



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DE LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

ANA LAURA TORRES DE CARVALHO

**ANÁLISE DAS AÇÕES SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS E PRÁTICAS
CORPORAIS NA ATENÇÃO A GESTANTE NO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

**JOÃO PESSOA
2011**

ANA LAURA TORRES DE CARVALHO

**ANÁLISE DAS AÇÕES SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS E PRÁTICAS
CORPORAIS NA ATENÇÃO A GESTANTE NO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

Monografia apresentada ao curso de Licenciatura em Educação Física do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, como exigência parcial para obtenção do grau de Licenciado em Educação Física.

Orientador(a): Prof^a Dr^a Maria do Socorro Cirilo de Sousa

**João Pessoa
2011**

ANA LAURA TORRES DE CARVALHO

**ANÁLISE DAS AÇÕES SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS E PRÁTICAS
CORPORAIS NA ATENÇÃO A GESTANTE NO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

Monografia apresentada ao curso de Licenciatura em Educação Física do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, como exigência parcial para obtenção do grau de Licenciado em Educação Física.

Data de defesa: ____ de _____ de ____
Resultado: _____

Banca Examinadora

Nome do Orientador
UFPB/CCS/DEF

Prof. Dra. _____

Nome Membro da Banca
UFPB/CCS/DEF

Prof. _____

Nome Membro da Banca
UFPB/CCS/DEF

Prof. _____

Aos meus pais, pelo amor incondicional e por estarem presentes em todos os momentos, fáceis e difíceis, da minha vida.
Dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar forças e ânimo e não me deixar desistir em meio às dificuldades e por ser o meu guia em cada conquista obtida, em cada sonho realizado.

Aos meus pais, que sempre acreditaram em mim e apoiaram os meus sonhos e que com muito esforço e dedicação me deram uma boa educação.

A minha família, em especial a minha prima Kátiusca e ao meu irmão Júnior que nos momentos mais difíceis e conturbados me deram força e motivação para acreditar na realização deste trabalho.

Ao meu namorado Ítalo, por sua presença em minha vida, seu apoio e paciência quando mais precisei, além da imensa ajuda para a conclusão deste trabalho.

As minhas amigas, Dominique e Tatiane, por todos esses maravilhosos anos de convivência e por tantos e tantos sorrisos, conquistas, desabafos e lágrimas compartilhadas.

A minha orientadora, Professora Socorro, pelo acolhimento, pela ajuda e orientação prestadas em todos os momentos que precisei e que foram essenciais na construção e realização deste trabalho. Aqui deixo o meu agradecimento e a minha admiração.

A Gabriel e a Anderson que mesmo imensamente ocupados, sempre me atenderam e me ajudaram todas as vezes que precisei. Muito obrigada!

A todas as pessoas dos PSF que visitei, que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho, em especial agradeço as enfermeiras, aos apoiadores e a todas as gestantes.

Por fim, quero ressaltar a minha imensa gratidão, a todos vocês que foram muito especiais nessa jornada e que me proporcionaram a satisfação de estar concluindo essa importante etapa da minha vida.

A todos, MUITO OBRIGADA!

.

Se não puder voar, corra. Se não puder correr, ande. Se não puder andar, rasteje, mas continue em frente de qualquer jeito.

(Martin Luther King)

RESUMO

O Educador Físico inserido no contexto da Saúde Pública, juntamente com outros profissionais, atua na busca da diminuição e prevenção dos agravos decorrentes de doenças não transmissíveis bem como na melhoria da qualidade de vida dos usuários dos Programas de Saúde da Família. Assim, esta pesquisa tem como objetivo analisar as ações desenvolvidas nos grupos de gestantes atendidos por meio dos PSF's, do município de João Pessoa. Foram visitados 2 PSF's de cada um dos 4 Distritos Sanitários selecionados, totalizando 8 PSF's. A amostra foi composta por 1 indivíduo de cada uma das 8 equipes dos PSF's, totalizando 8 indivíduos, da cidade de João Pessoa – PB, sendo 5 enfermeiras e 3 apoiadores. Com relação às gestantes, a amostra foi composta por 64 gestantes sendo 8 de cada PSF visitado. As informações coletadas foram: quantidade de gestantes e faixa etária dos grupos, doenças de risco, número de encontros mensais, temas abordados e locais de encontro e existência ou não de ações voltadas a prática de atividades físicas. No que se refere às gestantes coletou-se dados sobre o perfil socioeconômico, nível de atividade física habitual antes e durante a gestação. Os dados mostram que os grupos têm em média 20 gestantes com faixa etária entre 15 e 40 anos, com as quais participavam de encontros mensais e atividades de palestras e dinâmicas de grupo, as doenças de riscos encontradas foram: diabetes gestacional, hipertensão arterial, sobrepeso e hepatite. Com relação à prática de exercícios físicos, verificou-se que não existem ações voltadas para esta prática nos grupos de gestantes, sendo importante ressaltar que todos os profissionais entrevistados bem como as gestantes, relataram que seria de grande valor a atuação do Educador Físico junto aos profissionais do PSF, favorecendo a prevenção, o tratamento e a reabilitação de problemas de saúde. Assim, nossos dados apontam que o Educador Físico pode ser um agente transformador na busca de uma melhor qualidade de vida devendo atuar em prol da promoção da saúde das gestantes, sendo o PSF um dos meios para essa prática.

Palavras-Chave: Exercício Físico. Gestante. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The Physical Educator inserted in the context of Public Health, along with other professionals, acts in pursuit of the reduction and prevention of injuries resulting from non-communicable diseases and improving the quality of life of users of the Family Health Program (PSF). Thus, this research aims to analyze the actions taken in groups of pregnant women served by the PSF's, the city of João Pessoa. We visited two PSF's of each of the four health districts selected, totaling 8 PSF's. The sample consisted of one individual from each of the eight teams of FHP's a total of eight individuals, the city of João Pessoa - PB, and five nurses and three supporters. With regard to pregnant women, the sample consisted of 64 pregnant women were visited eight of each PSF. The data collected were: number of pregnant women and age groups, disease risk, number of monthly meetings, topics and venues and whether there are actions related to physical activity. With regard to pregnant women was collected data on the socioeconomic level of habitual physical activity before and during pregnancy. The data show that groups have on average 20 women aged between 15 and 40 years, which participated in monthly meetings and activities, lectures and group dynamics, disease risk were: gestational diabetes, hypertension, overweight and hepatitis. . With respect to physical exercise, it was found that there are no actions for this practice in groups of pregnant women is important to note that all the respondents as well as pregnant women, reported that it would be of great value to work together with the Physical Educator PSF professionals, favoring prevention, treatment and rehabilitation of health problems. Thus, our data indicate that the physical educator can be a transforming agent in search of a better quality of life must work together to promote the health of pregnant women, and the PSF of a means to this practice.

Keywords: Physical activity, pregnant women, Health Family Program
(*Programa de Saúde da Família*)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Revisão Bibliográfica da inserção do PEF no âmbito da saúde segundo Autor, Ano e Evidência.....	24
Quadro 2 – Amostra caracterizada por distrito sanitário e bairro.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização do grupo de gestantes por distrito (média do número de gestantes, faixa etária e doenças de risco).....	32
Tabela 2 – Caracterização da amostra quanto ao serviço prestado aos grupos de gestantes.....	34
Tabela 3 – Caracterização do perfil da amostra de gestantes.....	36
Tabela 4 – Número de gestantes referente á prática de atividades físicas habituais antes/durante a gestação e referente ao conhecimento dos benefícios dessa prática durante o período gestacional.....	37

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil.....	15
2.2 A Origem do Programa de Saúde da Família.....	21
2.3 A Inserção do Profissional de Educação Física (PEF) no PSF.....	23
2.4 Atividade Física no Período Gestacional.....	26
3 MATERIAIS E MÉTODOS	29
3.1 Caracterização da Pesquisa.....	29
3.2 População e Amostra.....	29
3.3 Instrumentos e Variáveis.....	30
3.4 Procedimentos de Coleta.....	31
3.5 Tratamento estatístico.....	31
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
4.1 Caracterização dos Grupos de Gestantes por Distrito.....	32
4.2 Atendimento aos Grupos de Gestantes.....	33
4.3 Caracterização do Perfil das Gestantes.....	35
4.4 Prática de exercícios físicos nos Grupos de Gestantes.....	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
6. REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE	44
ANEXOS	46

1 INTRODUÇÃO

A prática regular de atividade física, é uma importante estratégia para a saúde pública, representa parte elementar para a promoção da saúde, incluindo a prevenção e em alguns casos o tratamento de doenças, estando presente hoje em diversas cidades brasileiras através de programas de promoção da atividade física a exemplo da cidade de Sobral-CE, uma referência para o Brasil em Programa de Saúde da Família. Após a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da Saúde, que tem a ele integrados as Equipes de Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), foram publicadas políticas que beneficiam a saúde pública, são elas a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006). A PNPS foi criada com o intuito de garantir a integralidade do cuidado, promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde, bem como, incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica (BRASIL, 2006). Essa política tem como uma de suas prioridades a temática da atividade física/práticas corporais.

Com a criação dos NASF essa temática começa a ser posta em prática. Esses núcleos formados por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento têm como intuito a busca pela integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). É nesse momento que ocorre a inserção do profissional de educação física no contexto SUS. Essa equipe de profissionais deve atuar de forma integrada e interdependente buscando sempre uma compreensão global da saúde. Suas ações são orientadas por atribuições gerais, ou seja, atribuições cujas ações são de responsabilidade de todos os profissionais que compõem o NASF. Diante dessa nova realidade para o profissional da educação física emerge a necessidade de conhecer qual o seu papel e qual sua atuação dentro dessa equipe, dadas as questões metodológicas e pedagógicas para a construção de políticas públicas de atividade física.

De acordo com Brasil (2008), as atividades físicas ou práticas corporais têm o dever de proporcionar a diminuição dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, a melhoria da qualidade de vida favorecendo assim a redução do consumo de medicamentos e possibilitando a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos. Com base nessas diretrizes, as unidades de saúde elaboram projetos para atender a demanda de grupos como, por exemplo, crianças, idosos, diabéticos, hipertensos, gestantes entre outros.

Sabe-se que a prática de exercícios físicos habituais é fator indispensável na busca de uma melhor qualidade de vida. A prevenção e o tratamento de diversas doenças também

é algo que está associado a esta prática (GOUVEIA et al, 2007). A busca por essa melhoria na qualidade de vida e por tais benefícios está aumentando as estatísticas de praticantes de atividades físicas com ênfase para os grupos especiais citados anteriormente. No que se refere à população de gestantes, a prática de exercícios físicos vem se incorporando de forma crescente a este grupo, e embora existam algumas especificações para a prescrição de exercícios é consenso na literatura científica de que a manutenção de exercícios de intensidade moderada durante a gravidez, que não seja considerada de risco, proporciona inúmeros benefícios tanto para mulher como para o feto (LIMA; OLIVEIRA, 2005).

De acordo com Landi et al (2004), a atividade física no período gestacional mantém ou melhora o condicionamento físico, diminui os possíveis sintomas indesejáveis, controla o peso corporal, facilita o trabalho de parto e, ainda, melhora a recuperação pós-parto. Desta forma, conhecendo-se os benefícios da prática de exercícios físicos para as gestantes e sabendo-se que os PSF's disponibilizam ações voltadas para este grupo, esse estudo vem levantar alguns questionamentos: será que as ações sobre atividades físicas e práticas corporais na atenção a gestante no Programa de Saúde da Família (PSF) acontecem de forma efetiva?

QUESTÕES INVESTIGADAS

Há quanto tempo o PSF dispõe de serviços para as gestantes e quais as modalidades oferecidas?

Quais os profissionais envolvidos diretamente com a atenção à gestante?

Qual o perfil sociodemográfico das gestantes e há quanto tempo elas recebem atendimento no PSF?

1.1 OBJETIVOS

Geral

Analisar a existência de ações sobre exercícios físicos e práticas corporais na atenção a gestante no Programa de Saúde da Família (PSF)

Específicos

- Identificar os tipos de serviços para gestantes nos PSF's;

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das gestantes que participam das ações do PSF;
- Determinar os temas abordados pelos profissionais de saúde sobre exercícios físicos e práticas corporais para gestantes;
- Verificar as ações utilizadas sobre exercícios físicos e práticas corporais na atenção as gestantes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Para se entender sobre a atual conjuntura da Política de Saúde no Brasil faz-se necessário uma discussão de todos os seus momentos desde sua origem até os dias atuais. Vale salientar que, para tal, é essencial conhecer quais foram os determinantes históricos contidos neste processo, pois não se pode analisar a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil sem analisar junto a esta a evolução político-social e econômica pela qual o Brasil passou ao longo do tempo. No período inicial da colonização não existia qualquer programa de atenção à saúde da população. Os recursos para a prevenção e cura das doenças eram oriundos apenas da terra; as ervas, por exemplo, eram prescritas pelos curandeiros que exerciam o papel de médicos, porém com a vinda da família real ao Brasil, esse cenário começa a mudar criando-se assim a necessidade de organização de uma estrutura sanitária mínima (POLIGNANO, 2001).

Segundo Polignano (2001), até 1850 as atividades de saúde pública estavam limitadas à saúde dos portos, ao controle dos navios e à delegação das atribuições sanitárias municipais. Entre essas atividades destacou-se, no ano de 1808, a criação Colégio Médico-Cirúrgico na Bahia e a Escola de Cirurgia no Rio de Janeiro. Durante a república velha (1889-1930) o país passa por mudanças expressivas no campo econômico. A atividade cafeeira favorece a industrialização, o aumento da população urbana devido à imigração e a expansão das atividades comerciais.

No que se refere à situação de saúde, esse período foi marcado pela presença de diversas doenças graves como a febre amarela, a malária, a varíola e a peste. Esse quadro de epidemias gerou sérias consequências para o setor do comércio exterior, diminuindo o número de pessoas dispostas a vir para o Brasil. Esse fato forçou o governo da época a criar estratégias para mudar essa realidade (LIMA, 2005). O então presidente do Brasil, Rodrigues Alves, nomeia Oswaldo Cruz como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública. Nesse período, foram criados e implementados os serviços e programas de saúde pública em nível

nacional. Oswaldo Cruz adotou o modelo das ‘campanhas sanitárias’, destinado a combater as epidemias urbanas e, posteriormente, as endemias rurais (BRASIL, 2005).

Mais tarde foi criada uma lei que instituía a vacina anti-varíola como obrigatória. Surge, então, um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história como a “revolta da vacina”. Apesar da forma arbitrária e dos abusos cometidos, tais como a derrubada maciça de bairros pobres, os arrombamentos de casas, a queima de roupas e colchões, Oswaldo Cruz, durante suas campanhas, obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas (POLIGNANO, 2001). Posteriormente, em 1920, o seu sucessor Carlos Chagas reestruturou o Departamento Nacional de Saúde e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial (LIMA, 2005).

De acordo com Polignano (2001), nesse período foram criados órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial se destacaram como problemas individualizados. As atividades de saneamento se expandiram para outros estados além do Rio de Janeiro. Foi criada a Escola de Enfermagem Anna Nery (em 1923, no Rio de Janeiro), fato de grande relevância para a formação da política de saúde visto que até esse momento o Brasil não possuía enfermeiros. Algumas medidas foram tomadas no que diz respeito às questões de higiene e saúde dos trabalhadores, sendo uma das mais importantes a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) em 1923, conhecida como a lei Elói Chaves, que para alguns autores pode ser definida como marco do início da Previdência Social no Brasil. As CAP's eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos trabalhadores. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos pontos como assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos, além de aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Segundo Bravo (2006), as alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 30 têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores. A política de

saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o da saúde pública e o da medicina previdenciária. Este último, fornecida basicamente pelos serviços privados, atendia apenas aos trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes. O subsetor da saúde pública foi predominante até meados de 1960 e se centralizou na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só veio a sobrepujar o da saúde pública a partir de 1966 (BRAVO, 2006). Em 1930 cria-se o Ministério da Educação e Saúde Pública e em 1953 o Ministério da Saúde, que significou um mero desmembramento do antigo ministério, citado inicialmente, sem conseguir atender os importantes problemas de saúde pública (POLIGNANO, 2001).

A Política Nacional de Saúde, que vinha sendo esboçada desde a década de 30, foi fortalecida no período de 1945-1950. Durante a 2ª Guerra Mundial, juntamente com órgãos do governo norteamericano e sob o patrocínio da Fundação *Rockefeller*, cria-se o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Em 1948, com o Plano Salte (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949-1953, mas não foi implementado (BRAVO, 1999). Em um contexto de grandes manifestações populares contra a ditadura, que leva à deposição de Getúlio Vargas em outubro de 1945 e posteriormente à elaboração de uma Constituição democrática com moldes liberais, o Brasil vive, até 1964, um período conhecido como redemocratização em que fatos como as eleições diretas, a formação de vários partidos políticos e a liberdade de imprensa marcam o cenário político da época (BRASIL, 2005).

No período que se estendeu de 1964 a 1974, período da ditadura militar, os problemas até então acumulados não foram resolvidos, mas sim, agravados. O Estado, com o intuito de manter e até aumentar seu poder sobre a sociedade, de suavizar as tensões sociais, de conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital, utilizou como intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal (BRAVO, 2006). As ações de Saúde Pública nesse período envolveram a promulgação do Decreto Lei 200 em 1967, que estabelecia como competência do Ministério da Saúde itens como a formulação e coordenação da Política Nacional da Saúde, a responsabilidade pelas atividades

médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral, o controle de drogas, de medicamentos e de alimentos, a pesquisa médica-sanitário. Outros itens abordados referem-se à criação, em 1970 da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) e em 1975, do Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, nos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (POLIGNANO, 2001). De acordo com Bravo (2006), a Política Nacional de Saúde, no período de 1974 a 1979, enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário.

A década de 80 tem em seu histórico um marco importante no caminho para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a 8ª Conferência Nacional de Saúde que inaugurou um processo de participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde, que objetivava ser ampliado, aprimorado e regulamentado nas conferências posteriores. Participaram dos debates entidades representativas da população como moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e parlamento (ESCOREL; BLOCH, 2005). A nova Constituição Brasileira aprovada pela Assembleia Nacional Constituinte em 1988 incorporou pela primeira vez uma seção sobre a saúde adotando a Reforma Sanitária e a do SUS. A criação do SUS pela Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade, organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (CUNHA; CUNHA, 1998).

O SUS é um sistema formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, estados e municípios), bem como pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público (BRASIL, 2005). Conforme Polignano (2001), a abrangência dos objetivos propostos e a existência de desequilíbrios socioeconômicos regionais impediram que a implantação do SUS fosse uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, pois para que isso ocorra é necessário uma grande

disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política a nível federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema.

A década de 90 traz junto o neoliberalismo e tudo o que foi construído em cima da Política da Saúde na década de 80 vai sendo desconstruído nesse período. O Estado deixava de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social e transferia essa função para o setor privado. Assim, no decorrer desse novo sistema é notável a volta e criação de problemas como desemprego, precarização do trabalho, redução dos direitos sociais e trabalhistas, desmonte da previdência pública e sucateamento da saúde e da educação (BRAVO, 2006). Durante esse período, no que diz respeito ao SUS, mesmo com declarações de apoio por parte do setor privado, nota-se um descumprimento das regras constitucionais e legais e uma total omissão por parte do governo federal no que se refere às ações de regulamentação e fiscalização da saúde em geral. O avanço do SUS começa a ser comprometido e alguns princípios doutrinários como a equidade e a integralidade vão sendo desrespeitados (BRAVO, 1999). Segundo Bravo (2006), a proposta de reforma do Estado para o setor da saúde, ou contra-reforma, na década de 90, era dividir o SUS em dois: o hospitalar e o básico. Outro ponto seria o da remuneração por produção, fator incontrolável de corrupção, aplicando-se mal os recursos destinados à saúde. Nesse contexto, o projeto da reforma sanitária (1988) e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista (segunda metade da década de 90) convivem em constatare tensão. Enquanto o primeiro tem como uma de suas estratégias o SUS e preocupa-se em assegurar que o Estado atue em função da sociedade. O projeto de saúde, articulado ao mercado, ou seja, o privatista busca garantir, através do Estado, um mínimo aos que não podem pagar os serviços de saúde e através do setor privado, o atendimento dos que tem acesso ao mercado (BRAVO, 1999).

No decorrer do curto governo do presidente Fernando Collor (1990-1992), era notável a pouca simpatia pelo projeto de descentralização do SUS, tendo como estratégia ampliar o controle político do governo federal sobre os estados e municípios (ARRETCHE, 2005). Para orientar o processo de descentralização o Ministério da Saúde emitiu Normas Operacionais Básicas (NOB's) que se tornaram o principal instrumento da reforma a partir da década de 1990. Durante o governo Collor foram editadas as primeiras NOB's com regras que pretendiam reduzir a autonomia dos municípios, criando incentivos para forçá-los a aceitar as propostas

do governo federal (POLIGNANO, 2001). No período de 1993 a 1994, governo de Itamar Franco, ao contrário do que ocorreu no governo Collor, o projeto de descentralização do SUS recebe mais atenção. Um Grupo Especial de Descentralização (GED), integrado por representantes do Ministério da Saúde e autoridades da saúde dos estados e municípios, foi criado para formular uma nova NOB (NOB 93) que substituísse a do governo anterior (NOB 91). A NOB 93 deu maior ênfase à municipalização da saúde; criou a CIT - Comissão Intergestores Tripartite e a CIB - Comissão Intergestores Bipartite, como órgãos de assessoramento técnico ao Conselho Nacional de Saúde e aos Conselhos Estaduais de Saúde, respectivamente (ARRETCHE, 2005).

Posteriormente, Fernando Henrique Cardoso assume o governo no período de 1995 a 2003, mantendo e intensificando a implementação do modelo neoliberal, atrelado a ideologia da globalização. Com o agravamento da crise de financiamento do setor saúde, o então Ministro da Saúde, Adib Jatene, propõe a criação da CPMF (Contribuição provisória sobre movimentação financeira) com o intuito de arrecadar recursos destinados, exclusivamente, à área da saúde (POLIGNANO, 2001). A NOB 96, emitida durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, estabeleceu uma maior responsabilidade dos municípios para com a saúde, por meio da Gestão Plena Municipal da Saúde, cabendo aos Estados a função de meros mediadores. A União ficava incumbida de normalizar e financiar e o município de gerir e executar. A estratégia de permitir que estados e municípios escolhessem o nível de responsabilidade em saúde que estavam interessados e qualificados para assumir foi mantido. Esses níveis seriam: assumir a responsabilidade da totalidade dos serviços de atenção básica ou ser responsável pelo sistema local de saúde (ARRETCHE, 2005).

Uma das alterações mais importantes introduzidas pela NOB 96 refere-se à forma como os recursos financeiros do governo federal seriam repassados para os municípios. Esse repasse passou a ser efetuado com base num valor fixo chamado de Piso Assistencial Básico (PAB) e não mais vinculado à produção de serviços, o que possibilitou aos municípios desenvolverem novos modelos de atenção à saúde da população. Além disso, o município poderia receber incentivos para desenvolver determinadas ações de saúde agregando valor ao PAB. Tais ações seriam: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Programa de Saúde da Família (PSF); Assistência Farmacêutica básica; Programa de combate as

Carências Nutricionais; ações básicas de vigilância sanitária; ações básicas de vigilância epidemiológica e ambiental (POLIGNANO, 2001).

2.2 O A ORIGEM DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

O PSF não nasceu de uma iniciativa isolada ele fez parte de um enumerado de medidas de reforma no setor da saúde nos anos 90. De acordo com Senna (2002), a política da saúde na segunda metade dos anos 90 caracteriza-se pela implementação de novos programas, ações regulatórias e modalidades de alocação de recursos, visando aumentar os níveis de equidade e eficácia do SUS. Em 1991, o Ministério da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), tendo como objetivo principal, intervir na extensão de cobertura dos serviços de saúde nas áreas mais pobres, contribuindo assim para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, como também o controle das doenças epidemiológicas (VIANA; POZ, 2005). Pode-se afirmar que o PACS, juntamente com o êxito em suas experiências, constitui os pilares para a implantação do PSF no país. Tendo em vista que uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que pela primeira vez há um enfoque na família e não só no indivíduo, dentro das práticas da saúde.

Um conceito importante, antes de se começar a falar no que propõe o PSF, é o conceito de atenção básica. Que conforme Brasil (2007) é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Com base nesse conceito, pode-se afirmar que o PSF, criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, foi concebido como um conjunto de medidas de reorganização da atenção básica na perspectiva de se constituir-se em uma das estratégias de reorientação do modelo de atenção à saúde da população no âmbito do SUS (SENNA, 2002). O PSF é um jeito novo de tratar a saúde, promovendo a qualidade de vida, prevenindo doenças e resolvendo a maior parte dos problemas antes que eles se agravem ou, até mesmo, evitando que eles comecem. No que se refere à forma de financiamento, em sua origem, esta foi efetivada por meio de um convênio firmado entre o Ministério da Saúde,

estados e municípios. Algumas exigências e critérios eram seguidos durante a seleção de municípios aptos a receberem o PSF, tais como: interesse da comunidade, necessidades locais de saúde, oferta de serviços, estudo da demanda, existência de apoio diagnóstico terapêutico e disposição da administração municipal (VIANA; POZ, 2005).

Na sua implementação, cada equipe do PSF foi formada por um médico generalista, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, atendendo a uma área de 4.500 habitantes e tendo uma unidade básica de saúde como referência, tal unidade torna-se a porta de entrada do paciente na rede do SUS (SENNA, 2002). O PSF trouxe inovações nas práticas de atenção à saúde da população, a exemplo de: trabalhar com uma percepção de saúde que envolve cura, prevenção e promoção; buscar o vínculo entre famílias e os profissionais da equipe; estimular a participação crítica nas questões da saúde da comunidade. Embora que estas inovações estejam sendo incorporadas ao processo de formação dos profissionais da saúde, esta rápida expansão do PSF demanda, a cada dia, profissionais capacitados a lidar com estas inovações e adapta-las as diferenças locais e regionais (Ministério da Saúde, 2000). No atual cenário as equipes podem ser compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista e auxiliares de consultórios dentários. Posteriormente, no ano de 2008, criam-se os NAFS com o objetivo de garantir uma melhor atenção e uma maior abrangência das ações da atenção básica. As equipes desses núcleos são formadas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento incluindo o profissional de Educação Física, que deve atuar de forma conjunta em prol da qualidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS, inclusive de gestantes.

2.3 INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (PEF) NO PSF

A Educação Física no decorrer da sua evolução histórica vem buscando mostrar a sua importância e lutando para que cada vez mais a sociedade e o poder público reconheçam seu valor. Com a regulamentação profissional da educação física, no âmbito não escolar, uma nova realidade surgiu no que se refere ao seu campo de intervenção. No seu artigo^{1º} a Resolução 046/02 traz que:

O Profissional de Educação Física é especialista em atividades físicas, nas suas diversas manifestações – ginásticas, exercícios físicos, desportos, jogos, lutas, capoeira, artes marciais, danças, atividades rítmicas, expressivas e acrobáticas, musculação, lazer, recreação, reabilitação, ergonomia, relaxamento corporal, ioga, exercícios compensatórios à atividade laboral e do cotidiano e outras práticas corporais -, tendo como propósito prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação e da saúde, contribuindo para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento fisiocorporal dos seus beneficiários, visando a consecução do bem estar e da qualidade de vida, da consciência, da expressão e estética do movimento, da prevenção de doenças, de acidentes, de problemas posturais, da compensação de distúrbios funcionais, contribuindo ainda, para consecução da autonomia, da auto-estima, da cooperação, da solidariedade, da integração, da cidadania, das relações sociais e a preservação do meio ambiente, observados os preceitos de responsabilidade, segurança, qualidade técnica e ética no atendimento individual e coletivo (BRASIL, 2002).

Assim, fica claro que o PEF dentro da sua área acadêmica-profissional, possui um leque de intervenções com foco em diferentes formas e modalidades de exercício físico, buscando prevenir, promover, proteger e reabilitar a saúde. No quadro abaixo segue alguns tópicos importantes mostrando como o PEF conseguiu seu espaço no setor da saúde pública como também traz o que a literatura tem a dizer sobre o tema.

Quadro 1 – Revisão Bibliográfica da inserção do PEF no âmbito da saúde segundo Autor, Ano e Evidência.

AUTOR	ANO	EVIDÊNCIA
NAHAS E CORBIN	1982	A orientação para a prática de atividades físicas relacionadas à saúde é uma das tarefas educacionais essenciais realizadas pelo educador físico.
BRASIL	2002	O educador físico vem atuando como um agente transformador social através da promoção de uma educação física permanente para a saúde como meio eficaz para a conquista de melhor estilo de vida para a população.
COELHO	2002	A inserção do educador físico no PSF desenvolveu as estratégias de prevenção, promoção e manutenção da saúde, através de atividades físicas orientadas, avaliação física, lúdicas, recreativas, palestras, encontros com todos os grupos populacionais.
CONFED	2002	O PEF é reconhecido como profissional da saúde a partir da Resolução nº 218, de 6 de março de 1997 pelo Conselho Nacional de Saúde.
BATTAGLION	2003	A educação física insere-se na saúde pública, procurando integrar atividades físicas direcionadas à concepção abrangente de saúde, como meio positivo e dinâmico na melhoria da qualidade de vida, através de programas de exercícios físicos para desempenhar importante papel na prevenção, conservação e melhoria da capacidade funcional dos indivíduos, visando o auto cuidado e a responsabilidade pela própria saúde.

ALCÂNTARA	2004	A atuação do educador físico na Estratégia de Saúde da Família, busca nas suas ações desenvolver atividades que propiciem a implementação de políticas e programas que visem o desenvolvimento da saúde local, atuando nos diferentes níveis de atendimento da mesma com ênfase nos atendimentos primários e secundários.
ALCÂNTARA	2004	O PEF deve atuar em equipes multiprofissionais destinadas a planejar, coordenar, supervisionar, implementar, executar e avaliar atividades na área da saúde, educação e esporte. Atuar também na proteção e prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação nos problemas de saúde.
LUCENA	2004	O objetivo da educação física no PSF é fomentar e promover estilo de vida saudável, através da prática de atividade física nas suas diferentes manifestações.
COUTINHO	2005	O PEF deve contribuir para a produção da saúde, pelo menos preventiva, através da realização de atividades físicas, como também instruir as pessoas para que as mesmas se conscientizem de seus limites, visando prevenir agravos e ainda ressaltar as vantagens do exercício físico.
CECIM; BILIBIO	2007	A Educação Física terá que aprender em atuação os saberes e as práticas de cuidado em enfermagem, de escuta da psicologia, de composição de redes sociais do serviço social, de tratamento da medicina, etc.
FREITAS	2007	A expectativa da Educação Física nos serviços de saúde vai além das atividades desenvolvidas nos centros esportivos, clubes e academias.
BRASIL	2008	A Portaria nº154, de 24 de janeiro de 2008, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – que deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes, entre estes profissionais se enquadra o PEF.
BRASIL	2008	Precisa atuar segundo a concepção da vigilância em saúde, minimizando riscos à saúde, violência e incentivando o auto cuidado; necessita estimular a inclusão social com ampliação e valorização dos espaços públicos de convivência.
MALTA et al	2009	Em 2006 ocorre a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). E em 2008 o PEF é incorporado às equipes de saúde da família.
MALTA et al	2009	Entre os desafios eleitos para o biênio 2006-2007, destaca-se a indução de atividade física/práticas corporais, reconhecido fator de proteção contra os riscos que ameaçam a saúde.
SIQUEIRA et al	2009	Incorporar novas práticas saudáveis que possam trazer benefícios à população é um dos desafios impostos a toda estrutura da atenção básica.[...] orientar a realização de atividade física, é fundamental para a difusão de comportamentos saudáveis para a população da área de cobertura dos serviços.

O PEF, no contexto da Secretaria de Saúde do município de João Pessoa, atualmente vinculado ao NASF atua no campo do Matriciamento, que tem como estratégia superar a fragmentação de saberes e práticas na organização, visando construir práticas horizontais e descentralizadas. O apoiador matricial, assim como são chamados, é um profissional da área da saúde podendo ser, além do educador físico, enfermeiro, assistente

social, psicólogo, fisioterapeuta, odontólogo, farmacêutico, nutricionista e médico. A equipe do NASF atua de forma matricial com toda a rede de serviços, prestando assistência as equipes de saúde da família.

2.4 ATIVIDADE FÍSICA NO PERÍODO GESTACIONAL

Sabe-se que a prática de atividade física é fator indispensável para a melhoria da qualidade de vida bem como para a prevenção e tratamento de diversas doenças (CHISTÓFALO et al, 2003). É unânime que, adquirir “qualidade de vida” engloba aspectos que estão interligados e que tem relação direta com as condições materiais necessárias à sobrevivência e à satisfação das necessidades humanas básicas, tais como acesso de qualidade a um sistema educacional e de saúde, a uma alimentação adequada, a um vínculo ocupacional satisfatório que gere renda, posse de uma habitação digna. Entretanto, valores, como solidariedade, liberdade, inserção social e acesso à informação, preservação e proteção do ecossistema, políticas de desenvolvimento econômico social sustentável, também devem ser considerados. De acordo com Minayo e colaboradores (2000) qualidade de vida é uma noção humana e relativa de vida, pelo menos, ao contexto histórico, cultural e de classes sociais, interligada ao grau de satisfação pessoal, ao conforto e bem estar. Abrange os mais diferentes olhares, objetivos ou subjetivos, seja da ciência, de outras disciplinas, do senso comum, da coletividade ou do indivíduo. Quando direcionada à saúde, reflete a capacidade de viver sem doenças, superar dificuldades, estados e condições de morbidade.

No que se refere à prática de atividade física por gestantes nota-se que esta está se integrando, e de forma crescente, nesse grupo. Antigamente, em especial no período final da gestação, aconselhavam-se as gestantes a reduzirem suas atividades e até mesmo seu trabalho ocupacional alegando que o exercício aumentaria o risco de parto prematuro por meio da estimulação da atividade uterina (Artal; Gardin, 1999). Essa perspectiva começa a mudar em meados da década de 90. De acordo com o American College of Obstetricians and Gynecologists (2002) citado por Batista *et al*, a prática regular de atividades físicas no período gestacional deve ser desenvolvida desde que a gestante apresente condições favoráveis para tal e recomenda que a atividade física desenvolvida durante esse período tenha por características exercícios de intensidade regular a moderada, com o programa voltado para o período gestacional em que se encontra a mulher, com atividades centradas nas condições de saúde da gestante, na experiência em praticar exercícios físicos e na demonstração de interesse e necessidade da mesma. Alguns

tipos de atividades físicas como exercícios leves na água, caminhada e bicicleta, já vem se destacando como prática de atividade física durante esse período.

O período gestacional promove inúmeras alterações na fisiologia da mulher, como por exemplo, aumento no volume sanguíneo, do consumo de oxigênio e, conseqüentemente do débito cardíaco. Com o desenvolvimento fetal, também, se observa um aumento no número de capilares, incrementando o fluxo sanguíneo em até 50 % (FICHER, 2003). Outras mudanças presentes na gestação são a dificuldade pelo organismo de equilibrar a temperatura interna, um aumento na freqüência respiratória e, também alteração do centro de gravidade da mulher com o aumento e dilatação do útero dificultando seu equilíbrio (WEINECK, 2005).

Nesse sentido, todas essas mudanças que ocorrem na gravidez devem ser levadas em consideração durante a prática de atividades físicas para que desse modo, sejam seguras para a gestante. Segundo o American College of Gynecology and Obstetrics (2002), a gestante deve continuar se exercitando de forma regular, com tanto que esse exercício seja realizado com intensidade leve a moderado e com freqüência de no mínimo três vezes semanais. Diversos são os benefícios da prática de atividade física durante o período gestacional atingindo diferentes áreas do organismo materno. Com relação a lombalgia e a hiperlordose, o exercício físico atua como um mecanismo de redução bem como prevenção. Ele contribui para adaptação da nova postura física, acarretando, durante a prática de atividade física e do trabalho diário, uma maior habilidade bem como um aumento da flexibilidade (GOUVEIA, 2007). A atividade cardiovascular também sofre alterações, ocorrendo um aumento da mesma nesse período, com a prática de exercícios físicos regulares reduz-se esse estresse cardiovascular acarretando mudanças significativas como por exemplo, freqüências cardíacas mais baixas, maior capacidade de oxigenação, maior volume sanguíneo circulante, prevenção de trombose e varizes como também diminuição da pressão arterial, importante no caso de diabetes com hipertensão.

No âmbito da diabetes gestacional, em mulheres que desenvolvem essa patologia, a atividade física contribui normalizando os níveis glicêmicos, também em mulheres já portadoras de diabetes *mellitus* sob controle, a literatura demonstra evidências de que sob dieta controlada associada à prática de atividade física, os níveis glicêmicos também podem ser mantidos normais (LIMA; OLIVEIRA, 2005). Os exercícios mais indicados para gestantes são a associação entre exercícios aeróbios, para grandes grupos musculares, e exercícios que desenvolvam a força de alguns músculos, como a musculatura abdominal. No entanto, independente da modalidade escolhida o profissional de educação física deve ter alguns cuidados, como exemplo, o aumento da temperatura corporal da gestante, preferindo, assim, realizar atividades em ambientes ventilados e com temperatura agradável (CHISTÓFALO *et al*, 2003). De maneira geral, os exercícios mais praticados são os

aeróbios, sendo amplamente aconselhado para gestantes que não apresentam contra-indicação obstétrica, com a finalidade de melhorar sua capacidade e condicionamento físico e, ainda, melhorar o trabalho de parto (ANDRADE; LOPES, 2005).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo de caráter transversal e cunho exploratório. De acordo com Gomes *et al*, (2004) a pesquisa transversal caracteriza-se por ser realizada em um único instante de tempo, obtendo-se assim um recorte momentâneo do fenômeno investigado. A pesquisa de cunho exploratório tem como objetivo principal o aprimoramento de concepções ou a descoberta de intuições, na maior parte dos casos esse tipo de pesquisa envolve um levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas envolvidas com o problema pesquisado e análise de exemplos que tornem mais fácil de ser compreendido (GIL, 2008).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Considerando-se os aspectos éticos referentes a pesquisas envolvendo seres humanos, o estudo foi submetido à avaliação pela Comissão de Ética do CCS/UFPB. Os participantes da pesquisa foram informados previamente a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa, do anonimato da sua colaboração, bem como da confidencialidade de suas respostas. Foi solicitado aos profissionais dos PSF, bem como as gestantes que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo modelo foi elaborado de acordo com a Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

A população pesquisada delimitou-se aos coordenadores ou apoiadores dos grupos de gestantes das Unidades de Saúde pertencentes aos Distritos Sanitários do município de João Pessoa e as gestantes atendidas nessas unidades. A amostra foi identificada após levantamento do quantitativo de unidades de saúde onde existiam grupos de gestantes, ela foi composta por 1 indivíduo de cada uma das 8 equipes dos PSF, totalizando 8 indivíduos, da cidade de João Pessoa – PB, sendo 5 enfermeiras e 3 apoiadores. Com relação às gestantes, a amostra foi composta por 64 gestantes sendo 8 de cada PSF visitado. Os postos de Saúde da Família do município de João Pessoa estão distribuídos em cinco Distritos Sanitários, assim para este estudo foi realizado um sorteio dentro dos cinco distritos, selecionando assim, quatro destes. Para a seleção das Unidades de Saúde a pesquisadora dirigiu se aos distritos colhendo a informação de três unidades que tinham

grupos de gestantes, foi feito um sorteio e selecionado duas destas. O quadro 2 mostra os Distritos Sanitários com as respectivas unidades.

Quadro 2 – Amostra caracterizada por distrito sanitário e bairro.

DISTRITO SANITÁRIO	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Distrito Sanitário II	Vila Saúde (Pedra Branca II) Qualidade de Vida (Rangel VI)
Distrito Sanitário III	Rosa de Fátima (Mon senhor Magno) Timbó I (Bancários)
Distrito Sanitário IV	Ilha do Bispo I Alto do Céu VI (Mandacarú)
Distrito Sanitário V	Castelo Branco I Altiplano I e II

3.3 INSTRUMENTOS E VARIÁVEIS

Foi utilizado para o levantamento dos dados entrevistas semi-estruturadas (ANEXO), contendo perguntas abertas e fechadas direcionadas aos coordenadores/apoiadores das unidades de saúde dos Distritos supra mencionados e as gestantes atendidas nessas unidades. Foram coletadas informações sobre a quantidade de grupos de gestantes atendidas nas unidades de saúde, sobre o perfil sociodemográfico (idade, estado civil, renda média, escolaridade) das gestantes que participam desses grupos, sobre a existência de doenças de risco, sobre quais os temas abordados nesses grupos e a metodologia utilizada e sobre a existência ou não de orientação voltada à prática de atividades físicas, bem como informações sobre o perfil ocupacional dos profissionais envolvidos nos grupos de gestantes.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA

A pesquisadora, através de uma Carta de Anuência, solicitou aos responsáveis pelos distritos sanitários desta cidade a permissão para aplicação da entrevista nas unidades de saúde, a qual foi concebida. Posteriormente, a pesquisadora dirigiu-se às unidades, apresentou a autorização do responsável pelo distrito sanitário, na qual a unidade pertence e efetuou a entrevista com os profissionais integrantes do PSF (enfermeiras e apoiadores) como também com as gestantes. Assim, a coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada, contendo perguntas abertas e fechadas, junto aos

profissionais dos PSF (enfermeiras e apoiadores) das unidades de saúde dos distritos e também com as gestantes. Os dados foram coletados de forma voluntária tomando-se os cuidados necessários para preservar a identidade e a integridade física e moral dos indivíduos.

3.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para a realização da análise dos dados foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) que permitiu a elaboração das tabelas com frequências simples, percentuais e médias.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos Grupos de Gestantes por Distrito

A tabela 1 mostra a disposição dos PSF quanto aos grupos de gestante no que se refere ao número de gestantes por grupo, faixa etária e doenças de risco. Pode-se perceber que o distrito sanitário II com os PSF I e II, Pedra Branca II e Rangel VI, respectivamente, demonstram uma maior média no número de gestantes atendidas nos dois grupos com 24 gestantes, e uma faixa etária média de 26 anos. No que se refere as doenças de risco, uma gestante apresenta diabetes gestacional e uma apresenta hipertensão. No distrito sanitário V encontra-se o menor número de gestantes atendidas por grupo, fato este que se deve ao pouco tempo de formação dos grupos, cerca de 3 a 5 meses, nele foi encontrado uma gestante com diabetes gestacional e uma com hepatite.

Tabela 1 – Caracterização dos grupos de gestantes por distrito (média do número de gestantes, faixa etária e doenças de risco).

Distrito Sanitário	Média de Gestantes	Média da Faixa etária	Doenças de Risco
DS II (PSF I e II)	24	26	Diabetes gestacional(1) Hipertensão (1)

DS III (PSF I e II)	22	27	Hipertensão	(1)
			Sobrepeso	(2)
DS IV (PSF I e II)	22	24	Hipertensão	(1)
			Sobrepeso	(1)
DS V (PSF I e II)	10	25	Diabetes gestacional(1)	
			Hepatite	(1)

(1); (2): Número de gestantes com doenças de risco.

Entre as diversas áreas de atuação das Equipes de Saúde da Família, a atenção integral à saúde da mulher constitui-se como uma das prioridades no processo de trabalho das equipes de saúde. No âmbito da Saúde da Família, a atenção integral à saúde da mulher, além de englobar e integrar várias estratégias, entre as quais a prevenção do câncer de colo e da mama, planejamento familiar e pré-natal, é ainda responsável por ações relacionadas à redução de DST e Aids, à saúde mental e ao trabalho com vulnerabilidades e especificidades da população feminina (BRASIL, 2009).

Na existência de grupos estruturados, como o caso dos grupos de gestantes encontrados nos oito PSF visitados, estes devem ser apoiados pelas equipes de saúde da família, permitindo que diversos temas sejam abordados entre eles, como por exemplo, o contexto no qual a pessoa esteja inserida. Nos moldes do Ministério da Saúde, foi elaborada uma agenda na qual estão incluídos temas variados conforme a necessidade do grupo, como: assumir a sexualidade e o corpo, inclusive a maternidade; reconhecimento do corpo e como ele funciona; reflexão sobre sexualidade e vulnerabilidades correspondentes (DST e AIDS); formas de agir que reconstruam o sentimento de culpa e responsabilização na mulher, repensando papéis femininos e masculinos; construção de espaços de fala, escuta, acolhimento, reforço de autoestima, além de outros. Várias experiências com grupos de mulheres, coordenadas por outras mulheres ou por profissionais, têm apresentados resultados positivos (BRASIL, 2006).

4.2 Atendimento aos Grupos de Gestantes

Na tabela II, apresenta-se como ocorre o atendimento das gestantes nos grupos. A quantidade de atendimentos ocorre com uma frequência mensal de apenas um encontro, tendo o PSF Alto do Céu VI e Altiplano I e II, uma frequência distinta das demais, com dois encontros mensais. O local para realizações desses encontros, em sua maioria, é na própria unidade de saúde, porém os PSF Pedra Branca II e Alto do Céu VI os realiza em locais na

própria comunidade, como por exemplo, igreja e escola, alegando que assim, mais próximo da comunidade, a possibilidade de aumento na demanda torna-se maior. As atividades desenvolvidas com as gestantes são palestras, com temas que envolvem: aceitação da gravidez, sintomas do trabalho de parto, vacinas, aleitamento materno, alimentação saudável entre outros, como também ocorrem dinâmicas de grupo e esporadicamente, a cada trimestre ou semestre, ou em datas festivas ocorrem atividades extras como, por exemplo, passeio a lugares diferentes. No que concerne ao tema práticas corporais e atividades físicas, não foi encontrado nenhum registro em todas as unidades de saúde, porém, e também esporadicamente, acontecem encontros com fisioterapeutas, para um trabalho de respiração e alongamentos, fato este encontrado em cinco das oito unidades.

Tabela2 – Caracterização da amostra quanto ao serviço prestado aos grupos de gestantes.

PSF	Frequência Mensal	Local de Encontro	Atividades Desenvolvidas	Práticas Corpor./ Ativ. Físicas
Pedra Branca II	1	Comunidade (Igreja)	Palestras Dinâmicas	Não
Rangel VI	1	Unidade	Palestras Dinâmicas	Não
Monsenhor Magno I	1	Unidade	Palestras Dinâmicas	Não
Timbó I	1	Unidade	Palestras Dinâmicas	Não
Ilha do Bispo I	2	Unidade	Palestras Dinâmicas	Não
Alto do Céu VI	1	Comunidade (Escola)	Palestras Dinâmicas	Não
Castelo Branco I	1	Unidade	Palestras Dinâmicas	Não
Altiplano I e II	2	Unidade	Palestras Dinâmicas	Não

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), dentre as diretrizes para atuação do profissional no âmbito das práticas corporais e atividades físicas está o desenvolvimento junto à equipe de saúde da família de ações intersetoriais pautadas na demanda da comunidade e no foco do trabalho com grupos, com exemplo, o grupo das gestantes. Traesel et al (2004), relatam que, em trabalhos com grupos, é preciso haver comunicação e linguagem clara, para que o intercâmbio de experiências e conhecimentos aconteça, permitindo que o usuário se aproprie do conhecimento técnico sem descaracterizar o conhecimento popular, desencadeando no usuário a responsabilização pelo cuidado de sua saúde. Para Battaglion (2006), a educação física insere-se na saúde pública, procurando integrar atividades físicas direcionadas à concepção abrangente de saúde, como meio

positivo e dinâmico na melhoria da qualidade de vida, através de programas de exercícios físicos para desempenhar importante papel na prevenção, conservação e melhoria da capacidade funcional dos indivíduos, visando o auto cuidado e a responsabilidade pela própria saúde. Com base no exposto e em comparação com os dados obtidos constata-se um verdadeiro descompasso no âmbito das proposições e no da efetividade de ações com relação à prática de atividades físicas e práticas corporais nos grupos de gestantes.

4.3 Caracterização do Perfil das Gestantes

Quanto ao perfil das gestantes atendidas nos grupos a tabela 3 mostra que, entre as 64 gestantes entrevistadas 50% delas estão em uma faixa etária entre 15 e 25 anos e 14,1% delas são maiores de 36 anos, tendo a de maior idade 40 anos. No que se refere ao estado civil 9,4% delas são viúvas, 67,2% são casadas e 23,4% são solteiras, neste último grupo encontra-se as gestantes menores de 18 anos. Quando perguntado sobre o número de gestações, 11 das 64 gestantes, todas elas menores de idade, responderam que se tratava da 1ª gestação, número este que representa 17,2% do total e com 62,5% prevaleceu o número de 2 a 4 gestações. Todas as gestantes entrevistadas eram moradoras de comunidades carentes, com rendas mensais bastante baixas, 51,6% delas têm mensalmente uma renda de, no máximo, 300 reais; 24 delas possuem uma renda de 300 a 500 reais e apenas 7 gestantes, 10,9% possuem renda mensal de até 800 reais e não foi encontrado no grupo entrevistado uma renda superior a 800 reais.

Tabela 3 – Caracterização do perfil da amostra de gestantes(N-64)

Variáveis	Frequência	%
Idade(anos)		
15 a 25	32	50
26 a 36	23	35,9
mais de 36	9	14,1
Estado civil		
Solteira	15	23,4
Casada	43	67,2
Viúva	6	9,4
Escolaridade(anos)		
Menos de 9 anos	44	68,7
Entre 9 e 12 anos	17	26,6
Não freqüentou	3	4,7
Renda familiar		
Até 300 reais	33	51,6
Entre 300 e 500 reais	24	37,5
Até 800 reais	7	10,9
Mais de 800 reais	0	0
Nº de gestações		
1ª	11	17,2
Entre 2 e 4	40	62,5
5 ou mais	13	20,3
Total	64	100%

4.4 Prática de exercícios físicos nos Grupos de Gestantes

No que se refere à prática de atividade física habitual antes da gestação, a tabela 4 demonstra que 13 das 64 gestantes praticavam algum tipo de atividade física habitual no período anterior a gestação, o que significa um percentual de 20,3% do total, a caminhada foi a resposta dada com unanimidade ao tipo de atividade praticada, a frequência semanal foi a seguinte: 2 delas responderam 2 vezes, 6 responderam 3 vezes e 5 responderam 5 vezes. As não praticantes de atividade física habitual representam um percentual de 79,7% (51 gestantes), os motivos elencados para tal fato foram: falta de motivação (15 gestantes), falta de tempo (9 gestantes), por achar que não necessita (8 gestantes) e pela falta de um profissional de educação física para orientar (19 gestantes). Quanto a prática de atividade física habitual durante a gestação observa-se que das 64 gestantes apenas 5 praticam alguma atividade física, em comparação com o resultado anterior pode-se afirmar que houve um declínio no número de gestantes praticantes de atividade física habitual, de 13 para 5 praticantes, após o início da gestação. Os motivos elencados para a desistência dessa prática foram os seguintes: 2 responderam a falta de um profissional de educação física para orientá-las e 6 responderam que o medo de fazer um esforço excessivo e causar algum dano ao bebê as fizeram desistir. Pode-se perceber, ainda na tabela 3, que 70,31% das gestantes não conhecem os benefícios da prática de atividade física habitual no período gestacional e que 29,7% delas embora conheçam os benefícios, a maioria não praticam tanto pelo fator medo como também pela falta de um profissional para orientá-las. Este fato demonstra a importância da inclusão do Educador Físico atuando de forma conjunta com a comunidade e com os grupos das gestantes.

Tabela 4 – Número de gestantes referente à prática de atividades físicas habituais antes/durante a gestação e referente ao conhecimento dos benefícios dessa prática durante o período gestacional.

Prática de AF habitual	Frequência	%
Antes da Gestação		
SIM	13	20,3
NÃO	51	79,7
Durante a Gestação		
SIM	5	7,8
NÃO	59	92,2
Conhecem os Benefícios		
SIM	19	29,7
Não	45	70,3
Total	64	100%

Kardel e Kase (1998) analisando o desenvolvimento e o crescimento fetal de bebês nascidos de 42 gestantes saudáveis, subdivididas em dois grupos (intensidade alta e

intensidade moderada), não encontraram qualquer diferença entre os grupos quanto ao peso de nascimento. Os autores concluíram que o estado de saúde e o bom condicionamento das gestantes podem ter desempenhado papel fundamental para este resultado. No estudo de Hatch et al (1999), observou-se que as gestantes que se exercitaram durante todos os três trimestres da gestação, tenderam a ter bebês com peso maior do que aquelas que eram sedentárias ou as que iniciaram atividade física já no segundo ou no terceiro trimestre. Para a análise, os autores, subdividiram o grupo em três subgrupos: praticantes com intensidade leve/moderada, praticantes com intensidade alta e não praticantes de atividade física. Ajustando os dados por idade gestacional e peso ao nascer, o condicionamento físico anterior à gestação foi altamente relevante para o bom crescimento fetal, tendo em vista que o grupo de gestantes que praticaram exercícios de intensidade alta apresentou aumento de peso fetal em torno de 300 gramas, enquanto aquelas que não praticaram atividade física, o aumento de peso foi próximo de 100 gramas.

Entende-se que muitas das questões abordadas neste trabalho não se esgotam nestas páginas, visto que o tema saúde mostra-se amplo e com várias faces. Muitos pontos aqui abordados necessitam de uma discussão mais ampla e outros abrem lacunas a serem preenchidas com investigações futuras. Assim sendo, espera-se que as questões abordadas neste trabalho sirvam para provocar futuras pesquisas, além de ressaltar a importância da inclusão dos profissionais de Educação Física nos processos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação nos PSF, visto que ele é o responsável pela efetivação destes processos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do objetivo de verificar a existência de ações sobre Atividades Físicas / Práticas Corporais na atenção aos grupos de gestantes no PSF, verificou-se que não existem ações voltadas para esta prática, esse fato demonstra um descompasso no âmbito das proposições e no da efetividade de ações e vai de encontro ao que propõe o Ministério da Saúde. Sendo importante ressaltar que todos os profissionais entrevistados bem como as gestantes, enfatizaram que seria de grande valor a atuação do Educador Físico junto aos profissionais do PSF, favorecendo a proteção e prevenção de agravos, bem como ajudando no tratamento e na reabilitação de problemas de saúde. Assim, pode ser o Educador Físico um agente transformador na busca de uma melhor qualidade de vida e devendo atuar em prol da promoção da saúde das gestantes junto a comunidade, sendo o PSF um dos meios para essa prática

REFERÊNCIAS

- ALCANTARA, F.C. **Estudo bibliográfico sobre o processo histórico de atuação do educador físico e da sua inserção na estratégia de saúde da família do município de Sobral-Ce**. 2004.65p Especialização em saúde da família – Universidade Estadual Vale do Acaraú. Disponível em: <http://www.saudedafamilia/downloads/nenzinho.pdf> Acesso em: 09 de agosto de 2011.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS: ACOG Committee Opinion nº 267 - Exercise during pregnancy and post partum period. **ObstetGynecol**, v.99, n.1, p.171-3, 2002.
- ANDRADE, J. ; LOPES, C. M. C. Atividade física na gravidez. **RevSocCardiol Estado de São Paulo**,v.3, n.72594, p.193-6, 2005.
- ARRETCHE, Marta. A política da política da saúde no Brasil. In: Lima, Nísia Trindade et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, p.285-306.
- ARTAL, R; GARDIN, S.K. Perspectiva histórica. In: Artal R, Wiswell AR, Drinkwater LR. **O exercício na gravidez**. São Paulo: Manole, 1999.
- BATISTA, D.C et al. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal.**Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.3 n.2, p.151-158, abr./ jun., 2003.
- BATTAGLION, A. N. **O conhecimento e a prática dos acadêmicos de Educação Física com atuação na saúde pública**. 2003. 145 f. Tese(Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- Brasil, Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família**. Brasília, Governo Federal: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. **Projeto Multiplica SUS. Curso Básico Sobre o SUS**. Ministério da Saúde. Brasília: MS, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de jan. de 2008. **Diário Oficial da União** nº43, de 04/03/2008, seção 1, fls.38 a 42.
- BRAVO, Maria Inês Souza. A política de saúde na década de 90: Projetos em disputa. In Superando desafios – **Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro: UERJ, HUPE, v.4, 1999.

_____. Política de Saúde no Brasil. In Mota, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p.88-110.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. Singularidades da Educação Física na Saúde: desafios a educação de seus profissionais e ao matriciamentointerprofissional. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Org.). **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 47-62.

COELHO, M.A.A.A. **O educador Físico na ESF: a experiência de Sobral (Ce)**. In: XVII Outubro médico. 2002 Fortaleza – Ce. Anais. Fortaleza: Centro Médico Cearense, 2002 p. 23.

CONFED. **Formação Superior em Educação Física**. 2002. Disponível em: [HTTP://www.confef.com.br](http://www.confef.com.br). Acesso em 16 de setembro de 2011.

COUTINHO, S. S. **Atividade física no programa do PSF, em municípios do Paraná**. 2005. P155. Mestrado em Saúde Pública – Universidade de São Paulo. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-03122005-102018/publico/COUTINHO_SS.pdf Acesso em 10 de setembro de 2011.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. **Cadernos de Saúde. Planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. cap. 2, p.11-26.

CHISTÓFALO, C.; MARTINS, A. J.; TUMELERO, S. A prática de exercício físico durante o período de gestação. **Revista Digital**. Buenos Aires, v.9, n.59, 2003.

ESCOREL, S; BLOCH, R. A. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: Lima, Nísia Trindade et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 83-119.

FICHER, B.: **Os benefícios e riscos do exercício físico na gestação**. Saúde em Movimento, Rio de Janeiro, novembro, 2003

FREITAS, F. F. **A Educação Física no serviço público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

GOMES, E. S. L.; LIMA, M. F.; SILVA, P. N. G. **Estudo e pesquisa monográfica**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2004. p 34.

GOUVEIA, R. et al. **Gravidez e exercício**: Mitos, evidências e recomendações. Acta. Med. Port.; v. 20, p. 209-214, 2007.

LANDI, A. S.; BERTOLINI, S. M. M. G.; GUIMARÃES, P. O. **Protocolo de atividade física para gestantes: estudo de caso.** Iniciação Científica CESUMAR, v. 6, n. 1, p. 63-70, jan./jun. 2004.

LIMA, F. R.; OLIVEIRA, N. Gravidez e exercício. **Rev. Bras. Reumatol.**; São Paulo, v. 45, n. 3, mai./jun. 2005.

LIMA, N. T, Fonseca CMO, Hochman G. O Sistema Único de Saúde em perspectiva histórica. In: Lima Nísia Trindade et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 27-152.

LUCENA, D. A inserção da educação física na Estratégia da Saúde da Família em Sobral/CE. **Revista de Políticas Públicas – SENARE.** Sobral, n.1, p.87, jan./mar., ano v, 2004

MALTA, D.C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, v.18, n.1, p.79-86, jan./mar. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de atenção básica.** Brasília. 2007

NAHAS, M. V.; CORBIN, C. B. Educação para a aptidão física e saúde: justificativa e sugestões para implementação nos programas de educação física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.3, n.8, p.14-23, 1982.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.** Faculdade de Medicina da UFMG , 2001. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>, acessado em 25/06/2011.

WEINECK, J. **Biologia do esporte.** 7ª Ed. Manole, 2005. p. 768.

SENNA, M. C. M. Equidade e política da saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18(Suplemento), p. 203-211, 2002.

SILVA, S.A.P.S.A pesquisa qualitativa em Educação Física. **Revista Paulista de Educação Física.** v.10, n.1, p. 87-98, jan./jun. 1996.

SIQUEIRA, F. V. et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.203-213, jan. 2009.

TRAESEL C. A. **Educação em saúde**: fortalecendo a autonomização do usuário. In: Acolher Chapecó. São Paulo: Hucitec, 2004.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15(Suplemento), p. 22-264, 2005.

APÊNDICE

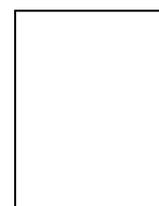
APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa intitula-se ANÁLISE DAS AÇÕES SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS E PRÁTICAS CORPORAIS NA ATENÇÃO A GESTANTE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) e está sendo desenvolvida por Ana Laura Torres de Carvalho, aluna do Curso de Educação Física da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da professora Dr^a Maria do Socorro Cirilo de Sousa. O objetivo do estudo é analisar as ações (orientação e prática de atividade física) voltadas ao atendimento às gestantes nos programas de saúde da família. A finalidade deste trabalho é contribuir para o esclarecimento dos benefícios da prática de atividade física no período gestacional, bem como a importância do acompanhamento de um profissional de educação física nesse período. Solicitamos a sua colaboração para entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo na defesa de trabalho monográfico bem como em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos para a sua saúde. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência quem vem recebendo na Instituição. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

João Pessoa, ___/___/___

Assinatura da testemunha para analfabeto

**IMPRESSÃO DO POLEGAR DIREITO EM CASO DE ANALFABETO**

Contato com a Pesquisadora Responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Ana Laura Torres de Carvalho. Endereço: Rua Carlos R. Prado, 60 – Geisel - João Pessoa – PB, Telefone: (83) 8842-0390. Secretaria Municipal de Saúde Av. Eptácio Pessoa, n.º 1.324 - Torre - João Pessoa, PB - CEP: 58040-000. Telefones: (83) 3214-7947 / 3214-7970. Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – Campus I – Cidade Universitária / Cep: 58.051-900 / bloco: Arnaldo Tavares, sala 812. Telefone: (83) 3216-7791 / email:eticaccsufpb@hotmail.com.

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE PESQUISA**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

Roteiro de questões direcionadas a realização do Projeto: “ANÁLISE DAS AÇÕES SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS E PRÁTICAS CORPORAIS NA ATENÇÃO A GESTANTE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)”, com coordenadores/apoiadores envolvidos nesta política.

DISTRITO SANITÁRIO:**UNIDADE:****ENDEREÇO:****BAIRRO:****TELEFONE:**

1. Qual a formação do profissional?

- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

1.1 Qual o curso?

2. Há quanto tempo trabalha na área da saúde?

- menos de 1ano
- 1 a 2 anos
- 2 a 3 anos
- mais de 3 anos

3. Tem formação/curso complementar direcionado para a área da saúde?

- Sim
- Não

4. Quais os grupos atendidos na unidade?

- Cardiopatas
- Hipertensos
- Diabéticos
- Gestantes
- Crianças

5. Quantas gestantes são atendidas na unidade?

- 1 a 5
- 5 a 10

10 a 15

15 a 20

mais de 20

6. Quantos dias na semana são desenvolvidas atividades com esse grupo?

1

2

3

4

5

7. Que tipo de atividades são desenvolvidas na unidade no que se refere a prática de atividades físicas / práticas corporais?

8. Que outras atividades são desenvolvidas com esses grupos?

**ANEXO II – INSTRUMENTO DE PESQUISA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

Roteiro de questões direcionadas a realização do Projeto: “ANÁLISE DAS AÇÕES SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS E PRÁTICAS CORPORAIS NA ATENÇÃO A GESTANTE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)”, com gestantes atendidas pelos programas de saúde da família.

DISTRITO SANITÁRIO:

UNIDADE:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

TELEFONE:

1. Você praticava alguma atividade física habitual antes da gestação?

() Sim () Não

1.1 Se sua resposta foi SIM, qual?

1.2 Com que frequência por semana?

() 1 vez () 2 vezes () 3 vezes () 4 vezes () 5 vezes

1.3 Se sua resposta foi NÃO, por quais motivos?

A) () por falta de motivação;

B) () por falta de tempo;

C) () por que acha que não é necessário;

D) () por falta de um profissional de educação física para orientar;

E) () outros.

2. Durante a gestação você praticou ou ainda pratica algum exercício físico?

() SIM () NÃO

1.1 Se sua resposta foi SIM, qual?

1.2 Se sua resposta foi NÃO, por quais motivos?

A) () por falta de motivação;

B) () por medo;

C) () por que acha que não é necessário;

D) () por falta de um profissional para orientar;

E) outros.

3. Você conhece os benefícios da prática de exercícios físicos no período gestacional?

SIM NÃO

4. Há quanto tempo você recebe atendimento no PSF?

Questionário socioeconômico:

1. Estado civil:

solteira casada

2. Grau de escolaridade:

ensino fundamental completo

ensino fundamental incompleto

ensino médio completo

ensino médio incompleto

não frequentou escola

3. Quantos filhos:

1 2 3 4 5 mais de 5

4. Renda mensal da família:

até 300 reais

até 500 reais

até 800 reais

mais de 800 reais