

Limites e potencialidades da educação dos trabalhadores de saúde da família para promoção da atividade física: uma pesquisa participativa

CDD. 20.ed. 613.7
614

<http://dx.doi.org/10.1590/1807-55092016000200417>

Thiago Hérick de SÁ*
Marília VELARDI**
Alex Antonio FLORINDO**

*Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

**Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

O progresso do Sistema Único de Saúde brasileiro nas últimas décadas, principalmente com a implementação da Estratégia de Saúde da Família, resultou em melhorias no atendimento à população e no fortalecimento de ações para promover a atividade física, incluindo a incorporação do profissional de Educação Física nos cuidados básicos de saúde. No entanto, existem desafios a serem superados, tais como o desenvolvimento da educação dos trabalhadores da área da saúde de acordo com os princípios orientadores do Sistema Único de Saúde. Desta forma, o objetivo desse estudo foi avaliar os limites e as potencialidades da educação para a promoção da atividade física na Estratégia Saúde da Família por meio de uma pesquisa participativa baseada na comunidade, através da construção de um programa educativo com as equipes de saúde. As análises da conversação e da fala foram aplicadas aos dados de três grupos focais (dois no início e um após o programa) e a triangulação foi usada para combinar esses dados com os dados de notas de campo e notas reflexivas escritas pelo pesquisador e também por um observador independente. Cinco limites e potencialidades foram identificados para a educação da promoção da atividade física: organização do trabalho e educação no trabalho; relação do profissional com a atividade física; ponto de vista profissional sobre o processo saúde-doença, no que se refere ao aconselhamento sobre atividade física; falta de cuidados para o profissional de saúde e o aprendizado incidental; e a avaliação dos elementos-chave da estratégia pedagógica. Os resultados apontam para a necessidade de melhorar a organização do trabalho e a saúde oferecida aos próprios profissionais, de fortalecer ações de educação para valorizar a educação permanente e interprofissional e de trabalhar a consagração dos profissionais sobre a prática e promoção da atividade física.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde; Atividade motora; Pedagogia de Paulo Freire; Estratégia Saúde da Família.

Introdução

O processo de reestruturação do sistema de saúde brasileiro, após a criação do Sistema Único de Saúde em 1988, representou um grande progresso com relação ao acesso aos cuidados de saúde para uma parcela considerável da população brasileira¹. Depois disso, a implementação da Estratégia de Saúde da Família como um novo modelo de organização da saúde no Brasil colocou em foco aos esforços para os cuidados primários de saúde, com mais iniciativas de promoção da saúde com base na família e na comunidade e apreciação de habilidades

trans-disciplinares nas práticas e na educação de profissionais²⁻³. Embora essas mudanças estejam alinhadas com um novo paradigma de saúde pública^{1,4}, sua implementação efetiva continua a ser um desafio para o sistema, apesar de mais de 30 anos de sua existência¹.

À luz deste desafio, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), cujo objetivo é reorganizar a gestão de educação em saúde no Sistema Único de Saúde, foi definida para consolidar um novo modelo de cuidados de saúde e organização do

trabalho⁵. A educação permanente é entendida no documento como uma prática de ensino-aprendizagem no trabalho, primariamente através da práxis profissional e da problematização do conhecimento técnico e local sobre os determinantes de saúde no campo de ação. Além disso, a PNEPS apresenta um quadro pedagógico fortemente inspirado na pedagogia de Paulo Freire⁵.

Ao mesmo tempo, novos profissionais foram incorporados à atenção primária à saúde^{2, 6}, tais como agentes comunitários de saúde (ACSs) e, mais recentemente, os profissionais de Educação Física, além de outras ações para promover a saúde, com ênfase na atividade física (AF). Uma das atribuições do profissional de Educação Física é oferecer educação permanente sobre AF para a equipe de saúde, desde estratégias de aconselhamento até habilidades para a organização de grupos de práticas de AF sob a perspectiva de uma educação interprofissional e de uma colaboração horizontal da ação de saúde no trabalho⁷. Essa perspectiva de prática profissional exige novos conhecimentos, além da biomédica, incluindo a integralidade do ser humano, a capacidade de traduzir para a equipe de saúde a dinâmica social, as

demandas da comunidade e a capacidade de motivar a comunidade para a promoção de ações coletivas⁸. No entanto, a educação da equipe de saúde ainda é baseada essencialmente no modelo tradicional, com a fragmentação do conhecimento, a prevalência da perspectiva biomédica e a reprodução da lógica técnica e reparadora^{3, 9}. Raramente, os profissionais de saúde são treinados em conjunto ou mutuamente, com trocas recíprocas de práticas e conhecimentos^{3, 10}.

Apesar do ponto de vista progressista da PNEPS e de sua coerência em relação aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (universalidade, integralidade, equidade e participação social), as condições institucionais de trabalho reconhecidas antecipam e determinam o espaço em que a educação na saúde pode manifestar seus limites e potencialidades⁵. Uma ampla compreensão das condições de educação e de trabalho pode contribuir para a implementação eficaz da PNEPS. Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar os limites e potencialidades para a educação sobre AF na Estratégia Saúde da Família, a fim de apoiar a formação de profissionais de saúde para uma completa realização de suas atribuições na atenção primária à saúde no Brasil.

Método

Um processo no qual os pesquisadores e os membros da comunidade desenvolveram em conjunto ações de pesquisa foi considerado como a melhor estratégia para avaliar os limites e as potencialidades da educação sobre AF no contexto da atenção primária à saúde no Brasil¹¹⁻¹². Por esta razão, os autores optaram por construir um programa educativo em conjunto com as equipes de saúde, a ser desenvolvido dentro da rotina diária da Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro de Ermelino Matarazzo, na região leste da cidade de São Paulo. Essa UBS foi escolhida intencionalmente¹³⁻¹⁴ devido à sua reconhecida qualidade de gestão e boa articulação entre os profissionais em comparação com outras unidades da mesma região. Houve também a intenção de avaliar a construção e o desenvolvimento do programa educativo onde o nível de implementação da Estratégia de Saúde da Família havia alcançado progressos consideráveis, de modo a diminuir a influência da transição organizacional do modelo de saúde ao longo do programa educativo, bem como para abrir espaço para a observação da conjuntura e das limitações institucionais no processo. A pesquisa ocorreu entre junho e novembro de 2010.

Antes do início das atividades pedagógicas, reuniões conjuntas foram realizadas com os pesquisadores, representantes administrativos da cidade (Coordenadoria Regional de Saúde de Ermelino Matarazzo) e gerentes da UBS. Como parte da gestão da saúde em São Paulo foi terceirizada pelo setor público para alguns parceiros privados, também foram convidados para estas reuniões conjuntas os envolvidos na gestão da UBS, ou seja, os representantes da Organização Social de Saúde Santa Marcelina (responsável pelo gerenciamento dos serviços da UBS e despesas operacionais), bem como os representantes da Organização Social de Saúde - Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (responsável pela gestão dos serviços prestados por parte dos profissionais que trabalham na UBS investigada nesse estudo). Além disso, reuniões anteriores foram realizadas com os trabalhadores da UBS para apresentar e discutir a pesquisa. É importante ressaltar que, no momento do estudo, o processo de educação das equipes de saúde da região estava originalmente estruturado em torno do médico e da enfermeira, que transmitiram aos demais profissionais as informações adquiridas em cursos

externos, sobretudo aqueles oferecidos pelos parceiros privados. Somando-se ao fato de que a equipe de saúde não foi educada em conjunto, nem no local de trabalho, esses cursos foram preconcebidos sem a sua participação e com uma organização pedagógica vertical, ao contrário das recomendações da PNEPS.

Sujeitos e aspectos éticos

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo aprovou esse estudo (processo n. 0122.0.162.207-09). Os indivíduos foram informados sobre os procedimentos da pesquisa, voluntariamente aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como o interesse deste estudo foi analisar a viabilidade e os obstáculos para educar conjuntamente toda a equipe de saúde, 44 trabalhadores de cinco equipes de saúde da família que atuam na UBS foram recrutados (cinco médicos, cinco enfermeiros, 10 auxiliares de enfermagem e 24 ACSs). Entre eles, três estavam em férias, uma estava sob aviso prévio e outro se recusou participar do estudo. Portanto, o curso foi desenvolvido com um total de 39 participantes.

Programa educativo sobre atividade física

O programa educativo foi desenvolvido em seis encontros, de uma hora e meia (nove horas no total), na UBS, durante o horário de trabalho entre julho e outubro de 2010, em momentos previamente agendados com os gerentes. Apesar do fato de o programa educativo ter sido integrado ao calendário oficial das equipes de saúde no período, os trabalhadores não foram formalmente obrigados a participar das reuniões. O professor do programa educativo foi um dos pesquisadores (THS). Uma vez que a intenção foi desenvolver um programa educativo de acordo com a PNEPS, todo o curso foi inspirado na filosofia de ensino-aprendizagem de Freire. A pedagogia de Freire favorece a construção da educação horizontal entre os profissionais, uma vez que é fortemente baseada em conceitos da aprendizagem mútua através do diálogo e da colaboração¹⁵. Além disso, promove a integração entre o conhecimento nativo e técnico, capacitando o diálogo entre ACSs/auxiliares de enfermagem e médicos/enfermeiros, rompendo com a lógica atual vertical de educação no trabalho¹⁶. Dessa forma, essas características da pedagogia de Freire também podem contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de

saúde e aconselhamento, sugerindo que a forma como os profissionais aprendem exerce influência na maneira de ensinar seus pacientes^{3,17}.

O curso foi organizado em torno de cinco temas geradores: o Ponto de vista da AF ('o prazer e o dever'); Recomendações e diretrizes da AF ('o que pode e o que não pode ser feito', 'quem pode e não pode fazer'); Desafios para a AF na vida diária da mãe/esposa/profissional de saúde; Família e comunidade, cuidar e ser cuidado; e Aconselhamento sobre AF. A intenção era, depois de cada reunião, problematizar os temas a partir do universo temático mínimo dos trabalhadores e discutir maneiras de superá-los com base em suas próprias experiências e nas da comunidade, considerando o papel da AF na vida das pessoas. Todas as reuniões, exceto a primeira, começaram com recapitulação de palestras e experiências anteriores, seguida da discussão sobre o novo tema e experiências práticas sobre o mesmo tema. Para incitar a construção coletiva, a maioria dos materiais didáticos e experiências práticas do curso foi elaborada em conjunto com os participantes durante as reuniões.

Coleta de dados

Esse estudo teve dois grupos focais antes do início e um grupo focal após o fim do programa educativo, com o objetivo de reunir informações para construir o curso em conjunto com os profissionais de saúde, através da indicação dos obstáculos e das possibilidades de melhorar a educação permanente, horizontal e colaborativa. Além disso, todo o processo de investigação foi registrado em notas de campo e notas reflexivas, principalmente as reuniões do programa educativo, que também foram descritas por um observador independente.

Os participantes dos grupos focais, antes do curso, foram divididos de acordo com a categoria profissional; um deles era composto de sete ACSs e dois auxiliares de enfermagem e outro, de seis enfermeiros e quatro médicos. Acredita-se que esta divisão possa favorecer a discussão sobre os limites e as potencialidades da educação no trabalho, uma vez que o ponto de vista dos educadores tradicionais (médicos e enfermeiros) e dos educandos (ACSs e auxiliares de enfermagem) podem ser analisados separadamente. O grupo focal após o curso contou com a participação de pessoas que estavam presentes durante pelo menos uma das reuniões. Os grupos focais ocorreram na UBS, em uma sala privada, e em um tempo convenientemente programado para os participantes, com duração de 45 a 60 minutos.

O moderador do grupo focal foi um investigador experiente, que realizou a coleta de dados baseada em um livro-guia, com perguntas abertas e tópicos divididos em três partes principais. A primeira consistiu em uma apresentação dos objetivos do estudo para o grupo e das garantias no que diz respeito ao sigilo sobre as informações obtidas. A segunda parte foi estimular a discussão sobre suas memórias de AF na infância e adolescência, e a educação física na escola. O mediador tentou ir além das respostas com outras questões, evitando orientar as respostas ou regular os julgamentos de valores. A terceira e última parte foi investigar o ponto de vista dos trabalhadores em relação à AF, como eles lidam com essas práticas em suas vidas diárias, as suas diferentes abordagens em relação a estas práticas na comunidade e no trabalho, as diferenças entre AF atual e anterior, e a influência de todos estes aspectos ao aconselhar um usuário sobre AF. A seleção dos participantes e a operacionalização dos dois grupos focais foi feita de acordo com as considerações propostas na literatura sobre o número e a divisão dos participantes, bem como a duração, locação e condução do grupo focal¹³⁻¹⁴.

Análise dos dados

Os grupos focais foram registrados e gravados e, ao final de cada entrevista, foi obtido um registro manuscrito de informações importantes e uma gravação de áudio completa. A gravação de áudio foi transcrita considerando falsos inícios, repetições, pausas compridas (“períodos”), e os aspectos temporais, como sobreposição de discursos, silêncios e conversas paralelas, a

fim de analisá-la com base no método de análise da conversação e da fala¹⁸. Este tipo de análise favoreceu a exploração de dados com base em categorias que emergiram da conversa entre os participantes dos grupos focais (e não uma definição “a priori” do pesquisador), além de ser “um passo importante na direção de uma pesquisa mais reflexiva, capacitando os pesquisadores a considerar o tipo de situação que criaram, a orientação dos participantes com relação à situação criada e seus próprios papéis como pesquisadores”, nas palavras de MYERS¹⁸ (p.273). O uso da análise de conversação e da fala implica em não estabelecer categorias “a priori”, mas considera a interação que aconteceu no grupo focal, tanto entre profissionais de saúde e também entre eles e os pesquisadores. Este aspecto da análise é fundamental, porque havia investigadores envolvidos tanto no grupo focal quanto nas reuniões do curso. Considerando-se que o foco da pesquisa foi investigar os limites e as potencialidades da educação, de acordo com a PNEPS, a indicação dos obstáculos e das possibilidades de melhorar a educação permanente, horizontal e colaborativa foi perseguida nas declarações dos participantes. Estes obstáculos e possibilidades encontradas nos grupos focais foram comparados através de triangulação com as notas de campo e reflexivas do pesquisador e com o relatório do observador independente da reunião do curso. A triangulação é uma estratégia de análise de dados qualitativos, normalmente aplicada quando uma variedade de técnicas coleta de dados é utilizada no processo de investigação¹⁹. Além disso, a análise foi ampliada para o grupo focal depois do programa educativo, de modo a incluí-los também no processo de busca de interpretação.

Resultados

Sujeitos

Os sujeitos do estudo foram compostos principalmente por ACSs (56,4%), mulheres (95%), com idade média de 41 anos (38-45), casadas (66,7%). Os sujeitos apresentavam um tempo médio de experiência na profissão de sete anos, sendo 4,5 anos trabalhando na UBS do presente estudo. Dos 39 indivíduos, 31 estiveram presentes em pelo menos uma das reuniões do programa educativo (79,5%). Os médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem não estiveram presentes na maioria dos encontros. Durante os quatro meses de encontros, houve uma alta rotatividade nas equipes de saúde (um médico, um auxiliar de enfermagem e três

ACSs deixaram a UBS). Mais detalhes sobre os resultados do curso podem ser vistos em outra publicação²⁰.

Organização e estrutura atual da educação no trabalho

Falhas na organização do trabalho estiveram presentes nas falas dos sujeitos em todos os momentos da pesquisa. A pressão para cumprir as metas da UBS juntamente com a sobrecarga de trabalho foram referidos pela maioria dos profissionais ausentes como as razões da não participação. De fato, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem foram vistos trabalhando durante o tempo do curso e os

participantes das reuniões frequentemente pediam ao professor/pesquisador para preencher formulários e relatórios de atualização, ao mesmo tempo em que participavam das atividades. Os gerentes se posicionaram de maneira ambígua durante o processo: eles contribuíram para o curso, definindo o cronograma, organizando o local e aproximando pesquisadores e trabalhadores, mas também solicitaram posteriormente aos profissionais que deixassem as reuniões, principalmente por causa das exigências de trabalho, o que comprometeu a formação conjunta da equipe.

A educação prévia no trabalho desenvolvida na UBS, que foi estruturada com base na transferência de conteúdos de médicos e enfermeiros para o resto das equipes de saúde, também parece ter influenciado a presença e a atitude desses profissionais no curso. Nas reuniões que tiveram a presença de um médico ou um enfermeiro, a alteração na orientação pedagógica dos profissionais não graduados era clara. Anteriormente empáticos e comunicativos, eles permaneciam quietos e atentos às considerações do profissional graduado. É interessante observar a avaliação do conhecimento técnico de toda a equipe, incluindo dos profissionais não graduados sobre o conhecimento nativo característico dos ACSs.

Conscientes das dificuldades de uma possível replicação do programa educativo, os pesquisadores decidiram por utilizar materiais acessíveis, simples e de baixo custo, sem o uso de recursos áudio visuais. Os custos com materiais por participante foi de R\$ 7,52. Isto pode ser entendido como o único investimento adicional para realizar o curso, tendo em vista que os profissionais já tinham programado em sua carga de trabalho o tempo para a educação permanente, que correspondeu ao tempo gasto com o curso, e que foram usados apenas espaços físicos em períodos ociosos.

O ponto de vista dos profissionais sobre AF e as dificuldades enfrentadas para a realização da AF

No geral, a AF foi predominantemente entendida como uma atividade programada, realizada no tempo de lazer, como uma obrigação ou tarefa útil, relacionada, sobretudo, para fins estéticos e curativos. É interessante observar, por exemplo, que algumas das AF apresentadas nas atividades diárias, tais como limpeza da casa, caminhadas para visitas domiciliares e danças em festas, não foram reconhecidas como tal, seja por não serem uma atividade programada ou por não terem finalidade estética ou curativa. As dificuldades para acrescentar a AF na jornada tripla de

muitas profissionais de saúde do sexo feminino (mães, donas de casa e profissionais de saúde) foram frequentemente referidas, especificamente nas falas das ACSs. Além das exigências normais do trabalho, as ACSs são demandadas pela comunidade onde vivem, em vários outros lugares e momentos de suas vidas. Reflexos dessa jornada ininterrupta estavam presentes em vários episódios descritos por elas, como na tentativa frustrada de uma ACS ao iniciar hidroginástica (“Eu era praticamente uma assistente, fui apenas uma vez”; ACS # 2), ou no conflito de outra ACS ao relatar sua dificuldade para a prática de caminhada diária em momentos de lazer na mesma área em que vive e trabalha (“a demanda de trabalho (fora do horário de serviço) é tamanha, que é impossível alguém se sentir bem após uma caminhada”; ACS # 8).

O ponto de vista dos profissionais sobre o modelo de determinação do processo saúde-doença e sobre a prática e promoção da AF

As pessoas atendidas pelos profissionais de saúde (usuários de saúde) foram descritas em várias oportunidades como “pessoas indiferentes e preguiçosas”, “desamparadas”, “pessoas que trabalham duro” e “pessoas sem tempo” (“Nós dizemos que elas devem praticar atividades físicas, mas elas só querem ficar assistindo TV. Elas podem pegar uma travessa de bolo e comê-la até o fim!”; ACS # 6). Essas foram as mesmas palavras que os participantes do curso (principalmente ACSs) utilizaram para descrever a si mesmos. Da mesma forma, o modelo de determinação do processo saúde-doença centrada no discurso da responsabilidade individual, que prevaleceu na fala das profissionais, serviu para explicar tanto a condição de saúde dos usuários da saúde quanto dos próprios profissionais. Apesar das semelhanças entre os pontos de vista dos usuários e dos profissionais quanto à compreensão de como a saúde é processada, os participantes do curso não fizeram uma relação imediata entre a sua condição e a dos usuários, também no que diz respeito aos serviços sociais determinantes da prática de AF. Consequentemente, os pesquisadores decidiram explorar essa contradição como um dos temas transversais de todas as reuniões do curso.

O relato dos participantes do curso sobre a dinâmica de aconselhamento pareceu indicar a prevalência de um aconselhamento baseado na reprodução de uma comunicação pré-estabelecida e não de um processo de diálogo e de escuta com o usuário da saúde, mesmo entre os ACSs, que

teoricamente seriam os profissionais mais capacitados para o diálogo com a comunidade, devido ao seu conhecimento sobre a comunidade e os vizinhos (“Mesmo que eu não faça atividade física, eu mostro a eles que eu faço!”; ACS # 10). Esta impressão foi confirmada ao longo das reuniões através das falas. Além disso, as incoerências no aconselhamento e as contradições entre a comunicação profissional e suas práticas cotidianas foram questões que apareceram fortemente durante todo o período da pesquisa (“Na teoria, 10! Na prática, zero [AF]; Enfermeira # 2).

Finalmente, a visão dos profissionais sobre AF parece ter influenciado a decisão sobre qual usuário da saúde deve lidar com o tema, principalmente entre médicos e enfermeiros. O aconselhamento sobre AF foi evitado para os usuários de maior vulnerabilidade social, uma vez que esta “obrigação” foi entendida como secundária quando comparada à sua difícil realidade de vida (“Eles são tão desamparados, com tantos problemas, que nos sentimos mal em dizer que eles devem praticar atividade física.”; Médico # 1).

A falta de cuidados aos profissionais de saúde e a aprendizagem incidental

A questão dos cuidados (cuidar de si mesmo, cuidar de outras pessoas e ser cuidado) revelou a falta de estrutura para os profissionais de atenção básica à saúde para cuidarem da própria saúde. Estes contextos, além do papel de cuidador em tempo integral desempenhado por vários profissionais, não só no trabalho, mas também na comunidade e no ambiente familiar, parecem ter levado a uma situação limite de negação de cuidados externos. No início do programa educativo, os profissionais estavam desconfortáveis em serem cuidados e, ao mesmo tempo, se viam como os únicos responsáveis pela própria saúde. A problematização desta realidade ao longo dos encontros, por meio de experiências práticas de AF e de períodos de escuta e discussão, fez com que o curso passasse a ser visto pelos participantes como um refúgio de acolhimento e atenção à saúde e contribuiu para diminuir a tensão existente entre as oportunidades oferecidas para os usuários e aquelas oferecidas aos profissionais²⁰.

Outra importante aprendizagem incidental para os pesquisadores foram as consequências das experiências práticas de AF nos usuários da UBS e outros profissionais da unidade (de serviço administrativo, limpeza e segurança). Algumas experiências feitas em público, tais como brincadeiras e jogos, foram seguidas por várias pessoas com interesse e alegria. Outras experiências foram realizadas em sala de aula, tais como danças e

massagens, e tiveram um impacto muito positivo não só sobre os profissionais de saúde que participam das respectivas reuniões, mas também em outros profissionais da UBS, visto que a maioria deles recorrentemente solicitava por novas reuniões semelhantes em que eles também pudessem participar. Falas fortes dos ACSs sobre a condição de cuidados foram apresentados abaixo:

Se ficarmos lá o dia inteiro com vassoura, pano, você nunca para, porque esse trabalho nunca termina, ele nunca termina, então você tem que dar um tempo, você tem que dizer ‘não, eu vou sair, eu estou indo dançar com meu marido, ou eu vou fazer minhas unhas ou cortar o cabelo ...’, caso contrário, você se torna escrava da casa, do marido, dos filhos, netos, e de todos, as pessoas dominam você. Você não pode se curvar, não pode curvar e curvar, porque, quando você percebe, você já está no chão, você virou um pano de chão (ACS # 5).

Nós pensamos muito sobre outras pessoas, como é que vamos pensar sobre nós mesmos? Em uma palestra que ele apresentou aqui, descobrimos que muitas pessoas não gostam de ser cuidadas, teve massagem e algumas pessoas nem sequer deixaram ser tocadas (ACS # 2).

Avaliação dos elementos-chave da proposta pedagógica de Freire (diálogo, empatia, horizontalidade e práxis)

Os participantes do curso relataram o diálogo e a horizontalidade como os principais aspectos positivos do curso, especialmente os ACSs e auxiliares de enfermagem, que sentiram o reconhecimento e a apreciação do seu conhecimento pelos outros participantes. No decorrer das reuniões, as falas comumente destacaram o curso como um momento importante para refletir e trocar experiências, capaz de contribuir para transformar as práticas cotidianas do trabalho. A empatia do professor e a espontaneidade dos encontros também foram enfatizadas continuamente. Alguns dos relatos dos ACSs e auxiliares de enfermagem ao final do curso foram:

Esse curso é diferente, ele nos faz pensar, nós pensamos sobre coisas que nunca pensamos antes (ACS # 9).

Ele [o curso] mexe com o psicológico das pessoas (ACS # 1).

O curso dele foi espontâneo por causa das experiências. Foi incrível, principalmente por causa da parte da massagem (ACS # 3).

Foi interessante, nós rimos muito. Foi um curso muito bom. Eu sinto muito porque perdi o dia de hoje [experiência de dança] porque eu tive que sair com o doutor (ACS # 13).

Foi uma troca de experiências. Não só ele trouxe algo para nós, mas nós também demos algo para ele ... para ver possibilidades. Às vezes, podemos ver as coisas de forma diferente, mas isso passa porque nós nunca nos preocupamos com isso. E nós nunca paramos para pensar sobre isso (ACS # 11).

Discussão

Cinco limites e potencialidades foram identificados no curso de educação de AF na Estratégia Saúde da Família, no contexto da região leste da cidade de São Paulo: organização do trabalho e educação no trabalho; relação dos profissionais com a AF; ponto de vista dos profissionais sobre o processo saúde-doença e sobre aconselhamento; falta de cuidados para os profissionais de saúde; e avaliação dos elementos-chave da estratégia pedagógica. Embora estes aspectos tenham surgido num contexto com características específicas de gestão de serviços e educação em saúde, acreditamos que esses limites e potencialidades são comuns a várias outras regiões urbanas do Brasil, dada a predominância do antigo modelo de educação em saúde e organização do trabalho⁵. Esse é, a nosso conhecimento, o primeiro estudo desenvolvido para investigar o processo de educação interprofissional em AF nos cuidados básicos à saúde, contribuindo para diminuir a escassez de estudos sobre a educação interprofissional na literatura científica^{7,21}. Será discutido a seguir como os pesquisadores e administradores podem usar estes resultados para melhorar a educação sobre AF, a fim de consolidar a promoção da AF na atenção primária à saúde.

Implicações para a educação de equipes de saúde

Elementos-chave da pedagogia de Paulo Freire foram bem recebidos pelos participantes do programa educativo sobre AF, o que indica caminhos para a educação em AF e reforça o sucesso da PNEPS em tê-la utilizado como um dos principais referenciais teóricos. Foi possível construir um programa educativo, por meio do diálogo e da práxis¹⁷, em que os participantes puderam compartilhar diferentes experiências profissionais, ampliando o conhecimento crítico sobre AF em diferentes dimensões. A avaliação dos profissionais sobre sua respectiva práxis pedagógica parece ser um reflexo do que FREIRE¹⁷ (p.83) menciona como “uma espécie de

psicanálise histórico-político-social que vá resultando na extração da culpa indevida”, e é a indicação de uma visão mais ampla dos participantes tanto sobre a prática e a promoção da AF quanto sobre a experiência de educação que tiveram. A consciência dos participantes sobre a prática e a promoção da AF foi semelhante às encontradas na maioria das pesquisas que consideram aconselhamento de AF na atenção básica²¹, limitada ao aspecto curativo, preventivo e estético. A construção da autonomia para a prática e promoção da AF engloba a construção de possibilidades de reapropriação com os sujeitos, a partir de seus gestos²². Portanto, recontar como lidar com a AF envolve a desconstrução da visão da AF como algo obrigatório, programado e necessariamente útil. A inclusão de experiências de AF serviu não só como material para discussão crítica sobre a prática e promoção de AF, mas também como um lugar para os trabalhadores cuidarem de sua própria saúde e cuidado. Esta inclusão parece ser uma estratégia promissora para integrar soluções para os desafios da educação encontrados na pesquisa. Com esta estratégia, seria possível, simultaneamente, promover a inserção da prática de AF no cotidiano dos profissionais, melhorando as condições de saúde desfavoráveis dos trabalhadores da atenção primária à saúde²³, e diminuir a contradição entre suas práticas e aconselhamentos. A ‘incorporação’ da palavra¹⁷ e a experiência de uma educação horizontal ajudariam a romper com uma lógica vertical prescritiva no aconselhamento relatado pelos participantes, e poderia favorecer a aproximação entre a equipe de saúde e os usuários.

A atenção primária à saúde no Brasil conta com equipes multiprofissionais de saúde e uma política de educação que valoriza a educação permanente e interprofissional (PNEPS), aspectos recomendados pela OMS²⁴. No entanto, tanto a organização do trabalho quanto a estrutura para educar os trabalhadores não contribuem para que ações trans-disciplinares e educação permanente ocorram de forma satisfatória.

A proposta de aprendizagem mútua e horizontal entre os participantes trouxe de volta, por exemplo, algumas contradições estruturais da educação, sobretudo a falta de lugares eficazes para médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACSs aprenderem uns com os outros, antecipando o modo de atuação na comunidade. Consequentemente, seria interessante pensar numa estrutura descentralizada de educação permanente que integrasse a equipe de saúde²⁴, mas também que pudesse aproveitar os outros profissionais que compõem a atenção primária à saúde no Brasil, tais como os profissionais de Educação Física⁶. Outro ponto-chave seria a adequação do currículo brasileiro das universidades e cursos técnicos para preparar os profissionais de saúde para essa nova realidade de agir e de aprender no trabalho. Essa reformulação já vem ocorrendo em várias regiões do Brasil⁴ e do mundo²⁵.

Implicações para a pesquisa

A construção coletiva de um programa educativo sobre AF na Estratégia Saúde da Família demonstrou ser viável, especialmente entre os ACSs, com benefícios para o conhecimento dos profissionais de saúde, não apenas em relação ao aconselhamento, mas também à sua própria prática de AF.

Além disso, o programa apresentou um baixo custo por participante. A identificação dos limites e das potencialidades para o sucesso de uma educação baseada na PNEPS pode indicar caminhos para a pesquisa, tanto para a construção de estratégias para superar os fatores limitantes quanto para melhorar o aproveitamento das potencialidades observadas nesse estudo.

Outro aspecto seria uma melhor avaliação da influência do modelo terceirizado de gestão na estrutura da educação das equipes considerando a precariedade das relações de trabalho²⁶⁻²⁷. Dessa forma, seria interessante estender essa experiência de educação sobre AF a outros trabalhadores, a fim de verificar a validade desses achados nos diferentes contextos da atenção básica no Brasil e no mundo.

A reorganização da atenção básica e o desenvolvimento de políticas e estratégias de educação em saúde se destinam a melhorar as condições de saúde da população. Consequentemente, a questão principal, ainda a ser respondida, seria até que ponto os limites e potencialidades identificados no presente estudo exerceram influência sobre os efeitos dos programas de educação sobre AF na saúde da população atendida, considerando os princípios da Estratégia da Saúde da Família e da PNEPS.

Abstract

Limits and potentialities of educating family health workers for physical activity promotion: a participatory research

Progress in the last decades in the Brazilian Unified Health System, mainly with the implementation of the Family Health Strategy, has resulted in improvements in care to the population and in strengthening of actions to promote physical activity, including the incorporation of Physical Education professional in basic healthcare. Nevertheless, there are challenges to overcome, such as the development of health workers' education in accordance with the Unified Health System guiding principles. Therefore, the objective of the current study was to evaluate limits and potentialities of educating for the promotion of physical activity in the Family Health Strategy through a community-based participatory research, by constructing an education program with the health teams. The analysis of conversation and speech was applied to the data from three focus groups (two at the beginning and one after the program) and triangulation was used to combine this data with that from field notes and reflective notes written by the researcher and also by an independent observer. Five limits and potentialities were identified for physical activity promotion education: work organization and on-the-job education; the relation of the worker with physical activity; the worker point-of-view about the health-disease process and in regard to counseling about physical activity; lack of care to the health worker and the incidental learning; and the appraisal of key-elements of pedagogical strategy. Findings point to a necessity to improve the work organization and the healthcare offered to the worker themselves, to strengthen education actions to value permanent and inter-professional education and to work the conscience of the workers about practice and promotion of physical activity.

KEY WORDS: Health education; Motor activity; Paulo Freire's pedagogy; Family Health Strategy.

Referências

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Health in Brazil: the Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377:1778-97.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
3. Pinto RM, da Silva SB, Soriano R. Community health workers in Brazil's Unified Health System: a framework of their praxis and contributions to patient health behaviors. *Soc Sci Med*. 2012;74:940-7.
4. Falavigna A, Canabarro CT, Medeiros GS. Health system and medical education in Brazil: history, principles and organization. *World Neurosurg*. 2013;80:723-7.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos básicos de saúde, Série pactos pela saúde; vol.9).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União*, Brasília (4 mar. 2008): Sec. 1:38-42.
7. Zwarenstein M, Reeves S. Knowledge translation and interprofessional collaboration: where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork. *J Contin Educ Health Prof*. 2006;26:46-54.
8. Nascimento EP, Correa CR. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24:1304-13.
9. Moretti AC, Almeida V, Westphal MF, Bogus CM. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. *Saúde Soc*. 2009;18:346-54.
10. Bhui K, Warfa N, Edonya P, McKenzie K, Bhugra D. Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Services Res*. 2007;7.
11. Cashman SB, Adeky S, Allen AJ, et al. The power and the promise: working with communities to analyze data, interpret findings, and get to outcomes. *Am J Public Health*. 2008;98(8):1407-17.
12. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annu Rev Public Health*. 1998;19:173-202.
13. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002.
14. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde Soc*. 2004;13:44-57.
15. Freire P. Educação como prática da liberdade. 31a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2008.
16. Freire P. Pedagogia do oprimido. 47a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
17. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2009.
18. Myers G. Análise da conversação e da fala. In: Bauer MW, Gaskell G, organizadores. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002. p.268-82.
19. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
20. Sá TH, Florindo AA. Efeitos de um programa educativo sobre práticas e saberes de trabalhadores da estratégia de saúde da família para a promoção de atividade física. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2012;17:293-9.
21. Breckon JD, Johnston LH, Hutchison A. Physical activity counseling content and competency: a systematic review. *J Phys Act Health*. 2008;5:398-417.
22. Carvalho YM. Nas fronteiras da educação física e das ciências humanas: itinerários. São Paulo: Hucitec; 2009.
23. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões sul e nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24:S193-S201.
24. World Health Organization. Transformative scale up of health professional education: an effort to increase the numbers of health professionals and to strengthen their impact on population health. Geneve: WHO; 2011.
25. DasGupta S, Fornari A, Geer K, et al. Medical education for social justice: Paulo Freire revisited. *J Medic Humanit*. 2006;27:245-51.
26. Barbosa NB. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15:2497-506.
27. Silveira DS, Facchini LA, Siqueira FV, et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26:1714-26.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp - Processo n. 2009/14119-4) pelo apoio financeiro e a todos os voluntários e colaboradores que tornaram possível essa pesquisa.

ENDEREÇO

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

Recebido para publicação: 08/07/2013

1a. revisão: 27/03/2014

2a. revisão: 06/10/2014

Aceito: 05/01/2015