

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Grupo Qualidade de Vida:

A importância da atividade física na Estratégia de Saúde da Família

Fernanda Cenci Vuaden

Orientador:

Professor Alex Branco Fraga

Porto Alegre, 2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Grupo Qualidade de Vida:

A importância da atividade física na Estratégia de Saúde da Família

Fernanda Cenci Vuaden

Orientador:

Professor Alex Branco Fraga

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para graduação em Educação Física

Porto Alegre, Junho de 2012

Aos meus pais, que são a essência da minha vida

Ao Leandro, que é meu amor

Agradecimentos

Agradeço a todos que contribuíram para o desenvolvimento desse trabalho:

Em primeiro lugar, a todos os servidores da Estratégia de Saúde da Família na qual fiz estágio e fui tão bem recebida. Todos foram sempre muito atenciosos e solícitos, além de grandes amigos...

Aos agentes, sempre me levando para conhecer novos lugares em um lugar tão rico em vivências...

À minha preceptora na ESF, sempre atenta a tudo e envolvida com as atividades de forma exemplar.

Aos usuários, que além de muito queridos e interessados, acabaram se tornando pessoas especiais das quais sempre lembrarei...

Ao meu orientador, pois, além de todo o trabalho que uma orientação exige, sempre foi muito presente e envolvido, procurando saber meus anseios, conhecer minhas dúvidas acerca dessa nova realidade para mim. Muito obrigada, professor Alex, sem o seu auxílio jamais teria concluído essa tarefa.

Sumário

1. Introdução.....	7
1.1. Sistema Único de Saúde.....	7
1.2. Políticas de Saúde.....	8
1.3. Núcleo de Apoio a Saúde da Família.....	10
1.4. Objetivos Gerais.....	12
1.5. Objetivos Específicos.....	12
2. Metodologia.....	13
2.1. Análise Documental.....	13
2.2. Pesquisa Intervenção.....	13
3. Resultados e Discussão.....	15
3.1. ESF e Grupo Qualidade de Vida.....	15
3.2. Observação e Participação no Grupo Qualidade de Vida.....	17
3.3. Discussão acerca da influência sobre os usuários e relato das observações.....	19
4. Conclusões.....	22
5. Referências.....	24
6. Anexos.....	26
6.1. Anexo 1: Diretrizes para atuação profissional nas práticas corporais/atividade física.....	27
6.2. Anexo 2: Fotos do Grupo Qualidade de Vida.....	28

Resumo

Na base do processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la e o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde. A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ocorreu para consolidar os princípios e diretrizes do SUS. Atualmente, interações multidisciplinares na forma de estágio acadêmico como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) têm sido propostas a fim de propiciar uma maior vivência aos estudantes, bem como uma gama maior de serviços ofertados aos usuários. Dentro dessa proposta observa-se a participação de cursos até então distantes da conceituação de equipe preponderante na ESF, como a Educação Física. Tendo em vista essa inserção dos estudantes de Educação Física na ESF e de que muitas das propostas dos programas de saúde enfocam a melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida dos usuários, o presente estudo objetiva analisar a importância das práticas corporais/atividade física na melhoria da qualidade de vida dos participantes do Grupo Qualidade de Vida (GQV) realizado em uma ESF do distrito Glória/Cruzeiro/Cristal. Para a realização desse trabalho, foram utilizadas duas linhas metodológicas: a análise documental e a pesquisa-intervenção, utilizando como base as anotações no Caderno de Campo. A assiduidade dos participantes ao grupo pareceu ter uma relação direta com o local de realização, uma vez que se observava uma variação muito grande nos participantes de uma semana para a outra. A falta de espaços públicos para a prática de atividades físicas foi uma característica marcante no decorrer dessa análise, sendo esse, a meu ver, o maior desafio apresentado para nós acadêmicos da Educação Física: objetivar práticas corporais que se adequassem aos espaços ofertados.

Palavras chave: Educação Física, Estratégia de Saúde da Família, Qualidade de Vida

1. Introdução

1.1 Sistema Único de Saúde

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século XX, produziram alterações significativas para a vida em sociedade. A saúde, sendo uma esfera da vida da população, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças nesse período (BUSS, 2000). À medida que o processo saúde *versus* adoecimento foi sendo compreendido como resultado da existência e condições de trabalho, qualidade de moradia, alimentação, possibilidades de lazer, graus de autonomia e exercício da cidadania, dentre outros fatores, foi sendo criado outro modo de pensar as políticas e ações sanitárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Dessa forma, na base do processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la e o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde. Nesse sentido, o SUS, como política do Estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005):

Produzir saúde adotando como eixo o paradigma promocional significa comprometer-se com sujeitos e coletividades que expressem crescente autonomia, crescente capacidade para gerenciar satisfatoriamente os limites e os riscos impostos pela doença, pela constituição genética e pelo contexto sócio-político-econômico-cultural, enfim pela vida.

Antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias (BRASIL, 2011). A atuação do setor público na assistência médico-hospitalar não apresentava o caráter universal proposto pelo SUS, pois era prestada por intermédio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a Assistência à Saúde desenvolvida beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e seus dependentes (SOUZA, 2002).

A constituição de 1988 (artigo 196) define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de

doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 define as diretrizes do sistema: universalidade, integralidade, equidade, direito à informação, descentralização, hierarquização, regionalização e participação comunitária (BRASIL, 1990). O Sistema Único de Saúde é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública e insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, abrangendo também a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 2011).

1.2 Políticas de Saúde

A implementação da política nacional de saúde, em 1994, na forma do Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1994) ocorreu para consolidar os princípios e diretrizes do SUS, para atender às necessidades de expansão do acesso, de promoção da integralidade e da equidade, de melhorar a qualidade da atenção e dos indicadores básicos, de consolidar a municipalização (descentralização) e de fortalecer a hierarquização, regionalização e participação comunitária (ANDRADE et al., 2006). Esse conceito de “programa” foi ampliado para “estratégia” em 1998, sendo então definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1998). Esse foi um importante passo no sentido de garantir o caráter de permanência dentro da política de saúde, uma vez que o conceito de “programa” denota algo provisório, dependente de políticas governamentais.

A ESF tem como objetivo a promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde de indivíduos, famílias e comunidades, através da atuação de equipes de saúde, no atendimento na unidade de saúde (posto) e na comunidade, no nível de atenção primária. As equipes são multiprofissionais, compostas por um médico generalista (ou médico de família e comunidade), um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de pessoas localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 1997).

Com a finalidade de qualificar a gestão pública do SUS surgiu o Pacto pela Vida, que foi proposto através da iniciativa de revisão do processo normativo do SUS e é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, que são expressos na forma de objetivos e metas, como resultado da análise da situação de saúde da população e das prioridades

definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Ele faz parte do Pacto pela Saúde, que engloba três dimensões principais, a saber: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida, datado de 2006, definiu seis prioridades: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; e fortalecimento da atenção básica/primária (CONASS, 2006).

O Fortalecimento da Atenção Primária, proposto pelo Pacto pela Vida (publicado nas portarias GM/MS 399/2006 e GM/MS 699/2006, que define as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde) apresenta, dentre outros objetivos:

- Assumir a Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção primária, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças locais;
- Consolidar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família nos pequenos e médios municípios;
- Ampliar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família nos grandes centros urbanos;
- Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da atenção primária que considerem os princípios da Estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades locais;

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção. Representa também a coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural. A APS compreende quatro atributos essenciais: o acesso (primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde), a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema (BRASIL, 2009). A APS ofertada na ESF mantém o enfoque na saúde, na promoção e prevenção e na atenção continuada e abrangente, sendo muito importante para sua realização o trabalho em equipe e a participação da comunidade (STARFIELD, 2002).

1.3. Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Dentro dessa proposta de atenção primária e acesso universal à saúde, em janeiro de 2008 o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Portaria GM nº 154). Essa iniciativa teve como principal objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de APS, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços, reforçando o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Os NASF são compostos por equipes nas quais profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família (SF). Isso propicia o compartilhamento das práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF (BRASIL, 2009).

É importante ressaltar que os NASF devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das necessidades identificadas através do trabalho conjunto com as equipes de SF, sendo que os NASF constituem um apoio a essas equipes e não a porta de entrada do sistema para os usuários. Os NASF devem atuar dentro de algumas diretrizes referentes à APS, que são: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. Dessa forma:

...a organização dos processos de trabalho dos NASF, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc.

A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um NASF, para tanto, é necessário que os profissionais do NASF assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes da ESF e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção, a fim de superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado (BRASIL, 2009).

Atualmente, interações multidisciplinares na forma de estágio acadêmico como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde têm sido propostas a fim de propiciar uma maior vivência aos estudantes, bem como uma gama maior de serviços ofertados aos usuários. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde - surgiu em 26 de agosto de 2008, instituído pela Portaria Interministerial nº 1802 através da

articulação de ações dos Ministérios da Saúde e da Educação, destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família (HADDAD et al., 2009). A Universidade Federal do Rio Grande do Sul aderiu ao edital e incorporou o Projeto ao Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal. O Projeto PET-Saúde - UFRGS-POA objetiva por meio da integração entre ensino e serviço fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia de Saúde da Família, caracterizando-se como instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e aos estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS (PET-Saúde, 2009). A Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010 incluiu o curso de Educação Física na proposta do PET-Saúde, propiciando a inserção de alunos desse curso na ESF. Dentro dessa multidisciplinaridade observa-se a participação de cursos até então distantes da conceituação de equipe preponderante na ESF, como Educação Física, Nutrição, Psicologia, entre outros.

1.5. Objetivos Gerais

Tendo em vista que muitas das propostas dos programas de saúde enfocam a melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida dos usuários do SUS, além da maior inserção dos profissionais e estudantes da área da Educação Física atuando na Estratégia de Saúde da Família junto à comunidade, o presente estudo objetiva analisar a importância das práticas corporais/atividade física (PCAF) na melhoria da qualidade de vida dos participantes do Grupo Qualidade de Vida (GQV) realizado em uma ESF localizada no distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, em Porto Alegre, RS.

1.6. Objetivos Específicos

- ✚ Acompanhar o desenvolvimento do Grupo Qualidade de Vida realizado na ESF distrito Glória/Cruzeiro/Cristal;
- ✚ Descrever as atividades realizadas no GQV, focando na adesão e participação dos usuários;
- ✚ Promover a compreensão sobre as propostas para melhoria da qualidade de vida dos usuários da Atenção Primária;
- ✚ Analisar a importância da questão referente ao território na definição da melhora da qualidade de vida dos participantes;
- ✚ Avaliar a importância da realização de práticas multidisciplinares na ESF para o desenvolvimento de atividades voltadas à saúde e ao bem-estar dos usuários.

2. Metodologia

Para a realização desse trabalho, foram utilizadas duas linhas metodológicas: a análise documental e a pesquisa-intervenção, que são mais bem descritas nos subitens a seguir.

2.1. Análise documental

A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (LÜDKE & ANDRÉ, 1986). No presente estudo foram muito utilizados documentos relacionados às Políticas Públicas de Saúde no Brasil, a fim de melhor compreender o processo de criação e desenvolvimento das práticas de atenção primária à saúde no Brasil. Esses documentos, em sua maioria, são vinculados ao Ministério da Saúde e muitos tratam de projetos de lei ou são cadernos de atenção básica. Além destes, também foram utilizados artigos acadêmicos correspondentes ao tema de estudo abordado, com a finalidade de auxiliar na compreensão e incitar a reflexão/discussão acerca das questões relativas ao processo de melhoria da qualidade de vida no enfoque da saúde da família.

2.2. Pesquisa-Intervenção

Além da análise de documentos, para o presente estudo foi realizada uma análise de campo denominada pesquisa-intervenção. A pesquisa participante se constitui em uma metodologia com pressupostos gerais de pesquisa, envolvendo diferenciados modos de ações investigativas e de priorização de objetivos (ROCHA & AGUIAR, 2003). O processo de formulação da pesquisa-intervenção considera que a interferência na relação sujeito/objeto pesquisado não se constitui em uma dificuldade própria às pesquisas sociais, mas sim se configura como condição ao próprio conhecimento (SANTOS, 1987; STENGERS, 1990). Essa forma de pesquisa se desarticula das práticas e dos discursos instituídos, inclusive os produzidos como científicos, substituindo a fórmula “conhecer para transformar” por “transformar para conhecer” (COIMBRA, 1995). A intervenção evidencia que pesquisador/pesquisado, ou seja, sujeito/objeto fazem parte do mesmo processo, uma vez que

na pesquisa-intervenção, a relação pesquisador/ objeto pesquisado é dinâmica e determinará os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido (ROCHA & AGUIAR, 2003). A pesquisa realizada no GQV na ESF Glória/Cruzeiro/Cristal apresenta essas características, uma vez que, da mesma forma que foi sendo desenvolvida a prática e a interação com os usuários, foi sendo feita a coleta do material para posterior análise. A forma de coleta de material foi através de anotação das observações em um Diário de Campo. Esse foi um instrumento muito importante para a melhor descrição das atividades, interações, questionamentos e compreensões que surgiram no decorrer do desenvolvimento desse estudo.

3. Resultados e Discussão

3.1. ESF e Grupo Qualidade de Vida

No presente trabalho são descritas e discutidas as atividades desenvolvidas durante meu estágio na área de Educação Física no PET-Saúde, no período de Abril a Setembro de 2010. Essas atividades foram realizadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada no distrito Glória/Cruzeiro/Cristal. A ESF corresponde a uma parceria do Hospital mantenedor com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre e no local há a atuação de duas Equipes de Saúde (Equipes I e II). Ambas as equipes contam com um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e cinco agentes comunitários. O estágio foi desenvolvido sob a tutoria do professor Alex Branco Fraga da Educação Física e sob a preceptorial da enfermeira da Equipe I diretamente na unidade de saúde.

O Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal é um dos oito distritos de saúde do Município de Porto Alegre. Consta de uma população estimada em 163.412 pessoas, das quais 48.087 recebem atendimento básico dentro da ESF e as demais tem o atendimento básico prestado em Unidade de Saúde (81.883) e pelo ambulatório básico do Centro de saúde Vila dos comerciários (33.442). A região conta com 19 equipes em 14 unidades de ESF. A renda per capita por setor censitário varia entre R\$ 289,75 até R\$ 4890,71 com média de R\$ 1078,41. A educação do chefe de família varia entre 3,9 a 13,6 anos com média de 7,7 anos. A média de pessoas por domicílio é de 3,27. Do total da população residente nesta área, 90,9% possui água encanada e 53,0%, esgoto sanitário (PET-SAÚDE, 2009).

A partir do primeiro contato com o local e as equipes, nós (meu colega de estágio e eu) fomos informados que na ESF estava sendo formado um Grupo de Qualidade de Vida, onde seriam realizadas atividades corporais e discussões acerca de temas envolvendo o assunto “qualidade de vida”. A proposta de melhoria da qualidade de vida da população pode ser compreendida como uma das metas da ESF (BRASIL, 2009):

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) como componente estruturante do sistema de saúde brasileiro tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. O principal propósito da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população.

Sendo assim, a organização do Grupo Qualidade de Vida (GQV) apresenta uma proposta totalmente inserida na conceituação da ESF. Inicialmente, essa proposta estava mais vinculada à Equipe I, uma vez que a iniciativa dessa atividade partiu da médica e da enfermeira dessa Equipe. Sendo assim, a maioria dos relatos aqui apresentados serão dos GQV da Equipe I. Posteriormente, a Equipe II também desenvolveu o GQV na sua região, mas por eu estar muito envolvida nas atividades da outra equipe, participei menos do GQV da Equipe II. Os grupos ocorriam sempre às quartas-feiras à tarde, às 14 horas e os locais variavam de acordo com a semana do mês.

O convite entregue nas casas pelos agentes de saúde resume a proposta do GQV (Equipe I):

<p style="text-align: center;">CONVITE</p> <p style="text-align: center;">GRUPO Qualidade de Vida</p> <p>Você que está sem atividade no seu dia a dia venha participar do nosso grupo e seja mais feliz, tenha mais qualidade nas suas atividades, descubra o que faz bem para você e sua saúde.</p> <p>Dia:</p> <p>Local:</p> <p style="text-align: center;">Contamos com vocês!</p>

Pode-se observar que o local para realização dos encontros está destacado em negrito. Isso porque os locais variavam de acordo com a semana correspondente no mês, tentando contemplar todas as micro áreas sob responsabilidade da Equipe I. Na primeira quarta-feira do mês os encontros ocorreram na Associação Comunitária (correspondente às micro áreas 1 e 2); na segunda quarta-feira do mês os encontros eram no Salão Paroquial da Igreja Local (micro área 5); na terceira quarta-feira os encontros deveriam ocorrer na Associação de Moradores (micro área 3); na quarta semana do mês os encontros eram realizados na própria unidade de saúde, uma vez que a micro área 4 era a que apresentava melhores condições de renda dos moradores e poucos utilizavam o posto como forma de acesso à saúde. Sendo

assim, a realização do encontro na unidade tinha como principal objetivo o atendimento a diabéticos e hipertensos que frequentavam regularmente o posto, mas a proposta do grupo permanecia a mesma, conforme veremos nos relatos a seguir.

3.2. Observação e Participação no Grupo Qualidade de Vida

Em todos os encontros, antes de iniciarmos as atividades propriamente (palestra/conversa e prática corporal/atividade física), eram obtidas as medidas dos participantes para controle e posterior comparação. Cada participante recebia um cartão onde eram preenchidos os seus dados (nome, endereço, idade) e era feita a triagem, onde era realizada a medida de pressão arterial (pela médica), o peso e a altura (pelo técnico de enfermagem), além da circunferência cintura/quadril (medida pelos estagiários do PET-Saúde da Educação Física – meu colega de estágio ou eu). Os dados obtidos eram anotados no cartão (ficando este guardado na pasta do posto e levado a cada encontro). A cada GQV, eram repetidas as medidas de pressão arterial e peso e a cada mês as medidas de circunferência cintura/quadril.

A maioria dos participantes tinha idade superior a 55 anos e apresentavam um histórico de pouco ou nenhuma atividade física, além de problemas posturais ou sistêmicos (diabéticos e/ou hipertensos, por exemplo). Algumas pessoas iam apenas para medir a pressão, perguntar algo para a médica e iam embora, mas eram poucos. A maioria sempre demonstrou real interesse e vontade de falar sobre suas dificuldades (dores localizadas) e preferências por determinadas atividades. No primeiro mês a prática proposta foi um alongamento, por ser simples e facilmente executado por todos (atividades de integração também foram propostas), ficando a cargo do meu colega de estágio a elaboração das atividades. No segundo mês, eu fiquei responsável pelas atividades do GQV e propus dança como tópico principal. Foi muito interessante, sobretudo porque eu esperava que houvesse maiores dificuldades, mas observei muito interesse e dedicação por parte dos participantes.

Os encontros realizados na Associação de Moradores (micro áreas 1 e 2, Equipe I) eram os que apresentavam maior quórum, muito em parte pela ação das agentes, que iam às casas convidar os moradores e pela localização da Associação, no centro de uma comunidade local, com muitas casas no entorno, o que possibilitava que esse convite fosse feito no momento do início do encontro. É interessante observar que, apesar de a associação e a

unidade de saúde serem muito próximas (cerca de duas quadras separam-nas), os participantes não eram os mesmos. Como já foi citado, frequentavam a Associação os moradores de casas próximas, enquanto no posto a maioria dos participantes vinha de regiões mais distantes. Por ser um grupo voltado para diabéticos e hipertensos, uma parcela dos constituintes iam apenas com o objetivo de renovar receitas, mas acabavam ficando e se interessando pela prática. Ficou a impressão, mas não totalmente esclarecida, de que por ser um local “neutro”, o posto atraía os participantes que não eram moradores apenas das micro áreas 1 e 2. Entretanto, os moradores dessa região participavam apenas do grupo realizado na sua “localidade”.

A Associação Comunitária (microárea 3, Equipe I) estava em reformas e o GQV que deveria a priori ser realizado lá ocorria na casa de uma moradora. Apesar do pouco espaço, fomos sempre muito bem recebidos e percebi também a participação da comunidade local, na maioria de moradores de casas vizinhas. O único inconveniente muito forte foi que quando chovia não havia grupo, pois as ruas alagavam e não tínhamos acesso ao local. Sendo assim, a partir de Agosto começamos a desenvolver uma atividade no Asilo próximo ao PSF na terceira semana do mês. Particpei de apenas dois encontros, mas foram extremamente proveitosos. Foi mantida a proposta do GQV, aberto à comunidade, mas voltado principalmente aos idosos que residem no Asilo. Como a maioria apresentava dificuldade de locomoção, demoramos dois encontros para conseguirmos concluir os cartões com os dados dos participantes (triagem) e as atividades propostas tinham um caráter lúdico, com pouca movimentação (a grande maioria não caminhava ou sequer ficava em pé e alguns apresentavam muita dificuldade para ficarem sentados). O melhor de tudo foi o retorno obtido deles, que demonstraram ter ficado muito agradecidos pelas “brincadeiras” e, principalmente, pela atenção que receberam.

Os encontros no Salão Paroquial da Igreja Local (micro área 5, Equipe I) tinham algumas características bem específicas. A meu ver, a principal era o espaço para a realização das práticas. A localização da Paróquia é “central”, situando-se entre o posto e a delimitação do final da região sob os cuidados da Equipe I. Ali, como no posto, parecia haver um efeito menor do componente territorial. Além disso, o espaço para as práticas era muito bom (e coberto, livre das intempéries climáticas) e o fato de a Igreja estar situada à beira da avenida principal (asfaltada) permitia a realização do GQV mesmo em dias chuvosos. Apesar de apresentar um bom quórum, a maioria variava a cada encontro, exceto pelos cinco participantes “fiéis”, que estavam em todos os encontros do GQV.

Em Julho começou o GQV da Equipe II, realizado inicialmente uma vez por mês e posteriormente, devido à adesão da comunidade, semanalmente. Os encontros eram realizados na Igreja próxima a Escola Municipal da área da Equipe II, às quartas-feiras à tarde. Como o horário era o mesmo do GQV da Equipe I, eu e o meu colega de estágio nos separamos. A combinação inicial era que cada semana um ficaria com uma Equipe, mas para podermos dar uma melhor continuidade ao trabalho acabamos permanecendo mais com uma Equipe cada um, no caso eu com a Equipe I e ele com a Equipe II. Fui apenas a dois encontros da Equipe II, o primeiro e um em Setembro e fiquei bastante feliz em constatar que o público tinha aumentado consideravelmente nesse período (de dois para cerca de 20 pessoas, a maioria crianças, além de adolescentes e mulheres).

Nos encontros do GQV de ambas as Equipes a proposta era a mesma, mas com algumas particularidades. No GQV da Equipe I, iniciávamos com a conversa sobre o tema do dia (dentro do assunto “qualidade de vida”) e posteriormente era feita a prática corporal; já no GQV da Equipe II, o início era feito com a prática e posterior conversa. Em ambos os grupos a finalização ocorria com um chá, oferecido pelos agentes da ESF e, na maioria das vezes, com bolos levados pelos próprios usuários. O número de participantes de ambos os grupos, após a evolução já comentada do GQV da Equipe II, foi de cerca de 15 participantes por encontro. A maior diferença era a idade dos participantes, pois no GQV da Equipe I a maioria era idosa, enquanto nos encontros da Equipe II havia muitos jovens participando.

3.3. Discussão acerca da influência sobre os usuários e relato das observações

As práticas corporais/atividade física devem ser compreendidas na perspectiva da reflexão sobre as práticas de saúde e também do fortalecimento do controle social, corresponsabilidade social, construção de redes de cuidado integral, integralidade e transversalidade das políticas de saúde, além de acesso aos serviços e tecnologias em saúde e direito ao lazer (BRASIL, 2009). A iniciativa de realizar o GQV da Equipe I em diferentes locais tinha o intuito de abranger todas as micro áreas, facilitando o acesso (para que todos pudessem participar nem que fosse uma vez por mês). De acordo com os cadernos do NASF, onde são abordadas as questões referentes às práticas corporais/atividade física (PCAF), fica

clara essa necessidade de adequação da ESF ao contexto geográfico da região (BRASIL, 2009):

Em termos específicos das PCAF, deve ser considerada a ampliação do olhar sobre a existência ou não de espaços públicos de lazer ou da quantidade de grupos presentes, para abranger também as ações organizadas dentro das próprias unidades de Saúde da Família. O trabalho com grupos deve proporcionar a compreensão processual do significado do lazer para as comunidades e de como as pessoas identificam e se relacionam com os espaços de lazer existentes; reconhecendo que a construção da identidade com o espaço de lazer é um fato social, cuja compreensão permitirá identificar as relações determinantes que os sujeitos estabelecem com as PCAF que já realizam e que venham a realizar. (...) Dessa forma, pode-se dizer que o conhecimento sobre o território e a valorização da construção local relativa às PCAF constituem princípios da atuação dos profissionais do NASF, conjuntamente com os demais profissionais da equipe de Saúde da Família.

Segundo Santos (1996) o espaço é uma categoria de síntese e convergência onde se manifestam diversos processos envolvidos nas condições de vida das populações. Nesse sentido, a noção de qualidade de vida deve integrar o projeto cultural, o projeto de desenvolvimento e o projeto de vida de uma comunidade (LEFF, 2001). Ao se ler com atenção os locais de realização dos encontros, se observa que não são citadas praças ou outros locais públicos para promoção da saúde (quadras, ginásios etc), pois são inexistentes na região. Essa foi uma dificuldade premente para a realização das atividades, uma vez que, conforme descrito nos relatos, quando chovia não havia GQV em algumas áreas, pela dificuldade de acesso. Essa dificuldade de encontrar espaços de lazer foi muito relatada pelos usuários; em muitas conversas foram apresentadas as deficiências da localidade e como isso desmotivava para a realização de práticas corporais/atividade física. Muitos dos participantes relataram que realizavam atividades apenas nos dias dos encontros do grupo, mas que gostariam muito de fazê-las nos outros dias da semana. Só que não há um local apropriado sequer para caminhadas na região, visto que não há calçadas (algumas são muito estreitas, outras tão mal cuidadas, esburacadas que são intransitáveis) em muitos trechos e precisa-se caminhar no asfalto ou em ruas de terra batida.

Com base nessa dificuldade, um dos desafios que encontrei foi o de propiciar atividades que pudessem ser realizadas pelos usuários em casa, sozinhos ou em pequenos grupos, a fim de tentar minimizar a dificuldade tão citada por eles. Outro fator importante considerado na formulação das atividades foram os relatos de dores e/ou problemas associados, além das preferências descritas por alguns usuários nas conversas durante os

momentos de finalização/descontração (“hora do chá”). As atividades apresentaram esse caráter de construção coletiva, dentro da recomendação de construção das atividades e possibilidades a partir das necessidades e contribuição coletivas referentes aos que serão beneficiados (Brasil, 2009). Segundo as premissas dos NASF, mantendo a lógica do sistema igualitário e a questão da territorialização, fica clara a necessidade de o profissional se adequar às características locais, bem como às necessidades da população assistida (BRASIL, 2009):

Esse formato de participação é relevante para atuação do profissional pelo aspecto do acúmulo da comunidade ou de grupos sobre o funcionamento dos serviços, suas limitações e vantagens, bem como pela possibilidade de serem definidas e pactuadas atividades que expressem as necessidades e desejos da comunidade em relação às PCAF, evitando assim a imposição de ações por parte do profissional e a falta de identificação por parte dos sujeitos com as atividades propostas.

Segundo Monk e colaboradores (2008) o território onde são construídas e desenvolvidas ações de saúde pública pressupõe produções coletivas, com materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional. O objetivo é prevenir riscos e evitar danos à saúde, a partir de um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. Por isso, pressupõe limites, organização e participação, para se constituírem em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar. Dentro dessa conceituação encontra-se o GQV, uma vez que os principais objetivos eram os de propiciar melhoras nas condições de saúde, qualidade de vida e bem estar dos usuários, respeitando e procurando se adequar às condições regionais.

4. Conclusões

Durante o meu período de formação acadêmica havia pouca oferta de disciplinas voltadas à saúde coletiva (na verdade, apenas na forma de disciplina eletiva/tópicos especiais). A experiência no PET-Saúde acrescentou muito sobre esse tema na minha formação. Além disso, permitiu que eu ampliasse meu olhar sobre situações e realidades diversas. A experiência adquirida através da minha participação no PET-Saúde, atuando como estagiária da Educação Física na ESF acrescentou conhecimentos novos, além de reforçar outros já adquiridos. Durante esse período, pude constatar que a presença do profissional de Educação Física na ESF, além de muito bem aceita, é esperada, tanto pelos usuários como pela equipe de saúde da família. O contato com os usuários foi sempre muito positivo, sendo que em inúmeras vezes foi demonstrado o interesse e até mesmo o afeto por parte deles. Foi muito enriquecedora essa interação, pois em todos os GQV obtive retorno dos usuários que tinham prazer em demonstrar seu agradecimento pelos encontros que promoviam tanto para a melhora do seu bem-estar. Observar o envolvimento por parte da equipe foi outro ponto extremamente positivo, pois todos sempre fizeram questão de participar, além de se interessarem em auxiliar na formulação das atividades propostas.

De uma forma geral, pude concluir que a iniciativa do GQV, além de estar totalmente inserida na acepção do SUS, da ESF e seguindo as premissas do NASF, é extremamente importante para os usuários e para todos os envolvidos no processo. Com relação aos usuários, mais especificamente aos participantes do GQV, pude observar que a assiduidade parecia ter uma relação direta com o local de realização do grupo. Excetuando os cinco participantes que nunca faltavam, havia uma variação muito grande nos participantes de uma semana para a outra. Essa variação de acordo como o local dos encontros pode estar, ao menos em parte, relacionada com a noção de pertencimento a uma determinada área. Apesar de morarem todos em uma região do distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, as diferentes micro áreas apresentavam características diversas, e a maioria dos moradores demonstravam sempre maior interesse em frequentar o grupo quando este acontecia dentro da sua micro área, quando permaneciam próximos a sua “região”.

Apesar das discrepâncias apresentadas pelas diferentes micro áreas de ambas as Equipes, uma característica comum foi observada para a realização dos GQV: a falta de

espaços públicos para a prática de atividades físicas. A região não possui praças públicas e as ruas são ou de terra batida ou com calçadas mínimas, dificultando a realização de atividades simples, como caminhadas, por exemplo. Esse ponto negativo, além de ser observado por mim, foi sempre muito citado pelos participantes. Os poucos espaços disponíveis são as Associações Comunitárias e/ou o Salão Paroquial. Esse foi, a meu ver, o maior desafio apresentado para nós acadêmicos da Educação Física: objetivar práticas corporais/atividades físicas que se adequassem aos espaços ofertados.

5. Referências

- ANDRADE L, Barreto I, Bezerra, R. **Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família.** In: Campos G, Minayo M, Akerman M, Júnior M, Carvalho Y editores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.
- BRASIL. Diário Oficial da União. **Constituição Federal de 1988.** Brasília, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa da Saúde da Família: saúde dentro de casa.** Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96.** Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, volume 1, 2011.
- BUSS PM. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** Ciênc. Saúde Coletiva 5 (1): 163-177, 2000.
- CAPONI SNC. A saúde como abertura ao risco. Em: Czeresnia, D. & Freitas, CM. (orgs). **Promoção da Saúde: reflexões, conceitos, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1ª edição: 55-78, 2003.
- COIMBRA CMB. **Os Caminhos de Lapassade e da Análise Institucional: uma Empresa Possível.** São Paulo: Revista do Departamento de Psicologia da UFF, 7 (1): 52-80, 1995.
- CONASS. Nota Técnica. **Para Entender o Pacto pela Saúde.** Brasília, 2006.
- HADDAD AE, Campos FE, Freitas MSF, Brenelli SL, Passarella TM, Ribeiro TCV. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-SAÚDE.** Cadernos ABEM, 5: 6-12, 2009.

LEFF E. **Saber Ambiental - sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder.** Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

LÜDKE M, ANDRÉ MEA. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU Editora, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção de Saúde.** 2005.

MONKEN M, Peiter P, Barcellos C, Rojas LI, Navarro M, MBM, Gondim GMM, Gracie R. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PET-SAÚDE. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Relatório das Atividades do PET-Saúde UFRGS – SMS-POA Primeiro Semestre.** Porto Alegre, 2009.

ROCHA ML, AGUIAR KF. **Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises.** Psicologia Ciência e Profissão, 23 (4): 64-73, 2003.

SANTOS BS. **Um Discurso Sobre as Ciências.** Porto: Editora Afrontamento, 1987.

SANTOS M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção.** São Paulo: Hucitec, 1996.

STENGERS I. **Quem Tem Medo da Ciência?** São Paulo: Editora Siciliano, 1990.

SOUZA RR. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo.** (Dissertação). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde, 2002.

6. Anexos

6.1. Anexo 1: Diretrizes para atuação profissional nas práticas corporais/atividade física

PCAF: Diretrizes para atuação profissional

1. Fortalecer e promover o direito constitucional ao lazer;
2. Desenvolver ações que promovam a inclusão social e que tenham a intergeracionalidade, a integralidade do sujeito, o cuidado integral e a abrangência dos ciclos da vida como princípios de organização e fomento das praticas corporais/atividade física;
3. Desenvolver junto à equipe de SF ações intersetoriais pautadas nas demandas da comunidade;
4. Favorecer o trabalho interdisciplinar amplo e coletivo como expressão da apropriação conjunta dos instrumentos, espaços e aspectos estruturantes da produção da saúde e como estratégia de solução de problemas, reforçando os pressupostos do apoio matricial;
5. Favorecer no processo de trabalho em equipe a organização das práticas de saúde na APS, na perspectiva da prevenção, promoção, tratamento e reabilitação;
6. Divulgar informações que possam contribuir para adoção de modos de vida saudáveis por parte da comunidade;
7. Desenvolver ações de educação em saúde reconhecendo o protagonismo dos sujeitos na produção e apreensão do conhecimento e da importância desse último como ferramenta para produção da vida;
8. Valorizar a produção cultural local como expressão da identidade comunitária e reafirmação do direito e possibilidade de criação de novas formas de expressão e resistência sociais;
9. Primar por intervenções que favoreçam a coletividade mais que os indivíduos sem excluir a abordagem individual;
10. Conhecer o território na perspectiva de suas nuances sociopolíticas e dos equipamentos que possam ser potencialmente trabalhados para o fomento das praticas corporais/atividade física;
11. Construir e participar do acompanhamento e avaliação dos resultados das intervenções;
12. Fortalecer o controle social na saúde e a organização comunitária como princípios de participação políticas nas decisões afetas a comunidade ou população local.

6.2. Anexo 2: Fotos do Grupo Qualidade de Vida



