

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

ANA PAULA KATCHANOVSKI MENDES

**ATIVIDADE FÍSICA E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA
REGIÃO DO VALE DO IVAÍ: UMA ANÁLISE A PARTIR DA VISÃO
DOS GESTORES MUNICIPAIS.**

**IVAIPORÃ
2016**

ANA PAULA KATCHANOVSKI MENDES

**ATIVIDADE FÍSICA E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA
REGIÃO DO VALE DO IVAÍ: UMA ANÁLISE A PARTIR DA VISÃO
DOS GESTORES MUNICIPAIS.**

Projeto de Monografia apresentado à UEM-
Universidade Estadual de Maringá- como
requisito parcial para obtenção do título de
Licenciado em Educação Física.
Orientador: Prof. Dr. Eduard A. Bendrath.

**IVAIPORÃ
2016**

ANA PAULA KATCHANOVSKI MENDES

**ATIVIDADE FÍSICA E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA
REGIÃO DO VALE DO IVAÍ: UMA ANÁLISE A PARTIR DA VISÃO
DOS GESTORES MUNICIPAIS.**

Data de defesa: 31 de Janeiro de 2017. Banca Examinadora:

Prof. Dr. Eduard Angelo Bendrath

Prof^a. Ms. Andréia Paula Basei

Prof. Dr. Wendel Arthur Lopes

**Ivaiporã
2016**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 JUSTIFICATIVA.....	13
1.2 OBJETIVOS.....	14
1.2.1 Objetivo geral.....	14
1.2.2 Objetivo específico.....	14
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 UMA BREVE RETROSPECTIVA SOBRE A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	16
2.2 O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO PSF.....	20
2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	24
3. METODOLOGIA.....	28
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	28
3.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	29
3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	30
3.4 ANÁLISE DE DADOS.....	30
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	32
4.1 CATEGORIA 1- CONCEITO SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	32
4.2 CATEGORIA 2- CONCEITO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA.....	35
4.3 CATEGORIA 3- POLÍTICAS DE FORMAÇÃO CONTINUADA.....	38
4.4 CATEGORIA 4- ATIVIDADE DESENVOLVIDA NO NASF.....	40
4.5 CATEGORIA 5- FORMAS DE COMBATE AO SEDENTARISMO.....	45
4.6 CATEGORIA 6- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO CONTINUADA.....	47
4.7- CATEGORIA 7- IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADES FÍSICA.....	50
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
6. REFERÊNCIAS.....	56
7. APÊNDICE.....	60
8. APÊNDICE.....	62

Dedico a Deus que se manteve presente, me enviando forças e entusiasmo, não me deixando desistir nos momentos de fraquezas, nos degraus da vida.

Dedico a minha família que me apoiou e sempre me fez ver além do que os olhos podiam enxergar, deixando claro que o futuro seria pleno e cheio de portas para as minhas capacidades. Ao meu esposo e minha querida filha, que tiveram que entender por várias vezes o meu afastamento, minhas ausências diárias, mais que seria por um bom motivo.

Dedicando acima de tudo meu grande e incondicional afeto e amor.

Agradecimento.

Agradeço ao meu orientador Eduard Angelo Bendrath que seguiu comigo esse caminho, me auxiliando nas dificuldades, que teve paciência com minhas ausências, me cobrando nos momentos certos, me ofertando atenção, disponibilidade e generoso empenho na elaboração desse trabalho.

Aos meus professores durante esses quatro anos que ajudaram a agregar ainda mais no meu conhecimento, fazendo com que chegasse até aqui, aqueles que de certa forma me auxiliaram nessa pesquisa.

Ao grupo de estudos GEPEFE, que contribuiu para a elaboração, que escutaram as reclamações e auxiliaram nas dificuldades, nas opiniões que pude agregar como forma de correção a esse trabalho.

Aos meus colegas de turma que já se formaram, e que caminharam junto comigo nos meus primeiros 3 anos, e a essa turma que me recebeu tão bem no último ano, tanto nas desavenças, nas felicidades, deixo o meu muito obrigado turmas queridas.

Famílias, que se mantiveram ao meu lado, me ajudaram com os dias exaustivos de pesquisas, podendo tornar possível meu deslocamento, meu pai Claudomiro, minha tia Claudinéia e minha sogra Vanice que me auxiliaram para obter sucesso no meu trabalho.

E não poderia deixar de exalta-los aqui, profissionais da saúde, que se disponibilizaram a contribuir nessa pesquisa de forma que pudéssemos ter uma nova visão sobre aquilo que as áreas podem contribuir uma com a outra, os propulsores dessa pesquisa, agradecida.

“A esperança é pois garantia do possível. Viver é possível, com a condição de que o homem aceite o risco de comprometer-se e de olhar sempre a frente de maneira que sempre sobreponha, e nunca se limite ao momento e presente satisfação (FURTER).

RESUMO

A educação permanente em saúde constitui-se como alicerce para aprimoramento dos processos preventivos e está associada ao posicionamento das políticas públicas setoriais a partir da gestão do gerenciamento de recursos humanos. Dentro desse processo de formação contínua dos profissionais da saúde a abordagem no campo da atividade física aparece como elemento facilitador de profilaxia e maximização de ações preventivas. Dessa forma, o objetivo dessa pesquisa foi compreender como os gestores municipais de saúde da região do Vale do Ivaí atuam no sentido de fomentar a educação permanente em saúde a partir da sua associação com o conceito de atividade física. A pesquisa foi caracterizada como de cunho qualitativo, tendo como instrumento de coleta de dados o processo de entrevista semiestruturada e análise documental. A análise dos dados foi feita a priori, escolhida através da revisão de literatura, logo após foi feita a análise de corpus textual através do programa Iramuteq, o que nos proporcionou compreender o entendimento do mecanismo de similitude bem como a classificação dos corpus textuais em categorias temáticas a partir da análise de conteúdo. A pesquisa nos possibilitou uma boa visão sobre o que os gestores têm de conhecimento sobre o NASF, e principalmente sobre a participação do educador físico dentro do seu quadro de funcionários, alegam vários problemas, incluindo estrutura e falta de financiamento por parte do governo, porém os gestores alegam oferecer aos seus profissionais o que possível para qualificar seus funcionários.

Palavras Chave: Atividade Física; Educação Permanente; Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT.

The permanent education in health as a foundation for improvement of the preventive processes and it is associated to the positioning of the sectorial public policies of the management of human resources management. In this process of continuous training of health professionals the approach in the field of physical activity appears as a facilitating element of prophylaxis and maximization of preventive actions. Thus, the objective of this study was to understand how the municipal health managers of the Vale do Ivaí region act in the sense of promoting the permanent education in health from its association with the concept of physical activity. The research was characterized as qualitative, having as a data collection the process of semi-structured interview and documentary analysis. The analysis of the data to understand the understanding of the mechanism of similarity and as well as the classification of the textual corpus in thematic categories from the content analysis. The research has provided us with a good insight into what managers are knowledgeable about NASF, and especially about the involvement of the physical educator within their staff, claim several problems, including structure and lack of funding from the government, but The managers claim to Offer Their professionals what possible to qualify their employees.

Keywords: Physical Activity; Permanent Education; Health; SUS

LISTA DE FIGURAS.

Figura 1- Conceito de educação permanente em saúde.....	33
Figura 2- Análise de similitude sobre educação permanente em saúde.....	35
Figura 3- Conceito sobre atividade física.....	36
Figura 4- Análise de similitude sobre conceito de atividade física.....	38
Figura 5- nuvem de palavras sobre políticas de formação continuada.....	39
Figura 6- Análise de similitude sobre formação continuada.....	40
Figura 7- Nuvem de palavras sobre o NASF.....	41
Figura 8- Método de Reinert sobre o NASF.....	43
Figura 9- Análise de similitude de ações do NASF.....	45
Figura 10- Formas de combate ao sedentarismo.....	46
Figura 11- Análise de similitude de formas de combate ao sedentarismo.....	47
Figura12- Nuvem de palavras de como é trabalhada a educação continuada.....	49
Figura13- Análise de similitude sobre como utilizar a educação permanente em saúde.....	50
Figura14- Nuvem de palavras sobre como utilizar a importância da atividade física.....	52
Figura 15- Análise de similitude sobre capacitação sobre atividade física.....	54

LISTA DE QUADROS.

Quadro 1- Cidades envolvidas na pesquisa.....	29
Quadro 2- Perfil dos participantes da pesquisa.....	32

LISTA DE SIGLAS.

SUS- Sistema Único de Saúde.

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

PSF- Programa da Saúde da Família.

ACS- Agente Comunitário de Saúde.

ESF- Estratégia de Saúde da Família.

LOS- Lei Orgânica da Saúde.

IMS- Instituto de Medicina Social.

UBS- Unidade Básica de Saúde.

EPS- Educação Permanente em Saúde.

SGTES- Secretaria do Trabalho e da Educação na Saúde.

EAD- Educação à Distância.

CONEP- Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

USF- Unidade de Saúde da Família.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo toma como prerrogativa a análise a partir da relação entre educação permanente em saúde e o possível entendimento da atividade física como mecanismo facilitador do processo de profilaxia social. A inserção de profissionais de educação física em programas sistematizados do SUS é verificada como uma possibilidade de alteração do *status quo* aos quais medidas tratativas são priorizadas em relação a medidas preventivas no campo da saúde.

Dessa forma, objetivou-se verificar junto aos secretários municipais de saúde, aqui entendidos como gestores de instância máxima nos municípios, como a atividade física é abordada nas referidas secretarias e em seus programas desenvolvidos, tendo como referência o entendimento da formação permanente em saúde. De acordo com Sá e Florindo (2012), 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 práticas. Ainda, segundo os autores, 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 dialógica.

A partir dessa perspectiva, a compreensão dos mecanismos de atenção à saúde com foco em ações educativas preventivas torna-se vital para a consecução desse trabalho, à medida que iniciativas de gestão compreendem o direcionamento exato das políticas de saúde em cada município. Com essa abordagem posta, destaca-se compreender as iniciativas desenvolvidas no espaço das Estratégias de Saúde da Família, pois como bem nos aponta Sá e Florindo (2012):

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 a Saúde da Família (NASF), com a inserção do profissional de Educação Física no conjunto de trabalhadores da atenção básica. 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 (SÁ; FLORINDO, 2012, p.294).

Na medida em que entende-se o papel da atividade física em uma proposta multidisciplinar de atenção à saúde, o princípio da formação inicial e continuada desses

profissionais é crucial para determinar o grau de alcance de tais proposituras. Assim sendo, o papel da gestão municipal de saúde é determinante para o andamento de uma proposta de educação permanente. Como a atividade física é abordada nas Estratégias de Saúde da Família? Quem são os profissionais que desenvolvem tais ações? Como a atividade física é vista dentro da perspectiva de educação permanente em saúde para os profissionais das secretarias? Quais as estratégias de gestão utilizadas para aprimorar a formação continuada dos servidores públicos com foco no entendimento da atividade física como elemento preventivo?

Tais indagações padecem de resposta, e fundamentam esse trabalho na busca de encontrar caminhos que possam compreender como a gestão pública em saúde dos municípios analisados atuam frente a melhoria dos processos de formação, desenvolvimento e execução das políticas públicas de saúde.

1.1 JUSTIFICATIVA

O entendimento para o uso da atividade física como fator de melhoria da qualidade de vida e conseqüentemente a redução de patologias associadas ao sedentarismo, passa pela compreensão dos gestores de saúde sobre seus possíveis benefícios e efeitos.

Estudos como os de Santos e Benedetti (2012), Malta *et al* (2008), Malta *et al* (2009), Lucena *et al* (2004), Freitas, Carvalho, Mendes (2013), Sá e Florindo (2012), caminham no intuito de apresentar indicativos que possibilitam compreender a importância da atividade física junto ao Sistema Único de Saúde e sua direta interface com o processo formativo de uma educação voltada para a saúde.

A região do Vale do Ivaí figura entre uma das regiões mais pobres do Estado do Paraná o que valoriza o desenvolvimento de pesquisas que tragam resultados que possam subsidiar as tomadas de decisões por parte dos gestores públicos. Assim, a presente pesquisa pauta sua estrutura a partir da lógica de ação dos gestores municipais de saúde dentro do princípio geral da administração educacional clássica, ou seja, a compreensão dos mesmos com vistas à educação permanente em saúde associada à atividade física a partir dos pilares do planejamento, organização, direção e controle. Compete ao gestor, portanto, uma visão plural do processo de ação ao qual, desse modo, compreendemos como fator de intersectorialidade.

A intersectorialidade surge como uma possibilidade de abordar questões sociais complexas, de articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em soluções integradas, potencializar o uso de recursos humanos e financeiros e estabelecer redes sociais (MALTA *et al* , 2009). Dessa forma, a educação permanente emerge como estratégia de transcender o pensamento tradicional (agente-corpo-hospedeiro), ainda vigente na prática dos serviços de saúde (SARRETA, 2009), possibilitando um aprofundamento teórico e conceitual sobre práticas preventivas de baixo custo como a promoção da atividade física.

Formações técnicas que tomem como referência o diagnóstico levantado nesse estudo podem favorecer a adoção de políticas municipais que prezem para a mudança de comportamento, bem como auxiliar a tomada de decisão de gestores frente a alocação de recursos humanos e econômicos.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

- Compreender junto aos secretários municipais de saúde como se desenvolvem as ações de gestão com vistas ao princípio da educação permanente e atividade física.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar as políticas desenvolvidas nos municípios em relação à execução de ações voltadas para educação permanente em saúde.
- Identificar quais são os profissionais que executam ações voltadas para a atividade física em programas e projetos das secretarias de saúde, e quais dos municípios possuem profissionais de educação física em equipes multiprofissionais de saúde.
- Verificar a existência de bases de formação continuada em serviço para os profissionais de saúde do município que abordem o entendimento da atividade física como fator preventivo na área.

- Analisar, a partir da perspectiva da gestão, como as Estratégias de Saúde da Família nos municípios formam, qualificam e consolidam o papel da atividade física dentro de equipes multiprofissionais.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 UMA BREVE RETROSPECTIVA SOBRE A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O Brasil passou por um intenso período de mudança nos seus últimos 40 anos, o que acontecia também era a instabilidade política, pelos seus momentos que passou de golpe militar, o que fez com que o país tivesse um dos maiores crescimento econômico do mundo, porém isso só trouxe melhorias de vida para determinadas classes econômicas, não beneficiando a todos, a democracia se restaura a partir da década de 1980, mas só se estabiliza no início do século XXI (PAIM, *et al*, 2011).

Na era Vargas (1930-45) e do governo militar (1964-84), as decisões e a gestão do sistema eram tomadas sem a participação ativa da sociedade e eram centralizadas por grandes burocracias (PAIM, *et al*, p. 18, 2011, *apud* ALMEIDA, 1981). Na era Vargas, o sistema de saúde era subfinanciado o que fazia com que a população ainda que contribuísse com a previdência social, tivesse que pagar do seu próprio bolso consultas. Esse é o caso de pessoas com empregos esporádicos, que tinham uma oferta inadequada do serviço.

Segundo Paim *et al* (2011), no início do século XX, foram realizadas campanhas que baseadas em moldes militares foram implementadas na saúde pública. Sendo assim, as atividades baseadas em trato militar, possuía um cunho autoritário, fazendo com que houvesse contradições da população, políticos e líderes militares. Vindo dessa divergência a revolta da vacina, ao qual a população se negou a aplicação obrigatória da vacina contra a varíola, lei essa sancionada por Oswaldo Cruz, então diretor-geral em saúde pública.

Ainda assim segundo Filho, (2002, p. 204):

O reconhecimento científico no estrangeiro das medidas inicialmente lideradas por Oswaldo Cruz não garantiu a continuidade do apoio das autoridades governamentais, que, em um posicionamento que se estende até hoje, têm se mantido reticentes, dando corpo a uma política pouco coerente em relação às instituições de pesquisas médicas. Dispondo de verbas nem sempre certas e geralmente bem abaixo das necessidades imediatas, feridos por baixos salários e também por sucessivas reorganizações burocráticas no setor da saúde pública, mesmo assim, os discípulos de Oswaldo Cruz mantiveram vivo o compromisso com a pesquisa, com o ensino e com a produção de quimioterápicos para um número cada

vez maior de enfermidades. Desvelava-se assim a luta dos cientistas contra um quadro sanitário que impunha a definição do país como “um imenso hospital (FILHO, 2002, p 204).

O Brasil atinge seu marco inicial na saúde com a reforma sanitarista, ao qual foi promovida pela sociedade civil e não pelo Estado. Cria-se em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado.

É organizada então a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Paris, que aprovou o conceito da saúde como um direito de todo cidadão brasileiro, e delimita-se assim os fundamentos de criação do SUS o que juntaria a integração e a transferência de recursos entre órgãos tanto federais, estaduais e até mesmo municipais, o que se tornaram alicerces do Sistema Único de Saúde (PAIM, 2011, p. 18).

O Congresso Nacional deu um grande passo rumo aos direitos de consumidores sancionando a Lei Orgânica da Saúde (LOS) em 1990, sendo que essa vitória se deu devido à mobilização, associação e principalmente esforços de um grande número de pessoas, em especial ao técnico da saúde, o que deu origem a sua militância no “Movimento Sanitário Brasileiro” (RAMSAUER, 2007).

Segundo ele ainda, o Sistema Único de Saúde tem com princípio norteador:

A universalidade, entendida como o direito de todos os brasileiros a atenção de suas necessidades de saúde; a *equidade*, que significa a garantia de cobertura de ações e serviços de saúde de acordo com a necessidade que cada caso requer, sem qualquer discriminação e a *integralidade*, que significa reconhecer o todo indivisível de cada indivíduo (RAMSAUER, 2007, p. 12).

Considera-se a promoção de saúde oferecida pelo SUS uma melhora no processo de capacitação da comunidade oferecendo assim uma adequada qualidade de vida a seus moradores. Praticando sempre ato de tratar e atender com respeito àqueles que buscam seus serviços, valores esses como a solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvendo assim novas participações e parcerias, sendo está o conjunto entre Estado, comunidade, família e indivíduo (MACHADO, 2007, p. 336-337).

Ainda segundo Machado, (2007):

[...] Do SUS, emergem princípios básicos: acesso universal e igualitário a ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada; e descentralização, cujas ações de saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda a princípios como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (MACHADO, p.5, 2007).

Segundo Machado (2007), ainda afirma que a implantação do SUS no país teve que passar por várias limitações já que era uma proposta nova de saúde, fazendo com que todos se adaptassem a seu novo modelo, Os gestores tinham constantes dúvidas, porém não tinham recursos para lidar com elas. Mesmo que a saúde fosse um direito garantido em constituição na sua prática haviam várias contradições. Esta realidade no sistema fez com que o ministério da saúde, as secretarias estaduais e municipais buscassem criar mecanismos para assegurar essa conquista.

O Ministério da Saúde afirma que

[...] Se considerarmos as desigualdades em saúde como um dos principais macroproblemas da atualidade para as políticas públicas de saúde no Brasil, um expressivo esforço teórico-conceitual deve ser empreendido, tanto no sentido de separar este problema de outros objetos pré-construídos – disparidade, iniquidade, diferença, distinção etc. (BRASIL, 2004 *apud* VIEIRA DA SILVA, 2003, p.37).

Uma forma de manter a proposta íntegra do SUS foi a criação de programas que embasavam a sua idéia central. Um desses programas é o Programa da Saúde Familiar (PSF), que tem como propósito principal prevenir através de ações promocionais à saúde, revertendo o quadro de atendimento curativo, que tem alto custo e baixo impacto na população usuária. Destacam-se nesse programa seis elementos norteadores: Oferta de livre escolha dos métodos anticoncepcionais; Informação dada ao cliente; Competência técnica profissional-cliente; Acompanhamento dos usuários; e rede apropriada de serviços (MOURA *et al*, 2007).

O PSF, em 2007, completava 10 anos de existências, e é visto como modelo inovador, fundamentado em uma nova ética social e cultural, concretizando o ideal de promoção a saúde, na perspectiva atual de qualidade de vida do povo brasileiro (MACHADO, 2007). Porém para se manter, a sua sustentabilidade requer de parcerias contínuas Intersetoriais, dentre as ações do PSF, o que agora se

sobressai é a ferramenta principal do programa, que seria o incentivo a autoestima e o autocuidado dos membros das famílias brasileiras, promovendo modificações nas suas atitudes e comportamentos.

Machado (2007), ainda afirma que:

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinariedade entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo (MACHADO, 2007, p. 337).

Seguindo esta linha o nível de atuação atingido pelo PSF requer uma visão mais avançada para a prática de saúde, para que assim consiga abranger o leque de competências exigidas no processo de trabalho na saúde. Quanto mais conscientizado a população se torna, mais anunciadores e denunciadores se transformam, para que assim possam reivindicar aquilo que lhes são de direito e a eles direcionados. Pois, por mais triste que seja a negligência abrange muito a área da saúde (MACHADO, 2007).

O NASF foi criado em 2008 como uma forma de auxílio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A oferta de promoção a saúde deve ser oferecida de forma igualitária a todos por uma equipe multiprofissional, sendo capaz de ir além de marcos individuais, assistenciais e medicalista, devendo se juntar com a equipe do PSF para desenvolver as atividades (MÂNGIA, 2008).

Ele ainda afirma que:

“Os Núcleos visam fortalecer oito diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização, atuando em oito áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica” (MÂNGIA, 2008, p.1).

A partir do momento em que a população conseguir expor sua visão sobre os serviços que lhe é oferecido conseguirá também ter voz para buscar seus direitos, reivindicar aquilo que realmente lhe é de direito, o que faz jus ao programa criado para fazer com que cada um tenha de forma igualitária e tratamento de qualidade.

2.2 O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO PSF

De acordo com Moura (2007), a educação física dentro da área de saúde dirige-se a um campo mais profilático, para prevenir determinadas doenças, como hipertensão, diabetes, problemas cardíacos entre outros e assim promover saúde à população a qual se especifica.

Mesmo com algumas mudanças recentes ocorridas nos cursos de graduação, a presença de currículos generalistas superficiais, na maioria das vezes não oferecia uma base sólida para a intervenção profissional, pois ao mesmo tempo em que se objetivava formar o professor para atuar no contexto escolar, também se buscava a formação de profissionais para intervir fora deste ambiente (SOUZA, 2010, p. 9).

Moura (2007), ainda afirma que a falta de oferta de uma matéria específica sobre o assunto acabava por tornar a graduação do aluno debilitada para a atuação na área da saúde, pois com a busca de atuação nas escolas, academias ou ambientes não formais, deixavam por visar o âmbito da saúde, tanto pública como privada.

Visando que o molde de trabalho com a saúde tem se tornado algo cansativo, limitado e na maioria das vezes sem eficácia, ou seja, de baixo impacto e com altos custos, viu-se a partir daí a necessidade de adaptar-se e buscar algo mais novo e fugir um pouco do tradicional que seria a oferta de promoção à saúde (FREITAS, 2013 *apud* CAMPOS, 2000).

As atividades de promoção à saúde são desenvolvidas hoje em dia por uma equipe multidisciplinar ao qual busca o trabalho em equipe, o vínculo do profissional junto a sua comunidade e buscando a participação da mesma, vindo para substituir o atendimento individualizado, curativo, de alto custo e de baixo impacto, já que por sua vez são gastos mais com tratamento pós-descobertas de alguns problemas do que com sua prevenção mediante a sua população (MOURA, 2007). Dentro das UBS há um ramo a qual se denomina de NASF criado em 2008, equipe a qual o profissional de Educação Física esta prontamente atuando (SOUZA, 2010).

Dentre as estratégias de promoção e prevenção de saúde a prática de atividades físicas tem sido referida como uma das ações importantes nesse processo. Neste sentido, uma das áreas que passou a ter a possibilidade de inserção no NASF foi a Educação Física (SOUZA, 2010, p. 6).

O programa NASF proporcionou ao gestor a possibilidade de fazer com que se aumentasse o número de profissionais, sendo eles de diversas áreas, como: fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionista, psicólogo e o educador físico. Sendo eles escolhidos conforme a demanda que a região abrange. Seu trabalho foca-se no individual, estudo de caso, coletivo, atenção domiciliares e acamados, etc (OLIVEIRA, 2012). Portanto, os profissionais do NASF trabalham com a integralidade, onde todos participam das atividades propostas, visando o integral humano. Os profissionais que compõem essa equipe são contratadas conforme a necessidade de cada grupo, sendo assim, não é uma obrigação do programa a contratação de todos eles.

Souza (2010) ainda afirma que alguns profissionais da área relatam que ministram palestras em determinados grupos e essa divulgação é feita através de cartazes nas UBS e com a ajuda das ACS (Agente Comunitária de Saúde) e em alguns casos realizam visitas domiciliares. Já em relação a atividades que ministram a intensidade de cada uma varia conforme a percepção de cada individuo.

Em pesquisa, Santos (2012), pode observar que o profissional de Educação Física está presente em 49,2% das equipes no Brasil, chegando a mais de 75% no Acre e Paraná e nenhum no Distrito Federal. Sendo que o educador físico está entre as cinco profissões mais contratadas no NASF.

Por ser recente, o trabalho no eNúcleo de Apoio à Saúde de Família (NASF) ainda é uma grande escola para muitos – senão todos – os profissionais de saúde. Criado pela Portaria nº 154/2008 do Ministério da Saúde, o NASF define uma política para o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde, através do apoio direto de profissionais especializados em diversas áreas do saber a um conjunto de Equipes de Saúde da Família (ESF). E a Educação Física faz parte de todo este contexto. (REVISTA EF, 2010)

Porém, o profissional de Educação Física ainda encontra muitas lacunas em sua atuação devido a falhas em sua graduação ao qual normalmente não se baseia muito na área da saúde, fazendo com que o professor tenha que se preparar, e dessa forma, procurar sempre mais conhecimento para atuar na comunidade. O que para muitos não tem sido visto como barreiras, já que em São Gonçalo, RJ, esse desafio tem se visto como combustível para os mesmos se prepararem ainda mais para atender a população. Fazendo visitas domiciliares, ao qual dão auxílio aos acamados e além de atuarem nos postos de saúdes. Além dos postos, eles

organizam palestras e discussões em escolas sobre *bullying*, hábitos alimentares, a importância da atividade física etc. (REVISTA EF, 2010).

A atividade física proporcionada pelo profissional de educação física, em especial o exercício regular pode causar efeitos importantíssimos em prevenção e tratamento das doenças crônicas e não infecciosas que podem surgir com o passar dos anos e por hábitos inadequados de vida, podendo assim diminuir a taxa de morbidade e morte prematura, preservando assim a qualidade de vida e aumento da longevidade (TAVARES, 2012).

Com o Programa Saúde da Família visando à prevenção de enfermidades e promoção e recuperação da saúde do indivíduo, como uma de suas principais metas e a prática de atividade física, vem sendo uma das ações de prevenção de doenças, este estudo refere-se sobre o Professor de Educação Física no Programa Saúde da Família (PSF), (TAVARES, 2012, p. 3).

Baseando-se no que o Ministério da Saúde reivindica, especificando-se ao PSF, a atenção básica deve tratar as pessoas, controlar as doenças crônicas e diminuir assim os gastos com exames desnecessários, deixando com que casos mais complexos ganhem espaços, reduzindo a procura de atendimentos de urgências e hospitalares, tornando a USF, capaz de atender as necessidades que essa população abrange (BRASIL, 2002). Deixando claro que o profissional de educação física atuará no PSF para prescrever atividades físicas e exercícios físicos voltados a benefício de saúde do indivíduo.

Dentre os benefícios que a atividade física proporciona, podemos destacar: Alívio do estresse emocional; melhora da composição sanguínea; redução da pressão arterial; diminuição de consumo de medicamentos e desenvolvimento de aptidão física (TAVARES, 2012).

Tavares (2012) ainda afirma que a prática do exercício físico faz com que o indivíduo diminua o índice de doenças não infecciosas, reduzindo também o uso constante de medicamentos, diminuindo de forma gradativa o gasto por parte do Ministério da Saúde que já passa por grande crise financeira. Os educadores físicos no do PSF são direcionados para a população mais carente, de áreas mais periféricas de cada município, onde o preço de academias não faz jus à necessidade? E ainda a ausência de políticas públicas, fazendo com que as pessoas tornassem sedentárias por questões financeiras.

Atualmente, podemos notar vários programas criados para promover às pessoas a prática da atividade física, chamados também de campanhas em massa, por exemplo: dia do desafio, agita mundo e o arena da saúde. Porém, esses programas são de baixo impacto, causando comoção momentânea em seus praticantes e não com caráter permanente, desviando-se então para esquecimento rápido (COUTINHO, 2005). O autor ainda aborda a participação ativa de gestor municipal de saúde, ao qual não lhe atribui somente à função de atuarem uma rede de serviços, mais implantar novas políticas de saúde, que abordem a novas inserções que tragam melhorias a vida do público alvo.

Ainda temos que levar em consideração a atividade física e o sedentarismo, iremos discutir a distinção dos dois termos a seguir.

Temos a consciência de que a atividade física regular é e faz papel fundamental na prevenção de várias doenças e representa um fator fundamental para a manutenção do corpo. Pra isso qualquer atividade envolvida que resulte em gasto calórico já representa como atividade física, como por exemplo: esportes, exercícios, tarefas domésticas, atividades laboral, entre outras.

Segundo Carpensen (1985), atividade física, denomina-se a qualquer movimento corporal com gasto energético acima do nível de repouso. Essas atividades representam características determinantes tanto na ordem biológica, quanto sociocultural.

Nahas (2006), ainda justifica que exercício físico, seria as formas de exercício planejados, ou seja, são realizados de forma repetitiva que tem por objetivo a manutenção, correção e recuperação dos componentes de aptidão física. Já aptidão física, seria as capacidades que o indivíduo tem de desenvolver determinadas atividades físicas, o gasto energético varia de pessoa por pessoa, cada organismo reage de uma forma para que haja mudança significantes. As pessoas que se mantem ativas, que realizam o exercício aeróbico tem menos probabilidade de desencadear doenças cardiovasculares.

Com o avanço da tecnologia, a atividade física teve como se promover ainda mais, podendo mostrar a população quais benefícios que se promove aos praticantes (RIBEIRO,2010). O autor Guiselini (2006), divide a atividade física em estruturada e não estruturada:

- Estruturada: Seria todo exercício planejado, onde haja programação da atividade desejada.

- Não estruturada: atividades de rotina, como caminhar, fazer compras, limpar a casa, subir escadas, etc.

Assumpção (2008), trás como ação importante a comparação entre “atividade física”, “estilo de vida” e “qualidade de vida”, elementos quais, buscam contribuir na melhoria de vida, de mudança de hábitos. Mudanças de estilo de bem-estar.

Podemos ver em vários autores e entidades trazem versões amplas sobre o assunto.

Matsudo & Matsudo (1999-2000), determina a prescrição de atividade física como fator de prevenção a doenças e melhoria de qualidade de vida.

Guedes & Guedes (1995), reconhece a prática da atividade física como melhoria a qualidade de vida.

Para tal afirmação Marques afirma que:

A condição e modo de vida dos indivíduos determinam as possibilidades de escolhas que os mesmos podem adotar para suas vidas, ou seja, a adoção de hábitos saudáveis deriva, numa primeira instância, do cesso satisfatório a bens de consumo que proporcionam um estilo de vida tido como saudável (MARQUES *apud* GONÇALVES, 2004, p. 114).

Então sobra-nos ligarmos a atividade com a melhora da estética do indivíduo, diminuição do estresse, assim como uma prática anti-sedentária. Para Marques *apud* Nahas, (2001), o indivíduo sedentário é aquele que não produz um gasto energético mínimo de 500 Kcal/semana, sendo que o mesmo não pratica 30 minutos de atividade física durante 5 dias.

Lovisoló (2002), afirma que qualquer prática de movimento corporal que supere a marca de 30 minutos por dia, passa a ser benéfico, o que pode ser um equívoco, pois a desde atividade leves, até atividade com pesos e treinamento intenso, tendo variações sobre o organismo, podendo ser maléficis ou benéficos.

2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A educação permanente em saúde visa enquanto sua práxis viabilizar melhor a questão de uma política voltada para a formação de recursos humanos. Sendo que sua implantação urgente acabou causando algumas divergências tornando a sua utilização algo necessário, porém não tão transformadora ao olho de quem a reproduz (MANCIA, 2004).

Analisando como a educação permanente em saúde funciona, ela deve de certa forma recriar a teoria, unido a prática para assim poder modificá-la. Dividiram-se polos de educação permanente, onde cada um torna-se responsável por um território específico. Sendo assim cada polo se torna responsável por identificar as falhas, propor novas políticas e incentivar a maior integridade na rede de atenção através dos gestores (AMESTOY, 2008). Cada projeto desenvolvido por esse polo deve ser aprovado pelo Ministério da Saúde, a qual repassará o abono, e essa distribuição dependerá da quantidade de funcionários e também aos números de sua população abrangente e principalmente a quantidade de cursos praticados pela área.

Mancia ainda afirmava que:

Até o momento o sistema de Educação Permanente em Saúde (EPS) vem sendo compreendido enquanto um conjunto de alternativas educacionais, articulado, visando ao desenvolvimento de ações voltadas à aprendizagem significativa no e para o processo de trabalho. Este, entendido enquanto eixo para a transformação das práticas, de forma participativa e contextualizada, objetivando a melhoria da qualidade dos serviços de saúde (MANCIA, 2004 p. 605)

O autor ainda diz que educação permanente em saúde se baseia em conhecimento e organização de demandas educativas apontando direcionamentos específicos a serem seguidos gerando-se a partir de um trabalho. Destacam-se ainda como duas modalidades a compor a educação no trabalho: a educação continuada e a educação permanente em saúde, que por sua vez acaba por colocar o profissional como integrante ativo no meio para com a população alvo, causando uma reestruturação de serviços.

Para isso devem-se levar em conta as experiências já existentes, seu conhecimento sobre a prática, fazendo com que haja reflexão exata com a realidade, trazendo para o dia a dia soluções concretas e reais, vindo para ocupar o assistencialismo no SUS (SILVA,2015). Hoje é constante a necessidade de adquirir-se conhecimentos, ainda mais na área da saúde, onde a teoria não é o suficiente,

para isso adquirir novos conhecimento, conceitos e atitudes de como tratar o próximo torna-se uma necessidade.

Sendo assim:

A definição da Portaria 198/GM/MS apresenta a Educação Permanente como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Deve-se ter como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (MANCIA, 2004, p. 606).

Mancia (2004), ainda diz que vendo a necessidade de proporcionar a seus funcionários ofertas efetiva de qualificação profissional o ministério da saúde cria o SGTES (Secretaria do Trabalho e da Educação na Saúde) ao qual se responsabiliza pela demanda de repensar as políticas públicas adotadas, fazendo com que haja um dialogo efetivo entre os grupos sociais e os usuários. Para isso, o SGTES busca a integração constante com novas técnicas, pois, em análise no sistema vieram a observar que os profissionais tinham apenas cursos de contínua informação tradicional de seus cursos de formação.

Acredita-se que se a educação permanente em saúde for bem aplicada, ajudará de certa forma a fortalecer as bases de formação do SUS, ao qual acabará por desenvolver o lado pessoal do profissional, quanto o desenvolvimento da instituição (OLIVEIRA, 2007) Dessa forma um profissional qualificado poderá oferecer a sua instituição uma melhor forma de atendimento, não expondo o cliente a perigos recorrentes de descaso profissional e desqualificação de atendimento.

Para isso foi criado as seguintes portarias:

- Nº 2428/GM em 23 de dezembro de 2003; cria comissão especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS (10);
- Nº 2429/GM em 23 de dezembro de 2003; cria a câmara de regulação do trabalho em saúde e dá outras providências (10);
- Nº 2430/GM em 23 de dezembro de 2003; cria o Comitê Nacional Interinstitucional de deprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências(10).
- Portaria nº 198/GM/MS em 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências (9). (MANCIA, 2004 p. 608).

Os profissionais que atuam na área da saúde têm passado por grandes dificuldades frente as inovações tecnológicas, mas pela difusão acelerada do EAD (educação à distância), caso com qual o seu aprendizado fica de certa forma

acessível, já que o tempo que se ocupa é mais reduzido, servindo como estratégia de sobrevivência para esses profissionais no mercado. Para que o profissional possa se atualizar de forma qualificada o DEGES-SGTES junto com a ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca) e a Rede Unida oferecem cursos para especialização para docentes e profissionais, aumentando a vivência e proporcionando qualificação no país (OLIVEIRA, 2007).

Para Tesser (2011), a relação da EPS e a ESF busca investigar novos meios de qualificação não se prendendo apenas no “saber” ou “fazer”, mas sim o “saber fazer”, onde explorariam novos métodos de intervenção no âmbito familiar, sabendo lidar com as mudanças, não somente para o enfermo, mas também de maneira geral a mudança na família que isso proporcionaria.

Segundo Massaroli (2008), hoje em dia a educação permanente em saúde ganha várias nomenclaturas, se distinguindo de várias formas, entre elas estão treinamento em serviço, educação no trabalho, educação continuada, tornando-se sinônimos, agindo tanto na formação de programas de capacitação ou até mesmo para atualização na área científica.

Ela ainda afirma que:

Em 1980, por inspiração Freireana, aparece o conceito de competência processual, incluindo tanto as experiências de nível individual quanto coletiva. Esta abordagem contribui para a ampliação do conceito de Educação Permanente, orientada para enriquecer a essência humana e suas subjetividades, em qualquer etapa da existência de todos os seres humanos e não somente de trabalhadores (MASSAROLI, 2008, p. 2).

Quando se pensa em uma junção de saúde e a teoria de Paulo Freire, no caso da educação permanente em saúde, seria a denominação dada por ele como *ação-reflexão-ação* e assim analisar como está agindo em sua prática. A teoria aplicada a isso é a libertária, pois visa não só a formação técnica, mais ações individuais de cada pessoa, sendo elas a ética, humana e sociocultural, fazendo com que aqueles que a reproduzem interfiram de forma significativa na realidade daquela população. Sendo contrária a alienação, reprodução de serviços que com o tempo não são tão eficazes (BALDISSERA, 2014).

Ainda diz que:

Daí, que libertária porque exprime uma atitude comprometida, pensada e repensada, que emana dos saberes pregressos, do contexto atual e do novo inacabado (BALDISSERA, 2014, p.2).

Sendo assim percebe-se que a educação permanente é a busca para a melhora de algo que não tem fim, fazendo com que busquem nova qualidade de vida, de novas formas de tratamento, de como se impor perante as necessidades que a população apresenta.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para a realização dessa pesquisa foi feito o uso da abordagem qualitativa, sendo ela descritiva e de campo. A pesquisa qualitativa oferece hoje em dia um grande leque de possibilidades de se estudar os seres humanos e suas diferentes formas de se relacionar socialmente (GODOY, 1995).

Considerando que a abordagem qualitativa, enquanto exercício de pesquisa, não se apresenta como uma proposta rigidamente estruturada, ela permite que a imaginação e a criatividade levem os investigadores a propor trabalhos que explorem novos enfoques (GODOY, 1995, p. 23).

As pesquisas qualitativas normalmente exigem a realização de entrevistas. Portanto, para que o objetivo real do seu problema de pesquisa seja alcançado, deve-se ter com clareza os sujeitos ao qual deseja entrevistar, levando em consideração o grau de representatividade que ele tem na sociedade. Fazem parte do problema que será imediatamente investigado, já que está inserida a grande parte do trabalho de campo ao qual está inserido (DUARTE, 2002).

Segundo Duarte (2002), à medida que são realizadas as coletas de depoimentos, vão sendo organizadas as informações que são relativas ao objeto de investigação. Com o decorrer das pesquisas esse material torna-se classificatório, acabam por atingir a finalidade do trabalho de campo, sabendo que poderá retornar para eventual esclarecimento.

A população dessa pesquisa foi composta por gestores da saúde dos municípios da microrregião do Vale do Ivaí. A amostra selecionada de forma intencional foi constituída por secretários de saúde, atuante no âmbito da saúde pública de cada município envolvido na pesquisa. Totalizando 16 secretários de saúde, como pode ser observado no quadro 1.

Todos os gestores aceitaram de livre e espontânea vontade participar da pesquisa, colaborando com a coleta de dados, para que assim pudesse se obter dados para o manuseamento dos resultados que se esperou obter.

Quadro 1 – População e IDH das cidades envolvidas na pesquisa

Cidade	População	IDH
Arapuã	3.561	0,676
Ariranha do Ivaí	2.453	0,670
Cândido Abreu	16.655	0,629
Cruzmaltina	3.128	0,630
Godói Moreira	3.337	0,675
Ivaiporã	31.816	0,730
Jardim Alegre	12.324	0,689
Lidianópolis	3.973	0,680
Lunardelli	5.160	0,690
Manoel Ribas	13.169	0,716
Mato Rico	3.622	0,573
Nova Tebas	6.644	0,641
Rio Branco do Ivaí	3.898	0,640
Rosário do Ivaí	5.588	0,662
Santa Maria do Oeste	10.861	0,678
São João do Ivaí	11.525	0,693

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, (2010).

O perfil dos participantes da pesquisa está apresentado no quadro 1 a baixo, o grupo inclui uma grande variedade de idade, e principalmente formação e origens acadêmicas. Como podemos notar a diferenças nas formações dos gestores que ocupam o cargo, alguns não são da área da saúde, com formações em áreas acadêmicas diferentes. Podemos notar que 6 gestores são formados até o ensino médio, já 5 deles tem formação na área da saúde o que lhes proporciona maior conhecimento sobre a área em que estão atuando, já que requer dos mesmos conhecimento para as tomadas de decisões e melhor forma de oferta de trabalho, já o restante tem formação em outras áreas, mas como o cargo é uma referência política ocupasse quem o gestor da cidade decidi. Porém de certa forma todos tentam ofertar o melhor de seu trabalho.

Quadro 2. Perfil dos participantes da pesquisa.

MUNICÍPIOS	IDADE	FORMAÇÃO ACADÊMICA	CONCURSO/INDICAÇÃO
Cidade 1	70	ENSINO MÉDIO	INDICAÇÃO
Cidade 2	42	PROFESSOR DE HISTÓRIA	INDICAÇÃO
Cidade 3	56	ENSINO MÉDIO	INDICAÇÃO
Cidade 4	37	FARMACÊUTICO	CONCURSO
Cidade 5	54	8º SÉRIE	INDICAÇÃO
Cidade 6	30	ENFERMEIRA	CONCURSO
Cidade 7	28	PEDAGOGA	INDICAÇÃO
Cidade 8	66	ENSINO MÉDIO	INDICAÇÃO
Cidade 9	33	VETERINÁRIO	CONCURSO
Cidade 10	67	DENTISTA	INDICAÇÃO
Cidade 11	36	TECNICO DE ENFERMAGEM	CONCURSO
Cidade 12	36	ADMINISTRAÇÃO	CONCURSO
Cidade 13	55	ENSINO MÉDIO	INDICAÇÃO
Cidade 14	46	ENSINO MÉDIO	INDICAÇÃO
Cidade 15	57	ADMINISTRAÇÃO E COMERCIO EXTERIOR	INDICAÇÃO
Cidade 16	44	ENSINO MÉDIO	INDICAÇÃO

Fonte: Pesquisa de campo.

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como forma de coleta de dados foi utilizada o procedimento de entrevista semiestruturada (Apêndice A). A entrevista é a técnica mais utilizada para a coleta de dados de um determinado trabalho científico de campo. É através dela que os pesquisadores coletam os dados objetivos e subjetivos da pesquisa. Os subjetivos só poderão ser obtidos através das entrevistas, pois nela é que vemos a relação do tema com o entrevistado, as opiniões dos sujeitos, as atitudes durante a entrevista e seus valores (BONI, QUARESMA, 2005).

Para se realização a pesquisa, foi inicialmente um contato com a 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã, ao qual foi entregue uma carta com pedido para que se fizesse possível à intervenção nos municípios que são inclusos na mesma. Após isso o projeto foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa para aprovação, e após sua aprovação, foi realizado o contato com as Secretarias Municipais de Saúde. Logo após realizado tudo isso, foi então feito o contato com os secretários dos municípios.

As entrevistas foram registradas por meio do gravador de áudio e posteriormente foram transcritas na íntegra. A identidade dos gestores dos municípios será totalmente preservada (Apêndice B), conforme preconiza a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

A presente pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá a partir do processo CAAE nº 56286116.0.0000.0104. em 30 de junho de 2016.

3.3 INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados optamos pelo uso da entrevista semiestruturada. Para Queiroz, (1988, *apud* Duarte, 2002) a entrevista semiestruturada é uma técnica de coleta de dados que supõe uma conversação continuada entre informante e pesquisador e que deve ser dirigida por este de acordo com seus objetivos.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados qualitativos obtidos através das entrevistas, foi utilizado o software para análise de dados qualitativos IRAMUTEQ¹, com o intuito de compreender as estruturas específicas que fundamentaram o entendimento da atividade física como elemento de educação permanente em saúde. Dessa forma foi-se empregada a noção de Corpus (conjunto de textos) e Texto (conjunto de segmento de textos), a partir de uma análise textual léxica que envolveu, como análise:

- A) Categorização temática;
- B) Análise de similitude;
- C) Nuvem de palavras;
- D) Método de Reinert;

A categorização temática foi criada a priori através da leitura da revisão de literatura, logo após através da falas dos gestores, criadas categorias para que pudessem ser analisadas cada fala do gestor, as falas foram analisadas todas em conjunto. Para que assim pudessem ser transformadas em dados na nuvem de palavras, análise de similitude e método de Reinert.

1

O IRAMUTEQ é um software de fonte aberta, desenvolvido por Pierre Ratinaud e licenciado por GNU GPL (v2), que permite fazer análises sobre corpus textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras.

A nuvem de palavras representa o quantitativo total de frequência de cada palavra observado no discurso do sujeito. Assim é possível obter um panorama global da incidência de determinadas palavras-chave.

A análise de similitude podemos chamar também como “análise de semelhança”. Esse tipo de análise possibilita identificar as coocorrências entre as palavras encontradas e seu resultado traz indicações da conexidade entre tais palavras, auxiliando na identificação da estrutura da representação do discurso. Ou seja, identifica semelhança entre as palavras ditas e as agrupa de acordo com a proximidade de conexão na fala. Essa técnica pode ser definida como destinada à averiguação da quantidade de laços ou conexões que um dado elemento mantém com outros elementos da representação.

O método de Reinert permite estabelecer uma classificação hierárquica descendente sobre o discurso apresentado. Isso é feito a partir da Análise Fatorial e Qui-Quadrado das correspondências realizada sobre uma tabela de contigência cruzando lemas/temas (quantas vezes apareceu). Exemplo 1: LEMA = Primário ; TEMAS = Primária (2x), Primários (3x), Primárias (1x). Exemplo 2: LEMA = Professor ; TEMAS = Professores (10x), Professora (3x). Esta análise visa obter classes de Segmentos de Texto (ST) que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes. Dessa forma o software as agrupa em categorias (classes) e indica o momento em que se aproximam, organizando a análise dos dados em um **dendograma** que ilustra as relações entre as classes.

Além disso, utilizamos como processo de compreensão da subjetividade da fala dos sujeitos o procedimento de análise de dados. O objetivo da análise de conteúdo foi de assinalar e classificar de maneira exaustiva e objetiva todas as unidades existentes no texto. O que nos permitiu traçar as principais linhas de pensamento. Teve como objetivo final fornecer indicadores que foram utilizados na pesquisa, dando ao pesquisador a oportunidade de interpretar os resultados, podendo assim relacioná-los com o objetivo que foi proposto (OLIVEIRA *et al*, 2003).

A análise de conteúdo se organiza em três fases: a primeira é a pré-análise, a segunda, a exploração dos materiais, e a terceira fase, o tratamento dos resultados a inferência e interpretação (BARDIN, 1977)

Bardin (1977), ainda usa o termo pré-análise, que seria a fase de organização dos dados, permite com que haja a introdução de novos conteúdos

durante a análise, pois flexível, dentro dela gera-se a fase de escolha de documentos formulação de objetivos e hipóteses, e elaboração de indicadores. As categorias para enquadramento das falas dos gestores foram criadas “*a priori*” e foram definidas em: 1) conceito de educação permanente em saúde. 2) conceito sobre atividade física. 3) políticas de formação continuada. 4) atividade desenvolvida no NASF. 5) Formas de combate ao sedentarismo. 6) atividades desenvolvidas através da educação permanente. 7) importância da atividade física.

Logo após se inicia a fase de exploração de material o qual é onde se aplica os procedimentos manualmente, sendo a fase de codificação, consistindo em um longo período de tempo (BARDIN, 1977).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. Categoria 1: Conceito sobre educação permanente em saúde.

Um dos primeiros elementos analisados na pesquisa diz respeito ao entendimento por parte dos gestores sobre o conceito de educação permanente em saúde. A análise geral da nuvem de palavras dos termos usados (figura 1), indica que a frequência relacionada aos termos “educação”, “não”, “gente”, “saúde”, “profissional” e “permanente” foram padrões identificados, com destaque a palavra “não” que em sua essência remeteu ao não conhecimento do termo e das ações a ele correlatas.

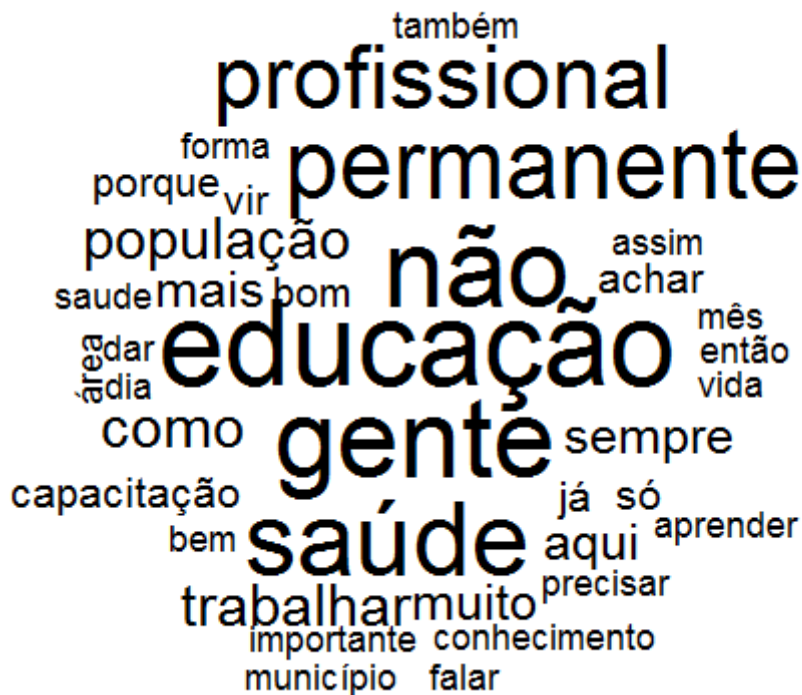


Figura 1- Conceito de educação permanente em saúde.

A educação permanente em saúde seria o momento em que o profissional se dedica a se capacitar, ou seja, busca novas formas de conhecimento, formas de tratamentos inovadoras, para que assim possam oportunizar ao paciente novas formas de se tratarem, como podemos notar nas falas dos gestores.

[...] mostrar um trabalho de qualidade para os nossos usuários da saúde a gente sempre deve estar se reciclando, sempre buscando mais informações para atender a população com maior qualidade (Gestor cidade 4).

Para alguns gestores a educação permanente em saúde é algo que se direciona a população, mostrando muitas vezes um conhecimento fragmentado pelo assunto, relatando que a educação permanente seria a busca da população por melhorias na saúde, o que seria contrário a esse pensamento, onde é o profissional que deveria se capacitar para que possa transmitir a seus pacientes de forma segura e qualificada novas formas de tratamento. Alguns até relataram que dão a opção de escolhas para seus funcionários, ofertando-lhes cursos de formação continuada. Relatam que até auxiliam na parte financeira como forma de incentivo, porém não é nada posto como obrigatório.

Como podemos ver Amestoy afirma que:

Em fevereiro de 2004, conforme a Portaria 198/GM/MS, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Educação Permanente, com a finalidade de formar e capacitar profissionais da saúde para atenderem às reais necessidades populacionais, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (AMESTOY, 2008).

Alguns gestores relatam que alguns funcionários se recusam a realizar capacitação, principalmente aqueles funcionários mais antigos, pois já não veem mais vantagens nesses estudos, pois com o passar do tempo perdem o gosto pelo estudo. Nesse caso, esperam a capacitação dos colegas de trabalho para que possam lhe transmitir conhecimento.

[...] a gente abre assim tem alguns funcionários as vezes aqueles mais antigos que estão no posto e não querem fazer, mais a gente sempre que tem a oportunidade de oferecer cursos de capacitação, a gente oferece (gestor cidade 12).

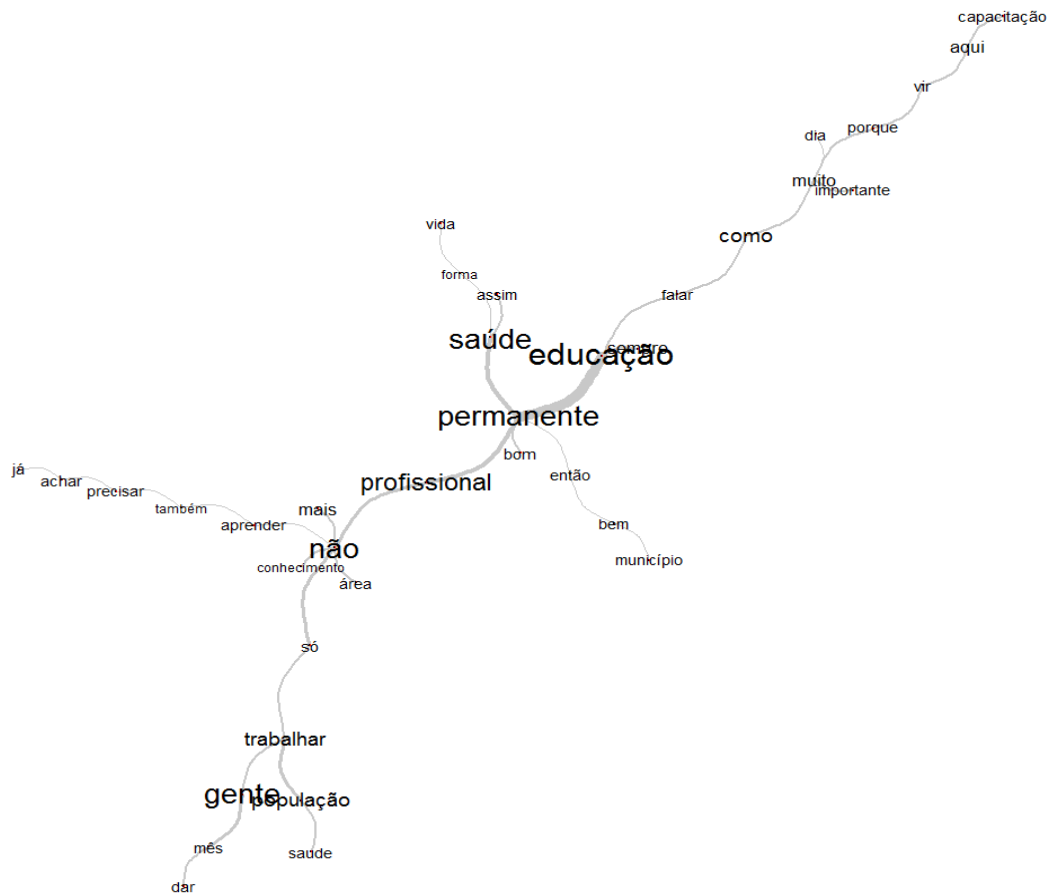


Figura 2- Análise de similitude sobre educação permanente em saúde.

[...]Nós só temos a questão do treinamento dos agentes de saúde que um enfermeiro faz isso dentro do hospital com os enfermeiros que passam pros técnicos, e alguma ação específica como temas funcionais (Gestor cidade 3).

A análise de similitude indica a distância entre os termos de maior e menor frequência indicando a direção e o sentido do discurso dos gestores como pode ser observado na figura 2.

É possível observar que o sentido para a formação continuada dos profissionais de saúde segundo os gestores, ocorre de formas variadas a partir do entendimento dos mesmos. Isso pode estar relacionado ao fato de haver uma clara lacuna por parte dos gestores em relação ao conhecimento do processo de educação permanente em saúde.

Quando questionados sobre o conhecimento de conceito de atividade física, a variação dos termos é reduzida havendo uma frequência maior de repetição do próprio termo no discurso, caracterizando uma ausência de definição direta para além do seu sentido básico fundamental, o que representa falta de clareza na explicação direta sobre o conceito de atividade física, como pode ser observado na figura 3.

A atividade física é o movimento que o corpo realiza fazendo com que haja gasto energético, além do repouso, não levando em conta somente exercícios de academia, esportes coletivos ou individuais, mas também serviços como fazer faxina, jardinagem, limpar a casa subir escadas ou até mesmo passear com o cachorro.

4.2 Categoria 2: Conceito sobre atividade física.

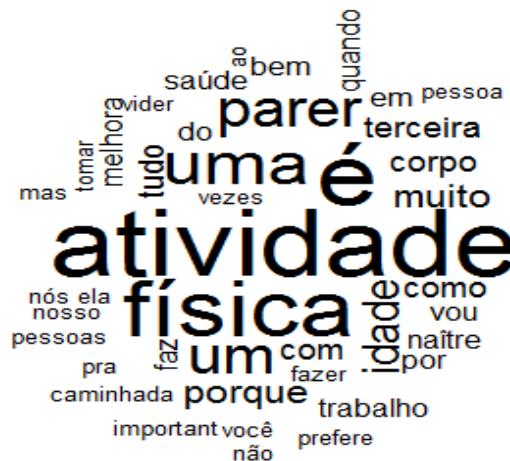


Figura 3- Conceito sobre atividade física.

Para grande parte dos gestores a atividade física é realizada por idosos como forma de caminhada ou nas ATIs, relatando que na maioria das vezes não são realizadas essas atividades de manutenção corporal como forma de saúde, por falta de tempo ou cansaço. Devemos levar em consideração o que a prática de exercícios físicos acarreta para o organismo, sendo ela prazer, e nos gerando sensação de bem-estar.

A prática de atividade física regular pode contribuir para a qualidade de vida, proporcionar aos praticantes a melhoria das capacidades cardiorrespiratória e muscular, o controle da massa corporal, a redução da depressão e da ansiedade, a melhoria das funções cognitivas (memória, atenção e raciocínio) e a melhoria da qualidade e da eficiência do sono (ROMBALDI, pg 1, 2015).

[...] atividade física é considerada mesmo quando você faz uma rotina de três vezes por semana né, que daí é considerada mesmo atividade física, então na verdade poucos fazem atividade física, todos acham que faz, mas são os amadores né (Gestor cidade 6).

Temos aqueles que fogem os padrões e oferecem a população novas formas de se exercitar, trabalham com parcerias para que consigam realizar esse trabalho, muitas vezes na falta de um profissional capacitado para realizar essa dinâmica, inclui outros profissionais para auxiliar a população no momento da atividade.

[...] temos o Educador Físico na equipe do NASF, é um trabalho que sempre eu sonhei em fazer, eu vou sair da secretaria contente porque consegui realizar esse sonho de colocar para as crianças o contra turno escolar seis modalidades esportivas diariamente, eles tem Tênis, Tênis de Mesa, Handebol, Voleibol, Basquete e Futsal, as crianças do ensino municipal tem pra escolher várias atividades esportivas durante o dia (Gestor cidade 4).

[...] tem a caminhada que é todas as unidades básicas de saúde juntas, os ônibus passam e pegam os idosos e levam até a vila de Furnas para fazer a caminhada na parte da manhã, aí tem a técnica de enfermagem que vai acompanhar e aferir a PA, mas a gente não tem o educador físico acompanhando né, aí essas seriam as lacunas que vai acontecendo (Gestor cidade 6).

Podemos assim perceber que por mais que sejam poucos municípios que se integram do programa NASF, eles já incluíram o profissional de educação física no seu quadro de funcionários, para que se possa dar início ao trabalho de prevenção com a população e melhora da qualidade de vida. Ao restante que não tem o programa pouquíssimos tinham a ideia de incluir o profissional na UBS.

[...]eu vejo que nossa profissional de educação física, tem três academias, ela faz um trabalho em bloco e individual, e nos temos também o que eu esqueci de falar o fisioterapeuta, que também é de grande valia pra população (Gestor cidade 12).

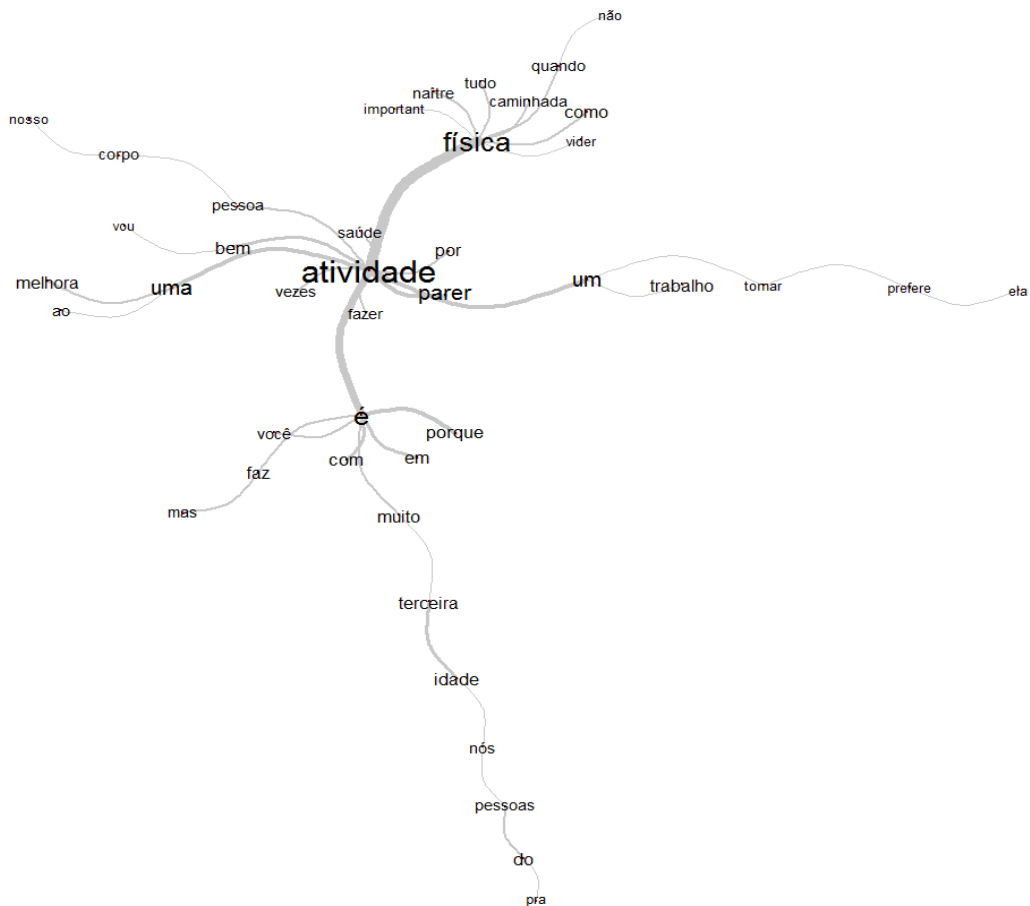


Figura 4- análise de similitude conceito de atividade física.

A análise de similitude indica o posicionamento do discurso do grupo de gestores, que posiciona-se de maneira a compreender que a dinâmica da atividade física é limitada dentro das secretarias municipais de saúde. Os gestores mostram pouco interesse pela inclusão do profissional de educação física, onde os mesmos relatam que a maioria das vezes a corrida de um bom atendimento é para apagar fogos, causas de urgência e emergência.

[...]eu vejo que na nossa regional que é em Ivaiporã nenhum município consegue fazer trabalho de prevenção, mas um trabalho, as secretarias as equipes técnicas trabalham só apagando fogo, chega um doente já na unidade do posto de saúde, mas ali já tá, muitas vezes se gasta muito desnecessário e você não consegue prevenir, ainda não estamos preparados pra isso (Gestor cidade 2).

4.3 Categoria 3: Políticas de formação continuada.



Figura 5- Nuvem de palavras sobre políticas de formação continuada.

Quando questionados sobre o papel do gestor na elaboração de políticas públicas de formação continuada para os servidores municipais da saúde, foi possível observar que existem ações nas secretarias e que elas caminham no sentido de favorecer e ampliar os mecanismos de aprimoramento profissional dos servidores públicos. A nuvem de palavras (figura 5) indica que os termos “gente”, “curso”, “regional e “sempre”, “capacitação”, “oferecer” são padrões encontrados nos discursos.

[...] a gente na verdade incentivo seria o servidor não só as capacitações oferecidas pelo município, como cursos, não só pelo município e pela regional, que são os cursos de aperfeiçoamentos que duram um dia, que gente já faz, mas também incentiva as especializações, ofertadas pelo ministério da saúde né, que seria a escola de saúde pública (Gestor cidade 6).

[...] eu tenho que levar dar chance para eles em qualquer curso que tenha na Regional, CESA, a nível de município ou mesmo do Estado ou da própria União tem que inscrever para que eles aprendam e sejam como sementes que germinam e dão bons frutos (Gestor cidade 10).

Vários gestores esperam por capacitações que são oferecidas pela regional, cursos com período de duração de dois dias, três no máximo. O qual já é ao contrário da escola de saúde pública, que oferecida pelo ministério da saúde, onde as opções são de especializações, até o doutorado. Sendo assim as secretarias têm como dever incentivar cada vez mais a busca por melhorias na aprendizagem, na oferta de novas formas de expor seus conhecimentos adquiridos.

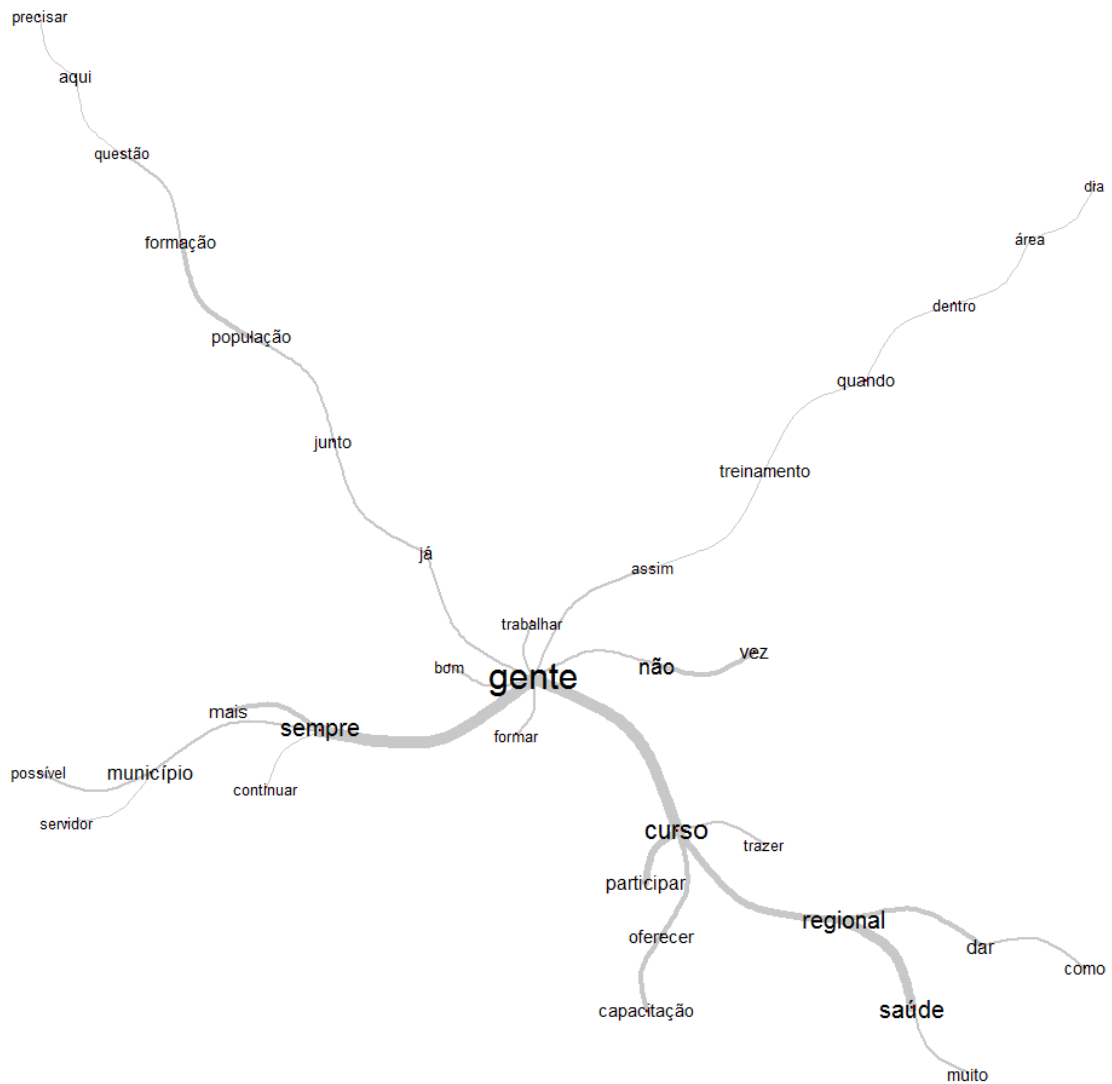


Figura 6- Análise de similitude sobre formação continuada.

A análise de similitude (figura 6) mostra que os discursos dos sujeitos caminham no sentido de indicar que as ações e cursos oferecidos pelas regionais de saúde estão mais próximos do que questões de formação e treinamento que caminham em sentidos diferentes como pode ser observado na figura.

[...] A gente tem cursos esporádicos dependendo de cada área de cada profissional, a gente tem bastante curso que vem direcionado pela Regional de Saúde. Tem alguns cursos pelo Ministério da Saúde (Gestor cidade 9).

[...] Os cursos nosso são através da Regional de Saúde, quando tem encontro de caráter dentro da área da classe que diz respeito à formação na questão de ganho de conhecimento para atuação junto a população, ou junto a essa demanda que são os pacientes que farão parte desse uso do profissional formado para tal finalidade (Gestor cidade 14).

A busca por novas formações também pode partir do próprio funcionário, almejando assim se preparar ou se mostrar cada vez mais capacitados para melhor atender a população. Isso faz com que a população manifeste seus pensamentos, vontades e opiniões sobre os serviços prestados.

O movimento da Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular (ALVES, pg 4, 2005).

4.4 Categoria 4: atividade desenvolvida no NASF.

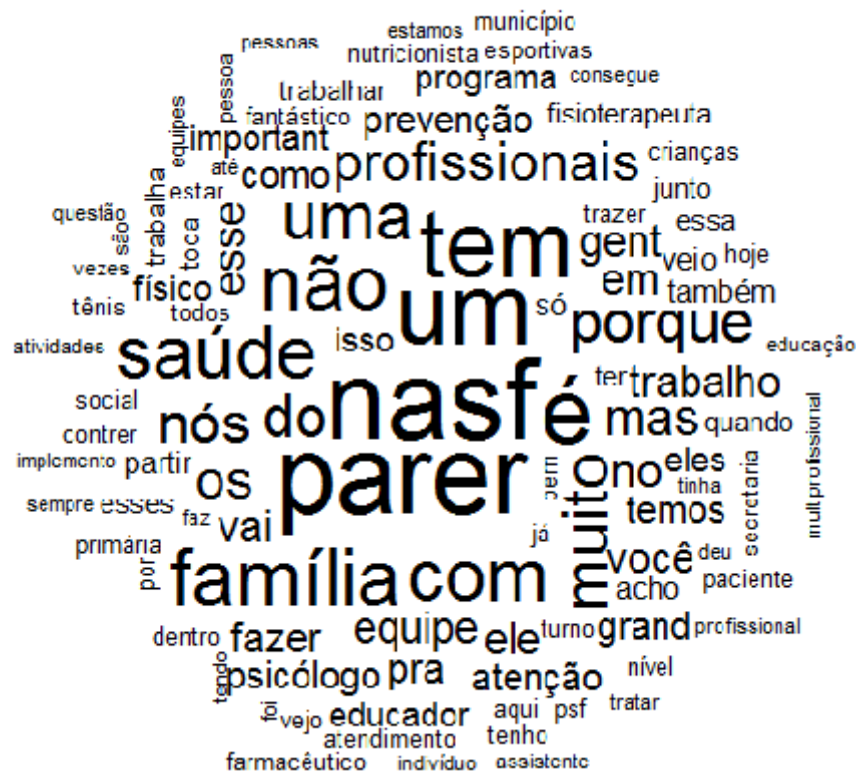


Figura 7- Nuvem de palavras sobre o NASF.

Quando lhes foi perguntado sobre as ações multiprofissionais do NASF, os gestores se manifestaram contrários a ideia, já que muitos deles tiveram os pedidos para a implantação do programa negado ou até mesmo nem sequer houve esse pedido ao ministério da saúde, ou pelo motivo mais citado por todos eles, a falta de incentivo financeiro por parte do Ministério da Saúde, sendo assim resultou-se na repetição constante das palavras “não”, “NASF”, “Família”, “saúde”, tornando-se padrão no discurso.

Apenas quatro municípios tem o NASF implantado, o caso é que o restante dos municípios veem os seus benefícios, porém relatam falta de incentivo

financeiro por parte do governo federal e grande carência do município para bancar um quadro tão grande de novos profissionais.

[...] o que a gente tem de profissionais no município, nada vem do governo federal, é tudo mantido pelo município (Gestor cidade 6).

Como o NASF oferece um grande número de profissionais, acaba que por se basear mais na prevenção, fazendo com que seus integrantes façam visitas nas casas, onde possam buscar os problemas antes de se tornar uma patologia, os profissionais fazem com as ACS um trabalho de busca para que assim possam analisar novos casos que podem se tratados antes, ou até mesmo evitá-los.

[...] ele vai trazer uma prevenção muito grande para nosso município no modo das pessoas ter a conduta dentro do próprio setor de saúde, da parte alimentar, higiene isso envolve uma série de coisas que o profissional vai até a casa e vai deixar essas pessoas informadas, porque falta mais informações para nossos municípios (Gestor cidade 2).

[...] O NASF é um núcleo de atenção à saúde da família, então nós vamos pegar a família, as vezes a gente trabalha com o indivíduo da família e não obtém sucesso e se você trabalha com a família toda e levar essa educação para toda família, você transforma a família (Gestor cidade 15).

[...] quando se trata na questão do núcleo de apoio a saúde da família, nós vemos que isso é um implemento bastante grande onde tem uma diversidade, ou seja, equipe multiprofissional fazendo um trabalho e atuando onde seria de mais necessidade para um ou toda família, um dependente que se faz necessário que faz parte desse programa desse projeto (Gestor cidade 13).

[...] NASF é um programa muito bom, ele veio para fortalecer o PSF – Programa Saúde da Família, ele foi bem estratégico, mas ele veio um pouco sem orientação da Regional ou Ministério da Saúde, nós começamos com um Educador Físico, um Psicólogo e um Farmacêutico (Gestor cidade 5).

Sendo assim a população teria melhor atendimento, podendo quem sabe evitar filas, tratando algo que não seria necessariamente medicável, evitando com que se fosse feito a ingesta de remédios desnecessário, como, por exemplo, propor atividade física para que fosse controlada a hipertensão, mas tudo isso só seria possível se um profissional capacitado instrísse ou, pelo menos, com algum tipo de conhecimento sobre o assunto.

[...] educador físico é a falta mesmo desse profissional para a prevenção. Pra implantar as atividades físicas na população não só aquela caminhadinha, por mais que eles gostem eles sentem muita

falta de algo diferente, estar fazendo atividades que não seria caminhada(Gestor cidade6).

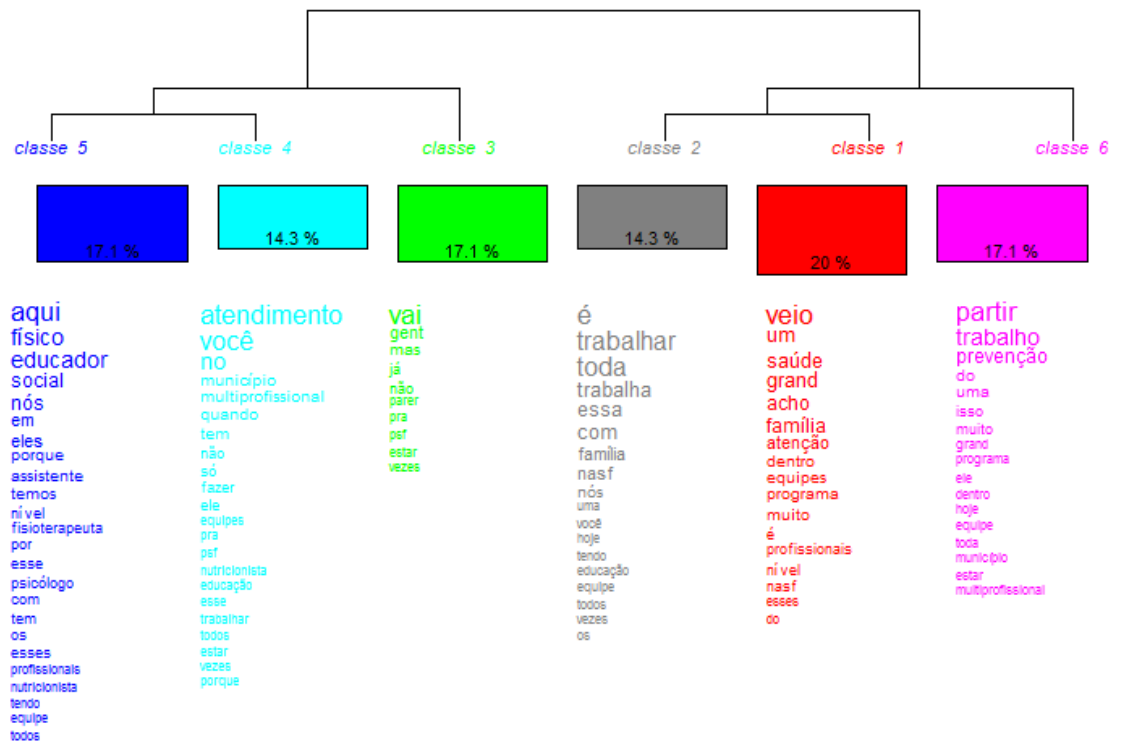


Figura 8- Método de REINERT sobre o NASF.

O método de Reinert consegue nos proporcionar a visualização de como as palavras se aproximam repetidamente, separadas em classes, ao qual no final nos indica quais as classes para depois formar uma cadeia de ramificação só.

Como podemos observar na classe 1, classe 2 e classe 3 os discursos estão ligeiramente ligados uns aos outros, proporcionando um melhor entendimento sobre as falas de cada gestor, onde fica prontamente entendido a importância do trabalho e da prevenção realizado pelas equipes, os trabalhos que poderiam ser desenvolvidos com as famílias e até mesmo a saúde que, de certo modo, receberia mais atenção por parte da equipe constituinte do NASF.

Já a classe 5, classe 4, classe 3, Juntas representam a não existência de educador físico, mas com certo interesse dos gestores pela parte física de sua população, pois sabem que com o esporte a saúde proporcionada seria recíproca em relação a satisfação e bem estar da população.

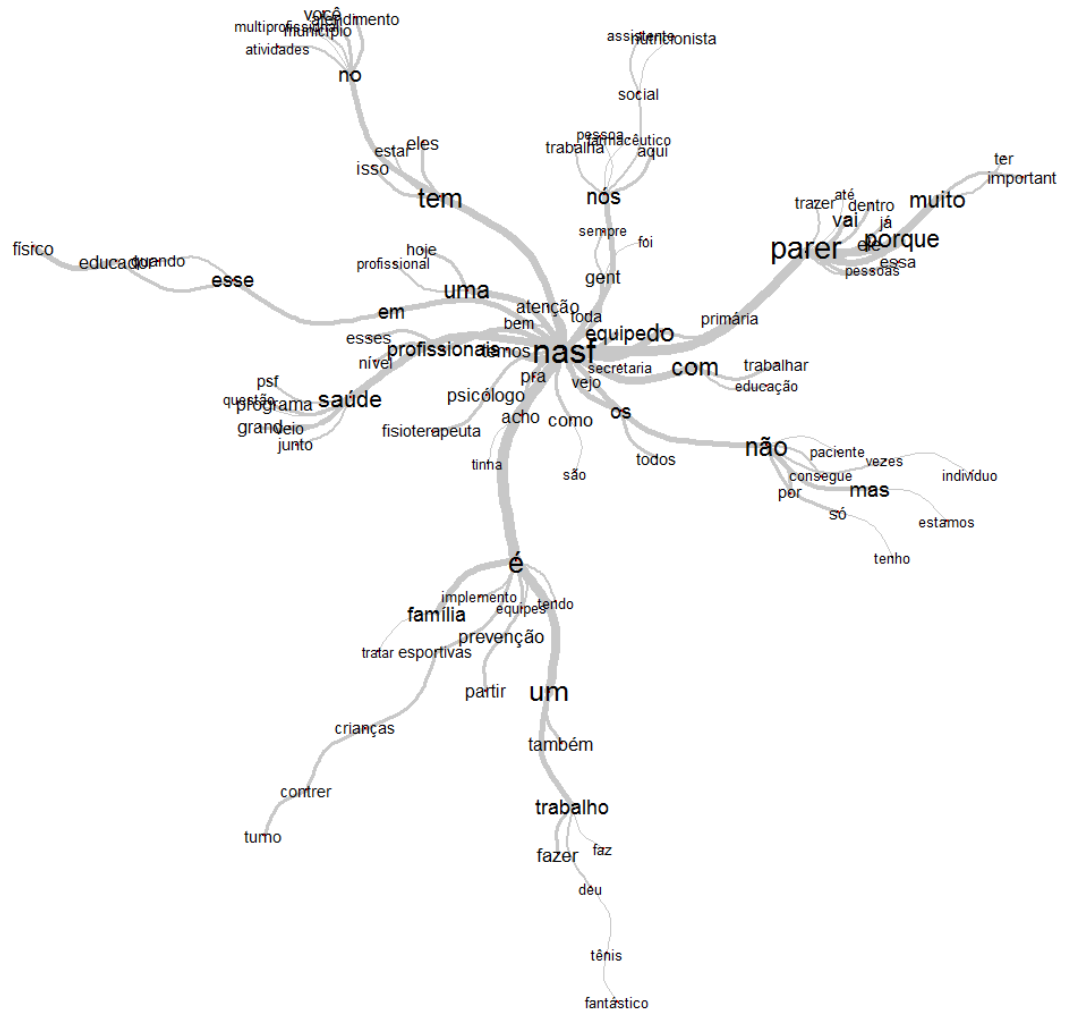


Figura 9- Análise de similitude de ações do NASF.

A análise de similitude nos mostra na figura 9 que o caminho central é o NASF e quais as direções ele se encaminha, os gestores tratam o NASF como um programa muito importante, porém um programa pouco financiado pelo MS. Podemos perceber por suas falas como tudo isso se enfatiza dentro da UBS e como eles lidam com a falta desses profissionais.

[...] o atendimento multiprofissional na verdade pro paciente que é um outro olhar, porque o paciente não é tratado só no momento da doença né, você consegue trabalhar mais a prevenção com esse paciente não só na hora que ele adoecer, quando você tem todos os profissionais trabalhando junto, por exemplo o profissional de educação física, ele consegue fazer uma atividade com a população que as vezes o enfermeiro só ele não tem condições de fazer porque ele está no plano de atendimento (Gestor cidade 11).

Enquanto alguns gestores afirmam que a falta do profissional de educação física não é tão sentido por conta de que antes ele não era incluso nesse quadro, alguns já conseguem ver grandes mudanças com o que ele poderia ofertar como forma de prevenção para a população, sendo que o mesmo poderia trabalhar com exercícios que fizessem com que aquelas pessoas que se recusam a sair de casa pudessem buscar novas formas de se divertir e motivar assim a aumentar sua autoestima, qualidade de vida e preparo físico e a reabilitação.

Miranda (2007), ainda afirma que:

O profissional de Educação Física é reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde a partir da resolução nº 218, de 6 de Março de 1997, como profissional da saúde. O mesmo é um especialista em atividades físicas nas suas mais diversas manifestações, tendo como propósito prestar serviços que oportunizem o desenvolvimento da educação em saúde, contribuindo para capacitação e/ou restabelecimento fisio-corporal dos indivíduos, visando bem estar e a qualidade de vida. Este profissional “deve estar apto a desenvolver ações de prevenção, reabilitação, promoção e proteção de saúde, tanto em nível individual quanto coletivo” (MIRANDA, 2007 *apud* CONFEF, p. 5-6, 2007).

Visualizando por esse lado podemos perceber que o profissional de educação física como em todas as áreas que atua deve buscar o seu espaço, seu lugar como alguém que pode e deve influenciar coisas boas e positivas para aqueles que vão influenciar suas atividades no dia-a-dia, pensando em crianças devemos levar em consideração seu desenvolvimento motor, e ajuda em vícios posturais. Na adolescência, buscar novos meios para uma fase que novas propostas estão expostas como forma chamativa para outros caminhos ao qual seria a influência a drogas, gravidez precoce, já para adultos encaixaria também vícios posturais e o sedentarismo, que o profissional deve buscar novas formas de retirar as pessoas desse comportamento, ofertando atividades atrativas para retirá-los desse quadro, o mesmo que vem junto com o cansaço do dia a dia, do trabalho excessivo e o estresse que nos são impostos. Já para os idosos são casos mais específicos de decorrências de uma vida mais voltada para o trabalho na lavoura, que em sua maioria exigia mais do físico de pessoas que viveram por muito tempo na área rural. Sendo assim, trata-se também do sedentarismo, doenças cardíacas e também abandono e solidão, junto a isso doenças degenerativas (MIRANDA, 2007)

[...] Olha a gente não tem um programa específico criado pra isso, mas a gente tem um programa que não colocou em execução ainda porque as pessoas são um pouco resistentes a isso, então a gente tem um projeto, a gente quer principalmente aos órgãos públicos também privados, funcionários que a gente sabe que trabalha o dia

*todo, que a gente queria criar uma equipe do profissional de educação física e o fisioterapeuta, seria um trabalho noturno, mais na maioria das vezes as pessoas criam uma resistência pra estar vindo e participando, mas nos temos o projeto, tá só no papel, mas esperamos em breve colocar em execução (Gestor cidade 12).
[...] como temos uma população na maioria das vezes vinda da área rural encontramos resistência para a prática de atividades físicas, pois já se encontram cansados com os fazeres do dia a dia (Gestor cidade 14).*

4.5 Categoria 5: Formas de combate ao sedentarismo.

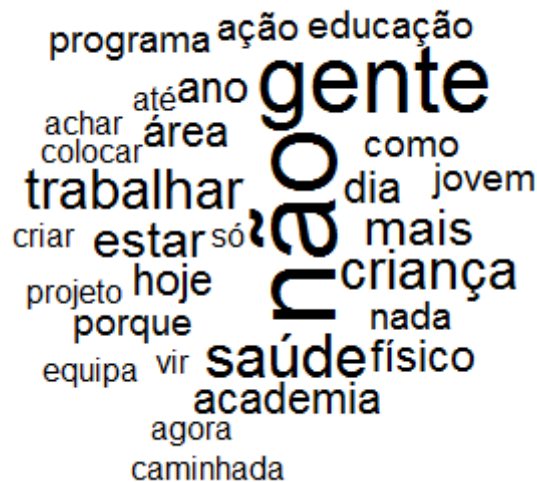


Figura 10- Formas de combate ao sedentarismo.

Quando foi questionado aos gestores sobre as atividades desenvolvidas sobre o sedentarismo e o que é desenvolvido, podemos perceber que não são realizadas muitas atividades com este direcionamento, sendo que as palavras que mais se repetem são “não”, “gente” e “trabalha”.

Na maioria dos municípios não são realizadas atividades para combater o sedentarismo, e a justificativa é que não há um incentivo por meio dos funcionários da UBS e até mesmo falta de interesse da população, porém os municípios que tem o NASF incluso e junto dele o profissional de educação física buscam sempre formas diferenciadas de oferecer o serviço.

[...] Eu não sei se é um algum programa, mas nós temos uma academia da saúde e eu não tenho um profissional que faça essa atividade, seria interessante sim, as pessoas que vieram aqui era todas voluntárias, como não temos recursos para pagar funcionários, a academia está parada (Gestor cidade 8).

As ATIs seriam grandes aliadas dos municípios se tivessem um profissional para realizar as atividades programadas e de forma correta, podendo

assim mostrar como seria a forma correta de utilizar cada aparelho, não deixando que ficassem esquecidas, sobrando como distração para vândalos. A população muita vezes até busca esse recurso. Porém sem o auxílio para uso de forma correta acabam que por desmotivar os usuários.

[...] Só temos aqui as academias para idosos, mais não tem o profissional de educação física para trabalhar com a população, ai normalmente fica sem uso, porque eles não sabem como fazer o exercício (Gestor cidade 7).

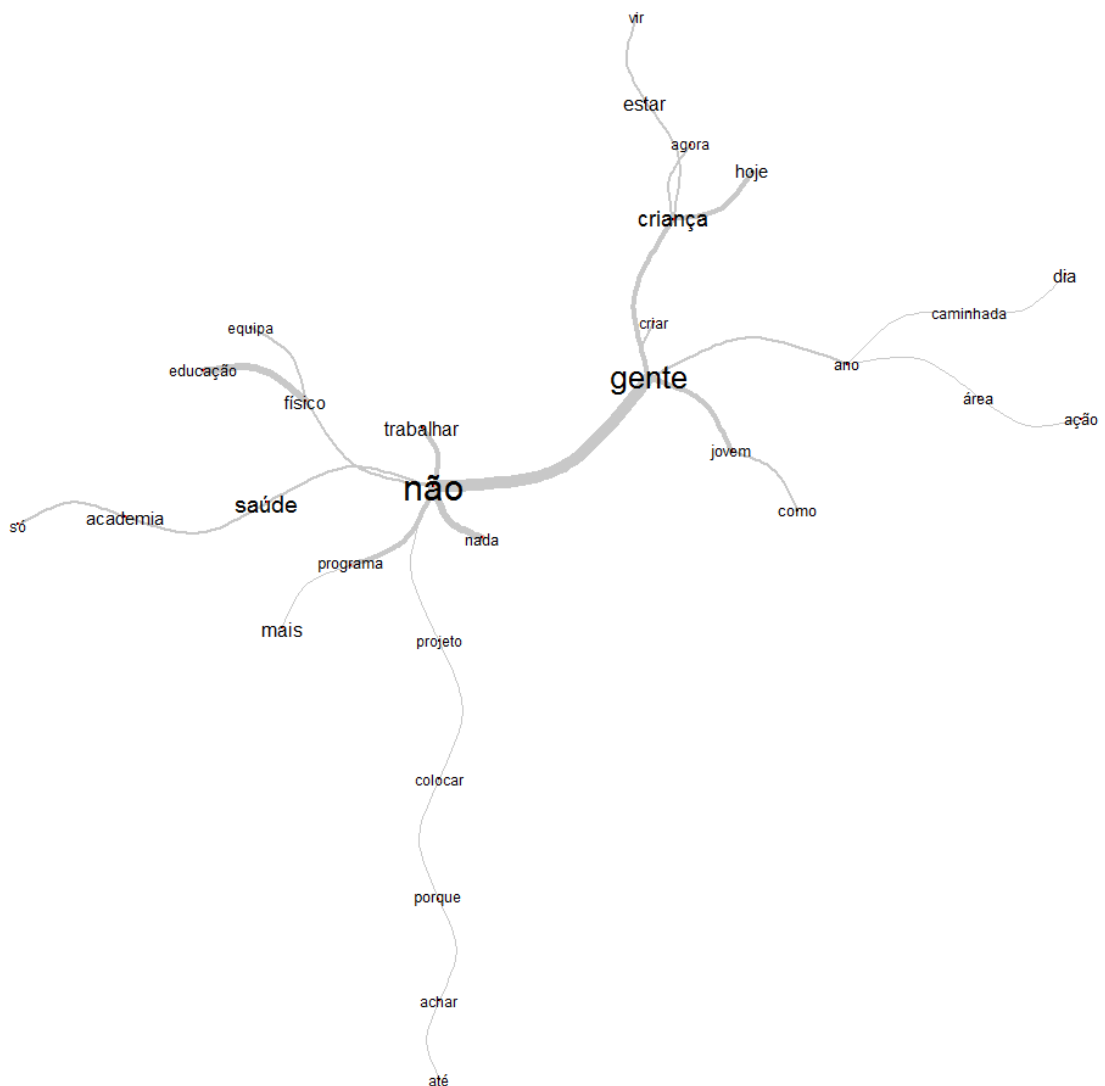


Figura 11- Análise de similitude de formas de combate ao sedentarismo.

A figura 11 nos mostra através da análise de similitude os caminhos percorridos pelos gestores para o combate ao sedentarismo, os caminhos se direcionam da palavra central de NÃO, a qual já consegue dar um panorama de que os gestores não desenvolvem formas de conscientização para o combate ao sedentarismo, relacionam essas atividades ao outubro rosa, novembro azul ou até mesmo o hiperdia, que se relaciona a atividades de prevenção a hipertensão.

[...] Fazemos um trabalho com o pessoal da terceira idade, hipertenso, chamado hiperdia, com o médico do PSF que também faz, nós vamos pra praça, vamos pro salão múltiplo uso pra palestra, evento, para que as pessoas façam exercícios, mas realmente é eu acho que precisa mais conscientização, porque as pessoas é, ela prefere muitas vezes ela prefere tomar um medicamento, é, pra aliviar a dor momentânea, naquele momento do que praticar um exercício físico (Gestor cidade 2).

[...] Na verdade especificamente sobre o sedentarismo a gente não tem nenhuma ação, o que a gente tem é alguns grupos principalmente de idosos, todo mês tem reunião de hiperdia, para o controle de pressão alta, diabetes, essas patologias, em algumas ocasiões a Fisioterapeuta participa das reuniões aí fazem alguns exercícios, mas algo programado para esta questão a gente não tem (Gestor cidade 1).

Sendo assim fica visível que a falta de incentivo por parte do governo federal e estadual, afeta gradativamente os usuários da rede pública de saúde, os gestores afirmam que os municípios não tem condições de manterem tantos profissionais com o dinheiro do próprio caixa, precisaria assim ter a participação efetiva de outros meios governamentais, para assim terem mais incentivos para se trabalhar, assim não teriam a falta de um programa tão importante que é o NASF, já que o mesmo vem para trazer novas forma de tratamento, de prevenção antecipada, de retirada de usos excessivos de medicamentos.

4.6 Categoria 6: Atividades desenvolvidas através da educação continuada.



Figura 12- Nuvem de palavras de como é trabalhada a educação continuada.

A imagem da nuvem de palavra da figura 12 mostra o quanto os gestores se mobilizam para desenvolver um incentivo para a formação continuada e como eles trabalham esse tema com os funcionários. As palavras que mais se repetem são “regional”, “trabalho”, “município”.

Como já dito anteriormente, os gestores não se aplicam efetivamente a buscar novas fontes de ensino para seus funcionários, porém sempre em parceria com a regional direcionam profissionais a cursos de extensão continuada, logo após esses cursos, aqueles que não puderam comparecer por conta de não conseguir manter as UBS fechadas para que todos participassem, os demais lhes passam o que foi aprendido no curso, para que assim possam repassar a população.

A função de transmitir efetivamente para a população fica na maioria das vezes por conta das ACS, que tem contato direto com as famílias, como forma de incentivo e amostra do que se há de mudança, o único problema, é que as vezes a capacitação desses profissionais não seria o suficiente para tal função. Os gestores afirmam que cada especialização feita pelos funcionários seguem regras e dependem de uma quantidade de verba e planejamento, onde de certa forma alguns funcionários ficam sem participar, e na próxima a uma troca, dando a todos a oportunidade de se qualificarem.

[...] Normalmente a gente segue um padrão do governo do Paraná, então assim existem regras, existem licitações, existem movimentos, então assim normalmente a gente tem um plano de ação, norteado pelos funcionários nosso, senta com a equipe e desenvolve um projeto, então esse sim tem continuidade nos trabalhos (Gestor cidade 6).

[...] Olha, é através de projetos realmente, as vezes não vai todos para cursos de capacitação, mais acaba é mostrando pro restante da equipe o que se aprendeu e acaba distribuindo e pra população, a equipe é bem unida, ninguém guarda pra si, sempre ta compartilhando (Gestor cidade 12).

[...] A gente procura orientar, eu acho o que mais trabalha é o PSF porque eles estão nas casas direto orientando o pessoal. O NASF agora que está começando, faz pouco tempo que temos faz uns dois meses (Gestor cidade 5).

[...] Conforme as diretrizes da Regional de Saúde, como temos que seguir uma diretriz nós somos direcionados pela 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã (Gestor cidade 11).

A regional por ser o cargo chefe fica na maioria das vezes responsável de manter e oferecer cursos de capacitação para os funcionários da rede de saúde

pública da região de Ivaiporã. Mas fica por conta do gestor transmitir esse convite para seus funcionários, que vista com bons olhos só tem a vir para somar para a população em questão.

Vários programas são desenvolvidos pelos próprios funcionários para trazer a população á UBS para que se conscientizem sobre prevenções de doenças, ou até mesmo fatores associados.

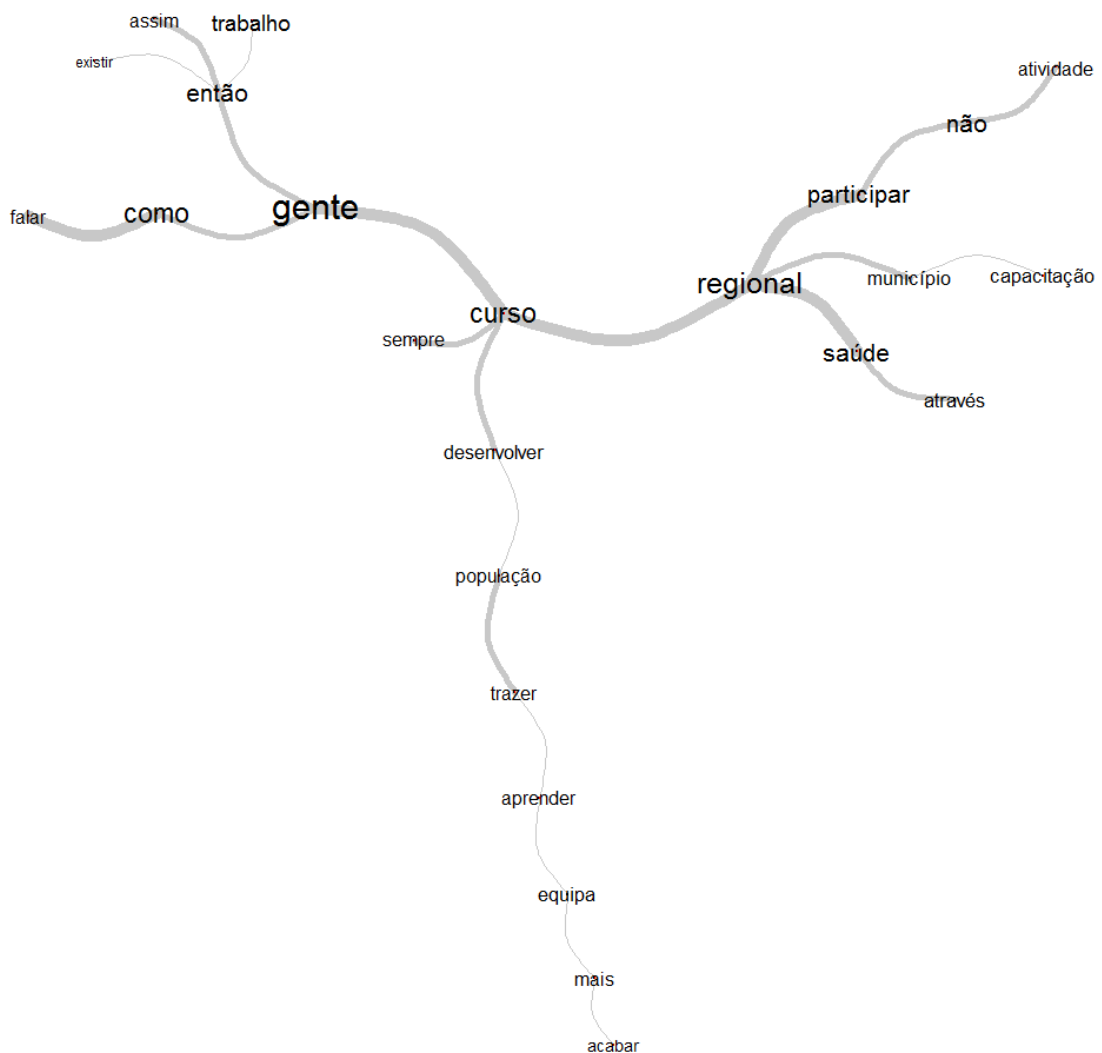


Figura 13- Análise de similitude sobre como utilizar a educação permanente em saúde.

A análise de similitude da Figura 12 nos mostra o quanto se mostra distintas as áreas que se devem trabalhar as novas forma de capacitação, se encaminham para o mesmo direcionamento as palavras “regional”, “município”, “capacitação”, “participar”, deixando ainda mais explícito que esses funcionários participam de cursos ofertados pela regional.

[...] Como te falei a gente não possui uma política de educação permanente, conforme vai aparecendo os cursos e a necessidade eles vão se atualizando (Gestor cidade 9).

[...] Não tem, só o que a Regional oferta (Gestor cidade 7).

[...] o que nos fazemos o trabalho que nosso PSF faz, as visitas em casa, então eu acho que tem sido bom esse encontro dos municípios através da regional de saúde (Gestor cidade 2).

Esses cursos trazem para os funcionários a autonomia de poder preparar, capacitar, organizar, e avaliar ações que correspondam a todas as necessidades da comunidade, esses tipos de cursos e capacitações afetam de forma significativa a satisfação dos usuários quanto aos serviços prestados, mostram a eles o seu grau de comprometimento e o quanto buscam mudar e aprender para melhor lhes atender, passam da fase saúde doença, para a fase de prevenção e desintoxicação medicamentosa.

[...]as pessoas é, ela prefere muitas vezes ela prefere tomar um medicamento, é, pra aliviar a dor momentânea, naquele momento do que praticar um exercício físico, é, alguma atividade que vai melhorar com o tempo, ela prefere sim tomar um remédio controlado, que eu vou tomar agora, e daqui dez minutos eu vou ta dormindo, vou me relaxar, eu vou me sentir bem, e muitas vezes deixa de fazer uma atividade física (Gestor cidade 2).

4.8 Categoria 8: Importância da atividade física.

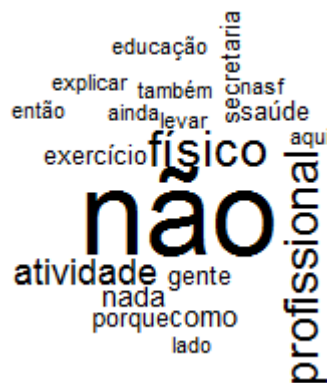


Figura 14- Nuvem de palavras sobre como utilizar a importância da atividade física.

A nuvem de palavras à cima, nos apresenta o quanto os gestores caminham suas falas para a capacitação dos profissionais da saúde, independente

de serem profissionais da educação física ou não, como médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, etc, sobre a importância da atividade física, as palavras que mais se destacam são “não”, “profissional”, “atividade”, “físico”.

Os gestores ao serem perguntados, relatam não induzirem os seus funcionários para a capacitação e novos entendimentos sobre a atividade física, na maioria a resposta foi somente “não”, mostrando que não há muito interesse momentâneo sobre esse assunto. Ou até mesmo a falta do próprio conhecimento sobre os riscos e vantagens da prática ou não da atividade física.

[...] Para os profissionais direto não, o que a gente queria era um profissional para acompanhar a caminhada, mas nós temos o técnico de enfermagem para acompanhar se alguém passa mal, mas nada voltado para a explicar os exercícios (Gestor cidade 6).

[...] Não, por enquanto não, como eu disse pra você eu não tenho o profissional de educação física dentro da secretaria, o NASF como eu não tenho, não tenho o que comentar, não desenvolvi nada a respeito disso ai (Gestor cidade 16).

[...] não, a parte da Educação Física não, que eu tenho conhecimento não, nunca vi eles fazerem algum curso junto com o pessoal de educação física (Gestor cidade 15).

Pode-se notar que grande parte dos gestores não tinham conhecimento sobre o assunto, ou até mesmo não tinham o interesse de direcionar os seus funcionários para essa área, pois relatam que conhecimento sobre o tratamento e forma curativas são mais utilizadas. Como relata o gestor a seguir, sobre a educação física.

[...] Olha eu faço parte de uma equipe que vai a cada dois meses pra Brasília e vejo que é melhor investir em algo que faça a diferença do que em algo como o educador físico que no momento não é tão significativo (Gestor cidade 3).

Visando essa fala podemos perceber o quanto o profissional de educação física é desvalorizado, porém cabe ao NASF evidenciar o seu valor, incluindo o nesse quadro de funcionários, já que o mesmo trabalha com a prevenção direta de doenças com alto índice de ingestão medicamentosa, podendo assim fazer um trabalho como forma de retirada de partes desses medicamentos e o que se tornaria algo mais barato para os cofres públicos.

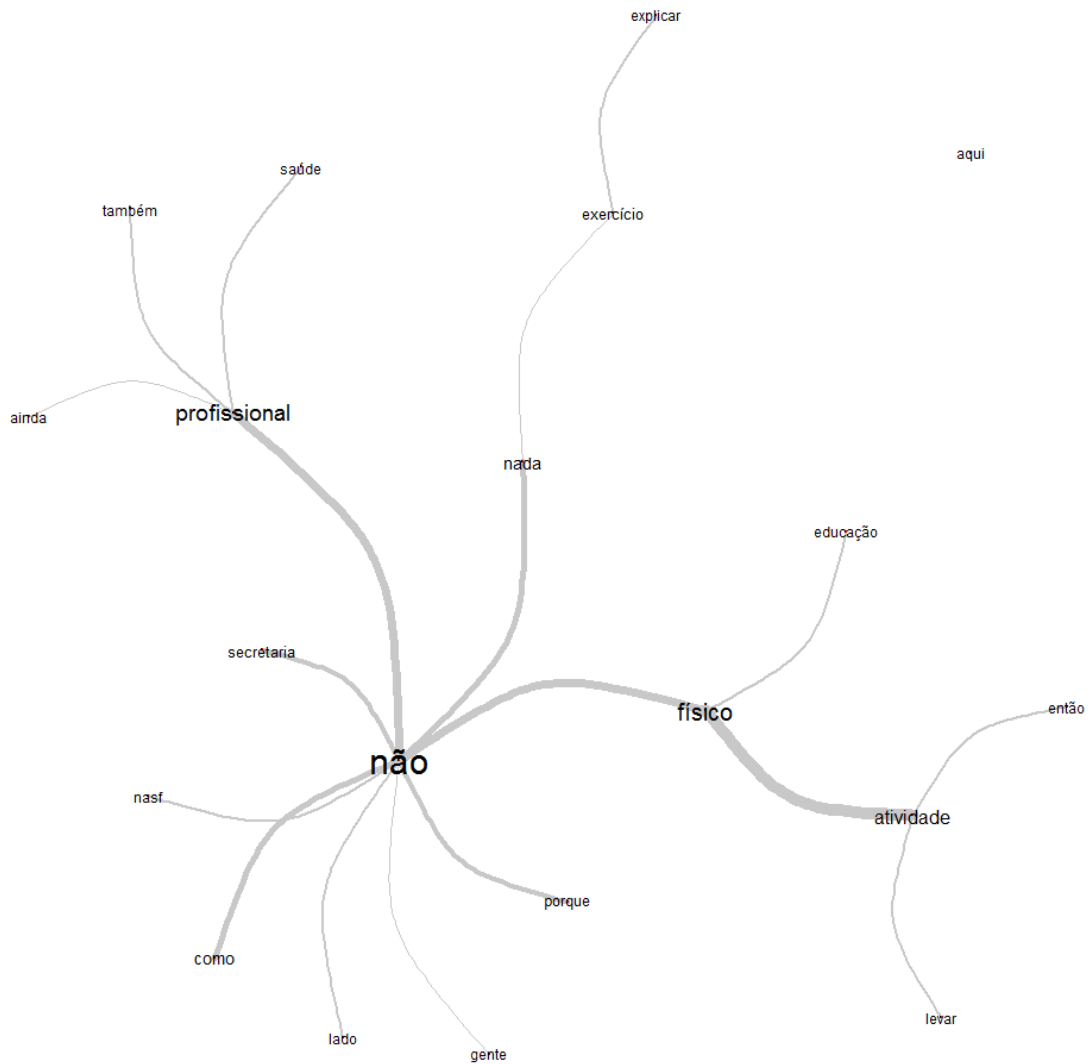


Figura 15- Análise de similitude sobre capacitação sobre atividade física.

A análise de similitude da figura 14, nos mostra de forma geográfica o quanto se encaminha as falas dos gestores, evidenciando o “não” como resposta mais frequente quanto às atividades de capacitação dos profissionais da saúde quanto a atividade física.

Alguns gestores relatam que há o interesse de se inserir algumas atividades de capacitação e até mesmo a inclusão do profissional como forma positiva, visando sempre o trabalho com a terceira idade, pessoas que eles relatam que ficam mais perto de uma vida sedentária, caso que quando o foco é a 3ª idade, não seria mais prevenção pois na sua maioria já apresenta doenças, devendo tornar foco os jovens-adultos.

[...] Seria bom alguém da área trazendo para os profissionais, seria interessante fazer um trabalho com todos os profissionais da prefeitura, além de uma confraternização faria também atividade física (Gestor cidade 12).

[...] Sim, aí seria o ideal para que todos os profissionais possam seguir a mesma direção, esse é o objetivo porque quando se trata de uma equipe, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo, Educador Físico Médicos eles trabalhariam em conjunto porque a prevenção é uma medicina barata é muito mais eficaz que do que ficar apagando incêndio. O que a gente prega hoje é que tem que fazer a medicina curativa, mas se esquecer a prevenção é um Município condenado a ter muitas dificuldades (Gestor cidade 15).

[...] Vou ser sincero para você eu não tinha conhecimento da inclusão do Educador Físico no NASF, tinha conhecimento da Fisioterapia, Psicólogo, Farmacêutico, recentemente fiquei sabendo através do meu conselho de classe do Médico Veterinário no NASF, Educador Físico eu não tinha conhecimento, mas acho super importante principalmente por essa questão da atividade física que é fundamental para saúde, acho legal e tomara que dê certo e vocês consigam várias inclusões (Gestor cidade 9).

A falta de conhecimento da participação do educador físico faz com que os gestores não tenham tanta consciência sobre as atividades que o mesmo pode estar desenvolvendo para a melhora da aptidão física da população, entre outras coisas, se buscassem de certa conhecer mais sobre o NASF, sobre o que o programa realmente desenvolve, talvez pudessem buscar a inserção desse profissional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo nos permitiu identificar quais são as políticas de formação continuada oferecida por seus gestores como forma de qualificação na oferta de trabalho, como: combate ao diabetes, hipertensão, aleitamento materno, entre outros, podendo assim atender as necessidades e mudanças de estratégias na área de saúde no mercado de trabalho. Podemos entender que sem a primeira iniciativa oferecida pelos gestores que são os passos mais importantes para a classe trabalhadora, a cada curso profissionalizante traz ao funcionário da área da saúde mais autonomia para os mesmos, para que assim possam oferecer serviços mais qualificados.

A cada curso ofertado pela seja pela 22^o Regional de Saúde ou até mesmo pela UBS já possibilita que o funcionário se prontifique a se modificar, pois ele é quem oferece o serviço, portanto quem o recebe deseja recebe-lo todo pronto, pois é ele que detêm o conhecimento, o paciente só quer algo que o faça melhorar logo, por isso nada melhor do que ser um bom funcionário e sempre preparado para o bom atendimento e por isso deve estar sempre se qualificando, há municípios que ajudam até mesmo em pós graduações e até mesmo mestrado e doutorado, auxiliando ainda mais na formação do servidor público.

A análise também nos proporcionou a possibilidade de observarmos quais são os municípios que oferecem os serviços com o educador físico e como os mesmos mudam a direção de atividade física dos moradores, sendo que a maioria dos municípios não tem a participação desse profissional, mas desejariam que o mesmo fizesse parte da equipe, para que pudessem oferecer atividades qualificadas para a população, que muitas vezes sentem falta de algo que faça a diferença no seu dia a dia, que estimule o corpo e lhe traga bem-estar e autoestima.

Há também aqueles que alegaram que o educador físico não seria alguém tão importante dentro da UBS, nos possibilitando entender que deveria ser feito uma preparação para que a importância desse profissional dentro do NASF fosse entendida da melhor forma, integrando a equipe multiprofissional que o programa oferece.

E por fim, devemos entender que o profissional de educação física para que consiga seu reconhecimento é necessário um movimento que extrapole as barreiras de uma única UBS e mostre a importância de seu trabalho. Para que assim

mostre as suas contribuições à sociedade. O profissional de Educação Física deve buscar de certa forma, firmar sua contribuição nesses municípios e através disso fazer com que a população veja com bons olhos tudo o que ele pode ofertar, não somente através de caminhadas a terceira idade, mas buscar que de certa forma a nova geração participe de suas atividades e veja a sua importância.

No NASF o educador físico ainda não tem muito espaço, mas como dito anteriormente às atividades que ele pode oferecer com certeza faz a diferença no dia-a-dia da população, que se beneficiará com suas atividades ofertadas.

Para esse fim está aqui nossa contribuição.

REFERÊNCIAS

- ALVES. V.S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: Pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista interface- Comunicação**; saúde educação, v.9, n.16, p 39-52, set. 2004/fev 2005.
- AMESTOY,S.C. *et al.* Educação permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. **Revista Ciências cuidado e saúde**,. v.7, n.1, 083-088, jan-mar, 2008.
- BALDISSERA. N.D.A. BUENO,S.M.V. A educação permanente em saúde e a educação libertária de paulo freire. **Revista ciência do cuidado saúde**. Abr-Jun. v.13, n.2, p. 191-192, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Editora Edições 70, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SECRETARIA DE SAUDE DA FAMILIA**. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CASPERSEN, C. J; POWELL, K. E; CHRISTERSON, G. M. **Physical Activity, Exercise and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research Public Health Reports**. V.100, n.2, p. 126-131, 1985.
- COUTINHO, S.S. **Atividade física no programa da saúde da família, em municípios da 5º regional de saúde do estado do Paraná- brasil**. Ribeirão Preto, 2005.141 p. (Mestrado)- Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo.
- DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Revista Caderno de pesquisa**, Rio de Janeiro, n. 115, p 139-154, 2002.
- FILHO, C.B. 2002. **Por uma historia renovada da febre amarela e da vacina antiamarilica no brasil**. V. 9, n.1, p 213-20, Jan-Abr. 2002.
- FRAGA, A. B.; WACHS, F. (orgs). **EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE COLETIVA: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre. Editora da UFRGS, 2007.
- FREITAS, F. F.; CARVALHO, Y. M. de; MENDES, V. M. Educação física e saúde: aproximações com a clínica ampliada. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. v.35, n.3, p-639-656, 2013.
- GUEDES, D. P; GUEDES, J. E. R. P. **Exercício Físico na Promoção da Saúde**. Londrina: Midiograf, 1995.
- GUISELINI, Mauro. **Aptidão física, saúde e bem-estar: Fundamentos teóricos e exercícios práticos**. São Paulo: Phorte, 2006.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

LOVISOLO, H. “**atividade física e saúde**: uma agenda sociológica de pesquisa”. in: moreira, w. w.; Simões, R. (orgs.). esporte como fator de qualidade de vida . Piracicaba : editora unimep , p. 277-296, 2002.

LUCENA, D.; *et al.* A inserção da educação física na estratégia de saúde da família em sobral/ce. **SANARE**. Ano v.8, n.1, p 87-91 2004.

MACHADO, M.F.A.S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e a proposta do sus- uma revisão conceitual. **Revista ciências e saúde coletiva**, v. 12. n. 2. p. 335-342. 2007.

MALTA, D. C.; *et al.* A política nacional da saúde e a agenda da atividade física no contexto do sus. **Epidemiologia Serv. Saúde**, Brasília, v.18, n.1, p.79-86, 2009.

MALTA, D. C.; *et al.* A promoção da saúde e da atividade física no sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.13, n. 1, p 24-27, 2008.

MANCIA, J. *et al.* Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, setembro, v.57, n. 5, p 605-10, 2004.

MANGIA. E.F. LANCMAN. S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 19, n. 2, maio/ago. 2008.

MARQUES, R.F.R. **Qualidade de vida, atividade física e saúde: RELAÇÕES NA BUSCA DE UMA VIDA MELHOR**. Unicamp. São Paulo. P. 111-120. 2010.

MASSAROLI.A. S.R. **Distinção conceitual**: Educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. UVI. Camboriú- SC. 2008.

MATSUDO, S. M; MATSUDO, V. K. R. **Evidências da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares e na saúde**. Revista Diagnóstico e Tratamento, V.5, n.2, p. 10-17, 2000.

MIRANDA. F.M. A inserção do profissional de educação física no programa saúde da família segundo opinião dos profissionais integrantes do programa em uma unidade básica de saúde da cidade de Coronel Fabriciano- MG. **Movimentum- revista digital de educação física**. Ipatinga: Unileste-MG- v.2, v.2, ago-dez. 2007.

MOURA, E.R.F. *et al.* Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no programa da saúde da família no Brasil. **Revista caderno de saúde pública**. Rio de janeiro, ABC, 2007.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 4. Ed. Londrina: Midiograf, 2006.

NAHAS, M. **Atividade física , saúde e qualidade de vida** : conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo . 2ª ed. Londrina: midio graf. 2001.

OLIVEIRA, E. et al. Análise de Conteúdo e Pesquisa na Área da Educação. **Rev. Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 4, n.9, p.11-27, Maio/Ago. 2003.

OLIVEIRA, M.A.N. Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde: Possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, set-out; v.60, n.5, 2007.

PAIM, J. *et al.* **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios, Salvador, Bahia, 2011.

RAMSUAER, E. 2007. **O PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA EM JARAGUA DO SUL (SC) E A INCLUSAO DE ATIVIDADE FISICA POGRAMADAS**: possibilidades e desafios. Itajaí, 2007.

REVISTA E.F. **O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FISICA NO NASF**. Ed.16. n.39, dezembro, 2010.

RIBEIRO, G.L. **Atividade Física**: um estudo sobre a realização desta prática na cidade de Cáceres- MT. Cáceres- MT. 2010.

ROMBALDI. A.J. Soares. D.G. Indicadores da prática de atividades física e qualidade de sono em escolares adolescentes. **Revista brasileira de ciências do esportes**. v.3. n.38. p. 290-296. 2015.

SÁ, T. H. de; FLORINDO, A. A. Efeitos de um programa educativo sobre práticas e saberes de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família para a promoção de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.17, n.4, p.293-299, 2012.

SANTOS, S. F. da Silva. D; BENEDETTI, Bertoldo, T.D. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. V17, N3, 2012, pp188-194
SARRETA, F.O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica. 2009

SILVA, D.S.J.R. DUARTE, L.R. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE. **Revista Far. Ciências médicas**. Sorocaba, v.17, n. 2. p 104-105, 2015.

SOUZA, S.C. LOCH, M.R. Intervenção do profissional de educação física nos núcleos de apoio a saúde da família em municípios do norte do Paraná. **Revista Brasileira de atividade física e saúde**. Londrina. p. 9. 2010.

TAVARES, A. PINTO, R.F. **O professor de educação física no programa saúde da família (PSF)**. 2012.

TESSER. C.D. *et al.* Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticos de promoção da saúde e educação permanente. **Revista ciências da saúde coletiva**. v. 16, n. 11, Santa Catarina. p. 4295-4306. 2011.

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista

Bloco Formação Geral

- 1) Qual sua idade?
- 2) Qual sua formação acadêmica?
- 3) Como se deu seu ingresso na Secretaria de Saúde do Município? (Concurso ou Indicação)

Bloco de Análise Geral

- 4) O que você entende por “educação permanente em saúde”?
- 5) O que você entende por “atividade física”
- 6) Qual é o seu papel, enquanto gestor, na formulação de políticas de formação continuada para os servidores da pasta?
- 7) Atualmente, quais são as políticas de formações continuadas oferecidas aos servidores?

Bloco de Análise Específica

- 8) Como você observa, em termos práticos de resultados, as ações multiprofissionais do NASF na condução de ações preventivas junto à população?
- 9) No NASF de sua cidade existe a inserção do profissional de educação física na equipe? (Se **sim**, qual a sua visão sobre o tema, se **não**, por quê?)
- 10) Quais ações, voltadas para a atividade física, a secretaria desenvolve como forma de prevenção a patologias associadas ao sedentarismo?
- 11) Como a educação permanente em saúde é trabalhada pela secretaria junto a todos os seus profissionais?
- 12) Dentro de conceito de educação permanente, alguma ação com vista a capacitar os profissionais da secretaria sobre a importância da atividade física para a população é desenvolvida? (Se **sim**, qual a sua visão sobre o tema, se **não**, por quê?)

Bloco de Encerramento

13) Há alguma ação, comentário ou contraponto que gostaria de apresentar e que não foram elencados nas questões anteriores?

APENDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada **ATIVIDADE FÍSICA E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA REGIÃO DO VALE DO IVAÍ: UMA ANÁLISE A PARTIR DA VISÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS**, que faz parte das atividades do curso de Educação Física do Campus Regional do Vale do Ivaí e é orientada pelo professor Dr. Eduard Angelo Bendrath da Universidade Estadual De Maringá (UEM). O objetivo da pesquisa é analisar como os municípios da Vale do Ivaí atuam no sentido de ampliar o entendimento acerca da atividade física como fator de prevenção no campo da saúde. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria através da realização de uma entrevista que será gravada em áudio e posteriormente transcrita para uso na pesquisa. Poderá haver desconforto ou constrangimento em relação a algumas perguntas e você pode se recusar a responder ou participar do estudo a qualquer momento.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os benefícios esperados fazem referência à melhoria de ações de formação no campo da atividade física para os servidores públicos da saúde a partir do diagnóstico levantado.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu,.....(nome por extenso do
 sujeito de pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em
 participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Prof. Dr. Eduard
 Angelo Bendrath

_____ Data:.....
 Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu,.....(nom
 e do pesquisador ou do membro da equipe que aplicou o TCLE), declaro que forneci
 todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ Data:.....
 Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com os
 pesquisadores, conforme o endereço abaixo:

Prof. Dr. Eduard Angelo Bendrath

Endereço: Praça Independência, SN, Centro, Ivaiporã, CEP 86.870-000

Telefone: (43) 3472-5950 E-mail: eabendrath@uem.br

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser
 esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo
 Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444

E-mail: copep@uem.br