

Efeitos de um programa educativo sobre práticas e saberes de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família para a promoção de atividade física

Effects of an educational program on knowledge and practices of employees of the Family Health Strategy for the promotion of physical activity

Thiago Hérick de Sá¹
Alex Antonio Florindo²

1. Faculdade de Saúde Pública / USP.
São Paulo, SP, Brasil.

2. Escola de Artes, Ciências e
Humanidades / USP. São Paulo, SP,
Brasil.

Resumo

O estudo buscou avaliar os efeitos de um programa educativo sobre práticas e saberes de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família para a promoção de atividade física. Realizou-se um ensaio controlado com 83 profissionais de duas Unidades Básicas de Saúde de São Paulo, de julho a outubro/2010. O Grupo Qualificação (GQ; n= 39) participou de programa educativo baseado na pedagogia freireana e na Política Nacional de Educação Permanente, enquanto o Grupo Controle (GC; n= 44) não recebeu intervenção no período. O programa educativo teve adesão de 56,5%, agentes comunitários de saúde em sua maioria (95,5%; p<0,001). De acordo com a análise qualitativa, ele foi muito bem avaliado pelos participantes, promovendo alterações sobre a representação da AF e sobre a qualidade do aconselhamento para prática. Também foi reconhecido pelos participantes como espaço de diálogo e acolhimento. O programa educativo proposto abre caminhos para a formação de profissionais de saúde sobre o tema da atividade física na atenção básica e se apresenta como uma interessante tecnologia de formação em serviço, em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com a atual estrutura organizacional para a promoção de atividade física no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Atividade motora; Saúde da família; Educação física; Educação em saúde; Atenção primária à saúde.

Abstract

The study aimed to evaluate the effects of an education program over the knowledge and practices of health workers concerning to the promotion of physical activity. We performed a controlled trial with 83 health workers from two Health Units from Sao Paulo, between July and October of 2010. The Qualification Group (QG; n= 39) took part on an education program based on the pedagogy of Paulo Freire and the Permanent Education National Policy, while the Control Group (CG; n= 44) didn't receive any intervention during this period. The education program for physical activity promotion had adherence of 56.5%, mainly lay health workers (95.5%; p<0,001). According to the qualitative analysis, it was very well evaluated by the participants and also recognized by them as space for dialogue and care. Positive changes were observed in the representation of the practice and counseling about PA. The education program opens new ways to educate health workers about physical activity and presents itself as an interesting in-service training technology, coherent with the Permanent Education National Policy and with the current organizational structure of physical activity promotion at the Unified Health System.

Keywords: Motor activity; Health family; Physical education; Health education; Primary health care.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Thiago Hérick de Sá
Departamento de Nutrição
Faculdade de Saúde Pública / USP
Av. Dr. Arnaldo, 715
Cerqueira César
CEP 01246-904
São Paulo, SP
e-mail: thiagodesa@usp.br

• Recebido: 23/12/2011
• Re-submissão: 22/03/2012
10/05/2012
14/08/2012
25/09/2012
• Aceito: 30/09/2012

INTRODUÇÃO

O corpo tem sido socialmente entendido como o principal elemento de diferenciação dos indivíduos e lócus preferencial para o investimento em saúde^{1,2}. Já não o temos mais como parte constituinte de nós que se relaciona com o mundo e que o modifica, enquanto seres históricos construtores de cultura. Esta visão se consolida na medida em que vivenciamos condição inédita na história humana: com a liberação do corpo³, passamos a lidar com questões inteiramente novas, sobre como e quando nos mover, uma espécie de dilema da atividade física. Sob essa ótica, a atividade física converte-se em instrumento para a manipulação dos corpos, matéria inerte e imperfeita, que carece de aprimoramento². Este entendimento sobre a prática de atividade física desconsidera a integralidade do ser e a intrínseca relação do homem com seu corpo, ao alienar um do outro.

Promover a atividade física passa, então, por mudar a representação social⁴ de sua prática, no sentido de redizer ao homem a consciência do próprio corpo e de si⁵. A representação social da atividade física compreende como e por que as pessoas compartilham seus conhecimentos sobre atividade física, e desse modo constituem sua realidade comum, convertendo-a em práticas⁴. Esta mudança se dará, dentre outras ações, por iniciativas de formação baseadas na educação transformadora, como proposto pela pedagogia freireana, crente na capacidade do ser humano e comprometida com sua mudança, que problematiza o mundo e busca a superação das situações limite pela ação dialógica⁵. Este referencial pedagógico, amplamente utilizado em ações de promoção de saúde na atenção básica no Brasil, também é a base da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)⁶, documento que rege a formação dos profissionais de saúde, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta-se, portanto, como excelente espaço para promoção de atividade física, sobretudo a partir da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a inserção do profissional de Educação Física no conjunto de trabalhadores da atenção básica⁷. Uma das prerrogativas do NASF é o desenvolvimento de ações educativas com equipes de saúde da família sobre atividade física, no entendimento de que a promoção de atividade física na atenção básica é um dos fatores que contribui para o aumento de sua prática junto à população. Além disso, entende-se que os desafios à incorporação da atividade física no cotidiano são semelhantes entre trabalhadores e usuários e, não por acaso, observamos baixos níveis tanto de prática de atividade física entre profissionais de saúde⁸ como de aconselhamento sobre a prática à população⁹.

Neste sentido, mudar a representação da prática de atividade física junto aos profissionais de saúde nos parece ser o primeiro passo para sua promoção via atenção básica. A despeito da eficácia limitada de programas educativos em saúde sem um conjunto de ações integradas e concomitantes¹⁰, a melhoria dos processos de ensino-aprendizagem pode contribuir para a alteração da baixa prevalência populacional de atividade física no tempo livre e no deslocamento¹¹. Faltam, entretanto, estudos que avaliem os efeitos de estratégias de formação em serviço das equipes de saúde da família para a promoção de atividade física. Espera-se, com este estudo, subsidiar a atuação dos profissionais de saúde envolvidos com a formação sobre a promoção de atividade física na atenção básica, como os profissionais de Educação Física do NASF, por exemplo.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos de um programa educativo sobre a representação social da atividade física para trabalhadores da ESF, o aconselhamento para promoção de atividade física e as condições de saúde destes profissionais.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de intervenção com profissionais de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no distrito de Ermelino Matarazzo, Município de São Paulo. Dentre as quatro UBS com cobertura da Estratégia de Saúde da Família do distrito, foram selecionadas duas UBS do estudo por conveniência, considerando a similaridade entre o tamanho da área de cobertura e o perfil da população atendida. A definição sobre qual UBS serviria como Controle se deu de forma aleatória. Participaram do estudo as UBS Costa Melo (Qualificação^A) e Pedro Souza Campos (Controle), com cinco e seis equipes, respectivamente. Cada equipe de saúde é composta por, pelo menos, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). A população de estudo correspondeu aos trabalhadores contratados nas respectivas UBS em junho de 2010 (89 profissionais: 44 na UBS Qualificação e 55 na UBS Controle). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde (processo nº 0122.0.162.207-09) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Referencial Teórico e

Descrição do Programa Educativo

A pedagogia de Paulo Freire^{5,12} serviu como referencial teórico do programa educativo por sua estreita relação com a PNEPS⁶, que propõe a formação permanente de profissionais a partir da problematização da sua realidade cotidiana. A proposta freireana foi utilizada para estimular o desenvolvimento da consciência crítica dos profissionais sobre a temática da promoção da atividade física, bem como para nortear as etapas de construção do programa educativo.

A investigação temática para identificação dos temas geradores foi feita antes do início do programa educativo por meio de dois grupos focais, um com ACS e auxiliares de enfermagem e outro com médicos e enfermeiros. A partir dos temas geradores, construiu-se a proposta inicial do curso, com base na problematização da realidade dos serviços e das necessidades da população atendida (codificação e descodificação), além da proposição coletiva de ações para a mudança (desvelamento crítico). Os temas discutidos nos encontros foram: A representação da atividade física; Recomendações gerais sobre atividade física; Cuidar, ser cuidado e a gestão do cotidiano; Desafios à prática de atividade física; Descobrir novas práticas e novos caminhos para o aconselhamento. Para maiores detalhes sobre a construção do curso, ver Sá¹³ et al (2011).

O programa educativo foi composto de seis encontros de 1h30 de duração (9h, no total), e ocorreu na própria UBS Qualificação, entre julho e outubro/2010.

Coleta de Dados

Informações sobre variáveis sócio-demográficas (idade,

a Muito embora o termo "qualificação" seja tradicionalmente entendido como avaliação, ele vem sendo utilizado no SUS como sinônimo de ações de formação em serviço, fazendo contraponto a significações negativas relacionadas a termos anteriormente utilizados, como "treinamento", por exemplo.

sexo, estado civil) e condições de saúde (sedentarismo, prática de atividade física no tempo livre e no deslocamento, tabagismo, peso e altura) foram obtidas por meio de questionários aplicados por entrevistadores previamente treinados, enquanto informações sobre atuação profissional e estágio de mudança de comportamento para aconselhamento sobre atividade física foram obtidos por meio de questionário respondido pelos próprios indivíduos. Todas as informações foram coletadas durante a rotina de trabalho.

Além disso, foi realizado um grupo focal com participantes ao final do programa educativo para avaliar efeitos de difícil detecção em abordagens quantitativas do programa educativo sobre os desfechos de interesse. O grupo focal foi coordenado por mediador experiente sem envolvimento com o programa educativo; contou com a participação de observadora conhecida do grupo, que auxiliou na gravação e transcrição das falas; e foi realizado na própria UBS Qualificação, em sala privativa e horário conveniente para os participantes^{14,15}.

Representação da Atividade Física e Aconselhamento para a Promoção de Atividade Física

Mudanças na representação da atividade física e no aconselhamento para a promoção de atividade física dos profissionais de saúde foram analisadas por meio de características das falas dos participantes e da dinâmica de conversação entre eles (falsos começos, repetições, pausas preenchidas e aspectos temporais, como sobreposições de fala, silêncios, conduções e induções na conversação). Foram consideradas mudanças significativas aquelas reportadas livremente, sem interferência direta do grupo ou do mediador do grupo focal, e que constituíssem um conjunto de falas ou concordâncias de diferentes participantes na mesma direção.

Além disso, a avaliação do estágio de mudança de comportamento para aconselhamento sobre atividade física foi feita por questão com seis alternativas, cada uma representando um dos estágios de mudança (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída; adaptado de Marcus et al. (1992)¹⁶). Os estágios de mudança fazem parte dos constructos do Modelo Transteorético, que busca explicar como se processam alterações no padrão de determinado comportamento¹⁷.

Condições de Saúde

Para estimar tempo sedentário e práticas de atividade física no tempo livre e no deslocamento, utilizou-se o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), versão longa. Este questionário foi validado em diversos países no mundo, incluindo o Brasil¹⁸, além de já ter sido utilizado em inquérito de saúde no município de São Paulo¹¹. Foram consideradas atividades realizadas até sete dias antes da entrevista. As estimativas do uso de televisão e de computador foram obtidas com o cálculo do tempo semanal, em minutos, reportado nestas atividades. O escore de atividade física no tempo livre (em minutos) foi calculado como a soma do tempo semanal gasto em atividades moderadas (incluindo a caminhada no tempo livre) com o tempo semanal gasto em atividades vigorosas multiplicado por dois, como proposto por Hallal et al. (2003)¹⁹. O escore de atividade física no deslocamento foi calculado como a soma do tempo semanal, em minutos, gasto em deslocamentos feitos a pé ou de bicicleta. Não foram considerados deslocamentos inerentes à atuação profissional (como as visitas domiciliares) ou com duração inferior a dez minutos.

A avaliação das barreiras para prática de atividade física no tempo livre foi feita a partir de oito questões elaboradas por Reichert et al.²⁰ (2007), com duas opções de resposta (sim ou não). Também foi acrescida a questão "A falta de locais adequados é um fator que dificulta que o(a) Sr(a) faça atividades físicas?", tendo em vista que estudos anteriores na mesma região identificaram a percepção de locais adequados como uma possível barreira para a prática de atividade física no lazer²¹. A soma de barreiras compreende a soma das respostas afirmativas para as nove questões.

O excesso de peso foi definido pelo índice de massa corporal (IMC), calculado a partir do peso (kg) dividido pelo quadrado da altura (m), ambos auto-referidos. Foram considerados com sobrepeso indivíduos com IMC igual ou superior a 25 kg/m² e inferior a 30 kg/m², e, com obesidade, indivíduos cujo IMC foi superior a 30 kg/m². Tabagismo (sim / não) foi definido a partir da pergunta: "O(A) Sr(a) fuma atualmente?".

Análise dos Dados

Os diálogos transcritos no grupo focal foram sistematizados e analisados a partir da técnica de análise da conversação e da fala²², considerando aspectos relevantes da fala de cada participante e da dinâmica da conversação entre eles. Este tipo de análise oportuniza a exploração dos dados com base nos tipos de categorias pressupostas pelos participantes, além de favorecer a avaliação da influência dos próprios pesquisadores nos resultados encontrados, dada sua participação ativa em todo o processo de construção do curso²².

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

As variáveis de atividade física no tempo livre e de deslocamento, o uso de televisão e de computador, e a soma de barreiras, foram analisadas de forma contínua (média e intervalos de confiança de 95%). O teste de Mann-Whitney foi realizado para comparar os grupos segundo a média das diferenças dos valores antes e depois da intervenção. A variação nos estágios de mudança de comportamento foi analisada a partir do teste de McNemar. Adotou-se nível de significância igual a 0,05 em todos os testes estatísticos. Os dados foram duplamente digitados no software Epidata 3.1 e as análises feitas no pacote estatístico Stata 9.1.

RESULTADOS

O estudo contou, inicialmente, com a participação de 83 profissionais, sendo 39 indivíduos do Grupo Qualificação (GQ) e 44 indivíduos do Grupo Controle (GC). Destes, 73 atenderam à segunda avaliação (34 GQ; 39 GC), como observado na figura 1. Ambos os grupos foram compostos majoritariamente por mulheres casadas, com média de idade em torno de 40 anos (Tabela 1). Destaca-se a elevada prevalência de indivíduos com excesso de peso (aproximadamente 51% nos dois grupos). A proporção de trabalhadores vinculados à UBS há mais de dois anos foi de 72,7% para o GC e 43,6% no GQ. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos no início do estudo segundo variáveis sócio-econômicas, antropométricas e de estilo de vida (Tabela 1).

A proporção de indivíduos, no início do estudo, que realizavam ao menos 150 minutos por semana de atividade física no tempo livre foi de 9,3% no GC e 15,4% no GQ. Para a atividade física de deslocamento, a proporção foi de 33,3%

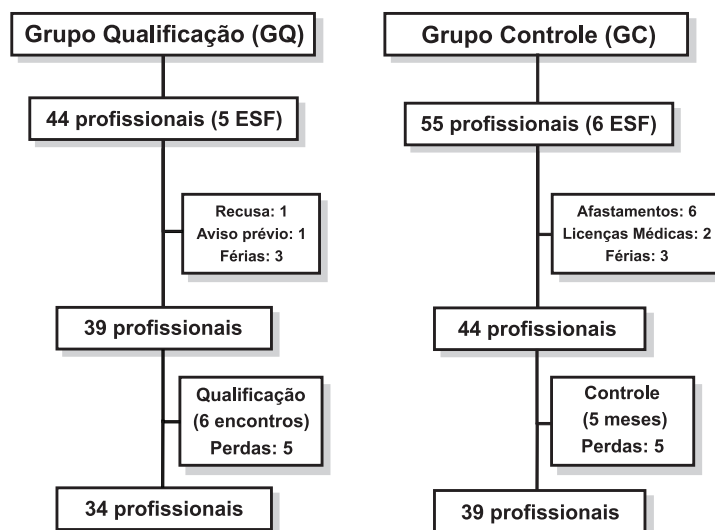


Figura 1 Exclusões e perdas de seguimento no Grupo Qualificação e no Grupo Controle. São Paulo, 2010.

e 41,7%, respectivamente. A Tabela 2 apresenta, segundo grupo, os valores médios antes e depois da intervenção e a variação média (depois-antes) para a soma de barreiras para a prática de atividade física no tempo livre, além do tempo gasto com a prática de atividade física no tempo livre e no deslocamento, e com o uso de televisão e computador. Não foi observada diferença entre os grupos para nenhuma destas variáveis, exceto na variação da soma de barreiras, maior no GQ ($p=0,001$). As barreiras mais reportadas em ambos os grupos foram falta de locais para prática (GQ: 43,6%; GC: 52,3%), falta de tempo (GQ: 48,7%; GC: 36,4%) e falta de companhia (GQ: 43,6%; GC: 45,0%).

A proporção de indivíduos no estágio de manutenção

para aconselhamento sobre atividade física foi de 58% para ambos os grupos, sem variação ao final do estudo ($p=0,850$), mesmo desconsiderando indivíduos que se mantiveram no estágio de manutenção durante todo o período ($p=0,439$).

Com relação à adesão ao programa educativo (seis, no total), 56,5% dos profissionais do GQ participaram de pelo menos dois encontros, majoritariamente ACS (95,5%; $p<0,001$). Não houve qualquer outra diferença entre os profissionais que atenderam e os que não atenderam a pelo menos dois dos seis encontros do curso.

Quanto à investigação qualitativa dos efeitos do programa educativo sobre os participantes, foi possível identificar alterações na representação do grupo sobre a prática

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

Variáveis	Grupo Qualificação (n=39)		Grupo Controle (n=44)		p*
	Média (IC 95%)	%	Média (IC 95%)	%	
Idade (anos)	41,4 (37,9 – 44,8)	---	40,8 (37,9 – 43,8) [§]	---	0,714
Sexo Feminino	---	94,9	---	95,5	0,902
Estado Civil					
Casada	---	66,7	---	63,6	0,760
Solteira	---	23,1	---	18,2	
Separada / Viúva	---	10,2	---	18,2	
Profissão					0,481
ACS	---	56,4	---	61,4	
Auxiliar de Enfermagem	---	23,0	---	22,7	
Enfermeira	---	10,3	---	13,6	
Médica	---	10,3	---	2,3	
Tempo na profissão (anos)	6,9 (4,8 – 9,0)	---	7,2 (5,1 – 9,3)	---	0,837
Tempo na UBS atual (anos)	4,4 (2,9 – 6,0)	---	5,1 (3,9 – 6,3)	---	0,084
Tabagismo					0,987
Não	---	79,5	---	79,6	
Sim	---	20,5	---	20,4	
Índice de Massa Corporal (IMC)					0,481
Normal (18 a 24,9 kg/m ²)	---	48,7	---	48,8	
Sobrepeso (25 a 29,9 kg/m ²)	---	30,8	---	39,6	
Obeso (>30 kg/m ²)	---	20,5	---	11,6	

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

Tabela 2

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

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

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

de atividade física. Antes tida como algo penoso, mais uma demanda dolorosa a ser infligida a si e ao morador para o benefício da "saúde", foi-se convertendo em atividade prazerosa, momento de cuidar de si e possibilidade de integração familiar.

"Se você sai para fazer pra você, não está pensando em problemas, em trabalho, nada. Agora, a gente, na rua, anda e estamos pensando no trabalho que temos que fazer." (ACS1) "Uma coisa forçada não é uma atividade de prazer, ou que você faça por prazer." (ACS2) "Ele trouxe como participar, como se pode fazer atividade física em vários sentidos e não foi em um sentido apenas." (ACS3)

Também foram observados relatos de preparação para a prática e de promoção da atividade física por parte das participantes no ambiente familiar.

"Estou procurando uma companhia, porque ter que caminhar até o (Parque) Tiquatira sozinha..." (ACS4) "Eu consegui! Eu e meu marido estamos fazendo na ADPM (Associação Desportiva da Polícia Militar)[...] ainda não posso fazer natação, então estou fazendo academia." (ACS5)

As ACS reportaram, também, uma ampliação das possibilidades de aconselhamento junto ao morador, novas formas de vivenciar tanto a prática de atividade física quanto o ato educativo de aconselhar sobre ela.

"A própria linguagem com o paciente já muda, agora não um discurso pronto como antes, só por conta da saúde, como a gente já tinha sobre diabetes, hipertensão." (ACS1) "É claro que a gente encontra resistência, assim como nós mesmos somos resistentes. Então a gente vai com um pouquinho de calma, um pouquinho hoje, um pouquinho amanhã, aos poucos talvez a gente consiga transmitir o que sentimos. Passei a sentir mais prazer agora que estou fazendo." (ACS5) "E a possibilidade de outros exercícios, da dança e outras atividades que, de repente, a gente não pensava como exercício, como uma atividade legal que teria saúde e prazer. Têm pessoas que gostam de dançar, mas nunca pensaram que isso fosse uma possibilidade e que fosse suficiente." (ACS6)

Resultado fortemente expressado nas falas das participantes foi o entendimento do programa educativo como espaço acolhedor para a discussão das situações limite do cotidiano pessoal e profissional. Em muitas falas, foi sentida a contradição da falta de uma organização institucional para o cuidado à saúde dos próprios trabalhadores, assim como sen-

timento de desamparo, ao ver as principais ações de saúde voltadas apenas ao morador.

"A gente é carente." (auxiliar de enfermagem1) "A gente cuida do problema de todo mundo e no final ninguém cuida do nosso." (ACS6) "Será que alguém pergunta como estão as meninas?" (ACS2) "Temos apenas cobrança, cobrança, cobrança." (ACS3) "Tudo que vem de bom é pra comunidade." (ACS1)

Ao serem perguntadas sobre a continuidade de um programa educativo como o nosso, na perspectiva da educação permanente, a reação foi muito positiva, tanto no sentido do acolhimento de si quanto como forma de ampliar as possibilidades de aconselhamento, em relação de solidariedade com o morador. Segundo as participantes, o programa educativo foi excelente, capaz de instigar a reflexão e possível de ser replicado em outras UBS nos moldes como foi realizado. Para elas, o curso trouxe ao momento do aconselhamento a reflexão sobre outros aspectos antes não contemplados, além de ampliar a visão sobre a prática de atividade física de si e do morador.

DISCUSSÃO

O programa educativo para promoção de atividade física mudou a representação dos participantes sobre a prática de atividade física e ampliou a reflexão quanto a novas estratégias de aconselhamento junto à população. Além disso, teve boa adesão dos ACS, sendo avaliado muito positivamente pelos participantes. Este achado é similar ao encontrado por diversos estudos que se valeram da pedagogia freireana para construção de programas educativos na saúde sobre outros desfechos^{23,24,25,26}. O programa educativo fundado em pedagogias transformadoras para a promoção de atividade física na atenção básica brasileira é inovador, pois apresenta uma estratégia de formação coerente com a atual organização do trabalho entre os diferentes profissionais da atenção básica, além de estar em consonância com o conceito de educação permanente em serviço, base para a formação em saúde no SUS. O único estudo nacional encontrado que realizou ações de formação para a promoção de atividade física na atenção básica foi o Gomes et al²⁷ (2008). Entretanto, neste estudo, o aconselhamento foi feito em visita conjunta do Profissional de Educação Física e da ACS ao domicílio do morador.

A amostra de profissionais, composta predominantemente

mente por mulheres casadas em torno de 40 anos de idade, é semelhante à encontrada por Tomasi et al²⁸ (2008), em estudo representativo da população de profissionais da ESF nas regiões Sul e Nordeste do país. A prevalência de excesso de peso em ambos os grupos foi superior à encontrada para a população de mulheres paulistanas (51,0% vs 42,8%)²⁹.

Poucos estudos avaliaram prática de atividade física em profissionais de saúde. Siqueira et al⁹ (2009) observaram que um quarto dos trabalhadores da ESF das regiões Sul e Nordeste apresentava prática global de atividade física inferior a 150 minutos por semana, mesmo considerando os ACS, cuja atuação profissional presume a prática de atividade física. O estudo, entretanto, não avalia a prevalência da prática nos diferentes domínios (doméstico, trabalho, deslocamento e tempo livre). A proporção de profissionais que praticam ao menos 150 minutos de atividade física no tempo livre é inferior à encontrada na população paulistana¹¹, enquanto a proporção de prática de atividade física no deslocamento é consideravelmente maior. É possível que as visitas domiciliares, realizadas principalmente a pé, inclusive por outros membros da equipe (não ACS), tenham facilitado a incorporação do deslocamento ativo ao cotidiano destes profissionais fora do ambiente de trabalho.

O aumento da prática de atividade física no tempo livre, similar nos dois grupos, pode ter sido uma decorrência da sazonalidade em função do clima, considerando que boa parte dos equipamentos públicos para a prática de atividade física no distrito são parques e clubes com atividades majoritariamente ao ar livre (as coletas de dados ocorreram em junho e novembro, respectivamente). Entretanto, o estudo não identificou aumento na prática de atividade física no tempo livre ou de deslocamento após o curso no GQ em comparação com o GC, possivelmente pelo curto tempo de seguimento, apesar de ter havido relatos de preparação para a prática.

A representação da atividade física entre os profissionais passou de uma visão utilitarista da prática, voltada à realização de uma meta (como a cura ou controle de uma doença, por exemplo), para uma estratégia possível de auto-cuidado, a partir das vivências experimentadas no programa educativo. Esta mudança, análoga à encontrada em outras ações de formação baseadas em metodologias colaborativas de aprendizagem^{23,24}, passou não só pela decodificação do discurso biomédico, ainda predominante no sistema de saúde, como também pela desconstrução da prática de atividade física associada ao cumprimento de obrigações e prazos no serviço (visitas domiciliares).

Refletir sobre a própria condição com relação à atividade física e sobre a inclusão da prática de atividade física na rotina diária diminuiu a tensão entre o discurso e o exemplo do trabalhador durante o aconselhamento. O aumento na percepção de barreiras do GQ em comparação com o GC nos parece um desdobramento da problematização da realidade dos profissionais durante o curso. Além disso, observou-se uma ampliação das possibilidades de aconselhamento, na medida em que se descortinou ao profissional um "inédito viável"⁵, uma nova forma de vivenciar tanto a prática de atividade física quanto o ato educativo de aconselhar sobre ela.

Esta visão ampliada do aconselhamento, mais crítica e transformadora, bem como o reconhecimento do profissional como agente educador, parecem ser os principais efeitos de programas educativos baseados em metodologias ativas de ensino-aprendizagem^{23-26,30}, inclusive quando envolvem a promoção de atividade física²⁶. A elevada proporção de pro-

fissionais no estágio de manutenção para o aconselhamento sobre atividade física indicou que o problema não parece estar na falta, mas sim, na qualidade do aconselhamento prestado. Interessante observar que, ao contrário dos profissionais, os usuários da atenção básica reportam baixa prevalência de aconselhamento sobre atividade física⁹, possivelmente influenciados pela qualidade do aconselhamento.

O programa educativo foi entendido pelas participantes como espaço acolhedor para a discussão de situações-limite que restringem as potencialidades de momentos educativos em serviço e dificultam o diálogo entre morador e profissionais de saúde, como a sobrecarga de trabalho e a falta de ações para o cuidado em saúde dos próprios profissionais. Estas falas das participantes concordam com o encontrado na análise de barreiras, em que tivemos a falta de companhia como uma das barreiras à prática de atividade física mais reportadas. Assim como encontrado em outros estudos nacionais de formação em saúde^{23,24,30}, a discussão das situações limite trouxe à tona contradições da prática profissional que não só limitam as potencialidades da formação em serviço como a própria promoção de saúde na atenção básica.

A não adesão dos outros profissionais (não ACSs) aos encontros parece ter razões distintas em cada categoria: enquanto auxiliares de enfermagem tiveram sua participação limitada pelo excesso de trabalho e necessidade da presença de ao menos duas delas no atendimento (apesar de, em tese, a agenda das equipes estar previamente comprometida com o curso)¹³, a não participação de médicos e enfermeiros parece ter se dado, em parte, pela resistência que estes profissionais tiveram em sair da posição de superioridade que gozam dentro das ações de formação na equipe de saúde. Desconstruir o modelo biomédico e o conceito de verticalidade na cultura dos serviços passa, impreterivelmente, pela formação conjunta das equipes de saúde, em condição de igualdade, antecipando o modo matricial de atuação coletiva. Para tanto, parece-nos importante haver uma abordagem crítica na formação de médicos e enfermeiros na busca pela construção de profissionais socialmente comprometidos com a redução das iniquidades, a começar pelo próprio ambiente de trabalho^{31,32}. Neste sentido, vale destacar interessantes experiências desenvolvidas em Sobral-CE na reformulação das políticas municipais para formação de profissionais de saúde e no aprimoramento do modelo de residência multiprofissional em saúde da família³³.

O estudo apresenta algumas limitações, como a não aleatorização da amostra e número reduzido de indivíduos. Por conta disso, e considerando as particularidades da área de cobertura das UBS do estudo, é preciso cuidado na extrapolação dos dados. O programa educativo promoveu alterações positivas na representação da atividade física e na qualidade do aconselhamento junto aos profissionais de saúde, sendo também reconhecido por estes como espaço de diálogo e acolhimento. O próximo passo seria ter maior seguimento destes profissionais, de modo a observar a manutenção das alterações, bem como seus desdobramentos sobre os níveis de atividade física dos profissionais e de seus familiares. Além disso, é necessária a avaliação da implementação do programa educativo em um conjunto maior de UBS, para avaliar seus efeitos na representação da prática e nas condições de saúde relacionadas à prática de atividade física da população.

O programa educativo abre caminhos para a formação de profissionais de saúde sobre o tema da atividade física na atenção básica e se apresenta como uma interessante tecno-

logia de formação em serviço, em consonância com o preconizado pela PNEPS e com a atual estrutura organizacional para a promoção de atividade física no SUS.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp – Processo nº. 2009/14119-4) pelo auxílio financeiro ao projeto e a todos os voluntários e colaboradores que participaram da pesquisa.

Contribuição dos autores

O primeiro autor, Thiago Hérick de Sá, contribuiu na concepção do artigo, na análise e interpretação dos dados e na elaboração do rascunho enquanto Alex Antonio Florindo atuou na revisão crítica do conteúdo. Ambos participaram da aprovação da versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 2009.
2. Le Breton D. *Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade*. Campinas: Papirus, 2003.
3. Marcuse H. *A ideologia da sociedade industrial*. 4ª ed. Boston: Zahar, 1973.
4. Moscovici S. *Representações sociais: Investigações em psicologia social*. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
5. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 47ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006,v.9*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
7. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de janeiro de 2008. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF*. Brasília: Diário Oficial da União; 2008. p. 47.
8. Siqueira FCV, Nahas MV, Facchini LA et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):1917-28.
9. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação a saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(1):203-13.
10. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;4:377(9781):1949-61.
11. Florindo AA, Guimaraes VV, Cesar CL et al. Epidemiology of leisure, transportation, occupational, and household physical activity: prevalence and associated factors. *J Phys Act Health*. 2009;6(5):625-32.
12. Freire P. *Educação como prática da liberdade*. 31 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.
13. Sá TH. *Construção e avaliação de um programa educativo para a promoção de atividade física junto a Equipes de Saúde da Família [dissertação]*. [São Paulo]: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2011.118 p.
14. Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002.
15. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Sau de Soc*. 2004;13(3):44-57.
16. Marcus BH, Selby VC, Niaura RS, Rossi JS. Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Res Q Exerc Sport*. 1992;63(1):60-6.
17. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):5.
18. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports and Exerc*. 2003;35(8):1381-95.
19. Hallal PC, Victoria CG, Wells JCK, Lima RC. Physical inactivity: Prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports and Exerc*. 2003;35(11):1894-900.
20. Reichert FF, Barros AJD, Domingues MR, Hallal PC. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. *Am J Public Health*. 2007;97(3):515-9.
21. Salvador EP, Florindo AA, Reis RS, Costa EF. Perception of the environment and leisure-time physical activity in the elderly. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(6):972-80.
22. Myers G. Análise da conversação e da fala. In: Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002:191-207.
23. Duarte LR, Silva DSJR, Cardoso SH. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface*. 2007;11(23):439-47.
24. Fernandes MC, Backes VM. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a ótica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm*. 2010. p. 567-73.
25. Miranda KC, Barros MG. Hiv/AIDS counseling: analysis based on Paulo Freire. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(1):100-5.
26. Balcazar H, Alvarado M, Hollen ML, Gonzalez-Cruz Y, Pedregon V. Evaluatio of Salud Para Su Corazon (Health for your Heart) – National Council of La Raza Promotora Outreach Program. *Prev Chronic Dis*. 2005;2(3):A09.
27. Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: programa ação e saúde Floripa – Brasil. *Rev Bras Atividade Física & Saude*. 2008;13(1):44-56.
28. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24:5193-5201.
29. Moura EC, Morais Neto OL, Malta DM et al. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(supl 1):20-37.
30. Nascimento EP, Correa CR. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(6):1304-13.
31. DasGupta S, Fornari A, Geer K et al. Medical education for social justice: Paulo Freire revisited. *J Med Humanit*. 2006;27(4):245-51.
32. Mooney M, Nolan L. A critique of Freire's perspective on critical social theory in nursing education. *Nurse Educ Today*. 2006;26(3):240-4.
33. Martins Júnior T, Parente JRF, Sousa MST, Souza FL. A residência multiprofissional em saúde da família de Sobral-CE. *Sanare*. 2008;7(2):23-30.