

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA - DEF
CURSO DE BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

Fábio Medeiros da Silva

**IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS EM RELAÇÃO À ATUAÇÃO
DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS NÚCLEOS DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE NATAL**

NATAL – RN

2017

FÁBIO MEDEIROS DA SILVA

**IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS EM RELAÇÃO À ATUAÇÃO
DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS NÚCLEOS DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE NATAL**

Trabalho de conclusão de curso II apresentado ao Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para obtenção do grau de bacharel em Educação Física.

Orientador: Prof. Drº Antônio Pádua dos Santos

NATAL – RN

2017

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Silva, Fábio Medeiros da.

Identificação e avaliação dos usuários em relação à atuação dos profissionais de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do município de Natal / Fábio Medeiros da Silva. - Natal, 2017.

40f.: il.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do Curso Graduação em Educação Física. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Orientador: Antônio Pádua dos Santos.

1. Saúde - TCC. 2. Educação Física - TCC. 3. Núcleo de Apoio a Saúde da Família - TCC. I. Santos, Antônio Pádua dos. II. Título.

FÁBIO MEDEIROS DA SILVA

**IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS EM RELAÇÃO À ATUAÇÃO
DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS NÚCLEOS DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE NATAL**

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Orientador: Prof. Dr. Antônio Pádua dos Santos

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Membro externo: Prof.Ms. Dandara Queiroga

Instituto Federal de Educação e Tecnologia do Rio Grande do Norte – IFRN

Membro externo: Prof. Mackson Luiz Fernandes da Costa

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus por me conceder todos os dias o dom da vida.

A minha mãe, Maria de Fátima, que mesmo com todas as suas dificuldades sempre deu o seu melhor para o meu desenvolvimento como ser humano.

Aos meus amigos da do ensino médio, Danyelle Gurgel, Flávia Magalhães, Raphaella e Rafael Borja. Que fizeram parte dos bons momentos escolares e me incentivaram a seguir o meu sonho.

Aos meus companheiros de estágio durante todo o curso.

Aos meus amigos que me acompanham diariamente.

Ao professor Dr. Antônio Pádua dos Santos, pela orientação e paciência.

Ao meu companheiro de todas as horas, Fabrício Fernandes, por caminhar sempre comigo e me dar força.

Dedico este trabalho, em especial, a minha mãe Maria de Fátima que apesar de suas dificuldades sempre esteve ao meu lado, meu irmão Luciano Augusto e a todos os meus amigos que me apoiaram, e sempre estiveram ao meu lado nessa jornada.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo caracterizar o usuário que participa das atividades físicas presentes nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município de Natal, Rio Grande do Norte, e avaliar o nível de satisfação nas práticas da Educação Física. O instrumento para a coleta dos dados foi um questionário fechado contendo dez questões. A pesquisa identificou os indivíduos quanto ao sexo, faixa etária, nível em qualificação sua saúde, além de sua avaliação para a atuação de tal profissional, e dos meios em que as atividades são propostas, como o ambiente e materiais, também foram sugeridas melhorias em determinados aspectos. A amostra foi selecionada de forma não probabilística/intencional, sendo trinta e cinco indivíduos, com a idade entre cinquenta e uma sessenta e cinco anos, de ambos os sexos, que praticavam atividade física há três anos ou mais nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Foi utilizado um questionário estruturado com perguntas fechadas para a entrevista, sendo suas respostas transcritas e tabuladas pelo pesquisador. O resultado referente ao questionário evidenciou que noventa e dois por cento dos entrevistados são do sexo feminino. Qualificação sua saúde em um nível bom e regular, tendo seu principal objetivo a ser alcançado com a prática de atividade física regular, uma melhor qualidade de vida. Sua relação com o profissional de educação física foi considerada ótima. Os equipamentos oferecidos para as práticas são considerados ótimos. O espaço físico para a realização das atividades foi considerado bom ou regular. As aulas atendem mais do que a expectativa dos praticantes. A principal sugestão de melhoria foi no que se refere ao espaço físico.

Palavras-chave: Saúde; Educação Física; Núcleo de Apoio a Saúde da Família;

ABSTRACT

This study aimed to characterize the user who participates in the physical activities present in the Family Health Support Centers (NASF) in the city of Natal, Rio Grande do Norte, and to evaluate the level of satisfaction in Physical Education practices. The instrument for data collection was a closed questionnaire containing ten questions. The research identified individuals as to gender, age, level in qualifying their health, in addition to their evaluation for the performance of such professional, and the means in which the activities are proposed, such as environment and materials, also suggested improvements in Certain aspects. The sample was selected in a non-probabilistic / intentional way, thirty-five individuals, aged between fifty-one and sixty-five years, of both sexes, who practiced physical activity for three years or more in the Health Support Centers Of the Family (NASF). A structured questionnaire was used with closed questions for the interview, and these were transcribed and tabulated by the researcher. The result referring to the questionnaire showed that ninety-two percent of interviewees are female. They qualify their health in a good and regular level, having its main objective to be reached with the practice of regular physical activity, a better quality of life. His relationship with the physical education professional was considered excellent. The equipment offered for the practices is considered to be optimal. The physical space for the accomplishment of the activities was considered good or regular. The classes meet more than the expectations of the practitioners. The main suggestion for improvement was with regard to physical space.

Keywords: Health, Physical Education, Support Center for Family Health;

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Atenção Básica (AB)

Atenção Primária a Saúde (APS)

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Centro de Ciências da Saúde (CCS)

Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Ministério da Saúde (MS)

Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Programa de Saúde da Família (PSF)

Rio Grande do Norte (RN)

Sistema Único de Saúde (SUS)

Termo de Consentimento de Livre Esclarecimento (TCLE)

Unidade de Saúde da Família (USF)

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

LISTA DE TEBELAS

Tabela 1 –Distribuição de usuários quanto ao gênero.....	25
Tabela 2 –Qualificação do nível de saúde dos usuário.....	26
Tabela3 - Tempo em que participada das aulas e o principal objetivo.....	27
Tabela 4 - Equipamentos e estrutura física.....	29
Tabela 5 - Satisfação dos usuários quanto às aulas.....	30
Tabela 6 - Principal melhoria a ser feita.....	31

Sumário

1. INTRODUÇÃO	11
2. CAMINHOS METODOLÓGICOS	14
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
3.1. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde	16
3.2.A Estratégia Saúde da Família (ESF) e o surgimento dos Núcleos de Apoio a Saúde da família (NASF).....	20
3.3. Avaliação da satisfação dos usuários	22
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	25
4.1.NIVEL DE SAÚDE DOS USUÁRIOS – ASPECTOS FISICOS E PSICOLOGICOS (BEM ESTAR).....	26
4.2. TEMPO EM QUE FREQUENTA AS AULAS E O PRINCIPAL OBJETIVO.....	26
4.3.RELAÇÃO ENTRE O USUÁRIO E O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNIDADE DO NASF.....	28
4.4.ESTRUTURA FÍSICA E MATERIAIS UTILIZADOS EM AULAS	28
4.5.SAFISFAÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO AS AULAS	29
4.6.SUGESTÕES DE PRICIPAL MELHORIA A SER REALIZADA.....	30
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS	33
ANEXOS	37

1. INTRODUÇÃO

Meu interesse por temas que envolvem promoção a saúde se deu durante a graduação de Educação física embacharelado, apesar grande dificuldade de o assunto ser tratado durante todo curso. A grande curricular não favorece o tema, sendo tratado em apenas uma disciplina, educação para a saúde, e quando se fala a respeito do NASF o assunto se tornou um apenas um subtópico. Durante todo curso existe uma dificuldade de nós, quanto alunos, associar esse trabalho a ambientes fora do âmbito de academias de ginástica como, por exemplo, em hospitais, entrando em contanto com outras áreas de atuação profissional.

O assunto SUS (sistema único de saúde) foi estudado em vários aspectos que o envolvem. Dentre eles, pode-se destacar a Estratégia Saúde da Família (ESF) que desenvolve atividades de promoção de saúde junto à comunidade e trabalhando em equipe. Através do seu surgimento criou-se o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) para apoiá-lo.

O NASF atua com uma equipe multidisciplinar, ou seja, com profissionais de diversas áreas coexistindo e elaborando projetos em equipe. Um dos profissionais presentes nesse trabalho é o de Educação Física, tendo ele grande importância no desenvolvimento de atividades e trato com os usuários atendidos pelas equipes.

Portanto, avaliar a satisfação dos usuários quanto a atuação do profissional de educação física é um assunto que desperta interesse de pesquisa. Conhecer como os seus serviços são oferecidos à população e a avaliação dos seus usuários pode contribuir para manter formas de atuação e/ou formular novas propostas de trabalho. Ouvir a comunidade a esse respeito pode ajudar os gestores no planejamento e implementação das ações e programas de saúde, justificando seus investimentos em determinadas áreas, além de aproximar os serviços de saúde dos usuários, fortalecendo a participação popular nos processos de planejamento e controle social.

Acredito que a avaliação de usuários é um importante instrumento para qualificação e aprimoramento dos serviços de saúde e que contribui para a construção do novo modelo proposto pela ESF e NASF.

Tendo em vista que a temática da satisfação de usuários ainda é pouco explorada no Brasil e no Rio Grande do Norte, dentro do contexto da Estratégia Saúde da Família e consequentemente nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, o presente estudo tem como objetivo principal compreender a avaliação do usuário no que diz respeito à atuação do Profissional de Educação Física presente no NASF, sendo estes no município de Natal/RN. O município, localizado no estado do Rio Grande do Norte, sendo sua capital e com um território de 167 km², possui uma população de 877 622 habitantes, (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2016), o que o torna o maior município do estado. Apresenta bons indicadores de infraestrutura social e índices de renda.

O setor saúde do município é constituído pela rede pública, por serviços filantrópicos e particulares de atenção à saúde. A cidade está dividida em Distritos de Saúde, que são regiões com áreas e populações definidas a partir de critérios econômicos, sociais e geográficos. A implantação das unidades de saúde e da equipe é realizada de acordo com a identificação da área ou da sua vulnerabilidade de risco da população. De acordo com a carteira de serviço da SMS, divulgada em 2014, existe na cidade um total de 54 UBS, destas, 36 possuem equipe da ESF.

Por possuírem estas equipes as UBS passam a chamar USF, entretanto, apenas 9 dessas unidades recebem assistência dos profissionais do NASF. Essas unidades estão divididas no distrito Norte I: Parque das Dunas, África e Pompeia, apoiando 7 equipes da ESF; distrito Norte II: Potengi, Planície das Mangueiras, Santarém e Parque dos Coqueiros, apoiando 8 equipes da ESF e o distrito Oeste: Nazaré e Felipe Camarão, onde o NASF apoia 7 equipes da ESF. Para cada distrito é designado apenas um profissionais de educação física atuando na saúde coletiva.

A pesquisa de caráter exploratório descritivo se desenvolveu com os usuários de cada distrito apoiado pelo NASF e o profissional de educação física.

No sentido de atender ao objetivo geral proposto para a pesquisa, os nossos objetivos gerais elegemos como objetivos específicos: Conhecer os usuários que participam das aulas propostas quanto ao sexo e faixa etária;

verificar como os usuários qualificam a sua saúde, tendo em vista aspectos físicos e psicológicos a fim de investigar como estão relacionadas com a questão de satisfação ou insatisfação referente ao NASF; identificar a quanto tempo participa das aulas propostas e o seu objetivo através das mesmas; verificar a relação profissional/usuário, levando em consideração aspectos motivacionais para a adesão e continuidade na prática; qual a qualidade dos equipamentos/materiais oferecidos durante as aulas, assim como a estrutura física do local das práticas de atividades físicas e até que ponto as aulas atendem as suas necessidades.

Sendo assim, o capítulo 2, caminhos metodológicos, trará como a pesquisa foi desenvolvida, local, instrumento de pesquisa e amostra. No que se refere ao capítulo três, revisão literária, os temas propostos serão: A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde, A Estratégia Saúde da Família (ESF) e o surgimento dos Núcleos de Apoio a Saúde da família (NASF) e Avaliação da satisfação dos usuários.

Capítulo 4, Análise de dados, evidenciará como os dados coletados e as questões foram trabalhadas no estudo. O capítulo 5, este tem por finalidade apresentar os resultados da pesquisa realizada, bem como discuti-los e elucidar questões que foram levantadas. E por sua vez, não menos importante, o capítulo seguinte elucidará os assuntos que se referem aos objetivos traçados previamente e, trazendo a principal sugestão de melhoria dos usuários para uma possível melhora do serviço oferecido a população.

2. CAMINHOS METODOLÓGICOS

Conforme a proposta metodológica, a presente pesquisa foi desenvolvida nos NASF da cidade de Natal, que possuem profissionais de educação física atuando de forma regular. O estudo é de caráter descritivo e quantitativo, tendo ênfase numérica. Sendo este mais aplicado na área da saúde. Fazendo uso de questionário estruturado, fazendo o uso de estatísticas para expor os resultados. Previamente foi aplicado um questionário pré-teste a fim de averiguar sobre possíveis dúvidas nas questões elaboradas.

Trinta e cinco foi o número de voluntários na somatória de todos os NASF. Sendo dez usuários atendidos no que abrange o Norte I, assim como no Norte II e quinze no distrito Oeste. Para estarem aptos a participar da pesquisa, os usuários deveriam preencher os seguintes critérios de inclusão: ser usuário cadastrado; possuir 18 anos completos; ter tido pelo menos uma experiência de atendimento pelo profissional de educação física no NASF; possuir condições físicas e mentais para responderem o questionário.

Além disso, a disponibilidade e colaboração dos profissionais que participam das equipes em aceitar a pesquisa foram consideradas como critérios para a coleta de dados.

Em primeiro momento, antes da realização do questionário, todos os usuários de cada NASF foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, totalizando uma população de 115 usuários, e posteriormente convidados a colaborar. Aceitando, foi respeitado o sigilo de suas respostas e sua não identificação, ausentando-se de possíveis danos e riscos decorrentes de sua participação. A partir da aceitação do usuário em participar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pelo usuário, ao qual foi entregue uma cópia. A coleta de dados foi realizada no momento do convite. Não houve participante que, após a assinatura do termo, desistiu de participar da coleta. A aplicação do questionário ocorreu no período entre abril e maio de 2017.

O instrumento de coleta utilizado foi um questionário estruturado (Apêndice 1), contendo 10 questões fechadas de múltipla escolha, aplicado de

forma individual, o que facilita a aplicação. Em seguida, o resultado do questionário foi tabulado para ser analisado, e assim, apontamos as relações preestabelecidas com suas devidas relações estatísticas.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde

Na década de 70, importantes transformações ocorreram na área da saúde. Naquela época os países desenvolvidos foram fortemente questionados sobre os impactos em saúde. Novas concepções do processo saúde-enfermidade-cuidado surgiram, articulando saúde e condições de vida (BUSS, 2003; HEIDEMANN, 2006).

Nesse cenário de transformações, no Canadá, 1974, o ministro Lalonde apresentou uma nova proposta de atenção à saúde, o Informe Lalonde, que focaliza a promoção de saúde e questiona a abordagem exclusivamente médica para as doenças. Passou-se a enfatizar as ações de promoção de saúde na tentativa de reorientação dos modelos assistenciais, visando a redução de gastos e a melhora nas condições de vida (BUSS, 2003; HEIDEMANN, 2006).

Em âmbito internacional, em um cenário de crise dos países desenvolvidos, em 1978 foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (URSS). A Declaração de Alma-Ata apontou a urgente necessidade de ação para promover a saúde dos povos e enfatizou a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e um direito humano fundamental da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Com ampla repercussão para a saúde pública, a Conferência privilegiou a reorganização dos serviços de saúde através da atenção primária, além da troca de experiências sobre a organização da APS em alguns sistemas e serviços nacionais de saúde, a avaliação da situação da saúde e da assistência sanitária em todo o mundo e a definição de princípios e formas operativas da Atenção Primária à Saúde (APS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978; PEREIRA, 2008).

A Declaração de Alma-Ata lançou a meta “saúde para todos no ano 2000” através da priorização das ações de promoção de saúde e prevenção de

doenças. Vale destacar, ainda, que tal documento aponta a importância da incorporação da participação popular, ou seja, assegura o direito e o dever da população de participar, individual e coletivamente, do planejamento e execução dos cuidados à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define atenção primária como a atenção essencial à saúde e está baseada em métodos e tecnologias práticas, comprovados cientificamente e colocados ao alcance universal dos indivíduos. É parte integrante do sistema de saúde de um país e representa o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema nacional de saúde, ou seja, é a porta de entrada do sistema de saúde para todas as necessidades do indivíduo e, ainda, é responsável pela coordenação e integração dos demais níveis de atenção e pela reorientação dos modelos assistenciais em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978). Segundo Starfield (2002) longitudinalidade, integralidade, focalização na família e orientação comunitária são outros atributos da atenção primária.

Desde Alma Ata, a APS ganhou destaque na organização dos serviços de saúde e, apesar da melhora nas condições de saúde das populações, especialmente nos países em desenvolvimento, os estudos de Chaves (1999 apud CAMARGO-BORGES, 2007, p.59), Rivero (2003 apud CAMARGO-BORGES, 2007, p.59) e OPAS / OMS (2008) apontaram que as metas e concepções declaradas na Conferência não foram cumpridas inteiramente, principalmente porque a implementação de suas propostas ocorreu de forma mais racionalizada do que integral e emancipadora, num entendimento simplista de extensão de cobertura na assistência à saúde.

Além da Conferência de Alma Ata, outro importante evento nesse cenário foi a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1986, na qual foi elaborada a Carta de Ottawa, que define promoção de saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde e em maior participação e controle deste processo. Sendo assim, a promoção de saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e os meios que permitam a todas as pessoas realizarem completamente o seu potencial de saúde. No documento o conceito de saúde foi revisto e ampliado, sendo concebido como acesso à educação,

alimentação, moradia, justiça social, emprego, ecossistema estável, paz e equidade, numa perspectiva biopsicossocial. Preconiza, ainda, cinco campos de ações para a promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

No contexto nacional, o Brasil, no final dos anos 70 e início da década de 80, vivenciou um período marcado por uma profunda crise econômica, pela crise da Previdência Social e pelo processo de redemocratização do país. No contexto da saúde, o fracasso do modelo prestador de serviços, a privatização da assistência médica, um perfil epidemiológico muito comprometido, altos índices de desemprego e a crescente inflação geraram uma grande mobilização da população e de profissionais de diversos setores em busca de melhores condições de vida (DIMENSTEIN, 1998).

Iniciou-se, então, um movimento que questionava os efeitos do sistema econômico sobre o sistema de saúde e propunha novas formas de se conceituar e fazer saúde, visando, principalmente, a promover a democratização do acesso à mesma e a humanização do atendimento. Tal movimento ficou conhecido como Movimento Sanitário (CAMARGOBORGES; CARDOSO, 2005).

Além disso, o Movimento da Reforma Sanitária tinha como foco a transformação do sistema de saúde, reconhecido historicamente por sua ineficiência frente aos problemas de saúde da população e marcado por ações curativas, baseado em um modelo no qual o hospital é o centro de atendimento, fortemente privatista e excludente, e ainda, não era permitida a participação popular para tomada de decisão (SILVA; LIMA, 2005).

Esse movimento objetivou estabelecer um saber contra hegemônico que questionasse o modelo dominante de atenção à saúde, assim como suas políticas e práticas, e buscasse a democratização e a instituição de um novo sistema nacional de saúde, que enfatizasse a relação saúde-sociedade e desenvolvesse uma consciência sanitária na população.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído, no Brasil, por meio da

Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080 de 1990 e 8.142 do mesmo ano, incorporando os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade, postulados pelo movimento da Reforma Sanitária e expressos na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. Está estruturado sob a forma de uma rede de serviços descentralizados, hierarquizados e regionalizados, para atender com resolutividade as necessidades de saúde dos grupos sociais.

Segundo Borges (2002), apesar do SUS ser a primeira ferramenta legitimada e garantida em lei para a construção de uma saúde digna, humana, eficaz e universal, representando um ganho não só para a população antes prejudicada no acesso à saúde, mas também para toda a sociedade, na conquista de um direito básico, ele vem tendo dificuldades em sua implementação. Uma das várias justificativas é a de que a cultura hegemônica da saúde no Brasil ainda tem como base o tratamento individualizado e voltado para a supressão de sintomas clínicos.

Pereira (2008, p. 21) afirma que mesmo diante das dificuldades de implantação do SUS não se pode negar suas conquistas, tais como:

'[...] a capacidade de se reorganizar, de propor estratégias, ampliar e instituir legislação de vital importância para sua implementação, de estabelecer mecanismos de gestão social (Conselhos de Saúde, Comissões Intergestoras Tripartites), maior democratização nas relações entre Estado e sociedade, ampliar a capacidade de acesso da população aos serviços, ampliar e diversificar o quadro de pessoal, desenvolver desenhos alternativos para o desenvolvimento da atenção à saúde e o estabelecimento de atores políticos institucionais contínuos neste processo, como as Secretarias Municipais de Saúde.'

A Atenção Primária à Saúde (APS) emerge como o primeiro contato do usuário na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se como a porta de entrada do sistema. Por sua vez, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como um movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país mostrando que, no Brasil, o SUS vem mostrando significativos avanços desde sua criação e dentre eles está a ampliação do número de Equipes de Saúde da Família, com cobertura

crescente para a população brasileira, além da melhoria da assistência e de seus mecanismos gestores.

3.2.A Estratégia Saúde da Família (ESF) e o surgimento dos Núcleos de Apoio a Saúde da família (NASF)

Em tal contexto de mudanças na área da saúde, foi implantado pelo Ministério da Saúde, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) como uma tentativa de efetivação das diretrizes do SUS. O PSF originou-se através do Programa de Agentes de Saúde (PACS), instituído pela Secretaria de Saúde do Ceará em 1987, como parte de um programa de emergência de combate à seca. Devido aos resultados satisfatórios, o programa teve uma ampla repercussão política, sendo, então, expandido para todo o país. Foi denominada, através da Portaria nº 648/2006, de Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que, visa contribuir para a reorientação do modelo assistencial e procura aproximar o serviço de saúde da comunidade, de forma a torná-lo mais humanizado e acolhedor. Inspirada nos modelos canadense, cubano e inglês, a ESF constitui-se num importante veículo para a organização da atenção primária à saúde e busca desenvolver atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, ao contrário do modelo tradicional centralizado na doença e no hospital que privilegia ações curativas e uma medicina de alto custo. Elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população, além de ter como foco a promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2000; MENDES, 2002; BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde a ESF incorpora e reafirma os princípios do SUS e ainda tem por objetivos: atuar em caráter substitutivo em relação às práticas convencionais de assistência à saúde; caracterizar-se como porta de entrada do sistema local de saúde; visar à integralidade e hierarquização; compor o primeiro nível de ações e serviços no sistema de saúde; garantir o acesso a níveis de maior complexidade; responsabilizar-se pelo acompanhamento dos indivíduos e famílias em todo o processo de referência e contra referência; atuar através da territorialização e adstrição de clientela e,

conseqüentemente, favorecer o estabelecimento de vínculos com a comunidade e possibilitar o compromisso e a corresponsabilidade tanto da equipe quanto da comunidade (BRASIL, 1998).

A ESF privilegia a integralidade e a singularidade da pessoa inserida em um contexto sociocultural e familiar e pretende, assim, romper com uma prática de atenção à saúde individualizada e descontextualizada. Além disso, o foco do trabalho na equipe possibilita deslocar o médico ou o atendimento médico do centro das ações de saúde, fortalecendo o trabalho interdisciplinar e uma concepção de saúde ampliada para além da ausência de doença (CAMARGO-BORGES, 2007). Ao problematizar a participação de diversos profissionais da área da saúde para atuação na ESF, em 2008, o Ministério da Saúde através da Portaria nº 154 criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de “apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil” (BRASIL, 2009, p. 7).

O pressuposto do NASF é que os profissionais que o compõem auxiliem as equipes de saúde da família, atuando conjuntamente, na resolução dos problemas de saúde encontrados no território sob responsabilidade desta equipe (BRASIL, 2009). Assim, a criação dos NASF possibilita uma maior capacitação das equipes de saúde da família para lidar com o cotidiano da ESF, não necessitando da contratação de todos os profissionais da saúde dentro da equipe mínima.

Dessa maneira, o NASF deve ser construído de equipes por profissionais de diversas áreas do com conhecimento, para atuarem em apoio e parceria. Estando divididos em nove áreas estratégicas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação, alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/adolescente/adulto jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica. Os profissionais que podem compor as equipes: Profissional de educação física; Fisioterapeuta; Nutricionista; Médico psiquiatra; Assistente Social; Médico Pediatra; Fonoaudiólogo; Médico acupunturista; Médico ginecologista; Farmacêutico; Psicólogo e Terapeuta ocupacional (BRASIL,

2010)

O NASF tem como fundamento ideológico a integralidade do cuidado aos usuários com uma visão ampliada da clínica, ou seja, a saúde depende de fatores além dos biológicos. Nesse sentido, as ações dos profissionais da ESF em parceria com os do NASF, necessariamente desenvolverão discussões de caso, atendimento em conjunto, construção conjunta de projetos terapêuticos ações de educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletiva (BRASIL,2011).

Portanto é importante a avaliação das ações dos profissionais que compõe o NASF para o seu aperfeiçoamento ou replanejamento de suas ações para que se obtenha resultados satisfatórios na comunidade assistida. E é nisso que baseia-se o presente estudo: avaliação das ações e atuação do profissional de educação física desenvolvidas nas equipes do NASF de Natal, Rio Grande do Norte, como uma forma de analisar o que está sendo realizado pelos profissionais, observar os resultados alcançados e, finalmente e sugerir a necessidade de modificar a forma de trabalhar, o modo de planejar as atividades e até mesmo a estrutura de engloba a pratica das mesmas.

3.3. Avaliação da satisfação dos usuários

No campo da avaliação em saúde, as primeiras pesquisas referentes à satisfação do usuário tiveram início na década de 1970, especialmente nos Estados Unidos e Inglaterra. Tais pesquisas, inseridas no paradigma do consumismo e na cultura da qualidade, tinham por objetivo conseguir melhores resultados clínicos através da adesão ao tratamento, levando em consideração o comparecimento às consultas, a aceitação das recomendações e prescrições e o uso adequado dos medicamentos. Já na década de 80 as pesquisas focalizavam a qualidade dos serviços de saúde (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005, 2006; TRAD et. al., 2002; WILLIAMS³, 1994 apud VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

O aumento nos custos dos serviços de saúde, no setor público, contribuiu para o surgimento de novos modelos de gestão direcionados para

uma maior transparência, qualidade e eficiência dos serviços, o que favoreceu, ainda, as políticas reformadoras e de restrição de gastos. Como parte de um amplo processo de transformações econômicas, políticas e culturais do final da década de 70, vários movimentos propiciaram aos usuários um novo lugar na avaliação dos serviços de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Os serviços, ao terem como meta alcançar a satisfação dos usuários, fazem com que a pesquisa nessa área ganhe destaque, além de visar o aperfeiçoamento do sistema de serviços de saúde (ESPIRIDIÃO; TRAD, 2006).

Apesar da ênfase dada pelas novas políticas de saúde ao controle social, no Brasil, dar voz ao usuário não tem sido uma prática comum na área da saúde. Afim de que este princípio do SUS, juntamente com a universalidade, a integralidade e a equidade, seja implementado no cotidiano dos serviços de saúde, torna-se importante o desenvolvimento de pesquisas que analisem, avalie e interprete as demandas e necessidades dos usuários que frequentam tais serviços. Ouvir e acolher o usuário também são formas de garantir o direito à saúde e à cidadania (PEREIRA, 2008).

Segundo Silva e Formigli (1994) a temática da avaliação em saúde possui uma grande diversidade terminológica. Tal variedade de definições deve-se à complexidade dessa questão, que envolve os significados e desdobramentos das concepções e práticas de saúde. Apesar disso, Contandriopoulos (2006, p. 706) acredita que é possível adotar uma definição atualmente tida com amplo consenso. Dessa forma, avaliar “é uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção (...), permitindo aos diferentes atores envolvidos (...) se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação”. Assim como o termo “avaliação” possui um leque abrangente de significados, a questão da “satisfação do usuário” também apresenta dificuldades terminológicas. Para Linder-Pelz⁴ (1982, apud VAITSMAN; ANDRADE, 2005) a satisfação do paciente consiste nas avaliações das diversas dimensões do cuidado à saúde, dadas positivamente por cada paciente.

Silva e Formigli (1994, p. 88) afirmam que a satisfação do usuário pauta-se na “percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre o cuidado que recebe”.

Assim, o grau de satisfação ou insatisfação do usuário com o serviço de saúde pode referir-se à relação que o usuário estabelece com o profissional do cuidado, assim como sua relação com os aspectos da infraestrutura material dos serviços (equipamentos e medicamentos), das amenidades (ventilação e conforto) e suas representações sobre o processo saúde-doença.

Vaitsman e Andrade (2005) apontam que a maioria das pesquisas de avaliação, tanto nacionais como internacionais, têm obtido resultados positivos em relação aos serviços de saúde, ou seja, as pesquisas indicam que os usuários avaliam positivamente os serviços, o que pode refletir uma avaliação da qualidade pouco crítica por parte de quem utiliza tais serviços, sugerindo aceitação passiva do usuário ao que lhe é oferecida.

O tema da avaliação torna-se importante ao constatar-se a possibilidade e necessidade de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários, assim como, de verificar as dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas. Incorporar a avaliação nas práticas dos serviços de saúde pode propiciar importantes informações aos gestores a fim de melhor definirem as estratégias de intervenção (SILVA; FORMIGLI, 1994).

A pesquisa sobre a satisfação dos usuários aproxima os serviços de saúde da comunidade, possibilitando um maior conhecimento das necessidades desses usuários. Assim, os serviços de saúde podem ser estruturados para atender de forma mais eficaz a demanda, o que, conseqüentemente eleva o nível de satisfação dos usuários e aperfeiçoa os serviços.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

As questões fechadas do questionário foram formuladas para determinar um caráter descritivo nos dados sobre a participação nos usuários nos serviços oferecidos pelo NASF, assim como avaliação no nível de relação com o profissional de educação física, objetivo de participação nas práticas de atividade física controlada, dentro outros dados que também foram analisados.

Após a coleta de dados, todos os questionários foram agrupados e apresentaram assim os resultados. Cada questão foi analisada de forma individual, e suas respostas foram categorizadas em forma de tabela e dados estatísticos. Com a finalidade de descrever os dados.

Este capítulo tem por finalidade apresentar os resultados da pesquisa realizada, bem como discuti-los e elucidar questões que foram levantadas, com a finalidade de entender os objetivos propostos inicialmente. Serão apresentadas tabelas a seguir com as medias obtidas através dos scores brutos (que foram posteriormente traduzidos através de dados estatísticos) dentro de cada dimensão separadamente.

Foram respondidos 100% dos questionários não ocorrendo nenhuma desistência em participar do estudo.

A tabela 1 ilustra a distribuição por gênero, onde se percebe que o gênero feminino (92,52%) esteve mais presente nos NASF pesquisados. Os dados evidenciam a baixa procura do público masculino ao atendimento a saúde, que é algo característico desse público.

Tabela 1 – Distribuição de usuários quanto ao gênero.

GÊNERO					
MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
N	%	N	%	N	%
3	8,48%	32	92,52%	35	100%

Quanto à média de idade, observou-se que os usuários se dividem em uma idade entre 51 e 65 anos (42,85%) ou entre 66 e 75 anos (40%). Dos 35 voluntários, apenas dois usuários (5,73%) tem idade inferior a 50 anos.

4.1. NÍVEL DE SAÚDE DOS USUÁRIOS – ASPECTOS FÍSICOS E PSICOLÓGICOS (BEM ESTAR)

NÍVEL DE SAÚDE		
QUALIFICAÇÃO		
	N	(%)
Ótimo	9	25,72
Bom	13	37,14%
Regular	13	37,14
Ruim	0	0%
TOTAL	35	100%

Tabela 2 – Qualificação do nível de saúde dos usuários

Os resultados expostos na Tabela 2 evidenciam que a maior parte dos entrevistados qualifica a sua saúde mental e física nos níveis bom ou regular, somando um total de 74,28%. Além disso, 25,72% ainda a qualificam como ótima. Isto poder ser considerado um resultado satisfatório levando em consideração aspectos como a idade, que tende a ser um fator influenciador na saúde dos indivíduos.

No momento em que foi feita a coleta de dados destacou-se a importância da saúde em um aspecto global, não só a presença ou ausência de alguma doença. Sendo este o modelo dominante até meados dos anos 80. Após esse período passou-se a enfatizar as ações de promoção de saúde na tentativa de reorientação dos modelos assistenciais, visando à redução de gastos e a melhora nas condições de vida (BUSS, 2003; HEIDEMANN, 2006).

4.2. TEMPO EM QUE FREQUENTA AS AULAS E O PRINCIPAL OBJETIVO

Dos usuários entrevistados, 57,16% relataram que são assíduos as aulas práticas há mais de três anos. Esse dado evidencia que a grande parte está presente no projeto de atividade física proposto pelo NASF desde os seus anos iniciais, visto que o projeto possui cerca de 6 anos.

Tendo como base o questionamento no que diz respeito ao seu objetivo com a prática de atividade física, 74,28% dos usuários pesquisados responderam que ganhar qualidade de vida é o fator principal para a prática. A qualidade de vida não é um simples modismo, algo passageiro a preencher o tempo das pessoas para, em seguida, ser descartada. Muito pelo contrário, ela se constitui em um dos objetivos a ser alcançado no presente estágio de desenvolvimento da humanidade. Cada vez mais, valoriza-se a qualidade de vida, em detrimento do aumento do tempo de vida, em condição limitada ou incapacitada (NOBRE, LEMOS e GABRIEADES, 1994).

Outro item importante que deve ser destacado o é o convívio social. Alguns dos usuários (14,3%), responderam que o seu principal objetivo é a interação com outras pessoas que provoca uma modificação de comportamento importante nos indivíduos envolvidos, como resultado do contato e da comunicação que se estabelece entre eles.

Tabela 3 – Tempo em que participada das aulas e o principal objetivo.

ITENS AVALIADOS		
	N	(%)
Tempo em que participa das aulasno NASF		
Menos de 1 ano	5	14,28%
1 a 2 anos	5	14,28%
2 a 3 anos	5	14,28%
Mais de 3 anos	20	57,16%
Principal objetivo com a prática		
Qualidade de vida	26	74,28%
Condicionamento físico	4	11,42%
Convívio social	5	14,30%
Outro	-	-

4.3. RELAÇÃO ENTRE O USUÁRIO E O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNIDADE DO NASF

Os usuários avaliam positivamente a relação entre eles e o profissional de educação física. Dividindo-se entre ótimo (88,57%) e bom (11,43%), totalizando 100% dos entrevistados. Segundo Starfield (2002) o profissional não é o detentor do saber, mas permite, no encontro, construir, com a participação e o saber do usuário, a melhor resposta para sua necessidade. Tal tipo de atitude possibilita a consolidação de vínculos de confiança. Sendo este de suma importância para a adesão e, conseqüentemente, continuidade nos programas de atividade física criados para atender as demandas.

Ressalta-se que a avaliação positiva dos usuários da relação profissional de educação física-usuário confirma a importância deste profissional no NASF estabelecendo vínculos entre os profissionais de saúde, além do médico, e a população assistida, já que o programa preconiza o acolhimento, cuidado à saúde e atendimento humanizado e resolutivo dos problemas de saúde mais frequentes.

Segundo Gomes e Pinheiro (2005), a aproximação das equipes com os usuários amplia o conhecimento sobre as peculiaridades da sua comunidade e suas necessidades, focando assim o trabalho, de forma a sanar ou minimizar os problemas emergentes.

4.4. ESTRUTURA FÍSICA E MATERIAIS UTILIZADOS EM AULAS

De acordo com os itens avaliados materiais e estrutura física (Tabela 4), pode-se observar que 18 dos 35 usuários entrevistados, totalizando 51,42%, o qualificam como ótimo. Sendo assim, pode-se inferir que os materiais utilizados em aulas atendem as necessidades dos usuários de forma satisfatória. Ainda de acordo com o que se refere a materiais, outros 28,57% o consideram bom totalizando em cerca de 80% dos entrevistados consideram os materiais ótimo ou bom. Apenas 19,91% qualificam como regular.

Quando o assunto é a estrutura do local das aulas práticas a uma divisão de respostas a maioria se divide entre bom (45,71%) e regular (42,85), somando 88,56%. Para tal segundo a pesquisa há necessidade de melhoria na

estrutura física do local das aulas.

Tabela 4 - Equipamentos e estrutura física.

ITENS AVALIADOS		
	N	(%)
Qualidade dos equipamentos		
Ótimo	18	51,42
Bom	10	28,57
Regular	7	19,91
Ruim	0	-
TOTAL	35	100
Estrutura física		
Ótimo	4	11,44
Bom	15	45,71
Regular	15	42,85
Ruim	-	-
TOTAL	35	100

4.5. SAFISFAÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO AS AULAS

Os participantes foram questionados a respeito de até que ponto as aulas atendem suas necessidades quando alunos e praticantes. As alternativas dadas para a resolução do questionamento foram: não atende, atende menos, atende satisfatoriamente e atende mais que a expectativa.

Para maioria dos entrevistados (tabela 5) as respostas se dividiram em atende (40%) e atende mais que a expectativa (57,16%), totalizando cerca de 97% das respostas. Então se conclui que para este público as aulas atendem as suas necessidades de forma positiva. Apenas um usuário (2,84%) respondeu que o serviço prestado atende menos que expectativa.

Este resultado confirma os demais parâmetros avaliados que apresentaram percentuais elevados caracterizando uma avaliação positiva pelo usuário deste tipo de atenção.

Tabela 5 - Satisfação dos usuário quanto

às aulas	N	(%)
Até que ponto as aulas atendem a sua necessidade		
Não atende	-	-
Atende menos que a expectativa	1	2,84
Atende satisfatoriamente	14	40
Atende mais que a expectativa	20	57,16
TOTAL	35	100

Segundo Weiss (1998), existem quatro fatores que determinam a satisfação do usuário: características dos usuários e dos profissionais; relação profissional de saúde-paciente; fatores estruturais e ambientais. Já Donabedian (1980), considera que a satisfação pode ser vista pela reação do usuário diante do contexto, do processo e do resultado global de sua experiência relativa a um determinado serviço.

Vale registrar que as opiniões dos usuários também são influenciadas por diferentes situações, expectativas, antecedentes, ideias, valores e crenças acerca do atual quadro do sistema de saúde.

4.6. SUGESTÕES DE PRICIPAL MELHORIAA SER REALIZADA

A maioria dos usuários entrevistados (65,71%), tabela 6, respondeu que a principal mudança a ser realizada para um melhor desenvolvimento da aula seria no espaço físico, no qual se realizam as atividades propostas.

Resposta esta que converge com os questionamentos feitos anteriormente, nos quais se destacou que o espaço físico teve sua uma avaliação entre bom e regular, diferentemente dos equipamentos, que as respostas se dividiram entre bom e ótimo. Ainda de acordo com questionamentos anteriores a aula atendia mais que a expetativa dos usuários.

Tabela 6 - Principal melhoria a ser feita

	N	(%)
Qualidade da aula	-	-
Espaço físico	23	65,71
Materiais	9	25,72
Outros	3	8,57
	35	100

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar através do estudo que a maioria dos participantes é do sexo feminino e sua idade média esta entre 51 e 65 anos.

Quanto à saúde, os mesmos a qualificam entre boa e regular. Sendo o profissional de educação física um dos pilares para a sua manutenção através de atividades propostas durante o seu planejamento com a equipe multidisciplinar do NASF, evitando o sedentarismo que um problema de saúde pública.

De acordo com as respostas coletadas a maiorias dos indivíduos então a mais de três anos participando das aulas com os professores, tempo médio em que o profissional de educação física foi inserido NASF em Natal/Rn.

O principal objetivo a ser alcançado através da prática é um ganho na sua qualidade de vida, um assunto pertinente quando se fala em promoção a saúde que vem sendo entendidos nos últimos 20-25 anos, representando uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam a população humana.

Verificou-se uma boa aceitação e relação (88,57) entre o usuário e os profissionais no NASF, assim como esses avaliaram que as aulas atendem ou chegam a suprir as suas expectativas quanto participantes. Sendo o profissional um fator motivador para a adesão e, conseqüentemente, continuidade nos programas de promoção a saúde das regiões favorecidas pelo NASF e os profissionais.

A avaliação dos usuários para os materiais e aparelhos utilizados foi positiva, mas alguns ainda os qualificam como regular, havendo uma quantidade significativa de criticas.

A critica por parte dos entrevistados ficou evidenciada quando no questionário foi perguntado sobre a estrutura física em que são realizadas as aulas práticas, muito dos entrevistados a qualificam como regular. Sendo também a principal sugestão de melhoria. Estudos subsequentes são necessários para verificar quais são estes pontos a serem melhorados como: acesso, espaço, banheiros, ventilação, limpeza e etc. Para que o serviço seja prestado com uma melhorar qualidade e atendendo uma maior demanda.

REFERÊNCIAS

BORGES, C. C. Sentidos de saúde/doença produzidos numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF). 2002. 161 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 1, p. 15-38

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3252 avanços e desafios. Vigilância em saúde, ano 1, n.1, p. 10-15, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2488/2011. Institui a nova Política Nacional de Atenção Básica, revogando a Portaria MS 645/2006. Brasília: Ministério da saúde, 2011.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia de saúde da família: compondo saberes e fazeres. Psicologia e Sociedade, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 26-32, 2005.

CAMARGO-BORGES, C. O construcionismo social no contexto da Estratégia Saúde da Família: articulando saberes e práticas. 2007. 207 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 2, p. 39-53.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. Estudos de Psicologia, Natal, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998.

DONABEDIAN, A. Exploration in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: University of Michigan; 1980. [v. 1]

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, p. 303-312, 2005. Suplemento.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006.

GOMES, M. C. P. A.; Pinheiro, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface Comunic. Saúde Educ., v. 9, n. 17. P. 287-301, 2005.

HEIDEMANN, I. T. S. B. A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. 2006. 296 f. Tese (Doutorado em Enfermagem de Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MENDES, E. V. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Nobre MRC, Lemos CLN Domingues RZI, Gabriades RHN - Qualidade de vida, educação em saúde e prevenção de doenças. Qualimetria 1994; 6: 56-9.

PEREIRA, M. J. B. Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto. 2008. 237 f. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M. J. (Org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999. cap.7, p. 183-214

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, M. Z. A.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 1, p. 15-39.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviço e tecnologia. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care.Evaluation of sociodemographic and predispositional factors.Med Care. 1988;26:383-92.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).Declaration of Alma-Ata.International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978.Disponível em: . Acesso em: jan. 2010.

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=240810>

ANEXOS

ANEXO A – Termo consentimento e livre esclarecimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE ESCLARECIMENTO

Este é um convite para sua participação no projeto de pesquisa **“Avaliando a satisfação dos usuários e sua em relação a atuação dos profissionais de educação física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família no município de Natal ”**. Esta pesquisa é desenvolvida pelo graduando Fábio Medeiros da Silva, sob orientação do Prof. Drº Antônio Pádua dos Santos, do curso de educação física da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. A participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa procura identificar o perfil dos usuários quanto ao sexo, idade e verificar aspectos que envolvem sua participação e satisfação nas aulas práticas ministradas pelo profissional de educação física.

Caso decida aceitar este termo, você será submetido a uma entrevista que servira de base para discussão do projeto.

Todas as informações obtidas poderão ser colocadas no trabalho e seu nome não será identificado nos dados escritos da pesquisa, como também na apresentação do projeto.

O entrevistado ficará com uma cópia deste termo, e toda dúvida a respeito desta pesquisa poderá ser solucionada diretamente com Fábio Medeiros da Silva, através do telefone: (84) 99630-4076.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “**Avaliando a satisfação dos usuários e sua em relação a atuação dos profissionais de educação física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família no município de Natal**”

Assinatura do participante:

_____.

Assinatura do pesquisador responsável:

_____.

Natal, ____ de _____ de 2017.

ANEXO B – Questionário**Questionário**

1. Sexo
 - Masculino
 - Feminino

2. Faixa Etária
 - Até 50 anos
 - De 51 a 65 anos
 - De 66 a 75 anos
 - Mais de 76 anos

3. Como você qualifica seu nível de saúde, levando em consideração aspectos físicos e psicológicos; bem-estar.
 - Ótimo
 - Bom
 - Regular
 - Ruim

4. Há quanto tempo você participa das aulas ministradas pelos profissionais de educação física no NASF ?
 - Menos de 1 ano
 - De 1 a 2 anos
 - De 2 a 3 anos
 - Mais de 3 anos

5. Qual o seu principal objetivo com a participação nas aulas ministradas pelos profissionais de educação física no NASF ?
 - Qualidade de Vida
 - Condicionamento físico

Convívio Social ()
Outro

6. Qual é o seu nível de relação com o Profissional de Educação física

- () Ótimo
- () Bom
- () Regular
- () Ruim

7. Qualidade dos equipamentos/materiais oferecidos para as aulas práticas

- () Ótimo
- () Bom
- () Regular
- () Ruim

8. Estrutura física dos locais das aulas práticas

- () Ótimo
- () Bom
- () Regular
- () Ruim

9. Até que ponto as aulas atendem a suas necessidades

- () Não atende ()
- Atende menos que a expectativa
- () Atende satisfatoriamente
- () Atende mais que a expectativa

10. Qual a principal melhoria que você acha que deveria ser feita

- () Qualidade da aula ()
- Espaço Físico
- () Materiais para a utilização na aula
- () Outro