hiperdia, têm pessoas com mais cinquenta anos, com predominância de pessoas consideradas idosas.

Como são pessoas com idade um pouco avançada, a maioria frequentou até a quarta série do antigo primário; uma não estudou; outra, recentemente terminou o ensino médio pela Educação de Jovens e Adultos e outra fez o antigo magistério. Como no município de Planalto Alegre a base da economia é a agricultura, não nos surpreendemos que a maioria das profissões sejam relacionadas à agricultura, seguida de dona de casa com dois usuários, e de operador de máquina e professor, ambas com um trabalhador. O número predominante de pessoas que moram na família dos usuários são duas, ou seja, somente o casal. Apenas uma vive com mais de duas pessoas, no total de quatro.

Com relação à renda média mensal do grupo familiar, há predomínio de três salários mínimos, seguido de até dois e, depois, até um salário mínimo.

Estes são dados com apenas algumas características dos usuários que participaram da presente pesquisa. A seguir serão apresentados os dados coletados na ficha de avaliação individual, realizada no projeto “Movimento Saudável: Saúde não tem idade”. Dados como IMC, RCQ e PA dos usuários.

4.3 Efeitos da atividade física no Sistema Único de Saúde (SUS)

Não se pretende com este estudo apresentar uma relação de causa e efeito da atividade física, mas apresentar, de acordo com alguns dados coletados e em seguida por meio da fala dos sujeitos algumas mudanças que ocorreram após o início do projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade, no município de Planalto Alegre – SC.

4.3.1 Medidas do Índice de Massa Corporal (IMC), Relação Cintura Quadril (RCQ) e Pressão Arterial (PA) dos usuários que participaram da pesquisa

Os dados da tabela abaixo foram coletados na ficha de avaliação individual dos usuários, realizada pelos profissionais do projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade, no dia 30 de abril de 2010 (A: antes), data que iniciaram as atividades do projeto e após seis meses de atividades, no dia 29 de outubro de 2010 (D: depois de seis meses). Todas as coletas do IMC, RCQ e PA, foram realizadas em uma sexta-feira, das 15h às 15h30min, nas dependências do Centro de Idosos do município de Planalto Alegre – SC.

Para a pesagem os profissionais da saúde utilizaram balança digital da marca Balmak, certificada pelo Inmetro nº 0.802.157-0. Para a estatura foi utilizado um estadiômetro que esta em anexo à balança. Para as medidas de circunferências foi utilizada uma fita métrica com astes nas duas pontas. Para as medidas da PA, foi utilizado um monitor digital de pulso da marca Tech Line, modelo WS 501. O esfignomanômetro de coluna de mercúrio era utilizado somente para verificar se o aparelho digital estava desregulando.

A tabela abaixo apresenta dados dos usuários como idade, sexo, IMC, RCQ e PA coletados antes e após seis meses do projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade.

Tabela 13: Distribuição das medidas dos usuários: IMC, RCQ e PA antes e após seis meses de projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade

S/ID/Sexo (M:F)	IMC		RC/Q		PA	
	A	D	A	D	A	D
S1/63M	28,30	28.16	1,15	1,11	120x70	92x60
S2/56F	32.45	35.44	0,93	0.86	130x70	109x56
S3/58F	32,83	34,73	1,04	1,01	110x70	140x90
S4/70F	28,08	29,25	0,87	0,82	150x90	121x69
S5/63F	24,21	24,53	0,86	0,81	130x85	116x67
S6/63F	28,12	28,94	0,96	0,94	120x70	114x69
S7/51F	31,55	32,28	0,97	0,92	140x90	127x73
S8/63F	28,38	27,58	0,94	0,87	150x100	150x100
S9/69M	26,96	27,33	0,95	0,93	130x85	126x79
S10/55F	21,94	23,61	0,84	0,79	110x80	90x63

Fonte: Resultados da pesquisa: Efeitos da atividade física no SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde – 2011. S: Sujeito; ID: Idade (anos); M (Masculino); F (Feminino); IMC (Kg/m²) Índice de Massa Corporal; RC/Q: Relação Cintura/Quadril; PA: Pressão Arterial; A: Antes do Projeto; D: Depois de seis meses do projeto.

4.3.1.1 Índice de Massa Corporal (IMC) dos usuários

Uma das limitações do uso do IMC está no fato de que este indicador pode superestimar a gordura em pessoas muito musculosas e subestimar gordura corporal de pessoas que perderam massa muscular, como no caso de idosos. No entanto, conforme Anjos (1992), devido a sua simplicidade de obtenção, baixo custo e correlação com a gordura corporal, o IMC tem sido amplamente utilizado e aceito para estudos epidemiológicos, por exemplo.

Com relação ao IMC dos usuários descritos na tabela 13, e se compararmos com a tabela 14, no início do projeto haviam sete sujeitos acima dos padrões de normalidade, S1, S2, S3, S4, S6, S7, S8, e três sujeitos, S5, S9 e S10 dentro dos padrões de normalidade

Após seis meses de projeto, percebe-se que os sujeitos S2, S3, S4, S5, S6, S7, S9 e S10 aumentaram e S1, S7 diminuíram seu IMC. Somente S8 teve seu IMC reduzido de acima do normal para normal. Percebe-se que após seis meses de projeto os sujeitos S1, S2, S3, S4, S6, S7

continuaram com o IMC acima dos padrões de normalidade, diminuindo de sete para seis usuários e S5, S8, S9 e S10 estão com o IMC dentro dos padrões de normalidade, aumentando de três para quatro usuários.

De forma geral, a prática de atividade física orientada sobre o IMC, praticamente não teve efeitos para a maioria dos usuários. Sabe-se que a prática de atividade física por si não melhora o IMC das pessoas. Outros fatores como alimentação balanceada, bom sono, estado psicológico do sujeito etc., também interferem para a diminuição ou aumento do IMC.

A tabela a seguir apresenta dados do IMC de pessoas adultas de acordo com idade e sexo.

Tabela 14: Distribuição do Índice de Massa Corporal (IMC) de acordo com a idade e sexo

Grupo etário (Idade em anos)	Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	
	Mulheres	Homens
19 – 24	19 – 24	19 – 24
25 – 34	20 – 25	20 – 25
35 – 44	21 – 26	20 – 25
45 – 54	22 – 27	20 – 25
55 – 64	23 – 28	20 – 25
> 65	24 – 29	20 – 25

Fonte: Bray, 1987.

4.3.1.2 Relação Cintura e Quadril (RCQ) dos usuários

As medidas da Relação entre a Cintura/Quadril dos usuários descritos na tabela 13, e se compararmos com a tabela 15, no início do projeto tinham seis usuários classificados como muito alto: S1, S2, S3, S6, S7, S8. Três classificados como alto: S4, S5 e S10 e somente um: S9 classificado como moderado.

Após seis meses de projeto os números se modificaram e houve pontos positivos como podemos perceber. De seis classificados como muito alto diminuíram para quatro usuários :

S1, S3, S6, S7. De três usuários classificados como alto diminuiu para dois: S2, S8. Esses dois sujeitos, antes do projeto, eram classificados como muito alto e passaram para alto. Aumentou de um usuário que estava classificado como moderado para quatro: S4, S5, S9, S10. Os sujeitos S4, S5 e S10, antes do projeto, estavam classificados como alto e agora estão como moderados.

Um dado importante é que todos os usuários diminuíram sua medidas após seis meses de projeto. Apesar de alguns não saírem da classificação que estavam antes do projeto, os dados mostram que a prática de atividade física orientada, assim como outros fatores, influenciou positivamente para a diminuição das medidas entre cintura e quadril.

Tabela 15: Distribuição da Relação entre Cintura/Quadril de acordo com idade e sexo

	idade	baixo	moderado	alto	muito alto
Homens	20-29	< 0,83	0,83 – 0,88	0,89- 0,94	> 0,94
	30-39	< 0,84	0,84 – 0,91	0,92- 0,96	> 0,96
	40-49	< 0,88	0,88 – 0,95	0,96- 1,00	> 1,00
	50-59	< 0,90	0,90 – 0,96	0,97- 1,02	> 1,02
	60-69	< 0,91	0,91 – 0,98	0,99- 1,03	> 1,03
	idade	baixo	moderado	alto	muito alto
Mulheres	20-29	< 0,71	0,71 – 0,77	0,78- 0,82	> 0,82
	30-39	< 0,72	0,72 – 0,78	0,79- 0,84	> 0,84
	40-49	< 0,73	0,73 – 0,79	0,80- 0,87	> 0,87
	50-59	< 0,74	0,74 – 0,81	0,82- 0,88	> 0,88
	60-69	< 0,75	0,75 – 0,83	0,84- 0,90	> 0,90

Fonte: Applied Body Composition Assessment, 1996 apud Saúde em Movimento.

4.3.1.3 Pressão Arterial (PA) dos usuários

O aumento da PA pode ser influenciado por inúmeros fatores. Alguns deles é o aumento do IMC, da relação entre Cintura e Quadril, assim como alimentação a base de sódio, gordura, etc., o estado psicológico e pouca ou nenhuma prática de atividade física, entre outros.

Com relação à PA dos usuários descritos na tabela 13, e se compararmos com a tabela 16, no início do projeto havia três usuários: S4, S7 e S8 considerados com hipertensão leve

(estágio 1). Dois usuários: S5 e S9 considerados com hipertensão normal limítrofe e cinco usuários: S1, S2, S3, S6 e S10 considerados normal. Vale ressaltar que o sujeito S8, classificado com hipertensão leve, estágio 1, não toma medicação para a pressão arterial. Para este sujeito no início do projeto foi recomendado pelo médico da UBS do município de Planalto Alegre - SC que não fosse preciso tomar a medicação, no entanto precisaria iniciar a prática de atividade física. O sujeito S5 que está classificado com hipertensão normal limítrofe também não toma medicação para a pressão arterial. Para este sujeito também foi recomendado pelo médico que iniciasse a prática de atividade física.

Após seis meses de projeto os números se modificaram. Alguns se mantiveram e a maioria mudou para melhor como podemos perceber a seguir.

Diminuiu de três para dois usuários, S3, S8, com hipertensão leve, estágio 1. O sujeito S3, antes do projeto, estava com a pressão normal e no último mês teve sua pressão aumentada mesmo praticando as atividades físicas duas vezes por semana. Este sujeito teve problemas de saúde na família, fator que pode ter influenciado para o aumento da PA no último mês. Deste modo, foi encaminhado para que tivesse uma consulta com o médico da UBS. Com relação a S8, vale lembrar que no início do projeto foi recomendado que praticasse atividade física, no entanto durante o período que esse sujeito manteve a frequência de duas vezes por semana, sua pressão manteve-se normal e estável. No entanto, quando começou a praticar atividade física somente uma vez por semana e com algumas faltas às aulas, teve seus níveis de pressão arterial aumentada e continuou como estava no início do projeto e foi encaminhado ao médico para avaliação.

Com relação ao número de usuários que estavam com hipertensão normal limítrofe passou de dois para zero. O que aumentou foi o número de usuários com pressão considerada normal. De cinco passou para oito usuários: S1, S2, S4, S5, S6, S7, S9, S10 com a pressão considerada normal. Vale ressaltar que S5 não tomava medicação para a pressão arterial e antes do projeto estava com hipertensão normal limítrofe e agora está normal.

Com relação ao sujeito S10, o qual estava com a PA muito baixa, foi encaminhado ao médico da UBS do município de Planalto Alegre e foi diminuída a dosagem de um para meio comprimido, e mesmo assim, sua pressão continuou abaixo dos níveis normais como podemos ver na tabela 13.

Na tabela a seguir tem alguns parâmetros seguidos pelo Consenso Brasileiro sobre Hipertensão Arterial.

Tabela 16. Classificação diagnóstica da Hipertensão Arterial para pessoas acima de 18 anos de idade

PAD (mmHg)	PAS (mmHg)	Classificação
<85	<130	Normal
85-90	130-139	Normal limítrofe
90-99	140-159	Hipertensão leve (estágio 1)
100-109	160-179	Hipertensão moderada (estágio 2)
≥110	≥180	Hipertensão grave (estágio 3)
<90	≥140	Hipertensão sistólica isolada

Fonte: III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL.

4.4 Efeitos da atividade física no Sistema Único de Saúde (SUS) na percepção do profissionais da saúde

Antes de iniciar a análise das entrevistas com os usuários e profissionais da saúde, gostaria de lembrar a fala de Freitas, Carvalho & Kandrát Brasil (2006, p. 180) "olhar e ouvir aquele que se deseja atender e aquele que necessita ser atendido é um passo na busca por respostas às dúvidas e dificuldades que permeiam a formação e a prática profissional".

Neste item será apresentada, a análise sobre o discurso dos profissionais da saúde. A pergunta central foi a seguinte: Na sua percepção, o que mudou após a inserção da prática da atividade física orientada no programa Hiperdia? Essa pergunta foi dividida em três tópicos e serão apresentados na seguinte ordem: *Mudanças que ocorreram para os usuários; Para a UBS e para o município de forma geral.* A última pergunta refere-se à *importância da orientação das atividades físicas por um professor de Educação Física.*

4.4.1 Resultados sobre as mudanças que ocorreram para os usuários

Neste primeiro tópico, com relação às mudanças que ocorreram para os usuários desde o início do projeto na percepção dos profissionais da saúde foram organizadas quatro Ideias Centrais – Síntese ou categorias formando quatro grupos, como veremos a seguir.

QUADRO 3 - Síntese sobre as mudanças que ocorreram para os usuários			
N. I.C	Ideia Central	P	DSC
01	Houve estabilidade da pressão arterial.	01 02 04	Hoje, a pressão arterial dos usuários que são hipertensos e apresentavam uma pressão arterial descompensada, houve a estabilidade da mesma [...]. Eles conseguem ter a pressão mais regulada do que antes do projeto. Houve mudança com relação à pressão arterial, como a gente vem acompanhando.
02	Evolução dos usuários.	02 03 04	Outra coisa é a evolução deles. Tinha uns que no início não podiam fazer praticamente nada. Só faziam caminhadas e alguns ainda com dificuldade. Agora o equilíbrio e a coordenação melhoraram. Antes pra erguerem uma perna, tinham que segurar em alguém, então era tudo com ajuda e agora não. Agora já fazem sozinhos. Até nas visita que a gente faz, eles comentam e sempre pedem se vai ter física tal dia [...].
03	Mudanças no estilo de vida.	01 03 04	[...] eles já estão vendo os resultados na própria Saúde. Na melhora emocional, psicológica e no convívio social. Percebo também que esses usuários estão mais motivados a mudanças no estilo de vida (prevenção) nos hábitos alimentares.
04	Melhora na autoestima.	03 04	[...] O que eu vejo é essa melhora na autoestima, coisa que eles não tinham quando vinham aqui, o sorriso no rosto [...]. Os usuários estão mais confiantes e percebo que melhorou a auto-estima.

N. I.C: Número de Ideias Centrais; P: Profissionais que contribuíram para a composição de cada DSC, sendo que os sujeitos podem ter contribuído em mais que um DSC; DSC: Discurso do Sujeito Coletivo;
OBS: Essas siglas valem para os quadros de 3 ao 6.

4.4.1.1 Discussão sobre as mudanças que ocorreram para os usuários

Percebe-se na fala dos profissionais da saúde que *houve estabilidade da pressão arterial*. Por meio da medicação e prática de atividade física aeróbica, aliada a outros fatores como a diminuição da ingestão do sal de cozinha, a PA pode estabilizar e até diminuir.

Outra mudança é a *evolução dos usuários*. No início tinham muita dificuldade em caminhar de forma mais acelerada, pois já se sentiam sufocados. Tinham dificuldade na coordenação motora, no equilíbrio, precisavam de ajuda para fazer um simples alongamento em pé. E agora como relata P01, “já fazem sozinhos”.

Outra mudança é com relação ao *estilo de vida*. Como alguns nunca tinham participado de atividade física orientada, o fato de se mobilizarem para o projeto, modificou o estilo de vida. Isso pode melhorar a socialização entre os sujeitos, principalmente quando se trabalha em grupo. Para alguns, outro fator do estilo de vida que se modificou foi a alimentação. Após as orientações da nutricionista, alguns usuários comentam que passaram a observar na embalagem a composição dos alimentos e, conseqüentemente, diminuíram as quantidades principalmente do sal de cozinha colocado nas refeições.

A *autoestima* também se modificou. Realmente isso é um fator importantíssimo. Quando a pessoa está sorrindo, agrada a quem irá atendê-lo, pois o trabalho, neste caso, dos profissionais da saúde será mais gratificante, com resultados positivos. Para um profissional, há maior retribuição do que conseguir devolver o sorriso para alguém? Deixo esta pergunta para que os mais críticos da área reflitam e se questionem sobre o assunto.

4.4.2 Resultados sobre as mudanças que ocorreram para a Unidade Básica de Saúde (UBS) e profissionais da saúde

Neste segundo tópico foram organizadas quatro Ideias Centrais – Síntese ou categorias formando quatro grupos, como veremos a seguir.

QUADRO 4: Síntese sobre as mudanças que ocorreram para a Unidade Básica de Saúde (UBS) e profissionais da saúde

NIC	Ideia Central	P	DSC
1	Acompanhamento e cobrança do trabalho dos profissionais.	01 02 03 04	Até agora que tem só esse grupo fazendo ginástica, os demais querem isso também. E perguntam: por que que é só pra aqueles, por que não é pra todo mundo? [...] Essa cobrança dos hipertensos aumentou, tem mais gente que gostaria de fazer parte. Até os usuários acompanham mais nosso trabalho e sabem por que a gente nem sempre pode estar junto com eles. Eles também estão repassando pra comunidade o trabalho que está sendo desenvolvido.
2	Diminuiu/estabilizou o número de consultas e as doses de medicamentos.	03 04	A Unidade reduziu o número de consultas. Não foi necessário incluir novos remédios e como os usuários estavam com a pressão estabilizada não foi necessário aumentar a dose da medicação.
3	Melhora na autoestima dos profissionais da saúde.	01 02 03 04	Pra nós profissionais esse trabalho vem abrir nossos horizontes, por mais que é mais uma sobrecarga de trabalho, porém ela é satisfatória. É gostoso fazer isso. A gente sente motivação de estar indo lá, de participar com o grupo e depois vem trabalhar com uma outra energia, uma energia bem mais positiva, porque participamos junto com eles. Retornamos para Unidade com muito mais força de vontade de trabalhar do que outros dias.

4.4.2.1 Discussão sobre as mudanças que ocorreram para Unidade Básica de Saúde (UBS) e profissionais da saúde

De acordo com os profissionais da saúde as mudanças são: *Cobrança dos usuários*, que gostariam de participar do projeto. Como é um sistema público, essas pessoas têm razão de cobrar, pois “Saúde é um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 2007). Cabe então ao governo proporcionar o acesso dessas pessoas, lembrando que também somos corresponsáveis pela saúde.

Outra mudança foi: *Diminuiu/estabilizou o número de consultas e as doses de medicamentos*. Como no projeto os usuários verificam a PA antes e após a atividade física, eles não vão mais à Unidade para verificar a pressão. Um profissional da saúde comenta que antes do projeto, alguns usuários deslocavam-se para a Unidade somente para verificar a PA e acabavam

pegando ficha e consultando, pois confiavam mais na figura do médico. Isto acarretava em aumento no número das consultas, pois pegavam as vagas de quem mais necessitava.

Com relação à diminuição/estabilização das doses de medicamentos, vale destacar que a prática de atividade física aeróbica regular deixa os vasos sanguíneos mais espessos, flexíveis, reduzindo a placa aterosclerótica, acarretando na diminuição da pressão que o coração exerce para enviar sangue às diversas partes do corpo. Com isto, o sujeito com PA alta, normalmente, não precisa aumentar o número de medicamentos ingeridos. Em algumas situações o uso de medicamentos diminuiu.

Destacam-se ainda as alterações referentes ao *acompanhamento e cobrança do trabalho dos profissionais*. Comenta o profissional P03 que agora os usuários “sabem por que a gente nem sempre pode estar junto com eles”. Os usuários vão repassando para seus vizinhos o trabalho que está sendo desenvolvido pelos profissionais da saúde. Isso é significativo para a valorização desses profissionais.

Outra mudança é com relação à *melhora na autoestima dos profissionais da saúde*. Um profissional nem sempre necessita de grandes salários para melhorar sua autoestima. Muitas vezes, a valorização por parte de quem esta sendo atendido já pode significar muito para quem atende. Isso refletirá na qualidade do trabalho prestado à população. Os profissionais comentam que ao participar com o grupo durante as atividades, voltam para o trabalho dentro da Unidade com muito mais energia e disposição para realizar as tarefas do que outros dias.

Por isso, não basta oferecer apenas um programa de atividade física aos usuários é preciso envolver todos os profissionais da saúde nesse programa. De acordo com Moretti et al (2009, p. 351);

Os efeitos de uma intervenção de promoção à saúde em uma perspectiva ampla relacionada às práticas corporais/atividade física, certamente poderá refletir nos gastos do SUS, em relação às enfermidades e mortes evitáveis, na melhoria da qualidade de vida da população e na compreensão de que manter a saúde é uma tarefa que exige um esforço em conjunto, a mobilização do indivíduo, da comunidade, do governo, de ideias e ideais (MORETTI et al, p. 351, 2009).

Como vimos, ocorreram algumas mudanças tanto para a Unidade quanto para os profissionais da saúde que participam da prática de atividade física orientada. O tópico a seguir apresentará o que mudou para o município.

4.4.3 Resultados sobre as mudanças que ocorreram no município

Nesse terceiro e último tópico da pergunta central, foram formadas duas Ideias Centrais – Síntese ou categorias formando dois grupos, como veremos a seguir.

QUADRO 5: Síntese sobre as mudanças que ocorreram no município			
N IC	Ideia Central	P	DSC
1	Oferta de mais um serviço para os usuários.	01 02 04	[...] é mais uma atividade que os usuários estão participando. E quem sabe mais pra frente outros poderão participar. Antes do projeto tinha bastante reclamação do pessoal por que não tem isso, não tem aquilo e agora o município já esta ofertando algo diferente [...]. Em longo prazo o município terá redução nos gastos. E com certeza se conseguirmos envolver mais pessoas, mais qualidade de vida terá essa faixa etária e conseqüentemente a qualidade dos serviços prestados melhora.
2	Não deu pra fazer uma avaliação ainda .	03	Em curto prazo não deu pra fazer uma avaliação ainda porque precisamos de mais tempo pra ver [...]. Precisamos fazer uma boa documentação e nos respaldar, até pra outros grupos estarem usufruindo.

4.4.3.1 Discussão sobre as mudanças que ocorreram no município

Uma das mudanças, de acordo com os profissionais da saúde, foi a *oferta de mais um serviço para os usuários*. Até então, de acordo com os profissionais, o município não havia realizado um trabalho como este. Por isso os usuários reclamavam, conforme relata P02 “não tem isso, não tem aquilo e agora o município já esta ofertando algo diferente [...]”. Vale destacar que é preciso avançar, pois poucos têm acesso e a qualidade ainda não é a esperada.

No entanto, *não deu pra fazer uma avaliação ainda*, comenta um profissional da saúde. Conforme P03, “precisamos de mais tempo pra ver” mudanças concretas no município de forma geral, considerando o projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade. A fala do profissional é válida, pois, esse projeto não terá sentido se não tiver continuidade no atendimento.

Ao observar essa fala, o profissional de Educação Física que atua no projeto juntamente com a enfermeira resolveram apresentar ao Conselho Municipal de Saúde do município alguns dados coletados e analisar a possibilidade de continuidade do projeto em questão. Da mesma forma, dois usuários que participam do projeto conversaram com a assistente social do município para que dessem continuidade ao projeto. Com o aval do Conselho Municipal de Saúde, da assistente social e do prefeito municipal, o projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade iniciou suas atividades em janeiro de 2011.

A seguir, será apresentado o resultado da última pergunta direcionada aos profissionais da saúde que se refere à importância da atividade física orientada por um professor de Educação Física.

4.4.4 Resultados sobre a importância da atividade física orientada por um professor de Educação Física

Neste item foram analisados quatro discursos, apresentando três Ideias Centrais – Síntese ou categorias, formando três grupos, como veremos a seguir.

QUADRO 6: Síntese sobre a importância da atividade física orientada por um professor de Educação Física			
N.I.C	Ideia Central	P	DSC
1	É importante porque fazem exatamente como o professor esta fazendo.	01 02 04	É importante porque eles fazem exatamente como o professor esta fazendo. Eu percebo que no dia da ginástica, eles ficam cuidando o professor como ele esta fazendo, aí eles fazem, a hora que ele para, eles param também. Como alguns nunca fizeram esse tipo de atividade, eles fazem exatamente como o professor, se ele para, os usuários param também.
2	Para o pessoal é um controle.	03 04	Precisa ter porque para o pessoal é um controle. Com o professor ali perto, eles não têm aquele medo de fazer. Sem alguém, eles não fazem, sentem inseguros. Às vezes algumas coisas que eles acham que não são capazes de fazer, com a orientação do professor eles conseguem ir além, vendo que são capazes de fazer, que conseguem.
3	Tem que ter a orientação de um profissional habilitado na área.	01 02 03 04	Tem que ter orientação de um profissional habilitado na área. Um profissional de outra área da saúde ir lá e passar um exercício, não é um profissional habilitado, não conhece a profissão. Cada qual dentro da sua função. Eu fazendo a minha parte

			e o professor contribuindo com os conhecimentos dele. Obviamente que podemos conversar e ver o que é melhor para o grupo. [...] não da pra trabalhar de forma isolada, tem que ter os profissionais envolvidos, porque se não pode causar problemas de Saúde para os usuários. Os usuários, não fazem sozinhos. Eu percebi essa semana que faltou estímulo. Tem que ter alguém pra puxar o grupo. Só tinha dois. Eles falaram que não tinha mais ninguém então não iriam fazer. Aí falei, mas por que vocês não vão fazer? Vocês não receberam as orientações? Ou seja, falta alguém pra puxar. Tem que ter alguém pra puxar o grupo se não eles não vão.
--	--	--	---

4.4.4.1 Discussão sobre a importância da orientação das atividades físicas por um professor de Educação Física

Vale destacar nestas falas que todas elas se relacionam e apontam para a necessidade de um profissional habilitado da área de Educação Física, para trabalhar com atividade física orientada.

Uma das percepções é a seguinte: *É importante porque fazem exatamente como o professor esta fazendo*. Muitas vezes acontece isso porque as pessoas não tiveram orientação e poucos tiveram conhecimento sobre como fazer tal exercício. Por isso, os alunos esperam o professor realizar o exercício e quando o mesmo para, param também.

Outra importância atribuída ao professor é que *para o pessoal é um controle*. Como foi citado no parágrafo anterior, muitos não tem conhecimento sobre a prática de atividade física e “acham” que não podem fazer tal exercício. No entanto conforme a fala do profissional P02, viram que “com a orientação do professor eles conseguem ir além, vendo que são capazes de fazer, que conseguem”. Esta colocação é importante, pois alguns movimentos que os sujeitos não realizavam antes do projeto, agora estão fazendo e indo além do que imaginavam. É lógico que as limitações existem para qualquer pessoa, mas elas podem num futuro próximo ser superadas, com auxílio de outros profissionais.

Conforme um sujeito (profissional da saúde) citado em Freitas (1999, p. 121), “[...] os pacientes ganham muito com esse profissional, principalmente, porque tudo é crônico, [...] hoje as pessoas sofrem de dores crônicas, que não passam e ficam cada vez mais limitadas, com medo

de fazer esforço porque vai doer, muito distante do seu corpo [...]’. A mesma complementa, ‘se é um centro de saúde, não pode ser um centro de doença’, e devemos ‘pensar numa promoção da saúde’ pois ‘a Educação Física esta diretamente ligada, principalmente num mundo onde a gente vive’.

Como a maioria dos usuários que participam do projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade são pessoas acima de sessenta anos e tem muita dificuldade em fazer um exercício que não venha a prejudicá-los, existe a necessidade, como descrito na falas dos sujeitos, de orientações de um professor de Educação Física.

Tem que ter a orientação de um profissional habilitado na área. O sujeito P03 complementa ainda que “um profissional de outra área da saúde ir lá e passar um exercício, não é um profissional habilitado, não conhece a profissão. Cada qual dentro da sua função. Eu fazendo a minha parte e o professor contribuindo com os conhecimentos dele. Obviamente que podemos conversar e ver o que é melhor para o grupo”.

Nesse sentido, conforme destaca Shraiber & Mendes-Gonçalves (2001, p. 41) o profissional será;

um trabalhador coletivo, profissionais cujas práticas formam um todo cooperativo, na complementaridade objetiva de cada trabalho parcelar com os demais. Necessita cada profissional, pois, conhecer as práticas efetivas dos demais trabalhos, captando as demandas de interação com o seu particular desempenho (SHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000, p. 41).

Por isso, com um profissional habilitado na área de Educação Física e com o trabalho em conjunto com outros profissionais da saúde, os usuários se sentem mais seguros e confiantes, podendo ir além do que achavam que tinham condições.

4.5 Efeitos da atividade física no Sistema Único de Saúde (SUS) na percepção dos usuários

Antes de iniciar a análise das entrevistas com os usuários, relembra-se a citação de Freitas, Carvalho & Kundrát Brasil (2006, p. 180) "olhar e ouvir aquele que se deseja atender e aquele que necessita ser atendido é um passo na busca por respostas às dúvidas e dificuldades que permeiam a formação e a prática profissional".

Neste item será apresentado a análise sobre o discurso dos usuários. As perguntas serão apresentadas na sequência a seguir: *Você realizava atividade física orientada anteriormente? Se sim, que tipo de atividade? Quantas vezes por semana? Quantas horas? Na sua percepção, o que mudou após a inserção da prática da atividade física orientada no SUS?* Essa pergunta foi dividida em três tópicos e serão apresentados na seguinte ordem: *Mudanças que ocorreram na realização das atividades físicas durante os encontros; Na realização das tarefas diárias; Na vida de forma geral.* A última pergunta refere-se à *importância da orientação das atividades físicas por um professor de Educação Física.*

4.5.1 Resultados da participação dos usuários em atividade física orientada antes do projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade

A primeira questão com relação à prática de atividade física orientada foi a seguinte: *Você realizava atividade física orientada anteriormente? Se sim, que tipo de atividade? Quantas vezes por semana? Quantas horas?*

Tabela 17: Participação dos usuários em atividade física orientada antes do projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade

		Perguntas			
Você realizava atividade física orientada anteriormente?		Tipo de atividade?	X/ semana	Horas/ semana	Total de usuários
Sim	Não	Ginástica	1	1h	4
5	5	Hidroginástica	2	2h	1
Total:10					

Fonte: Resultados da pesquisa: Efeitos da atividade física no SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde – 2011.

4.5.1.1 Discussão sobre participação dos usuários em atividade física orientada antes do projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade

Podemos perceber na tabela 17, que cinco dos usuários responderam que nunca participaram e cinco responderam que sim, que em algum momento participaram, antes do projeto, de algum tipo de atividade física orientada por um professor de educação física.

De acordo com quem já participou de algum tipo de atividade física orientada, quatro já participaram de ginástica uma vez por semana durante uma hora, e um fez hidroginástica durante duas vezes por semana, com duração de uma hora cada aula.

Percebe-se que nem todas as pessoas tiveram acesso à prática de atividade física orientada. Por isso, melhorar as condições de vida da população brasileira é umas das prioridades de inúmeras políticas brasileiras. A inserção da prática da atividade física no SUS é mais uma ação para os usuários deste serviço. Somente quem participa de alguma atividade física orientada, seja ela individual ou em grupo, pode descrever as possíveis mudanças que ocorrem.

4.5.2 Resultados sobre as mudanças na realização das atividades físicas durante os encontros

No tópico a seguir foram organizadas duas Ideias Centrais – Síntese ou categorias formando dois grupos, como veremos a seguir.

QUADRO 7 - Síntese sobre as mudanças que ocorreram na realização das atividades físicas durante os encontros			
N.I.C.	Idéia Central	NU	DSC
01	Mudou o condicionamento físico.	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10	[...] o estado físico da gente melhora. Eu notei que melhorou. Por que eu me sentia meio entevado das pernas. Eu me sentia mais duro pra fazer alguns exercícios, essas coisa. Agora a gente já caminha melhor, dança melhor, tudo. O equilíbrio melhorou [...]. Eu já consigo acompanhar o grupo. Antes eu cortava caminho. Agora já to muito melhor. No início eu cansava bastante. Depois não. Agora tá sendo normal. Agora eu consigo correr mais, não muito que me prejudica, que mude muito minha pressão. Ficou mais fácil, no começo eu tinha muita dificuldade, eu cansava mais ainda, me sentia sufocada. Eu sinto que consigo fazer mais atividade agora, porque no início a gente sentia mais dores, cansava mais fácil. Agora tá mais fácil. Eu até pensei que não ia consegui correr. No início era difícil, mas eu sei que é bom para os pulmões. No início eu ficava bem atacada, mas agora não é mais tanto. Antes do projeto meu deus, qualquer movimento eu já cansava. Que nem teve umas

			vezes que parece que me dá um pouco de cansaço, mas depois já foi normalizando. Até a gente estava comentando nos dias que a gente esta fazendo sozinhos e comentamos sobre os músculos que ficaram mais firme. Antes a gente não conseguia levantar uma perna direito, devido a ficar muito parado em casa, agora tudo mudou.
02	Socializa mais, se encontra mais, faz mais amizade, conversa bastante.	04 09 10	Também como a gente não se visita muito com os que participam lá, no projeto a gente conversa bastante, coloca o papo em dia. A gente se socializa mais, se encontra mais seguido com outras pessoas. A gente faz mais amizade [...]. Estou muito contente. A cabeça da gente também muda bastante, porque conversamos bastante.
N.IC: Número de Ideias Centrais; N.U.: Número de usuários que contribuíram para a composição de cada DSC, sendo que os sujeitos podem ter contribuído em mais que um DSC; DSC: Discurso do Sujeito Coletivo. Essas siglas valem para os quadros do 7 ao 10.			

4.5.2.1 Discussão sobre as mudanças na realização das atividades físicas durante os encontros

Uma das percepções dos usuários sobre o que mudou na realização das atividades físicas no projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade foi o *condicionamento físico*, pois, atualmente conseguem realizar as atividades físicas propostas no projeto com muito mais facilidade do que o início. Isso se dá porque os usuários estão praticando em torno de meia à uma hora de atividades aeróbicas, duas vezes por semana durante seis meses. Essa melhora ocorreu porque com a atividade física aeróbica praticada de forma regular, conforme Nieman (1999), os pulmões podem receber mais ar e difundir mais oxigênio ao sangue. O coração, por exemplo, aumenta seu tamanho e poderá bombear mais sangue por batimento, batendo assim mais lentamente durante o repouso ou exercício.

Ferreira (2001) apud Taylor, Sallis, Needle, (1985), citam também o fortalecimento de músculos, articulações e ossos, que diminui o risco de lesões e dificulta o aparecimento de doenças como a osteoporose, a melhoria da flexibilidade e da força muscular que reduz as dores nas costas, o risco de lesões articulares e aperfeiçoa a autonomia do indivíduo para atividades cotidianas, dentre outros benefícios.

Os sujeitos também apontam para o aumento da socialização: *Socializa mais, se encontra mais, faz mais amizade, conversa bastante*. Como alguns não estavam acostumados a participar da prática de atividade física em grupo, o fato de estarem participando do projeto acarretou aumento na socialização dos sujeitos. Semelhante a isto, em Freitas (2007, p.105) um sujeito comenta que ‘esse grupo me animou bastante [...] todas as pessoas são amigas, uma anima outra, nós brincamos, jogamos bola fazemos exercícios [...]’. A prática de atividade física, além de proporcionar melhoras cardiovasculares, musculoesqueléticas, entre outras, pode melhorar a socialização e o estado psicológico dos sujeitos.

Conforme Warschauer et al (s/d), o trabalho com atividades físicas pode atingir diferentes dimensões: sociais, psicológicas e biológicas, tanto no aspecto individual quanto no coletivo. Apresenta-se como uma possibilidade importante para a formação humana e agrega as mais diversas formas do ser humano se manifestar (WARSCHAUER, 2008b).

Nos grupos de atividade física, os participantes têm a oportunidade de conversar com outros participantes e com profissionais da saúde sobre os problemas que estão passando, sobre os acontecimentos do dia, como comenta um sujeito em Freitas (2007, p.105), ‘foi uma das melhores coisas que podia ter me acontecido, estar no meio das pessoas conversando, da minha idade’. É um momento de socializar sobre coisas que acontecem em suas vidas, pois se eles ficarem em casa não terão essa oportunidade. A seguir serão apresentados os resultados sobre as mudanças na realização das tarefas diárias.

4.5.3 Resultados sobre as mudanças na realização das tarefas diárias

Nesse tópico foram organizadas três Ideias Centrais – Síntese ou categorias formando três grupos, como veremos a seguir.

QUADRO 8 - Síntese sobre as mudanças que ocorreram na realização das tarefas diárias			
N. I.C	Idéia Central	N.U	DSC
01	Me movimento muito mais e melhor agora.	01 03 04 06	Mudou, desde pra caminhar a gente caminha melhor, no projeto, fora também. É melhor esta se movendo do que ficar ali parado. Eu fiquei bem demais depois dali. Consigo me movimentar melhor dentro de casa. antes se

		07 09	eu ficava meia hora sentada numa cadeira, me endurecia tudo. Ficava dura. Agora não fico mais dura das pernas. Eu consigo me movimentar bem melhor. Me movimento melhor, mais fácil. [...] me movimento muito mais agora, caminho bastante, participo do projeto. Antes eu não participava, antes era só no sábado e domingo. E no sábado ainda eu ia jogar baralho, aí ficava só sentado. Agora duas vezes por semana pelos menos eu to no projeto me movimentando, [...].
02	Mais confiante pra fazer as tarefas de casa.	01 02 03 06 07 10	A gente fica com mais força. Deu pra notar que a gente fica com mais disposição. Parece que até renova. O serviço fica mais fácil. Antes eu trabalhava bastante na roça e um pouco era cansada misturada com a doença. Era uma cansada que eu chegava dentro de casa e não podia sentar no sofá, se eu sentasse, não levantava mais nem uma xícara. Agora tenho vontade de fazer meu serviço, caminho dentro de casa o dia inteiro. Hoje consigo fazer meu serviço tranquilo, lavar roupa, fazer comida. Parece que fiquei bem mais rápida, com mais ânimo, mais ágil. Mudou pra melhor, meu serviço de casa por enquanto eu faço tudo. To conseguindo fazer meu serviço com mais facilidade. Fiquei mais leve. Antes do projeto meu deus, pra subir a subida de frente de casa eu chegava em casa sufocada. Hoje esfrego tudo o chão, passei cerra e lustrei. Eu faço tudo o serviço de casa e parece que a gente faz mais com vontade as coisa né. Me sinto melhor. Tenho mais disposição. Mudou bastante, a gente consegue realizar as tarefas com mais facilidade. É muito importante. Fiquei mais ágil e firme e isso me deixa mais segura pra fazer as tarefas de casa. Porque antes a gente tinha medo de andar ligeiro e agora a gente já consegue [...].
03	Eu assim de sentir muita diferença não.	05 08	[...] sou um tipo de pessoa que não paro. Daí eu tava bastante exercitada, [...] Eu assim de sentir muita diferença não, [...].Pra mim não mudou muito, por que eu sempre fui acostumado a fazer.

4.5.3.1 Discussão sobre as mudanças na realização das tarefas diárias

Com o passar dos anos a pessoa vai ficando mais lenta, com restrição e diminuição da amplitude e qualidade de alguns movimentos. Uma das percepções dos sujeitos se refere a movimentar-se: *Me movimento muito mais e melhor agora.*

A respeito disso, em um estudo no município de Sobral/CE, conforme Coelho, Oliveira e Canuto (2004), a atividade física tem apontado a formação de grupos de caminhada junto à terceira idade que, com a prática regular de tal atividade, demonstram melhora da autoestima, do condicionamento físico, deixando as pessoas mais dispostas para os afazeres do cotidiano, levando à autonomia dos participantes.

Como antes do projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade alguns usuários não participavam da prática de atividade física regular, os movimentos aumentaram e, conseqüentemente, os músculos e outros órgãos vão aperfeiçoando sua eficiência, gastando menos energia na realização das tarefas diárias. Isto possibilita mais confiança em fazer as tarefas do dia a dia.

Outra percepção se refere à confiança dos sujeitos. *Mais confiante pra fazer as tarefas de casa.* Antes do projeto os sujeitos tinham medo de cair, bater em algum móvel, pois tinham pouca força nas pernas, agilidade, equilíbrio. Agora percebem que conseguem caminhar com mais facilidade dentro e fora de casa. Isto acarreta melhoras no desenvolvimento das tarefas diárias.

Nem todos conseguem perceber mudanças significativas como podemos perceber na fala de alguns sujeitos. *Eu assim de sentir muita diferença não.* Conforme a fala dos sujeitos, sempre foram de se movimentar bastante, então não perceberam nenhuma mudança na realização das tarefas cotidianas.

A seguir veremos as mudanças que aconteceram na vida dos usuários de forma mais geral.

4.5.4 Resultados sobre as mudanças na vida de forma geral

Nesse tópico foram formados dez Ideias Centrais – Síntese ou categorias, organizadas em dez grupos, como veremos a seguir.

QUADRO 9 - Síntese sobre as mudanças que ocorreram na vida de forma geral:			
N.I.C	Ideia Central	NU	DSC

01	Sinto firmeza, mais leve, mais ágil.	01 02 04	Depois da cirurgia, me sentia até triste por que não podia se mexer direito, pra andar pra lá e pra cá era com dificuldade [...]. Hoje posso sair de carro, mas a pé vou também. Até comecei dançar não faz muito, antes eu tinha medo, porque eu tenho uma perna meio em falsa, e parece que ela falhava [...] E agora sinto firmeza nas pernas, mais leve. Parece que fiquei bem mais rápida, com mais ânimo, mais ágil. A gente se sente mais leve e disposta. Ficou assim, mais leve.
02	Pressão ficou mais normal e mais baixa.	04 06 08 09	Minha pressão também tá bem melhor. Muito bom. A pressão também ficou melhor. E isso ajuda a dormir melhor, me movimentar melhor. É muito bom. Também controlar melhor a pressão. Quando consigo ir duas vezes por semana percebo que minha pressão fica mais normal. Minha pressão ficou mais normal e sempre mais baixa. Isso pra gente que toma remédio todo dia é importante pra viver melhor.
03	Melhora o Convívio social.	02 03 04 05 07 09 10	Ir ao projeto, eu adoro, adoro conversar. Meu convívio é muito melhor, me dou bem com todos do projeto, é bom demais. Muda assim, desde a gente se encontrar, se a gente fica em casa parece que tudo fica ruim. A gente sai, conversa, isso muda [...] nos encontros a gente conversa, uma diz uma coisa, outra diz que dói ali, outra dói lá. E a gente acaba se conhecendo melhor, isso é bom, faz mais amizade. Tem pessoas que a gente tá fazendo amizade depois que eles começaram nesse grupo. A gente até se via, se cumprimentava, mas nunca chegavam fazer amizade, essas coisas. Então quando que é um grupo assim a gente cria certa confiança, porque tá mais seguido juntos, daí a gente conversa, cria amizade, a gente conhece mais as pessoas. Lá a gente conversa com outras pessoas. É muito bom. Antes eu não participava então isso foi muito bom pra mim. Minha vida social mudou. Tem essa parte do convívio social que a gente se encontra no projeto e converso bastante e tudo isso ajuda. E saí também com o pessoal, como a gente não consegue visitar a casa de todas as pessoas que vem no projeto, então ali é um momento que a gente conversa duas a três vezes por semana.
04	Diminuiu as dores.	03	[...] Eu tinha dor nos braços, nas pernas. Eu não sinto mais aquele cansaço e a dor que eu sentia [...].
05	Deito e durmo.	03 07 08 09 10	[...] Deito e durmo. E antes eu tinha que estar esfregando remédio nas pernas, se não, não dormia [...]. Eu consigo dormir melhor, me sinto melhor. Parece que durmo melhor. Consigo dormir melhor. A gente dorme melhor por causa das atividades que a gente faz no projeto.
06	Consigo respirar melhor.	06 07	Pra mim melhorou a respiração. Como eu sofro da asma, da bronquite, agora consigo respirar melhor.

07	O estresse foi embora.	06	Antes eu andava estressada, e agora foi embora. E ainda convivo com o marido sempre estressado. Aquela ansiedade que ele tem a gente passa também. Ele tem problema sério de coluna. Agora com o projeto sinto mais renovada, então dou coragem pra ele, animo ele.
08	Emagreci mais.	03	Emagreci mais, sinto na roupa. Estou com minhas roupas que não posso mais usar. Somente com cinta. Se não cai tudo. Depois do projeto parece que estou enxuta [...].

4.5.4.1 Discussão sobre as mudanças na vida de forma geral

Percebe-se que os sujeitos repetem algumas coisas que já falaram nas perguntas anteriores. Isso fortalece os dados desta pesquisa, pois o que estão relatando, realmente mudou em suas vidas: *Sinto firmeza, mais leve*. Neste caso melhorou o tônus muscular e conseqüentemente a coordenação motora, equilíbrio, agilidade, flexibilidade, pois conseguem dançar com mais facilidade, perderam o medo de desequilibrar e cair.

Outra mudança é que a *pressão ficou mais normal e mais baixa*. Conforme Niemann (1999, p. 198):

O Colégio Americano de Medicina do Esporte e outros revisores concluíram que as pessoas com hipertensão discreta podem esperar uma queda média das pressões arteriais sistólica de 8 a 10 mmHG e diastólica de 6 a 10 mmHg em resposta ao exercício aeróbico regular, independentemente das alterações do peso corporal e da dieta (que podem acarretar reduções maiores) (Niemann, 1999, p. 198).

Isso pode ser percebido também em Freitas (2007, p. 108) de acordo com relato de um dos sujeitos entrevistados: ‘*tinha sempre a pressão alta, sempre estava muito alta, e tomando remédio pra baixar [...].* Aí, depois eu vim pra cá, a minha pressão não sai de doze por oito. Comenta o sujeito que diminuíram a dose da medicação e está se sentindo muito bem.

Muitas vezes, o tratamento da hipertensão arterial, somente com medicação, demora para estabilizar. Com o tempo, alguns sujeitos têm que aumentar as doses da medicação. O tratamento medicamentoso combinado com a prática de atividade física, bem como a alimentação pode ser mais eficaz no controle e diminuição da PA de indivíduos hipertensos.

Outra mudança observada é que: *Melhora o Convívio social*. Conforme os sujeitos é um momento de encontro, de colocar o papo em dia, de conhecer os problemas e limitações do

outro. Semelhante a isto, em Freitas (2007, p. 109) um sujeito comenta que era uma pessoa muito tímida, conversava pouco e no início não queria participar. Após inserção no projeto, comenta o sujeito “gosto muito do grupo, das pessoas e me sinto muito bem”. Quando um sujeito participa em grupo, estas oportunidades aparecem e as atividades físicas e os encontros ficam mais prazerosos no decorrer do ano, pois um acaba conhecendo as limitações e melhoras que ocorreram em seus colegas e com profissionais. Conforme Freitas (2007, p. 109):

Com a convivência, as pessoas sentiam-se mais a vontade e contavam para mim ou para outras pessoas do grupo as suas dificuldades, que vão além do que imaginamos poder contribuir quando pensamos em nossa intervenção, e que representam outros problemas de vida dessas pessoas (Freitas 2007, p. 109);.

Um fator e mudança que ocorreu conforme os usuários e muito importante também para a diminuição/estabilização da PA e para dormir melhor é que *Diminuiu as dores*. Percebi que esse fator é tão importante quanto outros. De acordo com Freitas (2007), durante os encontros, algumas pessoas sempre comentavam sobre as melhoras que iam percebendo nas dores nas costas, nas articulações, melhora no sono e nas câibras. Com relação às dores, quando um sujeito chegava ao projeto Movimento saudável: Saúde não tem idade e relatava que estava sentindo alguma dor, sua pressão alterava para mais o que ao contrário não acontecia.

Como um fator encadeia outro, antes do projeto alguns sentiam dores e tinham que passar remédio nas pernas para acalmar as dores. Como para alguns sujeitos as dores diminuíram após a prática de atividade física orientada, sentiram as mudanças no sono e não precisam mais realizar tais procedimentos durante a noite.

Os sujeitos relatam que antes do projeto tinham dificuldade em dormir, e hoje, “*Deito e durmo*”. Para Niemann (1999), uma sessão de exercícios possui um impacto positivo maior sobre a qualidade de sono para as pessoas mais idosas ou com nível de aptidão física baixo, ou seja, aqueles que necessitam mais recebem o maior benefício do exercício sobre o sono.

Outra mudança é com relação à respiração. *Consigo respirar melhor*. Como podemos ver no relato, um dos sujeitos é asmático e sua respiração melhorou. Conforme Niemann (1999, p. 151), o exercício regular com intensidade moderada “melhora o nível geral de aptidão física, melhora o estado psicológico, diminui o risco de outras doenças crônicas e melhora as funções pulmonar e cardíaca. [...] À medida que as pessoas asmáticas se tornam fisicamente treinadas, as crises de asma são menos frequentes”. Alguns conseguem perceber melhoras na respiração, até

porque tinham dificuldade de respirar anteriormente, outros no estresse, pois estavam passando por esse fator como veremos a seguir.

O *estresse foi embora*, outra mudança destacada pelos usuários. Neste caso somente um sujeito relatou sobre este fator. Como foi abordado no parágrafo anterior, normalmente os sujeitos relatam melhoras sobre os problemas que estavam passando em tal momento. Conforme P06, “convivo com o marido sempre estressado. Aquela ansiedade que ele tem a gente passa também”. Percebe-se que nem sempre é um problema que está acontecendo em específico com a pessoa, mas sim com seus familiares.

É satisfatório quando um sujeito diz que aquilo que lhe fazia mal não está mais ocorrendo. A disposição para fazer a ginástica e os serviços de casa melhoraram, pois, um indivíduo que depende de outro, muitas vezes até para trocar de roupa, pode ficar deprimido, estressado e seus familiares podem passar pelos mesmos problemas. Neste sentido, em Freitas (2007, p. 109), um sujeito relata que após a ginástica “a gente chega mais relaxado em casa, com outro pique pra fazer o serviço” pois “estava mesmo uma pessoa deprimida, não queria sair de casa, não tinha mais vontade de fazer o serviço, era uma pessoa desanimada”.

Outro relato de um dos sujeitos: *Emagreci mais*. Percebe-se que somente um sujeito relatou sobre esse assunto. Sabe-se que são vários fatores para a diminuição do peso corporal. Para tentar explicar um pouco isto, Niemann (1999, p. 234) cita vários estudos e um deles foi “conduzido por um ano com 350 homens e mulheres na Stanford University, três a cinco sessões de exercícios de 30 a 40 minutos por semana não tiveram efeitos significativos sobre o peso corporal [...]”. O autor comenta que os indivíduos ficaram treinados, mas não se tornaram mais magros.

Por que não ficaram mais magros? São vários os fatores, dois deles é a alimentação e o repouso. Niemann (1999) comenta, quando as pessoas começam a se exercitar, elas podem começar a comer mais, ou relaxar mais do que o normal durante o resto do dia após o exercício, anulando as calorias extras queimadas pelo exercício. “[...] Em outras palavras, as pessoas apresentam uma tendência a se ‘recompensar’ pelos exercícios, comendo ou repousando mais do que o normal”.

Como a maioria dos sujeitos desta pesquisa é de idade avançada, 50 anos pra cima, hábitos alimentares são muito difíceis de serem modificados, sem falar que com indivíduos em tal

idade, conforme Niemann (1999, p. 291), “ocorre uma queda metabólica de repouso e uma predisposição a maiores ganhos de gordura corporal”.

As mudanças são inúmeras na vida dos sujeitos, mas nada acontece de forma isolada. Não se pode afirmar que apenas um fator possa ter influenciado para que a PA, por exemplo, normalizasse, diminuísse ou aumentasse. Quando um usuário estava com sua PA normal nas últimas aulas do projeto Movimento saudável: Saúde não tem idade, quando sentia dor ou tinha algum problema de saúde na família, sua pressão alterava para mais e de forma significativa.

Portanto, quando um sujeito está bem consigo, com seus familiares e amigos, e consegue realizar os exercícios, as tarefas diárias, desenvolver ocupações cotidianas que antes não conseguia, a vida muda significativamente. A prática de atividade física é uma ação poderosa para que isso aconteça. É claro que somente a prática desta atividade não dá conta para que tais mudanças aconteçam, mas com a associação de outras ações é possível chegar mais próximo de um viver bem.

4.5.5 Resultados sobre a importância da atividade física orientada por um professor de Educação Física

Neste item foram analisados dez discursos, apresentando, três Ideias Centrais – Síntese ou categorias, formando três grupos, como veremos a seguir.

QUADRO 10: Síntese sobre a importância da atividade física orientada por um professor de Educação Física			
N. I.C.	Idéia Central	N.U	DSC
01	Orientação é bom e importante.	01 03 05 06 08	Orientação sempre é bom. Por que a gente não conhece muito essas coisas e além de nós, tem mais gente que precisa de orientação. É importante ter alguém orientando. A orientação é importante. É bom, é preciso. Precisa ter as orientações do professor pra gente saber a mais. Porque a gente não tem aquela experiência. E se tem alguém que oriente a gente aprende mais, aprender nunca é demais.

02	Sem o professor não é mais igual. Parece que falta algo.	01 02 04 05 06 08 10	Sem um monitor, não motiva. [...] no projeto com o grupo e o professor a gente conversa. Dá risada. As horas lá passam muito mais rápidas. Que nem agora que o professor não pode vim, no dia que nós fomos estava somente em cinco. Quando o professor não está as pessoas não participam, agora quando o professor tá, todos participam. Nós estávamos sozinhos esses dias atrás. Não vai, falta, precisaria ter alguém que comanda. Aí as pessoas, uma vai, outra não vai. Ontem estava em cinco. Alguns não têm aquele amor pela prática. Como agora o professor não está, as pessoas não vem. As duas semanas que nós tava sozinhos, nós tava em quatro, as vezes cinco, nós fizemos as atividades, mas não era igual. Eu não fui nenhum dia depois que o professor não veio. [...] estou vendo que agora que o professor não esta, até nós estamos fazendo, mas parece que não é mais igual. Parece que falta algo.
03	U07 Tu sabe o que pode fazer e o que não pode.	01 03 06 07 08 09	Sozinho é difícil. E com o professor é diferente. Nas atividades físicas tem coisa que tem que forçar mais ou menos. Por que a gente às vezes ta forçando algo que prejudica. O professor orienta e a gente fica mais a par do que a gente pode e não pode fazer. Se fosse sozinho não sabia nem por onde, nem como começar. [...] Pelo menos tu sabe o que pode fazer e o que não pode. Como eu também tenho tanto problema de coluna. [...] eu pensei que não podia fazer as coisas que to fazendo, [...] No início eu não conseguia e agora eu consigo encostar nos pés. E não dói nada. [...] Pois o professor orientando, ele sabe o que a gente pode ou não pode [...].Tendo um professor que orienta sempre é mais fácil pra gente entender. A gente perde o medo e um pouco é isso também que as pessoas não fazem sozinhos. Porque tudo as coisas que tenha um que oriente, a gente já se sente mais confiante. As pessoas não fazem sozinhas, eu não faria sozinho, sem ninguém explicar, ensinar, daí a gente não faz, porque não sabe. Mesmo depois de um tempo do professor orientando eu acho que não conseguiria fazer sozinho.

4.5.5.1 Discussão sobre a importância da atividade física orientada por um professor de Educação Física

As falas dos sujeitos são unânimes quando se referem à importância das orientações das atividades físicas. Citam que *orientação é bom e importante*. Quanto mais conhecimento um sujeito tiver, mais autonomia ele terá para realizar e controlar a intensidade, frequência e duração de sua própria atividade.

Em outra percepção citam que *sem o professor não é mais igual. Parece que falta algo*. Percebe-se que a figura do professor orientando, conversando, dá mais segurança e anima os próprios usuários na realização das atividades. Isso pode ser percebido na seguinte referência à figura do professor: *“Tu sabe o que pode fazer e o que não pode”*. Isto mostra que eles confiam no professor e esperam que a orientação seja de qualidade.

Vale destacar que todas as falas se relacionam e apontam para a necessidade de um profissional habilitado da área de Educação Física, para trabalhar com atividade física orientada. A maioria dos usuários que participam do projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade são pessoas acima de sessenta anos e possuem dificuldades para fazer exercícios que não venham prejudicá-los. Com a orientação do professor eles se sentem mais seguros e confiantes, podendo ir além do que achavam que tinham condições. É preciso trabalhar de forma multi e interdisciplinar, dialogar com os diferentes profissionais que participam do projeto para identificar, em conjunto, o que é melhor para a saúde dos usuários.

4.6 Considerações finais

Estamos vivendo um novo tempo, um tempo de promover a saúde por meio da atividade física orientada, para populações vulneráveis, principalmente as que não conseguem ter acesso, por questões econômicas, sociais, políticas, doenças, etc.

A prática de atividade física orientada no contexto do SUS, mais especificamente no Projeto Movimento saudável: Saúde não tem idade provocou inúmeras mudanças, as quais foram percebidas pelos profissionais da saúde e usuários que participaram da presente pesquisa.

Vale destacar que as mudanças não aconteceram única e exclusivamente por meio da prática de atividade física orientada. Esta atividade sozinha não dá conta de promover a saúde da população. Fatores como a palestra que os usuários e profissionais da saúde tiveram com a nutricionista tentando melhorar aspectos da alimentação: tomar café da manhã, diminuição de ingestão do sal de cozinha, de gorduras, aumento do consumo de saladas, legumes, frutas nas refeições, entre outras formas de alimentação mais saudável, assim como a convivência em grupo, a palestra que os usuários e profissionais tiveram com o fisioterapeuta, as orientações da enfermeira, da técnica em enfermagem, das agentes comunitárias de saúde e, principalmente, as orientações do profissional de Educação Física durante os encontros, foram fatores que contribuíram para que as mudanças acontecessem.

A percepção dos profissionais da saúde, com relação as mudanças que ocorreram nos usuários, aponta para a estabilidade da PA e a evolução de aspectos do condicionamento físico, resistência aeróbica, equilíbrio, coordenação motora; mudanças no estilo de vida, participação em algum tipo de atividade física, e melhora na autoestima dos sujeitos. Percebe-se que tais mudanças ocorreram em termos biológico, social e psicológico.

Outras mudanças na UBS e para os profissionais da saúde, identificou-se que houve acompanhamento e cobrança dos usuários que não participam do projeto, com o objetivo de querer participar; diminuiu/estabilizou o número de consultas e as doses de medicamentos. A autoestima melhorou tanto para os profissionais da saúde quanto para os usuários.

Com relação às mudanças que ocorreram no município, identificou-se que está ofertando mais um serviço para os usuários. Como o município não oferecia este tipo de serviço, alguns usuários passaram a ser beneficiados. É lógico que a oferta de mais um serviço não indica qualidade prestada, mas sim quantidade. A qualidade de tais serviços virá com as avaliações, reflexões, pesquisas, para possíveis melhoras na qualidade do serviço.

Em outra percepção ainda com relação ao município, não seria possível neste momento fazer uma avaliação, considerando o período de realização e implantação do projeto. Mudanças ocorreram, mesmo que foram pequenas, pois somente pelo fato dos usuários e profissionais da saúde estarem fazendo as atividades duas vezes por semana, mudou a rotina

desses profissionais, da Unidade, das famílias dos usuários e do programa Hiperdia que envolve 302 pessoas do município. Mesmo que somente alguns usuários estão sendo beneficiados no presente momento, mas futuramente outros poderão usufruir de tais serviços.

Foi identificada a importância da atividade física orientada por um professor de Educação Física uma vez que os usuários fazem exatamente como o professor esta fazendo, pois, para o pessoal é um controle na medida em que os usuários criam confiança no professor e em si próprio para superar limites, até então insuperados. Como a atividade física orientada é uma das especialidades do professor de Educação Física, é preciso ter a orientação de profissional habilitado na área. Com este profissional, os alunos evoluem e os objetivos podem ser alcançados mais rapidamente, pois o professor teve uma formação ampla e sólida sobre as orientações de atividades físicas.

Numa segunda etapa, com relação à percepção dos usuários que participaram da pesquisa, identificaram-se mudanças na participação dos mesmos em atividade física orientada. Antes do projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade cinco usuários nunca participaram e cinco participaram em algum momento de algum tipo de atividade física orientada. De acordo com quem já participou de tais atividades, quatro participaram de ginástica uma vez por semana, durante uma hora, e um fez hidroginástica duas vezes por semana, com duração de uma hora cada aula. Como as atividades do projeto Movimento saudável: Saúde não tem idade se realizavam duas vezes por semana, modificaram-se os hábitos de atividade física para quem nunca havia participado e quem participava somente uma vez por semana.

Como os usuários participavam duas vezes por semana em torno de 30 a 60 minutos por aula, identificou-se mudanças na realização das atividades físicas durante os encontros: a melhora do condicionamento físico, socialização e, na medida em que participavam, faziam amizades. Tais aspectos são importantes, principalmente para pessoas acima de cinquenta e sessenta anos, pois precisam se manter ativas física e socialmente, caso contrário, as doenças avançam, ficando mais difícil torná-las reversíveis.

Assim como identificado no parágrafo anterior, também ocorreram mudanças na realização das tarefas diárias e identificou-se que os usuários se movimentam muito mais agora. Na medida que isso acontece, se sentem mais confiantes para fazerem as tarefas de casa. Porém,

alguns não perceberam diferença quando realizam as tarefas de casa. As pessoas são diferentes, e nem todas sentirão os benefícios da atividade física rapidamente.

Já com relação às mudanças na vida de forma geral dos usuários, os mesmos sentem mais firmeza nas pernas e estão mais leves para se movimentarem. Isso dá confiança para que realizem tarefas que antes dificilmente conseguiriam. Aspectos também como a estabilização e diminuição da PA são importantes, pois a alteração da mesma provoca tonturas, desconfortos e dificuldade para fazer atividades mais intensas. A PA estabilizada, melhora outros aspectos: autoestima, diminuição das tonturas e desconfortos, circulação sanguínea, etc.

O projeto Movimento saudável: Saúde não tem idade foi uma oportunidade para que as pessoas melhorassem seu convívio social. As dores também diminuíram e na medida em que tais fatores foram interferindo no cotidiano, os usuários comentam que conseguem dormir melhor.

Alguns pelo fato de ter asma, hoje respiram melhor e outros comentam que o estresse foi embora; emagreceram e sentem mais disposição para fazer a ginástica e os serviços de casa, como citado anteriormente. Tais aspectos são importantes para uma vida melhor.

Na última pergunta destinada aos usuários, sobre a importância da atividade física orientada por um professor de Educação Física, não muito diferente da percepção dos profissionais da saúde, a percepção dos usuários indica que orientação é bom e importante e sem o professor não é igual. A função do professor é fazer a mediação entre o conhecimento do aluno, senso comum, com o conhecimento científico. Sem essa mediação os alunos não evoluem e continuam fazendo sempre da mesma forma. O conhecimento vai se modificando com o passar dos anos, ou seja, o que hoje é uma verdade, amanhã pode não ser mais. Por isso, quando não tem o professor, parece que falta algo, pois o professor sabe o que pode e o que não pode fazer. Isso acaba estimulando as pessoas a participarem, as pessoas gostam que tenha alguém cobrando dedicação nas atividades

Todos os dados apresentados como o IMC, RCQ, PA, e a análise das percepções dos profissionais da saúde e usuários serviram de base para outras mudanças que ocorreram após a inserção da atividade física orientada no contexto do SUS, não abordadas durante o processo de coleta de dados da presente pesquisa.

Neste momento de conclusão desse estudo, apresentaram-se outras mudanças beneficiando o próprio grupo pesquisado, como outro grupo do município de Planalto Alegre - SC cha-

mado Idoso em Movimento. A ginástica para este grupo é somente para idosos. Acabou também, dando abertura para outras pessoas procurarem e usufruírem de tais atividades.

Com relação ao grupo Idoso em Movimento, a atividade física orientada iniciava sempre após ser contratado o professor de Educação Física, por meio de processo seletivo. Isso se dava normalmente no fim do mês de março. Neste ano de 2011, as atividades iniciaram na metade do mês de janeiro com o professor que atuava anteriormente, até a contratação de outro por meio do processo seletivo.

É significativo destacar que está aumentando a procura da prática das atividades físicas. Aumentou o número de participantes, principalmente no grupo de Idoso em Movimento. Outro benefício para esse grupo, aumentou de um para dois dias reservados para ginástica e terão acompanhamento da PA durante a prática da ginástica, o que antes eles não faziam. Também foi acrescentado Hidroginástica no mínimo duas vezes por mês, o que antes eles faziam uma vez por ano.

Uma mudança no projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade, não citada durante a realização da pesquisa, é que os usuários irão realizar uma bateria de exames no início e no final do ano para ter acompanhamento das variáveis: colesterol, diabetes, triglicerídeos, etc.

Entre todas as mudanças já citadas, essa irá qualificar ainda mais a prática de atividade física orientada na UBS do município de Planalto Alegre - SC. O município contratará, por meio de concurso público, um professor para atuar vinte horas semanais junto ao contexto do SUS. Isto pode qualificar e dar continuidade ao projeto e ampliar o número de participantes nas práticas de atividades físicas orientadas.

Um dos pontos negativos desta pesquisa foi o curto período que o projeto Movimento saudável: Saúde não tem idade esteve em funcionamento. Para qualificar o projeto, por meio desta pesquisa, precisaria ter mais tempo de funcionamento e, com certeza, os efeitos seriam mais perceptíveis, nos âmbitos: individual, UBS, profissionais de saúde e município de forma geral. No entanto, com a contratação de um professor de Educação Física, por meio de concurso público, para trabalhar no contexto do SUS, outras pesquisas e ações poderão surgir, pois o projeto dará continuidade em suas atividades.

O desafio de pesquisar em tal contexto ainda pouco pesquisado pela Educação Física, nos remeteu a tal questionamento: Se chamamos de SUS, por que ainda o professor de Educação Física não está inserido em tal contexto? O que é preciso para que isso aconteça? Mais pesquisas

como esta? Por isso, sugiro que seja revisto este modo de olhar a saúde da população e também que pesquisas como esta, mas principalmente, avaliações de programas de atividade física que estão sendo inseridos no contexto do SUS sejam realizadas, para que se efetive a inserção do professor de Educação Física neste contexto.

A atividade física orientada, como aconteceu no contexto pesquisado, apresentou mudanças individuais e coletivas para usuários e profissionais da saúde, em vários aspectos: biológico, social, afetivo, psicológico, participação, interdisciplinar, econômica, política, etc. Também possibilitou avançar com finalidade de refletir, qualificar e apontar ações que possam melhorar a prática de atividade física orientada, realizada no projeto Movimento Saudável: Saúde não tem idade.

REFERÊNCIAS

ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal/estatura²) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão de literatura. **Revista de Saúde Pública**, v.26, n.6, p.431-6, dec., 1992.

BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J.(ORG.) Avaliação qualitativa de programas de Saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes; 2006)

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988: (atualizada até a Emenda Constitucional n. 53, de 2006). Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 40. ed. atual. São Paulo: Saraiva, 2007. (Coleção Saraiva de legislação).

_____. **Lei nº 8.080** de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário oficial da União. Poder executivo, Brasília – DF, set, 1990. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso 01/05/2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Saúde da Família, Atenção Primária. 2006a. Disponível em www.saude.gov.br, acesso em 01/05/ 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 399**, de 22 de fevereiro de 2006, divulga o pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. 2006b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 10/10/2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154**, de 24 de janeiro de 2008, cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União, n. 18, de 25 jan. 2008, seção 1, fls. 47-50. Brasília – DF, jan. 2008. Disponível em: <http://www.saudeba.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2008.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, 2002. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em:
<http://www.promocaodesaude.unifran.br/docs/cartas_prom_saude.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2006c 60p. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf. Acesso: 10/10/2008.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs)**. Educação Física/Secretaria de Educação Fundamental. Brasília – DF: MEC/SEF, 1997b. 96p.

BUSS, Paulo M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 5, n. 1, Rio de Janeiro, 2000.

COELHO, M. A. A.; OLIVEIRA, E. N.; CANUTO, O, M. C. Educação Física na Estratégia Saúde da Família: uma experiência com pessoas na terceira idade. *Revista SANARE*, Ano 5, v. 1, jan./fev./mar., 2004. p. 151-158.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Revista CONASEMS*. Março 2008. Ano V. Nº27.p24.

Coutinho, Silvano da S. Atividade Física no Programa de Saúde da Família, em municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná – Brasil. Ribeirão Preto. 2005. p14. Dissertação de (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. São Paulo.

Ferreira, Marcos S. Aptidão Física e Saúde na Educação Física Escolar: ampliando o enfoque. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. v. 22, n.2. Campinas, SP. Jan. 2001. p. 41-54.

FREITAS, Fabiana F. a educação física no serviço público de Saúde. 155p. São Paulo: Hucitec, 2007.

FREITAS, Fabiana F. de; CARVALHO, Yara M. de; KUNDRÁT BRASIL, Fernanda. Educação Física e serviço público de Saúde: considerações dos profissionais do Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa. **Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC**, Florianópolis, SC, jul. 2006.

OLIVEIRA, Dilma L. et al. A inserção da Educação física na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE. Revista SANARE, v. 01, ano IV, p. 87-90, Sobral/CE, 2004.

MALTA, Deborah C. et al. A política nacional de promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. Epidemiol. Serv. Saúde, v. 18, n. 1. Brasília marc. 2009.

MASCARENHAS, Carine V. **Promoção da Saúde:** representações sociais de acadêmicos dos cursos de graduação na área da Saúde. Dissertação (Grau de Mestre em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, 2005.

MINAYO, Maria C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p. (Saúde em debate; 46).

MORETTI, Andrezza C. et al. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da Saúde. Saúde Soc. São Paulo, v. 18, n. 2, Junho, 2009. p.346-354. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso: 05/02/2010

NIEMAN, David C. Exercício e Saúde. Manole Ltda, p. 316. São Paulo – SP, 1999.

PEREIRA, Jacemile da S. et al. Percepção da atividade física por participantes do projeto ação e Saúde comunidades. Anais do XVI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e III Congresso Internacional de Ciências do Esporte. Salvador – Bahia – Brasil 20 a 25 de setembro de 2009.

PUTZEL, Marcio P.; DUTRA, Altamir T.; VENDRUSCOLO, Carine. A Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF: percepções de professores sobre determinantes sociais da Saúde. Chapecó: UNOCHAPECÓ, 2009. 51p. Monografia (graduação) – Programa de graduação em Educação Física – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Comunitária Regional de Chapecó. Chapecó, 2009.

Saúde em Movimento. Disponível em:

http://www.saudeemmovimento.com.br/saude/tabelas/tabela_de_referencia_cintura.htm. Acesso 09/12/2010.

SHRAIBER, L. B.; & MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidade de Saúde e atenção primária. L. B. SCHRAIBER; M. I. B. NEMES & R. B. MENDES GONÇALVES. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

WARSCHAUER, Marcos et al. Avaliação das Práticas Corporais Promovidas em Unidades Básicas de Saúde da Região do Butantã - São Paulo. Resumo. Portal Educação Física e Saúde Coletiva. s/d.

WARSCHAUER, Marcos. Lazer e Saúde: as práticas corporais no sistema público de Santo André. Dissertação de mestrado – Escola de Educação Física e Esportes da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2008. 204p.

III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Arq. Bras. Endocrinol Metabol. vol. 43, nº 4. Ag. 1999. p. 257-286.

LISTA DE ANEXO

ANEXO I - MODELO DE OFÍCIO

Chapecó - SC, __ de __ de 2010

Ofício – 01 / 2010**Ilmo. Sra. (nome da secretária de Saúde)****Secretaria Municipal de Saúde (nome do município).**

A Coordenação do Curso de pós-graduação em Educação Física da UNOCHAPECÒ vem por meio deste solicitar a realização de uma pesquisa com os usuários e profissionais da UBS do município de Planalto Alegre - SC que estão usufruindo das atividades físicas proporcionada nesse contexto.

Título da pesquisa**EFEITOS DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS:
percepções de usuários e profissionais da saúde****Pesquisador responsável:** Marcio Pereira Putzel**Telefone para contato:** (049) 88264216. **e-mail:** mpp@unochapeco.edu.br**Orientador:** Altamir Trevisan Dutra. **e-mail:** miridutra@unochapeco.edu.br

A pesquisa é referente à conclusão do curso de pós-graduação em Educação Física da UNOCHAPECÒ (linha de pesquisa - Atividade física e Saúde)

➤ **Objetivo:** “Avaliar as percepções de usuários e profissionais da saúde sobre atividade física orientada no programa Hiperdia da UBS do município de Planalto Alegre - SC”.

Será coletado os documentos utilizados no planejamento das atividades física orientadas. Após, será realizado entrevistas individuais, gravadas e transcritas, as quais serão submetidas à avaliação dos entrevistados, podendo decidir sobre a utilização ou não de seu depoimento. A participação dos sujeitos na entrevista será voluntária. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa.

Atenciosamente,

Clodoaldo Antonio de Sá
Coordenador(a) do Curso de
Pós-Graduação em Educação Física
UNOCHAPECÓ

ANEXO II = TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EDUCAÇÃO FÍSICA

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma dela é sua e outra é do pesquisador.

Título do projeto: **EFEITOS DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde.**

Pesquisadores: **Marcio Pereira Putzel** Telefone para contato:

Orientador: **Altamir Trevisan Dutra.** Telefone para contato:

O Objetivo desta pesquisa é avaliar as percepções de usuários e profissionais da saúde sobre atividade física orientada no programa Hiperdia da UBS do município de Planalto Alegre -SC. A sua participação na pesquisa consiste em responder de forma individual a entrevista que será realizada pelo próprio pesquisador, sem qualquer prejuízo ou constrangimento para o pesquisado. Os procedimentos aplicados por esta pesquisa não oferecem risco a sua integridade moral, física, mental ou efeitos colaterais. As informações obtidas através da coleta de dados serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto, e para a composição do relatório de pesquisa, resguardando sempre sua identidade. Caso não queira mais fazer parte da pesquisa, favor entrar em contato pelos telefones acima citados.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa. Você poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____ CPF _____,

abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa e, os procedimentos nela envolvidos, bem como os benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Local: _____ Data ____/____/____.

Nome e assinatura do sujeito: _____.

ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE GRAVAÇÃO DE VOZ**UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EDUCAÇÃO FISICA**

Título da pesquisa: **EFEITOS DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde.**

Pesquisador: Marcio Pereira Putzel.

Eu, _____ permito que o pesquisador relacionado acima obtenha gravação de voz de minha pessoa para fins de pesquisa científica/ educacional.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Assinatura: _____

LISTA DE APENDICE

APÊNDICE I - Roteiro de entrevista para os profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Planalto Alegre - SC:

NOME: _____ **Idade:** _____

1. Escolaridade (área de concentração): _____
2. Função que exerce na Unidade: _____ . Quanto tempo atua na profissão e na Unidade, respectivamente: _____, _____.
3. Na sua percepção, o que mudou após a inserção da prática da atividade física orientada no programa Hiperdia?
 - a. Para os usuários:
 - b. Para UBS incluindo os profissionais da saúde:
 - c. Para o município de forma geral:
4. Comente sobre a importância da atividade física orientada. É preciso ter um professor de Educação Física?

**APÊNDICE II - Roteiro de entrevista para os usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS)
do município de Planalto Alegre - SC:**

NOME: _____ **Idade:** _____

1. Escolaridade e profissão: _____ ; _____

2. Quantas pessoas morram na família? _____

3. Qual a renda média mensal do grupo familiar? _____

4. Comente sobre o que mudou em sua vida após a inserção da atividade física orientada no programa Hiperdia:

a. Na realização das atividades físicas durante os encontros.

b. Na realização das tarefas diárias:

c. Na vida de forma geral:

5. Comente sobre a importância da atividade física orientada. É preciso ter um professor de Educação Física?