

O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NAS AÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERFIL DO USUÁRIO E ACEITAÇÃO DO TRABALHO PROFISSIONAL

Thais Reis Silva de Paulo¹
 Simone Maria Castellano²
 Luiz Antônio Silva Campos²

¹Universidade Federal do Amazonas - Paritins

²Universidade Federal do Triângulo Mineiro

RESUMO

O objetivo deste estudo é levantar o perfil dos usuários que participam das ações em saúde e verificar qual é a sua percepção sobre a inserção do Profissional de Educação Física (PEF) nestas ações promovida pelas Equipes Saúde da Família (ESF). A metodologia do estudo pautou-se pela abordagem da pesquisa descritiva. O universo pesquisado se constituiu por uma Unidade de Saúde do município de Uberaba-MG, assistida pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os sujeitos investigados se constituíram por 195 usuários, classificados dentro da faixa etária de 40 a 85 anos, selecionados de forma sistemática os participantes das ações das ESF. O instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado baseado em informações sociodemográficas, Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) autorreferidas e questões acerca da opinião do usuário sob a inserção do PEF nas ações desenvolvidas na ESF. Os dados foram tabulados e processados para a análise estatística no Programa SPSS– versão 13.0 e utilizou-se de procedimentos da estatística descritiva. Os resultados indicaram em relação às DCNT não se diferem muito dos estudos sobre a questão e em relação à percepção do trabalho do PEF, 86,15% (n=168) acharam excelente, 7,7% (n=15) muito boa a inserção do PEF nas ações e apenas 6,15% (n=12) referiu-se como sendo ruim. A hipertensão e outras doenças cardíacas são mais incidentes nos usuários que praticam as atividades propostas pelo PEF.

Palavras-chave: Profissional de Educação Física. Promoção à Saúde. Equipe Saúde da Família.

PROFESSIONAL PHYSICAL EDUCATION IN ACTIONS OF FAMILY HEALTH TEAMS: USER PROFILE AND ACCEPTANCE OF PROFESSIONAL WORK

ABSTRACT

The aim of this study is to raise the profile of the users participating in health actions and verify what is your perception about the insertion of Professional Physical Education (PEP) these actions promoted by the Family Health Teams (FHT). The study methodology was guided by the descriptive approach. The group studied was formed by a Health Unit Uberaba-MG, assisted by the Support Center for Family Health and the subjects investigated were constituted by 195 users, classified within the age group 40-85 years selected systematically from participants of FHT actions. The data collection instrument was a structured questionnaire based on sociodemographic, Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) and self-reported questions about the user's opinion on the inclusion of the PEP in the actions developed in the FHT. Data were tabulated and processed for statistical analysis with SPSS, version 13.0 and used for descriptive statistics procedures. The results indicated compared with NCD does not differ much from the studies on the issue and the perception of the work of the PEP, 86.15% feel excellent, 7.7% said it is very good and only 6.15% reported as being bad. Hypertension and other heart diseases are most common in users who practice the activities proposed by PEP.

Keywords: Professional Physical Education. Health Promotion. Family Health Team.

INTRODUÇÃO

A situação da saúde no Brasil tem sido determinada há quase uma década por fatores importantes, dentre eles, a transição epidemiológica e a demográfica, mudando o cenário de atenção à saúde e perfil populacional (SCHRAMM, 2004). Este panorama é preocupante e tem imposto a necessidade constante de medidas inovadoras, que proporcionem serviços de atenção com qualidade e com olhar dimensional principalmente para os fatores de riscos e condições crônicas já instaladas (BRASIL, 2007).

O fato de se questionar com frequência a qualidade de vida da população de jovens, de adultos e de idosos, o uso de estratégias preventivas para manutenção da saúde tem contribuído para a redefinição do conceito de saúde. Tempos atrás esse conceito era entendido apenas como sinônimo de ausência de doenças e embasando-se na definição da OMS (2004) que a saúde era entendida como “completo bem estar físico, mental e social”, enfatizando a paz, a segurança e o amor, com uma perspectiva ecológica e um conceito multidimensional, que percebe o indivíduo em todo seu contexto (SCLIAR, 2007).

A Atenção Básica à Saúde, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), faz parte das estratégias do SUS e se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, família e comunidade, que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde da população brasileira (BRASIL, 2011).

Entre as propostas apresentadas pelo MS por meio do SUS, foi criado em 1994, o Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo definido como uma reorientação ao modelo de assistência à saúde que desenvolve ações de promoção e proteção do indivíduo, da família e da comunidade por intermédio de equipes de saúde, realizando o atendimento no nível da atenção básica. A ESF apresenta-se no cenário nacional como ferramenta fortalecedora dos princípios e diretrizes do SUS, por meio de proposições de práticas inovadoras na Atenção Básica à Saúde, que realmente contribuam para a efetividade das ações propostas no âmbito da promoção à saúde (BRASIL, 2011; FORTUNA *et al.*, 2005).

O Núcleo de Apoio à Família (NASF), segundo o Departamento de Saúde, do portal DAB/saúde do MS é definido assim:

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de SF no qual o NASF está cadastrado. (DAB, 2013, p.1)

Os NASFs são divididos assim, conforme definição do DAB (2013, p. 1):

Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o NASF 2 que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família, fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

Nas duas citações a respeito do NASFs, percebe-se explicitamente a inserção do PEF juntamente com outros profissionais da saúde. Nota-se na prática que as gestões dos municípios nem sempre indicam para ESF o PEF de forma direta, selecionados exclusivamente para os PSFs. A atuação do PEF, em muitos casos, é indireta, pelo fato de o PEF estar lotado outras Secretarias, tais como: a de Esportes e a de Educação. Quando ocorrem atuações do PEF na ESF são ocasionadas por desvios desses profissionais para compor o programa indiretamente. Nesse sentido o profissional não recebe de forma equiparada aquele profissional selecionado pelo PSF e a integração do trabalho multiprofissional é afetada por isso.

É importante destacar que resolução nº 218, de 6 de Março de 1997, reconhece os PEF como profissionais de saúde de nível superior. A lei nº 9696/98 de 1 de setembro de 1998 do Conselho Nacional de Saúde embasam as ações do PEF em sua complexidade, que vai desde a área educacional até a saúde, com objetivo de promover ferramentas que proporcionem benefícios à população, nestes diferentes domínios (CONFEEF, 2005; BRASIL, 2011).

Uma vez inserido na ESF, o PEF é capaz de desenvolver ações que sejam compatíveis com os objetivos desta estratégia, além de avaliar o estado funcional e morfológico dos usuários, estratificarem fatores de risco à saúde; prescrever programas de exercícios físicos cientificamente programados quanto à intensidade, duração, frequência e tipo de orientar e, com objetivo de prevenir doenças e promover a saúde, inclusive para grupos com DCNT, como tratamento não farmacológico e mostrar junto à comunidade, a importância da atividade física regular, com base em conhecimentos científicos desmistificando as concepções equivocadas acerca de sua prática (SOUZA e LOCH, 2011; SILVA e BARROS, 2010).

Pressupondo que o trabalho do PEF na ESF é relevante, este estudo tem por objetivo levantar o perfil dos usuários que participam da Estratégia Saúde da Família e identificar qual é o grau de aceitação do trabalho do PEF nestas ações.

MATERIAIS E MÉTODOS

A abordagem da investigação fundamentou-se na pesquisa descritiva, desenvolvida no universo constituído por uma Unidade Básica de Saúde, na qual havia ações definidas do NASF e de ESF, na cidade de Uberaba-MG. Para o cálculo da amostra, foi utilizado o cadastro de domicílios atendidos pela ESF desta unidade, recorreu-se aos procedimentos propostos para populações finitas (LUIZ e MAGNANINI, 2000). Nesse cálculo, foi adotado um nível de significância de 5% (correspondendo a um intervalo de confiança de 95%, $z [a]/2 = 1,96$) e erro tolerável de amostragem de 3%, resultando em uma amostra constituída de forma sistemática por 195 usuários dentro da faixa etária de 40 a 85 anos.

Utilizou-se como protocolo um questionário estruturado para coleta de dados visando obter informações sociodemográficas, condições de saúde autorreferida e questões acerca da opinião do usuário sob a inserção do PEF nas ações desenvolvidas na ESF, nos períodos de fevereiro a março de 2012, sendo que para aplicação do mesmo foi realizado um sorteio entre os usuários que atendiam os critérios da pesquisa e em seguida a entrevista face a face realizada por meio de uma visita domiciliar.

Para identificar a prevalência de DCNT da população em estudo utilizou-se um questionário baseado no *Standard Health Questionnaire* (SHQ) que analisa a presença de DCNT em população adulta e idosa. Trata-se de um inquérito fechado autor referido com questões de dupla escolha (presença ou ausência) das DCNTs mais comuns, distribuídas em três grupos que abrangem doenças metabólicas (colesterol alto, diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo), cardiovasculares (hipertensão arterial, arritmia, infarto) e osteoarticulares (osteoporose, artrite, artrose, hérnia de disco) (CASTOLDI *et al.*, 2011).

Na análise dos dados foram utilizados procedimentos da estatística descritiva (porcentagem) por meio do Programa SPSS– versão 13.0. O estudo seguiu as recomendações da lei nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os sujeitos da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde constavam todas as informações relevantes sobre sua participação no estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No que se refere à caracterização demográfica da população pesquisada, nota-se na (Tabela 1) os valores descritivos das variáveis numéricas estudadas, sendo que 37,4% dos usuários têm idade entre 40 a 49 anos, seguidos de 25,1% com idade entre 50 e 59 anos, 19,4% com idade entre 60 e 69 anos, 13,8% com idade entre 70 e 79 anos e por fim, com apenas 4,3% com idade de 80 anos e mais. Na análise desses percentuais pode-se deduzir que, idosos 60 anos acima, há uma procura pela prática dos exercícios físicos de 37,5% dos sujeitos pesquisados. Denota uma busca para estabilização preventiva e melhoria da qualidade de vida, porque são acometidos de doenças que aparecem com a idade, tais como: diabetes tipo II, hipertensão arterial, colesterol alto, dentre outras.

A presença do sexo feminino (81,6%) nas ações em saúde da ESF é expressiva, comparado aos homens, fato que pode se dar devido ao processo de feminização que é uma realidade mundial ou pelas mulheres estarem se expandindo no mercado de trabalho e se preocupando mais com sua saúde que os homens, o que reforça sua presença nas ações propostas pela Unidade de Saúde - ESF (NOGUEIRA, 2004).

De acordo com as análises, 43,1% da amostra são casados e 33,8% viúvos, sendo que 11,7% são analfabetos e 66,8% não completaram o ensino fundamental. Pode-se notar que ser alfabetizado ou não, estar no nível mais elevado do ensino não é indicador de adesão à prática do exercício físico orientado. Pois aqueles que não completaram o Ensino Fundamental são maioria no Programa. A sociedade, de modo geral, está consciente da necessidade dessas práticas. Entende-se também que a população que, tem níveis educacionais mais elevados procuram as academias, *personal trainer* e outras formas de praticar os exercícios físicos.

Porém, considerando que o nível de escolaridade da maioria da população idosa brasileira é mais baixo, pode-se depreender que pode, aparentemente, ser um problema de impacto, devido o fato de influenciar nos aspectos sociais, econômicos e até mesmo de saúde da população, ou seja, quanto mais baixo, mais dificuldades de entendimento e discernimento das necessidades de exercitar, menos acesso a inovação, menor convívio social, menos estímulo cognitivo, com consequências preocupantes, também no quesito da saúde mental e maior dependência (NUNES *et al.*, 2010).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos usuários de Unidade de Saúde da Família do município de Uberaba/MG, 2012.

Variável	Categorias	n	%
Idade	40-49 anos	73	37.4
	50-59 anos	49	25.1
	60-69 anos	38	19.4*
	70-79 anos	27	13.8*
	80 em diante	08	4.3*
Sexo	Masculino	36	18.4
	Feminino	159	81.6**
Estado Civil	Solteiro	45	23.1
	Casado	84	43.1
	Viúvo	66	33.8
Nível de escolaridade	Analfabeto	23	11.7
	Fundamental Incompleto	134	66.8
	Fundamental Completo	38	19.5
Opinião sobre a inserção do Profissional de Educação Física	Excelente	168	86.3***
	Muito boa	15	7.6
	Boa	00	00
	Ruim	12	6.1

* Σ de idades para caracterizar um grupo de idosos.

** Alto índice da presença feminina no trabalho do PEF.

*** Expressivo o índice de aceitação do trabalho do PEF.

Com relação presença de DCNT autorreferidas, apenas 14,4% não possuem nenhuma doença, sendo que 31,7% possuem pelo menos uma doença, seguido de 40% que possuem duas doenças e 13,9% que possuem mais que duas doenças (Tabela 2).

Tabela 2. Doenças autorreferidas relacionadas aos usuários de Unidade de Saúde da Família no município de Uberaba/MG, 2012.

Doenças autorreferidas	N	%
Não Possui	28	14.4
Possui 01 morbidade	62	31.7
Possui 02 morbidades	78	40
Possui mais de 02 morbidades	27	13.9

Foram consideradas as doenças mais comuns e estas foram divididas em três grupos de classificação, sendo doenças metabólicas cardiovasculares e osteoarticulares. Dos sujeitos questionados foram levantados os dados de 167 ocorrências. Das DCNT prevalecem as doenças cardiovasculares com 40,72%, seguida das osteoarticulares com 33,53% e as metabólicas com 25,75% (Gráfico 1). Os acometimentos de DCNT incidem mais em doenças tais como: hipertensão, osteoporose, diabetes, colesterol alto, artrose, hipertireoidismo e hipotireoidismo, hérnia de disco, artrite, arritmia e infarto.

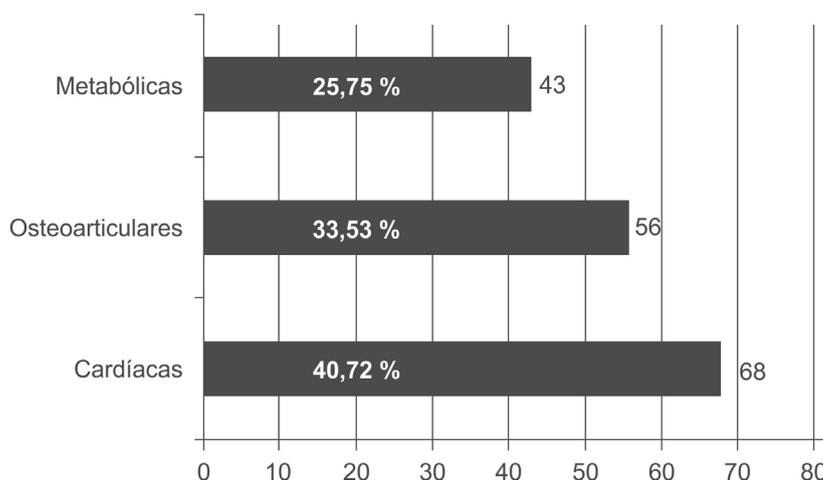


Gráfico 1. Geral das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Fonte: Dados da pesquisa n=195

Estes índices convergem com dados esboçados na literatura que atestam a grande incidência das DCNT na população, principalmente adulta e idosa, situação que requer muita atenção, pois a maioria dessas pessoas dependem do serviço público de saúde que não detém estrutura adequada para atender toda demanda, desde espaços físicos, materiais e serviços profissionais (PEREIRA *et al*, 2008).

Um estudo epidemiológico realizado com idosos residentes no município de São Paulo constatou que 48% das mulheres e 33% dos homens entrevistados declararam sofrer três ou mais doenças. O estudo aborda também a autopercepção de saúde dos entrevistados e apresenta as doenças mais citadas, dentre elas, a hipertensão arterial (53,3%), seguida por problemas articulares (31,7%), cardiopatias (19,5%), diabetes (17,9%), osteoporose (14,2%), doença pulmonar crônica (12,2%), embolia/derrame (7,2%) e (3,3%) tumores malignos (LEBRÃO e DUARTE, 2003).

Dentre as diretrizes do SUS efetivou-se na Política Nacional de Promoção à Saúde, o incentivo à prática de atividade física como estratégia fortalecedora das ações das ESF e NASF no âmbito do atendimento em saúde à população, sendo um investimento acessível com várias vantagens e benefícios para a comunidade (BRASIL, 2011).

Esta Política consolidou a extrema importância da atividade física dentro do contexto da promoção da saúde, como ação essencial e efetiva para a saúde, priorizando o valor das estratégias que desencadeiam ações de promoção à saúde e incentivo a hábitos de vida saudáveis, proporcionando qualidade de vida para a população e menos usuários doentes necessitados de atendimento médico (BRASIL, 2011).

A Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde teve como finalidade incentivar a prevenção e controle das doenças não transmissíveis, apoiarem estilos de vida saudáveis e ações de saúde pública, assim como a participação destacada dos profissionais da saúde e de outros campos pertinentes, junto com todas as partes interessadas e os setores comprometidos a reduzir os riscos de doenças não transmissíveis, e melhorar os modos de vida e da saúde das pessoas e das comunidades (OMS, 2004).

Dentre as estratégias que contribuem para a melhoria da saúde, ou seja, prevenção de doenças e qualidade de vida da população. A atividade física promove inúmeros benefícios, que abrange desde as melhoras fisiológicas e funcionais, até emocionais. A presença do PEF nestas ações é bastante efetiva e aceita, pois além de mobilizarem a população contribui para o incentivo, encorajamento, adesão e permanência do usuário na prática de atividade física, seja ela qual for (Gráfico 2).

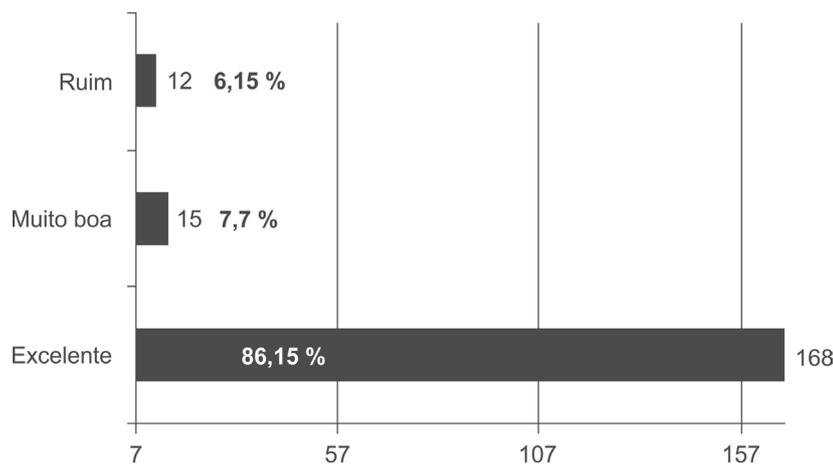


Gráfico 2. Grau da percepção do serviço do PEF.
Fonte: Dados da pesquisa n=195

Ao analisar o gráfico 2, podemos verificar que a percepção dos usuários acerca da inserção PEF nas ações em saúde da ESF é muito positiva. De acordo com os dados constatou-se que, 86,15% (n=168) acharam excelente, 7,7% (n=15) muito boa a inserção do PEF nas ações e apenas 6,15% (n=12) referiu-se como ruim. Portanto, nota-se que o serviço do PEF na ESF é viável e essencial dentro da abordagem multidisciplinar para prevenção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos usuários.

CONCLUSÃO

A saúde dentro de seu amplo contexto e visões abrangem inúmeros aspectos na vida do indivíduo e na organização das estratégias políticas de saúde. O incentivo à prática de atividade física é preconizado pela Política Nacional de Promoção à Saúde e o papel do PEF é fundamental para que se cumpram estas estratégias propostas pela saúde pública, que tem como objetivo contribuir de maneira efetiva para a diminuição dos avanços das doenças crônicas não transmissíveis, além de melhorar a qualidade de vida da população.

Com relação aos usuários dos programas de promoção à saúde, ficou constatado que há uma adesão maior em função de doenças que vêm com o desenvolvimento da vida, tais como: diabetes tipo II, hipertensão arterial, colesterol alto, dentre outras. Além desse fato, ficou constatado que há uma maior adesão do sexo feminino, possivelmente, influenciado pela feminização que é uma realidade mundial, destacando as conquistas femininas e conseqüentemente uma maior conscientização para o cuidado com a saúde.

Foi comprovado que os usuários do SUS avaliam como positiva a presença do PEF nas ações em saúde da ESF. Nesta perspectiva, ele tem papel de agente da saúde, pois tem enfoque no desenvolvimento do ser humano de forma integral, a partir da relação entre o movimento, à emoção e o pensamento, sendo essencial sua presença nas estratégias de prevenção e promoção à saúde. Além disto, o PEF possui ferramentas valiosas para provocar estímulos que levem além do desenvolvimento, da aptidão física, e manutenção da saúde, que vão ao encontro das atividades diárias do indivíduo e o lazer, sendo estas ações de forma bastante prazerosa, essenciais à saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2. ed. Textos Básicos de Saúde, Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CASTOLDI, R.C. et al. Influência da adiposidade corporal sobre a aptidão cardiorrespiratória em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 18, n. 4, p. 34-38, 2011.

CONFEE. Formação Superior em Educação Física: considerações à luz das diretrizes curriculares nacionais e do documento de intervenção do CONFEE. In: **Revista E.F.** Rio de Janeiro: CONFEE. 2005.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>> Acesso em: 20 de Jun. 2013.

FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

LEBRÃO, M.L, DUARTE, Y.A.O. **SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, p. 73-92, 2003.

LUIZ, R.R.; MAGNANINI, M.F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Caderno de Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.9-28, 2000.

NOGUEIRA, C.M. **A feminização no mundo do trabalho: entre a emancipação e a precarização**. Autores Associados, 2004.

NUNES, D.P.; NAKATANI, A.Y.K.; SILVEIRA, E.A.; BACHION, M.M.; SOUZA, M.R. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.2887-2898, 2010.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **57ª Assembléia Mundial de Saúde**. "Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde". 22 de maio de 2004.

PEREIRA, J.C *et al.* O Perfil de Saúde Cardiovascular dos Idosos Brasileiros Precisa Melhorar: Estudo de Base Populacional. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.91, n.1, p.1-10, 2008.

SCHRAMM, J.M.A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.897-908, 2004.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS*. In: **Revista de Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.29-41, 2007.

SILVA, A.F.A.C.; BARROS, C.L.M. O profissional de Educação Física e a promoção da saúde: enfoque dos programas de saúde da família. In: **Lecturas en Educación Física y Deportes**, Buenos Aires, v.15, n.145, 2010. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd145/o-profissional-de-educacao-fisica-e-a-promocao-da-saude.htm>> Acesso em: 18 de Mai. 2013

SOUZA, S.C.; LOCH, M.R. Intervenção do profissional de educação física nos núcleos de apoio à saúde da família em municípios do norte do Paraná. In: **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 16, n. 1, p.05-10, 2011.

R. João Miguel Hueb, 846
Cidade Jardim
Uberaba/MG
38030-010