

DANYELLE DE CÁSSIA RIBEIRO DE OLIVEIRA

**COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS RELACIONADAS A INTERVENÇÕES EM
ATIVIDADE FÍSICA DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NOS PROGRAMAS DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA DE PERNAMBUCO.**

Recife, 2016

DANYELLE DE CÁSSIA RIBEIRO DE OLIVEIRA

**COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS RELACIONADAS A INTERVENÇÕES EM
ATIVIDADE FÍSICA DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NOS PROGRAMAS DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA DE PERNAMBUCO.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa Associado de Pós-graduação em
Educação Física UPE/UFPB como requisito
parcial à obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde, Desempenho e Movimento Humano

Linha de pesquisa: Epidemiologia da Atividade Física

Orientador: Prof. Dr. Rafael Miranda Tassitano

Recife, 2016

DEDICATÓRIA

Aos maiores presentes que pude receber de Deus. Meus pais, Nilton Ferreira (in memoriam) e Norma Ribeiro. As minhas irmãs Leyla Patrícia e Nilma Kelly.

AGRADECIMENTOS

Grata a Deus, por todas as oportunidades e conquistas concebidas por suas mãos. Sua presença me faz sentir que posso superar quaisquer obstáculos.

Ao meu pai e eterno amor Nilton Ferreira, que em vida, incentivava, torcia, acreditava e que nunca mediu esforços pra investir nos meus estudos. Sei que espiritualmente continua na torcida, me protegendo e cheio de orgulho. A minha linda flor (mãe) Norma Ribeiro, gratidão por toda dedicação, companheirismo, cuidado, apoio emocional e muitas vezes financeiro, agradeço principalmente pela paciência nos meus dias de mau humor. rsrs. É difícil falar de alguém que aconteça o que acontecer não desiste de você, nem imagino como teria sido sem ela. Te amo!!

As minhas irmãs e melhores amigas. Nilma, além de irmã, amigas de profissão, gratidão pelo incentivo, pelos conselhos, por aguentar minhas lamentações e desabafos...rsrs. Você foi uma das responsáveis em me fazer ir de encontro ao que de fato me faz completa dentro da profissão. A minha irmã Leyla, pela torcida, companheirismo, paciência. Ninguém mais do que você sofre tanto com meus altos e baixos..rsrs. Amo vocês eternamente.

Ao meu orientador, Professor Rafael Tassitano só tenho a agradecer pela oportunidade, confiança, aprendizado e principalmente pela compreensão e paciência, além da disponibilidade em todos os momentos.

A Caroline Ramos e Juliana Andrade, pela parceria no projeto SUS+ativo, por todos os momentos compartilhados, a coleta foi à melhor delas. Agradeço principalmente pela compreensão nos momentos em que me fiz ausente. Aos integrantes do Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde – GPES. Ao invés de citar nomes, prefiro agradecer a todos, visto que, são sempre solícitos e companheiros na caminhada um dos outros. Sou feliz por fazer parte do GPES.

Carool preciso abrir um parêntese para você. Começamos juntas, dividimos muuuitos momentos difíceis, angústias, mais também muitas risadas. Uma nova amiga que ficará independente do rumo que iremos tomar.

A todos os excelentes docentes deste programa que tive a oportunidade de conviver e aprender.

Aos membros da banca Prof. Dr. Mauro Virgílio Gomes de Barros, Prof. Dr. José Cazuya de Farias Junior, Prof. Dr. Mathias Roberto Loch, Prof.^a Dra. Maria Cecília Marinho Tenório, agradeço a disponibilidade e sugestões.

Aos meus grandes amigos e família, pela torcida, carinho, pela força nos momentos difíceis e principalmente por compreender minha ausência em tantos momentos. Vocês sabem o quanto são especiais.

Aos meus amigos do Programa Academia da Cidade, pois é assim que os considero. Ricardo Menezes, Raquel Pajeú, Marcílio Paulo, Gledson Oliveira, Renan

Santos, minha imensa gratidão pela confiança e apoio nos diversos momentos conturbados e em que muitas vezes precisei me ausentar. A Tatiana Holmes e Eduardo Capilé que estiveram mais próximos em fases distintas nesses dois anos, agradeço dizendo que é exatamente nos momentos mais difíceis que conhecemos a generosidade das pessoas que nos rodeiam.

As secretarias municipais de saúde do estado de Pernambuco, em especial aos atores envolvidos, profissionais, gestores e usuários dos programas de promoção da saúde da Atenção Básica. Como militante do SUS, fui feliz em participar de um projeto onde pude perceber o quanto minha profissão pode somar para sua consolidação. Espero que os resultados deste trabalho possam contribuir de alguma forma para qualificação dos profissionais que atuam com intervenção em atividade física nos programas de promoção da saúde da atenção básica.

Ao meu ex-parceiro de trabalho do polo Alto do Capitão, Luiz de Assis, agradeço o apoio e paciência nos momentos de ausência enquanto estive atuando na ponta.

Gratidão aos novos amigos, conquistados no programa ao longo dos dois anos. Carla e Deise, pela parceria nas disciplinas, por virar a noite via Skype e whatsapp finalizando trabalhos, pela generosidade, atenção e carinho. Espero levar a amizade de vocês pra sempre. Socorro Carlinhaaaa... rsrs.

"O impossível está a um passo da nossa
superação, a partir do momento que nos
superamos algo impossível se realiza..."

(Sérgio Pinheiro)

RESUMO

O objetivo desse estudo foi analisar os níveis de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas a intervenções em atividade física dos profissionais que atuam nos programas de promoção da saúde da Atenção Básica de Saúde (ABS) de Pernambuco, assim como realizar um mapeamento do perfil desses profissionais quanto às características sociodemográficas, de formação inicial, formação continuada e educação permanente. Foi realizado um estudo transversal, de abrangência estadual, parte de um projeto denominado SUS+Ativo (Avaliação dos programas e intervenções relacionadas à atividade física na rede de atenção básica à saúde no estado de Pernambuco). Para a análise das competências foi construído e validado um instrumento autoaplicado, intitulado “Questionário para avaliação de intervenções para promoção da atividade física (AF) na atenção básica à saúde”.

Para análise de competências foi utilizada as dimensões de conhecimento sobre abordagens e ferramentas para promoção da atividade física na ABS (7 questões), habilidades (9 questões) e atitudes (7 questões). Para análise de competência de conhecimentos, habilidades e atitudes, foi realizado um somatório de questões por cada dimensão (as opções de resposta iam de 1 a 5). Os indicadores de respostas foram categorizados em: Satisfatório (quando o profissional referia ter nível alto/muito alto); Insatisfatório (quando o profissional referia ter nível médio/baixo/ muito baixo). Essa classificação foi utilizada para mensurar os tipos de conhecimento, habilidade e atitude percebida. Foi classificado como alto ou muito alto apenas aqueles que usaram essa classificação em todas as questões da dimensão (5 pontos). A tabulação dos dados foi realizada por meio da leitura ótica, utilizando o software SPHYNX[®]. Para as análises dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS (versão 16). Para descrever o perfil dos profissionais foram utilizadas as dimensões: sóciodemográficas, atuação profissional, formação inicial, continuada e educação permanente, com as seguintes categorizações das variáveis: tempo de formação (≤ 5 anos, > 5 e ≤ 10 anos e > 10 anos), tempo de atuação profissional (≤ 3 anos, > 3 e ≤ 6 anos, > 6 anos), tempo de atuação na ABS (≤ 1 ano, > 1 e ≤ 3 anos, > 3 anos) e tempo de atuação em programa de AF (≤ 1 ano, > 1 e ≤ 3 anos, > 3 anos), quantidade de participação em cursos, eventos e capacitações em AF nos últimos 12 meses (nenhum curso, 1 a 2 cursos, e 3 ou mais cursos), quantidade de participação em cursos, eventos e capacitações em diversas áreas do conhecimento nos últimos 12 meses (nenhum curso, 1 a 2 cursos, e 3 ou mais cursos), região geográfica (Metropolitana, Agreste, Zona da Mata, Região do São Francisco, Sertão). Por fim, foi criada uma variável a partir do somatório das experiências curriculares relacionadas à ABS (nenhuma experiência, 1 a 3 experiências e 4 a 7 experiências). Foram realizadas análises descritivas (frequência) para as variáveis, nível conhecimento, habilidades, atitudes, formação inicial, tempo de atuação, formação continuada, educação permanente e região. Para análise inferencial será utilizado o teste de qui-quadrado, considerando um $p < 0,05$, para testar a associação entre as variáveis dependentes e independentes. A maioria dos profissionais (92,9%) tem formação superior completa, sendo 65,1% em Educação Física. Destes, 36,7% tem mais de três anos de atuação na atenção básica e 67,3% são contratados de forma temporária. Uma maior proporção de profissionais com vínculo estatutário na Secretaria de Saúde foi observada entre os licenciados plenos em Educação Física quando comparado às demais formações iniciais ($p < 0,05$). Em relação às competências profissionais para atuar com AF na ABS, a maioria dos profissionais apresentaram nível de domínio percebido de conhecimento (93,8%),

habilidade (85,0%) e atitude (69,2%) insatisfatório. Dentre os profissionais que relataram maior nível de domínio satisfatório de conhecimento (7,5%), e atitude (36,3%), a maioria tinha formação em Educação Física. Profissionais que relataram nenhuma experiência curricular na ABS (95,9%) apresentaram competência insatisfatória de conhecimento para atuar com intervenção em atividade física. Tempo de atuação profissional em relação ao nível de domínio de conhecimento apresentou associação significativa ($p < 0,05$). Dos profissionais que relataram mais de 3 anos de atuação em programas de atividade física, 88,6% apresentou nível de domínio de habilidade insatisfatório. Profissionais sem curso de Residência Multiprofissional em Saúde, Mestrado e/ou Doutorado, relataram ter nível de domínio insatisfatório de conhecimento, habilidade e atitude. Uma maior proporção de profissionais que disseram ter de três ou mais cursos, palestras e/ou capacitação em atividade física (81,2%), relataram nível domínio de habilidade insatisfatório. Mesmo que em pouca proporção, profissionais dos programas de promoção da saúde da atenção básica participam de ações em educação permanente preconizado pela política nacional de atenção básica. Identifica-se baixa participação dos profissionais em cursos de formação continuada no âmbito da saúde pública. Esses dados podem justificar os baixos níveis de competências por parte dos profissionais, podendo comprometer a atuação nos programas de promoção da saúde da atenção básica.

Palavras-chaves: atividade motora, atenção primária à saúde, recursos humanos em saúde, educação continuada, competência profissional.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze professional competency (knowledge and attitudes), related to interventions in physical activity, among professionals working at Pernambuco State's primary health care (ABS) health promotion programs, as well as mapping the profile of these professionals regarding the sociodemographic characteristics, initial training, continuing education and permanent education. A cross-sectional study was conducted statewide, resulting in a project called SUS + Active (Evaluation of programs and interventions related to physical activity in Pernambuco's primary health care network). In order to analyze those competency, a self-applied and validated instrument, entitled "Questionnaire for evaluation of interventions to promote physical activity in primary health care", was used. For competency analysis, the dimensions of knowledge about approaches and tools to promote physical activity in ABS (7 questions), skills (9 questions) and attitudes (7 questions) were used. For competency analysis of knowledge, skills and attitudes, a sum of questions was made for each dimension (the response options ranged from 1 to 5). The response indicators were categorized as: Satisfactory (when the professional referred to having a high / very high level); Unsatisfactory (when the professional referred to have medium / low / very low). This classification was used to measure the types of knowledge, ability and perceived attitude. It was classified as high or very high only those who used this classification in all dimension issues (5 points). Data tabulation was performed by scanning questionnaires using the SPHYNX[®] software. All data analysis was performed using the SPSS statistical package (version 10). To describe the profile of professionals dimensions were used: socio-demographic, professional experience, initial training, continuous and permanent education, with the following categorizations of variables: training time (≤ 5 years > 5 and ≤ 10 years and > 10 years), professional practice time (≤ 3 years > 3 and ≤ 6 years, > 6 years), time of performance in ABS (≤ 1 year > 1 and ≤ 3 years > 3 years) and time of work program AF (≤ 1 year > 1 and ≤ 3 years > 3 years), amount of participation in courses, events and training in AF in the past 12 months (no course, 1-2 courses, and 3 or more courses), amount of participation in courses, events and training in various areas of knowledge in the last 12 months (no course, 1-2 courses, and 3 or more courses). Finally, a variable was created from the sum of curricular experiences related to ABS (no experience, 1 to 3 experiences and experiences 4-7). For skills analysis was used the dimensions of knowledge about approaches and tools to promote physical activity in ABS (7 questions), skills (9 issues) and attitudes (7 questions). competency variables were categorized by size for reasons of sum being categorized responses indicators: Higher level (too high / high); Lower level (low / very low / medium). Descriptive analyzes were performed (frequency) for the dependent variables (level knowledge, skills and attitudes) and independent (initial training, practice time, continuing education, continuing education and region). For inferential analysis will be used the chi-square test, considering $p < 0.05$, to test the association between dependent and independent variables. Most professionals (92.9%) have complete higher education, and 65.1% in physical education. Of these, 36.7% have more than three years of experience in primary care and 67.3% are employed on a temporary basis. A higher proportion of professionals with statutory link in the Health Department was observed among graduates in full physical education when compared to other initial training ($p < 0.05$). Of the professionals who reported more than 3 years of performance in physical activity programs, 88.6% had an unsatisfactory skill level. Professionals without a Multiprofessional Residency in

Health, Master's and / or Ph.D. degree, reported having an unsatisfactory level of knowledge, ability and attitude. A higher proportion of professionals who reported having three or more courses, lectures and / or training in physical activity (81.2%), reported an unsatisfactory skill level. Even though to a lesser extent, professionals in health promotion programs in primary care participate in actions in lifelong education advocated by the national primary care policy. Low participation of professionals in continuing education courses in the field of public health is identified. These data can justify the low levels of competencies on the part of the professionals, being able to compromise the action in the programs of health promotion of the basic attention.

Keywords: motor activity, primary health care, human resources for health, continuing education, professional competence.

LISTA DE FIGURAS

Figura1. As três dimensões de competências proposto por DURAND (2000)	29
Figura 2. Distribuição das Gerências Regionais de Saúde (Geres) do Estado de Pernambuco.....	41
Artigo 1.	
Figura 1. Tipo de vínculo profissional dos profissionais que atuam em programas de promoção da saúde na ABS, com intervenções em atividade física do Estado de Pernambuco, por formação inicial.....	61
Figura 2. Experiências curriculares relacionadas à ABS durante a formação inicial dos profissionais com formação superior que atuam em programas de promoção na saúde da ABS, com intervenções em atividade física do Estado de Pernambuco.....	65
Figura 3. Participação de cursos, palestras e/ou eventos, nos últimos 12 meses, relacionados à atividade física dos profissionais com formação superior que atuam em programas de promoção da saúde na ABS, com intervenções em atividade física do Estado de Pernambuco, por área de formação.....	66
Artigo 2.	
Figura 1. Nível de domínio percebido de conhecimento, habilidade e atitude dos profissionais que atuam em programas de promoção da saúde na ABS, com intervenções em atividade física do Estado de Pernambuco, estratificado por região.....	97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Descrição da concepção de competência profissional segundo modelos implementados nos Estados Unidos, Alemanha, Austrália e Canadá.....	27
Quadro 2. Descrição das categorias de análise a partir das três dimensões de competências: conhecimentos, habilidades e atitudes.....	30
Quadro 3. Descrição dos oito domínios de competências gerais para saúde.....	33
Quadro 4. Distribuição dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), dos programas Academia das Cidades/ Academia da Saúde (PACID/PAS) e do programa Mãe Coruja por Gerência Regional de Saúde (GERES) no estado de Pernambuco, em 2014.....	42
Quadro 5. Descrição das dimensões de análise, definição das dimensões e dados de reprodutibilidade.....	46
Quadro 6. Descrição do componente avaliado, dimensão e variáveis de análise para avaliação do nível de conhecimento, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde na ABS.....	47

LISTA DE TABELAS

Artigo 1.

Tabela 1. Característica sóciodemográficas dos profissionais com formação superior completa que atuam em programas com intervenções de promoção da atividade física na ABS do Estado de Pernambuco, estratificado por formação..... 59

Tabela 2. Características da formação inicial dos profissionais com formação superior que atuam em programas de promoção da saúde na ABS, com intervenções em atividade física do Estado de Pernambuco..... 62

Artigo 2.

Tabela 1. Características sociodemográficas, da formação inicial, formação continuada e educação permanente dos profissionais que atuam em programas de promoção da saúde na ABS, com intervenções em atividade física do Estado de Pernambuco, estratificado por região..... 85

Tabela 2. Nível do domínio percebido de conhecimento, formação inicial, formação continuada e educação permanente dos profissionais que atuam em programas de promoção da saúde na ABS, com intervenções em atividade física do Estado de Pernambuco..... 89

Tabela 3. Nível do domínio percebido de habilidade, formação inicial, formação continuada e educação permanente dos profissionais que atuam em programas de promoção da saúde na ABS, com intervenções em atividade física do Estado de Pernambuco..... 92

Tabela 4. Nível do domínio percebido de atitude, formação inicial, formação continuada e educação permanente dos profissionais que atuam em programas de promoção da saúde na ABS, com intervenções em atividade física do Estado de Pernambuco..... 95

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Objetivos gerais	21
1.2 Objetivos específicos.....	21
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	22
2.1 Promoção da Atividade Física na Atenção Básica de Saúde.....	22
2.2 Competências Profissionais: discussões acerca de conceitos.....	26
2.3 Competências Profissionais na Saúde.....	31
2.4 Competências do Profissional de Educação Física na Atenção Básica.....	37
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	40
3.1 Caracterização do estudo.....	40
3.2 Campo de estudo e seleção dos participantes.....	40
3.3 Coleta de dados.....	43
3.4 Instrumento de medida.....	44
3.5 Variáveis analisadas.....	45
3.6 Tabulação e análise de dados.....	49
3.7 Considerações éticas.....	50
4 RESULTADOS.....	51
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
6. REFERÊNCIAS.....	106
APÊNDICES.....	111
ANEXO.....	156

1. INTRODUÇÃO

A reorientação dos novos modelos de atenção em saúde visando a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) contribuiu para o reconhecimento do profissional de Educação Física (PEF) no setor saúde, assim como outras profissões, a partir da publicação da resolução CNS - nº 218, de 6 de Março de 1997 (CNS, 1997). O reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior como Enfermeiros, Médicos, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Psicólogos, entre outros, constituiu um avanço quanto à concepção de saúde e à integralidade da atenção (MS, 2011).

O reconhecimento do PEF como profissional de saúde foi um fator importante para a inserção da atividade física na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e em projetos, intervenções e programas que visam à promoção, proteção e reabilitação da saúde (RODRIGUES et al., 2013). O PEF ganhou protagonismo na saúde pública quando a própria PNPS, aprovada em 2006, propõe como um dos eixos prioritários a promoção de ações de aconselhamento e divulgação de práticas corporais e de atividades físicas. Este eixo tem como objetivo incentivar a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, dentre outras práticas (MS, 2010a; MS, 2014).

A consolidação da inserção profissional foi observada quando em 2008 o Ministério da Saúde (MS) lançou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), incluindo como uma das estratégias de atenção à saúde à prática de atividade física. O NASF foi criado na perspectiva de ampliar a abrangência das ações da Atenção Básica de Saúde (ABS), bem como sua resolubilidade junto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MS, 2008).

Importante destacar que a atuação do PEF na saúde pública ocorreu antes da criação da PNPS e dos demais desencadeamentos das políticas. Algumas cidades já ofertavam programas com intervenções em atividade física à população, Recife com o Programa Academia da Cidade (2002), Curitiba com o Curitibaviva (2005), Programa Academia da Cidade (PAC) de Belo Horizonte-MG (2006), entre outras. Em 2010, pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), Universidade Federal do Paraná (UFPR), juntamente com o Ministério da saúde (MS) desenvolveu um estudo revisando as

principais evidências das avaliações de programas populacionais de atividade física no Brasil. A síntese dessa revisão evidenciou um aumento no acesso a atividades físicas de lazer, os diferentes padrões de utilização dos espaços urbanos, tanto na escolha das modalidades, quanto por diferença sócio demográfica (KNUTH et al, 2010b).

Os resultados das avaliações dos programas citados foram determinantes para a instituição do Programa Academia da Saúde, estabelecido pela Portaria nº 719, em 2011 (MS, 2010b). No período de 2005 a 2010, o MS, por meio do repasse de recursos financeiros, apoiou Estados e Municípios a adotarem ações estratégicas de promoção da saúde, lançando Editais e Portarias destinadas a fomentar ações locais relacionadas às sete áreas prioritárias da PNPS (MS, 2011). A partir de 2011, através do Plano Nacional de Saúde e o Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015, foi implantado o Programa Academia da Saúde, com o intuito de ampliar a promoção da atividade física, do lazer e de modos de vida saudáveis para todos os municípios do país (MALTA et al., 2014). Com o incentivo do MS, o profissional de educação física passou a ocupar espaço nos programas da ABS como o NASF e Academia da Saúde em parte dos municípios. Após a PNPS vários programas de promoção da atividade física surgiram com foco em ações não somente comuns a todos os profissionais para a promoção da saúde, mas exigindo do profissional de educação física competências gerais e específicas também para atuar no contexto ABS. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) são atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de atenção básica:

Identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local; Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe; promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; entre outros (BRASIL, 2012).

Considerando as transformações no modelo de atenção à saúde, há uma exigência dos novos modos de trabalho respaldados em novos modos de formação profissional e de gestão (FRAGELLI & SHIMIZU, 2013). Tais mudanças geraram a

necessidade de reflexão sobre a reorientação desses novos modelos pedagógicos que contemplem a técnica, relevância social e a identificação das competências para atuação na saúde e da educação no ordenamento dos profissionais para a consolidação do SUS (COSTA & MIRANDA, 2008).

A discussão sobre as competências dos profissionais de saúde é mais antiga em profissões como Medicina, Odontologia, Enfermagem, onde também passaram por esse processo de formação profissional (AGUIAR & RIBEIRO, 2010; CAMELO & ANGERAMI, 2013). “A competência não deve se restringir a um simples saber-fazer, resultando uma prática burocrática, automatizada, que exclua reflexão e criatividade daquele que realiza” (AGUIAR & RIBEIRO, 2010). A construção da competência profissional está vinculada tanto à aquisição de escolaridade quanto a de processos de aprendizagem informais que ocorrem em momentos e espaços distintos (CAMELO & ANGERAMI, 2013).

No que diz respeito aos elementos ou recursos que compõem a competência profissional, existem três eixos comuns sendo estes: (a) conhecimentos, entendidos como o saber adquirido pelo profissional; (b) habilidades, como o saber fazer específico do profissional; (c) e atitudes, também entendidas como saber agir, julgar, escolher e decidir (CAMELO & ANGERAMI, 2013).

Estudos abordam a atuação do PEF inserido na atenção básica à saúde com foco na especificidade da área, formas de intervenções e dificuldades (SANTOS & BENEDETTI, 2012; SCABAR et al., 2012; SOUZA & LOCH, 2010). Porém, é preciso compreender e avaliar se tais intervenções vão de acordo com as competências necessárias para esta atuação profissional, já que, a formação inicial da graduação em Educação Física se distancia das novas demandas e poucas oportunidades de formação continuada estão sendo oferecidas a estes profissionais (COSTA et al, 2012). De acordo com Fraga (2012), observa-se interesse de pesquisadores em participar dos debates no campo da saúde coletiva com o intuito de qualificar a inserção do PEF nesses espaços, fundamentando a formação na saúde coletiva e a intervenção orientada pelos princípios do SUS.

Pesquisadores da área de Educação Física já haviam investigado sobre as competências necessárias para atuar com orientação de atividades físicas para grupos e indivíduos e no contexto de Educação Física e Desportos (NASCIMENTO, 1998; FEITOSA, 2002). Coutinho (2011), através da técnica delphi, listou competências gerais e específicas do PEF no contexto da atenção básica. Sendo

essas competências divididas em três dimensões e seus indicadores: conhecimentos (conceitual, procedimental e contextual), habilidades (planejamento, comunicação, avaliação, “incentivação” e gestão) e atitudes.

Mais recentemente, Fonseca (2014) a partir dos dados de sua tese de doutorado analisou aspectos ambientais, organizacionais e de competências profissionais relacionados à atividade física para gestantes em programas e serviços oferecidos na Atenção Básica à Saúde (ABS). Tais competências foram medidas através do conhecimento percebido (autopercepção dos sujeitos) e medidas do conhecimento aferido.

Considerando a reorientação do modelo de saúde e a criação do bacharelado em Educação Física, observa-se a necessidade de adequações que permitam fortalecer a formação de maneira a garantir uma formação profissional adequada ao novo contexto de atuação. (FERREIRA et al., 2013; MILESI et al., 2014). É necessário que as Universidades proporcionem novos conteúdos teóricos, vivências no campo da atenção básica, bem como a integração dessas instituições formadoras com os serviços de saúde.

Apesar do PEF apresentar as competências específicas para orientar ações da área de conhecimento, alguns autores também defendem que outros profissionais de saúde devem trabalhar no cuidado da população, através das ações de aconselhamento, orientação e encaminhamento para programas de atividade física (JACOBSON et al., 2005; ORROW et al., 2012). Segundo a portaria Nº 2.681, as atividades do Programa Academia da Saúde também serão desenvolvidas por profissionais da ABS, inclusive aqueles que atuam na Estratégia Saúde da Família e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, quando houver. Estes podem contribuir para o empoderamento da população acerca do autocuidado. Profissionais que atuam nos cuidados primários de saúde estão em uma posição ideal para promover atividade física no território (AWETO et al., 2013).

Dados preliminares do presente estudo relatou uma nova realidade, identificando profissionais de outras categorias atuando com intervenção em AF nos programas de promoção da saúde da atenção básica do estado de Pernambuco (OLIVEIRA et al.)

Estudos descreveram o perfil de profissionais e sua forma de atuação nos programas de promoção da saúde da ABS com intervenção em atividade física (Rodrigues et al., 2013; Rodrigues et al., 2015). Assim como outros avaliaram a

efetividade dos programas, a percepção dos usuários e professores (HALLAL et al., 2010; COSTA, 2013), mas nenhum avalia as competências e sua relação com a formação inicial, formação continuada e educação permanente dos profissionais que desenvolvem intervenções em atividade física.

Portanto, faz-se necessário desenvolver trabalhos que verifiquem a atuação desses profissionais que interferem na melhoria da qualidade de vida, prevenção de doenças e promoção da saúde, além de, averiguar se apresentam competências necessárias relacionadas à atividade física neste contexto.

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os níveis de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas a intervenções em atividade física dos profissionais que atuam nos programas de promoção da saúde da Atenção Básica de Saúde de Pernambuco.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil dos profissionais que atuam em programas de promoção da saúde da atenção básica, com intervenções em atividade física, do Estado de Pernambuco;
- Identificar o nível do domínio percebido de conhecimento, habilidade e atitude relacionados a intervenções em atividade física dos profissionais que atuam nos programas de promoção da saúde da atenção básica, por região;
- Analisar a associação entre os níveis do domínio percebido (conhecimento, habilidade e atitude) relacionado a intervenções em atividade física na atenção básica com formação inicial, formação continuada e educação permanente.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Promoção da Atividade Física na Atenção Básica de Saúde

As grandes transformações mundiais, como as transições demográficas, epidemiológica, nutricionais e tecnológicas, das últimas décadas provocaram mudanças sociais e na saúde, individual e coletiva. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a hipertensão é responsável por 13% do de óbitos no mundo, o uso do tabaco 9%, a diabetes e inatividade física 6%, e o excesso de peso e obesidade 5% (DAS & HORTON, 2012).

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se tornaram a principal prioridade na área da saúde devido ao aumento da prevalência de diabetes, hipertensão e excesso de peso (DUNCAN BB et al., 2012). Os mesmos estão associados principalmente a mudanças desfavoráveis na dieta e na atividade física entre os brasileiros (SCHMIDT et al., 2011). Estima-se que a inatividade física seja responsável por 14,6% dos casos de câncer de cólon, 13,4% de câncer de mama, 10,1% de diabetes e 8,2% das doenças coronárias (LEE IM et al., 2012).

Apesar de ser um dos principais fatores de risco modificáveis para as doenças crônicas, aderir à prática de atividade física ainda é um fenômeno complexo e multifatorial (HAROLD et al., 2012). As políticas públicas na área de urbanização e ambiente têm grande potencial para aumentar os níveis de atividade física da população, desde que sejam oferecidos espaços urbanos que propiciem a prática de caminhadas, ciclismo e outras formas de transporte ativo de forma acessível e segura para todos (MALTA et al., 2014).

A publicação da PNPS representa um marco no processo cotidiano de construção do SUS, reiterando a compreensão dos determinantes sociais da saúde no processo saúde doença (MALTA et al., 2014), propondo como objetivo geral: “[...] promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais [...]” (MS, 2010).

A PNPS definiu como eixos prioritários de ações a alimentação saudável, prática corporal / atividade física prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução

da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável (MS, 2010a).

O eixo da atividade física/práticas corporais propõe ações na rede básica de saúde e na comunidade:

Mapeando e apoiando as ações específicas de práticas existentes nos serviços de atenção básica e na ESF; ações de aconselhamento/divulgação, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis; ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros, estimulando a inserção e o fortalecimento de ações já existentes no campo das práticas corporais em saúde na comunidade; e ações de monitoramento e avaliação, a fim de traçar estratégias para o controle e na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (MS, 2010a).

Além da PNPS, em 2006, por meio da Portaria nº 648/GM, o Ministério da Saúde (MS), também aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNPB) estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a reorganização do Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em 2012, considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil foi definido algumas características em comum do processo de trabalho das equipes de atenção básica:

Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população; Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade; Prover atenção integral, contínua e organizada à população adstrita; Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) que comportem a ação planejada; Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva; Participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltado para o desenvolvimento de uma atenção integral, entre outros (BRASIL, 2012, p.43).

A fim de dar continuidade ao fortalecimento de ações na ABS, em 2008 foi aprovada a portaria GM Nº 154 que cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O mesmo é constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuando em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família – ESF (MS, 2008). São ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF:

Identificar, em conjunto com a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas; Identificar o

público prioritário a cada uma das ações; Acolher os usuários e humanizar a atenção; Desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras; Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde; Avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde ; Realizar ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada, entre outros (MS, 2008).

Dentre as estratégias de promoção e prevenção de saúde a prática de atividade física tem sido referida como uma das ações importantes nesse processo. Propondo como ações específicas a ser desenvolvida pelo profissional de educação Física do NASF:

Ações de Atividade Física / Práticas Corporais que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos (MS, 2008, p.6).

Anteriormente a PNPS, em 1998 a cidade de Curitiba- PR deu início ao Programa CuritibAtiva, coordenado pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SMEL), que tinha como característica o uso de mensagens curtas sobre a AF e seus benefícios. Suas ações eram voltadas a orientações face a face, avaliações de parâmetros da aptidão física, distribuição de material educativo de incentivo à atividade física, organização de eventos como corridas, rústicas, jogos nas escolas, noite da bicicleta, dança em Curitiba e ainda oferta de atividades orientadas regulares e esporádicas. O CuritibAtiva tem como característica única o uso do grande potencial de lazer que a cidade oferece através dos diversos espaços públicos como praças, parques e ciclovias. São realizadas ações de incentivo ao esporte e atividade física em todos os 28 Centros de Esporte e Lazer (CELS) distribuídos pela cidade (Kruchelski e Rauchbach, 2005).

Em 2002, a partir de uma experiência desenvolvida pela Universidade de Pernambuco, anteriormente intitulado “Exercício e Saúde”, a Secretaria de Saúde do Recife (Pernambuco) implantou o Programa Academia da Cidade (PAC), que hoje está inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política de atenção básica. O Academia da Cidade foi institucionalizado pelo Decreto Municipal nº

19.808, de 3 de abril de 2003, tornando-se uma política municipal de promoção da saúde três anos depois, pela Portaria nº. 122/2006, de 28 de setembro de 2006. O programa tem como principal característica a requalificação ou construção de espaços físicos públicos de convivência e lazer, denominados polos, com estruturas que favorecem a vivência de práticas corporais como ginástica, dança, caminhada, corrida, jogos, brincadeiras, além de palestras, oficinas, reuniões e serviços de orientação nutricional, prescrição de exercícios e avaliação física (HALLAL et al., 2010).

Em 2004 o Programa Academia da Cidade de Aracajú foi implantado por meio de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS) e o Núcleo de Pesquisa em Aptidão Física de Sergipe. O principal objetivo do programa é instrumentalizar a população, principalmente as pessoas adultas e idosas, para a adoção de um estilo de vida mais ativo a partir de uma prática regular de atividade física (MENDONÇA, 2009).

Considerando as experiências dos principais programas populacionais de atividade física do Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde e a necessidade de integração e continuidade das ações de Atenção Básica, o Ministério da Saúde em 2011, lança o Programa Academia da Saúde (Portaria GM Nº 719, 11 de abril de 2011) no âmbito do Sistema Único de Saúde, portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013, propondo como eixos de ações: I- práticas corporais e atividades físicas; II-produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; III-promoção da alimentação saudável; IV-práticas integrativas e complementares; V-práticas artísticas e culturais; VI-educação em saúde; VII planejamento e gestão; VIII-mobilização da comunidade.

O Programa Academia da Saúde propõe atuação no âmbito da atenção primária, contextualizando ações de cuidados individuais e coletivos, com profissionais envolvidos em outras esferas sociais, apresentando como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados.

Diante as demandas direcionadas aos profissionais da ABS, sejam elas de qualquer categoria, as práticas profissionais passaram a exigir uma atuação aos cuidados de saúde de forma integral de indivíduos, famílias, grupos sociais e comunidades. Contudo, a atuação do profissional de educação física ainda esta

limitada em conteúdos distantes dos princípios do SUS. As necessidades populacionais por atenção à saúde indicam a urgente necessidade de articulação entre a formação profissional e a organização do sistema de saúde.

2.2 Competências profissionais: discussões acerca de conceitos

No senso comum, competência é uma palavra utilizada para determinar uma pessoa qualificada a realizar alguma atividade, independente do contexto. Para que se possa compreender a aplicabilidade da palavra competência no exercício profissional na saúde pública é necessária verificar o seu contexto sócio histórico (FRAGELLI, 2012).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho, entre os países considerados pioneiros na implementação de modelos de competência profissional, estão os Estados Unidos, Alemanha, Austrália, Canadá, entre outros (LE DEIST, 2002; MCMULLAN, 2005; OIT, 2002). Em seguida, apresenta-se uma síntese dos conceitos adotados nestes países (Quadro 1).

Quadro 1. Descrição da concepção de competência profissional segundo modelos implementados pelos Estados Unidos, Alemanha, Austrália e Canadá (LE DEIST, 2002; MCMULLAN, 2005; OIT 2002).

Países	Concepção de Competência
Estados Unidos	<p>Competency/competencies se refere a características individuais, subjacentes à pessoa, comportamento individual que sustenta o desempenho competente;</p> <p>Competence/competences descreve os requisitos que o individuo precisa saber ou ter para executar determinada tarefa ou cargo. É a descrição de uma ação, comportamento ou resultado que uma pessoa deve demonstrar em seu desempenho, refletindo a exigência do trabalho.</p>
Alemanha	<p>Competente é a pessoa que é capaz de solucionar problemas, o que independe de sua formação. Competência profissional depende dos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para exercer uma profissão, resolvendo problemas de forma autônoma, flexível, estando capacitado para colaborar em sua área profissional e na organização do trabalho.</p>
Austrália	<p>Competente é a pessoa que possui conhecimento, habilidades, atitudes e valores necessários para o desempenho do trabalho, de atividades próprias sendo uma ocupação ou função a partir do padrão esperado. “Nesta concepção se inclui a capacidade de transferir e aplicar habilidades e conhecimentos a novas situações e condições de trabalho”.</p>
Canadá	<p>O modelo de competências surge no final dos anos 60, em um contexto de desenvolvimento industrial para melhorar as habilidades profissionais do país. A Educação Baseada em Competências é um enfoque sistêmico sobre o desenvolvimento e formação profissional.</p>

Percebe-se que em outros países não existe um conceito único de competência. No Brasil as primeiras discussões acerca das competências foram disseminadas entre multinacionais e empresas, como um processo sistematizado nos processos seletivos a fim de avaliar a qualificação de uma pessoa com perfil para determinado cargo, função ou posto de trabalho (RUTHES, 2007). Segundo Desaulniers (1997) a construção da competência em instituição educacional se processa ao mesmo tempo dos demais campos que constituem o espaço social. Assim o autor supõe que ao utilizar-se a palavra competência, é necessário destacar que:

A construção da competência baseia-se nos saberes que constituem a qualificação profissional, o que não significa que sejam equivalentes entre si ou que a instauração e/ou o aprofundamento desses processos não possam ocorrer de modo simultâneo, desde que o “saber-fazer” seja superado pelo “saber-ser”, como expressão da capacidade de articular inúmeros saberes em face dos desafios encontrados no mundo do trabalho, sendo mensurável pelos seus resultados; - a produção de saberes de cunho científico sobre competência, com o intuito de evidenciar como vem ocorrendo a configuração desse fenômeno junto à realidade brasileira nas esferas do trabalho e da formação possibilita a identificação de seus principais elementos, os quais são indispensáveis às iniciativas de instituições que visam desencadear esse processo, minimizando o risco de incorrerem em meras transposições de modelos construídos em outras bases culturais; - o processo de construção da competência, ao se basear em habilidades que envolvem todas as dimensões do indivíduo – com ênfase na capacidade de crítica e de autonomia, no espírito de iniciativa com audácia, na responsabilidade e na flexibilidade em face da mudança e do inusitado, além de uma visão de empreendedor, implica rupturas tanto na dinâmica interna dos espaços institucionais voltados a esse tipo de formação, como também na própria dinâmica dos demais espaços sociais em que esse indivíduo atua como cidadão (DESAULNIERS, 1997, p. 52-53).

Segundo o Conselho Nacional de Educação, entende-se por competência profissional:

A capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades, necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho. (Art. 6º da Resolução CNE/CEB Nº 04/99, p.2). Segundo o mesmo parecer, pode-se dizer que alguém tem competência profissional quando constitui, articula e mobiliza valores, conhecimentos e habilidades para a resolução de problemas não só rotineiros, mas também inusitados em seu campo de atuação profissional. Assim, age eficazmente diante do inesperado e do inabitual, superando a experiência acumulada transformada em hábito e liberando o profissional para a criatividade e a atuação transformadora (Brasil, 1999a).

O SENAI-Departamento Nacional define a competência profissional como:

Mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes profissionais necessários ao desempenho de atividades ou funções típicas segundo

padrões de qualidade e produtividade requeridos pela natureza do trabalho (SENAI-DN, 2000).

Deluiz (2001) define competência profissional como a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, de maneira a resolver problemas em uma situação de trabalho de um determinado contexto cultural. De acordo com Araújo (2001), parece haver um relativo consenso na literatura brasileira em torno de três dimensões, o que permitiu a configuração das competências em saberes (de diversas ordens como saber-fazer, saber técnico), experiência (envolvendo habilidades) e saber-ser (envolvendo qualidades pessoais, sócio-comunicativas).

Ainda sobre as definições, Durand (2000) propôs um conceito de competência em três dimensões: conhecimentos, habilidades e atitudes (Figura 1) (DURAND, 2000).

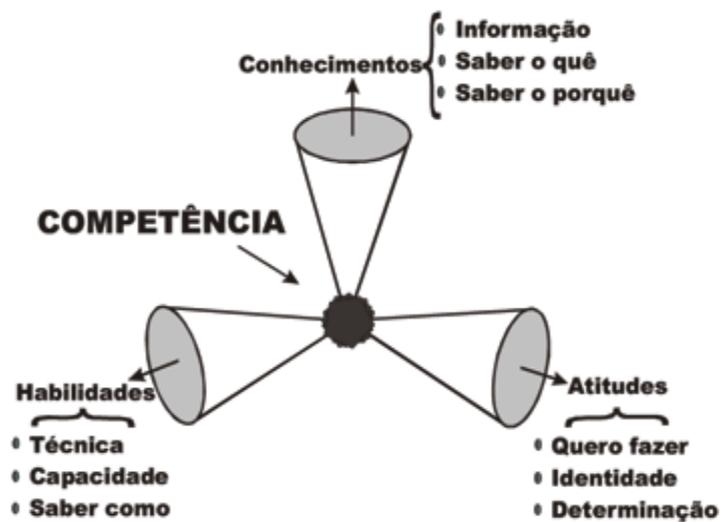


Figura1. Três dimensões de competências proposto por Durand (2000).

Pesquisas na área da Educação Física, desenvolvidas a partir das três dimensões de Durand, propôs uma organização das categorias de indicadores: conhecimentos (conceitual, procedimental, contextual); habilidades (planejamento, comunicação, avaliação, incentivação, gestão); atitudes (relacionados a valores, características pessoais) (NASCIMENTO, 1999; FEITOSA, 2003) (Quadro 2).

Quadro 2. Descrição das categorias de análise a partir das três dimensões de competências: conhecimentos, habilidades e atitudes (FEITOSA, 2011; NASCIMENTO, 1998).

Dimensões	Categorias de Indicadores
Conhecimentos	Conceitual: diz respeito ao domínio de teorias envolvidas na construção do conhecimento específico para a área de atuação.
	Procedimental: esta categoria é composta por conhecimentos de estratégias diferentes que são utilizadas para tornar acessível e compreensível o conteúdo que se ensina ou se desenvolve.
	Contextual: está relacionada aos conhecimentos de características particulares do ambiente onde o profissional desempenha suas funções, bem como da clientela.
Habilidades	Planejamento: esta categoria representa características relacionadas às ações de planejamento e construção de situações futuras, bem como de situações ensino-aprendizagem.
	Comunicação: é a capacidade de transmitir os conteúdos de forma clara e concisa.
	Avaliação: é a habilidade de análise das atividades desenvolvidas de percepção dos resultados obtidos, de averiguação de causas de sucesso e insucesso, bem como da caracterização do indivíduo e do contexto.
	*Incentivação: habilidade de influenciar os interesses e os motivos dos sujeitos de maneira a motivá-los à participação efetiva nas atividades propostas, ultrapassando dificuldades e insuficiências.
Atitudes	Gestão: ser capaz de raciocinar e gerir os recursos (pessoas, espaços, tempo e materiais). Competências não técnicas: englobam características relacionadas a atitudes e valores, tendo como exemplo, características pessoais que não estão necessariamente, ligadas ao exercício específico de uma função.

A palavra “Incentivação” não existe no dicionário da língua portuguesa, porém é utilizada em outras pesquisas sobre competências.

A partir da noção de competências, um novo discurso sobre a formação profissional se apresenta de forma a responder às novas demandas do mercado de trabalho, sustentando um conjunto de ideias sobre como deve ser a formação da classe trabalhadora (ARAÚJO, 2001).

Segundo Bomfim (2012) as competências profissionais referentes ao conhecimento, devem estar relacionadas à aptidão e a formação, sinalizando o desejo de contínua qualificação, e conseqüentemente um melhor desempenho das atividades profissionais. Em relação à habilidade, as competências profissionais ressaltam a importância do trabalho em equipe e a atitude propõe a valorização da ética, indicando adequação entre a moral dos profissionais e o trabalho que desempenham nas organizações.

As discussões em torno das competências ainda se limitam ao campo profissional, sendo necessário que as instituições de ensino assumam tais discussões como conteúdo formativo, gerando recursos humanos capazes de atender a novas demandas sociais, aptos a assumir qualquer nível de complexidade profissional. A construção de competências deve ser realizada em espaços dialogados, fortalecidas através das práticas, sendo essa prática avaliada a fim de diagnosticar as dimensões da realidade os quais esses profissionais serão inseridos.

2.3 Competências Profissionais na Saúde

Com a mudança no perfil epidemiológico, as demandas no sistema de saúde também sofreram alterações, exigindo novas formas de intervenções, não apenas de médicos e enfermeiros, mais também por outros profissionais como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais dentre outros (BARRY et al., 2009). As novas práticas passaram a exigir a continuidade do cuidado que por sua vez gerava envolvimento, integração e o trabalho em equipe (DUCKETT, 2005).

De acordo com Barry (2009), tentativas internacionais em identificar competências para o desenvolvimento do trabalho para educação e promoção de saúde obteve êxito por parte de alguns países, porém em outros não devido à carência de recursos necessários e de infraestrutura. O debate sobre competências no campo da saúde pública deu início a partir da *Galway Consensus Conference*, onde o objetivo principal foi promover o intercâmbio global para desenvolver uma discussão compartilhada sobre competência, profissionalismo e qualidade de

garantia necessária para o desenvolvimento da força de trabalho entre países e continentes (BARRY et al., 2009).

As discussões realizadas na *Galway Consensus Conference* resultaram na elaboração de uma declaração que apontam oito domínios de competências gerais fundamentais para saúde (Quadro 3).

Quadro 3. Descrição dos oito domínios de competências gerais para saúde (BARRY et al., 2009, p. 8-9).

Domínios de Competências
1. Catalisação de mudanças: capacidade de produzir mudanças e emponderar os indivíduos e as comunidades para a melhora da saúde;
2. Liderança: produzir uma direção estratégica e oportunidades para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, mobilização e gestão recursos para a promoção da saúde;
3. Estimativa/Diagnóstico: conduzir avaliação das necessidades da comunidade, identificar e analisar o comportamento, a cultura, o meio social, ambiental e organizacional que podem ser determinantes na promoção ou no comprometimento da saúde;
4. Planejamento: capacidade de estabelecer metas e objetivos mensuráveis em resposta à avaliação das necessidades e identificar estratégias que são baseadas no conhecimento derivado de evidências teóricas e práticas;
5. Implementação: capacidade de realizar de maneira eficaz, eficiente e sensível a cultura e ética, estratégias para garantir o maior número possível melhorias na saúde, incluindo a gestão dos recursos humanos e materiais;
6. Avaliação: determinar o alcance, a eficácia e o impacto dos programas de promoção da saúde e das políticas. Isso inclui a utilização adequada métodos de avaliação e de pesquisa para apoiar melhorias no programa, a sustentabilidade e a divulgação;
7. Advocacia: defender a melhora da saúde e bem-estar para indivíduos e comunidades e reforçar suas capacidades para a realização de ações que possam melhorar a saúde e fortalecer a comunidade;
8. Parcerias: promover o trabalho cooperativo entre disciplinas, setores e parceiros para aumentar o impacto e a sustentabilidade dos programas de promoção e políticas de saúde.

Segundo Barry (2009), os domínios determinados na *Galway Consensus Conference* podem fundamentar, cursos de graduação, de educação continuada como também de pós-graduações. No entanto, é necessário aprofundar as discussões no campo da saúde pública, pois os recursos humanos encontram-se despreparados para uma nova realidade. Tais discussões devem pautar-se no desenvolvimento de competências profissionais de maneira que sua prática proporcione o emponderamento de indivíduos e comunidades para a melhora da sua saúde, além de ser capaz de planejar, gerir e avaliar a eficácia de ações nesse contexto.

Os desafios para a mudança na formação de recursos humanos têm como alvo principal a implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a política de reorientação das ações e serviços, mediante o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse compromisso deve ser de forma a prestar a assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva à população (COSTA e MIRANDA, 2008).

As novas demandas do mundo do trabalho, o dinamismo dos conceitos e práticas de educação e a reconfiguração do modelo assistencial de saúde, em face das mudanças socioeconômicas que afetam todos os setores da sociedade, estão influenciando, num ritmo acelerado, a abertura de espaços para a formulação e a ampliação de processos formativos destinados à qualificação e ao desenvolvimento de habilidades e competências profissionais (COSTA e MIRANDA, 2008, p. 234).

Na década de 80 a Reforma Sanitária, proporcionou um novo pensar e agir em saúde levando as instituições de saúde a repensarem na necessidade de uma readequação quanto aos modos de intervir de seus profissionais (ANJOS & DUARTE, 2009). “A formação ainda está pautada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, o que dificulta a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença e também a intervenção sobre seus condicionantes” (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010, p. 94).

As mudanças ocorridas nos paradigmas da educação, da organização da saúde e no mundo do trabalho, influenciadas pelas revoluções econômicas, políticas, sociais e culturais estão provocando movimentação no processo de formação profissional (COSTA e MIRANDA, 2008), assim como a compreensão sobre a incorporação do conceito de competências, já que ela está diretamente associada à interlocução entre a educação, trabalho, formação, instituição e processo de aprendizagem (CAMELO & ANGERAMI, 2013).

Na área da saúde, as resoluções para o exercício da profissão incluíram os cursos de graduação em enfermagem, nutrição, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, odontologia, terapia ocupacional, biomedicina, educação física e psicologia. Para formação do profissional em cada um desses cursos, espera-se, então, que seja assegurado um conjunto de competências gerais, além de uma série de habilidades extras, específicas de cada profissão (COSTA e MIRANDA, 2008, p. 242-243).

O conceito validado na área da saúde por Saupe et al. (2006, p.33), diz que competência é resultante "[...] de um conjunto de capacidades referidas aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes, que conferem ao profissional condições para desenvolver seu trabalho".

A forma de avaliação das competências consiste em uma técnica de investigação que compara os comportamentos que as pessoas usam no seu cotidiano aos comportamentos considerados excelentes em suas funções. Na área de Enfermagem, por exemplo, no que diz respeito à assistência do cuidar, bem como a de gerenciar, envolve ações de complexidade e de especificidade, requerendo conhecimento e estudos de modelo de gestão na aquisição de novas ferramentas (RUTHES & CUNHA, 2007). O mesmo se dá para a educação física e demais categorias de saúde.

A PNAB determina atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de atenção básica, como identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local; Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe; Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; entre outros (BRASIL, 2012).

Um estudo realizado na Estratégia Saúde da Família (ESF) identificou que médicos e enfermeiros que trabalhavam na Saúde da Família apresentava um perfil profissional de competência com necessidades específicas de educação permanente, concluindo que “[...] a mera adesão à ESF não garante por si só a dinâmica e o sucesso das ações voltadas à reorganização da rede [...]”. Além disso, a capacitação profissional era precária frente à demanda de formação exigida [...]” (CORDEIRO, 2009). Tais dados ressaltam que profissões historicamente inseridas no

SUS, apresentam fragilidade quanto as competências necessárias para cumprir o que é determinado pela PNAB.

Outro estudo realizado com profissionais que atuavam no Programa Saúde da Família e cursavam Especialização em Saúde da Família demonstraram conhecer a competência em seu aspecto técnico, assim, o entendimento sobre conhecimento explicitando vertentes de competência, ou seja, habilidade e atitude ficaram confusas, uma vez que estes apresentaram dificuldades para dissociar o termo habilidade do conceito global de competência. A maior dificuldade foi relacionada à atitude, confundida com habilidade e, principalmente, com o conhecimento (RIBEIRO et al., 2008).

Os dados acima relatam a fragilidade na formação profissional na área da saúde. Na busca de reorientar as ações contemplando as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), as Universidades deveriam reorientar a formação estimulando uma atuação interdisciplinar e multiprofissional, fazendo a interlocução da técnica com a relevância social. Assim, torna-se indispensável a parceria da universidade com os serviços de saúde.

A PNAB prevê como mais uma ferramenta de formação, capacitar novos perfis ou readequá-los, mediante processos de qualificação e educação permanente, a fim de consolidar a reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, refletindo na prática dos serviços de saúde. (BRASIL, 2012). Porém, poucas são as oportunidades de educação permanente proporcionada pelo SUS, e quando oferecidas são com limites de vagas.

Faz-se necessário que as ações preconizadas pelas políticas quanto à qualificação e educação permanente do trabalhador para o serviço de saúde, saiam da teoria. O reflexo dessa falta de ofertas de capacitações está diretamente ligado à fragilidade da atuação dos profissionais inseridos nos programas de políticas públicas. As ações de promoção da saúde devem priorizar propostas educativas com conteúdo interdisciplinar, porém profissionais com formação ainda fragmentada não atendem as competências necessárias para tais intervenções.

De acordo com as referências citadas no presente estudo, para a concretização da mudança para um modelo assistencial desejado, é imprescindível que os profissionais que atuam no ABS, exerçam suas competências em seus três níveis - conhecimento, habilidade e atitude. Portanto, optou-se por investigar as competências profissionais acerca do nível de domínio percebido de conhecimento,

habilidade e atitude e seus respectivos indicadores. Entende-se que essas dimensões de avaliação podem identificar as possíveis fragilidades inerentes ao exercício da competência dos profissionais em questão, tanto nas ações em comum a todos os profissionais, quanto na sua especificidade.

2.4 Competências do Profissional de Educação Física na Atenção Básica

Com a PNPS de 2006, NASF de 2008, e demais programas de promoção da saúde como Programa Academia da Cidade, Academia das Cidades e Academia da Saúde surgiu a necessidade do profissional de educação física inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) e conseqüentemente na ABS.

Segundo a PNPS, as intervenções de atividade física/práticas corporais devem evidenciar ações de promoção da saúde compatíveis com o Plano Nacional de Saúde, compreendendo:

Ações na rede básica de saúde e na comunidade; ações de aconselhamento e divulgação de práticas corporais; ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros; e ações de monitoramento e avaliação (MS, 2010, p. 33-3).

Em face do caráter estratégico relacionado à qualidade de vida e à prevenção do adoecimento, o NASF definiu como atribuições do profissional de Educação Física:

- desenvolver atividades físicas e práticas corporais junto à comunidade;
- veicular informação que visam à prevenção, a minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado;
- incentivar a criação de espaços de inclusão social, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais;
- proporcionar Educação Permanente em Atividade Física/Práticas Corporais, nutrição e saúde juntamente com as ESF, sob a forma de coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço;
- articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;
- contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência;
- identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho em práticas corporais, em conjunto com as ESF;
- capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no desenvolvimento de Atividades Físicas/Práticas Corporais;
- supervisionar, de forma compartilhada e participativa, as atividades desenvolvidas pelas ESF na comunidade;
- promover ações ligadas à Atividade Física/Práticas Corporais junto aos demais equipamentos públicos presentes no território, escolas, creches etc;
- articular parcerias com outros setores da área adstrita, junto com as ESF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para as práticas corporais; e
- promover eventos que estimulem ações que valorizem Atividade Física/Práticas Corporais e sua importância para a saúde da população (MS, 2008, p. 6-7).

Com o novo mercado de trabalho na área de Educação Física no campo da saúde, os profissionais passaram a ter que adquirir novos conhecimentos e habilidades para um melhor desempenho (FEITOSA, 2003). O avanço da ciência e da tecnologia “[...] vem alterando a estrutura do sistema de produção e de contratação e, conseqüentemente, vem requerendo também novas exigências profissionais [...]” (CALDEIRA, 2001, p. 88).

Alguns estudos foram realizados a fim de elencar as competências inerentes ao desempenho do profissional de educação física nos diversos eixos profissionais (NASCIMENTO, 1999; FEITOSA, 2003). Nascimento (1999) descreveu a construção e testagem de um instrumento psicométrico denominado “Escala de Autopercepção de Competência Profissional em Educação Física e Desportos”. O instrumento consiste numa escala de medida de eficácia pessoal por referir-se apenas às convicções do profissional sobre suas próprias capacidades para desempenhar comportamentos específicos, abordando diferentes competências no domínio de conhecimentos e habilidades necessárias ao desempenho profissional da área.

A formação em Educação Física (EF) apresenta-se de forma distanciada das demandas dos serviços públicos de saúde, mantendo-se centrada na prescrição de diagnóstico e avaliação, protocolos regidos por parâmetros biológicos (ANJOS e DUARTE, 2009). Nesse mesmo estudo Anjos e Duarte (2009) analisou os currículos de faculdades de graduação em Educação Física, comprovando que a formação em Educação Física destoa da demanda imposta pelos serviços públicos de saúde.

Como forma de amenizar a carência da formação do PEF no contexto da saúde, programas de pós-graduações como, especializações, residências, mestrados profissionais na área de saúde coletiva e saúde da família passaram a serem opções de formação continuada.

Estudos sugerem que Residências em Saúde e Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF) são estratégias positivas para a formação de profissionais com perfil para trabalhar nos programas propostos pelo Ministério da Saúde, pois o novo modelo de assistência prevê alterações na formação com readequação das relações interpessoais, agregando aspectos psicossociais nas intervenções e aproximação da formação com o campo de trabalho (ANJOS e DUARTE, 2009; NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

Além do PEF, outros profissionais de saúde podem contribuir para o empoderamento da população acerca do autocuidado. Jacobson (2005) defende que o aconselhamento para prática de atividade física pode ser eficaz para no controle dos fatores de risco para as DCNT, ressaltando a necessidade das pós-graduações médicas identificar essa demanda como uma das prioridades de formação. Profissionais que atuam nos cuidados primários de saúde estão em uma posição ideal para promover atividade física como medida de promoção da saúde (AWETO et al., 2013).

Há uma grande lacuna no campo da pesquisa sobre as competências dos profissionais de saúde nesse contexto. Diante as discussões construídas de maneira a relacionar o construto competências e Saúde Coletiva, um estudo desenvolvido por Fragelli et al (2013) apresentou um panorama do cenário brasileiro sobre competências profissionais em saúde, com relação à distribuição conforme a área de conhecimento. Entre os trabalhos encontrados, oito foram de Enfermagem, dois de Educação Física e um de Odontologia (FRAGELLI et al., 2013).

Considerando a necessidade de profissionais preparados para a nova realidade do modelo assistencial e do contexto epidemiológico, o Ministério da Saúde reconhece que “[...] a operacionalidade da noção de competência, pode favorecer o diálogo entre os conhecimentos disciplinares e a experiência do trabalho [...], potencializando as transformações no processo formativo de maneira crítica e emancipadora, apontando princípios para a organização de uma educação profissional ampliada” (MARQUES e EGRY, 2011, p.193).

Programas de promoção da saúde, criado a fim de fortalecer as estratégias de combate aos agravos populacionais de saúde, dialoga timidamente acerca das competências necessárias para a efetividade das suas ações. Não bastam elencar diretrizes, normas e ações a serem desenvolvidos, é necessário investir na formação via interlocução instituições de ensino e gestão, suprimindo os desafios encontrados pelos profissionais que estão atuantes no território.

Investimentos tanto na formação inicial quanto na educação permanente em saúde devem ser prioridades, a fim de interiorizar nos profissionais de saúde as novas competências exigidas para atuação no serviço público de saúde. Essas competências devem ser trabalhadas de maneira a ampliar a visão do profissional, fragmentando seu olhar para o cuidado de forma multiprofissional.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Caracterização do estudo

Estudo transversal, de caráter descritivo e analítico, com abrangência estadual, parte de um projeto intitulado “Avaliação dos programas e intervenções relacionadas à atividade física na rede de atenção básica à saúde no estado de Pernambuco- Projeto SUS+Ativo”. O Projeto SUS+Ativo tem como objetivo avaliar os diferentes macroprocessos que dizem respeito à operacionalização e gestão dos programas, as competências para atuação profissional, percepção dos usuários quanto às ações desenvolvidas e características do ambiente dos programas com intervenção em atividade física na Atenção Básica à Saúde em Pernambuco. Maiores informações sobre a concepção, construção e validação dos instrumentos e do método de campo encontram-se no artigo “Avaliação dos programas e intervenções de promoção da atividade física na atenção básica à saúde de Pernambuco: construção, validação de instrumentos e método de trabalho de campo do Projeto SUS+Ativo” (BARROS et al., No prelo).

3.2 Campo de estudo e seleção dos participantes

O estado de Pernambuco tem 184 municípios no continente e é dividido geograficamente em cinco regiões (Metropolitana Zona da Mata, Agreste, Sertão e a Região do São Francisco), com a ilha de Fernando de Noronha o estado possui 185 municípios. Em termos administrativos a Secretaria da Saúde do Estado (SES-PE) divide os municípios em 12 GERES (Gerências Regionais de Saúde), conforme apresentado na Figura 2.

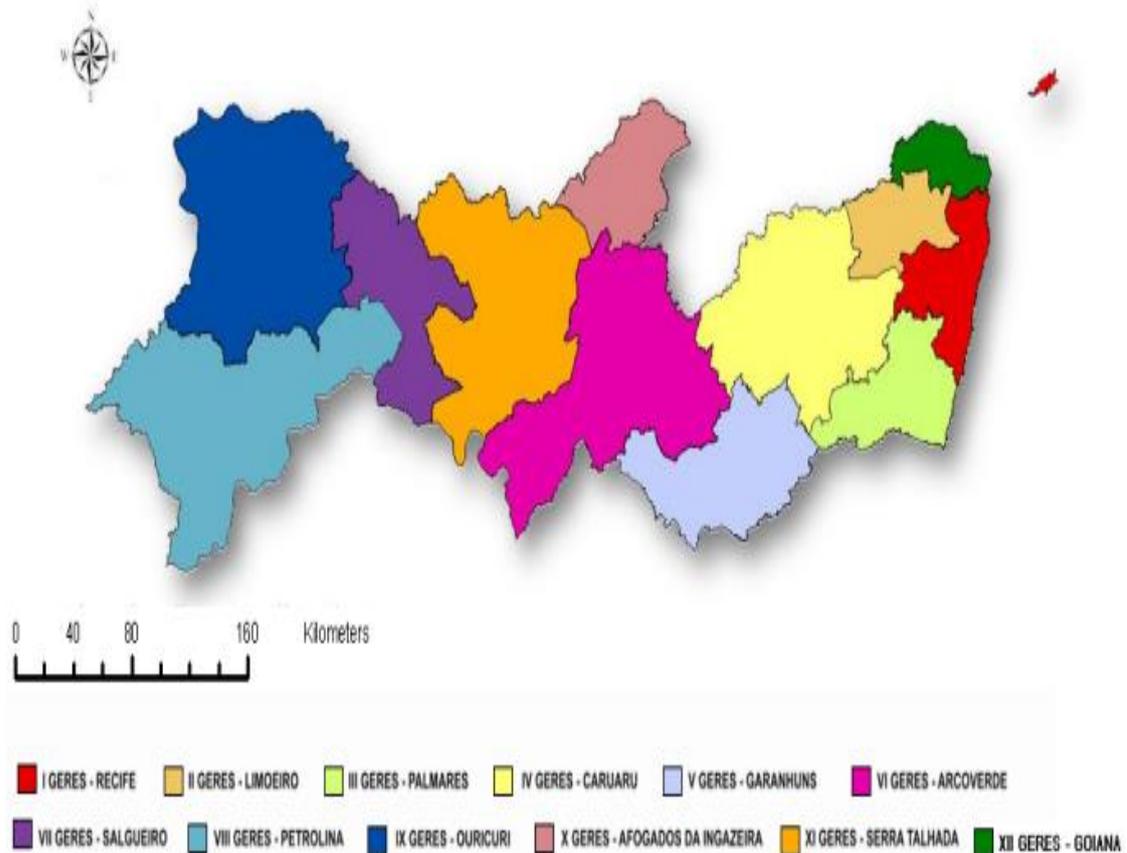


Figura 2. Distribuição das Gerências Regionais de Saúde (GERES) do estado de Pernambuco.

Segundo dados da SES-PE, referentes a setembro de 2014, existiam em Pernambuco um total de 164 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs) e 107 Programas Mãe Coruja, distribuídos nas 12 GERES. Adicionalmente a Secretaria de Saúde do Recife oferece o Programa Academia da Cidade, com 41 polos distribuídos em seis Distritos Sanitários. Em 2014, 126 municípios recebiam recursos financeiros provenientes do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de ações e programas de promoção da atividade física (Quadro 4). Um dos critérios para que estes programas fizessem parte da coleta, foi estar vinculado às secretarias de saúde.

A população foi constituída por profissionais, de todas as categorias, com ou sem formação superior concluída, além dos provisionados em Educação Física, que desenvolviam tanto ações sistemáticas de promoção da atividade física, como orientação para a prática de atividade física nos programas de promoção da saúde da ABS. Programas sem intervenção em atividade física não foi inserido no estudo. Por se tratar de um mapeamento foi adotado um censo dos profissionais de todas as categorias (Educação Física, Assistente Social, Farmácia Enfermagem, Fisioterapia,

Psicologia, Terapia Ocupacional, Nutrição Odontologia, Fonoaudiologia), com ou sem formação superior concluída, além dos provisionados em Educação Física, que desenvolviam tanto ações sistemáticas de promoção da atividade física, como orientação para a prática de atividade física nos programas de promoção da saúde da ABS.

Quadro 4. Distribuição dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), programas Academia das Cidades/Academia da Saúde (PACID/PAS) e programas Mãe Coruja por Gerência Regional de Saúde (GERES) no estado de Pernambuco, em 2014.

GERES	N° NASF	N° POLOS	
		PACID/PAS	PROGRAMA MÃE CORUJA
I (Recife)	49	50	1
II (Limoeiro)	19	11	8
III (Palmares)	17	2	10
IV (Caruaru)	16	22	14
V (Garanhuns)	20	5	21
VI (Arcoverde)	9	6	13
VII(Salgueiro)	5	2	2
VIII(Petrolina)	8	4	7
IX (Ouricuri)	10	6	11
X (Afogados da Ingazeira)	3	6	5
XI (Serra Talhada)	1	7	10
XII (Goiana)	7	5	5
TOTAL	164	126	107

Fonte: Silva (2015) (adaptado).

3.3 Coleta de dados

O Projeto foi liderado por pesquisadores da Universidade de Pernambuco (UPE) e sob a responsabilidade dos membros do Grupo de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde (GPES) e contou com a parceria de três Instituições de Ensino Superior: Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), localizada no Sertão, a Faculdade ASCES, localizada no Agreste e Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). O treinamento das equipes para coleta de campo foi realizado no mês de Janeiro (equipe UPE e UFRPE) e primeira quinzena de Fevereiro (equipe UNIVASF e ASCES) de 2014. Todos os envolvidos na aplicação dos instrumentos receberam treinamento prévio para condução da coleta de dados, além de um guia com orientações de conduta, a fim de auxiliar os pesquisadores no momento da entrevista.

A comunicação oficial aos municípios sobre a pesquisa era feita através de um ofício (Apêndice B) enviado pelo grupo de pesquisa interno do projeto. Após o envio do ofício, um pesquisador ficou responsável de entrar contato por telefone ou e-mail com todos os 184 municípios do Estado de Pernambuco mais a Ilha de Fernando de Noronha. O contato foi realizado com os coordenadores da ABS, secretários municipais de saúde ou coordenadores dos programas com objetivo de informar os objetivos da pesquisa, levantar informações referentes aos programas e intervenções de atividade física. Após essa etapa, formaram-se duas equipes responsáveis em realizar a pesquisa. A visita aos municípios era pactuada semanalmente com antecedência para que o gestor pudesse organizar a equipe de profissionais. A dinâmica de visita contemplava 1 (um) município por dia de uma determinada GERES.

A coleta de dados ocorreu entre a segunda quinzena de Fevereiro a Junho de 2014, Julho de 2015 e Fevereiro de 2016, mediante aplicação de um instrumento intitulado “Questionário para avaliação de intervenções para promoção da atividade física na atenção básica à saúde” (Apêndice B). O instrumento tem como finalidade avaliar o nível de conhecimento relacionado a intervenções em atividade física dos profissionais que atuam nos programas de promoção da saúde da atenção básica do estado de Pernambuco. Foram excluídos aqueles que se recusaram a participar, os que estavam gozando férias ou licença, assim como os que não compareciam nas datas agendadas. O instrumento, dura aproximadamente 40 minutos para ser

respondido e é aplicado na presença do pesquisador para auxílio em caso de dúvidas por parte do participante.

Na fase de coleta de dados a Escola Superior de Educação Física (ESEF) da UPE, ficou responsável em conduzir sete, das doze, regionais de saúde do Estado de Pernambuco (municípios da I, II, III, IV, V, VI, X e XII regionais). A equipe da ASCES ficou responsável pela IV regional de saúde e a equipe da UNIVASF realizou a coleta em quatro regionais (VII, VIII, IX e XI).

3.4 Instrumento de medida

A construção e a validação do instrumento de medida foram realizadas em quatro fases: 1ª) Construção de matrizes analíticas; 2ª) Validade de face e conteúdo; 3ª) Estudo piloto; 4ª) Análise de reprodutibilidade.

As matrizes analíticas foram encaminhadas para pesquisadores e profissionais com experiência na área de AF e Saúde Pública, para que estes pudessem opinar a pertinência dos indicadores utilizados. Na validação de face e conteúdo foi observado um retorno médio de 8 pareceres (pesquisadores) e um total de 13 de pareceres (profissionais e gestores e usuários). Os pareceristas indicaram uma boa avaliação em relação ao grau de pertinência, avaliação do grau de adequação da redação, linguagem das perguntas e respostas e a avaliação geral do questionário, além de comentários específicos para ajustes em perguntas e categorias de resposta.

Em seguida foi construída a versão final do questionário sendo reenviado aos especialistas para reavaliação. O instrumento final dos profissionais foi composto por 151 questões divididas em três componentes (caracterização do respondente, análise das competências e percepção do ambiente) e 16 dimensões. Para o presente estudo foi utilizadas os componentes: Caracterização do respondente composto por 58 questões divididas em quatro dimensões (sócio demográfica, formação inicial, formação continuada e educação permanente, Atuação profissional) e análise das competências composto por 57 questões divididas em três dimensões (conhecimentos, habilidades e atitudes).

A reprodutibilidade (teste e reteste) do instrumento foi testada por meio da aplicação da correlação intraclass para as variáveis contínuas, Kappa para as variáveis nominais e Spearman (ρ) para as de escala ordinal. Foram considerados

como satisfatórios valores $\geq 0,4$. Descrição das dimensões de análise, definição das dimensões e dados de reprodutibilidade podem ser observadas no quadro 5.

Propriedades psicométricas das sessões utilizadas nessa dissertação serão apresentadas no artigo “Avaliação dos programas e intervenções de promoção da atividade física na atenção básica à saúde de Pernambuco: construção, validação de instrumentos e método de trabalho de campo do Projeto SUS+Ativo (BARROS et al., No prelo).

3.5 Variáveis analisadas

No presente estudo foram analisadas variáveis que expressam à caracterização dos respondentes, formação continuada, educação permanente e competências de conhecimento, habilidade e atitude (Quadro 5). Informações sobre descrição componente avaliado, dimensão e variáveis de análise para avaliação do nível de conhecimento, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde da AB podem ser observadas no Quadro 6.

Quadro 5. Descrição das dimensões de análise, definição das dimensões e dados de reprodutibilidade.

Dimensões	Definição da dimensão	Total de questões	Reprodutibilidade (Kappa)
Sócio demográfica	Estudo referente à quantidade de um determinado grupo de pessoas por um determinado território.	5	0,94 (0,81 - 1,00)
Formação Inicial	A Formação inicial corresponde ao ensino escolar e universitário e leva o indivíduo a um nível de formação que determinará qual profissão será capaz de exercer.	11	0,82 (0,34 - 0,91)
Atuação Profissional	Local e campo em que um profissional pode trabalhar.	6	0,72 (0,61-1,00)
Formação continuada e educação permanente	Programas educacionais destinados a informar os indivíduos sobre recentes avanços em seu campo particular de interesse.	12	0,76 (0,45-0,73)
Conhecimento	Domínio de teorias envolvidas na construção do conhecimento específico para a área de atuação, assim como conhecimentos de estratégias diferentes que são utilizadas para tornar acessível e compreensível o conteúdo que se ensina ou se desenvolve, além de conhecimentos de características particulares do ambiente onde o profissional desempenha suas funções, bem como da clientela.	07	0,62 (0,20 – 1,00)
Habilidades	Para desenvolver intervenções em atividade física (AF), profissionais de saúde devem apresentar habilidades em ações de planejamento, comunicação, avaliação, incentivação e gestão, a fim de atender às demandas do local de atuação.	09	0,51 (0,26-0,77)
Atitudes	Englobam características relacionadas a atitudes e valores, tendo como exemplo, características pessoais que não estão necessariamente, ligadas ao exercício específico de uma função.	07	0,61 (0,20 – 0,79)

Quadro 6. Descrição do componente avaliado, dimensão e variáveis de análise para avaliação do nível de conhecimento, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde da AB.

Dimensões	Variáveis utilizadas no estudo	Questões
Sócio demográfico	Sexo	A1
	Idade	A2
	Escolaridade	A3
Formação Inicial	Área de formação	B2
Atuação Profissional	Tempo de atuação	C4 – C5
Formação Continuada e Educação Permanente	Pós-graduação	D1 – D4
	Quantidade de participação em cursos, eventos	D5, D6
	Percepção de atuação profissional	D7, D8
	Barreiras para formação continuada	D9
	Motivação	D10 – D12
Conhecimento	Abordagens de comunicação, informação e educação	E35
	Abordagens comportamentais e sociais	E36
	Monitoramento/avaliação das intervenções e métodos e instrumentos para medida da AF	E37
	Ações em AF que acontecem na rede básica de saúde e na comunidade	E38
	Normas e regulamentos acerca da AF como estratégia de promoção da saúde no SUS	E39
	Ações intersetoriais e de mobilização de parceiros para promoção da AF	E40

	Normas e regulamentos da AF como estratégia de promoção da saúde	E41
Habilidades	Avaliação e monitoramento	F1
	Planejamento de intervenções	F2
	Aconselhamento sobre AF	F3
	Prescrição exercício físico para grupos específicos	F4
	Supervisiona grupos específicos em AF	F5
	Apoio matricial para profissionais de saúde sobre os benefícios da AF	F6
	Promoção de AF articulado com outros profissionais de saúde	F7
	Promoção de AF de acordo com a realidade local	F8
	Diálogo com gestor local sobre ações de promoção da AF	F9
Atitude	Autocontrole na realização de atividades em equipes multiprofissionais	G1
	Flexibilidade diante da complexidade e variabilidade da atuação profissional	G2
	Criatividade diante da complexidade e variabilidade da atuação profissional	G3
	Alteridade nas relações com os usuários e com os demais profissionais de saúde	G4
	Consegue valorizar a importância das relações humanizadas nos serviços de saúde	G5
	Capaz de delegar tarefas e mobilizar outros profissionais em torno de projetos de interesse na ABS	G6
	Capaz de valorizar a prática de AF como estratégia de promoção da saúde	G7

Foram analisadas questões referentes ao nível de domínio percebido de conhecimento, habilidade e atitude quanto às abordagens e ferramentas para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde. Além de variáveis analisadas a partir de indicadores referentes à formação inicial, formação continuada e educação permanente dos profissionais.

3.6 Tabulação e análise de dados

A tabulação dos dados foi realizada por meio da leitura ótica dos questionários, utilizando o software SPHYNX® (Sphynx Software Solution Incorporation, Washington, Estados Unidos). Para análise dos dados, foram aplicados procedimentos descritivos e inferenciais, empregando-se o programa estatístico SPSS (Versão 10), considerando o nível de significância $p < 0,05$.

Procedimentos descritivos foram empregados para análise das variáveis de dimensão sócio demográfica, formação inicial, tempo de atuação, formação continuada, educação permanente e nível de conhecimento, habilidade e atitude sobre abordagens e ferramentas para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde. Foram realizadas análises descritivas determinando a frequência (absoluta e relativa) para as variáveis das dimensões utilizadas no presente estudo, distribuídos por regiões do estado de PE.

Para as análises inferenciais foi utilizado o teste de Qui-quadrado para tendência, a fim de verificar a associação entre as variáveis de nível de conhecimento, habilidade e atitude sobre abordagens e ferramentas para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde com as variáveis independentes (formação inicial, tempo de atuação, formação continuada, educação permanente). O teste qui-quadrado também foi aplicado para verificar a associação entre nível de conhecimento, habilidade e atitude do profissional de educação física com o nível de conhecimento das demais categorias profissionais.

Para análise de competência de conhecimentos, habilidades e atitudes, foi realizado um somatório de questões por cada dimensão (as opções de resposta iam de 1 a 5). Os indicadores de respostas foram categorizados em: Satisfatório (quando o profissional referia ter nível alto/ muito alto); Insatisfatório (quando o profissional referia ter nível médio/baixo/ muito baixo). Essa classificação foi utilizada para mensurar os tipos de conhecimento, habilidade e atitude percebida. Foi classificado

como alto ou muito alto apenas aqueles que usaram essa classificação em todas as questões da dimensão (5 pontos), a fim de inserir nessa categoria apenas quem de fato apresentavam níveis de domínio percebidos de conhecimento, habilidade e atitude satisfatórios..

3.7 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa ao qual este estudo está vinculado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco - CAAE: 13373313.5.0000.5207 (Anexo A). A participação dos sujeitos foi voluntária e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

4 RESULTADOS

De acordo com a norma 002/2015 para elaboração da dissertação de mestrado do Programa Associado de Pós-graduação em Educação Física UPE/UFPB, optou-se pela apresentação dos resultados no formato de manuscritos para submissão a periódicos da área. O manuscrito 1 foi submetido e aprovado pela Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde (RBAFS) (apêndice E). O manuscrito 2 foi preparado para ser submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública (apêndice F).

Artigo 1

Título:

Perfil dos profissionais que atuam nos programas de promoção da saúde com intervenções em atividade física da atenção básica à saúde do estado de Pernambuco.

Objetivo: Identificar o perfil dos profissionais que atuam em programas de promoção da saúde da atenção básica, com intervenções em atividade física, do Estado do Pernambuco;

Periódico: Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde

Qualis: B2

Artigo 2

Título:

Competências profissionais relacionadas à atividade física dos profissionais que atuam nos programas de promoção da saúde da atenção básica de Pernambuco.

Objetivo: Identificar o nível do domínio percebido de conhecimento, habilidade e atitude relacionados a intervenções em atividade física dos profissionais que atuam nos programas de promoção da saúde da atenção básica, por região. Assim como, analisar a associação entre os níveis do domínio percebido (conhecimento, habilidade e atitude) relacionado a intervenções em atividade física na atenção básica com formação inicial, formação continuada e educação permanente.

Periódico: Cadernos de Saúde Pública

Qualis: B1

Artigo original**Título**

Perfil dos profissionais que atuam nos programas de promoção da saúde com intervenções em atividade física da atenção básica à saúde do estado de Pernambuco.

Title

Profile of professionals working in physical activity interventions within programs in the primary health care system in the State of Pernambuco.

Título resumido

Profissionais dos programas de promoção da saúde do Estado do Pernambuco

Autores: Danyelle de Cássia Ribeiro de Oliveira, Anísio Luiz da Silva Brito, Rafael Miranda Tassitano.

Instituição: Escola Superior de Educação Física – Universidade de Pernambuco (UPE)

Correspondência para:

Danyelle de Cássia Ribeiro de Oliveira

Universidade de Pernambuco

Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde

Avenida Beberibe, nº3530/BI-B7-Aptº103-Porto da Madeira, Recife – PE

CEP: 50100-130, E-mail: cassiaom77@yahoo.com.br, Telefone: (81) 3183-3375/3183-3376

Contagem de palavras:

Texto: 3.271

Resumo: 240

Abstract: 238

Número de referências: 25

Número de ilustrações: 24

Resumo

O presente estudo teve como objetivo realizar um mapeamento do perfil quanto às características sociodemográficas, de formação inicial, formação continuada e educação permanente dos profissionais que atuam em programas de promoção da saúde com intervenções em atividade física da atenção básica do Estado do Pernambuco. Estudo transversal de abrangência estadual com 511 profissionais (59,1% de mulheres). Tempo de formação, de atuação profissional, tipo de vínculo, experiências curriculares na formação inicial, participação em eventos, palestras e cursos com foco na atividade física, bem como as características sociais e demográficas foram coletadas através de um questionário construído e previamente validado. Foram realizadas análises descritivas e para as análises inferenciais o teste de Qui-quadrado, considerando um $p < 0,05$. A maioria dos profissionais (92,8%) tem formação superior completa, sendo 61,2% em Educação Física, 64,3% com até seis anos de atuação na atenção básica e 67,3% contratado de forma temporária. Uma maior proporção de profissionais com vínculo estatutário na Secretaria de Saúde foi observada entre os licenciados plenos em Educação Física quando comparado às demais formações iniciais ($p < 0,05$). Cerca 37,8% dos profissionais relataram não terem nenhuma experiência curricular na graduação relacionada à atenção básica e 69,2% participou no último ano de cursos, palestras ou eventos relacionados à atividade física. É possível identificar fragilidade tanto na formação inicial quanto na participação desses profissionais em cursos de formação continuada. Investimentos na formação pode fortalecer a atuação profissional nos programas de políticas públicas com ênfase na atividade física.

Palavras-chave: Atividade Motora, Atenção Primária à Saúde, Recursos Humanos em Saúde, Educação Continuada.

Abstract

The present study aimed to map the profile of professionals actively working in physical activity intervention programs for health promotion within the primary health care system in the State of Pernambuco, according to sociodemographic characteristics, education, continuous education and permanent education. Cross-sectional study conducted in the State with 511 professional (59.1% women). Time since formal education was achieved, type of employment, curricular experiences in initial education, participation in events, lectures and courses focusing in physical education, as well as the social and demographic characteristics were collected through a built and previously validated questionnaire. Descriptive and inferential analysis were conducted, and chi-square test considered a p value of <0.05). About 37.8% of professionals reported not having educational experience in primary health care while in undergraduate education and 69.2% participated in events, courses and lectures related to physical activity. It is possible to identify frailty in primary education of professionals as well as continued education. Investments in training may strengthen professional work in public policy programs emphasizing in physical activity.

Keywords: Motor Activity; Primary Health Care; Health Human Resources; Continuing Education

INTRODUÇÃO

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) inserindo a promoção da atividade física (AF) como uma das estratégias de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)¹⁻². Em 2008 foi lançado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que elencou a prática da AF como uma das estratégias de atenção integral à Saúde³. A partir de 2011 foi implantado o Programa Academia da Saúde, com o intuito de ampliar a promoção da AF, do lazer e de estilos de vida saudáveis para todos os municípios do país⁴. Antes do lançamento da PNPS, algumas cidades já ofereciam programas e/ou intervenções de promoção da saúde com foco na AF, tais como o Programa Academia da Cidade (Recife) em 2002, Curitiba (Curitiba) em 2005, entre outras⁵.

A partir deste contexto histórico de implementação da PNPS, bem como, com o reconhecimento do profissional de Educação Física (PEF) no setor saúde, se tem observado a inserção do PEF na Atenção Básica à Saúde (ABS)^{6,7,8}. São recentes os estudos que abordam a atuação e formação destes profissionais na ABS⁸⁻¹¹ e em geral indicam as formas de intervenção, expectativa das atividades desenvolvidas¹². Adicionalmente, não se tem estudos indicando diferenças nas formações iniciais, continuada e educação permanente, considerando as diferentes formações em Educação Física. No estudo de Rodrigues et al., 2015⁸, por exemplo, todos os PEF que atuam no NASF da região metropolitana de João Pessoa na Paraíba são formados em Licenciatura Plena. Apesar da proximidade com o estado de Pernambuco, as realidades são distintas em relação à formação inicial e atuação na ABS.

Tanto na literatura disponível, quanto em documentos institucionais não existem informações com abrangência municipal, estadual ou federal sobre o perfil dos profissionais que atuam nos programas de promoção da saúde com ênfase em atividade física, em relação a sua formação inicial, formação continuada e educação permanente. O mapeamento destas informações possibilitará uma visão ampliada do perfil dos profissionais que atuam nos programas e/ou intervenções. Além disso, pode ser uma importante forma de despertar as instituições de ensino superior a reflexão sobre a readequação da formação inicial dos PEF para esta atuação.

Em face ao exposto, o presente estudo tem como objetivo mapear o perfil dos profissionais, em relação a sua formação inicial, formação continuada e educação permanente, que atuam em programas de promoção da saúde da atenção básica, com intervenções em atividade física, do Estado de Pernambuco.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo e com abrangência estadual que faz parte de um projeto intitulado “Avaliação dos programas e intervenções relacionadas à AF na rede de Atenção Básica à Saúde no estado de Pernambuco- Projeto SUS+Ativo”. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco - CAAE: 13373313.5.0000.5207, sendo a participação dos sujeitos voluntária e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A população foi constituída por todos os profissionais atuantes nos programas e/ ou intervenções de promoção de saúde. O critério para que estes programas fizessem parte do estudo foi estar vinculado às Secretarias de Saúde do Município e/ou Estado. Segundo dados de Setembro de 2013 da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco existem um total de 164 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs) que são distribuídos nas 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres). Além disso, atualmente 87 municípios recebem recursos financeiros provenientes do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de intervenções e programas de promoção da AF na ABS, tais como, a Academia da Cidade do Recife, Academias das Cidades de Pernambuco, Academia da Saúde e programas municipais. Maiores informações sobre a concepção, construção e validação dos instrumentos e do método de campo encontram-se no artigo “Avaliação dos programas e intervenções de promoção da atividade física na atenção básica à saúde de Pernambuco: construção, validação de instrumentos e método de trabalho de campo do Projeto SUS+Ativo”¹³.

A coleta de dados ocorreu entre Fevereiro a Junho de 2014 e Julho de 2015 e a entrevista foi realizada através de um questionário autoaplicado intitulado “Questionário para avaliação de intervenções para promoção da atividade física na atenção básica à saúde - versão profissional”. Dentre as dimensões que compõem o referido instrumento, foram utilizadas a sociodemográfica (sexo, idade, renda familiar

mensal, estado civil, cor da pele e se reside onde trabalha); Atuação profissional (tipo de vínculo profissional, tempo de atuação profissional, tempo de atuação na ABS e tempo de atuação em programas de promoção da AF); Formação inicial (área de formação, tempo de formado, tipo de instituição, participação no PET-Saúde, PRÓ-Saúde, estágio curricular obrigatório na ABS, estágio extracurricular na ABS, experiência curricular pontual na ABS (aula, visita e/ou evento), iniciação científica relacionada à ABS e projeto de extensão com foco na ABS); Formação continuada e educação permanente (pós-graduação, participação em cursos, eventos ou capacitações na área de atividade física durante o último ano).

A tabulação dos dados foi realizada por meio da leitura ótica dos questionários, utilizando o software SPHYNX® (Sphynx Software Solutions Incorporation, Washington, Estados Unidos). Todas as análises dos dados foram realizadas utilizando o pacote estatístico SPSS (versão 10). No plano de análise dos dados, inicialmente algumas variáveis foram categorizadas: Tempo de formação (≤ 5 anos, > 5 e ≤ 10 anos e > 10 anos), tempo de atuação profissional (≤ 3 anos, > 3 e ≤ 6 anos, > 6 anos), tempo de atuação na ABS (≤ 1 ano, > 1 e ≤ 3 anos, > 3 anos) e tempo de atuação em programa de AF (≤ 1 ano, > 1 e ≤ 3 anos, > 3 anos), quantidade de participação em cursos, eventos e capacitações nos últimos 12 meses (nenhum curso, 1 a 2 cursos, e 3 ou mais cursos). Por fim, foi criada uma variável a partir do somatório das experiências curriculares relacionadas à ABS (nenhuma experiência, 1 a 3 experiências e 4 a 7 experiências).

Após, foram realizadas as análises descritivas determinando a frequência (absoluta e relativa) para as variáveis categóricas e médias (desvios-padrão) para as variáveis contínuas. Nas análises inferenciais foi utilizado o teste de Qui-quadrado para tendência, a fim de verificar a associação entre a área de formação e as variáveis das dimensões avaliadas neste estudo. Em todos os testes foi considerado um $p < 0,05$ para o nível de significância.

RESULTADOS

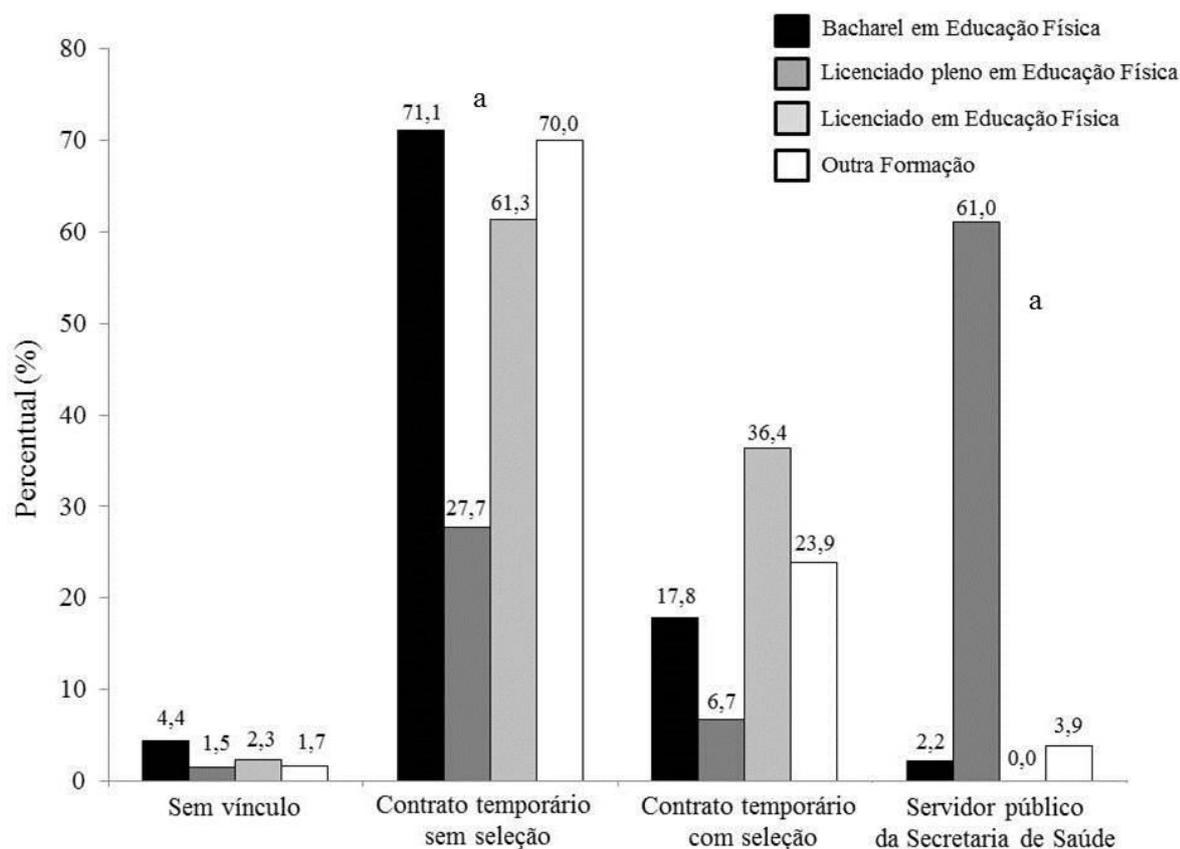
Foram entrevistados 511 profissionais (92,8% com formação superior completa), sendo a maioria do sexo feminino (59,6%) com idade média e respectivo desvio-padrão de 31,9 anos ($DP \pm 7,6$). No momento da coleta houve 10 perdas, um profissional encontrava-se de férias, quatro de licença e os demais não compareceram na data agendada para realização da coleta. Além disso, dois profissionais se recusaram a participar da pesquisa. Do total dos profissionais 1,2% são provisionados em Educação Física e 6,0% relataram não ter formação inicial concluída. Informações adicionais sobre as características sociodemográfica, econômicas dos profissionais com formação superior completa que atuam em intervenções e /ou programas de promoção da AF no estado de Pernambuco podem ser observadas na tabela 1.

Tabela 1. Característica sóciodemográficas dos profissionais com formação superior completa que atuam em programas de promoção da saúde com intervenções em atividade física na ABS do Estado de Pernambuco, estratificado por formação.

Variáveis	Bacharelado em Educação Física		Licenciatura Plena em Educação Física		Licenciatura em Educação Física		Outra formação superior *		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									
Masculino	21	46,7	106	54,4	29	61,7	31	17,0	
Feminino	24	53,3	89	45,6	18	38,3	151	83,0	
Estado Civil									
Solteiro(a)	26	59,1	65	33,5	28	59,6	99	54,4	
Casado(a)	16	36,4	119	61,3	16	34	74	37,3	
Outro(a)	2	4,5	10	5,2	3	6,4	9	6,8	
Cor da pele									
Branca	19	42,2	82	42,1	14	29,8	98	54,1	
Preta	5	11,1	21	10,8	4	8,5	9	5,0	
Amarela	3	6,7	10	5,1	3	6,4	10	5,5	
Parda	17	37,8	79	4,5	26	55,3	63	34,8	
Indígena	1	2,2	2	1,0	0	0	1	1,0	
Renda familiar mensal**									
De 1 a 4	27	60,0	67	34,4	32	68,1	90	92	
4 ou mais	18	40,0	128	65,6	15	31,9	49,5	50,5	
Reside no município de atuação									
Sim	29	67,4	133	71,5	39	86,7	97	55,1	
Não	14	32,6	53	28,5	6	13,3	79	44,9	

*Assistente social, Farmácia, Enfermagem, fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Fonoaudiologia; ** Salário mínimo da época de R\$ 788,00.

Quanto à formação inicial, seis em cada dez são formados em Educação Física, sendo que 39,0% na modalidade de Licenciatura Plena, 12,6% em Licenciatura e 9,6% com formação em Bacharelado. As demais áreas de formação inicial foram: Assistente Social, Farmácia Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Nutrição Odontologia, Fonoaudiologia. Cerca de quatro em cada dez profissionais relataram que trabalham há mais de 6 anos, independentemente de ser na ABS. A minoria tem até um ano de atuação na ABS (24,5%) em programas de promoção da AF (30,7). A maioria (67,3%) dos profissionais está contratada de forma temporária e apenas 28,1% são concursados em Secretarias de Saúde. Verificou-se ainda uma diferença significativa entre os profissionais com formação em Licenciatura em Educação Física quando comparado com as demais profissionais, em relação a ter um vínculo estatutário junto a Secretaria de Saúde ($p < 0,05$). Na figura 1 estão apresentados os dados relacionados ao tipo de vínculo com intervenção e/ou programa de promoção da AF, estratificado pela formação inicial.



a = diferença significativa entre Licenciatura Plena em Educação física quando comparado com as demais categorias de formação inicial

Nota: Outro tipo de vínculo de 4,5% para o bacharel, 3,1% para o Licenciado pleno e 0,5% para outra formação.

Figura 1. Tipo de vínculo dos profissionais que atuam em programas de promoção da saúde da ABS, com intervenções na atividade física do Estado de Pernambuco, por formação inicial.

Dos profissionais com formação superior completa, 45,7% apresentaram curso completo de pós-graduação em nível de especialização Lato Sensu, 3% a residência multiprofissional em saúde e 2,6% o mestrado acadêmico. Em relação às experiências durante formação inicial, a maioria dos profissionais não participou de atividades como PET-Saúde (93,5%), PRÓ-Saúde (96,1%), Estágio curricular obrigatório na ABS (62,8%), estágio curricular não obrigatório na ABS (70,5%), Iniciação Científica com foco na ABS (86,5%), alguma experiência curricular com foco na ABS (50,5%) e Extensão Universitária com foco na ABS (83,4%). Informações adicionais sobre as experiências dos profissionais com formação superior completa podem ser observadas na tabela 2.

Tabela 2. Características da formação inicial dos profissionais com formação superior que atuam em programas de promoção da saúde na ABS, com intervenções em atividade física do Estado de Pernambuco.

Variáveis	Bacharelado em Educação Física		Licenciatura Plena em Educação Física		Licenciatura em Educação Física		Outra formação superior*		p
	N	%	n	%	n	%	N	%	
	Formação inicial								
Instituição Pública	9	20,0	150	77,3	8	17,4	38	21,0	<0,05 ^a
Instituição Privada	36	80,0	44	22,7	38	82,6	143	79,0	
Tempo de formação									
≤ 5 anos	29	65,9	23	11,9	35	81,4	90	51,1	<0,05 ^a
> 5 e ≤ 10 anos	14	31,8	105	54,4	8	18,6	55	31,2	
> 10 anos	1	2,3	65	33,7	0	0	31	17,6	
Tempo de atuação profissional									
≤ 3 anos	16	37,2	13	6,7	16	34,8	77	42,8	<0,05 ^a
> 3 e ≤ 6 anos	24	55,8	45	23,2	21	45,7	55	30,6	
> 6 anos	3	7,0	136	70,1	9	19,6	48	26,7	
Tempo de atuação na ABS									
≤ 1 ano	15	38,5	18	9,8	18	42,9	56	31,5	<0,05 ^a
> 1 e ≤ 3 anos	16	41,0	83	45,1	14	33,3	71	39,9	
> 3 anos	8	20,5	83	45,1	10	23,8	51	28,7	
Tempo de atuação em programas de AF									
≤ 1 ano	19	45,2	20	10,4	17	41,5	74	46,0	<0,05 ^a
> 1 e ≤ 3 anos	15	35,7	84	43,5	13	31,7	56	34,8	
> 3 anos	8	19,0	89	46,1	11	26,8	31	19,3	
PET-Saúde									
Não participou	39	86,7	183	93,8	43	91,5	171	94,0	NS
Participou	6	13,3	12	6,2	4	8,5	11	6,0	
PRÓ-Saúde									
Não participou	40	88,9	190	97,4	43	91,5	176	96,7	NS
Participou	5	11,1	5	2,6	4	8,5	6	3,3	

Estágio obrigatório na ABS									
Não participou	25	55,6	154	79,0	32	68,1	71	39,0	<0,05 ^b
Participou	20	44,4	41	21,0	15	31,9	111	61,0	
Estágio não obrigatório na ABS									
Não participou	28	62,2	146	74,9	32	68,1	113	62,1	NS
Participou	17	37,8	49	25,1	15	31,9	69	37,9	
Experiência curricular pontual na ABS									
Não participou	16	35,6	119	61,0	22	46,8	61	33,5	<0,05 ^c
Participou	29	64,4	76	39,0	25	53,2	121	66,5	
Iniciação Científica relacionada à ABS									
Não participou	37	82,2	175	89,7	39	83,0	151	83,0	NS
Participou	8	17,8	20	10,3	8	17,0	31	17,0	
Extensão universitária relacionada à ABS									
Não participou	38	84,4	172	88,2	35	74,5	140	76,9	NS
Participou	7	15,6	23	11,8	12	25,5	42	23,1	

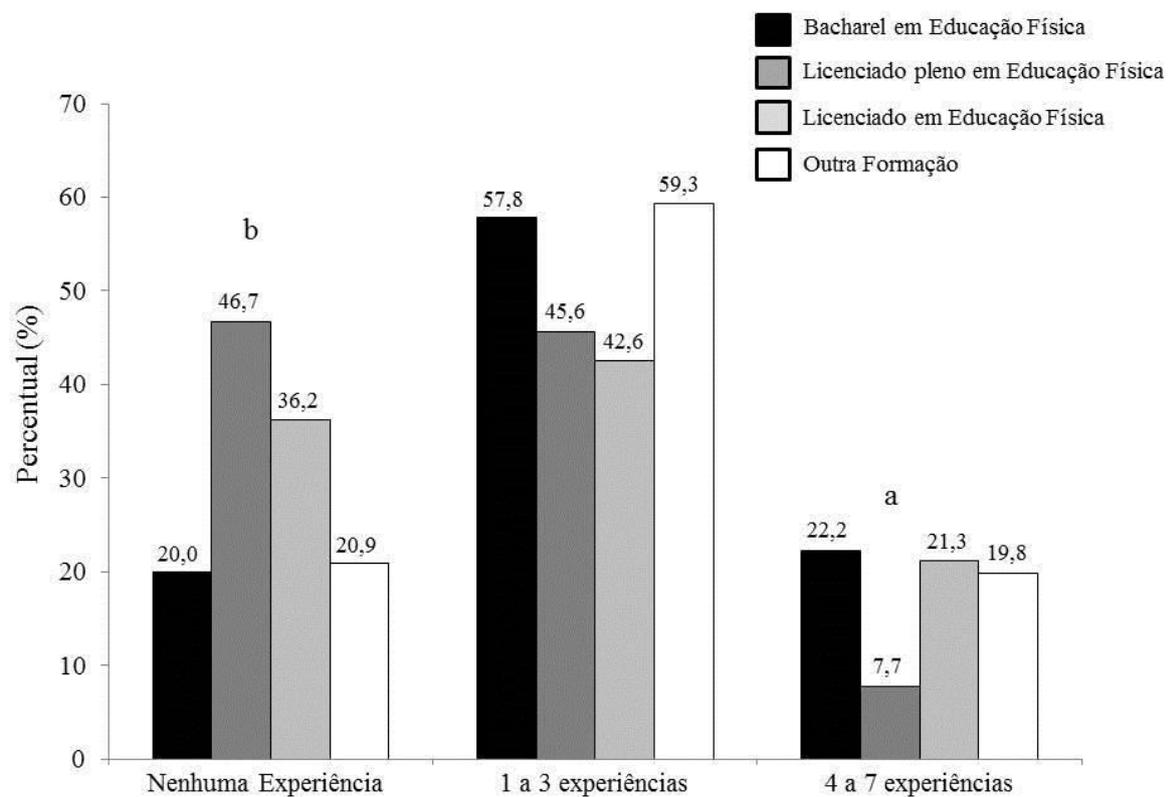
*Assistente social, Farmácia, Enfermagem, fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Fonoaudiologia.

a = Diferença significativa entre Licenciatura Plena em Educação física quando comparado com as demais categorias de formação inicial

b = Diferença significativa entre Licenciatura e Licenciatura Plena em Educação Física quando comparado com as demais categorias de formação inicial.

c = Diferença significativa entre Licenciatura Plena em Educação física quando comparado com bacharelado em Educação física e outra formação inicial.

Quando se agrupou as informações sobre a experiência com a ABS na formação inicial, observou-se que 37,8% dos profissionais relataram não terem nenhuma experiência na graduação relacionada à ABS, enquanto apenas 14,1% relataram de 4 e 7 experiências. A proporção de profissionais que relataram não ter experiência na formação inicial é maior entre os Licenciados Plenos (45,9%) em comparação as demais categorias profissionais. Por outro lado, a proporção de quem teve de 4 a 7 experiências é maior entre os bacharéis em Educação física (22,2%). Informações, estratificadas por área de formação estão apresentadas na figura 2.

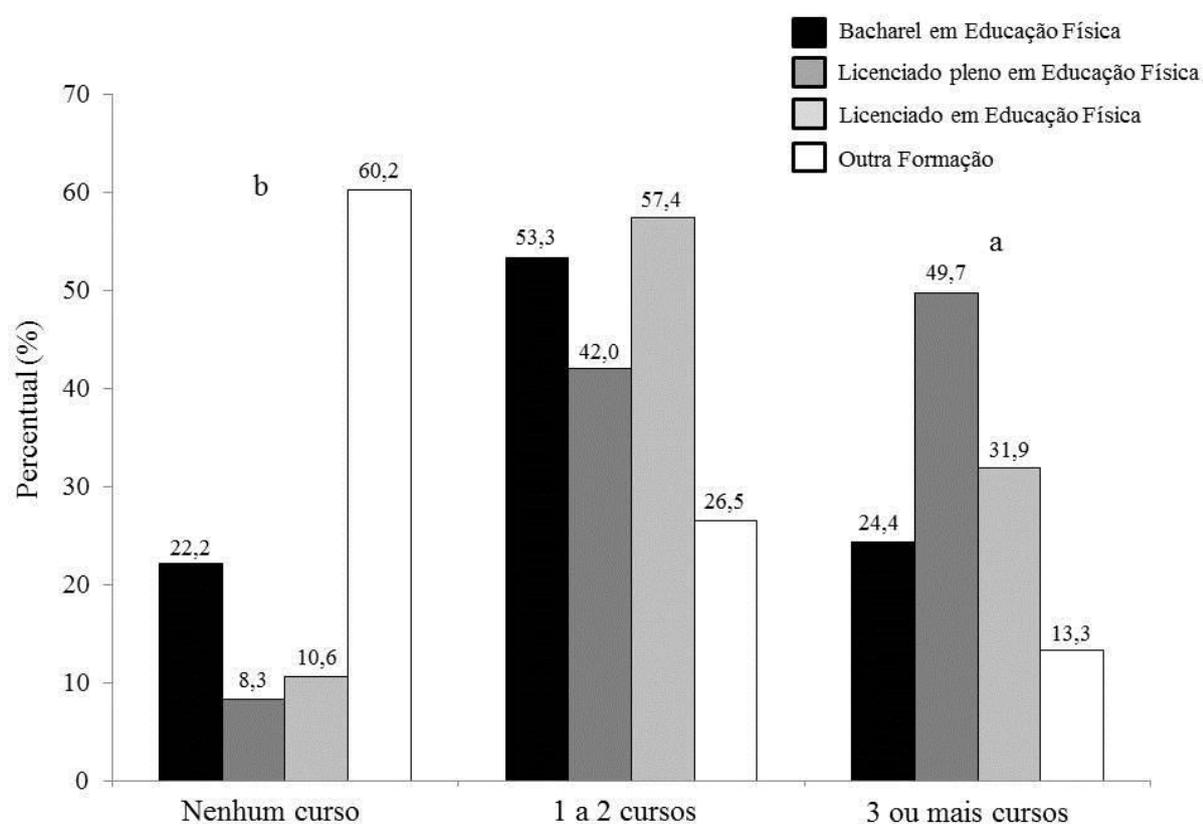


a = diferença significativa entre Licenciatura Plena em Educação física quando comparado com as demais categorias de formação inicial

b = diferença significativa entre Licenciatura Plena em Educação física quando comparado a formação em bacharelado em Educação Física e outra formação.

Figura 2. Experiências curriculares relacionadas à ABS durante a formação inicial dos profissionais com formação superior que atuam em programas de promoção da saúde na ABS, com intervenções em atividade física do Estado de Pernambuco.

Observou-se que três em cada dez profissionais relataram não ter participado de nenhum curso, palestra e/ou capacitação relacionado à AF durante os últimos 12 meses e que proporção semelhante relatou ter participado de mais de três cursos. A proporção de quem não participou de nenhuma ação foi significativamente maior entre aqueles profissionais com outras formações, quando comparado com os com formação inicial em Educação Física ($p < 0,05$). Informações adicionais sobre a participação dos profissionais em cursos, eventos ou capacitações na área de atividade física podem ser observadas na figura 3.



a = diferença significativa entre Licenciatura Plena em Educação física quando comparado com as demais categorias de formação inicial.

b = diferença significativa entre outra formação quando comparado a formação em Educação Física

Figura 3. Participação de cursos, palestras e/ou eventos, nos últimos 12 meses, relacionados à atividade física dos profissionais com formação superior que atuam em programas de promoção da saúde na ABS, com intervenções em atividade física do Estado de Pernambuco, por área de formação.

DISCUSSÃO

Em linhas gerais a maioria dos profissionais que atuam nos programas de promoção da saúde com intervenção em atividade física na ABS possui formação de nível superior, principalmente em Educação Física (Bacharelado, Licenciatura ou Licenciatura Plena). A maioria tem até três anos de trabalho no programa de AF e o vínculo estabelecido entre os programas e os seus profissionais, foi em sua grande maioria por contrato temporário e sem seleção. Acredita-se que em algumas regiões do Estado exista ainda uma baixa ou inexistente oferta de curso de formação de nível superior, sobretudo em Educação Física, o que explica em partes a proporção considerável de profissionais sem formação superior em determinados municípios. Outro aspecto é o fato de que a maioria dos vínculos é por contrato temporário e sem processo de seleção o que gera a possibilidade de indicação do recurso humano sem uma formação adequada, principalmente em municípios consideradas de pequeno porte. Essa fragilidade pode ser encontrada tanto em profissionais sem formação superior, como também em profissionais com nível superior completo.

Considerando a especificidade da profissão, são de competência do PEF as ações específicas da área de conhecimento, porém, alguns autores também defendem que outros profissionais de saúde devem trabalhar no cuidado da população, através das ações de aconselhamento, orientação e encaminhamento para programas de AF¹⁴⁻¹⁶. A presença de outros profissionais com formação superior pode estar atrelada ao NASF que dispõe em sua portaria como ação comum a todos os profissionais desenvolver AF e práticas corporais junto à comunidade¹⁴. Em 2004, já se discutia a legitimidade técnica para a formulação de uma política de Estado a fim de ordenar a formação de profissionais de acordo com as necessidades de saúde da população destacando as competências do setor da educação e do setor da saúde nessa construção¹⁵.

Um aspecto relevante encontrado é que cerca de quatro em cada dez profissionais relataram não ter tido nenhuma experiência relacionada à ABS na formação inicial, sobretudo nos cursos de Licenciatura em Educação física. Na realidade estadual, os Licenciados plenos são os profissionais que estão há mais tempo atuando e que durante a formação inicial, em sua grande maioria não tiveram oportunidade de vivenciar atividades relacionadas a ABS disciplinas com foco na Saúde Pública, como promoção em saúde, políticas públicas de saúde, Atenção

Básica de Saúde, entre outras. É importante destacar que os dados indicam uma baixa proporção de profissionais com quatro experiências ou mais na formação inicial relacionada à ABS o que denota um desalinhamento com a atuação profissional. A criação do Bacharelado e a reformulação nos currículos dos cursos de Educação Física são recentes e parece ainda não acompanhar as demandas para atuação neste campo¹⁷. Tais dados expõe a fragilidade na formação, já que, segundo as Diretrizes Curriculares que constituem em orientações comuns a todas as profissões, as instituições de ensino superior em bacharelado devem assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação a ser oferecida¹⁸. Além de oferecer ao futuro graduado condições de superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa¹⁸. O currículo de formação inicial é uma discussão central, visto que, podemos observar não somente na Educação física, mas, em outras áreas de formação ainda ser direcionada para outro modelo de atenção¹⁹.

Percebe-se elevada participação dos profissionais em cursos de especialização, e a baixa participação em Residências Multiprofissionais. Estudos apontam que Residências em Saúde e Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF) são estratégias positivas para a formação de profissionais com perfil para trabalhar nos programas propostos pelo Ministério da Saúde, pois o novo modelo de assistência prevê alterações na formação com readequação das relações interpessoais, agregando aspectos psicossociais nas intervenções e aproximação da formação com o campo de trabalho²⁰⁻²¹. Contudo, poucas vagas são ofertadas ao PEF, além do pouco conhecimento do próprio profissional quanto à oportunidade de formação continuada em cursos de residências.

No presente estudo identificou-se, que entre os profissionais que mais buscam se atualizar na temática da AF são os Licenciados Plenos em Educação Física quando comparados aos demais profissionais. Dois argumentos podem justificar esse achado que esta relacionada com a efetivação dos profissionais do serviço. Primeiro, existe a necessidade do acesso ao conhecimento específico relacionado às competências para atuação devido à formação inicial do licenciado pleno não contemplar nem conteúdos específicos, nem conteúdos gerais da atenção básica. Outro aspecto está no tipo de vínculo, pois a maioria dos profissionais que possuem um vínculo efetivo junto à secretaria de saúde é Licenciado Pleno. Este

cenário pode ser explicado porque o cargo de Profissional de Educação Física quando criado pela Secretaria de Saúde de Recife/PE, através da lei 17.400 de 28.12.2007, não existiam ainda profissionais bacharéis formados. Por tanto, o concurso público realizado no ano de 2008, tornou efetivos os profissionais da Academia da Cidade (PAC), os quais tinham como formação inicial a Licenciatura Plena em Educação Física.

De acordo com PNAB, para a consolidação da reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, é necessário promover um saber e um fazer em educação permanente que reflitam na prática dos serviços de saúde²². Entre outras responsabilidades, os municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, deve estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes²². Como esperado, a proporção de profissionais que não participou de nenhum curso, palestra e/ou capacitação relacionado à AF foi significativamente maior entre aqueles profissionais com outras formações, quando comparado com os com formação inicial em Educação Física.

Em relação ao tempo de atuação, uma menor proporção de profissionais tem até um ano de exercício profissional na ABS e em programas de promoção da AF. Verificou-se uma diferença significativa entre os profissionais com formação em Licenciatura em Educação Física quando comparado com as demais profissões, em relação a ter um vínculo estatutário junto a Secretaria de Saúde. Tais dados podem justificar-se devido a Academia da Cidade de Recife ser o programa institucionalizado mais antigo do Estado de Pernambuco, e devido ao tipo de formação, que permite ao licenciado pleno em educação física atuar em qualquer contexto. Programas com foco em AF permite apenas a atuação do profissional de EF. Segundo a Resolução CONFEF nº 046/2002, lei nº 9696/98, considera que o exercício das atividades de Educação Física é prerrogativa dos profissionais de EF²³. Além disso, na realidade estadual, alguns dos programas vêm sendo coordenados por profissionais de enfermagem, fisioterapia, nutricionista, entre outros, fortalecendo a necessidade de conhecer que tipo de formação inicial e continuada sobre AF, e quanto estão capacitados a exercer gestão de ações dessa natureza²⁴.

Conhecer o perfil dos profissionais atuantes nos programas e intervenções de promoção de saúde com intervenções em atividade física pode contribuir para a reorientação do serviço. Além disso, é possível identificar uma limitação tanto na

formação inicial quanto à participação desses profissionais em cursos de formação continuada. O cumprimento do que preconiza as Diretrizes Curriculares quanto à formação na área da saúde, assim como a aproximação das instituições de ensino com a gestão das políticas públicas pode contribuir para que as ações da PNPS sejam de fato efetivadas.

Além dos princípios estabelecidos e orientações gerais para os cursos de graduação, as Diretrizes Curriculares dos cursos da área de saúde reforçam a necessidade de articulação entre a educação superior e o sistema de saúde, com o objetivo de que a formação geral e específica dos egressos desses cursos possa contemplar a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, de forma que o conceito saúde seja norteado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁸.

Este estudo apresenta potencialidades que devem ser destacados como a abrangência e o ineditismo. O projeto SUS+Ativo visitou todos os municípios pernambucanos que foram identificados com programas (Federais, estaduais e municipais) na ABS que realizassem ações de promoção da atividade física e todos os profissionais foram entrevistados, possibilitando a realização de um censo. Além disso, foi utilizado um instrumento validado e específico para avaliação de intervenções de promoção da atividade física desenvolvida na Atenção Básica de Saúde¹³. No entanto algumas limitações podem ser identificadas. A presença dos pesquisadores no campo em algumas vezes era vista como um tipo de fiscalização. Mesmo o grupo de pesquisadores tomando todos os cuidados para que isso não ocorresse acredita-se que em certa medida pode ter influenciado as respostas de alguns profissionais e desta forma configurando-se em algum viés de resposta. Outro aspecto foi à extensão do questionário que para algumas realidades, principalmente para os profissionais sem formação superior em Educação Física, foi observado um desinteresse.

Ações realizadas pela gestão em torno da educação permanente fortalece o cotidiano de trabalho dos profissionais. Também é necessário que esses profissionais busquem outras formas de capacitação, pois poucas foram às oportunidades de experiências na ABS durante a graduação. Tais dados também reforça a necessidade das instituições de ensino superior oferecer uma formação com oportunidades de vivenciar experiências que promovam o desenvolvimento

integral do aluno de forma que desenvolva capacidade de utilizar uma diversidade de conhecimentos no campo de atuação.

Apesar de uma grande proporção de profissionais com pouca experiência relacionada à ABS e a promoção da AF na formação inicial, parte buscam participar de cursos, eventos e palestras com foco na atividade física durante o exercício profissional e parte apresentou curso de pós-graduação em nível de especialização Lato Sensu. A formação continuada pode gerar ao profissional novas contextualizações a cerca do seu conhecimento já adquirido assim como a ressignificação da sua a atuação profissional.

Observa-se, no presente estudo, que investimentos tanto na formação quanto na educação permanente em saúde devem ser prioridades, a fim de preparar profissionais de acordo com competências exigidas para atuação no serviço público de saúde. Ampliar a visão do profissional redireciona seu olhar para o cuidado de forma multiprofissional, fortalecendo sua atuação nos programas de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
2. Ministério da Saúde. Redefinição da Política Nacional de Promoção a Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Novembro, 2014.
3. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio da Saúde da Família. Portaria Ministerial de Saúde, nº154, de 24 de janeiro de 2008.
4. Malta DC, Alves da Silva MM, Albuquerque GM, Amorim RCA, Rodrigues GBA, Silva TS, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2014; 19(3): 286-299.
5. Amorim TC, Knuth AG, Cruz DKA, Malta DC, Reis RS, Hallal PC. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2013; 18(1): 63-74.
6. CNS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 128, de 6 de Março de 1997. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/Artigo/Imprimir/3227>. Acesso em 25/11/15.
7. Rodrigues JD, Ferreira DKS, Silva PA, Caminha IO. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2013; 18(1): 5-15.
8. Rodrigues JD, Ferreira DKS, Junior JCF, Caminha IO, Florindo AA, Loch MR. Perfil e atuação do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa, PB. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2015; 20(4) :352-365.
9. Santos SFS, Benedetti TRB. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2012; 17(3): 188-194.
10. Scabar TG, Pelicioni AF, Pelicioni MCF. Atuação do Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NA. J Health Sci Inst. 2012; 30(4): 411-8.

11. Souza SC, Loch MR. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 2010; 16(1): 05-09.
12. Freitas FF. A Educação Física no serviço público de saúde [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
13. Barros MVG, Lemos EC, Silva JRA, Moura CR, Fonseca SA, Tassitano RM. Avaliação dos programas e intervenções de promoção da atividade física na atenção básica à saúde de Pernambuco: construção, validação de instrumentos e método de trabalho de campo do Projeto SUS+Ativo. RBAFS, No prelo.
14. Jacobson DM, Strohecker L, Compton MT, Katz DL. Physical Activity Counseling in the Adult Primary Care Setting. *Am J Prev Med*. 2005; 29(2): 158-62.
15. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2004; 20(5):1400-1410.
16. Orrow G, Kinmonth AL, Sanderson S, Sutton S. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ*. 2012; 344:e1389. doi: 10.1136/bmj.e1389.
17. Andrade DR, Costa EF, Garcia LMT, Florindo AA. Formação do bacharel em educação física frente à situação de saúde no Brasil. In: Benedetti TRB, Silva DAS, Silva KS, Nascimento JV (ORG). A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde. Florianópolis: Postmix, 2014. p. 89-107.
18. Brasil. Ministério da Educação. Parecer Conselho Nacional de Educação Câmara da Educação Superior nº 213/2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2008/pces213_08.pdf. Acesso em 05/11/215.
19. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(3): 383-393.
20. Anjos TC, Duarte ACGO. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2009; 19(4): 1127.
21. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família. *Mundo Saúde*. 2010; 34(1): 92-6, 2010.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
23. CONFEF. Conselho Federal de Educação Física. Disponível em: http://www.confef.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=82. Acesso em 24/11/15.
24. Silva JRA. Práticas de monitoramento e avaliação nas intervenções para promoção da atividade física na atenção básica à saúde de no estado de Pernambuco [dissertação de Mestrado]. Recife: Universidade de Pernambuco, 2015.

AGRADECIMENTOS/FINANCIAMENTOS

Agradecemos a todos que contribuíram de maneira direta e indiretamente para concretização deste Projeto, em especial aos usuários, profissionais, gestores, ao GPES e aos órgãos financiadores (CNPQ, FACEPE e CAPES).

COLABORADORES

Danyelle de Cássia Ribeiro de Oliveira participou da concepção do projeto, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. *Anísio Luiz da Silva Brito* responsabilizou-se pela análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica do artigo. *Rafael Miranda Tassitano* responsabilizou-se pela análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Artigo original**Título**

Competências profissionais relacionadas à atividade física dos profissionais que atuam nos programas de promoção da saúde da atenção básica de Pernambuco.

Title

Professional competency related to the physical activity of professionals working interventions within programs in the primary health care system in the State of Pernambuco.

Título resumido

Competências profissionais na Atenção Básica de Pernambuco.

Autores: Danyelle de Cássia Ribeiro de Oliveira, Rafael Miranda Tassitano,

Instituição: Escola Superior de Educação Física – Universidade de Pernambuco (UPE)

Correspondência para:

Danyelle de Cássia Ribeiro de Oliveira

Universidade de Pernambuco

Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde

Avenida Beberibe, nº3530/BI-B7-Aptº103-Porto da Madeira, Recife – PE

CEP: 50100-130 E-mail: cassiaom77@yahoo.com.br, Telefone: (81) 3183-3375/3183-3376

Contagem de palavras:

Texto: 3788

Resumo: 246

Abstract: 193

Número de referências: 20

Número de ilustrações: 5

Resumo

O objetivo do estudo foi Identificar o nível do domínio percebido de conhecimento, habilidade e atitude relacionados a intervenções em atividade física dos profissionais que atuam nos programas de promoção da saúde da atenção básica, por região. Assim como, analisar a associação entre os níveis do domínio percebido (conhecimento, habilidade e atitude) relacionado a intervenções em atividade física na atenção básica com formação inicial, formação continuada e educação permanente. Estudo transversal, de abrangência estadual, com 539 profissionais (57,3% de mulheres). Dados sociodemográficos, tempo de atuação profissional, curso de pós-graduação, participação em eventos, palestras e cursos com foco na atividade física, assim como nível de domínio percebido de conhecimento, habilidade e atitude sobre abordagens e ferramentas para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde, foram coletadas através de um questionário construído e previamente validado. Foram realizadas análises descritivas e inferenciais para o teste de Qui-quadrado, considerando um $p < 0,05$. A maioria dos profissionais tem formação superior completa (92,9%), em Educação Física (65,1%), 32,5% com mais de 3 anos de atuação em programas de atividade física da ABS. A maioria dos profissionais relataram nível de domínio de conhecimento (93,8%), habilidade (85,0%) e atitude (69,2%) insatisfatório para atuar com intervenção em atividade física na ABS . Os achados sugerem que, embora os profissionais relatem experiência curricular na atenção básica, participação em cursos de formação continuada e educação permanente, os níveis de domínio de conhecimento, habilidade e atitude para atuar com atividade física na atenção básica é insatisfatório.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Recursos Humanos em Saúde, Competência profissional, Atividade Motora.

Abstract

The aim of the study was to analyze the competency of knowledge, competency and attitudes related to interventions in physical activity of professionals working in health promotion programs of primary health care (ABS) of Pernambuco. Cross sectional study of statewide, with 539 professionals (57.3% women). sociodemographic data, professional practice time, postgraduate course, participation in events, lectures and courses with a focus on physical activity, as well as level of knowledge, skill and attitude on approaches and tools to promote physical activity in primary health care They were collected through a questionnaire built and previously validated. Descriptive analyzes were performed and inferential analyzes the chi-square test, considering $p < 0.05$. Most professionals have complete higher education (92.9%), Physical Education (65.1%), 32.5% more than 3 years of experience in physical activity programs of ABS. The majority of professionals reported knowledge domain level (93.8%), ability (85.0%) and attitude (69.2%) unsatisfactory to act with intervention in physical activity in ABS. The findings suggest that, although professionals report curricular experience in primary care, participation in continuing education courses and continuing education, levels of mastery of knowledge, ability and attitude to act with physical activity in primary care is unsatisfactory.

Keywords: Primary Health Care, Health Human Resources, Professional competency, Motor Activity

INTRODUÇÃO

Com a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2006, foram desencadeadas diversas estratégias e ações para a consolidação desta política no território nacional¹. Uma das estratégias foi estabelecer como prioritária a promoção da prática de atividade física¹. Apesar da inserção e atuação do Profissional de Educação Física (PEF) na saúde pública ocorrer antes da PNPS, à consolidação no território foi a partir de 2008 e 2011 quando o Ministério da Saúde (MS) lança o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Programa Academia da Saúde (PAS), respectivamente. Outras ações como lançamento de editais para fomento de Projetos e Programas de promoção da atividade física em mais de 1.500 municípios brasileiros², também fortaleceu o processo de inserção profissional.

Este processo gerou uma discussão acerca da formação inicial, continuada, educação permanente, bem como a atuação do PEF na atenção básica de saúde, sobretudo na necessidade de desenvolver competências comuns ou convergentes à várias profissões, já que competências específicas não são suficientes para a atuação na perspectiva do SUS. Documentos norteadores, como o da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)³, NASF⁴ e PAS⁵ pontuam atribuições em comum a todos os profissionais de saúde atuantes no território. A discussão sobre as competências dos profissionais de saúde é mais antiga em profissões como medicina, odontologia, enfermagem, onde também passaram por esse processo de formação^{6,7}.

Coutinho (2011) propôs competências gerais e específicas do PEF para o contexto da atenção básica. Sendo essas competências divididas em três dimensões e seus indicadores: conhecimentos (conceitual, procedimental e contextual), habilidades (planejamento, comunicação, avaliação, “incentivação” e gestão) e atitudes. Mais recentemente, Fonseca (2014) a partir dos dados de sua tese de doutorado analisou aspectos de competências profissionais relacionados à atividade física para gestantes em programas e serviços oferecidos na Atenção Básica à Saúde (ABS). Tais competências foram medidas através do conhecimento percebido (autopercepção dos sujeitos) e medidas do conhecimento aferido.

Por se tratar de uma inserção recente, a maioria dos PEF que atuam na saúde pública não desenvolveram, em sua grande maioria, competências gerais e específicas para a atuação na saúde pública, podendo justificar-se pela falta de

experiências curriculares vivenciadas no contexto da ABS¹⁰. Programas de pós-graduações como, especializações, residências, mestrados profissionais na área de saúde coletiva e saúde da família passaram a serem opções de formação continuada, a fim de amenizar a carência da formação. Assim como, de acordo com PNAB³, a educação permanente em saúde deve ser oportunizada pela gestão, a fim de emponderar os profissionais diante as novas exigências para atuação no serviço público de saúde.

Apesar do reconhecimento destas necessidades, poucos são os estudos que pontuam tais competências, sobretudo com o PEF e com abrangência municipal e estadual. Em face ao exposto, o presente estudo tem como objetivo identificar o nível de domínio percebido de conhecimento, habilidade e atitude relacionados a intervenções em atividade física dos profissionais que atuam nos programas de promoção da saúde da atenção básica, assim como analisar a associação entre os níveis de domínio percebido (conhecimento, habilidade e atitude) relacionado a intervenções em atividade física na atenção básica com formação inicial, formação continuada e educação permanente.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com abrangência estadual, parte de um projeto intitulado “Avaliação dos programas e intervenções relacionadas à AF na rede de Atenção Básica à Saúde no estado de Pernambuco- Projeto SUS+Ativo”. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco - CAAE: 13373313.5.0000.5207.

A população foi constituída por profissionais, de todas as categorias, com ou sem formação superior concluída, além dos provisionados em Educação Física, que desenvolviam tanto ações sistemáticas de promoção da atividade física, como orientação para a prática de atividade física nos programas de promoção da saúde da ABS. Fizeram parte do estudo o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Academia da Cidade do Recife, Academias das Cidades de Pernambuco, Academia da Saúde, Programa Mãe Coruja e programas municipais. Estar vinculado às Secretarias de Saúde do Município e/ou Estado foi adotado como critério de seleção para que estes programas fizessem parte do estudo. Informações mais detalhadas sobre concepção, construção e validação dos instrumentos e do método de campo

encontram-se no artigo “Avaliação dos programas e intervenções de promoção da atividade física na atenção básica à saúde de Pernambuco: construção, validação de instrumentos e método de trabalho de campo do Projeto SUS+Ativo”¹¹.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário intitulado “Questionário para avaliação de intervenções para promoção da atividade física na atenção básica à saúde - versão profissional”, constituída por três componentes, 16 dimensões e 151 perguntas. Para o presente estudo as dimensões utilizadas foram: sociodemográfica (sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda familiar mensal, reside no município de atuação) apresentando valores médios de reprodutibilidade para a dimensão de 0,94 (0,61-1,00); de 0,82 (0,34 - 0,91) para a dimensão de formação inicial (área de formação, experiências curriculares relacionadas à ABS); de 0,72 (0,61-1,00) para dimensão de atuação profissional (Tempo de atuação profissional, tempo de atuação na ABS e tempo de atuação em programas de promoção da AF); de 0,76 (0,45-0,73) para dimensão de formação continuada e educação permanente (pós-graduação, participação em cursos, eventos ou capacitações na área de atividade física durante o último ano).

A competência profissional foi avaliada a partir de indicadores de nível do domínio percebido de conhecimento, habilidade e atitude. A dimensão de conhecimento percebido trata de teorias envolvidas na construção do conhecimento específico para a área de atuação. Foi mensurado a partir de sete questões, a saber: domínio da teoria sobre abordagens de comunicação, informação, educação; abordagens comportamentais e sociais; monitoramento/avaliação das intervenções e métodos para medida da AF; ações em AF na ABS e na comunidade; normas e regulamentos acerca da AF como estratégia de promoção da saúde no SUS; ações intersetoriais e de mobilização de parceiros para promoção da AF, apresentando valores médios de reprodutibilidade para a dimensão de 0,62 (0,20 – 1,00); A dimensão de habilidade percebida trata de ações de planejamento, comunicação, avaliação, incentivação e gestão, a fim de atender às demandas do local de atuação. Foi mensurado a partir de nove questões, a saber: experiências sobre avaliação e monitoramento; planejamento de intervenções; aconselhamento sobre AF; prescrição exercício físico para grupos específicos; supervisão de grupos específicos em AF; apoio matricial para profissionais de saúde sobre os benefícios da AF; promoção de AF articulado com outros profissionais de saúde; promoção de AF de acordo com a realidade local; diálogo com gestor local sobre ações de

promoção da AF, apresentando valores médios de reprodutibilidade para a dimensão de 0,51 (0,26 - 0,77); A dimensão de atitude percebida trata de atitudes e valores, tendo como exemplo, características pessoais que não estão necessariamente, ligadas ao exercício específico de uma função. Foi mensurado a partir de sete questões, a saber: qualidades pessoais; capacidade em demonstrar autocontrole no trabalho em equipe, flexibilidade e alteridade ao se relacionar com profissionais de saúde da ABS, apresentando valores médios de reprodutibilidade para a dimensão de 0,61 (0,20 – 0,79).

A coleta de dados ocorreu entre a segunda quinzena de Fevereiro a Junho de 2014, Julho de 2015 e Fevereiro de 2016. Na fase de coleta de dados a Escola Superior de Educação Física (ESEF) da UPE, ficou responsável por coordenar todo o Projeto de pesquisa e contou com a parceria da Universidade Federal do Vale de São Francisco (UNIVASF) e ASCES. A pesquisa foi realizada no local de trabalho na presença do pesquisador para auxílio em caso de dúvidas por parte do participante e o tempo médio de aplicação do instrumento foi de 40 minutos. A participação dos sujeitos foi de forma voluntária e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A tabulação dos dados foi realizada por meio da leitura ótica dos questionários, utilizando o software SPHYNX® (Sphynx Software Solutions Incorporation, Washington, Estados Unidos). Todas as análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico SPSS (versão 10). No plano de análise dos dados, algumas variáveis foram categorizadas: tempo de atuação profissional (≤ 3 anos, > 3 e ≤ 6 anos, > 6 anos), tempo de atuação na ABS (≤ 1 ano, > 1 e ≤ 3 anos, > 3 anos) e tempo de atuação em programa de AF (≤ 1 ano, > 1 e ≤ 3 anos, > 3 anos), quantidade de participação em cursos, eventos e capacitações nos últimos 12 meses (nenhum curso, 1 a 2 cursos, e 3 ou mais cursos), região geográfica (Metropolitana, Agreste, Zona da Mata, Região do São Francisco, Sertão). Para análise das experiências curriculares relacionadas à ABS foi criada a partir do somatório das variáveis (nenhuma experiência, 1 a 3 experiências e 4 a 7 experiências).

Para análise de competência de conhecimentos, habilidades e atitudes, foi realizado um somatório de questões por cada dimensão (as opções de resposta iam de 1 a 5).

Os indicadores de respostas foram categorizados em: Satisfatório (quando o profissional referia ter nível alto/ muito alto); Insatisfatório (quando o profissional referia ter nível médio/baixo/ muito baixo). Essa classificação foi utilizada para mensurar os tipos de conhecimento, habilidade e atitude percebida. Foi classificado como alto ou muito alto apenas aqueles que usaram essa classificação em todas as questões da dimensão (5 pontos), a fim de inserir nessa categoria apenas quem de fato apresentavam níveis de domínio percebidos de conhecimento, habilidade e atitude satisfatórios.

Foram realizadas análises descritivas determinando a frequência (absoluta e relativa) para as variáveis das dimensões utilizadas no presente estudo, distribuídos por regiões do estado de PE. Nas análises inferenciais foi utilizado o teste de Qui-quadrado, a fim de verificar a associação entre o nível de domínio percebido de conhecimento, habilidade e atitude com área de formação, atuação profissional, formação continuada, educação permanente e região. Em todos os testes foi considerado um $p < 0,05$ para o nível de significância.

RESULTADOS

Foram entrevistados 539 profissionais, dos quais 92,9% possuem formação superior completa, sendo a maioria do sexo feminino (57,3%). Durante a seleção dos sujeitos da pesquisa foi estimado um quantitativo de 388, porém após as visitas aos municípios esse quantitativo passou para 549 profissionais. No momento da coleta houve 10 perdas e os motivos foram um profissional encontrava-se de férias, quatro de licença e os demais não compareceram na data agendada para realização da coleta. Além disso, dois profissionais se recusaram a participar da pesquisa. Informações adicionais sobre as características sociodemográfica, formação inicial, educação continuada e permanente dos profissionais que atuam em intervenções e /ou programas de promoção da AF no estado de Pernambuco podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas, da formação inicial, formação continuada e educação permanente dos profissionais que atuam em programas de promoção da saúde na ABS, com intervenções em atividade física do Estado de Pernambuco, estratificado por região.

Variáveis	Região Metropolitana	Agreste	Zona da Mata	Região do São Francisco	Sertão	Total
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Sexo (n = 539)						
Masculino	36,6 (74)	45,9 (68)	45,8 (22)	31,7 (20)	59,0 (46)	42,7 (230)
Feminino	63,4 (128)	54,1 (80)	54,2 (26)	68,3 (43)	41,0 (32)	57,3 (309)
Faixa etária (n=513)						
Até 30 anos					60,0 (45)	50,1 (257)
De 31 a 40 anos	34,2 (68)	63,6 (89)	71,1 (23)	42,6 (23)	33,3 (25)	37,8 (194)
41 ou mais anos	53,3 (106)	22,9 (32)	17,8 (8)	42,6 (23)	6,7 (5)	12,1 (62)
	12,6 (25)	13,6 (19)	11,1 (5)	14,8 (8)		
Renda Familiar mensal (n=536)						
Até 4 salários mínimo	89,6 (180)	92,5 (136)	87,2 (41)	98,4 (62)	98,8 (77)	92,5 (496)
Mais de 4 salários mínimo	10,4 (21)	7,5 (11)	12,8 (6)	1,6 (1)	1,2 (1)	7,5 (40)
Reside no município que atua? (n=514)						
Sim	66,5 (129)	70,1 (96)	52,1 (25)	71,2 (42)	82,9 (63)	69,1 (355)
Não	33,5 (65)	29,9 (41)	47,9 (23)	28,8 (17)	17,1 (13)	30,9 (159)
Possui curso superior (n=533)						
Sim	97,0 (196)	96,6 (142)	91,3 (42)	80,0 (48)	85,9 (67)	92,9 (495)
Não	3,0 (6)	3,4 (5)	8,7 (4)	20,0 (12)	14,1 (11)	7,1 (38)
Área do curso superior (n = 481)						
Educação Física	82,2 (157)	59,7 (83)	50,0 (20)	30,4 (14)	60,0 (39)	65,1 (313)
Outro curso	17,8 (34)	40,3 (56)	50,0 (20)	69,6 (32)	40,0 (26)	34,9 (168)
Tempo de formação (n=488)						
≤ 5 anos	18,6 (36)	56,4 (79)	53,5 (23)	44,4 (20)	53,0 (35)	39,5 (193)
> 5 e ≤ 10 anos	47,4 (92)	32,9 (46)	32,6 (14)	44,4 (20)	30,3 (20)	39,3 (192)
> 10 anos	34,0 (66)	10,7 (15)	14,0 (6)	11,1 (5)	16,7 (11)	21,1 (103)
Pós-Graduação (n=526)						

Não	16,8 (33)	30,2 (45)	35,4 (17)	46,4 (26)	51,9 (40)	30,6 (161)
Sim	83,2 (163)	69,8 (104)	64,6 (31)	53,6 (30)	48,1 (37)	69,4 (365)
Residência multiprofissional (n=524)						
Não	96,0 (192)	98,6 (141)	97,9 (47)	96,4 (54)	96,1 (74)	96,9 (508)
Sim	4,0 (8)	1,4 (2)	2,1 (1)	3,6 (2)	3,9 (3)	3,1 (16)
Tempo de atuação profissional (n= 501)						
≤ 3 anos	10,8 (21)	32,9 (47)	40,9 (18)	34,7 (17)	35,2 (25)	25,5 (128)
> 3 e ≤ 6 anos	26,8 (52)	37,8 (54)	31,8 (14)	34,7 (17)	32,4 (23)	31,9 (160)
> 6 anos	62,4 (121)	29,4 (42)	27,3 (12)	30,6 (15)	32,4 (23)	42,5 (213)
Tempo de atuação na ABS (n = 502)						
≤ 1 ano	10,1 (19)	30,3 (43)	41,9 (18)	25,9 (15)	35,2 (25)	23,9 (120)
> 1 e ≤ 3 anos	41,5 (78)	45,8 (65)	20,9 (9)	32,8 (19)	38,0 (27)	39,4 (198)
> 3 anos	48,4 (91)	23,9 (34)	37,2 (16)	41,4 (24)	26,8 (19)	36,7 (184)
Tempo de atuação em programas de AF (n = 489)						
≤ 1 ano	12,3 (24)	41,3 (57)	59,1 (26)	38,1 (16)	35,7 (25)	30,3 (148)
> 1 e ≤ 3 anos	41,0 (80)	37,0 (51)	25,0 (11)	33,3 (14)	37,1 (26)	37,2 (182)
> 3 anos	46,7 (91)	21,7 (30)	15,9 (7)	28,6 (12)	27,1 (19)	32,5 (159)
Tipo de vínculo profissional (n=498)						
Sem vínculo formal	2,0 (4)	1,7 (2)	0 (0)	1,6 (1)	5,3 (4)	2,2 (11)
Contrato temporário	38,8 (78)	91,3 (105)	97,8 (45)	68,8 (42)	86,7 (65)	67,3 (335)
Servidor público	59,2 (119)	6,9 (8)	2,2 (1)	29,5 (18)	8,0 (6)	30,5 (152)
Experiências curriculares na graduação (n=546)						
Nenhuma	43,8 (89)	28,1 (43)	50,0 (24)	37,5 (24)	32,1 (25)	37,5 (205)
1 a 3 experiências	52,7 (107)	66,0 (101)	47,9 (23)	46,9 (30)	60,3 (47)	56,4 (308)
4 ou mais experiências	3,4 (7)	5,9 (9)	2,1 (1)	15,6 (10)	7,7 (6)	6,0 (33)
Curso (n=403)						

Nenhum	1,2 (2)	1,7 (2)	0 (0)	0 (0)	1,7 (1)	1,2 (5)
Até dois cursos	6,0 (10)	10,3 (12)	9,1 (3)	10,7 (3)	8,6 (5)	8,2 (33)
Três ou mais cursos	92,9 (156)	87,9 (102)	90,9 (30)	89,3 (25)	89,7 (52)	90,6 (365)
<hr/>						
Curso af (n=531)						
Nenhum	21,2 (42)	30,0 (45)	31,2 (15)	57,9 (33)	34,6 (27)	30,5 (162)
Até dois cursos	33,8 (67)	48,0 (72)	47,9 (23)	31,6 (18)	32,1 (25)	38,6 (205)
Três ou mais cursos	44,9 (89)	22,0 (33)	20,8 (10)	10,5 (6)	33,3 (26)	30,9 (164)

Em relação às competências profissionais para atuar com AF na ABS, a maioria dos profissionais apresentaram nível de domínio percebido de conhecimento (93,8%), habilidade (85,0%) e atitude (69,2%) insatisfatório.

O PEF (7,5%) apresentou nível de domínio percebido de conhecimento satisfatório quando comparado às demais categorias profissionais (4,5%). Porém, uma maior proporção dos profissionais de Educação Física (92,5%) relatou nível de domínio percebido insatisfatório.

Quando associado o nível de domínio de conhecimento com a experiência curricular na ABS, profissionais que relataram nenhuma experiência (95,9%) apresentou conhecimento insatisfatório em comparação aos que relataram ter quatro ou mais experiências (87,5%).

Resultados demonstrados na Tabela 2 mostram que, tempo de atuação profissional, foi um indicador favorável em relação ao domínio de conhecimento para atuar com intervenção em atividade física na atenção básica. Quanto aos programas de atividade física, quem relatou ter mais tempo de atuação (7,0%) (mais que 3 anos), apresentou nível de domínio satisfatório quando comparados aos que atuavam até um ano (93,8%), apresentando nível de domínio insatisfatório.

Em relação à formação continuada, profissionais com curso de especialização (63,6%) relataram ter nível satisfatório de conhecimento. Contudo profissionais que sem curso de Residência Multiprofissional em Saúde (93,3%), Mestrado e/ou Doutorado (93,4%), relataram ter nível insatisfatório de conhecimento.

Quanto à educação permanente, quem relatou participação em três ou mais cursos, palestras e/ou capacitações, tanto em atividade física (7,6%), como nas demais áreas (6,5%), apresentaram nível de domínio de conhecimento satisfatório quando comparados a quem relatou não ter nenhum curso (94,7%) nas diversas áreas de conhecimento. Dados adicionais sobre a competência de conhecimento podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2. Nível do domínio percebido de conhecimento, formação inicial, formação continuada e educação permanente dos profissionais que atuam em programas de promoção da saúde na ABS, com intervenções em atividade física do Estado de Pernambuco.

Variáveis	Conhecimento			
	Muito Baixo+ Baixo + Médio	Alto+ Muito Alto	Total % (n)	P (<0,05)
	% (n)	% (n)		
Formação Inicial (n=521)				
Superior completo	93,8 (455)	6,2 (30)	93,7(488)	0,61
Sem formação	91,7 (33)	8,31 (3)	6,3 (33)	
Área de formação Inicial				
Educação Física	92,5 (282)	7,5 (23)	57,8 (305)	0,10
Outra área	95,5 (213)	4,5 (10)	42,2 (223)	
Tempo de formado				
Até 5 anos	92,1(175)	7,9 (15)	39,8 (190)	0,27
>5 até 10 anos	93,7(177)	6,3 (12)	39,6 (189)	
Mais que 10 anos	96,9 (95)	3,1 (3)	20,5 (98)	
Experiência na graduação				
Nenhuma experiência	95,9 (186)	4,1 (8)	36,7 (194)	0,14
1 a 3 experiências	93,0 (281)	7,0 (21)	57,2 (302)	
4 ou mais experiências	87,5 (28)	12,5 (4)	6,1 (4)	
Tempo de atuação profissional				
Até 3 anos	89,6 (112)	10,4 (13)	25,6 (125)	0,05
> 3 até 6 anos	93,5 (145)	6,5 (10)	31,7 (155)	
Mais que 6 anos	96,2 (201)	3,8 (8)	42,7 (209)	
Tempo de atuação na ABS				
Até 1 ano	93,1 (108)	6,9 (8)	23,6 (116)	0,76
> 1 até 3 anos	92,7 (179)	7,3 (14)	39,2 (193)	
Mais que 3 anos	94,5 (173)	5,5 (10)	37,2 (183)	
Tempo de atuação em programas de AF				
Até 1 ano	93,8 (136)	6,2 (9)	30,3 (145)	0,95
> 1 até 3 anos	93,7 (164)	6,3 (11)	36,6 (175)	

Mais que 3 anos	93,0 (147)	7,0 (11)	33,1 (158)	
<hr/>				
Pós Graduação				
Não	29,6 (142)	36,4 (12)	30,1 (154)	0,41
Sim	70,4 (337)	63,6 (21)	69,9 (358)	
<hr/>				
Residência multiprofissional				
Não	93,3 (461)	6,7 (33)	96,9 (494)	0,33
Sim	100,0 (16)	0,0 (0)	3,1 (16)	
<hr/>				
Strcito sensu				
Não	93,4 (452)	6,6 (32)	94,9 (484)	0,48
Sim	96,2 (25)	3,8 (1)	5,1 (26)	
<hr/>				
Curso, eventos e/ou palestras sobre atividade física				
Nenhum	100,0 (5)	0,0 (0)	1,3 (5)	
Até dois cursos	93,9 (31)	6,1(2)	8,4 (33)	0,77
Três ou mais cursos	92,4 (329)	7,6 (27)	90,4 (356)	
<hr/>				
Curso, eventos e/ou palestras nas diversas áreas do conhecimento				
Nenhum	94,7 (71)	5,3 (4)	14,3 (75)	
Até dois cursos	93,5 (216)	6,5 (15)	44,2 (231)	0,92
Três ou mais cursos	93,5 (203)	6,5(14)	41,5 (217)	
<hr/>				

Em relação aos resultados das competências de habilidade para atuar com atividade física na atenção básica de saúde, quando associado à formação inicial apresentou resultado significativo.

Quando associado competência de habilidade com a formação inicial, verificou-se que uma maior proporção de profissionais das demais categorias (83,8%) apresentou nível de domínio percebido satisfatório em relação ao profissional de Educação Física (21,5%).

Profissionais que durante a formação inicial participaram de quatro ou mais experiências curriculares na ABS (28,1%) relatou nível de domínio de habilidade satisfatório, quando comparados ao que relataram não ter experiência (14,5%).

Dos profissionais que apresentaram até 3 anos de atuação profissional, 17,3% relataram maior nível de domínio satisfatório quando comparados com os que relataram ter mais de 6 anos (15,2%).

Uma maior proporção de profissionais com um a três anos de atuação na ABS (18,2%) relatou nível de domínio satisfatório quando comparados ao que relataram mais de 3 anos de atuação (12,2%). Contudo 88,6% dos profissionais que relataram mais de 3 anos de atuação em programas de atividade física, apresentou nível de domínio de habilidade insatisfatório.

Quanto à formação continuada, 70,5% dos profissionais que relataram ter curso de especialização apresentaram nível de domínio de habilidade insatisfatório. Assim como, profissionais que relataram não ter curso de Residência Multiprofissional em Saúde (84,8 %), Mestrado e/ou Doutorado (84,5%), também apresentaram nível de domínio insatisfatório de habilidade.

Em relação à educação permanente, uma maior proporção de profissionais que disseram ter de três ou mais cursos, palestras e/ou capacitação em atividade física (81,2%), relataram nível domínio de habilidade insatisfatório. Assim como, 89,3% dos profissionais que não realizou nenhum curso nas demais áreas de atuação apresentou nível de domínio insatisfatório. Dados adicionais sobre a competência de habilidade podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3. Nível do domínio percebido de habilidade, formação inicial, formação continuada e educação permanente dos profissionais que atuam em programas de promoção da saúde na ABS, com intervenções em atividade física do Estado de Pernambuco.

Variáveis	Habilidade			
	Muito Baixo+ Médio	Baixo+ Alto	Total % (n)	P (<0,05)
	% (n)	% (n)		
Formação Inicial (n= 526)				
Superior completo	84,7 (414)	15,3 (75)	100,0 (489)	0,32
Sem formação	89,2 (33)	10,8 (4)	100,0 (37)	
Área de formação Inicial				
Educação física	78,5 (245)	21,5 (67)	100,0 (312)	0,00
Outra área	94,1 (208)	83,8 (13)	100,0 (221)	
Tempo de formado				
Até 5 anos	82,8 (159)	17,2 (33)	39,8 (192)	0,63
>5 até 10 anos	86,3 (164)	13,7 (26)	39,4 (190)	
Mais que 10 anos	85,0 (85)	35,1 (15)	20,7 (100)	
Experiência na graduação				
Nenhuma experiência	85,2 (167)	14,5 (29)	36,8 (196)	0,24
1 a 3 experiências	86,2 (263)	13,5 (42)	57,2 (305)	
4 ou mais experiências	71,9 (23)	28,1 (9)	6,0 (32)	
Tempo de atuação profissional				
Até 3 anos	82,7 (105)	17,3 (22)	25,7 (127)	0,74
> 3 até 6 anos	86,0 (135)	14,0 (22)	31,7 (157)	
Mais que 6 anos	42,7 (179)	15,2 (32)	42,6 (211)	
Tempo de atuação na ABS				
Até 1 ano	85,5 (100)	14,5 (17)	23,6 (117)	0,26
> 1 até 3 anos	81,8 (162)	18,2 (36)	40,0 (198)	
Mais que 3 anos	87,8 (158)	12,2 (22)	36,4 (180)	
Tempo de atuação em programas de AF				
Até 1 ano	84,2 (123)	15,8 (23)	30,1 (146)	0,13
> 1 até 3 anos	80,7 (146)	19,3 (35)	37,3 (181)	

Mais que 3 anos	88,6 (140)	11,4 (18)	32,6 (158)	
Pós Graduação				
Não	29,5 (129)	34,2 (27)	30,2 (156)	0,40
Sim	70,5 (309)	5,8 (52)	69,8 (361)	
Residência multiprofissional				
Não	84,8 (423)	15,2 (76)	96,9 (499)	0,55
Sim	87,5 (14)	12,5 (2)	3,1 (16)	
Strcito sensu				
Não	84,5 (414)	15,5 (76)	95,1 (490)	0,24
Sim	92,0 (23)	8,0 (2)	4,9 (25)	
Curso, eventos e/ou palestras sobre atividade física				
Nenhum	100,0 (5)	0,0 (0)	1,2 (5)	
Até dois cursos	84,8 (28)	15,2 (5)	8,2 (33)	0,49
Três ou mais cursos	81,2 (294)	18,8 (68)	90,5 (362)	
Curso, eventos e/ou palestras nas diversas áreas do conhecimento				
Nenhum	89,3 (67)	10,7 (8)	14,2 (75)	0,50
Até dois cursos	84,0 (199)	16,0 (38)	44,9 (237)	
Três ou mais cursos	84,3 (183)	15,7 (34)	40,9 (216)	

Em relação aos resultados das competências de atitude para atuar com atividade física na atenção básica de saúde, quando associado à formação inicial apresentou resultado significativo.

Quando associado às competências de atitude para atuar com atividade física na atenção básica de saúde com a formação inicial, verificou-se que o profissional de Educação física (36,3%) apresentou maior nível de domínio satisfatório, em comparação as demais categorias profissionais (23,0%).

Profissionais com 4 ou mais experiências curriculares na ABS (41,9%) relatou ter nível de domínio de atitude satisfatório quando comparados aos que relataram não ter nenhuma experiência (32,0%).

Quanto ao tempo de atuação profissional, 71,3% das profissionais com tempo de atuação de 3 a 6 anos, apresentou nível de domínio de atitude insatisfatório. Assim como, 73,3% dos profissionais que atuam até um ano na ABS e em programas de atividade física (72,4%), apresentaram nível de domínio de atitude insatisfatório.

Profissionais com curso de especialização (75,5%) apresentaram nível de domínio de atitude satisfatório quando comparados aos que não tem. Contudo, profissionais que não tem curso de Residência Multiprofissional em Saúde (69,0%), Mestrado e/ou Doutorado (69,6%), apresentaram nível de domínio de atitude insatisfatório.

E relação à educação permanente, profissionais que disseram ter participado de três ou mais cursos, palestras e/ou capacitação em atividade física (34,9%), apresentaram nível de domínio de atitude satisfatório. Assim como, 77,3% dos profissionais que relataram não ter nenhum curso nas demais áreas do conhecimento apresentaram nível de domínio de atitude insatisfatório. Dados adicionais sobre a competência de atitude podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4. Nível do domínio percebido de atitude, formação inicial, formação continuada e educação permanente dos profissionais que atuam em programas de promoção da saúde na ABS, com intervenções em atividade física do Estado de Pernambuco.

Variáveis	Atitude			
	Muito Baixo+ Baixo + médio	Alto+ Muito Alto	Total % (n)	P (<0,05)
	% (n)	% (n)		
Formação Inicial (n=525)				
Superior completo	68,2 (334)	31,8 (156)	93,3 (490)	0,18
Sem formação	77,1 (27)	22,9 (8)	6,7 (35)	
Área de formação Inicial				
Educação física	63,7 (198)	36,3 (113)	58,3 (311)	0,01
Outra área	77,0 (171)	23,0 (51)	41,7 (222)	
Tempo de formado				
Até 5 anos	66,8 (129)	33,2 (64)	39,9 (193)	0,82
>5 até 10 anos	67,4 (128)	32,6 (62)	39,3 (190)	
Mais que 10 anos	70,3 (71)	29,7 (30)	20,9 (101)	
Experiência na graduação				
Nenhuma experiência	68,0 (134)	32,0 (63)	37,0 (197)	0,29
1 a 3 experiências	71,1 (217)	28,9 (88)	57,2 (305)	
4 ou mais experiências	58,1 (18)	41,9 (13)	5,8 (31)	
Tempo de atuação profissional				
Até 3 anos	65,4 (83)	34,6 (44)	25,6 (127)	0,51
> 3 até 6 anos	71,3 (112)	28,7 (45)	31,7 (157)	
Mais que 6 anos	67,0 (142)	33,0 (70)	42,7 (212)	
Tempo de atuação na ABS				
Até 1 ano	73,3 (85)	26,7 (31)	23,5 (116)	0,35
> 1 até 3 anos	65,5 (129)	34,5 (68)	39,9 (197)	
Mais que 3 anos	68,0 (123)	36,9 (58)	36,6 (181)	
Tempo de atuação na AF				
Até 1 ano	72,4 (105)	27,6 (40)	30,0 (145)	0,33
> 1 até 3 anos	67,8 (122)	32,2 (58)	37,3 (180)	
Mais que 3 anos	68,1 (102)	35,4 (56)	32,7 (158)	

Pós Graduação				
Não	32,6 (117)	24,5 (39)	30,1 (156)	0,06
Sim	67,4 (242)	75,5 (120)	69,9 (362)	
Residência multiprofissional				
Não	69,0(345)	31,0 (155)	96,9 (500)	0,58
Sim	68,8 (11)	31,2 (05)	3,1 (16)	
Strcito sensu				
Não	69,6 (341)	30,4 (149)	95,0 (490)	0,14
Sim	57,7 (15)	42,3 (11)	5,0 (26)	
Curso, eventos e/ou palestras sobre atividade física				
Nenhum	60,0 (03)	40,0 (02)	1,3 (05)	0,95
Até dois cursos	66,7 (22)	33,3 (11)	8,3 (33)	
Três ou mais cursos	65,1 (235)	34,9 (126)	90,5 (361)	
Curso, eventos e/ou palestras nas diversas áreas de conhecimento				
Nenhum	77,3 (58)	22,7 (17)	14,2 (75)	0,18
Até dois cursos	69,2 (74)	30,8 (73)	44,8 (237)	
Três ou mais cursos	65,9 (143)	34,1 (74)	41,0 (217)	

Profissionais que atuam em programas de promoção da saúde com intervenção em atividade física no agreste, apresentaram significativamente, nível de domínio percebido de conhecimento satisfatório quando comparado às demais regiões do estado de Pernambuco. Dados adicionais sobre as competências de conhecimento, habilidade e atitude, estratificada por região, podem ser observados na figura 1.

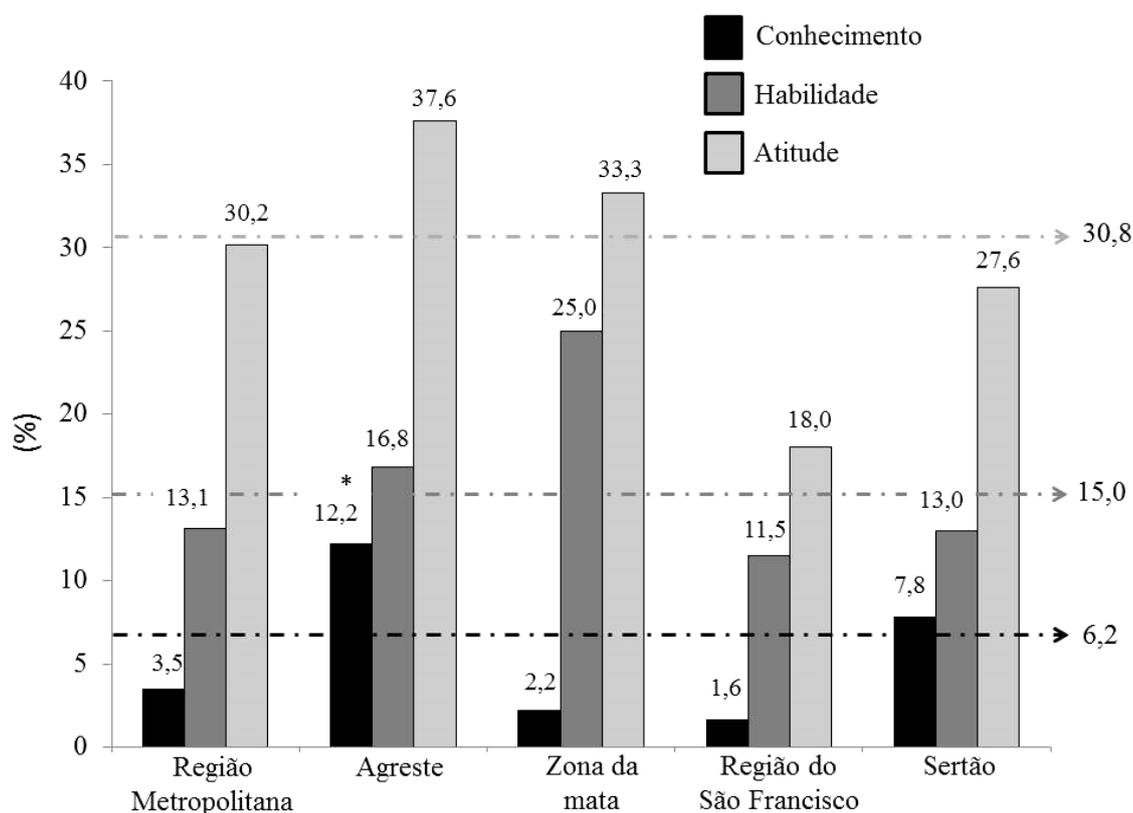


Figura1. Nível de domínio percebido de conhecimento, habilidade e atitude dos profissionais que atuam em programas de promoção da saúde na ABS, com intervenções em atividade física do Estado de Pernambuco, estratificado por região.

DISCUSSÃO

No geral a maioria dos profissionais, de todas as categorias, que atuam nos programas de promoção da saúde com intervenção em atividade física na ABS apresentou nível de domínio percebido de conhecimento, habilidade e atitude insatisfatório.

No entanto, verificou-se nível de domínio percebido de conhecimento e atitude, em maior proporção entre os PEF em relação às demais categorias. Embora a formação em Educação Física ainda permaneça de forma distanciada das demandas dos serviços públicos de saúde^{12,13}, com o novo mercado de trabalho os profissionais passaram a ter que adquirir novos conhecimentos e habilidades para um melhor desempenho¹⁴.

A competência de conhecimento contextual requer domínios particulares do ambiente onde o profissional desempenha suas funções, bem como da clientela^{14,15}. Podendo justificar tal dado, já que a PNAB dispõe em sua portaria as atribuições em comum a todos os profissionais de saúde como, por exemplo, identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, realizar ações multiprofissionais e transdisciplinares e em equipe, integrando profissionais de diferentes formações, promover gestão integrada e a participação dos usuários, constituir apoio às linhas de cuidado desenvolvidas naqueles que atuam na Estratégia Saúde da Família, entre outros³.

Em contrapartida, uma maior proporção de profissionais de outras categorias apresentou domínio de habilidade satisfatório quando comparados aos profissionais de Educação Física. A competência de habilidade exige experiência para desenvolver atividades propostas^{14,15}. O presente estudo refere que o profissional deve apresentar experiências para atuar com avaliação, monitoramento, planejamento de intervenções em AF, aconselhamento e prescrição de exercício físico para grupos específicos, promoção de AF articulado com outros profissionais de saúde, diálogos com gestor local sobre ações de promoção da AF, entre outros, o que exige além do domínio de conhecimentos, desempenham de atividades específicas.

Profissionais que tiveram experiência curricular na ABS apresentaram competência de conhecimento e habilidade satisfatória para atuar com intervenção em atividade física. Porém, observa-se uma grande proporção de profissionais que

não tiveram oportunidades de vivenciar experiências na ABS durante a formação inicial. Segundo Haddad (2010) a busca pela aproximação entre serviços de saúde e instâncias formadoras de profissionais de nível superior, possibilita mudanças na concepção e perfil dos profissionais, direcionados para a atenção integral de grupos sociais e comunidades. Em contrapartida, os que não apresentaram nenhuma experiência na ABS também apresentou competência satisfatória de atitude. Tal resultado pode ser explicado devido à competência de atitude estar relacionada a comportamentos pessoais, como ética, comprometimento, postura, entre outros^{14,15}.

Profissionais que apresentaram maior tempo de atuação em programas de atividade física apresentaram competência satisfatória de conhecimento para intervir com atividade física. Profissionais que atuam nos cuidados primários de saúde estão em espaços favoráveis para promover atividade física como medida de promoção da saúde¹⁷. Porém no presente estudo os mesmos relataram menor competência de habilidade. A abordagem complexa das demandas de saúde exige das equipes multiprofissionais e instituições o desenvolvimento de metodologias que contemplem trocas criativas entre diferentes especialidades¹⁸.

Percebe-se participação dos profissionais em cursos de especialização, o que pode ter refletido para um nível de domínio de conhecimento satisfatório. Jacobson (2005)¹⁹ defende que o aconselhamento para prática de atividade física pode ser eficaz para o controle dos fatores de risco para as DCNT, ressaltando a necessidade dos programas de formação continuada identificar essa demanda como uma das prioridades de formação.

Contudo, de acordo com os dados os mesmos profissionais relataram nível de domínio de habilidade insatisfatório. Duas hipóteses podem justificar esse achado, a especialização possibilita uma formação mais teórica do conhecimento, podendo ser uma ferramenta de aquisição para novos conteúdos. Programas de residências multiprofissionais promovem uma formação continuada mais específica para a atuação, uma vez que, se caracteriza como um processo de formação a partir da inserção no trabalho, podendo contribuir para o desenvolvimento dessas competências²⁰. Nesse estudo quem não fez curso de residência relatou menor nível de conhecimento, habilidade e atitude em relação à atuação com intervenções em atividade física na ABS. O baixo número de profissionais com mestrado e/ou doutorado é esperado, visto que egresso de programas *stricto sensu* tende a ingressar na função de docentes no ensino superior.

Percebe-se que profissionais que participaram de cursos, capacitação e /ou palestras na área de atividade física apresentaram nível de domínio de conhecimento, habilidade e atitude satisfatórios. Contudo, observa-se uma maior proporção de profissionais que não participam de ações de educação permanente. Segundo a PNAB, para que ocorra a consolidação da reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, é necessário que a gestão proporcione momentos de educação permanente que reflitam na prática dos serviços de saúde³. O nível de atitude percebida com a participação em cursos em outras áreas de conhecimento associou-se significativamente. As discussões envolvendo a melhoria da atuação dos trabalhadores de saúde inseridos no sistema passam pela necessidade de conceber novos perfis ou readequá-los, mediante processos de qualificação e educação permanente²⁰.

Quando comparado por região, profissionais atuantes no agreste relataram nível de domínio de conhecimento satisfatório relacionado à intervenção em atividade física na ABS, sendo esse dado significativo. Investigar como as competências profissionais se apresentam em torno dessas intervenções a nível estadual pode gerar discussões de como as relações intersetoriais entre a saúde e a educação podem contribuir para reformulação de políticas de recursos humanos para o SUS.

A realização deste estudo permitiu identificar que a competência dos profissionais que atuam com intervenção em atividade física nos programas de promoção da saúde da ABS do estado de Pernambuco, encontra-se em desajuste. Pela complexidade que constitui a prática profissional em saúde, as competências de conhecimento, habilidade e atitude devem ser trabalhadas paralelamente, considerando o desafio em tornar a atuação profissional mais pertinente aos princípios da ABS. Essas necessidades referem-se não só ao profissional de Educação Física, mais também aos profissionais de saúde que se permitem atuar de forma transdisciplinar com atividade física, como conteúdo de promoção da saúde. Conscientes das limitações de atuação dos profissionais que atuam na ABS, a gestão pode intervir através da educação permanente, investindo na qualificação e produção de novos saberes, visto que, a promoção das ações voltadas ao cuidado devem atender as reais necessidades de saúde da população.

Este estudo apresenta potencialidades, primeiramente pela abrangência. O projeto SUS+Ativo visitou todos os municípios pernambucanos identificados com

programas (Federais, estaduais e municipais) na ABS. Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento validado e específico para avaliação de intervenções de promoção da atividade física desenvolvida na Atenção Básica de Saúde¹¹. Além disso, este estudo relata dados sobre as competências dos profissionais de saúde que atuam na ponta com intervenção em atividade física. Atualmente existe uma lacuna de estudos investigativos dessa abordagem. No entanto algumas limitações podem ser identificadas. A presença dos pesquisadores em algumas vezes era vista como um tipo de fiscalização, podendo influenciar nas repostas. Além disso, o tipo de instrumento pode levar os profissionais a superestimar a autopercepção do conhecimento sobre intervenção em atividades físicas na atenção básica.

Sugere-se que trabalhos futuros possam investigar de que forma as competências são trabalhadas na formação inicial, assim como os municípios utilizam a educação permanente como ferramenta no processo de trabalho, verificando os limites em torno do conteúdo promoção da atividade física com relação aos princípios e diretrizes da atenção básica de saúde.

COLABORADORES

Danyelle de Cássia Ribeiro de Oliveira participou da concepção do projeto, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. *Rafael Miranda Tassitano* responsabilizou-se pela análise, revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que contribuíram de maneira direta e indiretamente para concretização deste Projeto, em especial aos usuários, profissionais, gestores, ao Grupo de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde e ao órgão financiador (CNPQ).

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Redefinição da Política Nacional de Promoção a Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Novembro, 2014.
2. Malta D, Silva MMA, Albuquerque GM, Amorim RCAR, Araújo GB, Silva TS, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 2014; v.19, n. 3, p. 286-299.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio da Saúde da Família. Portaria Ministerial de Saúde, nº154, de 24 de janeiro de 2008.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 719, de 07 de abril de 2011. Institui o programa academia da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*.
6. Aguiar AC, Ribeiro ECO. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2010; v. 34, n. 3, p. 371-378.
7. Camelo SHH, Angerami ELS. Competência profissional: a construção de conceitos, Estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e Implicações para a enfermagem. *Revista Contexto & Enfermagem*, 2013; v. 22, n. 2, p. 552-60.
8. Coutinho SS. Competências do profissional de educação física na atenção básica à saúde. Tese de doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, 2011.
9. Fonseca AS. Promoção da atividade física para gestantes na atenção básica à saúde da região metropolitana de Recife: projeto Sus+Ativo. Tese de doutorado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina. Área de Concentração: Atividade Física relacionada à Saúde. Florianópolis, 2014.
10. Oliveira DCR, Brito ALS, Tassitano, RM. Perfil dos profissionais que atuam nos programas de promoção da saúde com intervenções em atividade física da atenção básica à saúde do estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 2016, v.21, n.5.

11. Barros MVG, Lemos EC, Silva JRA, Moura CR, Fonseca SA, Tassitano RM. Avaliação dos programas e intervenções de promoção da atividade física na atenção básica à saúde de Pernambuco: construção, validação de instrumentos e método de trabalho de campo do Projeto SUS+Ativo. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*; v.21, n.5, 2016.
12. Anjos TC, Duarte ACGO. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. *Revista de Saúde Coletiva*, 2009; v. 19, n. 4, p. 1127-1144.
13. Falci DM, Belisário AS. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. *Revista Interface: comunicação, saúde, educação*, 2013; v.17, n.47, p.885-99.
14. Feitosa, WMN; Nascimento, JV. As competências específicas do profissional de Educação Física que atua na orientação de atividades físicas: um estudo Delphi. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 2003; v. 11, n. 4, p. 19-26.
15. Nascimento, JV. Escala de auto-percepção de competência profissional em educação física e desportos. *Revista Paulista de Educação Física*, 1998. v. 13, n. 1, p. 5-2.
16. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*, 2010; v.44, n.3.
17. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Revista Saúde e Sociedade*, 2010; v.19, n.4, p.814-827.
18. Frigo LF, Silva RM, Manfi F, Boeira GS. A interdisciplinaridade na atenção primária: Um relato de experiência. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 2012; v.2, n. 4.
19. Jacobson DM, Strohecker L, Compton MT, Katz DL. Physical Activity Counseling in the Adult Primary Care Setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005; v.2, n.29.
20. COSTA, RKS; MIRANDA, FAN. Formação Profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. *Revista Trabalho, educação e saúde*, 2008; v. 6, n. 3.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo das últimas décadas, principalmente a partir do Sistema Único de Saúde, foram desencadeadas ações para consolidar a nova concepção de organização do sistema de saúde. Apenas em 2006 com o lançamento da PNPS, propondo como um dos eixos a promoção de ações em atividades físicas, o PEF passou a ser protagonista desse novo cenário de intervenção. Contudo uma série de programas e ações já ocorria e era possível observar a inserção profissional. Mas de fato a consolidação e o entendimento do PEF como partícipe da política se deu após 2006 e está presente nos dias de hoje, gerando a necessidade de discussão sobre as competências profissionais para sua atuação nesse contexto. A reflexão sobre a reorientação desses novos modelos pedagógicos que contemplem as competências no ordenamento dos profissionais para a consolidação do SUS, já eram discutidas em outras categorias de saúde.

As lacunas observadas na saúde pública vão além da competência profissional. É importante conhecer o perfil do profissional inserido nos programas de promoção da saúde, especificamente os que atuam com intervenção em atividade física, assim como as competências são discutidas em torno deste contexto, seja ela na formação inicial, continuada e permanente.

No presente estudo foram identificados 539 profissionais que atuam com intervenção em atividade física nos programas de promoção da saúde na ABS no estado de Pernambuco. A princípio e por se tratar de um levantamento pioneiro não era possível prever quantos são formados em Educação Física. De fato, a maioria são graduados em Educação Física, principalmente em licenciatura Plena, mas também se observou um quantitativo de bacharéis, principalmente no interior, assim como os que não tem formação superior (6,0%) e os que são formados em outras áreas (32,8%).

A predominância licenciados pleno em educação física pode ser justificado devido a Academia da Cidade de Recife ser o programa institucionalizado mais antigo do Estado de Pernambuco, e devido ao tipo de formação, que permite atuar em qualquer contexto. Assim como a presença de profissionais sem formação pode estar atrelada ao fato de que em algumas regiões do Estado exista ainda uma baixa ou inexistente oferta de curso de formação de nível superior, principalmente em

Educação Física. No entanto, a presença de outros profissionais com formação superior pode estar atrelada as portarias da PNAB, NASF, PAS que dispõe em sua portaria como ação comum a todos os profissionais desenvolver AF e práticas corporais junto à comunidade.

Dados deste estudo revela que os profissionais tiveram poucas oportunidades de experiências curriculares na atenção básica. Independente da formação inicial, a articulação das Universidades com os serviços podem estimular um novo olhar sobre a atuação interdisciplinar e multiprofissional, adequando as competências necessárias para atuação na saúde pública.

Além da formação, a participação em curso de pós-graduação em nível de especialização Lato Sensu, independente da área do conhecimento, demonstra a busca desses profissionais por outras formas de capacitação. Porém, não foi possível identificar as áreas de conhecimento das especializações tinham foco na atividade física. Independente do conteúdo está pode ser uma ferramenta de formação continuada que gera ao profissional apenas competências de conhecimento acerca de contextualizações já adquiridas.

Apesar da participação desses profissionais em cursos, eventos e palestras com foco na atividade física, a oferta nos programas de promoção da saúde da ABS ainda é baixa. Diante a tal realidade, é necessário investimento da gestão na educação permanente desses profissionais, visto que, é de responsabilidade de todas as esferas de governo estimular e viabilizar a formação e educação permanente dos profissionais, qualificando os serviços ofertados aos usuários.

Os achados deste estudo sugerem que, embora os profissionais relatem experiência curricular na atenção básica, participação em cursos de formação continuada e educação permanente, poucos profissionais apresentaram níveis de competências satisfatórios de conhecimento, habilidade e atitude para atuar com atividade física na atenção básica. Podendo ser o reflexo da falta de oportunidades de qualificação profissional.

A investigação em torno do perfil e das competências dos profissionais do serviço da atenção básica, em especial dos que atuam nos programas de promoção da saúde com atividade física permite identificar tanto as limitações para o desenvolvimento das intervenções, como as possibilidades e alternativas para a reorientação do cenário de atuação.

REFERÊNCIAS

AGUIAR AC, RIBEIRO ECO. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. *Revista Brasileira de Educação Médica*; v. 34, n. 3, p. 371-378, 2010.

ANJOS TC, DUARTE ACGO. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro; v. 19, n. 4, p. 1127-1144, 2009.

ARAÚJO RML. Desenvolvimento de competências profissionais: as incoerências de um discurso. Tese de doutorado, apresentada à Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais Belo Horizonte, 2001.

AWETO HÁ, et al. Knowledge, attitude and practice of physiotherapists towards promotion of physically active lifestyles in patient management. *BMC Health Services Research*; v.13, n. 21, 2013.

BAGRICHEVSKY M. A formação do profissional de educação física enseja perspectivas (críticas) para atuação na saúde coletiva? In: FRAGA AB, WACHS F. (Org). *Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de formação e perspectivas de intervenção*. Porto Alegre: Editora da UFRG, 2007. P. 33-46.

BARROS MVG, LEMOS EC, SILVA JRA, MOURA CR, FONSECA SA, TASSITANO RM. Avaliação dos programas e intervenções de promoção da atividade física na atenção básica à saúde de Pernambuco: construção, validação de instrumentos e método de trabalho de campo do Projeto SUS+Ativo. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*; v.21, n.5, 2016.

BARRY MM, et al .The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *IUHPE – Global Health Promotion*; v. 16, n. 2, 2009.

BOMFIM RA. Competência profissional: uma revisão bibliográfica. *Revista Organização Sistêmica*; v.1, n. 1, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 4, de 8 de dezembro de 1999. Institui as diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico. Brasília: 1999. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_99.pdf. Acesso em 10/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 719, de 07 de abril de 2011. Institui o programa academia da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União.

CAMELO SHH; ANGERAMI ELS. Competência profissional: a construção de conceitos, Estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e Implicações para a enfermagem. *Revista Contexto & Enfermagem*; v. 22, n. 2, p. 552-60, 2013.

CECCIM RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECCIM RB, BILIBIO LF. Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA AB, WACHS F. (Org). *Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de formação e perspectivas de intervenção*. Porto Alegre: Editora da UFRG, p. 47-62, 2007.

COUTINHO SS. Competências do profissional de educação física na atenção básica à saúde. Tese de doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, 2011.

CORDEIRO H, et al. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. *Revista de Saúde Coletiva*. V19, nº 3, p. 695-710, 2009.

COSTA BVL, et al. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. *Revista de Ciência & Saúde*. v. 18, n. 1, 95-102, 2013.

COSTA FF, TOTARO LM, NAHAS MV. A Educação Física no Brasil em transição: perspectivas para a promoção da atividade física. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*; v.1, n.1, p. 14-21, 2012.

COSTA RKS, MIRANDA FAN. Formação Profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. *Trabalho, educação e saúde*; v. 6, n. 3, 2008.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 128, de 6 de Março de 1997.

CONFEF. Ministério da Saúde - Exercício Profissional. Resolução n.º 218, de 6 de março de 1997. Disponível em: http://www.confef.org.br/extra/juris/mostra_cat_leis.asp?CATEGORIA=18&ESFERA=FEDERAL. Acesso em 10/11/2015.

DECRETO Nº 19.808 DE 03 DE ABRIL DE 2003. Programa Academia da Cidade. Disponível em: <http://www.legiscidade.recife.pe.gov.br/decreto/19808/>. Acesso em 30/11/15.

DUCKETT SJ. Health workforce design for the 21st century. *Aust Health Ver*; v. 29, n. 2, p. 201-10, 2005.

DUNCAN BB, et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de Saúde Pública*; n. 46(supl), p. 126-34, 2012.

DURAND T. L'Alchimie de la Compétence. *Revue Française de Gestion*; n. 127, p. 84-102, 2000.

FEITOSA WMN, NASCIMENTO JV. As competências específicas do profissional de Educação Física que atua na orientação de atividades físicas: um estudo Delphi. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*; v. 11, n. 4, p. 19-26, 2003.

FONSECA AS. PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA PARA GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE RECIFE: PROJETO SUS+ ATIVO. Tese de doutorado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina. Área de Concentração: Atividade Física relacionada à Saúde. Florianópolis, 2014.

FRAGA AB, CARVALHO YM, GOMES IM. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. *Revista Interface: Trabalho, educação e saúde*; v.10, n. 3, 2012.

FRAGA AB, WACHS F. Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de Intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS: 2007.

FRAGELLI TBO, SHIMIZU HE. Competências profissionais em Saúde Pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. *Revista Brasileira de Enfermagem*; v. 65, n. 4, p.667-74, 2012.

FRAGELLI TBO, SHIMIZU, HE. Prospecções para desenvolvimento de políticas públicas de formação de profissionais de saúde a partir da análise do cenário brasileiro de competências. *Revista de Saúde Coletiva*; v. 23, n. 1, p. 197-208, 2013.

HALLAL PC, et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 26, p. 70-78, 2010.

HALLAL PC. Atividade física e saúde no Brasil: pesquisa, vigilância e políticas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, n. 12, p. 1-3, 2014.

HAROLD WK, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet Physical Activity Series Working Group*; v. 380, p. 67-78, 2012.

JACOBSON DM, et al. Physical Activity Counseling in the Adult Primary Care Setting. *American Journal of Preventive Medicine*; v.2, n.29, 2005.

KRUCHELSKI S, RAUCHBACH R. Curitiba gestão nas cidades voltada à promoção da atividade física, esporte, saúde e lazer: Avaliação, prescrição e

orientação de atividades físicas e recreativas, na promoção de saúde e hábitos saudáveis da população curitibana. p.149, 2005.

KNUTH AG, et al. Avaliação de programas de atividade física no Brasil: uma revisão de evidências em experiências selecionadas. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, 2010b.

Le Deist FD, Winterton J. What is competence?; v. 8, n. 1, 27-46, 2005.

LEE IM, et al. Lancet Physical Activity Series Working Group. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet; v. 380, n. 9838, p. 219–29, 2012.

MALTA DC, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde; v. 19, n. 3, p.286-299, 2014.

McMullan M. Competence and its assessment: a review of the literature. Br J Podiat ;8(2):49-52, 2005.

_____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Núcleo de Apoio da Saúde da Família. Portaria Ministerial de Saúde, nº154, de 24 de janeiro de 2008.

_____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a.

_____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Redefinição da Política Nacional de Promoção a Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Novembro, 2014.

_____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. PORTARIA Nº 2.989, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2011.

NASCIMENTO JV. Escala de autopercepção de competência profissional em educação física e desportos. Revista Paulista de Educação Física; v. 13, n. 1, p. 5-21, 1998.

NASCIMENTO DDG, OLIVEIRA MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Mundo Saúde; v. 34, n. 1, p.92-6, 2010.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. Certificação de Competências Profissionais - Análise Qualitativa do Trabalho, Avaliação e Certificação de Competências – Referenciais Metodológicos – Reedição Brasília, 2002.

OLIVEIRA DCR, Brito ALS, Tassitano, RM. Perfil dos profissionais que atuam nos programas de promoção da saúde com intervenções em atividade física da atenção básica à saúde do estado de Pernambuco. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde; v.21, n.5, 2016.

ORROW G, et al. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1389>. Acesso em 20/03/2015.

RIBEIRO AL, et al. A competência profissional e a estratégia de saúde da família: discurso dos profissionais. Revista de Atenção Primária a Saúde. v. 11, n. 2, p. 136-144, 2008.

ROCHA VM, CENTURIÃO CH. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social In: FRAGA AB, WACHS F. (Org). Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRG, p. 17-32, 2007.

RODRIGUES JD, et al. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde; v. 18, n. 1, p.5-15, 2013.

RODRIGUES JD, FERREIRA DKS, JUNIRO JCF, CAMINHA IO, FIORINDO AA, LOCH MR. Perfil e atuação do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa, PB. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde; v. 20, n. 4, p. 352-365, 2015.

RUTHES RM, CUNHA ICKO. Contribuições para o conhecimento em gerenciamento de enfermagem sobre gestão por competência. Revista Gaúcha de Enfermagem; v. 28, n. 4, p.570-5, 2007.

SANTOS SFS, BENEDETTI TRB. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde; v. 17, n. 3, p. 188-194, 2012.

SENAI - Departamento Nacional. Comitê Técnico Setorial; estrutura e funcionamento. Brasília, 2000.

SOUZA, SC, LOCH MR. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde; v.16, n. 1, p. 05-09, 2010.

SCABAR TG, et al. Atuação do Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NA. Journal of Health Sciences Institute; v.30, n. 4, p. 411-8, 2012;.

SCHMIDT MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais; www.thelancet.com, 2012.

APÉNDICES

APÊNDICE A – Distribuição da frequência absoluta e relativa das variáveis de conhecimento, habilidade e atitude.

E35_ Nível de conhecimento sobre promoção da atividade física no SUS, mais especificamente sobre abordagens de comunicação, informação e educação	FA	FR
(n = 536)		
Muito Baixo	9	1,7
Baixo	95	11,7
Médio	296	55,2
Alto	126	23,5
Muito Alto	10	1,9
E36_ Nível de conhecimento sobre promoção da atividade física no SUS, mais especificamente sobre abordagens comportamentais e sociais	FA	FR
(N= 536)		
Muito Baixo	8	1,5
Baixo	102	19,0
Médio	303	56,5
Alto	118	22,0
Muito Alto	5	0,9
E37_ Nível de conhecimento sobre promoção da atividade física no SUS, mais especificamente sobre monitoramento/avaliação das intervenções	FA	FR
(n=536)		
Muito Baixo	13	2,4
Baixo	143	26,7
Médio	268	50,0
Alto	107	20,0
Muito Alto	5	0,9
E38_ Nível de conhecimento sobre promoção da atividade física no SUS, mais especificamente sobre métodos e instrumentos para medida da atividade física	FA	FR
(n = 537)		
Muito Baixo	15	2,8
Baixo	122	22,7

Médio	268	49,9
Alto	124	23,1
Muito Alto	8	1,5
E39_ Nível de conhecimento sobre ações em atividades físicas que acontecem na rede básica de saúde e na comunidade	FA	FR
(n=534)		
Muito Baixo	10	1,9
Baixo	68	12,7
Médio	262	49,1
Alto	182	34,1
Muito Alto	12	2,2
E40_ Nível de conhecimento sobre promoção da atividade física no SUS, mais especificamente sobre ações intersetoriais e de mobilização de parceiros para promoção da atividade física	FA	FR
(n = 535)		
Muito Baixo	13	2,4
Baixo	116	21,7
Médio	292	54,6
Alto	105	19,6
Muito Alto	9	1,7
E41_ Nível de conhecimento sobre normas e regulamentos acerca da atividade física como estratégia de promoção da saúde no SUS	FA	FR
(n = 537)		
Muito Baixo	23	4,3
Baixo	126	23,5
Médio	265	49,3
Alto	119	22,2
Muito Alto	4	0,7
F1_ Nível de habilidades para atuar em ações de avaliação e monitoramento	FA	FR
(n = 539)		
Muito Baixo	17	3,2
Baixo	60	11,1

Médio	299	55,5
Alto	151	28,0
Muito Alto	12	2,2
F2_ Nível de habilidades para atuar em ações de planejamento de intervenções	FA	FR
(n= 538)		
Muito Baixo	10	1,9
Baixo	40	7,4
Médio	273	50,7
Alto	201	37,4
Muito Alto	14	2,6
F3_ Nível de habilidades para aconselhar usuários sobre a importância da prática de atividades físicas	FA	FR
(n=538)		
Muito Baixo	7	1,3
Baixo	19	3,5
Médio	114	21,2
Alto	326	60,6
Muito Alto	72	13,4
F4_ Nível de habilidades para prescrever uma sessão de exercício físico para grupos específicos	FA	FR
(n = 538)		
Muito Baixo	41	7,6
Baixo	75	13,9
Médio	166	30,9
Alto	222	41,3
Muito Alto	34	6,3
F5_ Nível de habilidades para supervisionar grupos específicos que participam de atividade física	FA	FR
(n=537)		
Muito Baixo	31	5,8
Baixo	74	13,8

Médio	179	33,3
Alto	224	41,7
Muito Alto	29	5,4
F6_ Nível de habilidades para realizar apoio matricial para os demais profissionais de saúde sobre os benefícios da prática de atividade física	FA	FR
(n = 536)		
Muito Baixo	18	3,4
Baixo	92	17,2
Médio	228	42,5
Alto	179	33,4
Muito Alto	19	3,5
F7_ Nível de habilidades para desenvolver ações de promoção de atividades físicas articulado com os demais profissionais de saúde.	FA	FR
(n = 537)		
Muito Baixo	8	1,5
Baixo	38	7,1
Médio	225	41,9
Alto	240	44,7
Muito Alto	26	4,8
F8_ Nível de habilidades para desenvolver ações de promoção de atividade física de acordo com a realidade local.	FA	FR
(n = 539)		
Muito Baixo	8	1,5
Baixo	53	9,8
Médio	204	37,8
Alto	234	43,4
Muito Alto	40	7,4
F9_ Nível de habilidades para dialogar com gestor local sobre questões que potencializem a realização de ações de promoção da atividade física.	FA	FR
(n = 539)		
Muito Baixo		
Baixo	20	3,7

Médio	57	10,6
Alto	229	42,5
Muito Alto	204	37,8
	29	5,4
G1_ Nível em que consegue demonstrar autocontrole na realização de atividades em equipes multiprofissionais.		
	FA	FR
(n = 539)		
Muito Baixo		
Baixo	2	0,4
Médio	24	4,5
Alto	198	36,7
Muito Alto	278	51,6
	37	6,9
G2_ Nível em que consegue demonstrar flexibilidade diante da complexidade e variabilidade da atuação profissional no contexto da Atenção Básica à Saúde.		
	FA	FR
(n= 539)		
Muito Baixo		
Baixo	3	0,6
Médio	27	5,0
Alto	232	43,0
Muito Alto	247	45,8
	30	5,6
G3_ Nível em que consegue demonstrar criatividade diante da complexidade e variabilidade da atuação profissional no contexto da Atenção Básica à Saúde.		
	FA	FR
(n=539)		
Muito Baixo	2	0,4
Baixo	18	3,3
Médio	229	42,5
Alto	251	46,6
Muito Alto	39	7,2
G4_ Nível em que consegue demonstrar alteridade, colocando-se no lugar do outro, nas relações com os usuários e com os demais profissionais de saúde.		
	FA	FR

(n = 537)		
Muito Baixo	3	0,6
Baixo	9	1,7
Médio	187	34,8
Alto	295	54,9
Muito Alto	43	8,0
G5_ Nível em que consegue valorizar a importância das relações humanizadas nos serviços de saúde.	FA	FR
(n=537)		
Muito Baixo	5	0,9
Baixo	9	1,7
Médio	122	22,7
Alto	309	57,5
Muito Alto	92	17,1
G6_ nível em que é capaz de delegar tarefas e mobilizar outros profissionais em torno de projetos de interesse na Atenção Básica à Saúde.	FA	FR
(n = 539)		
Muito Baixo	5	0,9
Baixo	32	5,9
Médio	258	47,9
Alto	219	40,6
Muito Alto	25	4,6
G7_ nível em que é capaz de valorizar a prática de atividades físicas como estratégia de promoção da saúde.	FA	FR
(n = 537)		
Muito Baixo	3	0,6
Baixo	11	2,0
Médio	90	16,8
Alto	324	60,3
Muito Alto	109	20,3

APÊNDICE B - Ofício da Secretaria Estadual de Saúde para as Gerências Regionais de Saúde de Pernambuco



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde

Ofício Circular DG-PMAVS N° 08 /2014

Recife, 31 de Janeiro de 2014.

Da: Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde.

Para: **Gerentes das I a XII Regiões de Saúde**

Prezados (as)

Informamos que a Universidade de Pernambuco, por meio do Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde, está desenvolvendo o estudo intitulado "AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS E INTERVENÇÕES RELACIONADAS À ATIVIDADE FÍSICA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO". O principal objetivo desse estudo é avaliar a gestão (avaliação, planejamento e operação) dos programas e intervenções para promoção de atividade física desenvolvidos no âmbito da rede de Atenção Básica à Saúde (ABS) no Estado de Pernambuco. Informamos que o protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco, além de contar com anuência do Ministério da Saúde, todos apresentados a Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco.

Durante o período de 10 de fevereiro a 28 de março de 2014, a equipe de pesquisadores estará realizando visitas aos municípios pernambucanos a fim de realizar entrevistas com profissionais, gestores/coordenadores e usuários das intervenções para promoção da atividade física que estão sendo realizadas nos municípios listados no anexo I.

Dessa forma, gostaríamos de solicitar sua colaboração informar sobre a realização deste trabalho de pesquisa aos Secretários Municipais de Saúde e, por conseguinte, aos respectivos coordenadores técnicos responsáveis pelos programas e intervenções para promoção da atividade física nos municípios. Igualmente, gostaríamos do apoio dos municípios no sentido de: 1) disponibilizar ou informar locais (endereço e telefone) onde os pesquisadores de campo possam ser alojados (pensão, hotel, pousada, etc.); e, 2) auxiliar na localização dos programas e intervenções realizadas no âmbito da ABS.

Ao final do estudo, o coordenador da pesquisa, Prof. Dr. Mauro V. G. de Barros e equipe, comprometem-se a apresentar à SES, assim como a todos os Secretários municipais cópia do relatório técnico com os principais resultados do estudo. Caso alguma dúvida persista ou maiores esclarecimentos sejam necessários favor entrar em contato com uma das pessoas listadas abaixo:

1- Professor Mauro V. G. de Barros - (81) 3183. 3376 ou 9282.2498, maurovgb@gmail.com

2- Juliana Silva - (81) 8825 0520, juliana.r.silva@ibest.com.br

Agradecemos antecipadamente pela sua colaboração.

Atenciosamente,

Luciana Caroline
Luciana Caroline
Diretora

Luciana Albuquerque
Matricula: 319.4200
Diretora da DG-PMAVS

RUA DONA MARIA AUGUSTA NOGUEIRA, 519- BONGI
TELEFONES: (81) 3184-0509 FAX: 3184-0338

A5. Qual é o estado civil (situação conjugal) atual do(a) senhor(a)?

- Solteiro(a)
 Casado(a) ou vivendo com parceiro(a)
 Divorciado(a) ou separado(a)
 Viúvo(a)

A6. Quantos filhos o(a) senhor(a) tem?

- 0
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 ou mais

A7. Qual é a cor da pele do(a) senhor(a)?

- Branca
 Preta
 Amarela
 Parda/mestiça
 Indígena
 Ignorada

A8. O(a) senhor(a) reside neste município, onde atua como profissional do programa/intervenção?

- Sim
 Não

DIMENSÃO: FORMAÇÃO INICIAL

B1. O(a) senhor(a) tem um curso de graduação concluído?

- Sim
 Não, mas sou provisionado em Educação Física [Vá para a questão C2]
 Não [Vá para a questão C2]

B2. Qual foi a área de formação no curso de graduação que o(a) senhor(a) concluiu? Caso tenha concluído mais de um curso de graduação pode marcar mais de uma opção.

- Bacharelado em Educação Física
 Licenciatura plena em Educação Física
 Licenciatura em Educação Física
 Assistente Social
 Medicina
 Farmácia
 Enfermagem
 Fisioterapia
 Psicologia
 Terapia Ocupacional
 Nutrição
 Odontologia
 Biomedicina
 Saúde Coletiva
 Fonoaudiologia

Outro, defina:

B3. Qual foi a modalidade do curso de graduação que o(a) senhor(a) concluiu? Se o(a) senhor(a) fez mais de um curso considere o mais recente.

- Presencial
 Semipresencial
 À distância

B4. Em que ano o(a) senhor(a) concluiu o curso de graduação? Se o(a) senhor(a) fez mais de um curso considere o mais recente.

B5. Em qual instituição o(a) senhor(a) concluiu o curso de graduação?

B6. Em relação à dependência administrativa, em que tipo de instituição de ensino o(a) senhor(a) concluiu o curso de graduação?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Pública federal | <input type="radio"/> Pública estadual |
| <input type="radio"/> Pública municipal | <input type="radio"/> Privada sem fins lucrativos |
| <input type="radio"/> Privada com fins lucrativos | <input type="radio"/> Privada beneficente |

B7. Em relação ao tipo, a instituição onde o(a) senhor(a) concluiu o curso de graduação é?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Faculdade | <input type="radio"/> Centro Universitário |
| <input type="radio"/> Instituto Federal | <input type="radio"/> Universidade |

B8. Durante o curso de graduação o(a) senhor(a) participou do PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde)?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> Essa atividade não foi oferecida | <input type="radio"/> Não lembro |

B9. Durante o curso de graduação o(a) senhor(a) participou do PRÓ-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde)?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> Essa atividade não foi oferecida | <input type="radio"/> Não lembro |

B10. Durante o curso de graduação o(a) senhor(a) realizou estágio curricular obrigatório na Atenção Básica à Saúde?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> Essa atividade não foi oferecida | <input type="radio"/> Não lembro |

B11. Durante o curso de graduação o(a) senhor(a) realizou estágio não obrigatório (ou extracurricular) na Atenção Básica à Saúde?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> Essa atividade não foi oferecida | <input type="radio"/> Não lembro |

B12. Durante o curso de graduação o(a) senhor(a) teve alguma experiência curricular pontual (uma aula, visita e/ou evento) na Atenção Básica à Saúde?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> Essa atividade não foi oferecida | <input type="radio"/> Não lembro |

B13. Durante o curso de graduação o(a) senhor(a) participou de projeto(s) de iniciação científica relacionado(s) com a Atenção Básica à Saúde?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> Essa atividade não foi oferecida | <input type="radio"/> Não lembro |

B14. Durante o curso de graduação o(a) senhor(a) participou de projeto(s) de extensão relacionado(s) com a Atenção Básica à Saúde?

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> Essa atividade não foi oferecida | <input type="radio"/> Não lembro |

DIMENSÃO: ATUAÇÃO PROFISSIONAL

C1. Considerando todas as suas experiências profissionais (dentro e fora da sua área de atuação), realizadas após a conclusão do curso de graduação, há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha?

C2. Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha no SUS?

C3. Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha na Atenção Básica à Saúde?

C4. Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha no NASF?

C5. Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha neste Programa com intervenções em atividade física?

C6. Qual é o tipo de vínculo empregatício que o(a) senhor(a) tem na Atenção Básica à Saúde (ou no Programa em que atua)? Caso tenha mais de um tipo de vínculo, pode marcar mais de uma opção.

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Não possui vínculo empregatício | <input type="radio"/> Contrato temporário, sem realização de processo seletivo |
| <input type="radio"/> Contrato temporário, com realização de processo seletivo | <input type="radio"/> Contrato temporário, realizado via empresa terceirizada, sem realização do processo seletivo |
| <input type="radio"/> Contrato temporário, realizado via empresa terceirizada, com realização do processo seletivo | <input type="radio"/> Servidor público efetivo, cedido por outra secretaria |
| <input type="radio"/> Servidor público efetivo, após realização de concurso para a Secretaria da Saúde | <input type="radio"/> Cargo comissionado |

Caso o(a) senhor(a) tenha outro tipo de vínculo empregatício, por favor, informe:

C7. Considerando todos os locais nos quais o(a) senhor(a) atua profissionalmente, incluindo trabalhos como profissional liberal, qual é a quantidade de trabalhos e/ou empregos que o(a) senhor(a) tem?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------|
| <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| <input type="radio"/> 5 ou mais | |

C8. Considerando todos os vínculos de trabalho e/ou emprego, qual é a carga horária de trabalho total por semana que o(a) senhor(a) tem?

C9. Qual é a carga horária de trabalho semanal que o(a) senhor(a) destina a atuação neste programa/intervenção?

C10. Qual é a carga horária de trabalho semanal que o(a) senhor(a) destina a atuação no NASF?

C23. O(a) senhor(a) realiza atividades físicas direcionadas para pessoas com deficiências na sua prática profissional?

- Sim Não
 Não se aplica Não sabe

C24. O(a) senhor(a) realiza outra atividade na sua prática profissional?

- Sim Não
 Não se aplica Não sabe

Se outra, qual:

DIMENSÃO: FORMAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE

Em relação à participação em atividades de pós-graduação, o(a) senhor(a) PARTICIPA ou PARTICIPOU de algum curso? Todos os itens devem ser preenchidos.

	Não participou	Participa (em andamento)	Participou (concluído)
D1. Especialização lato-sensu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D2. Residência multiprofissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D3. Mestrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D4. Doutorado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D5. Considerando os últimos 12 meses, em quantos cursos, eventos ou capacitações na área de atividade física o(a) senhor(a) participou?

- 0 1
 2 3
 4 ou mais

D6. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação a seguinte afirmativa: "Os cursos, eventos ou capacitações na área de atividade física nos quais participei, nos últimos 12 meses, tiveram impacto positivo na minha atuação profissional".

- Discordo inteiramente Discordo parcialmente
 Nem discordo, nem concordo Concordo parcialmente
 Concordo inteiramente Nunca participei

D7. Considerando os últimos 12 meses, em quantos cursos, eventos ou capacitações nas diversas áreas de conhecimento o(a) senhor(a) participou?

- 0 1
 2 3
 4 ou mais

D8. Qual o seu grau de concordância em relação à seguinte afirmativa: "Os cursos, eventos ou capacitações nas diversas áreas do conhecimento nos quais participei, nos últimos 12 meses, tiveram impacto positivo na minha atuação profissional".

- Discordo inteiramente Discordo parcialmente
 Nem discordo, nem concordo Concordo parcialmente
 Concordo inteiramente Nunca participei

D9. Que fatores o(a) senhor(a) diria que podem impedir ou dificultar a participação do(a) senhor(a) em cursos, eventos ou capacitações?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Falta de oportunidades | <input type="radio"/> Falta de tempo |
| <input type="radio"/> Falta de vontade | <input type="radio"/> Falta de recursos financeiros (dinheiro) |
| <input type="radio"/> Obrigações familiares | <input type="radio"/> Sobrecarga de trabalho |
| <input type="radio"/> Não gostar de estudar | <input type="radio"/> Características dos cursos, eventos ou capacitações que são oferecidos |
| <input type="radio"/> Falta de apoio do meu chefe ou coordenador | <input type="radio"/> Outro |

Se existir outro, qual:

D10. Qual é o grau de motivação do(a) senhor(a) para participar de cursos, eventos ou capacitações sobre abordagens para promoção da atividade física?

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Muito desmotivado | <input type="radio"/> Desmotivado |
| <input type="radio"/> Indiferente | <input type="radio"/> Motivado |
| <input type="radio"/> Muito motivado | |

D11. Qual é o grau de motivação do(a) senhor(a) para participar de cursos, eventos ou capacitações sobre efeitos da atividade física na saúde?

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Muito desmotivado | <input type="radio"/> Desmotivado |
| <input type="radio"/> Indiferente | <input type="radio"/> Motivado |
| <input type="radio"/> Muito motivado | |

D12. Qual é o grau de motivação do(a) senhor(a) para participar de cursos, eventos ou capacitações sobre medidas da atividade física?

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Muito desmotivado | <input type="radio"/> Desmotivado |
| <input type="radio"/> Indiferente | <input type="radio"/> Motivado |
| <input type="radio"/> Muito motivado | |

COMPONENTE: ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS

DIMENSÃO: CONHECIMENTOS

E1. Como o(a) senhor(a) classifica seu nível de conhecimento sobre as RECOMENDAÇÕES acerca da quantidade de atividade física necessária para que sejam alcançados benefícios à saúde de:

	Muito baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito alto
Gestantes	<input type="radio"/>				
Pré-escolares	<input type="radio"/>				
Crianças	<input type="radio"/>				
Adolescentes	<input type="radio"/>				
Adultos	<input type="radio"/>				
Idosos	<input type="radio"/>				

E2. Como o(a) senhor(a) classifica seu nível de conhecimento sobre os BENEFÍCIOS da prática de atividades físicas para a saúde de:

	Muito baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito alto
Gestantes	<input type="radio"/>				
Pré-escolares	<input type="radio"/>				
Crianças	<input type="radio"/>				
Adolescentes	<input type="radio"/>				
Adultos	<input type="radio"/>				
Idosos	<input type="radio"/>				

E3. Como o(a) senhor(a) classifica seu nível de conhecimento sobre os BENEFÍCIOS da prática de atividades físicas para a saúde de:

	Muito baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito alto
Pessoas com doenças e agravos não transmissíveis	<input type="radio"/>				
Pessoas com doenças transmissíveis	<input type="radio"/>				
Pessoas com deficiências	<input type="radio"/>				
Pessoas com transtorno mental	<input type="radio"/>				

Conhecimento sobre atividades físicas de lazer para gestantes

E4. Gestantes podem praticar todos os tipos de atividades físicas de lazer?

- Não sei Sim
 Não

Caso a resposta tenha sido NÃO, por favor, relacione pelo menos dois tipos de atividades físicas que gestantes não podem praticar:

E5. O(a) senhor(a) sabe quantos dias por semana, no mínimo, as gestantes devem fazer atividades físicas em seu tempo de lazer para obter benefícios à saúde materno-infantil?

- Não sei Gestantes não devem fazer atividades físicas
 Não importa o número de dias 1
 2 3
 4 5
 6 7

E6. Em gestantes, o(a) senhor(a) sabe quanto tempo deve durar, no mínimo, uma sessão de atividades físicas de lazer para que sejam alcançados benefícios à saúde da gestante e do feto?

- Não sei Gestantes não devem fazer atividades físicas
 Não importa a duração da sessão <10 minutos
 10 minutos 20 minutos
 30 minutos 40 minutos
 60 minutos

E7. Para que a atividade física de lazer proporcione benefícios para a saúde da gestante e do feto, ela necessita ser estruturada de que forma:

- Não sei
 Somente em uma sessão por dia
 Pode ser feita em uma única sessão ao dia ou dividida em 2 ou 3 sessões ao longo do dia
- Gestante não deve fazer atividades físicas
 Em 2 ou 3 sessões diárias de mesma duração

E8. Em gestantes, recomenda-se que as atividades físicas de lazer sejam realizadas com qual grau de esforço (intensidade):

- Não sei
 Leve
 Vigoroso (Ex.: um esforço físico que faz a pessoa respirar MUITO mais forte que o normal)
- Gestantes não devem fazer atividades físicas
 Moderado (Ex.: um esforço físico que faz a pessoa respirar UM POUCO mais forte que o normal)
 Não importa a intensidade/esforço da sessão de atividade física para a gestante obter benefícios à saúde, o importante é fazer alguma atividade física

E9. A prática de atividades físicas durante a gestação pode trazer benefícios à saúde da mãe?

- Não sei
 Sim
- Não

Caso sim, cite pelo menos dois benefícios que o(a) senhor(a) conhece:

E10. A prática de atividades físicas durante a gestação pode trazer benefícios à saúde do feto?

- Não sei
 Sim
- Não

Caso sim, cite pelo menos dois benefícios que o(a) senhor(a) conhece:

E11. Existem contraindicações absolutas para a prática de atividades físicas durante a gestação?

- Não sei
 Sim
- Não, não existem contraindicações absolutas

Caso sim, relacione pelo menos duas contraindicações que o(a) senhor(a) conhece:

E12. Como o(a) senhor(a) classifica o seu nível de conhecimento sobre as recomendações acerca da quantidade de atividade física para gestantes?

- Muito baixo
 Médio
 Muito alto
- Baixo
 Alto

E13. Como o(a) senhor(a) classifica o seu nível de conhecimento sobre os benefícios de atividade física para gestantes?

- Muito baixo
 Médio
 Muito alto
- Baixo
 Alto

Conhecimento sobre atividades físicas de lazer para crianças pré-escolares

Para responder as próximas perguntas, pense em crianças pré-escolares aparentemente saudáveis, com idade dos 2 aos 5 anos.

E14. Qual o seu grau de concordância em relação à seguinte afirmativa: "Crianças em idade pré-escolar devem acumular, pelo menos, 60 minutos de prática de atividades físicas diárias, principalmente na forma de jogos e brincadeiras ao ar livre".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

E15. Qual o seu grau de concordância em relação à seguinte afirmativa: "Pais devem reduzir o transporte usando o automóvel ou o carrinho de passeio da criança".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

E16. A prática de atividades físicas pode proporcionar benefícios à saúde de crianças em idade pré-escolar?

- | | |
|---|---------------------------|
| <input type="radio"/> Não sei [Vá para questão E17] | <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> Sim | |

Caso a resposta do(a) senhor(a) tenha sido SIM, por favor, indique pelo menos dois benefícios que o(a) senhor(a) conhece:

Conhecimento sobre atividades físicas de lazer para adolescentes

Para responder as próximas perguntas, pense em adolescentes aparentemente saudáveis, jovens com idade dos 10 aos 19 anos.

E17. Qual o seu grau de concordância em relação à seguinte afirmativa: "Adolescentes devem acumular diariamente, pelo menos, 60 minutos de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

E18. Qual o seu grau de concordância em relação à seguinte afirmativa: "Quantidades de atividade física maiores do que 60 minutos diários podem promover benefícios adicionais".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

E19. Qual o seu grau de concordância em relação à seguinte afirmativa: "A maior parte das atividades físicas diárias deve ser de natureza aeróbica".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

E27. A prática de atividades físicas pode proporcionar benefícios à saúde de adultos?

- Não sei [Vá para questão E28] Não
 Sim

Caso a resposta do(a) senhor(a) tenha sido SIM, por favor, indique pelo menos dois benefícios que o(a) senhor(a) conhece:

Conhecimento sobre atividades físicas de lazer para idosos

*As próximas perguntas desse questionário se referem a atividade física de pessoas idosas (60 ou mais anos).
 Desconsiderar pessoa idosa acamada.*

E28. Qual o seu grau de concordância em relação à seguinte afirmativa: "Pessoas idosas devem participar de, pelo menos, 150 minutos de atividades físicas aeróbicas de intensidade moderada durante a semana".

- Discordo inteiramente Discordo parcialmente
 Nem discordo, nem concordo Concordo
 Concordo inteiramente Não sei

E29. Qual o seu grau de concordância em relação à seguinte afirmativa: "Pessoas idosas devem participar de, pelo menos, 75 minutos de atividades físicas aeróbicas de intensidade vigorosa durante a semana".

- Discordo inteiramente Discordo parcialmente
 Nem discordo, nem concordo Concordo
 Concordo inteiramente Não sei

E30. Qual o seu grau de concordância em relação à seguinte afirmativa: "Atividades físicas devem ser realizadas em sessões com, pelo menos, 10 minutos de duração".

- Discordo inteiramente Discordo parcialmente
 Nem discordo, nem concordo Concordo
 Concordo inteiramente Não sei

E31. Qual o seu grau de concordância em relação à seguinte afirmativa: "Quantidades de atividades físicas aeróbicas maiores, de até 300 minutos por semana, podem promover benefícios adicionais".

- Discordo inteiramente Discordo parcialmente
 Nem discordo, nem concordo Concordo
 Concordo inteiramente Não sei

E32. Qual o seu grau de concordância em relação à seguinte afirmativa: "Atividades físicas visando o fortalecimento muscular e envolvendo os principais grupos musculares devem ser realizadas pelos menos duas vezes por semana".

- Discordo inteiramente Discordo parcialmente
 Nem discordo, nem concordo Concordo
 Concordo inteiramente Não sei

E33. Qual o seu grau de concordância em relação à seguinte afirmativa: "Quando pessoas idosas não puderem realizar atividades físicas nas quantidades recomendadas devido às suas condições de saúde, elas devem ser o mais ativas que puderem".

- Discordo inteiramente Discordo parcialmente
 Nem discordo, nem concordo Concordo
 Concordo inteiramente Não sei

E34. A prática de atividades físicas pode proporcionar benefícios à saúde de idosos?

- Não sei [Vá para questão E35] Não
 Sim

E34.1. Caso a resposta do(a) senhor(a) tenha sido SIM, por favor, indique pelo menos dois benefícios que o(a) senhor(a) conhece:

Conhecimento sobre abordagens e ferramentas para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde

E35. Como o(a) senhor(a) classifica seu nível de conhecimento sobre promoção da atividade física no SUS, mais especificamente sobre abordagens de comunicação, informação e educação?

- Muito baixo Baixo
 Médio Alto
 Muito alto

E36. Como o(a) senhor(a) classifica seu nível de conhecimento sobre promoção da atividade física no SUS, mais especificamente sobre abordagens comportamentais e sociais?

- Muito baixo Baixo
 Médio Alto
 Muito alto

E37. Como o(a) senhor(a) classifica seu nível de conhecimento sobre promoção da atividade física no SUS, mais especificamente sobre monitoramento/avaliação das intervenções?

- Muito baixo Baixo
 Médio Alto
 Muito alto

E38. Como o(a) senhor(a) classifica seu nível de conhecimento sobre promoção da atividade física no SUS, mais especificamente sobre métodos e instrumentos para medida da atividade física?

- Muito baixo Baixo
 Médio Alto
 Muito alto

E39. Como o(a) senhor(a) classifica seu nível de conhecimento sobre promoção da atividade física no SUS, mais especificamente sobre ações em atividades físicas que acontecem na rede básica de saúde e na comunidade?

- Muito baixo Baixo
 Médio Alto
 Muito alto

E40. Como o(a) senhor(a) classifica seu nível de conhecimento sobre promoção da atividade física no SUS, mais especificamente sobre ações intersetoriais e de mobilização de parceiros para promoção da atividade física?

- Muito baixo Baixo
 Médio Alto
 Muito alto

G7. Como o(a) senhor(a) classifica o nível em que é capaz de valorizar a prática de atividades físicas como estratégia de promoção da saúde?

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Muito baixo | <input type="radio"/> Baixo |
| <input type="radio"/> Médio | <input type="radio"/> Alto |
| <input type="radio"/> Muito alto | |

COMPONENTE: PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO AO AMBIENTE

DIMENSÃO: POTENCIALIDADE DO AMBIENTE

Caro(a) Profissional, para as questões abaixo, considere:

- Infraestrutura é todo ambiente natural ou construído;
- Equipamentos são construídos ou fixados (ex. barra fixa, bancos, etc.);
- Materiais são aqueles removíveis (ex. colchonetes, halteres, cartolinas, etc.)

H1. De um modo geral, como o(a) senhor(a) avalia a qualidade da infraestrutura nos espaços destinados às atividades de promoção de atividade física?

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Muito ruim | <input type="radio"/> Ruim |
| <input type="radio"/> Regular | <input type="radio"/> Boa |
| <input type="radio"/> Muito boa | |

H2. De um modo geral, como o(a) senhor(a) avalia a qualidade dos materiais utilizados no programa/intervenção?

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Muito ruim | <input type="radio"/> Ruim |
| <input type="radio"/> Regular | <input type="radio"/> Boa |
| <input type="radio"/> Muito boa | <input type="radio"/> Não existem recursos materiais |

H3. De um modo geral, como o(a) senhor(a) avalia a qualidade dos equipamentos utilizados no programa/intervenção?

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Muito ruim | <input type="radio"/> Ruim |
| <input type="radio"/> Regular | <input type="radio"/> Boa |
| <input type="radio"/> Muito boa | <input type="radio"/> Não existem equipamentos |

H4. De um modo geral, como o(a) senhor(a) avalia a frequência de utilização da infraestrutura e equipamentos pelos usuários nos horários em que o programa ou intervenção NÃO ESTÁ em funcionamento?

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Muito baixa | <input type="radio"/> Baixa |
| <input type="radio"/> Regular | <input type="radio"/> Alta |
| <input type="radio"/> Muito alta | <input type="radio"/> Não sabe |

H5. Como o(a) senhor(a) avalia o grau de dificuldade com o qual os usuários podem ter acesso à utilização da infraestrutura e equipamentos disponíveis, nos horários em que o programa ou intervenção NÃO ESTÁ em funcionamento?

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Muito difícil | <input type="radio"/> Difícil |
| <input type="radio"/> Nem difícil, nem fácil | <input type="radio"/> Fácil |
| <input type="radio"/> Muito fácil | <input type="radio"/> Não sabe |

H6. Como o(a) senhor(a) avalia a proximidade do local onde são realizadas as ações do programa ou intervenção em relação aos demais equipamentos sociais existentes na comunidade (Unidades de saúde, associação de moradores, escolas, creches, centro social)?

- | | |
|---|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Muito distante | <input type="radio"/> Distante |
| <input type="radio"/> Nem distante, nem próximo | <input type="radio"/> Próximo |
| <input type="radio"/> Muito próximo | <input type="radio"/> Não sabe |

H7. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "Os espaços físicos destinados à prática de atividades físicas são arejados".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

H8. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "Os espaços físicos destinados à prática de atividades físicas são protegidos contra chuva, vento ou mau tempo".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

H9. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "Os espaços físicos destinados à prática de atividades físicas são adequados ao atendimento de pessoas com deficiências".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

H10. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "Os espaços físicos destinados à prática de atividades físicas são adequados ao atendimento de pessoas idosas".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

H11. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "Os espaços físicos possibilitam a realização de caminhadas".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

H12. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "Os espaços físicos possibilitam a realização de atividades de força ou resistência muscular".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

H13. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "Os espaços físicos possibilitam a realização de atividades esportivas".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

H14. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "Os espaços físicos possibilitam a realização de jogos e brincadeiras".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

H15. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "Os espaços físicos possibilitam a realização de atividades como danças".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

H16. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "Os espaços físicos possibilitam a realização de atividades envolvendo a prática de lutas ou artes marciais".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

H17. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "Os espaços físicos possibilitam a realização de atividades de alongamento ou relaxamento".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

H18. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "Os espaços físicos possibilitam a realização de atividades de educação em saúde".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

H19. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "Os espaços físicos possibilitam a realização de reuniões com a equipe de saúde".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

H20. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: " Os espaços físicos possibilitam a realização de reuniões com a comunidade".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

DIMENSÃO: SEGURANÇA

I1. Qual é a percepção do(a) senhor(a) em relação à segurança pública no ambiente onde as atividades acontecem?

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Muito inseguro | <input type="radio"/> Inseguro |
| <input type="radio"/> Nem seguro, nem inseguro | <input type="radio"/> Seguro |
| <input type="radio"/> Muito seguro | |

12. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "O ambiente onde as atividades acontecem não oferece riscos de acidentes".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

13. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "De um modo geral, o ambiente é bem iluminado.

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

14. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "De um modo geral, o ambiente possui sinalização de segurança".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

15. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "No ambiente destinado à prática de atividades físicas existe um PLANO ORGANIZADO para realização de atendimentos de urgência e primeiros socorros".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

16. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "O ambiente destinado à prática de atividades físicas possui EQUIPAMENTOS necessários à realização de atendimentos de urgência e primeiros socorros".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

17. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "No ambiente destinado à prática de atividades físicas todos os profissionais são treinados para prestarem atendimentos de urgência e primeiros socorros".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

18. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "No ambiente destinado à prática de atividades físicas há presença constante de agentes de segurança pública".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

19. Qual o grau de concordância do(a) senhor(a) em relação à seguinte afirmativa: "No ambiente destinado à prática de atividades físicas, de modo geral, a estrutura física e os equipamentos são seguros".

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Discordo inteiramente | <input type="radio"/> Discordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Nem discordo, nem concordo | <input type="radio"/> Concordo parcialmente |
| <input type="radio"/> Concordo inteiramente | <input type="radio"/> Não sei |

APÊNDICE D- Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) senhor(a) a participar da pesquisa “Avaliação dos programas e intervenções para promoção da atividade física na atenção básica à saúde no estado de Pernambuco (Projeto SUS Mais Ativo)” coordenado pelo Professor Mauro V. G. de Barros, que tem por objetivo avaliar os programas e intervenções para promoção da atividade física desenvolvidas no âmbito do NASF, do programa Mãe Coruja e dos programas municipais de atividade física. Um estudo que está sendo realizado em todo o estado de Pernambuco.

Para a participação na pesquisa o(a) senhor(a) não precisará se identificar com nomes ou números de quaisquer documentos. Além disso, a participação é voluntária e o(a) senhor(a) poderá desistir a qualquer momento. Caso concorde em participar, o(a) senhor(a) precisará responder a um questionário, recebendo para tanto o auxílio de um entrevistador de nossa equipe de pesquisadores. Lembre-se que os procedimentos de coleta de dados adotados nesta pesquisa asseguram o anonimato aos participantes e não traz riscos à saúde física dos mesmos, podendo apenas causar desconforto devido ao tempo que o participante precisará estar concentrado para responder aos questionamentos.

Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa são a produção de um diagnóstico situacional das intervenções e programas de promoção da atividade física no estado de Pernambuco. A realização deste levantamento permitirá a proposição de políticas públicas para o setor, além de subsidiar a proposição e o planejamento de ações de formação continuada para os profissionais.

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos o(a) senhor(a) poderá entrar em contato diretamente com o coordenador da pesquisa (Prof. Mauro Barros), presencialmente na Rua Arnóbio Marques, 310, Recife - PE, CEP: 50100-130. Poderá ainda ligar para o telefone (81) 3183.3376 ou ainda entrar em contato por e-mail mauro.barros@upe.br.

Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, localizado à Av. Agamenon Magalhães, S/N, Santo Amaro, Recife-PE ou pelo telefone (81) 3183.3775 ou através do e-mail comitê.etica@upe.pe.gov.br.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, portador do RG número _____, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida em publicações e eventos de caráter científico, sem que exista qualquer quebra ao anonimato das informações fornecidas. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Local: Data: ____/____/____

Assinatura do participante (ou responsável)

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE E - Normas da Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde



Instruções aos autores

1 ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde (Rev Bras Ativ Fís Saúde), periódico oficial da Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde, publica artigos veiculando os resultados de pesquisas e estudos sobre a temática da atividade física e saúde em diferentes subgrupos populacionais. A revista aceita artigos que se enquadrem em uma das seguintes categorias: artigos originais, revisões sistemáticas, editoriais e cartas ao editor. Além de artigos nestas categorias, interessam à revista manuscritos que se encaixem no escopo das seguintes seções especiais: da pesquisa à ação; pesquisa e pós-graduação em atividade física e saúde; e, experiências curriculares inovadoras em atividade física e saúde. Estudos epidemiológicos, clínicos, experimentais ou qualitativos focalizando a inter-relação “atividade física e saúde”, assim como os estudos sobre os padrões de atividade física em diferentes grupos populacionais, validação de métodos e instrumentos para medida da atividade física e estudos de intervenção para promoção da atividade física são exemplos de estudos que atendem à política editorial da revista.

É um periódico multidisciplinar que aceita contribuições de pesquisadores cujos esforços de investigação contribuam para o desenvolvimento da “área de atividade física e saúde”. Ao submeter o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade de que o trabalho não foi previamente publicado e nem está sendo analisado por outra revista, enquanto estiver em avaliação pelo conselho editorial da Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Como forma de atestar formalmente que assumem esta responsabilidade, os autores deverão assinar declaração de acordo com o modelo fornecido pela revista. Os manuscritos devem ser inéditos e todos os autores devem ter contribuído substancialmente para o seu desenvolvimento de modo que estes possam assumir responsabilidade pela autoria dos mesmos (ver critérios de autoria no item 3.7). Admite-se a submissão de manuscrito contendo resultados de estudos que tenham sido preliminarmente publicados na forma de resumos.

2 AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde adota o sistema de revisão por pares. Isto quer dizer que os manuscritos submetidos à revista serão apreciados por dois ou mais revisores, indicados por um dos editores associados. O editor associado analisa os pareceres dos revisores e emite um relatório final conclusivo que é então enviado ao editor assistente para comunicação da decisão aos autores. O processo de revisão adotado é duplo-cego, assim nem os revisores ad hoc saberão quem são os autores do manuscrito nem os autores saberão quem foram os revisores do mesmo. A revista tem em seu corpo editorial revisores ad hoc (nacionais e internacionais) com experiência de pesquisa em atividade física e saúde.

O fluxo editorial inicia com uma avaliação preliminar, na qual o editor assistente analisa se o manuscrito foi preparado de acordo com a presente nor-

matização (“Instruções aos Autores”). Se a formatação não estiver em conformidade com estas normas, o artigo é devolvido aos autores para reformulação. É importante lembrar que a submissão de manuscrito em desacordo com o disposto nesta norma é motivo suficiente para recusa. O processo de avaliação do manuscrito só é iniciado quando todos os documentos exigidos forem enviados (declaração de responsabilidade, declaração de conflito de interesses, declaração de autoria e cópia da certidão do Comitê de Ética para estudos com Seres Humanos ou com animais). Além disso, será exigido também a declaração de transferência de direitos autorais, conforme descrito no item 3.5 desta norma.

Na fase seguinte, um dos editores-chefes é designado para efetuar uma análise do manuscrito considerando: a compatibilidade em relação à política editorial da revista; e, a contribuição potencial do artigo para o avanço do conhecimento em atividade física. Se aprovado nesta fase, o manuscrito segue então para a próxima etapa do processo de avaliação, caso contrário, a recusa é imediatamente comunicada aos autores.

A terceira etapa na avaliação dos manuscritos tem início quando um dos editores associados é designado pelo editor-chefe para acompanhar o processo de avaliação do manuscrito. Nesta etapa, inicialmente, o editor associado julga o potencial do artigo, considerando o rigor científico, a originalidade e a qualidade linguística. Se aprovado nesta etapa, o manuscrito é encaminhado para análise por, no mínimo, dois revisores ad hoc, caso contrário, a recusa é imediatamente comunicada aos autores. Se o manuscrito alcançar a fase de análise pelos revisores ad hoc, o editor associado aguarda os pareceres para subsidiar a sua decisão quanto ao aceite ou recusa do manuscrito.

A decisão em relação ao manuscrito será comunicada aos autores considerando três possibilidades: (1) RECUSADO, sem possibilidade de nova submissão; (2) REVISÕES REQUERIDAS; e, (3) ACEITO.

Caso a decisão editorial seja “revisões requeridas”, o autor terá trinta (30) dias a contar da data que foi comunicado sobre a decisão editorial, para reenviar a carta resposta aos revisores junto com o manuscrito corrigido.

Após aceite, os autores irão receber a prova tipográfica de seu artigo, a qual deve ser revisada e reenviada à RBAFS no prazo máximo de 48 horas.

3 PREPARAÇÃO E ENVIO DOS MANUSCRITOS

3.1 Submissões

A Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde aceita submissões espontâneas em seis categorias:

a) Artigos originais

Destina-se à veiculação de resultados de pesquisas conduzidas a partir da aplicação de métodos científicos rigorosos, passíveis de replicação e/ou generalização, abrangendo tanto as abordagens quantitativas quanto qualitativas de investigação em atividade física e saúde. Outras contribuições como revisões, relatos, estudo de casos, opiniões e pontos de vista não serão tratadas como artigos originais.

b) Artigos de revisão

Destina-se à veiculação de revisões sistemáticas por meio das quais os au-

tores possam apresentar uma síntese de conhecimentos já disponíveis sobre um tópico relevante em atividade física e saúde.

c) Cartas ao editor

Trata-se de um espaço destinado ao leitor ou pesquisador que deseja submeter uma reflexão ou aprofundamento sobre o conteúdo de um artigo publicado na revista.

d) Seção especial “Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física e saúde”

É uma seção destinada à veiculação de artigos apresentando as bases conceituais, modelos lógicos e resultados de intervenções para promoção da atividade física e saúde. Busca-se nesta seção dar visibilidade a experiências de intervenção profissional que denotem um esforço de aplicação do conhecimento científico já produzido no desenvolvimento de ações de promoção da atividade física e saúde.

e) Seção especial “Pesquisa e pós-graduação em atividade física e saúde”

É uma seção destinada à veiculação de artigos apresentando experiências de pesquisa e de formação de pesquisadores. Interessam para esta seção as contribuições que descrevam modos de organização de grupos de pesquisa ou de trabalho em rede com vistas ao desenvolvimento de projetos de pesquisa e ações de formação ou capacitação de recursos humanos para investigação em atividade física e saúde.

f) Seção especial “Experiências curriculares inovadoras em atividade física e saúde”

É um espaço destinado ao relato de experiências curriculares inovadoras na formação inicial (graduação) que tenham foco em atividade física e saúde.

Além dos artigos publicados nas categorias supramencionadas, por convite do Conselho Editorial, a revista poderá publicar também editoriais, comentários e posicionamentos. Contate a revista na eventualidade de dúvida quanto à aderência de um manuscrito em relação à política editorial ou quanto à classificação do manuscrito numa das categorias de submissão espontânea.

3.2 Conflito de interesses

A transparência do processo de revisão por pares e a credibilidade dos artigos publicados dependem, ao menos em parte, de como o conflito de interesses é tratado durante a redação, revisão por pares e tomada de decisão pelos editores. Este tipo de conflito pode emergir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar na elaboração ou avaliação dos manuscritos. Assim, tanto os autores quanto os revisores devem comunicar à revista sobre a existência de conflito de interesses de qualquer natureza. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar a existência de conflito financeiro ou de qualquer outra natureza que possa ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o

trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. Por sua vez, também os revisores ad hoc devem declinar da revisão de um manuscrito quando houver qualquer conflito de interesses que possa influir em sua opinião. No momento da submissão de um manuscrito os autores devem encaminhar também a declaração de conflito de interesses elaborada conforme modelo adotado pela revista.

3.3 Aspectos éticos

Os autores devem informar, no texto, se a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa em consonância com o disposto na Declaração de Helsinkí, na resolução nº 196/96 ou 466/12 (para pesquisas realizadas a partir de 12 de dezembro de 2012) do Conselho Nacional de Saúde e demais dispositivos normativos vigentes. Nos trabalhos experimentais envolvendo animais, conforme estabelecido pelo Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA), as normas e os princípios éticos vigentes quanto à experimentação animal devem ser respeitados. Os ensaios clínicos devem ser devidamente registrados no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), ou no Ministério da Saúde (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>), ou em outros bancos de dados internacionais (ex.: ClinicalTrials- <http://clinicaltrials.gov/>). Os autores devem enviar juntamente com o manuscrito a cópia da certidão e ou declaração atestando a observância às normas éticas de pesquisa, inclusive cópia da aprovação do protocolo de pesquisa em Comitê de Ética com seres humanos. Estudos que não atendam a tais requisitos não serão aceitos para publicação na revista.

3.4 Idioma

Aceitam-se manuscritos escritos na forma culta em um dos seguintes idiomas: português, espanhol ou inglês. Os manuscritos em português e espanhol devem ser acompanhados dos resumos no idioma original e em inglês. Aqueles submetidos em língua espanhola devem ter também um resumo em português. Os manuscritos em língua inglesa deverão incluir o resumo no idioma original e em português. Para as submissões em português ou espanhol, oferece-se a opção de tradução integral do manuscrito para o inglês, com custo para os autores.

3.5 Direitos autorais

Os autores deverão encaminhar no momento da submissão do artigo, a declaração de transferência de direitos autorais assinada. Esta declaração deverá ser preparada em conformidade com o modelo fornecido pela revista (<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/index>). Artigos aceitos para publicação passam a ser propriedade da revista, não podendo ser reproduzidos, mesmo que de forma parcial, incluindo a tradução para outro idioma, sem a autorização por escrito da Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.

3.6 Agradecimentos/Financiamentos

Ao final do texto, os autores devem mencionar as fontes de financiamento para o estudo e os nomes de instituições, agências ou pessoas que devam ser nominalmente agradecidas pelo apoio à realização do estudo. Os autores devem manter em seu poder prova documental de que as pessoas e instituições citada na seção de agradecimentos autorizaram a inclusão do seu nome, uma vez que tal citação nominal pode implicar em endosso aos resultados e conclusões do estudo.

3.7 Colaboradores

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

4 PREPARAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Todos os artigos devem vir acompanhados por uma carta de submissão dirigida ao editor-chefe, indicando a seção em que o artigo deva ser incluído (vide categorias anteriormente listadas no item 3.1) e apontando a potencial contribuição do estudo para desenvolvimento da área de atividade física e saúde. Os autores devem encaminhar também todas as declarações exigidas por ocasião da submissão do manuscrito, a saber: **declaração de responsabilidade, declaração de conflito de interesses e declaração de transferência dos direitos autorais**, anexando-as em “documentos suplementares”. Anexar ainda **documentação comprobatória de atendimento aos requisitos éticos de pesquisa**, conforme descrito no item 3.3. Após submissão, os autores assumem inteira responsabilidade pelo conteúdo do manuscrito, assim como pela obtenção de autorização para uso de ilustrações e dados de terceiros.

Os manuscritos devem ser preparados considerando a categoria do artigo e os critérios apresentados no quadro seguinte.

Categoria do artigo	Número de palavras no texto*	Número de palavras no resumo	Número de caracteres no título**	Número de referências	Número de ilustrações
Original	4.000	250	100	30	5
Revisão	6.000	250	100	100	5
Carta ao Editor	750	-	100	5	1
Seções especiais***	1.500	150	100	15	2****

* Sem incluir o resumo, abstract, referências e ilustrações. ** Contagem de caracteres com espaços. *** Categorias D, E e F apresentadas no item 3.1. **** Uma das ilustrações deve ser obrigatoriamente o modelo lógico do programa/intervenção

Os manuscritos devem ser preparados em editor de texto do Microsoft Word. Os arquivos devem ter extensão DOC, DOCX ou RTF. Adotar as seguintes recomendações na preparação do arquivo de texto:

- O arquivo deve ser preparado em página formato A4, com todas as margens de 2,5 cm;
- O texto deve ser digitado com espaçamento duplo entre linhas, usando fonte “Times New Roman” tamanho 12 em todo o texto, inclusive nas referências;
- As páginas devem ser numeradas no canto superior direito, a partir da “página de título”;
- Incluir numeração de linhas (layout da página), reiniciando a numeração a cada página;

- Não é permitido uso de notas de rodapé.

No momento da submissão, os autores deverão anexar em “documentos suplementares” a página de título.

A página título deve incluir, nesta ordem, as seguintes informações:

- Categoria do manuscrito;
- Título completo;
- Título completo em inglês;
- Título resumido (running title), com, no máximo, 50 caracteres incluindo os espaços;
- Autor(es) e respectivas afiliações institucionais organizada na seguinte sequência: Instituição, Departamento, Cidade, Estado e País. Após submissão do artigo não será permitido efetuar alterações na autoria dos manuscritos;
- Informações do autor responsável pelo contato com a Editoria da revista, inclusive endereço completo, com CEP, número de telefone e e-mail;
- Contagem de palavras no texto, no resumo e no abstract, assim como o número de referências e ilustrações.

O arquivo com o corpo do manuscrito deve conter o texto principal (página com o título do manuscrito, resumo, abstract, introdução, métodos, resultados e discussão), as referências e as ilustrações, e ser anexado em “documento de submissão”, seguindo as orientações específicas para cada tipo de manuscrito.

Para os artigos originais e de revisão, incluir na primeira página o título do trabalho e um resumo não estruturado com até 250 palavras, cujo conteúdo deverá descrever obrigatoriamente: objetivos, métodos, resultados e conclusões. Abaixo do resumo, os autores devem listar de 3 a 6 palavras-chave que devem ser buscadas na base de descritores em ciências da saúde (DeCS, disponível para consulta em <http://decs.bvs.br>) ou no Medical Subject Headings (MeSH, disponível para consulta em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>). Sugere-se que os autores usem, preferencialmente, palavras-chave que não aparecem no título do artigo.

Nos artigos submetidos para as seções especiais o conteúdo do resumo fica a critério dos autores, respeitando-se o limite de 150 palavras. Em seguida, devem ser apresentadas traduções em inglês tanto para o resumo (abstract) quanto para as palavras-chave (key-words). No resumo, evitar o uso de siglas e abreviações e não citar referências.

O texto de todos os manuscritos deve estar organizado em seções, seguindo a seguinte disposição: introdução, métodos, resultados, discussão e referências. Para tanto, deve-se inserir uma quebra de página após o término de cada seção. Todos os manuscritos devem ter uma conclusão que deve ser apresentada dentro da seção de discussão, não podendo vir como uma seção a parte.

4.1 Referências

O número máximo de referência por manuscrito deve ser rigorosamente respeitado. Essas informações estão descritas no quadro com as orientações sobre o preparo dos manuscritos.

As referências devem ser apresentadas no corpo do texto usando sistema numérico, por ordem de aparecimento no texto, usando algarismos arábicos

sobrescritos. Se forem citadas mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser digitadas, sendo separadas por um traço (Exemplo: ⁵⁻⁸). Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula (Exemplo: ^{12,19,23}).

A organização da lista de referências deve ser realizada em conformidade com o estilo de Vancouver, apresentada em maior detalhe nos Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals), disponível para consulta em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. As referências devem ser numeradas sequencialmente conforme aparição no texto e devem ter alinhamento à esquerda. Comunicações pessoais, resumos e dados não publicados não devem ser incluídos na lista de referências e não devem ser usados como referência no corpo do texto. Citar todos os autores da obra quando o número for de até seis autores, e somente os seis primeiros seguidos da expressão “et al” quando a obra tiver mais de seis autores. As abreviações dos nomes das revistas devem estar em conformidade com os títulos disponíveis na List of Journals Indexed in Index Medicus (www.nlm.nih.gov/pubs/libprog.html) ou no caso de periódicos não indexados com o título abreviado oficial adotado pelos mesmos. Os editores estimulam, quando possível, a citação de artigos publicados na Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Atenção! Ao submeter o manuscrito ter certeza de desativar as funções automáticas criadas pelos programas de computador usados para gerenciamento de referências (exemplo: EndNote). Não submeter o manuscrito com hiperlinks entre as referências citadas e a lista apresentada ao final do texto.

São exemplos de referências de trabalhos científicos:

- **Artigos em periódicos**
 - **Artigos em periódicos com até 6 autores**
Hallal PC, Victora CG, Wells JCK, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2003;35:1894-900.
 - **Artigos em periódicos com mais de 6 autores**
Mattos LA, Sousa AGMR, Feres F, Pinto I, Tanajura L, Sousa JE, et al. Influência da pressão de liberação dos stents coronários implantados em pacientes com infarto agudo do miocárdio: análise pela angiografia coronária quantitativa. *Arq Bras Cardiol.* 2003; 80(3): 250-9.
 - **Artigos publicados em suplementos de periódicos**
Webber LS, Wattigney WA, Srinivisan SR, Berenson GS. Obesity studies in Bogalusa. *Am J Med Sci.* 1995; 310(Suppl 1): S53-61.

- **Livros e capítulos de livros**
 - **Livro - Autoria individual**
Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida. Londrina: Midiograf, 2001.

 - **Livro - Autoria institucional**
Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: BG Cultural; 2002.

▫ **Capítulo de livro – autoria individual**

Zanella MT. Obesidade e fatores de risco cardiovascular. In: Mion Jr D, Nobre F (eds). Risco cardiovascular global: da teoria à prática. 2ª ed. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 109-25.

• **Tese ou Dissertação**

Brandão AA. Estudo longitudinal de fatores de risco cardiovascular em uma população de jovens [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.

• **Obras em formato eletrônico**

Sabroza PC. Globalização e saúde: impacto nos perfis epidemiológicos das populações. In: 4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia [online]; 1998 Ago 1-5; Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998. [citado 1999 jan 17]. Disponível em: [url:http://www.abrasco.com.br/epirio98](http://www.abrasco.com.br/epirio98)

• **Ilustrações (Tabelas, Figuras, Quadros e Fotos)**

Limita-se o quantitativo de ilustrações a um máximo de 5 (cinco). Todas as ilustrações devem ser inseridas, sempre que possível, no mesmo arquivo do texto, após as referências bibliográficas, e devem ser acompanhadas de um título autoexplicativo. As unidades de medida, abreviações, símbolos e estatísticas devem estar apresentadas de modo claro e objetivo. As ilustrações devem ser monocromáticas (em escala de cinza). Fotografias podem ser usadas, mas devem ser em preto e branco e com boa qualidade gráfica. As ilustrações devem ser usadas somente quando necessário para a efetiva compreensão do trabalho, sem repetir informações já apresentadas no corpo do texto. Todas as ilustrações devem ser numeradas por ordem de aparecimento, conforme o tipo (Tabela ou Figura), devendo-se indicar no texto o local aproximado no qual devem ser inseridas. Fotos, ilustrações, quadros e assemelhados devem ser identificados como figuras. Utilize na preparação das ilustrações a mesma fonte que foi utilizada no texto.

4.2 Submissão dos manuscritos

A submissão dos manuscritos deverá ser efetuada na plataforma eletrônica da revista que pode ser acessada no seguinte endereço: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/index>. Para efetuar a submissão, o primeiro autor (ou autor correspondente) deverá estar obrigatoriamente cadastrado na plataforma.

APÊNDICE F – NORMAS CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA

Instruções para Autores

1.6 - Seção temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.7 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.8 - Questões Metodológicas : artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.10 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição

Instruções para Autores

1.6 - Seção temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.7 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.8 - Questões Metodológicas : artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.10 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição

Instruções para Autores

para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

- FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

- CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

- COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição

Instruções para Autores

substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

- AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

- REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos ([Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#)).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

- NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

- ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o

Instruções para Autores

último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

- PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

- ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>

. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link*

"Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde [BVS](#).

Instruções para Autores

12.7 - *Resumo.* Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 - *Agradecimentos.* Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 - *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas.* As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

Instruções para Autores

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

- ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

- ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o

link

"Submeter nova versão".

- PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site:

<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>

Instruções para Autores

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo

ANEXO

ANEXO A - Comprovante de aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco.

UNIVERSIDADE DE
PERNAMBUCO/ PROPEGE/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de programas e intervenções relacionados à atividade física na atenção básica à saúde no estado de Pernambuco (Projeto SUS Mais Ativo)

Pesquisador: Mauro Virgílio Gomes de Barros

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13373313.5.0000.5207

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (FESP-UPE)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 293.601

Data da Relatoria: 04/06/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa pretende avaliar os programas para promoção da atividade física desenvolvidas no âmbito dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs) e da Rede Nacional de Atividade Física (RNAF) no que diz respeito a gestão e operacionalização dos referidos programas e as intervenções para promoção da atividade física.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a gestão (avaliação, planejamento e operação) dos programas e intervenções para promoção da atividade física desenvolvidas no âmbito do NASF e da Rede Nacional de Atividade Física no estado de Pernambuco. Secundariamente, pretende-se também avaliar as competências conceituais, atitudinais e procedimentais dos profissionais envolvidos na operação das ações de atenção aos usuários destas intervenções e programas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo contempla avaliação de riscos e benefícios no projeto e no TCLE e minimiza os riscos na garantia da confidencialidade e do anonimato das informações fornecidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância do ponto de vista da promoção da saúde. Seu desenvolvimento poderá contribuir para melhoria da gestão e operacionalização de programas para atividades

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-010

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3183-3775

Fax: (81)3183-3775

E-mail: comite.etica@upe.br