

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA ASSOCIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA
UPE/UFPB

JOSÉ DAMIÃO RODRIGUES

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA E O CUIDADO DE SI NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: processos e construções

JOÃO PESSOA

2021

JOSÉ DAMIÃO RODRIGUES

**ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA E O CUIDADO DE SI NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: processos e construções**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física UPE/UFPB no formato tradicional, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Educação Física.

Área de concentração: Cultura, educação e movimento humano.

Linha de pesquisa: Estudos Socioculturais em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Iraquiton de Oliveira Caminha.

Coorientador: Prof. Dr. Filipe Ferreira da Costa.

JOÃO PESSOA

2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

R696a Rodrigues, José Damião.

Atuação do profissional de educação física e o cuidado de si na atenção primária à saúde : processos e construções / José Damião Rodrigues. - João Pessoa, 2021.

161 f. : il.

Orientação: Iraquitã de Oliveira Caminha.

Coorientação: Filipe Ferreira da Costa.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Educação física. 2. Formação profissional. 3. Saúde do profissional. 4. Atenção primária à saúde. 5.

NASF-AB. I. Caminha, Iraquitã de Oliveira. II. Costa, Filipe Ferreira da. III. Título.

UFPB/BC

CDU 796(043)

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA ASSOCIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA UPE-
UFPB CURSO DE DOUTORADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

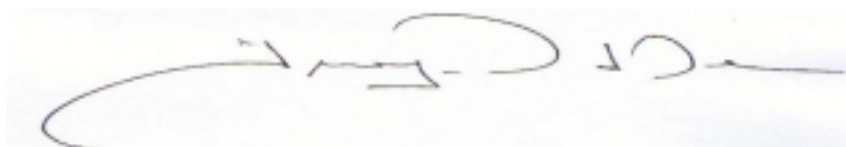
A Tese *Atuação do Profissional de Educação Física e o Cuidado de si na Atenção Primária à Saúde: processos e construções.*

Elaborada por José Damião Rodrigues

Foi julgada pelos membros da Comissão Examinadora e aprovada para obtenção do título de DOUTOR EM EDUCAÇÃO FÍSICA na Área de Concentração: Cultura, educação e movimento humano.

João Pessoa, 21 de junho de 2021.

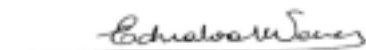
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Iraquitan de Oliveira Caminha
(UFPB) - Presidente da Sessão



Prof. Dr. José Cazuza de Farias Júnior
(UFPB) - Membro Interno



Profª. Dra. Ednalva Maciel Neves
(UFPB) – Membro Externo



Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes De Brito
(UFPB) – Membro Externo



Profª. Dra. Maria Isabel Brandão de Souza Mendes
(UFRN) – Membro Externo

DEDICATÓRIA

A Deus, que tem honrado com êxito o meu esforço nesta tese e ajudado a me tornar uma versão melhor de mim.

Aos meus pais (in memoriam), pois, certamente, estariam muito felizes pelo meu progresso como educador e como ser humano.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, que me capacitou e me deu condições de lograr com êxito esta tese de doutorado em Educação Física, uma das minhas artes de viver.

À minha mãe, Terezinha Marçal Rodrigues (*in memoriam*), que me lapidou em um processo de subjetivação, tornando-me socialmente amável e muito feliz.

À minha família, que suportou minha ausência durante o período do curso e que também me ajudou na transcrição das entrevistas (Isamar, pedagoga, e Yuri Rodrigues, estudante de Educação Física).

Aos meus sogros, Ivan Soares e Maria José Lima, pelo apoio à minha família enquanto estive ausente.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Iraquitan de Oliveira Caminha, que pacientemente ajudou a me tornar não apenas doutor, mas alguém que agora pode compreender melhor as pessoas em seu entorno.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Filipe Ferreira da Costa, que sabiamente me ensinou a enxergar que, para problemas complexos, as respostas não são simples, ou mesmo de resoluções reducionistas.

Aos membros da banca, Profa. Dra. Maria Isabel Brandão de Souza Mendes, Profa. Dra. Ednalva Maciel Neves, Prof. Dr. José Cazuza de Farias Júnior e Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito, que me orientaram de modo excepcional na construção deste trabalho.

Aos colegas dos grupos de pesquisa LAISTHESIS e GEPEAF da UFPB, por todo o apoio. Em especial, Elidacris Felizardo e Giovanni Souza Noro, que me ajudaram na transcrição das entrevistas.

Aos profissionais de Educação Física do NASF-AB da cidade de João Pessoa, pela dedicação em todo o processo de coleta de informações do atual estudo.

À Universidade Estadual da Paraíba (meu segundo lar), por me conceder afastamento integral, possibilitando, assim, as condições necessárias para minha dedicação à pesquisa. Ainda, aos meus colegas professores do Departamento de Educação Física dessa honrada instituição, que aprovaram minha liberação e me apoiaram durante todo o período em que estive ausente.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro para execução do projeto intitulado “Impacto de uma formação de profissionais de Educação Física para atuação nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: uma pesquisa-ação”, o qual esta tese faz parte.

A fábula-mito do Cuidado

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspiradora. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele, o que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo, pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão, que pareceu justa:

— Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta esse espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura; ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E, uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: essa criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil. (BOFF, 1999).

RESUMO

Em qualquer campo de atuação, faz-se necessário ter conhecimentos gerais e específicos relacionados ao bom desenvolvimento das ações profissionais. Desse modo, o objetivo desta tese é analisar a percepção e o conhecimento dos profissionais de Educação Física (PEF) atuantes nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), concernente ao cuidar de si e dos outros nos processos e construções desse campo de atuação. A pesquisa se caracteriza como de natureza qualitativa, realizada por meio de entrevista gravada em áudio. A amostra se constitui de 14 PEF, trabalhadores do NASF-AB da cidade de João Pessoa-PB. Para a coleta dos dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado e um gravador de áudio, e, para a análise dos dados, aplicou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os preceitos éticos foram rigorosamente respeitados. Os resultados indicam conhecimento dos PEF quanto às diretrizes e portarias vigentes do Ministério da Saúde, contudo, as suas maiores dificuldades são gerenciar a unidade básica de saúde da família concomitantemente às suas atividades de núcleo, pois o próprio cuidado de si é prejudicado. Além disso, os PEF identificam o cuidado como amplo e complexo; têm conhecimento sobre o cuidar de si e da necessidade de cuidar de si para poder cuidar dos outros; mantêm um bom vínculo com os usuários; não realizam apoio matricial; não realizam educação popular em saúde; e possuem pouco conhecimento sobre o tema, com compreensão ainda confusa. Conclui-se que, apesar das dificuldades enfrentadas pelos PEF, como formação inadequada, falta de equipamento, de referência e contrarreferência, dentre outras, a partir das suas experiências vividas, eles adquiriram conhecimentos com a práxis, mas ainda insuficientes para promover um cuidar de si integral, que envolva a plenitude da compreensão de sujeito. Mesmo tendo competências para as suas ações em saúde, atualmente os PEF estão engessados pelo sistema político, que os impede de atuarem de acordo com as diretrizes e cadernos de atenção básica à saúde. No campo da saúde, o cuidado de si se destaca e é algo muito mais amplo e complexo do que a prática clínica. Há, portanto, a necessidade de o núcleo da Educação Física transcender os aspectos biológicos da avaliação e da prescrição de exercícios, uma vez que o cuidado deve ser realizado holisticamente e visto com o olhar que leva em conta o ser humano, sua subjetividade, sua autogovernabilidade e seu protagonismo na construção da sua história, o que ainda parece distante da realidade.

Palavras-chave: Profissional de Educação Física. Cuidar/Cuidado. Atenção Primária à Saúde. NASF-AB.

ABSTRACT

In any field of activity, it is necessary to have general and specific knowledge related to the good development of professional performance. Thus, we aim to analyze the perception and knowledge of physical education professionals (PEP) working in the Expanded Nucleus of Family Health and Basic Care (Portuguese acronym: NASF-AB), concerning the care of themselves and others in the processes and constructions of this field of action. The research is characterized as qualitative in nature, carried out through an audio-recorded interview. The sample consisted of 14 PEP workers from the NASF-AB in the city of João Pessoa-PB. For data collection, a semi-structured interview script and audio recorder were used, and, for data analysis the Bardin content analysis technique was used. Ethical precepts were strictly respected. The results indicate knowledge of the PEP regarding the current guidelines and ordinances of the Ministry of Health, however, their greatest difficulty is to manage the basic family health unit concurrently with its core activity, as it makes self-care more difficult. In addition, the PEP identify care as broad and complex; they know about taking care of themselves and see the need to take care of themselves so they can take care of others; maintain a good bond with users; they do not perform matrix support; they do not carry out popular health education; and there is little knowledge on the subject, with an understanding that is still confused. We concluded that, despite the difficulties faced by the PEP, such as inadequate training, lack of equipment, reference and counter-referral, among others, from their lived experiences, they acquired knowledge with the praxis, but still insufficient to promote self-care integral, which involves the full understanding of the subject. Even though they have competences for their actions in health, they are currently plastered by the political system, which prevents them from acting in accordance with the guidelines and notebooks of the primary health care. In the field of health, self-care stands out and is something much broader and more complex than clinical practice. It's necessary that the core of physical education transcends the biological aspects of assessment and exercise prescription, as care should to be carried out holistically and seen with a view that takes into account the human being, his subjectivity, his self-governance and his role in the construction of his story, which still seems far from reality.

Keywords: Physical education professional. Self-care/Care. Primary health care. NASF-AB.

RESUMEN

En cualquier campo de actividad, es necesario tener conocimientos generales y específicos relacionados con el buen desarrollo de las acciones profesionales. Así, nos proponemos analizar la percepción y el conocimiento de los profesionales de la educación física (PEF) que laboran en los centros de salud familiar ampliada y atención primaria (acrónimo en portugués: NASF-AB), sobre el cuidado propio y ajeno en los procesos y construcciones de este campo de actuación. La investigación se caracteriza por ser de naturaleza cualitativa, realizada a través de una entrevista grabada en audio. La muestra estuvo constituida por 14 PEF de la NASF-AB en la ciudad de João Pessoa-PB. Para la recolección de datos se utilizó un guión de entrevista semiestructurado y grabadora de audio, y para el análisis de datos se utilizó la técnica de análisis de contenido de Bardin. Se respetaron estrictamente los preceptos éticos. Los resultados indican el conocimiento de la PEF con respecto a los lineamientos y ordenanzas vigentes del Ministerio de Salud, sin embargo, su mayor dificultad es administrar la unidad básica de salud familiar de manera concurrente con su actividad principal, ya que dificulta el autocuidado. Además, el PEF ve la atención como amplia y compleja; saben cómo cuidarse a sí mismos y la necesidad de cuidarse para poder cuidar a los demás; mantienen un buen vínculo con los usuarios; no realizan soporte de matriz; no realizan educación popular en salud y hay poco conocimiento sobre el tema, con un entendimiento aún confuso. Se concluye que a pesar de las dificultades que atravesó el PEF, como capacitación inadecuada, falta de equipamiento, de referencia y contrarreferencia, entre otras, a partir de sus vivencias, adquirieron conocimientos con la praxis, pero aún insuficientes para promover el autocuidado, integral, que implica la comprensión total del sujeto. Si bien tienen competencias para sus acciones en salud, actualmente están enlucidas por el sistema político, lo que les impide actuar de acuerdo con los lineamientos y cuadernos de la atención primaria a la salud. En el ámbito de la salud, destaca el autocuidado y es algo mucho más amplio y complejo que la práctica clínica. Por lo tanto, es necesario que el núcleo de la educación física trascienda los aspectos biológicos de la valoración y la prescripción de ejercicios, ya que el cuidado debe realizarse de manera integral y visto con una mirada que tiene en cuenta al ser humano, su subjetividad, su autogobierno y su papel en la construcción de su historia, que todavía parece alejada de la realidad.

Palabras clave: Profesional de educación física. Autocuidado. Cuidado. Atención primaria a la salud. NASF-AB.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Resumo esquemático da técnica de análise de conteúdo com as respectivas etapas	37
---	----

Figura 2: Maquete de uma cidade com estrutura ideal para a prática de atividade física, com fatores estudados cientificamente	98
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Objetivos, método e técnica de estudo	35
--	----

Quadro 2: Organização para pré-análise na análise de conteúdo	39
--	----

Quadro 3: Organização para exploração do material	40
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica à Saúde
AF	Atividade Física
APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
eSF	Equipe(s) de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPS	Educação Popular em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JP	João Pessoa
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PAPGEF	Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física
PEF	Profissional de Educação Física ou Profissionais de Educação Física
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
S1m	Sujeito um, masculino
S2f	Sujeito dois, feminino
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNESCO	<i>(United Nations for Educational, Scientific and Cultural Organization)</i> - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UPE	Universidade de Pernambuco
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	CAPÍTULO I – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	29
2.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	29
2.2	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS	29
2.3	O MÉTODO QUALITATIVO	30
2.3.1	Vantagens e desvantagens da pesquisa qualitativa	31
2.4	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS.....	34
2.5	ETAPAS DA PESQUISA.....	35
3	CAPÍTULO II – O CUIDAR COMO PROCESSO CONTÍNUO COMPARTILHADO NO NASF-AB	41
3.1	EDUCAÇÃO FÍSICA NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA: AVANÇOS NA INSERÇÃO E PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE	41
3.1.1	O Cuidar/Cuidado e a Atenção Primária à Saúde.....	46
3.1.2	O cuidar de si com especificidades no NASF-AB.....	50
3.2	RESULTADOS E ANÁLISES	55
3.2.1	Conhecimentos dos PEF da cidade de João Pessoa-PB quanto à saúde, ao cuidar de si e à própria maneira de cuidar de si e dos usuários do NASF-AB em sua atuação	56
3.2.2	O Cuidado é amplo e complexo	61
3.2.3	Atuação do Profissional de Educação Física no NASF-AB e sua relação com o Cuidar nesse âmbito.....	65
3.2.4	Dificuldades encontradas na prática do Cuidado do usuário no NASF- AB.....	69
3.2.5	Formas de vínculos estabelecidos pelos PEF com os usuários e profissionais do NASF-AB.....	83
4	CAPÍTULO III – EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COMO FORMA DO CUIDAR: o que o PEF pode construir	91
4.1	O ESTADO E A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	91

4.2	CORRESPONSABILIZAÇÃO E PROTAGONISMO DOS USUÁRIOS DO NASF-AB QUANTO AO CUIDAR DE SI	95
4.3	RESULTADOS E ANÁLISES.....	98
4.3.1	Educação Popular em Saúde no núcleo de educação física: percepções do PEF	99
4.3.2	Estratégias a serem adotadas para que os usuários sejam protagonistas do seu cuidado	119
5	CAPÍTULO IV – FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	123
5.1	FORMAÇÃO DO PEF PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..	123
5.2	RESULTADOS E ANÁLISES.....	126
5.2.1	A formação do PEF atuante no NASF-AB da cidade de João Pessoa-PB.....	127
5.2.2	Percepção do PEF sobre capacitação no curso de graduação relacionada ao cuidar em saúde no NASF-AB	127
5.3	CURRÍCULO: CONTEÚDOS E VIVÊNCIAS A SEREM TRABALHADOS NA GRADUAÇÃO PARA MELHOR PREPARO PARA ATUAÇÃO DO PEF NO NASF-AB	131
5.3.1	Saúde coletiva.....	133
5.3.2	Estágio supervisionado	134
5.3.3	Atividade física e grupos especiais (de convivência)	135
5.3.4	O SUS e a Política de Atenção Primária à Saúde	137
5.3.5	Gerenciamento	138
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
	REFERÊNCIAS	144
	APÊNDICES	159
	ANEXOS.....	162

1 INTRODUÇÃO

Em virtude da relevância do tema atividade física e da importância epistemológica e analítica dos termos cuidar/cuidado na área da Saúde, buscamos, nesta tese, trazer elementos da atuação e formação do Profissional de Educação Física (PEF) que nos deem um ponto de partida para melhor compreender os processos e construções implicados no trabalho desse profissional no campo da Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em apoio à Estratégia Saúde da Família (ESF).

Na década de 1970, a saúde passou a ser uma temática prioritária na política internacional, com as autoridades iniciando movimentos que tratam a atenção à saúde descentralizada do modelo hospitalocêntrico (MENDES, 2004), sendo o primeiro nível denominado de Atenção Primária à Saúde (APS). Quanto ao Brasil, os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Básica à Saúde (ABS) foram adotados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para se oporem ao termo Atenção Primária à Saúde (internacional), o qual não trabalha a saúde somente para os pobres, mas é, de fato, em seu contexto, universal, não dissociando a saúde do desenvolvimento socioeconômico nem da participação social e atuando como coordenadora do cuidado (GIOVANELLA, 2018). A literatura existente não coloca os termos como opostos, mas como sinônimos (GIOVANELLA, 2018; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009). Dado que não há divergências na literatura, adotaremos, no curso deste estudo, o termo Atenção Primária à Saúde, usado no âmbito internacional.

Sendo assim, de acordo com Brasil (2017, p. 68), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

Consiste em um conjunto de ações de saúde, individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida a população em território definido, sobre as quais a equipe assume a responsabilidade sanitária.

No mundo, o cuidado com enfoque na promoção à saúde surgiu com as inquietações geradas na década de 1970. A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs conceitualmente a APS como uma atenção imprescindível que deve ser estruturada a partir de tecnologias e métodos práticos baseados em resultados

científicos comprovados, de fácil acesso e de baixo custo para o Estado e para a população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 1978). Ainda de forma conceitual, para Pereira e Lima (2008a, p. 44), a APS é considerada como:

Uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

As inquietações surgidas diante das eminentes e iminentes necessidades mundiais em saúde deram origem à reforma sanitária em 1979 e culminaram com a Conferência Internacional de Alma-Ata em 1978, que centralizou sua discussão nos cuidados primários de saúde e desencadeou outras importantes conferências internacionais, dentre elas, a de Ottawa, no Canadá, em 1986, e a de Helsinque, na Finlândia, em 2013. Essas conferências deram origem a declarações que enfatizaram a promoção da saúde a partir do cuidar que enxerga a integralidade dos sujeitos, compreendendo a equidade em saúde como sendo parte de todas as políticas públicas e não apenas da saúde (MENDES, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION; MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH OF FINLAND, 2013).

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, engendrou os primeiros passos para a criação do SUS, e, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Desse modo, o Estado iniciou esforços no sentido de cumprir com a operacionalização da promoção, prevenção e reabilitação da saúde, bem como o tratamento das doenças da população. Nesse cenário, no qual o Estado se tornou responsável direto sobre a saúde da população, ele começou também a tecer tecnologias avançadas de biopoder e controle sobre os corpos, que vão desde as proibições voltadas para o controle do tabagismo e do sedentarismo, até as regulamentações para se manter em casa durante os picos de pandemia, com propósitos centrados no bem-estar e saúde da população.

Após a criação do SUS em 1990 e do Programa de Saúde da Família em 1994, o qual se tornou Estratégia de Saúde da Família (ESF), foram implantadas políticas que culminaram com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, atualmente denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção

Básica (NASF-AB). Esse último surgiu da necessidade de ampliar o escopo das ações do SUS no sentido de fortalecer dois desafios importantes: a integralidade e a resolubilidade. A equipe do NASF-AB tem por finalidade ampliar a clínica das equipes de saúde da família por meio de novas especialidades, desse modo, foram inseridas 19 novas categorias de profissionais (BRASIL, 2011a), bem como houve o reconhecimento de que no território devem existir formas de cuidado que não estão no campo da saúde, mas das ciências sociais e políticas.

Nesse contexto de APS, o Governo Federal brasileiro publicou a Portaria nº 2.979, em 12 de novembro de 2019 (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 1), a qual “institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde [...]”. Grande polêmica foi gerada, e a resistência foi iniciada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), o qual publicou nota desaprovando a referida portaria, indicando que ela fere o preceito constitucional do controle social que garante a participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019). Corroborando essa análise crítica à PNAB, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) reiterou, também por meio de nota, que a nova proposta de financiamento da APS pode impactar profundamente, de forma negativa, esse âmbito da saúde, principalmente pela insuficiência no financiamento à APS/NASF-AB, e disse ser necessário ampliar os debates sobre essas mudanças (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO), 2019).

Na APS, e imerso em um contexto epidemiológico global, o PEF tem um papel primordial na prevenção de doenças como obesidade, diabetes e coronariopatias. Além disso, consideramos que, com sua inserção formal no NASF-AB, esse profissional tornou-se ainda mais relevante, e a sua atuação, imprescindível para a mobilização da população em relação à promoção da saúde¹. Assim, o trabalho do PEF deve se conduzir de modo a ir além do cuidar do corpo biológico. O PEF deve ampliar suas ações para a autonomia que deve se ancorar na cidadania, considerando que a atividade física/práticas corporais (AF/PC) e o lazer são direitos das pessoas.

¹ Consiste em “[...] um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, com responsabilidades para os três entes federados” (DIAS et al., 2018, p. 103). Além disso, Bagrichevsky, Palma e Estevão (2003, p. 28) ressaltam que Czeresnia (1999) identifica a promoção da saúde como “medidas que não estão direcionadas a uma dada doença ou desordem, mas, antes, que ajudam na melhoria geral da saúde e o bem-estar”.

Nesse contexto, a Educação Física (EF) tem, historicamente, passado por fases ideológicas que tentam lhe dar um cunho científico com bases sociais sólidas, contudo, ainda se busca uma readequação e definição epistemológica que lhe dê esse respaldo. Desse modo, partindo das fases utilitarista e guerreira, ela tem feito uma caminhada pela senda da eugenia, do higienismo, por vezes militarizante (disciplina e controle estatal) e esportivizante (BENITES; NETO; HUNGER, 2008; DAMICO; KNUTH, 2014), e como estado da arte, no âmbito da saúde, tem seguido aspectos medicalizantes (o exercício físico como remédio) e, às vezes, persecutórios quando se trata de promoção e prevenção, levando a redução dos problemas de saúde às dimensões biológica e psicológica, o que pode levar também à possível culpabilidade dos sujeitos por não terem um estilo de vida ativo e saudável (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; CASTIEL; ÁLVAREZ-DARDET, 2007).

O modelo atual do cuidar, a partir da intervenção do PEF, consiste, assim, no incentivo à adoção de estilos de vida ativos, para tal, a ESF, apoiada pelo NASF, tem operacionalizado a realização de atividades que envolvem caminhada, ginástica, alongamento e dança como atividades físicas/práticas corporais predominantes, além de palestras (GUARDA et al., 2014; RODRIGUES et al., 2015).

Desde que surgiu o modelo biomédico e hospitalocêntrico das ações em saúde, bem como nas demais profissões contidas no NASF-AB, no seu núcleo comum de competências, a EF priorizou o modelo biomédico na atuação do seu profissional, colocando, assim, em destaque, o modelo orgânico/funcional da vida, no qual o sentido do cuidar fica reduzido apenas às questões anatomofisiológicas e químicas. Dado esse fato, foi gerada uma prioridade que consiste no desesperado apego à prevenção da saúde, tornando-a “persecutória”².

Por outro lado, considerando a pedagogia da autonomia (FREIRE, 2018a), a área da saúde é responsável por desenvolver atividades de educação popular nesse âmbito, de modo a fomentar a autonomia dos sujeitos no que diz respeito ao cuidar de si. Dessa forma, é preciso bom senso para preparar o solo no qual as extremas polaridades (biomédica x subjetivismo-autonômico) possam dialogar e se manter sóbrias no sentido de tornar os sujeitos protagonistas de suas decisões, contudo,

² Segundo Castiel e Álvarez-Dardet (2007), saúde persecutória consiste em uma metáfora na qual os sujeitos são impulsionados por uma perseguição à saúde por meio da prevenção, mesmo sem o risco iminente de doença a curto ou médio prazo. Esses autores dizem que esse fato se fundamenta nos fatores de risco para culpabilizar os sujeitos, com argumentos “autoritários ideologicamente discutíveis” (p.28).

oferecendo a esses sujeitos as mesmas condições e oportunidades no campo das políticas públicas de saúde.

Compreendemos, assim, que o modelo biomédico/medicalizante atual tem sua importância histórica, porém vivemos agora um novo momento com intensas vicissitudes em todas as esferas sociais, portanto, não deve ser esse o padrão hegemônico para atuação dos profissionais de saúde e, de mesmo modo, deve-se ponderar sobre a “saúde persecutória” inserida no contexto. Nesse sentido, é necessário saber qual a responsabilidade que o PEF tem com os sujeitos, individualmente, e com a comunidade, quanto aos cuidados na APS/NASF-AB, inclusive em tempos de pandemia, levando em conta o processo que deve envolver respeito à subjetivação dos sujeitos.

Esse panorama gera, pois, a necessidade de o PEF desenvolver processos e construções de ferramentas do cuidado que vislumbrem e operacionalizem novos modos de intervir na APS/NASF-AB, no sentido de complementar e avançar além do modelo hegemônico vigente. Essa atividade vai na direção de inovar e experimentar um novo modo de atuação com vistas à educação física voltada ao cuidar, perpassando pela Educação Popular em Saúde (EPS)³ e cuidados compartilhados que envolvam a corresponsabilização/protagonismo dos sujeitos em seus modos de viver.

Sendo assim, os profissionais da saúde, de modo geral, continuam suas inquietações na busca do grande desafio de superação da lógica do modelo exclusivamente biomédico assistencial focado na doença como fenômeno individual e da assistência médica curativa (FERTONANI *et al.*, 2015; MACHADO, [on-line]). Esses autores apontam para a necessidade de novas ideias e ações que busquem alcançar melhores práticas de saúde no trabalho em equipe e suas relações, bem como na implantação da integralidade do cuidado.

As inquietações sobre a atuação do PEF em saúde no Brasil não são recentes, são anteriores à própria criação do NASF-AB, quando o PEF foi reconhecido como profissional de saúde pelo CNS em 1997. Este estudo ousa, assim, continuar as

³ Segundo Brasil (2007, p. 21), “a educação popular é um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) e de agentes sociais do povo neste trabalho político”. Consiste, portanto, na construção de uma participação popular que redirecione a vida social.

provocações iniciadas por outros estudos, como o de Carvalho (2001), que traz serem necessárias discussões com enfoque filosófico e político, relacionadas à atividade física e à saúde; bem como os estudos de Bagrichevsky, Palma e Estevão (2003), que vêm a necessidade de a EF avançar na APS e buscam por um *modus operandi* mais humanizado com vistas à concepção ampliada de saúde.

O cenário biologicista parece estar no contexto brasileiro por inteiro, o que requer novas pesquisas das diversas profissões inseridas no âmbito da saúde. Tendo em vista a grande importância da EF na aplicação dos princípios que regem a saúde na Atenção Primária no SUS, como promoção e prevenção, dentre outros, ela não pode estar ausente dos debates nem da busca pelo conhecimento nessa área na qual foi inserida. Ainda, esses debates devem envolver também os aspectos socioculturais, econômicos e históricos relacionados aos sujeitos.

Problematizando, temos, assim, as seguintes questões:

- ✓ Qual a percepção do PEF atuante no NASF-AB em relação ao cuidado de si⁴?
- ✓ Como o PEF pode inserir, em suas ações, uma forma de cuidar que envolva a EPS no contexto da prática de saúde compartilhada?

Com base nessas questões, este estudo propõe analisar, por meio de entrevistas, os conteúdos das falas dos PEF, bem como discutir e refletir sobre a atuação desses profissionais na APS/NASF-AB. Dessa forma, para discussão e reflexão sobre fazer uma prática de saúde compartilhada (PSC)⁵, tomaremos como pressupostos as teorias do cuidar de si (FOUCAULT, 2006) e a pedagogia da autonomia (FREIRE, 2018a). Consideramos, ainda, que, mesmo esses autores não tendo estudado sobre o SUS, seus referenciais teóricos podem contribuir com reflexões que nos fazem pensar no contexto do SUS, em especial, no NASF-AB.

Em relação a Foucault (2018), podemos dizer que ele aborda o cuidado de si como algo inerente a um fenômeno social e histórico do ser humano e que, desde a

⁴ Nesta tese, entendamos o cuidado de si não de modo egoísta, ou seja, ser si para si, mas, sim, que o sujeito é si por causa e para o outro. Como ressalta Foucault (2018, p. 11), “o cuidado de si, ou *epiméleia heautoû*, é uma atitude – para consigo, para com os outros, para com o mundo”. Para Foucault, cuidar de si perpassa por conhecer a si a partir da educação.

⁵ A prática de saúde compartilhada (PSC) está sempre comprometida com os interesses dos usuários e consiste em uma prática diferenciada em saúde, que produz mudanças comportamentais nos usuários, nos familiares e nos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS), fomentando uma relação horizontal e dialógica-reflexiva entre esses usuários e profissionais de saúde que os atendem (OLIVEIRA, N. L. DE, 1999).

Grécia antiga, o cuidado de si vem tomando novas conotações. Em um olhar foucaultiano, na história, o cuidar de si teve início com a escola pitagórica (pré-socrático, 570-495 a.C.), antes do período clássico da filosofia grega, com a utilização de técnicas de purificação que envolviam desde escutar música até o exame de consciência. Este último, posteriormente, foi adotado por estoicos e cristãos, conforme a visão de mundo de cada um deles. No estoicismo, era pertinente ao que se fazia de certo ou errado durante o dia, sem a questão do arrependimento, apenas era necessário fazer e ser melhor a cada dia. Por outro lado, para o cristianismo, era se sentir culpado e se arrepender para alcançar o perdão do pecado cometido. Portanto, para Foucault (2018), desde Sócrates, ao interpelar os jovens atenienses quanto ao ocupar-se consigo mesmo até o asceticismo cristão que compreende a vida ascética como cuidar de si, vê-se um longo período histórico que afirma a noção de cuidado de si.

Perpassando a história, ainda segundo Foucault (2018), encontra-se o cuidar de si também nos escritos de Platão, nos quais o cuidar é direcionado ao conhecer a si, pois Platão toma como base, para o cuidar de si, o preceito Delfico do “conhece-te a ti mesmo”, tornando-o um preceito socrático e trazendo essa questão associada ao cuidado com a alma. No período helenístico-romano, surgem os grandes filósofos epicureus e estoicos (séculos I e II d.C.), que priorizaram a ascese e o exame de consciência pautado na ética como modo de cuidar de si. Depois, Foucault (2018) aborda o cuidado de si e o conhecimento de si, culminando com o cristianismo, que também utiliza a técnica da ascese voltada à renúncia de si, dos pensamentos pecaminosos e dos desejos enganosos do coração, como uma forma de frustrar as seduições aos quais o sujeito está exposto.

Do ponto de vista epistemológico, atualmente existe uma compreensão que se inova ao entender o conhecer a si como um princípio do cuidar em saúde, e, a partir desse ponto, o cuidar é ampliado de forma a envolver elementos do corpo não só relacionados ao biopsíquico, mas incluindo os aspectos sociais, culturais e históricos que tornam esse corpo um sujeito (FOUCAULT, 2018). Além disso, Mendes e Melo (2010) acrescentam mais dois elementos na esfera do cuidado da saúde: o primeiro é o lúdico e o segundo é o tempo livre, podendo esse último ser utilizado pelas atividades lúdicas. Para as autoras, dado que o lúdico consiste em uma manifestação na qual a alegria e o prazer são inerentes, este parece ser um elemento que se tornou

necessário ao processo e construção do cuidar no sentido de mudanças para o alcance da integralidade das ações no âmbito da APS.

Em um de seus estudos, Mendes e Melo (2010) citam Sennett (2001) em sua definição de corpo humano, sendo este relacionado a uma divisão de sexos e culturas diretamente ligados aos períodos historicamente definidos, com cada época tendo seu padrão específico de corpo e uma maneira comportamental de reagir em relação ao modelo de corpo adotado socialmente. A autora ainda diz que, na década de 1980, o corpo passou a ter uma atenção especial no Brasil, devido ao autocuidado a partir do controle da saúde. Em décadas posteriores, esse autocuidado foi ampliado pelo fato de a saúde tomar novos rumos epistemológicos que surgiram e foram ressignificados a partir da nova compreensão de corpo, passando este, agora, a ser analisado pelas lentes da responsabilidade de si, no cuidado e na construção da sua própria felicidade.

Para Foucault (2018), Platão entendia a alma não como substância, mas como “alma-sujeito” (*khresis*), em que o corpo é uma prisão para a alma (ideia posteriormente corroborada por Agostinho de Hipona e adotada pelo cristianismo). Assim, no decorrer da história, seguiu-se a uma epistemologia do cuidar de si a partir do aperfeiçoamento da alma, com Aristóteles e com os rituais estoicos (pós-socráticos), que possuem grande força na ascese e encontraram ancoragem no cristianismo ocidental que perdura atualmente. Foucault (2018) ainda menciona a teoria do cuidar de si em Epíteto (estoico) e indica que ela está relacionada com o ocupar-se consigo mesmo, enquanto se é sujeito de relações de comportamentos e iniciativas com os outros.

Segundo Souza, Sabatine e Magalhães (2011), em análise do livro *História da sexualidade 3*, o cuidado de si surge para problematizar a prática do cuidado de si que tomou significados diferentes da sua origem na Grécia antiga, mas continua central na arte de viver, portanto, no decorrer da história humana, tornou-se e se fortaleceu como uma “cultura de si”. Nesse sentido, Foucault (1985, p. 50) adverte que

[...] é preciso entender que o princípio do cuidado de si adquiriu um alcance bastante geral: o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é em todo caso um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes; ele também tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constitui assim uma prática social, dando lugar a relações interindividuais, a trocas e comunicações e até mesmo a instituições; ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber.

Enfatizamos aqui que o conceito de cuidar de si foi trabalhado por Michel Foucault e será usado neste trabalho, contudo, não é um descritor utilizado nas grandes bases de dados das ciências da saúde. A palavra autocuidado (em inglês: *self care*), por outro lado, é um descritor nas ciências da saúde, na literatura de língua portuguesa e espanhola, sendo assim, por vezes, será utilizada como sinônimo de cuidar de si, em seu amplo sentido.

Considerando, então, o sujeito no cuidado de si e a sua autonomia, segundo Castiel e Álvarez-Dardet (2007), para alguém se responsabilizar por suas ações, ou seja, ter autonomia, deve conhecer ou prever, de forma mínima, o efeito de suas ações antes de realizá-las e, assim, ter capacidade de escolher entre fazer ou não fazer uma determinada orientação em saúde. Por um lado, há uma grande quantidade de informações sobre as consequências de ações produzidas pelos indivíduos, todavia, por outro lado, não estão sendo consideradas as consequências das ações dos governos e empresas sobre a saúde pública.

O enfoque comportamental sobre os sujeitos no âmbito social da saúde vislumbra um ambiente opressor. Nesse ambiente, portanto, pretende-se construir um novo modelo de intervenção utilizando os saberes já existentes nas diretrizes e demais documentos oficiais do governo e trazer a EPS para a compreensão da atividade física nos seus vários domínios, considerando os aspectos psicológicos, sociais e ambientais, além dos biológicos. O intuito é enfatizar o processo e os sujeitos em detrimento do que é tradicionalmente proposto com enfoque na doença, devendo haver, nos pressupostos desse modelo, elementos como afeto, acolhimento, reflexão crítica e outros semelhantes, relacionados à subjetividade (FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013).

Por sua vez, as ciências sociais como filosofia, sociologia, psicologia e antropologia têm conduzido a compreensão do ser humano a partir de um novo olhar que visa perceber, refletir e conceber novos modos de agir e intervir. No campo social, os preconceitos têm sido denunciados, e índios, quilombolas, obesos, idosos, mulheres, negros e pessoas de gêneros diferentes do até então considerado consenso de padrão social têm buscado se emancipar das imposições socioculturais.

Nesse contexto, no panorama atual em que se encontra a APS no Brasil, tendo em vista um novo ideal de saúde e de pertencimento social, a noção de controle de si está relacionada ao julgamento e culpabilidade moral dos sujeitos. Estudiosos em saúde criticam essa vertente na qual os sujeitos são obesos porque são preguiçosos,

alcoólatras, fumantes e não têm força de vontade (CECCIM; BILIBIO, 2007; SILVA, L. M. DA F., 2015), idosos são fracos e doentes porque querem, pois o governo está a disponibilizar várias maneiras de promover a melhor qualidade de vida, mas essas pessoas preferem estar no ócio a realizar atividades físicas; ingerir carboidratos e gorduras em excesso a ter uma alimentação saudável; fumar e ingerir bebidas alcóolicas a se abster, entre outros. Essa corrente de pensamento conduz as pessoas ao inescrupuloso raciocínio da culpabilidade dos sujeitos, devendo, portanto, ser evitada, pois não passa de uma falácia, tendo em vista que o governo não disponibiliza bem-estar e que as condições de vida, na maioria das vezes, não permitem aos indivíduos entenderem a existência de outros estilos de vida.

Sendo assim, o problema da pesquisa surgiu a partir da compreensão da realidade atual do PEF, que mantém sua atuação predominantemente voltada para grupos especiais (hipertensos e diabéticos) com ações pautadas no modelo prescritivo, o qual é insuficiente para cuidar dos usuários de forma ampliada. Aproximar-se do conceito de “saúde ampliada” pode ser uma alternativa para direcionar a atuação de uma área específica para trabalhar com os demais profissionais da equipe multidisciplinar e torná-los próximos dos usuários do SUS (FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013).

Propomos, pois, neste estudo, um modelo compartilhado de saúde ampliada com os profissionais de saúde e a população, juntos, dialogando e construindo um coletivo de saúde. Coletivo esse em que os sujeitos (usuários do SUS) possam participar ativamente da rede do cuidar, de forma que se extrapole o cuidar de si e o cuidar do outro apenas, mas que se forme uma triangulação na qual o cuidar de nós também seja possível no campo harmônico da APS, sem estigmatização e culpabilização por parte dos profissionais de saúde.

De acordo com Campos e Amaral (2007, p. 852), a clínica ampliada é como uma “clínica do sujeito”, sendo que a

[...] construção de autonomia e de autocuidado – somente serão alcançados caso se pratique uma clínica compartilhada, alterando-se radicalmente a postura tradicional que tende a transformar o paciente em um objeto inerte, ou em uma criança que deveria acatar, de maneira acrítica e sem restrições, todas as prescrições e diretrizes disciplinares da equipe de saúde.

A clínica ampliada consiste, pois, em uma das ferramentas do apoio matricial, sendo um dos elementos mais importantes, dado que busca ver a pessoa além do

corpo, ou seja, vê a necessidade de as pessoas serem tratadas como sujeito biopsiquicossocial, sem fragmentação das partes que o compõem (SAMPAIO, 2014). Ainda segundo a autora, fazer clínica ampliada é superar as fronteiras do tratamento tradicional.

Mendes e Carvalho (2015), desbravadoras no campo da EF no âmbito da APS, apontam para a grande necessidade de se explorar “um referencial teórico-conceitual e metodológico” que possa ajudar a lidar com os desafios relacionados aos problemas centrados no processo de trabalho. Ainda, para elas, deve-se, essencialmente, reconhecer e não desprezar o campo subjetivo, afetivo, e o contexto da prática de uma clínica que construa projetos que visem ao cuidado à saúde e que tenham ligação direta com as necessidades dos sujeitos e com os princípios do SUS.

Quanto ao apoio matricial ou matriciamento, Oliveira e Wachs (2018) compreendem que este consiste em uma tecnologia orientadora do processo de trabalho no NASF-AB, que visa dar prioridade à maior interação entre os profissionais de saúde e seus saberes e suporte técnico e pedagógico à equipe de ESF (que é a Equipe de Referência). O objetivo é transcender a preponderância da lógica biologicista, de modo a respeitar a integralidade dos sujeitos, bem como traçar “estratégias de cuidado sustentadas na corresponsabilização e centradas no usuário” (OLIVEIRA; WACHS, 2018, p. 183).

Considerando, ainda, que o sujeito é seu próprio corpo, indivisível consigo próprio, e interage com os outros corpos e com o meio que o cerca, ou, ainda, um veículo da expressão sociocultural, podemos compreender elementos que nos conduzem a uma perspectiva epistemológica interpretativa da EF como uma forma do cuidar de si inserida nos estilos/modos de vida. Nesse sentido, o cuidar de si torna-se uma concepção ampla na pluralidade das práticas sociais, que vai além do cuidar do corpo como objeto reduzido ao anatômico/fisiológico/bioquímico (CAMINHA; SILVA, 2017).

A pesquisa justifica-se pela necessidade de o PEF avançar nos modos de práticas do cuidar que superem o modelo puramente biologicista, e busca problematizar e trazer reflexões, criar e analisar propostas para intervir em práticas de saúde compartilhada como critério inovador do cuidar a partir da EF. Dessa forma, a relevância acadêmica da presente pesquisa consiste em problematizar e trazer reflexões sobre as polaridades do cuidado (biologicista e autonomia) em EF voltadas para NASF-AB no campo da APS, bem como criar e analisar propostas na forma de

EPS e práticas de saúde compartilhada como elementos importantes no cuidar em EF.

Assim, faz-se necessário conduzir essa caminhada a um novo olhar, em um ângulo no qual os sujeitos (PEF e usuários da ESF/NASF-AB) possam auto-observar-se como protagonistas do seu próprio cuidado (cuidar de si), entretanto, sem que lhes seja imputada culpa, como ocorre com o pseudomoralismo no cenário da saúde pública. Temos como tese, portanto, que os PEF da cidade de João Pessoa-PB possuem conhecimentos para atuar com o cuidar na APS, mas ainda não se sentem suficientemente preparados nesse âmbito de trabalho.

A originalidade deste estudo baseia-se, pois, na possibilidade de associar o conceito de cuidar de si, de Michel Foucault, e a pedagogia da autonomia, de Paulo Freire, visando a uma concepção ampliada de saúde no sentido de atualizar e reinventar novos modos de viver e de se cuidar tanto para o próprio PEF quanto para o usuário por ele atendido. Segundo a Dra. Ednalva Neves (2020), professora do Departamento de Sociologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB):

A relevância desta tese não é só para a profissão do Educador Físico, mas para pensar o SUS, as relações entre profissionais na equipe multiprofissional, a práxis⁶ no cotidiano dos serviços e sua consequente implicação sobre a formação em saúde. A tese enfoca a reflexão sobre o Cuidado de si, em que o “si” tanto remete ao próprio educador físico quanto ao sujeito da sua intervenção.

Quanto à estruturação da presente tese, ela se organiza em quatro capítulos. No primeiro, são abordados os procedimentos metodológicos com descrição específica da pesquisa realizada no NASF-AB da cidade de João Pessoa-PB. No segundo capítulo, são realizadas algumas problematizações e reflexões acerca da percepção do PEF quanto aos processos e construções do cuidar de si e dos outros na APS, tema central deste estudo, abordando, assim, aspectos de conhecimentos pessoais e de como aperfeiçoar o trabalho desse profissional na APS. No terceiro capítulo, o tema apresentado é a Educação Popular em saúde (EPS). O quarto e último capítulo trata da formação do PEF para atuação no SUS, perpassando pelas temáticas de saúde coletiva, currículo, estágio supervisionado e políticas direcionadas à APS.

⁶ Segundo a filosofia da práxis marxiana, práxis consiste em uma prática com reflexão ou ação consciente e transformadora (SILVA, R. A. DA, 2017; VÁSQUEZ, 2011).

Este estudo tem como pergunta condutora: os PEF têm apropriação sobre as possibilidades de ações do cuidado de si e do outro no NASF-AB?

O objetivo geral desta tese consiste em: analisar a percepção e o conhecimento dos PEF atuantes nos NASF-AB concernentes ao cuidar de si e dos outros nos processos e construções desse campo de atuação.

Como objetivos específicos, buscamos:

- a) investigar o conhecimento do PEF quanto à saúde e ao cuidar de si;
- b) avaliar o conhecimento do PEF em relação ao cuidar no NASF-AB;
- c) conhecer sobre a formação do PEF no contexto do cuidado de si e dos outros no NASF-AB;
- d) identificar o que o PEF faz e como desenvolve suas ações concernentes à EPS com os usuários do NASF-AB.

2 CAPÍTULO I – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente tese é fruto do desejo de continuidade do meu trabalho de Mestrado sobre a atuação do PEF centralizada no NASF-AB. A concepção do tema desta pesquisa fez com que dois laboratórios (Laboratório de estudos sobre corpo, estética e sociedade - LAISTHESIS e Grupo de estudos e pesquisas em epidemiologia da atividade física - GEPEAF) se unissem com o objetivo de compreender melhor os aspectos da formação e do cuidar de si relacionados aos usuários pelo PEF no NASF-AB.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo consiste em um recorte do projeto⁷ denominado “Impacto de uma formação de profissionais de Educação Física para atuação nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: uma pesquisa-ação”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPB, em novembro de 2018. Nesse projeto, estavam envolvidos múltiplos olhares a partir de profissionais da fisioterapia, da epidemiologia, da educação física, da filosofia e da psicologia.

No recorte para esta tese, houve a participação do laboratório GEPEAF na transcrição das informações gravadas. Após as reuniões programadas, foi possível traçar as metas da coleta de informações dos PEF a partir de um roteiro semiestruturado de entrevista, elaborado pelo autor da pesquisa e pelos demais membros dos laboratórios citados, visando alcançar o rigor e a amplitude necessários à melhor qualidade da pesquisa. Sendo assim, a presente tese trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa de caráter descritivo, desenvolvida no campo das ciências sociais e da saúde.

2.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS

⁷ O projeto teve como coordenador o professor Filipe Ferreira da Costa (DEF/UFPB). Participantes da equipe: professores doutores Iraquitan de Oliveira Caminha (DEF/UFPB), Geraldo Eduardo Guedes de Brito (DFT/UFPB), Mathias Roberto Loch (DEF/UEL) e Dra. Juliana Sampaio (DPS/UFPB). Demais participantes: Jairo Domingos de Morais (SMS/JP), José Damião Rodrigues, João Miguel de Souza Neto e Sanderson Soares da Silva (PAPGEF/UPE/UFPB).

A pesquisa teve como sujeitos participantes 15 PEF (constituindo o universo) de ambos os sexos, lotados na ESF/NASF-AB da cidade de João Pessoa-PB, escolhidos intencionalmente. Todos os profissionais estavam no NASF-AB há mais de um ano e tinham concluído a graduação há mais de cinco anos. Oito tiveram formação em licenciatura plena em Educação Física, quatro realizaram apenas o curso de licenciatura e dois, o curso de bacharelado. As instituições onde realizaram a graduação foram UFPB e Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.

Dos 15 PEF entrevistados, houve a perda de uma entrevista devido a uma falha na captação do som do gravador do aplicativo do celular (Moto G4 Plus, marca Motorola®). Tentamos, por várias vezes, refazer a entrevista, mas sem obter sucesso. Após a constatação dessa perda, adquirimos um gravador e reproduzidor de voz da marca Sony® Digital Voice Recorder 4GB - ICD-PX240, desse modo, conseguimos registrar as demais entrevistas com êxito. Ao final, tivemos 14 participantes da amostra, nove do sexo masculino e cinco do sexo feminino, com idades entre 27 e 53 anos ($M = 39.9 \pm 7.5$). Os locais de trabalho dos PEF correspondem às Unidades Básicas de Saúde, Academias da Saúde e ginásios de esporte, em cinco Distritos Sanitários de Saúde (DS) da cidade de João Pessoa-PB. Todas as categorias da pesquisa foram definidas a priori e as subcategorias a posteriori.

2.3 O MÉTODO QUALITATIVO

Para alguns autores (DESLANDES; MINAYO, 2009; GOMES, R., 2014; MINAYO, 2013), do ponto de vista epistemológico, a pesquisa qualitativa tem a finalidade de responder a questões extremamente particulares e se debruça sobre as Ciências Sociais em aspectos da realidade que não podem ou não devem ser quantificados. Sendo assim, esse método de pesquisa trata do universo de significados, das aspirações, das crenças e dos valores subjetivos vividos pelos sujeitos individual e coletivamente.

Além disso, esse tipo de pesquisa insere o significado e a intencionalidade como diretamente imbuídas nas atitudes dos sujeitos, bem como nas suas relações e estruturas sociais. A utilização desse método de pesquisa ainda pode responder a perguntas como: qual é a lógica individual dos sujeitos? Como se estabelece a relação do sujeito com ele próprio e com os outros? Como os valores culturais se estruturam na sociedade? (MINAYO, 2013). Desse modo, pudemos tomar esse método como

suporte para nossa pesquisa, dado que o método quantitativo não poderia abarcar a complexidade inerente aos nossos objetivos.

Turato (2005) apresenta algumas características dos métodos qualitativos, e dentre elas está, a princípio, e corroborada por Deslandes e Minayo (2009), a investigação do significado das coisas. Segundo esse autor, o significado tem uma função organizadora para os seres humanos, moldando a vida das pessoas, e, nesse sentido, o significado das coisas segue uma direção na qual se tornam partilhados culturalmente, organizando os grupos sociais em volta de representações e simbolismos. Essas representações e simbolismos passam a ser as verdades de cada grupo, dessa forma, buscamos, aqui, conhecer as verdades das falas de cada entrevistado para buscar compreender a atuação do PEF na APS/NASF-AB.

Turato (2005) ainda coloca que, particularmente, na saúde, é essencial conhecer os significados do fenômeno saúde-doença para melhorar a qualidade de relacionamento entre os envolvidos (profissional-paciente-família-instituição) nesse processo de prevenção, tratamento e recuperação da saúde, bem como compreender melhor os sentimentos, ideias e comportamentos dos usuários dos serviços de saúde e dos profissionais nele envolvidos.

Além dessa característica, o autor (TURATO, 2005) destaca que esse método pode ser aplicado com uma precisão, profundidade e rigor que conferem validade às informações coletadas, seja por meio de observação ou de entrevista. Desse modo, conduz o pesquisador ao mais próximo da essência do fenômeno estudado. No caso da nossa pesquisa, a essência consiste em conhecer e compreender como o PEF entrevistado cuida de si e dos outros no seu campo e núcleo de atuação em APS/NASF-AB.

Sendo assim, ainda do ponto de vista epistemológico, a pesquisa qualitativa também abrange a importância da abordagem antropológica na direção de tornar clarificados os diversos fenômenos socioculturais como a doença, a saúde e a busca pela sua restauração, dentre outros (NAKAMURA, 2011).

2.3.1 Vantagens e desvantagens da pesquisa qualitativa

Em relação às vantagens e desvantagens da pesquisa qualitativa, Kerr e Kendall (2013, p. 3) afirmam que

[...] uma das vantagens da pesquisa qualitativa está em ser especialmente eficaz no estudo de nuances sutis da vida humana e na análise dos processos sociais ao longo do tempo. A principal vantagem deste método encontra-se na oportunidade de explorar pressupostos que interferem na nossa compreensão do mundo social. A pesquisa qualitativa é particularmente adequada para áreas, temas ou problemas que não são bem conhecidos ou sem respostas apropriadas.

Para esta tese, identificamos como potencialidades do método qualitativo poder coletar informações por meio das falas e analisá-las de modo subjetivo, de maneira que a investigação nos conduziu, a partir da palavra dos entrevistados, a uma compreensão mais explícita do fenômeno cuidar de si (em seu amplo sentido) por parte do PEF.

Por outro lado, ainda segundo Kerr e Kendall (2013, p. 3), o método qualitativo também possui desvantagens:

Esta não é uma metodologia adequada para se obter descrições estatísticas de grandes populações. A pesquisa qualitativa também tem outro problema potencial em relação a sua reprodutibilidade. Por exemplo, não se pode assegurar que o mesmo resultado será obtido ao final de medidas ou observações repetidas. Dependendo da formação e das habilidades do pesquisador, os resultados do estudo podem ser estruturados de uma forma que falhem em explorar as explicações alternativas para o fenômeno estudado [...].

Assim, procuramos aqui interpretar as narrativas a partir da identificação mais adequada possível ao que os PEF participantes da pesquisa quiseram dizer por meio da palavra, trazendo o máximo de *parrhesia*⁸ em suas falas. Logo, a pesquisa nos permitiu acessar informações valiosas sobre como o cuidar de si estava sendo realizado pelos PEF no âmbito da APS/NASF-AB, naquele momento.

Como os autores anteriormente citados tratam a epistemologia da pesquisa qualitativa e direcionam um foco especial para os significados das coisas, podemos identificar, no estudo de Asbahr (2014), que os conceitos de sentido e significado têm grande dispersão semântica na literatura (pedagógica e psicológica) que os aborda. Essa autora considera importante compreender esses conceitos relacionados à palavra e apresenta o pensamento de Vygotsky no seu escrito “A construção do pensamento e da linguagem”, publicado em 2000. Assim, o sentido tem seu elemento

⁸ Segundo Foucault (2010, p. 334), *parrhesía* consiste na “franqueza, liberdade e abertura que fazem com que se diga o que se tem a dizer, da maneira como se tem vontade de dizer”. Portanto, o termo está ligado à escolha, decisão e atitude de quem fala.

epistemológico ligado a uma estrutura semântica que pode ser mudada (dependendo do período histórico-cultural), enquanto o significado corresponde a algo (coisa) indissociado da ação, sendo concebido como uma generalização (modo original de representar a consciência). Desse modo, o pensamento se realiza através das palavras, podendo se materializar nelas, mas, muitas vezes, de modo latente.

Entendemos por significado do cuidar de si a utilização/operacionalização de quaisquer meios (técnicas, habilidades etc.) que visem obter o bem-estar pessoal e/ou coletivo, de maneira a atingir melhor qualidade de vida conforme a percepção subjetiva de cada indivíduo. Neste estudo, identificamos que os sentidos que atribuímos ao cuidar de si direcionam-se aos constantes e diversos modos de interpretar o que se fala acerca do cuidar de si. Assim, cuidar de si tem o sentido direcionado à busca constante e diversificada, associada à responsabilidade por si, pelo outro e pela comunidade.

Devido à inviabilidade de execução de uma intervenção, conforme planejado no projeto Universal, o qual teve aprovação inicial pelo Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física (PAPGEF/UPE/UFPB) (Anexo B), algumas técnicas de pesquisa qualitativa, a exemplo da etnográfica, tornaram-se ineficazes. Esse fato nos conduziu, portanto, a realizar a entrevista semiestruturada in loco. Assim, para análise dos dados, recorreremos à técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2016), escolhida por ser, no prisma do pesquisador, orientador e coorientador, a que melhor se adequou aos objetivos do presente estudo. Uma vez que as pesquisas sociais privilegiam a subjetividade individual e grupal, elas necessitam de uma metodologia que reúna um conjunto de informações nelas imbuído. Câmara (2013, p. 180) considera, portanto, que “uma das etapas mais determinantes para quem pretende realizar uma pesquisa é a definição exata das técnicas de coleta e das técnicas de análise dos dados”.

Em relação ao ambiente geográfico, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, no momento da pesquisa (2019), a rede de Atenção Primária da cidade era distribuída em cinco DS e 34 equipes NASF-AB, sendo nove no DS I, sete no DS II, dez no DS III, cinco no DS IV e três no DS V. A rede de saúde contava com 15 PEF, distribuídos nos NASF-AB do seguinte modo: um no DS I, quatro no DS II, quatro no DS III, quatro no DS IV e dois no DS V. Os PEF do NASF-AB não possuem um local fixo na ESF, uma vez que desenvolvem suas atividades mediante demandas das Unidades e do DS. Não existe coordenador das ESF onde tem NASF-AB com

PEF, contudo, há três diretores (geral, administrativo e técnico) em cada distrito, os quais coordenam o NASF-AB e são responsáveis por ele.

Anteriormente à coleta de dados, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, atendendo aos aspectos éticos recomendados na Resolução nº 466/12 do CNS/MS, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Os sujeitos participaram da pesquisa de forma voluntária, mediante concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Antes de assinar o termo, todos os voluntários foram previamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo, concordando em participar de todo o processo da pesquisa. Os entrevistados definiram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como local de realização das entrevistas. Os pesquisadores, por sua vez, concordaram em assumir a responsabilidade de cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras da Resolução citada, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

2.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

O instrumento de coleta de dados da pesquisa foi elaborado pelo pesquisador juntamente com os demais membros dos grupos LAISTHESIS e GEPEAF e consistiu em um roteiro de entrevista semiestruturada, contendo questões para respostas subjetivas, conforme Apêndice B. Para a construção do devido instrumento, foram realizadas reuniões nas quais o pesquisador apresentou o projeto, a priori, no LAISTHESIS, com a presença dos coordenadores do GEPEAF, identificando o título, a justificativa e os objetivos de pesquisa. Os doutores e estudantes de mestrado e doutorado deram sugestões para o aperfeiçoamento do instrumento, até sua versão “final”, na qual, por necessidade do pesquisador durante as duas primeiras entrevistas, foram acrescentadas mais duas perguntas ao roteiro. Para a coleta do áudio referente às respostas dos entrevistados, como já dito, foi utilizado um gravador de som.

Em março de 2018, os pesquisadores protocolaram um requerimento junto à Secretaria Municipal de Saúde da cidade de João Pessoa (SMS/JP), momento no qual solicitaram uma reunião com a Gerência de Atenção Primária bem como as informações necessárias para a produção do projeto de pesquisa Universal/CNPq, no qual está inserido o presente trabalho. Além disso, foi solicitado e concedido o Termo

de Anuência à SMS/JP, conforme Anexo A. Assim, após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da UFPB, sob CAAE nº 09305819.1.0000.5188 e Parecer nº 3.357.688, os pesquisadores e colaboradores iniciaram a coleta de informações.

2.5 ETAPAS DA PESQUISA

A presente pesquisa foi proposta em quatro etapas, como apresentado a seguir.

a) Etapa de Planejamento

Considerando que esta tese está atrelada ao projeto Universal/CNPq, nesta etapa, o pesquisador juntamente com acadêmicos de graduação, mestrado e doutorado do LAISTHESIS e GEPEAF elaboraram o roteiro semiestruturado que enfatiza a atuação do PEF e o cuidar na APS no contexto de uma intervenção que conduza à heurística de novas formas de atuação pautadas na prática de saúde compartilhada e na autonomia dos sujeitos. Quanto às questões elaboradas, discutimos, analisamos e consideramos as que melhor se adequaram à perspectiva do cuidado no NASF-AB, conforme necessidades da pesquisa. O Quadro 1 adiante sintetiza os métodos e técnicas utilizados para alcançar os objetivos específicos deste estudo.

Quadro 1: Objetivos, método e técnica de estudo

OBJETIVO	MÉTODO	TÉCNICA
Investigar sobre o conhecimento do PEF quanto à saúde e ao cuidar de si.	Qualitativo	Entrevista semiestruturada
Avaliar o conhecimento do PEF em relação ao cuidar no NASF-AB.	Qualitativo	Entrevista semiestruturada
Conhecer sobre a formação e competências do PEF no contexto do cuidado de si e dos outros no NASF-AB.	Qualitativo	Entrevista semiestruturada
Identificar o que o PEF faz e como faz suas ações concernentes à EPS com os usuários do NASF-AB.	Qualitativo	Entrevista semiestruturada

Fonte: Brito (2016), adaptado pelo autor da pesquisa.

b) Etapa de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com os PEF atuantes no NASF-AB da cidade de João Pessoa-PB, com tempo médio de 30

minutos, e ocorreu no período de novembro de 2019 a janeiro de 2020. O pesquisador, antes da entrevista, manteve contato com os PEF, a princípio, no LAISHTESIS, quando foram realizados dois grupos focais com eles para outras pesquisas agregadas ao projeto Universal (momento no qual assinaram o TCLE), bem como em outras reuniões nas quais os PEF estiveram. Uma empatia foi gerada entre pesquisador e os futuros entrevistados e, quando o entrevistador fez as ligações telefônicas para eles, explicou detalhadamente o objetivo da entrevista e sua confidencialidade.

Ao chegar ao local da entrevista, procurou-se manter a mesma afinidade com cada entrevistado, o que fez todos se sentirem desinibidos e francos durante o diálogo. A entrevista-diálogo foi conduzida de modo que, ao haver uma divagação (fuga ao tema) por parte do entrevistado, buscou-se recompor o contexto da pesquisa, retornando ao tema (fato ocorrido com três entrevistados). Além disso, foram feitas perguntas adicionais quando a resposta à pergunta anterior não estava clara. Assim, pudemos ter as respostas expandidas e, possivelmente, mais precisas, a fim de alcançar nossos objetivos.

Os pesquisadores e colaboradores mantiveram constante contato com o responsável (participante do projeto mais amplo) pela Gestão de Atenção Primária da SMS/JP. Consideramos esse contato essencial nesse processo de busca por respostas a melhores modos de trabalho para o PEF e de cuidado para os usuários do sistema de saúde. O pesquisador se deslocou de sua residência para cada UBS indicada pelo PEF.

A maioria das entrevistas foi realizadas em salas da gerência ou de outros profissionais de saúde (ausentes), dentro das UBS. Uma das entrevistas ocorreu em um espaço fechado da academia da saúde e outra, após uma aula do PEF, em um ginásio coberto. As maiores dificuldades encontradas foram o barulho de carros e motos passando na rua e a entrada de profissionais de saúde na sala, durante a entrevista, para pegar materiais ou perguntar algo ao PEF.

c) Etapa de Transcrição

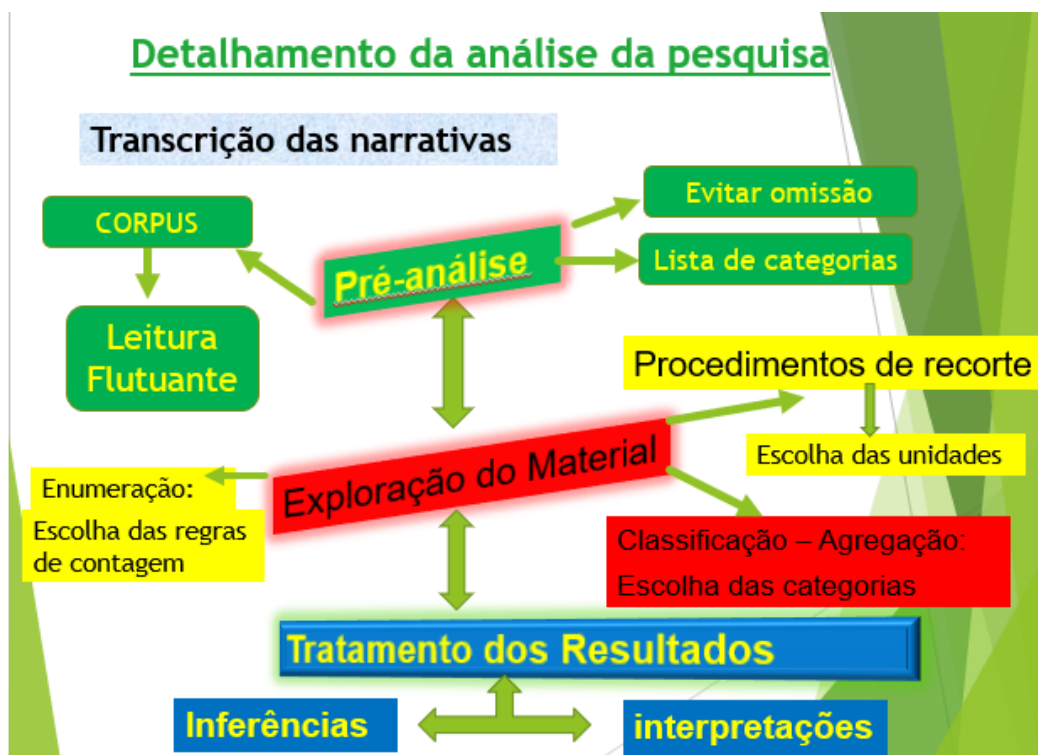
As transcrições das entrevistas foram operacionalizadas pelo próprio pesquisador, por componentes do GEPEAF (enviadas por e-mail) e pela esposa e

filho do pesquisador, sendo posteriormente revistas e validadas pelo pesquisador, conforme o grau de acuidade necessária para análise posterior.

d) Etapa de Análise dos Dados: Análise de Conteúdo

Para análise das falas dos sujeitos da pesquisa, utilizamos a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2016), que se tornou o fio-condutor na orientação com os dados que surgiram e apontou para as possíveis respostas às perguntas de investigação (MENDES; MISKULIN, 2017). Foi realizada a categorização a partir das unidades de contexto formadas por grupo semântico para as respostas dadas ao roteiro semiestruturado de entrevista, conforme resumido na Figura 1 adiante. Também consideramos agrupar palavras-conceitos ou frases (não frequentes) que entendemos como importantes para a análise.

Figura 1: Resumo esquemático da técnica de análise de conteúdo com as respectivas etapas



Fonte: Elaboração própria, baseada em Bardin (2016).

Para Bardin (2016), a análise de conteúdo consiste em técnicas de análise das comunicações que objetivam, a partir da sistematização de procedimentos de descrição do conteúdo das mensagens, encontrar indicadores (quantitativos ou não)

que proporcionem inferir o significado dessas mensagens. Segundo essa autora, o discurso não é uma forma nítida de opiniões, de atitudes e de representações que existem como pura verdade antes de se tornar linguagem. Existe sempre um elemento latente na linguagem, imbricado em uma coisa/algo que está em elaboração em um caminho que conduz às incoerências, contradições e imperfeições do discurso. Assim, ainda de acordo com Bardin (2016, p. 232), a análise de conteúdo tem a finalidade de decompor a complexidade dessa tarefa do seguinte modo:

- a) observando a natureza dos conteúdos implícitos veiculados pelo enunciado;
- b) o seu suporte linguístico, que necessita de uma competência linguística da parte do receptor;
- c) o seu estatuto, i.e., o seu modo de apresentação, a forma como estão alojados no enunciado (pressupostos, subentendidos, insinuação, alusões...);
- d) a gênese, ou seja, os mecanismos que sustentam a extração do sentido e que necessitam, simultaneamente, de uma competência enciclopédica, uma competência lógica e uma competência retórico-pragmática.

Nesse contexto, Bardin (2016, p. 233) cita Kerbrat-Orecchioni, concluindo que: “Dizer ou não dizer: esta é, em parte, para o locutor, a questão. Mas só em parte. Porque se pode, simultaneamente, dizer E não dizer”.

Alguns autores (GODOY, 1995; JÚNIOR; MELO; SANTIAGO, 2010; MORAES, 1999) identificam que a análise de conteúdo como uma técnica para descrição de documentos e textos, dentre outros elementos passíveis de análise, busca reinterpretar (inferir) as mensagens e alcançar uma compreensão de significados ou núcleos de sentido que se estão contidos em uma comunicação e que representem algo para o objetivo analítico almejado, de modo que essa análise atinja um nível mais elevado quando comparada a uma leitura superficial/comum.

Essa metodologia integra uma busca teórica e prática, com relevante significado na esfera das pesquisas sociais, sendo necessário tirar um pouco do foco do que é falado para procurar outra significação ou outra mensagem que possa ser enxergada por meio da primeira (CÂMARA, 2013). Neste estudo, as mensagens foram coletadas na forma de entrevista semiestruturada. A análise de conteúdo, preconizada por Bardin (2016), é indicada para esse tipo de pesquisa, visto que valoriza a busca exploratória, o que pode aumentar a possibilidade de descoberta.

Na Figura 1 anterior, podemos ver, de forma detalhada, a sequência de procedimentos realizados no tratamento e análise das informações (dados). A

princípio, realizamos a transcrição acurada das gravações das falas dos sujeitos, evocando todo o rigor necessário à originalidade e confiabilidade. As transcrições foram realizadas por três estudantes do bacharelado em Educação Física (dois da UFPB e um da UEPB) e por uma pedagoga, previamente treinados, bem como pelo autor da pesquisa. A transcrição da entrevista resultou em 103 páginas de informações que foram revisadas criteriosamente pelo pesquisador, a partir da comparação entre áudio, escrita e pontuação conforme entonação de voz das narrativas.

Posteriormente, passamos às seguintes etapas:

- i. Pré-análise: nesta fase, foi realizada uma leitura flutuante e exaustiva da transcrição dos áudios coletados dos PEF da ESF/NASF-AB. Constituímos, assim, o corpus no qual organizamos as informações de modo que não ocorresse omissão, observando se algum elemento estava classificado em mais de uma categoria (exclusividade). Portanto, foi preparada uma lista de codificação baseada em grupamento semântico de acordo com o significado dos textos existentes nas unidades de contexto que geraram as unidades de registro. Foram determinadas operações de recorte de texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados. Buscou-se o rigor da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência como elementos necessários ao bom andamento desta fase e da próxima, conforme pode ser observado no Quadro 2 a seguir:

Quadro 2: Organização para pré-análise na análise de conteúdo

	Unidade de registro	Unidade de Contexto
S1m		
S2 m		
S3 f		
S4 f		
S5f		
S6m		
S7m		
S8m		
S9 m		
S10 f		
S11m		

Continuação do quadro 2

S12m		
S13m		
S14m		

Fonte: adaptado de Bardan (2016).

- ii. Exploração do material: nesta etapa, desenvolvemos as categorizações e subcategorizações, quando necessário. Visamos alcançar o núcleo central do contexto envolvendo procedimentos de recorte, contagem e classificação das informações. O Quadro 3 adiante mostra a forma como foi realizada a organização para a exploração do material.

Quadro 3: Organização para exploração do material

CATEGORIA (a priori):	
Subcategorias temáticas	Narrativas

Fonte: adaptado de Bardan (2016).

- iii. Tratamento dos resultados e interpretação: já de posse das informações trabalhadas e organizadas de acordo com os objetivos da investigação e das hipóteses levantadas, realizamos as inferências e interpretações de acordo com o quadro teórico definido.

Dado a grande importância de ouvir a comunidade atendida pelos PEF nos serviços públicos de saúde, especificamente no NASF-AB, temos como principal limitação do presente estudo a não realização de entrevista ou de grupo focal com os usuários atendidos pelo NASF-AB. Devido aos acontecimentos referentes à pandemia, não foi possível a realização de coleta de dados com os usuários, mas entendemos que ouvi-los é um ponto crucial a partir do qual poderão ser desenvolvidas novas pesquisas e descobertas no sentido de aperfeiçoar a atuação do PEF na APS/NASF-AB.

3 CAPÍTULO II – O CUIDAR COMO PROCESSO CONTÍNUO COMPARTILHADO NO NASF-AB

3.1 EDUCAÇÃO FÍSICA NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA: AVANÇOS NA INSERÇÃO E PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

De forma a problematizar historicamente o conceito de saúde, podemos dizer que ela vem sendo discutida desde tempos remotos, e sua definição depende do contexto histórico, da visão de mundo e das mudanças sociais, políticas e econômicas. Nesse sentido, na Grécia antiga, Galeno considerava a saúde como um equilíbrio entre as partes do corpo; por outro lado, na Idade Média, o conceito de saúde/doença passava pelo caráter religioso. Já no século XIV, com o início da Idade Moderna gerada pelo Renascimento, a visão de saúde passou a ter imbuída em si uma nova razão epistemológica, de cunho antropocêntrico racional, científico e biologicista (MARTA; TEIXEIRA, 2016).

Portanto, a saúde passou a ser compreendida como ausência de desequilíbrio físico ou mental e se voltava para o corpo, visando a um estado biológico considerado normal. Desse modo, surgiu o modelo biomédico e as práticas médicas individuais em substituição ao modelo religioso e feudal, momento no qual se originaram o hospital e a clínica, concomitantemente, como forma e local do cuidado à saúde (BEZERRA; SORPRESO, 2016; FOUCAULT, 2013; MARTA; TEIXEIRA, 2016).

Quando pensamos em saúde, o primeiro termo a ser abordado deveria ser cuidado, contudo, é medicina. Para Foucault (2013), a medicina moderna tem suas origens na Europa, no final do século XVIII, e, no início do século XIX, os médicos passaram a ter um conhecimento que ampliou seus olhares ao perceberem a relação entre o que se pode e não se pode ver, no que se refere ao olho nu e ao microscópio, bem como às questões sociais. Nesse sentido, o médico tinha a responsabilidade política de, antes de lutar contra as doenças, lutar contra os maus governos como tarefa primeira, e, portanto, seu dever era buscar a conquista da liberdade do homem em relação à tirania e à escravidão.

De acordo com Mendes e Melo (2010), no final do século XVIII, a consciência médica tomava moldes generalizados na sociedade, e cada sujeito tinha o dever de conhecer sobre os saberes da medicina. Além disso, a medicina, em sua prática,

passou a não mais se limitar às técnicas da cura, mas a pensar o ser humano como sujeito saudável, livre de doença. Esse panorama gerou uma preocupação no modelo médico-curativista, dado que não apenas os médicos poderiam aconselhar a respeito de uma vida equilibrada. Sendo assim, os médicos objetivaram regular as ações dos sujeitos e iniciaram o controle sobre os corpos em suas relações físicas e morais, bem como para tornar os corpos produtivos na indústria.

Em 1948, uma nova compreensão do conceito de saúde foi concebida pela OMS, que a reconheceu como completo bem-estar biopsicossocial (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), 2018). De acordo com a Constituição Federal brasileira, o conceito de saúde se amplia e converge para uma resultante de equilíbrio nutricional, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, lazer, posse da terra e dos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

No YouTube, há um documentário chamado *Matizes do Corpo* (SILVA et al., 2019), desenvolvido a partir de um projeto realizado por membros do LAISTHESIS. No vídeo, podemos ver um homem idoso dizendo: “Eu tô bem de saúde”, entretanto, ele é portador de diabetes *mellitus* e faz uso de insulina pela manhã, além de ser hipertenso, mas considera-se saudável porque pode, com autonomia, realizar tarefas cotidianas sem limitações.

Nesse sentido, o estudo de Segre e Ferraz (1997, p. 542) problematiza trazendo um questionamento baseado em Freud: “Não se poderia dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e sua própria realidade?”. Pensando que esses autores não tiveram como avaliar saúde como esse estado razoável o qual denominaram de saúde, esse questionamento, pessoal, se alinha no sentido de que o termo saúde não se opõe a doença. E, para julgar entre o normal e o patológico, deve-se olhar além do corpo e da própria subjetividade, a exemplo de quem usa óculos por uma deficiência como astigmatismo ou miopia, o que não implica podermos conceituar esse problema visual como doença, pois esse tipo de problema para uma comunidade agrícola pode ser considerado normal, entretanto, para quem pilota um avião seria anormal (CANGUILHEM, 2009).

Canguilhem (2009) identificou que a saúde é apresentada como uma anormalidade biológica localizada em alguma parte do corpo e que, se essa “anormalidade não for encontrada, o ser humano será considerado saudável ou ‘normal’” (MENDES, M. I. B. DE S.; NÓBREGA, 2008, p.216). Essa dificuldade científica de conceituar saúde ao longo do tempo, até então, gerou uma verdadeira

babel, talvez vislumbrando que o significado de saúde pode ser compreendido de acordo com o olhar de cada pessoa, mas, sobretudo, do que é a existência de um corpo como sujeito para além do corpo biológico, o que implica um corpo social, cultural, que vive sua história em um contexto político, econômico e ambiental.

Além disso, em se tratando do que é normal ou patológico, Canguilhem (2009) acrescenta que é preciso olhar além do corpo “para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo” (p.79). A saúde pode, ainda, ser compreendida como um problema de cada pessoa; ao ser analisada como um bem, um desejo, ela “passa a pertencer ao âmbito existencial [...]” (DELIBERADOR; VILLELA, 2010, p.227).

Dentro desse cenário complexo pertinente às raízes epistemológicas do termo saúde, e para superarmos temporariamente a babel gerada, consideramos neste estudo o conceito de saúde apresentado pela VIII Conferência Nacional de Saúde. Segundo Bagrichevsky, Palma e Estevão (2003, p. 19), esse conceito rompe com os anteriores, no qual “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde”.

De acordo com Nunes (1996), em 1979, profissionais da saúde pública e medicina preventiva e social buscavam criar uma maneira de fazer saúde que incluísse a participação social como um meio de fortalecer o campo da saúde, ou seja, privilegiasse o social como categoria analítica. Para esse autor, a ideia de saúde coletiva foi discutida em 1978 em dois encontros de Pós-Graduação, um em Salvador e outro em Ribeirão Preto, com o objetivo de redefinir a formação de pessoal para o campo da saúde. Contudo, apenas em 1979, foi oficializado o termo Saúde Coletiva, ocasião na qual também foi criada a ABRASCO, a partir de uma reunião em que se reconheceu que deveria haver um equilíbrio entre os conteúdos técnicos e teóricos conceituais que buscassem evitar o tecnicismo e biologicismo existentes na saúde pública. Nesse momento, a EF ainda não tinha sua identidade definida no campo da saúde.

Historicamente, encontra-se na literatura que, no final do século XVIII e início do século XIX, a EF buscou bases para sua legitimação no campo escolar e continuou suas inquietações para se legitimar também no âmbito científico, pois, naquele período, suas ações se ancoravam na medicina higienista com bases fincadas na racionalidade médica. Essa racionalidade positivista/técnica influenciou a medicina e contribuiu para que a educação física brasileira desse início aos seus alicerces ligados

cientificamente à saúde, além de trazer a compreensão de corpo humano (no olhar dos europeus) e saúde relacionados às medidas matemáticas (antropométricas e fisiológicas) que classificam as populações (MENDES; NÓBREGA, 2008). Nesse panorama, a medicina higienista legitimou a EF na escola a partir do conhecimento sobre corpo no início do século XIX. Mendes e Nóbrega (2008) afirmam que, nesse período, o conceito de saúde conforme a medicina e a biologia foi integrado à EF. Já segundo Devide (2003), a educação física escolar e a saúde têm forte ligação no decorrer da história, com seus fortes laços firmados, sobretudo, pela medicina.

Na história, o PEF foi reconhecido como profissional de saúde em 1997, por meio da Resolução CNS nº 218 (BRASIL, 1997). Nesse momento, o PEF começou a ter, oficialmente, uma função relevante no cumprimento dos princípios doutrinários do SUS (universalidade, integralidade e equidade) em relação à política de saúde e de promoção da atividade física no Brasil, principalmente após a inclusão da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) e a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF (BRASIL, 2008) e da Academia da Saúde (BRASIL, 2011b).

O cenário atual tem apontado para novos desafios a serem enfrentados pelo PEF no campo da saúde pública. Algumas pesquisas (ANJOS; DUARTE, 2009; RODRIGUES et al., 2013; RODRIGUES et al., 2015; SANTOS et al., 2017) têm sido realizadas buscando analisar alguns aspectos que envolvem o PEF nesse contexto, dentre eles: inserção, formação, interdisciplinaridade⁹, metodologias e materiais utilizados, intersetorialidade, locais da prática, carga horária semanal e sistema de avaliação etc. Os resultados dessas pesquisas indicam que: a inserção do PEF na APS ocorre principalmente por contrato temporário; na sua atuação, as atividades mais desenvolvidas são a caminhada, o fortalecimento muscular e as atividades lúdicas; e a operacionalização das suas atividades se dava predominantemente com pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.

Um dos maiores problemas já encontrados nos estudos sobre a atuação do PEF foi a formação não específica para atuar em saúde e sua inserção nas equipes de saúde a qual ainda precisa ser consolidada, tendo em vista que esse profissional tem influência direta na prevenção de doenças e promoção da saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; SCHUH et al., 2015). Ainda não existe uma demanda específica

⁹ Farias et al. (2018), ao citar Furtado (2009), dizem que o debate em saúde sugere que o termo interdisciplinaridade significa “a integração de saberes”.

bem definida para atuação do PEF conforme seu núcleo de ações na UBS, além disso, o potencial desse profissional é ignorado no que concerne às suas atribuições (promoção, prevenção e reabilitação da saúde), como mencionadas nos documentos oficiais do Ministério da Saúde (CARVALHO; ABDALLA; BUENO JÚNIOR, 2017). O que ainda pode ser considerado como fato são as incertezas sobre o que o PEF deve fazer no NASF-AB, contudo, sabemos que o núcleo de EF se sustenta pela importância mundialmente dada à atividade física em seus diversos aspectos e efeitos benéficos para a saúde e qualidade de vida das pessoas (CARVALHO; ABDALLA; BUENO JÚNIOR, 2017).

Segundo Ferreira et al. (2016), existem desafios a serem enfrentados pelos PEF na ESF/NASF-AB, nesse sentido, acreditamos que a confrontação desses obstáculos vai ocorrendo a partir do conhecimento de quais e quantos são. Para tal, fazem-se necessárias mais pesquisas, uma vez que estas ainda são escassas nesse âmbito. No campo dos desafios, existe também uma necessidade de repensar o preparo profissional que supere a reserva de mercado, de modo a direcionar a formação do PEF para um conceito ampliado de saúde que desenvolva competências para a implementação de uma melhor atuação no cuidado dentro do NASF-AB.

Em relação ao tema “cuidado”, Foucault (2018), em 1982, proferiu, no Collège de France, um curso denominado *A Hermenêutica do Sujeito*, que consistiu em um estudo no qual o autor apresenta conceitos filosóficos referentes à subjetividade e à verdade na constituição do sujeito, sendo o “cuidado de si” o centro desse contexto. Nesse sentido, Foucault traz aspectos pertinentes ao conhecimento de si e ao cuidado de si. Portanto, buscamos fazer aqui uma análise do sujeito (PEF) não dissociado da história nem das práticas de autotransformação.

Em análise do texto de Foucault, observamos que Sócrates, na sua relação de mestre com seu discípulo Alcibíades, deu ênfase à necessidade do cuidado de si, visto que Alcibíades havia entrado na fase adulta e pretendia governar a cidade. Para Gros (2012), no epicurismo e no estoicismo romano, o cuidado de si surge como um imperativo *sine qua non* de existência. Sendo assim, na aula de 20 de janeiro de 1982, Foucault diz que, em todas as fases da vida, é necessário cuidar de si, tornar esse cuidado um modo de existência em si e não apenas uma preparação para a vida política.

3.1.1 O Cuidar/Cuidado e a Atenção Primária à Saúde

O cuidado é algo essencial, e, nesta tese, a noção sobre esse termo se tornou uma referência epistemológica, bem como uma categoria central. No campo do emancipatório, por outro lado, o cuidado se constitui de atributos tácitos (BARROS, 2021), estando sempre imbuído e indissociável do ser humano, sendo, portanto, um elemento ligado ao ontológico. Ayres (2004, p. 21) cita Heidgger, que “designa como cuidado o próprio ser humano do ser humano (ser aí, ser no mundo, *da-sein* em alemão)”. É, pois, a necessidade cotidiana e recíproca, seja na vida pessoal ou interpessoal, na saúde ou na doença, na alegria de uma festa ao ar livre ou na depressão enclausurada em um quarto silencioso e escuro.

Cuidar é um verbo que se revela a partir do ato substantivado do cuidado, manifestado em uma expressão sublime de responsabilidade consigo próprio e com o outro, trazendo à vida um sentido de compartilhar o amor e a bondade em forma de ações que, pensamos, deveriam se tornar cultural e transcender o campo da maternidade, da religião e da saúde, assim permeando a vida universal até que a morte nos separasse. De modo mais simples, entendemos que cuidado é uma decisão que implica um zelo pelo próprio corpo, pelo corpo do outro e pelo meio ambiente em uma integralidade harmônica existencial.

De acordo com a Dra. Ednalva (NEVES, 2020): “Vislumbramos aqui uma mudança política e assistencial no campo da saúde, não apenas em relação à assistência e à atenção, mas, sobretudo, como as práticas de saúde têm deslocado seu foco da ação do profissional para a pessoa a ser cuidada”. Nesse sentido, observando o conceito de cuidado em Santos e Meneses (2010), identificamos que a base está no problematizar o lugar da pessoa, e isso é muito importante na atenção em saúde, de modo a reforçar as dimensões epistemológicas e políticas.

Além disso, no campo epistemológico do cuidado, trazemos a palavra “ubuntu”, destacando-a, laconicamente, e compreendendo-a como uma expressão africana equivalente, ampla, que dá sentido ao verdadeiro significado do cuidar, uma vez que ela tem relação intrínseca com a promoção da atenção exclusiva à pessoa humana, bem como com suas boas relações, que são o principal foco da atuação em saúde. Nesse ponto, podemos utilizar a palavra “ubuntu” como princípio do compartilhamento mútuo do cuidado (RAMOSE, 2009), algo desejável nos aspectos espiritual e

sociocultural que possivelmente podem impactar, de maneira positiva, a saúde e a vida.

A filosofia do cuidado tem sua gênese no latim, e, do ponto de vista etimológico, a palavra cuidar é derivada também do latim, com o sentido de *cogitare* e *curare*, implicando diversos significados. Do ponto de vista semântico, *cogitare* significa imaginar, pensar, supor e refletir, dentre outros significados; como seu cognato, há a palavra *cogitatus*, que se caracteriza pela atenção, responsabilidade, zelo, ter-se, prevenir e desvelo; por outro lado, *curare* significa tratar e curar (MARTA; TEIXEIRA, 2016; PEREIRA, I. B.; LIMA, 2008b). Cuidar resulta, ainda, um modo de fazer na vida cotidiana e, portanto, faz parte da dimensão da integralidade em saúde, conforme preconiza o SUS, devendo sobrepujar o aspecto meramente técnico das práticas em saúde, uma vez que devemos tecer o conceito de cuidar/cuidado atribuindo-lhe todos os sentidos e significados cabíveis.

Desde séculos passados, os cuidados em saúde são valores, práticas e comportamentos dos sujeitos. As práticas do cuidar de si são anteriores ao filósofo Platão, quando tinham foco, em primeiro lugar, no conhecimento de si por si, pois esse conhecimento conduz a alma ao cuidar de si (FOUCAULT, 2006); e não no modelo da dicotomia cartesiana, nem do que o próprio Platão chamou a atenção no sentido de que os humanos precisam de ginástica para o corpo e música para a alma. Atualmente, temos consciência mais bem compreendida de que, tanto a ginástica quanto a música são importantes para os aspectos psicossomáticos, isso implica que todo movimento corporal acompanhado da música está relacionado a um sentimento, a uma emoção, a um querer fazer e sentir o viver em uma estética da existência. A EF costuma associar a “ginástica” com a música e, sempre que isso acontece, tem ótimos resultados na aceitação e participação das pessoas (popular), e ambos têm impacto integral no sujeito, que é psicossomático.

Segundo Castiel e Álvarez-Dardet (CASTIEL; ÁLVAREZ-DARDET, 2007) e Brasil (2010a), o que tem sustentado as ordens médicas relacionadas ao cuidar no campo da saúde é o corpo de evidências que considera como líquidas (sem solidez), fundamentadas em artigos científicos publicados em bases de dados eletrônicas na internet. Entende-se que atualmente os médicos estão não apenas tratando enfermidades reais dos seus pacientes, mas também trabalhando por meio de diagnósticos para prevenção de possíveis doenças que os pacientes possam vir a ter.

Esse fato é preocupante devido à possibilidade de iatrogenias¹⁰ e à probabilidade de inexistência futura de patologias previstas. Segundo Rose e Khaw (2008), isso gera um conflito no qual, por um lado, o cuidado/prudência motiva a precaução/prevenção no agora, para que, no futuro, em médio-longo prazo, seja possível colhermos os benefícios da saúde; e, por outro lado, ocorre o perigo de uma ansiedade neurótica.

Nesse contexto de iatrogenias, Starfield (2000) publicou que, nos Estados Unidos, o ato médico corresponde à terceira causa de morte, com 225 mil mortes/ano. Nos dias de hoje, as doenças que mais matam são as cardiovasculares ($\pm$ 625 mil mortes/ano) e o câncer ($\pm$ 553 mil mortes/ano), contudo, ao considerar o erro médico, a medicina moderna mata de 170 mil a 251 mil pessoas/ano, chegando a ultrapassar o número de mortes por diabetes e problemas respiratórios. De acordo com Makary e Daniel (2016), a maioria dos erros é derivado de problemas sistêmicos, que envolve tratamentos mal coordenados, sistemas de seguro fragmentados, além de mudanças injustificadas nos padrões de prática médica. No Brasil, conforme o Segundo Anuário de Segurança Assistencial Hospitalar, do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), a cada hora, seis pessoas se tornam vítimas de iatrogenia, seja por negligência, por erro de medicação ou de diagnóstico. Em 2017, 54.076 pessoas morreram em decorrência desses erros (CALIGARI, 2018).

Nesse panorama que envolve grande ênfase à iatrogenia, não é nosso propósito fazer julgamentos em relação a possíveis efeitos secundários provocados pelas ações médicas, mas trazer uma reflexão sobre a preocupação com a possível doença que deverá ser “tratada” antes de existir, a exemplo do que foi denominada Síndrome de Angelina Jolie (cuidado persecutório de retirar os seios antes de ter câncer). Em se tratando da prevenção de doenças, isso é preocupante e altamente complexo no sentido de tornar as pessoas paranoicas quanto aos fatores de risco à saúde. Nesse sentido, muitas pessoas têm adquirido o hábito de ingerir suplementos vitamínicos ou mesmo medicamentos alegando a prevenção da inanição ou doença não comprovadas. Será que isso é cuidado de si? Suponhamos que não, dado que o cuidar/cuidado implica uma necessidade real.

A partir desse cenário, foi engendrada, metaforicamente, por Castiel e Álvarez-Dardet (2007), a saúde persecutória. Para Bagrichevsky (2007), esses dois autores

¹⁰ Entendemos iatrogenia como um efeito colateral de um procedimento médico, seja por uma prescrição ou uma cirurgia. Às vezes também é considerado como um erro (MAKARY; DANIEL, 2016).

dimensionam com clareza a forma de culpabilização dos sujeitos por meio dos hábitos relacionados à vida, de modo a serem percebidas as estratégias e imposições biopolíticas (políticas sobre a vida) por estarem transformando escolhas que deveriam ser subjetivas em escolhas morais atreladas às nossas crenças, medos, mídia etc. Isso ocorre porque as pesquisas apontam, com certa precisão, os comportamentos considerados perigosos e seus possíveis riscos à saúde. Nesse sentido, a redução das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o aumento da longevidade são o principal escopo no ataque aos riscos à saúde, visto que o principal objetivo na atualidade é viver mais e com qualidade.

No campo da biopolítica, a saúde vem se tornando um fulcro de articulação entre o Estado e a população (BAGRICHEVSKY, 2007), de maneira que o risco à saúde deve ser visto como algo a ser evitado, banido, pois as consequências são desastrosas para os cofres do Estado. Sendo assim, as políticas públicas se voltam para os mais diversos modos de prevenção, por meio dos quais, no âmbito da EF, teceram-se projetos que buscam viabilizar a redução dos riscos pertinentes à inatividade física. Esses projetos envolvem mobilizações em todo o mundo para o enfrentamento desse mal que, em grande parte, é responsável pelas doenças crônicas não transmissíveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b).

Referente à quantidade de mortes derivadas dos grandes fatores de risco conhecidos no mundo, temos: hipertensão (13%), tabagismo (9%), diabetes (6%), inatividade física (6%) e sobrepeso e obesidade (5%) (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Notamos, portanto, que, em 2010, a inatividade física foi considerada o quarto fator mais importante ligado ao risco de morte. Ainda devemos considerar que a inatividade física pode ser precursora da hipertensão, do diabetes e da obesidade.

A biopolítica trata, pois, a atividade física como um imperativo que pode ser percebido quase como um exercício ascético pertencente ao campo da moralidade. Ora, se os cidadãos, na esfera do *tékhnē tou bíou* (do grego: arte de viver), não buscam o *gnôthi seautón* (do grego: conhecimento de si), não poderão, portanto, desenvolver capacidades para a *epiméleia heautoû* (do grego: cuidar de si) (FOUCAULT, 2018), desse modo, serão responsabilizados por seu estilo de vida desregrado e sedentário.

Entretanto, do ponto de vista crítico-reflexivo, o sujeito não deve ser completamente responsabilizado pelo cuidar de si, uma vez que ele não pertence

unicamente a si, sendo, pois, integrante de uma comunidade que, por sua vez, está ligada a uma cidade, um Estado, um país, um continente, um planeta, um universo ao qual ele está conectado pela sua existência e pela sua vida. Portanto, esse sujeito necessita estar imbuído em uma rede de cuidado que implique mudanças envolvendo um nível de responsabilidade no qual o Estado, empresas e outras instituições devam vivenciar relações políticas e econômicas favoráveis à saúde pública e coletiva (CASTIEL; ÁLVAREZ-DARDET, 2007).

Nesse sentido, dizer: “Tenha um estilo de vida saudável” é um tipo de falsa generosidade da neoburguesia. Do ponto de vista crítico/analítico, é uma forma de discurso opressora, uma vez que a maioria dos sujeitos se encontra em uma condição de vida desfavorável imposta pelas estruturas políticas e pela especulação dos interesses do mercado (ALVES; CARVALHO, 2010). Desse modo, faz-se necessário aqui mais discussões e debates, especialmente no que se refere ao campo da EF. Deve-se, ainda, buscar desconstruir o cuidado que existe na forma opressora do biopoder e da biopolítica, pois o cuidado de si e do outro, bem como o cuidado de nós, perpassa pela construção da autonomia dos sujeitos no campo das relações intrapessoais e interpessoais. Para Freire (2018a, p. 58), “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros”.

3.1.2 O cuidar de si com especificidades no NASF-AB

Em sua genealogia acerca do sujeito, Foucault (2018) conduz sua análise a partir de algumas questões: como os sujeitos podem se constituir em um cenário da verdade, do poder e do saber? Como o cuidar de si pode ser construído no processo da própria constituição dos sujeitos em si e como sujeitos sociais? Com base nessa problematização foucaultiana, podemos, ainda, pensar: conhecimento implica cuidar de si? O sujeito ser classificado nas classes média ou alta acarreta necessariamente uma condição de compromisso e maior autonomia no cuidar melhor de si?

Nesse contexto, as mudanças sociais, sobretudo as econômicas, ocorridas historicamente, têm transformado os modos de ser dos sujeitos. As mudanças sociais que tiveram seus fundamentos após a Segunda Guerra Mundial, especialmente trazidas pela revolução industrial, tecnológica e dietética (dos hábitos alimentares), trazem com essa “modernidade” tanto os movimentos repetitivos (nas fábricas e

indústrias) causadores de lesões pelos esforços, quanto a tendência à atividade física insuficiente/sedentarismo pelo uso do controle remoto, escadas rolantes, elevadores, veículos automotores etc., além de um consumo alimentar no qual estão inseridos os transgênicos, os agrotóxicos, os enlatados, dentre outros. Esse panorama social aumentou a taxa de desemprego devido aos autômatos que têm substituído os humanos, possivelmente gerando ainda maior insuficiência de atividade física/sedentarismo.

O estudo de Guthold et al. (2018), realizado a partir de pesquisa Survey, com 1.9 milhões de participantes em 168 países, considerando as diretrizes da OMS de 2010 para atividade física e os domínios da atividade física, concluiu que: a prevalência de atividade física insuficiente teve média global de 23.3% em 2010, aumentando para 27.5% em 2016; as mulheres são menos ativas do que os homens; e a média geral de atividade física insuficiente para a América Latina, especificamente, foi de 43,7% em 2016.

Essas mudanças parecem ter se organizado como uma rede produtora de doenças hipocinéticas (por falta de movimento) que se associam a ponto de se tornarem síndrome metabólica¹¹. Essa síndrome, que acomete sobretudo os idosos, tem sido o principal alvo dos documentos oficiais do Ministério da Saúde brasileiro no sentido de realizar intervenções no NASF-AB. Esse contexto envolve todos os profissionais de saúde com objetivo no cuidar, contudo, para nosso propósito, nos deteremos ao PEF e ao usuário por ele atendido, em busca de construir um cuidar humanizado.

Compreendemos, assim, que as necessidades/demandas dos usuários geram o cuidar e estão atreladas, inclusive, à prevenção (não persecutória) e promoção da saúde, bem como à escuta e abordagem humanizada. Desse modo, enxergamos que algumas problematizações devem ser levantadas para melhor compreensão do presente estudo: qual a percepção que o PEF tem em relação ao cuidar de si? Onde e como se encontram os sujeitos nessa relação do cuidado na APS/NASF-AB? Como o cuidado pode impactar na vida das pessoas?

¹¹ Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, na década de 1980, um pesquisador chamado Reaven observou que doenças frequentes, como hipertensão, diabetes e colesterol elevado, estavam, geralmente, associadas à obesidade e que esse conjunto de doenças tem base na resistência insulínica, o que gera a síndrome metabólica (OLIVEIRA, M. DE, 2008).

De acordo com Mendes e Gleyse (2015), a busca pelo cuidado de si existe desde a Grécia clássica e, no período socrático-platônico, ele era pautado nos saberes dos filósofos e dos médicos, detentores dos saberes pertinentes ao cuidar de si. Consideremos que o cuidar de si consiste como sendo o governo de si próprio, o conhecendo a si mesmo, mas que também perpassa pela preparação para governar a cidade (quando consideramos o texto de Alcibíades), bem como o zelo pelo bem-estar do outro, mantendo o nós como inseparável nessa relação de cuidado tangível.

Como o cuidar de si requer conhecer a si mesmo para poder exercer o governo de si sobre si e sobre os outros, isso implica responsabilidades sobre si, além de um esforço em busca de exercitar falar a “verdade” com coragem (*parrhesia*) como uma técnica do cuidar (FOUCAULT, 2006). Nesse contexto foucaultiano, encontra-se o campo da saúde com suas diversas faces, em uma das quais os sujeitos/usuários estão envolvidos com a necessidade de atividade física que se dá, como já falado, pela verdade epistemológica baseada em pesquisas sobre riscos à saúde causados por comportamentos sedentários.

O governo de si tem sido um grande problema quando tratamos do assunto atividade física, uma vez que existem momentos nos quais é muito mais difícil escolher praticar a atividade física do que ficar deitado, em um dia frio e chuvoso, ou ver um bom filme, ir ao shopping, conversar com amigos e, atualmente, estar conectado às redes sociais. Ao se ter apoio da família, da comunidade, do Estado e de empresas parceiras da APS, podemos entender que essas entidades são corresponsáveis no fomento da fuga ou migração do sedentarismo para o movimento corporal a partir das práticas variadas da cultura corporal do movimento, ou seja, nessas condições, a mudança de hábito tem como principal responsável o próprio sujeito.

Devemos considerar ainda que a atividade física se manifesta em alguns domínios como trabalho, deslocamento, tarefas domésticas e lazer. Algumas pessoas que trabalham se deslocam a pé ou de bicicleta para o trabalho e, no próprio trabalho desenvolvido, localizam-se na classificação como ativos no campo dos domínios da atividade física, pois acumulam grande quantidade de movimento diário com equivalente consumo energético (calorias gastas). Lembramos aqui que a OMS sempre leva em conta os fatores de risco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a) dá forte ênfase a esses domínios e sugere que fazer qualquer atividade física é melhor do que não fazer nada. Nesse sentido, cuidar de si, quanto ao movimento corporal,

segundo a OMS, implica o sujeito desenvolver 30 minutos diários de qualquer atividade na qual ele tenha um gasto energético superior ao de repouso.

Após analisar e conhecer-cuidar da nossa própria vida, podemos iniciar a construção do respeito à vida dos nossos semelhantes (no nosso contexto, de usuários da ESF/NASF-AB), considerando que eles têm uma bagagem sociocultural e histórica distinta da nossa. Além disso, filósofos, médicos e demais trabalhadores em saúde não devem mais seguir o contexto da panaceia grega, uma vez que os males sociais são bastante diversificados e resultam em debilidade da saúde ou na sua ausência. Compreendemos, ainda, que os usuários da ESF/NASF-AB, para os quais o PEF desempenha suas ações, são únicos e estão imbricados em relações socioculturais que determinam suas condutas e valores. Desse modo, precisamos problematizar as formas de articular nossa atuação diante desse “outro”, sujeito diferente de nós.

Como podemos, então, criar ferramentas e tecnologias que nos apropriem de novos modos de fazer? A resposta pode estar na crítica ao próprio fazer, visto que a prática reflexiva pode definir novos níveis de compreensão da própria prática. Para Torres et al. (2014, p. 5), “é na compreensão fenomenológica de corpo que as novas práticas em saúde superam o modelo exclusivamente biomédico tradicional”. Como esse novo cenário de práticas em saúde vislumbra o querer fazer diferente e melhor, podemos destacar aqui, portanto, as principais ferramentas do cuidado na APS (LACERDA; MORRETI-PIRES, 2020), a saber:

- a) Projeto de saúde no território;
- b) Apoio Matricial;
- c) Clínica Ampliada;
- d) Projeto Terapêutico Singular;
- e) Pactuação do Apoio.

Essas ferramentas apontam para um lento, porém eficiente processo de mudança. Percebe-se que essa lentidão tem ocorrido devido às políticas de apoio e investimento ainda serem poucas. Na conjuntura atual, com o desmonte progressivo do SUS, faz-se necessário resistir para manter a continuidade desse sistema, não apenas como se encontra agora, mas também referente à sua melhoria nos atendimentos nas esferas primária, secundária e terciária, cumprindo a integralidade no cuidar.

Como a medicina não deve impor a ingestão de medicamentos quando não se está doente, também não se deve impor aos usuários da APS uma perseguição à atividade física/práticas corporais. Esse é um dos pontos importantes nas mudanças no trato em saúde. É necessária, assim, a construção de uma responsabilidade e de uma liberdade que os usuários devem assumir no cuidar de si. Desse modo, os sujeitos protagonizarão sua existência, seus corpos, suas vidas. A isso chamamos possibilidade que se configura na forma de humanização, que vislumbra ser uma vocação humana (FREIRE, 2018a).

Segundo Freire (2018b), quando o sujeito tem uma vocação e ela é negada, esse fato implica injustiça, uma injustiça que pode se configurar como iniquidade em saúde, que oprime as pessoas pelo distanciamento aos seus direitos constitucionais, os quais vão desde o atendimento em uma UBS ou a participação em grupos de atividades físicas/práticas corporais até o poder ter autonomia política no seu mais amplo sentido. Quando nos referimos ao individualismo contemporâneo, devemos considerar as responsabilidades dos sujeitos, contudo, concedendo-lhes a liberdade de escolha, o direito de decisão (CASTIEL; ÁLVAREZ-DARDET, 2007), sem imposições ou imputação de culpas.

No campo das responsabilidades, podemos, ainda, compreender que um sujeito responsável é aquele que tem a capacidade de responder socialmente pelos seus atos, todavia, não devemos interpretar que quem está doente é porque é irresponsável (CASTIEL; ÁLVAREZ-DARDET, 2007). As condições de saúde são multifatoriais, não carecendo ficar centradas na assistência médica individual. Desse modo, os órgãos de saúde, responsáveis pela saúde/doença, precisam reduzir as iniquidades por meio de intervenções nos pontos mais sensíveis, no intuito de produzir maior impacto e analisar os fatores condicionantes e determinantes desse processo (FERREIRA SILVA; RODRIGUES, 2012). É preciso, pois, a compreensão de que não é apenas o sujeito que deve ser responsabilizado pela sua saúde, sobretudo quando ele é pobre. Também são imprescindíveis a intervenção e o fomento propiciado pelas gestões e serviços em saúde, além da família e da comunidade, o que forma a rede do cuidado na prática de saúde compartilhada.

Tudo que falamos sobre cuidado está intrinsecamente ligado aos usuários dos serviços de saúde, pois são eles o motivo da existência desses serviços, da obrigação do Estado em manter a vida desses sujeitos dentro de um nível favorável de qualidade. Quando nos referimos aos serviços prestados pelos entrevistados, existe

uma relação diretamente concatenada entre atividade física e saúde, na qual os sujeitos que se encontram envolvidos no processo são o PEF e o usuário, como já dito.

Dessa forma, referente aos usuários, para Carvalho (2001), as variáveis que dão forma a esse sujeito são sua idade, seu estado de condicionamento físico ou mesmo se tem alguma patologia ou não, dentre outras. Carvalho (2001, p. 4) afirma que:

Deslocar o “sujeito” de uma posição secundária para situá-lo em primeiro plano é rever as bases de sustentação que justificam e muitas vezes tentam explicar os motivos pelos quais esse mesmo sujeito está o tempo todo submisso, oculto e muitas vezes até perdido na educação física.

Já quanto ao PEF, este está localizado em um ponto no qual se tornou um dos sujeitos responsáveis por trabalhar de modo interdisciplinar (nas áreas biológica, psíquica e social), interprofissional, por dar visibilidade aos usuários da APS e trazê-los do anonimato para a construção de sua história no campo das práticas corporais/atividade física, bem como para a busca pelo conhecimento do próprio corpo e do cuidar de si.

Na construção da história, também tratamos de ambiência, então, devemos lembrar que, uma vez que os sujeitos poluem seu ambiente, nesse caso, todos serão irresponsáveis consigo mesmos e com a comunidade onde vivem. Se os sujeitos danificam os equipamentos, como os da academia da cidade (saúde), prejudicarão a si próprios e a comunidade assistida por esses instrumentos. Desse modo, a responsabilidade que os sujeitos devem ter para com o meio em que vivem, para preservação do seu patrimônio cultural e para consigo próprios (cuidar de si) deve ser trabalhada na EPS.

3.2 RESULTADOS E ANÁLISES

As categorias abordadas aqui envolvem o conhecimento dos PEF entrevistados sobre saúde e cuidar de si.

3.2.1 Conhecimentos dos PEF da cidade de João Pessoa-PB quanto à saúde, ao cuidar de si e à própria maneira de cuidar de si e dos usuários do NASF-AB em sua atuação

Esta categoria aborda os conhecimentos dos PEF entrevistados sobre o conceito de saúde e como eles percebem o cuidado de si no desenvolvimento de suas próprias ações no NASF-AB, além de buscar conhecer e compreender como esses profissionais desenvolvem o cuidar nos núcleos comum e específico de atuação da APS.

A partir desta categoria, a princípio, observamos que a maioria dos PEF atuantes no NASF-AB da cidade de João Pessoa compreendem saúde como um conjunto de fatores que conduzem ao bem-estar físico, mental, emocional, espiritual e social, não sendo possível ser alcançada na íntegra, contudo, é considerada como primordial na nossa vida. As falas que validam essa afirmação podem ser vistas a seguir:

S1m: Saúde ... nenhum ser humano é dotado desse valor na sua totalidade, porque a saúde ... ela perpassa muita coisa.

S9m: Bom, o Ministério da Saúde diz que pra você estar cem por cento saudável você tem que estar bem fisicamente, mentalmente e socialmente, então, nem sempre a gente vai estar bem nos três aspectos.

S3f: Saúde é ... saúde ... saúde mental, física, espiritual, é um conjunto.

S10f: Saúde pra mim é você estar bem consigo, estar bem com as pessoas, é estar com sua parte física e mental equilibrada, e espiritualmente também.

Conforme vimos na Introdução desta tese, os conceitos de saúde elaborados pela VIII Conferência Nacional de Saúde e pela OMS envolvem fatores externos para além da estética de vida engendrada por um ser humano de classe econômica baixa. Nesse sentido, como podemos verificar nas falas anteriores, os PEF têm conhecimento do conceito ampliado de saúde¹², uma vez que a descrição do que compreendem por saúde sobrepuja o modelo biomédico e vai além da saúde como estado de oposição à doença ou à enfermidade. Mas esse fator implica uma atuação diferenciada desses profissionais? Depende, essa é uma questão que só pode ser bem respondida se for fomentada a esse trabalhador, às boas condições necessárias

¹² Conforme compreensão trazida pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1986).

de trabalho, o que vai além do conhecimento da equipe, envolvendo vontade política da gestão e dos seus órgãos superiores, a exemplo do que disse S8m:

É ... a parte que não cabe a gente, que é a parte da prefeitura, é saneamento básico, certo?

Desse modo, podemos perceber que existem fatores determinantes e condicionantes associados à compreensão de saúde que estão diretamente ligados ao campo das políticas públicas de saúde. Devido à saúde não depender apenas das pessoas em si, identificamos que os PEF a consideram, no modelo da OMS ou do que preconiza a Constituição Brasileira, intangível para a maioria dos cidadãos brasileiros. Sendo assim, a compreensão dos PEF corrobora Segre e Ferraz (1997, p. 542), os quais problematizam: não seria saúde “[...] um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?”. Acreditamos que sim. Dado que o conceito formulado pela OMS aponta para um “perfeito bem-estar” e o da VIII Conferência Nacional de Saúde é tão amplo quanto o da OMS, analisamos esses conceitos e os consideramos, infelizmente, uma utopia. Por outro lado, Scliar (2007) diz que saúde não tem a mesma representação para todas as pessoas e depende de concepções da ciência, religião e filosofia.

Em se tratando de uma segunda compreensão do PEF sobre saúde, identificamos que os profissionais entrevistados, em sua maioria, compreendem saúde como um conjunto de práticas de autocuidado que geram um bom estilo de vida. Nesse contexto, identificamos as seguintes declarações:

S8m: Saúde, eu acho que seria um conjunto de ações, por exemplo, o estilo de vida é ... educação eu acho também reflete na saúde, né?

S12m: Saúde está relacionada à qualidade de vida, eu acho que se fosse para mudar a palavra saúde, qualidade de vida é uma coisa, assim... seria até um sinônimo.

S13m: Saúde é ... autocuidado que a gente deve ter, né? com nós mesmos, com o próximo, né?

S14m: [...] uma junção de práticas como alimentação, pode ser exercícios físicos regulares e ... o ambiente em que a pessoa vive.

Neste ponto, podemos verificar que os PEF entendem saúde como uma relação profunda com a qualidade de vida, inclusive sinônimo desta, e, desse modo, incorporam o estilo de vida como imbricado em uma forma de autocuidado que pode

se concretizar na prática de exercícios físicos e de uma alimentação saudável, bem como na educação. Esses fatores aqui citados como saúde, na verdade, são apenas elementos do contexto amplo do significado de saúde, portanto, considerados como componentes do âmbito multidimensional e dinâmico da saúde (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Ainda, esses fatores estão inclusos no campo da promoção da saúde ou de determinantes dela, são ações prioritárias do SUS, como desde 2006 preconiza a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014c). Mais uma vez, retornamos, assim, à questão política, pois as diferenças de renda acarretam decadência da saúde devido ao aumento da pobreza, bem como insuficiência ou ausência de investimentos em infraestrutura comunitária que favoreça a educação, transporte, saneamento, habitação e outros serviços (BUSS; FILHO, 2007).

Após termos a compreensão do entendimento dos entrevistados sobre saúde, também pudemos identificar que, apesar da busca pelo cuidar de si por parte desses profissionais, a demanda de atividades desenvolvidas por eles no trabalho do NASF-AB sufoca o autocuidado, pois alegam não ter tempo para cuidar de si, inclusive sendo necessário, às vezes, pedir uma folga ou férias para poder relaxar. Além disso, alguns entrevistados disseram sofrer uma pressão por parte da sociedade em relação ao corpo que devem ter, ou seja, para a sociedade, os PEF devem ter um padrão estético corporal sem sobrepeso ou obesidade.

Os resultados apontam ainda que, em relação ao cuidado de si, os PEF tentam cuidar do corpo por meio do que denominaram de um estilo de vida saudável, isto é, com prática de atividade física, alimentação saudável e uma boa noite de sono. Pretendemos alargar a discussão aqui dando ênfase à necessidade de uma análise conceitual, visto que o conceito de estilo de vida é reducionista e se limita apenas a uma das duas dimensões do modo de vida (ALMEIDA-FILHO, 2004). Quanto a essa outra dimensão, a do modo de vida, ela envolve condições de vida como questões econômicas, de moradia etc., assim, o cuidado de si vai além de um bom estilo de vida, dado que agrega um conjunto de fatores determinantes e condicionantes da saúde que estão diretamente ligados ao modo de vida (ou *mode de vie*, do original

francês)¹³. Nenhum dos PEF relacionou diretamente o cuidar de si com uma boa moradia, nem com um bom transporte público ou particular, ou seja, eles não fizeram relações com bens materiais, mas foi citada a busca de uma qualidade de vida melhor.

Para Foucault, além das regras de conduta, o cuidado de si resulta em uma reflexão sobre os modos de vida (PETERSEN, 2011), sobre as escolhas de existência de cada pessoa (estética da existência, em grego: *tékhne toû bíou*). Nesse sentido, temos as seguintes informações dos PEF sobre o cuidar de si:

S1m: Cuidar da gente mesmo, é a gente cada dia olhar para dentro de si mesmo, certo? [...] sempre buscar oferecer o melhor para as pessoas. [...] me planejar, me reciclar, entendeu? Organizar, tudo isso é um cuidado pessoal, de cada um de nós.

S14m: Cuidar de si é você pelo menos tentar identificar o que te faz bem, o que te faz feliz, eu acho que quando você passa a identificar o que te faz bem o que te deixa feliz, eu acho que é uma base muito importante de cuidar de si.

S3f: A gente tem que cuidar de si para depois pedir para cuidar do outro, se a gente não der o exemplo ... a gente não tem como pedir, né?

S4f: [...] tirando um tempo para mim, tirando um tempo para refletir, nas minhas ações, nas minhas atitudes, no meu autoconhecimento de fato.

S7m: Pra eu poder cuidar do outro, eu tenho que cuidar de mim primeiro, porque se eu não estiver bem, eu não tenho condições de cuidar do outro.

S9m: Além da gente cuidar das outras pessoas, a gente tem que cuidar da nossa saúde também, é ... tanto física como mental e, como o modo afetivo, de se relacionar com as outras pessoas, de ter um respeito com o próximo. Então eu acho que o cuidar de si é se preocupar ... além de cuidar dos outros, cuidar da gente também.

S13m: [...] acho que, se eu sou um profissional da saúde, na minha concepção né? e eu não tenho cuidado também de mim, como é que eu vou querer orientar os outros usuários ou profissionais mesmo?

Nessas narrativas, podemos identificar a percepção que os PEF têm sobre a necessidade do autoconhecimento (do grego: *gnôthi seautoû* – conhecer a si mesmo) e o conhecimento das necessidades do outro, bem como a necessidade de encontrar a felicidade. Foucault (2018), em sua análise sobre a passagem no livro *O banquete*, na qual Sócrates faz Alcibíades (re)conhecer sua própria ignorância (em grego: *stultitia*), mostra que é necessário conhecer a si mesmo para poder cuidar de si. Nesse

¹³ “O termo não deve ser utilizado como estilo de vida, nem meios de vida”. (BRAGA; FIÚZA; REMOALDO, 2017, p.390).

sentido, percebe-se que Alcibíades não teve uma boa formação e, a partir do preceito délfico (“conhece-te a ti mesmo”), que se tornou também um imperativo socrático, não há como cuidar dos outros ou da cidade se antes não houver conhecimento de si associado ao cuidado de si. Portanto, na autorreflexão, ao encontrar a felicidade em si mesmo, o sujeito terá dado os primeiros passos no caminho para a empatia social e atuação profissional com entusiasmo e denodo.

Alguns PEF informaram que buscam cuidar de si a partir do próprio corpo e do conhecimento das informações que ele traz consigo (dor, estresse etc.):

S7m: [...] ter uma alimentação saudável, de você ter uma vida equilibrada, de você tá praticando atividade física de forma regular, contínua, de você ter uma noite de sono bem dormida, e aí você vai incluindo outras coisas, lazer, família, são um conjunto, são fatores que a gente vai conseguindo como um todo ter um cuidado, esse autocuidado.

Outros indicaram o cuidar de si como o cuidado da mente:

S3f: [...] tento esvaziar minha mente, também ficar na minha [...] algum tempo, assim ... trabalhar minha mente também, desligar o celular às vezes, se afastar de gente negativa, essas coisas.

S7m: [...] a vida social, a questão do trabalho, hoje o contato em uma Igreja, então isso aí ajuda bastante, porque a gente além de aprender, a gente além de dar, a gente recebe, na realidade é isso, a gente recebe mais do que dar, trabalho voluntário, a vida social com pessoas, grupos de amigos.

Ainda, outros PEF falam da impossibilidade ou insuficiência no cuidado de si, colocando a demanda de trabalho e a família como impedimento desse cuidado:

S8m: [...] é complicado nesse trabalho da gente, é complicado, primeiro que você tem que conciliar isso, a carga de algo que você se formou pra exercer sua função, e que é algo que você faz que você fica feliz em fazer, em compensação você tem aquela função (gerente da UBS) que é imposta a você, você tem que exercer, mas que não gosta. [...] é difícil, e quando eu tô muito estressado, assim ... do trabalho, eu procuro é colocar folga, que a gente ganha folga em ação, também é botar umas férias, arrumar alguma ... de conseguir ter um tempinho pra mim.

S6m: [...] hoje eu tô deixando de lado o físico, infelizmente, por causa de trabalho [...].

S2f: É, às vezes a gente nem tem tempo para a gente mesmo né? Que a gente desaparecida... a gente dá tanta orientação para outras pessoas né?

De acordo com Foucault (2018), na história de Sócrates, contada por Platão, Alcibíades deveria se ocupar consigo mesmo, antes de se preocupar com a vida dos concidadãos atenienses, ou seja, o autor afirma que, para cuidar dos outros, é necessário conhecer a si e cuidar de si a priori, o que implica ter uma vida com qualidade para levar qualidade à vida dos outros. Portanto, os interlocutores da pesquisa, quanto ao cuidar de si, corroboram Foucault ao entenderem o cuidado de si como cuidado do corpo, não apenas do corpo biológico, mas tirando um tempo para si (refletir sobre as próprias ações). Além disso, S14m destaca que cuidar de si é conhecer a si e buscar em si o necessário para alcançar a felicidade, e S9m coloca que se preocupar consigo mesmo é algo importante no processo de construção do cuidado primeiro de si, depois, dos outros.

Os PEF percebem a necessidade de construir o cuidar de si a partir dos aspectos físicos, mentais e sociais para poder cuidar dos outros. Isso indica que esses profissionais compreendem o conceito de cuidar de si. Eles consideram como estratégias para o cuidado de si: ter uma alimentação saudável, possuir uma vida equilibrada, praticar atividade física de forma regular, ter uma noite de sono bem dormida, evitar o estresse, observar as informações dadas pelo corpo (dor, palpitação, etc.), ir ao médico, fazer exames, além de cuidar da mente ao tirar um tempo para refletir nas ações e atitudes, olhar para dentro de si mesmo, se afastar de pessoas negativas, trabalhar a espiritualidade (inclusive ajudando ao próximo, fazendo uma conversão a si) e cuidar de si para poder cuidar dos outros. Avaliamos, portanto, que a maioria dos PEF percebe o cuidado como algo amplo e complexo.

3.2.2 O Cuidado é amplo e complexo

O trabalho na APS/NASF-AB é classificado como de baixa e média complexidade em relação à gravidade patológica, podendo-se usar tecnologias leves, leves-duras e duras (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), com predominância das duas primeiras. Nesse labor, os PEF entrevistados entendem que o cuidado em saúde é algo amplo e complexo. Amplo, sobretudo, porque envolve diferentes setores ou redes de cuidado (intersectorialidade), e complexo porque exige um elevado grau de dedicação e paciência dos profissionais envolvidos, visto ter imbuído em si aspectos sociais, culturais e psicológicos dos pacientes/usuários, bem como o conhecimento necessário para a realização de acolhimento e escuta, devendo-se,

assim, compreender o contexto de vida de cada usuário para cumprir com os princípios da integralidade e equidade.

Desse modo, o cuidar/cuidado no NASF-AB vai além do modelo biomédico em saúde. Segundo Brasil (2013, p. 39), a UBS deve ter um “cardápio” diversificado de ofertas de cuidado, além de ser capaz de apoiar e mobilizar redes sociais de impacto e “redes de cuidado comunitárias que desenvolvam grupos variados, oficinas, práticas corporais e de autocuidado, atividades lúdicas e laborais etc.”. A amplitude do cuidar/cuidado segue, portanto, um movimento no sentido de aumentar o escopo da resolubilidade na ESF, sendo o NASF-AB muito importante nesse processo de construção da diversidade de serviços que podem ser acessados pela Clínica Ampliada, dentre outras múltiplas possibilidades (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a; MACIEL et al., 2015). Os PEF do NASF-AB da cidade de João Pessoa-PB veem o cuidar/cuidado como intersetorial, interprofissional e político, como pode ser observado nas falas dos sujeitos a seguir:

S4f: [...] eu acho que abrange diversos setores, para o cuidado em saúde, como tudo, deve inserir diversos setores da saúde e não só um campo específico, mas é ... outros centros, outra, outras referências, a parte de CRAS, por exemplo, de serviço social.

S11m: A gente faz sala de espera, tem um nutricionista, tem o farmacêutico, a gente chama a enfermeira, ela vem, a gente fala da saúde deles que é pra eles terem mais cuidado [...].

S14m: Sei que a questão do saneamento básico conta muito, principalmente em espaços de Atenção Primária em si, que a gente tem um Brasil hoje que tem muita desigualdade social, isso conta muito, a questão da cultura, do psicossocial propriamente dito. Além disso, inclui também o conceito de saúde.

Quando partimos para a análise da compreensão dos PEF sobre a complexidade do cuidado no âmbito do NASF-AB, vemos que eles entendem que o cuidado perpassa as consultas e exames, a alimentação adequada e as práticas corporais, de modo a alcançar a escuta dos usuários e a interação social, sobretudo de idosos, sendo, portanto, interprofissional, interdisciplinar e relevante principalmente quando realizado com dedicação, conforme podemos visualizar nas seguintes narrativas:

S11m: É complexo realizar o cuidado nas UBS, uma vez que os usuários querem apenas atendimento médico, e desconsideram outras formas de

atendimento como do PEF e do nutricionista, apesar das suas recomendações.

Sj2f: Às vezes eles [usuários] vêm assim... querendo tanto... exame. Querendo encaminhamento disso e daquilo e, com uma conversa já se acalma, já melhora, ele já sai assim ... então a escuta, o acolhimento com a escuta, assim... é fundamental, porque muitas vezes nem precisa passar pelo médico, não precisa nenhuma receita de um remédio, a gente explicando no dia a dia e conversando [...].

Sj8m: [...] é a questão da alimentação, da atividade das práticas corporais, da atividade física e essa interação social, às vezes o aluno não quer fazer atividade física, mas, por exemplo, o grupo de idoso que aqui tem, é ... que a gente faz no grupo de idoso, também às vezes o idoso não quer ir fazer o exercício físico ou então vem e a pressão deu alta, aí ... daí fica lá sentadinho, mas aí ele tá lá sentado, tá observando os colegas, tá conversando, tá se distraindo, então isso é um meio de distração pra eles.

S10f: Cuidado em saúde corresponde a acolher o usuário, escutar, observar o contexto que ele está inserido como um todo.

S1m: Quando eu faço uma atividade e a pessoa percebe que aquilo está sendo feito com carinho, com amor, esse cuidado, ele passa a ser muito relevante, muito especial para essa pessoa, então, aí é onde vai vir a pessoa estar satisfeita com o benefício que ela está recebendo do profissional, e aí ela vai se sentir bem. E aí, esse cuidado passa a ser não apenas de um olhar de ... de um transmitir ..., mas de um ..., um carinho, um amor especial, essa pessoa vai se sentir bem e vai se sentir cuidada [...].

S13m: [...] muitas vezes eles não querem nem a atividade em si, eles querem uma conversa. Cada um tem uma realidade e outros já chegam mais querendo resultados, “ah professor! Quero emagrecer”. Então, esse, esse cuidar, né? Que eu falo, é mais isso, vai mais de usuário para usuário, a gente tem de conhecer o território que a gente tá abrangendo, que a gente tá trabalhando para daí, conhecendo, a gente põe em prática nosso trabalho.

Como podemos observar nas falas anteriores, as experiências vividas na APS são semelhantes, pois a “complexidade” se caracteriza pela exigência de serem consideradas, a todo tempo e de acordo com cada situação, as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidar/cuidado, bem como de se criarem vínculos empáticos (em via dupla, entre o PEF e os usuários, e entre os próprios usuários) na sua atuação para que essas ações possam ter maior efetividade. “Além disso, as equipes da Atenção Básica estão fortemente expostas à dinâmica cotidiana da vida das pessoas nos territórios” (BRASIL, 2013, p. 19). É importante, assim, que APS e NASF-AB tenham “uma gama ampliada de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas” (BRASIL, 2013, p. 15).

Apesar de a maioria (n = 8) dos PEF entender a amplitude e complexidade do que é cuidar/cuidado na APS, pudemos verificar que alguns (n = 6) ainda

compreendem esse conceito ligado apenas ao modelo biomédico, quando entendem o cuidar na APS limitado a uma atuação ligada à promoção da saúde de cunho preventivista direcionada às doenças crônicas não transmissíveis. Dessa forma, considerando o núcleo específico da EF, eles apreendem que o foco do cuidar está na prevenção e na promoção da saúde por meio de mudança de hábitos como a prática de atividade física e uma alimentação equilibrada, conforme podemos observar nas narrativas adiante:

S7m: [...] mudanças de hábitos. É ... são séries de fatores que vai tá ajudando a você ter uma saúde de qualidade, né?

S12m: O cuidado da saúde é o seguinte: a qualidade de vida. Eu acho que em outras palavras, o cuidado da saúde está relacionado com a qualidade de vida, é promoção da saúde. Então quando a gente fala de cuidado, ele está bastante relacionado com a nossa qualidade de vida, em você se alimentar bem, de você fazer uma atividade física, e tudo isso vai lhe proporcionar um cuidado para sua saúde.

De modo geral, os PEF entrevistados entendem o cuidar/cuidado como algo amplo, sobretudo com o acolhimento como uma prática que deve estar presente nas relações de cuidar/cuidado. Contudo, em seu núcleo de atuação, eles têm se deparado sempre com a ação curativa e preventivista, e esse é um fato que caminha contrariamente ao movimento preconizado pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde, como os Cadernos de Atenção Primária, principalmente os de número 28, volume 1, de 2013 (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) e número 35, de 2014 (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b), que direcionam o olhar dos profissionais para além da promoção, prevenção e reabilitação da saúde e tratamento das doenças.

Essas orientações sugerem, assim, um conhecimento de território e respeito à subjetividade dos usuários da ESF/NASF-AB. Além disso, considerando o cuidado de si e os corpos idosos que correspondem aos usuários (sendo estes os que têm maior participação nesse âmbito do cuidado). Para Mendes, Franco e Aguiar (2020), a partir da fenomenologia de Merleau-Ponty e dos conceitos de corpo e cultura de movimento imbuídos à EF, pode-se entender que a responsabilidade do PEF consiste em “discutir olhares para esses corpos”, com base em “suas mudanças orgânicas e suas experiências” (p.157).

Nesse sentido, no que diz respeito ao sujeito em sua completude, Foucault (2018) discorre que Sêneca e Marco Aurélio analisam e identificam um olhar de cima para baixo, que esse olhar se faz do topo do universo, e depois, olhando para baixo,

o sujeito vê sua totalidade e pode se esforçar para descer até o cerne das coisas, permitindo atravessá-las de um lado para o outro. Ou seja, “não é permanecendo onde está que o sujeito pode saber do modo como convêm” (FOUCAULT, 2018, p. 276), sendo esta, para Foucault, a primeira característica do saber espiritual.

Entendemos que, quando o PEF acolhe e escuta os usuários que desabafam e, algumas vezes, voltam para casa percebendo que não mais necessitam de consulta médica, medicamentos ou exame, esse é um dado excepcional que nos permite vislumbrar um certo grau de interdisciplinaridade e avanço na intervenção do cuidar/cuidado, uma vez que a escuta é um elemento considerado de exclusividade do psicólogo ou do assistente social. Dessa forma, o PEF assume uma tecnologia leve de trabalho a qual busca aliviar o sofrimento do usuário e (re)construir a sua autonomia (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

3.2.3 Atuação do Profissional de Educação Física no NASF-AB e sua relação com o Cuidar nesse âmbito

Nesta categoria, podemos compreender as ações desenvolvidas pelos PEF no NASF-AB do município de João Pessoa-PB. Elas se subdividem em três subcategorias: as ações específicas do núcleo de EF, o gerenciamento de UBS e as ações de maior interação entre as equipes de ESF e NASF-AB, no caso de eventos como palestras, Outubro Rosa e Novembro Azul. As ações desses profissionais mostram que os cuidados desenvolvidos no seu núcleo específico são de cunho preventivo e de controle das doenças crônicas não transmissíveis, com trabalho predominantemente desenvolvido com idosos hipertensos, mas também com gestantes, crianças e adolescentes, sendo mais raro estes últimos.

Podemos identificar aqui algumas ações específicas realizadas pelo núcleo da EF, tanto individual quanto coletivamente. Apesar de os PEF entrevistados não reportarem diretamente a relação das suas ações com o cuidado em saúde na APS, deixaram tácito, em suas narrativas, que todas as ações estão diretamente ligadas ao cuidado, sobretudo por intermédio da contribuição e colaboração com o que denominaram de equipe multiprofissional:

S7m: A gente entende que dentro da atenção primária é ... a equipe multiprofissional, os vários profissionais que fazem parte da equipe da Atenção Primária é ... cada um dá a sua *contribuição*, a gente como do NASF-

AB, através das práticas de atividade física, corporais, de lazer, de conscientização, né? Então isso aí tudo é nossa *colaboração* em relação ao usuário, a gente trabalha também em conjunto, né? Com os profissionais pra entender a necessidade daquela pessoa, daquele grupo específico, né? Hipertensos, diabéticos, pessoas com problemas mentais, e a partir daí que a gente cria mecanismos, né? E ações específicas, pra estar é... trabalhando com a saúde da população [...].

No contexto das ações desenvolvidas e da relação do PEF com o cuidado, não foi citada a inclusão social, já o PTS foi mencionado como inexistente, e o matriciamento foi abordado como palestra para os profissionais do NASF-AB e para os usuários:

S8m: [...] pelo menos tava marcado fazer um matriciamento com os médicos e enfermeiros e todas as unidades, mas não com todos... com alguns que mandavam um encaminhamento errado, eles prescreviam o encaminhamento que, por exemplo, é... solicito psicólogo, aí justificativa, mas não botava explicado direitinho o que era, então tinha muito encaminhamento errado, mal preenchido, aí a direção via a necessidade de fazer um matriciamento acerca disso: o que é o NASF-AB, como é que ele atua, certo? Pra esses profissionais, então, aí foram bolados uns slides pra cada profissional do seu núcleo apresentar os profissionais, pode ser feito dessa forma também.

S8m: PTS? Eu tenho um ano e até hoje eu não fiz nenhuma PTS aqui, e também, assim ... não vejo o pessoal fazendo deste... agora pro usuário o que eu... o que eu acho assim ... de matriciamento, o que é dado é a questão das ações só, o que é feito pro usuário pra informar ele o que cada um faz é ... em ação.

Verificamos, ainda, que não foram relatadas ações de educação em saúde¹⁴ que reconheçam o protagonismo dos sujeitos na produção e apreensão do conhecimento que deve estar alinhado à produção da vida. No entanto, os PEF têm realizado intervenções que favorecem a coletividade, sem excluir a abordagem individual, além de, juntamente com a equipe de saúde, divulgar informações para a adoção de modos de vida saudáveis.

Uma formação deficitária sobre o campo de atuação na saúde e não apenas sobre o corpo, uma educação continuada e capacitação insuficientes, contratos de trabalho inseguros indicam a precariedade do vínculo. As relações hierárquicas e

¹⁴ O conceito de educação em saúde está relacionado “às informações sobre saúde; à recepção e compreensão das mensagens dos programas; à compreensão da saúde como um direito; à valorização de conhecimentos, práticas ou comportamentos saudáveis ou não; à problematização e facilitação de discussões; ao desenvolvimento da autonomia do pensamento; à reelaboração dos conhecimentos de modo a conformar valores; às habilidades e práticas consideradas saudáveis” (BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003, p. 19).

estigmatizantes entre profissionais de saúde têm marcado o trabalho dos PEF entrevistados, assim como identificado em um estudo na ESF (BRITO; MENDES; NETO, 2021). Esse cenário traz prejuízos para a dimensão do cuidado de maneira geral e, principalmente, dos usuários/cidadãos que utilizam o SUS.

Desse modo, as ações do cuidado deveriam também estar voltadas para a autonomia dos sujeitos, pois é comum propormos intervenções de atividade física de forma mecânica, como no caso da caminhada, da ginástica, entre outras, como se o corpo fosse uma máquina. Contudo, movimentar-se pressupõe compreender a subjetividade dos sujeitos, suas limitações e suas possibilidades nas várias dimensões (biológica, intelectual, emocional etc.) nas quais estão inseridos (CARVALHO, Y. M., 2007).

Quanto à avaliação física, um entrevistado nos contou, nos bastidores da entrevista, que esta pouco acontece e que, às vezes, a sua realização estava atrelada ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Esse fato indica que a intervenção com EF no NASF-AB necessita conhecer melhor o sujeito biológico e o sujeito sociocultural e histórico para que o PEF possa desenvolver melhor sua atuação. Talvez a instabilidade no trabalho ainda seja o grande problema a ser resolvido, uma vez que ela produz insegurança e os profissionais não sabem sequer se terão tempo de realizar a avaliação dos sujeitos.

Apesar de os PEF do município de João Pessoa afirmarem conhecer o conteúdo dos Cadernos de Atenção Básica e da PNPS (informação coletada informalmente), eles vislumbram, em suas falas, que ações práticas do conceito de apoio matricial ocorriam apenas no período anterior ao PMAQ. Esse fato é preocupante, uma vez que o apoio matricial (juntamente com seus elementos) é o sangue que corre nas artérias do NASF-AB e nutre a Equipe de Saúde da Família (eSF), ou seja, o NASF-AB não tem sentido de existência sem essa ferramenta. Se o NASF-AB funcionar em sua essência, ele não deve, nem pode, ser enxergado do prisma apenas de reuniões, mas de atenção plena que integre os sujeitos à sua comunidade e lhes dê a oportunidade e o direito de cuidar de si.

Dado as questões transcendentais ao querer do PEF em sua atuação no NASF-AB, fazemos aqui uma defesa em prol desse profissional. Verificamos que, apesar de mitigado, ainda continua existindo preconceito por parte da equipe de referência em relação à atuação do PEF, e o modelo prescritivo, em cada núcleo de atuação, parece prevalecer no momento da coleta de dados desta tese, assim como investigado por

Rodrigues em dissertação concluída em 2012 (RODRIGUES, 2012). Existe, portanto, uma necessidade eminente do cumprimento das portarias e diretrizes que regem o NASF-AB, bem como de políticas internas que fomentem a operacionalização plena desse serviço de apoio, para que a PNPS, apesar das dificuldades, seja alcançada em seu nível máximo possível.

Ainda, segundo Rodrigues (2012), de acordo com o modelo adotado na cidade de João Pessoa em 2011-2012, as principais ações não eram de promover atividade física, mas gerenciar (matriciar) a Unidade Básica de Saúde da Família, ao acompanhar e prover o trabalho da equipe da ESF, bem como realizar acolhimento e visita domiciliar. Essa atuação encontrada na pesquisa pode “fragilizar as ações de núcleo de Educação Física na promoção e prevenção da saúde junto à Equipe de Saúde da Família, conforme objetivado pela Política Nacional de Promoção da Saúde” (RODRIGUES, 2012, p. 49).

Nesse cenário, o que é mais forte contra o trabalho do PEF não é somente o preconceito por parte das equipes, mas acreditamos ser também, dentre outros pontos, a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade¹⁵ que, às vezes, se mostram insuficientes entre os próprios membros da equipe de referência e da equipe que compõe o NASF-AB. Notamos isso pois alguns entrevistados têm sua retórica fundamentada no sentido de que sua exclusão é dada por os núcleos de fisioterapia e nutrição serem mais solicitados pela ESF e nem sempre o PEF é convidado para compor o apoio matricial. Entendemos que o apoio matricial deve ser formado por todos os membros da equipe do NASF-AB, uma vez que nenhum é dispensável do ponto de vista do princípio da integralidade do cuidar em saúde.

Devido às dificuldades encontradas pelos PEF entrevistados, identificamos, assim, que eles não estão conseguindo desenvolver plenamente o que preconiza o Caderno de Atenção Primária nº 27, ou seja, um trabalho que desenvolva a abordagem da diversidade das manifestações da cultura corporal local, compatível com as que são difundidas nacionalmente, bem como o desenvolvimento de “jogos populares e esportivos, jogos de salão (dominó, dama etc.) [...] contextualizada em um processo de formação crítica do sujeito” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b, p.126).

¹⁵ Farias et al. (2018), ao citar Furtado (2009), dizem que, no campo da saúde, o termo “interprofissionalidade” tem seu significado ligado à integração de práticas.

3.2.4 Dificuldades encontradas na prática do Cuidado do usuário no NASF-AB

Nas narrativas dos PEF, verificamos que existem muitas dificuldades referentes ao trabalho no SUS. Esses profissionais demonstram insatisfação, como podemos ver a seguir:

S4f: [...] na prática, não é nem um terço do que realmente deveria ser.

S9m: O SUS não é perfeito, falta muita coisa ... não funciona da forma que ... no projeto.

S10f: [...] as coisas no serviço público, é... a morosidade, o vínculo precarizado... a falta de estrutura adequada, o descaso. Na verdade, é... o descaso, ele vai trazendo um desânimo.

S13m: A gente tem dificuldades em vários pontos, em fragilidades.

S14m: A gente vive muito em, vamos dizer, em uma corda bamba [...].

O SUS tem um dos mais belos projetos de assistência humanizada à saúde. Em nossa concepção, parece um compêndio de cuidados que, apesar de belo, coerente e congruente, por meio dos seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, não tem sido operacionalizado como preconizado, conforme narrou S9m. Ou seja, na prática, ainda não acontece como deveria, porém devemos destacar que precisa existir, por parte do coletivo brasileiro, uma defesa ferrenha e inexorável a esse sistema, o qual não merece ser desmontado, mas, sim, ser respeitado e aperfeiçoado. O que podemos perceber são os profissionais desses serviços descontentes com os caminhos políticos que conduzem às estruturas desse sistema. As verbas têm sido enviadas por parte das esferas governamentais, contudo, de algum modo, como citou S12m, não se sabe como são, exatamente, aplicadas.

Soratto et al. (2017), realizou uma pesquisa qualitativa por meio de observação e estudo documental sobre a insatisfação no trabalho na ESF, também utilizando a técnica de análise de conteúdo. Os resultados são semelhantes aos que encontramos, de modo que essa insatisfação é influenciada pela estrutura física inadequada, falta de recursos materiais, salário incompatível, falta de valorização do trabalho, problemas de gestão e excesso de trabalho, sendo esse último, no caso dos PEF, devido à dupla função na UBS.

O trabalho dos PEF na APS ocorre a partir do NASF-AB e, na maioria das cidades brasileiras, acontece na forma de contrato temporário (RODRIGUES et al., 2013). Esse tipo de contrato dificulta as ações do cuidar em saúde, uma vez que os profissionais se sentem ameaçados, sem estabilidade para continuar essas ações, como podemos notar na fala de S14m, em que trabalhar no NASF-AB é viver em “uma corda bamba”. Do ponto de vista psicológico, é, pois, estar propenso a crises de ansiedade que podem se agravar, inclusive impactar diretamente a saúde e a produtividade do trabalhador.

De acordo com o documento *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde* (BRASIL; OPAS, 2001), o trabalho precário é caracterizado pela desregulamentação, pois esse fato cria a perda de direitos trabalhistas e sociais. Assim, a legalização dos trabalhos temporários gera redução do valor salarial e aumento da instabilidade no emprego, o que torna frequentes os sintomas de ansiedade.

Quanto às dificuldades encontradas no trabalho dos PEF, o que a maioria dos entrevistados traz, de forma clara, em suas falas é que os maiores obstáculos se localizam na prática do cuidado dos usuários e estão relacionados às questões de precariedade dos ambientes e materiais de trabalho e da pobreza e baixo nível de escolaridade dos usuários. Nesse sentido, referente às condições precárias de trabalho, apresentamos as seguintes narrativas:

S4f: A gente não tem espaços adequados pra tá fazendo essa prática, esse cuidado, equipamentos também, né? Por mais que a gente saiba que nem tudo precisa de equipamentos, mas em alguns momentos é necessário, até para potencializar também esse cuidado [...].

S6m: O que dificulta, eu acho que é... no âmbito da Educação Física, um lugar apropriado de ter como fazer essa atividade física, de ter como avaliar ele. [...] além de ser uma comunidade que é relativamente perigosa...

S12m: [...] dentro das unidades de saúde a gente precisa de materiais para fazer atividade física e avaliação.

S13m: Mas ... assim ... o que atrapalha é essa falta de espaço mesmo, e de material mesmo, que não temos.

A partir dessas falas, podemos inferir que os PEF inseridos no NASF-AB continuam, há mais de dez anos, trabalhando em condições que dificultam a produção do cuidar/cuidado conforme demandas do seu núcleo de atuação em relação aos usuários. Percebemos também que há inexistência ou insuficiência de espaços

adequados para a prática de atividade física, fato que corrobora o estudo de Gomes et al. (2018), os quais entrevistaram usuárias dos serviços de APS. Outro fator de dificuldade é a falta ou insuficiência de materiais, inclusive, para a avaliação física.

Os problemas apontados são necessidades antigas que, sendo supridas, poderiam, possivelmente, influenciar ou potencializar o desempenho desse profissional. Uma pesquisa realizada no ano de 2012 (RODRIGUES et al., 2015) identificou que os PEF da região metropolitana de João Pessoa consideravam os espaços pouco adequados para as práticas de atividade física, entretanto, os materiais eram adequados. Este último ponto contradiz a informação da atual pesquisa. Provavelmente, não apenas parte dos PEF entrevistados, mas a maioria que trabalha no NASF-AB do Brasil, já está saturada de criar, junto com a comunidade, materiais reciclados para o desenvolvimento das atividades.

Nesse contexto de dificuldades, ainda ocorre a questão de, em muitas praças ou campos onde são desenvolvidas as atividades físicas e recreativas, existirem pessoas que se reúnem para vender ou fazer uso de drogas. Isso intimida os cidadãos que utilizam esses locais para sua atividade física/práticas corporais. Esse fato nos leva a algumas reflexões: como desenvolver projetos que incluam os usuários de drogas na prática de atividades físicas? E, ainda, como mobilizar a população para que as lâmpadas dos postes dos locais onde ocorrem as atividades do NASF-AB não sejam quebradas e, assim, ocorra a preservação do ambiente? É necessário, portanto, vontade política tanto dos cidadãos como do PEF e dos gestores em seus campos hierárquicos para responder a esses questionamentos.

Além das condições precárias, existem outros fatores preocupantes em algumas comunidades (áreas territoriais) classificadas como perigosas por dois PEF. Um desses profissionais tem atuação preponderante no gerenciamento da UBS e, nos bastidores da entrevista, contou que uma mulher chegou com o filho doente, mas a médica da UBS já havia concluído seu horário de atendimento e se deslocado para sua residência. Contudo, a mulher insistiu que queria ser atendida e, não conseguindo, voltou para casa e acionou o marido, o qual chegou armado na UBS e ameaçou os que lá estavam. Felizmente, o fato não terminou em tragédia. Conversando com a psicóloga da unidade, o homem se acalmou e junto com sua parceira esperaram o atendimento da tarde. Provavelmente muitos outros casos semelhantes ocorrem em muitas cidades do Brasil.

Em relação à pobreza e ao baixo nível de escolaridade dos usuários, alguns PEF emitiram as seguintes falas:

S12m: Agora eu estou em uma unidade integrada que é uma unidade onde o pessoal tem uma condição financeira bem ... vamos dizer assim ... baixa, né? A falta de escolaridade interfere bastante, principalmente nessa unidade que eu estou agora.

S8m: O que eu acho que mais dificulta assim... o que eu percebo muito quando eu vou pra ação, é o próprio usuário ... é ... a própria ignorância dele.

S9m: [...] a falta de interesse do usuário.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2015 (IBGE, 2016), há uma relação negativa entre as práticas de esporte e atividade física e as pessoas com menor nível de instrução escolar, sendo: sem instrução = 17,3%; ensino fundamental completo = 36,6%; ensino médio completo = 43,0%; ensino superior completo = 56,7%. Quanto às pessoas com menor renda per capita, ou seja, baixa condição financeira (baixa renda), também foi observada relação negativa, em que a classe sem renda ou com menos de meio salário-mínimo correspondia a 31,1% das pessoas ativas fisicamente. Por outro lado, as que recebiam cinco ou mais salários-mínimos correspondiam à proporção de 65,2%. Observou-se, ainda, que, nas classes de menor renda, as mulheres apresentam menores proporções de prática de atividade física do que os homens.

O cenário apresentado pela PNAD vem corroborar o que os PEF entrevistados narraram como dificuldades no cuidar, conforme resultados mostrados nas narrativas. Tanto o baixo nível de instrução quanto a baixa condição financeira podem causar a falta de interesse dos usuários para a atividade física regular. Será que é isso mesmo? Na verdade, é muito mais complexo, pois como uma pessoa que trabalha o dia inteiro, se mantém em pé durante 8 horas ou mais por dia, em uma indústria metalúrgica ou em outro local semelhante, tendo seu corpo como instrumento de trabalho, consumida pelo cansaço poderá ter condições de praticar uma atividade física nos moldes da OMS? O que se pode fazer para que essa pessoa possa praticar uma atividade física regular? Já não estaria ela praticando atividade física pelo fato de se manter longo período de tempo na posição bípede ou até mesmo sentada, mas com exaustivos movimentos repetitivos de membros superiores, além de ter que muitas vezes continuar em pé no seu deslocamento via ônibus ou metrô até sua residência? Tudo

isso sem falar no deslocamento ativo (andar, pedalar). Essas são provocações que deixamos para outros estudos.

Podemos destacar, ainda, outras dificuldades diretamente relacionadas à atuação do PEF:

a) A desvalorização do trabalho

Quando se trata da valorização do trabalho, percebemos que, do ponto de vista dos usuários, os PEF são valorizados, uma vez que os usuários têm um bom reconhecimento do trabalho desses profissionais. Contudo, quando essa análise é realizada do ponto de vista dos PEF em relação aos seus colegas de equipe ou gestor, o cenário se modifica, como podemos acompanhar nas falas a seguir:

S5f: Vou falar da minha área que eu não sei das outras, poderia ser mais reconhecida.

S12m: [...] todo mundo queria ser NASF-AB, hoje em dia ninguém quer ser.

Apesar de os PEF perceberem que poderiam ter o trabalho mais valorizado, podemos constatar que já existe um certo grau de mudança em relação a como esse profissional é visto pela equipe ESF/NASF-AB, conforme expressa S3f:

Hoje a gente está mais valorizada (pelos demais profissionais) em relação à Educação Física, inclusive a gente é até o mais ... solicitado para as coisas.

Quando S3f fala da valorização por ser “solicitado para as coisas”, essas coisas implícitas implicam ações em saúde voltadas para dias ou períodos comemorativos específicos, como, por exemplo, vacinação, quadrilha junina ou Outubro Rosa. Ainda é necessário que essa valorização seja dada em um plano de reconhecimento do PEF como um profissional preparado para participar de ações ampliadas de saúde, como a clínica ampliada e o matriciamento. A grande questão é: realmente existe esse preparo? Alguns estudos pertinentes à APS (BONFIM; COSTA; MONTEIRO, 2012; FALCI; BELISÁRIO, 2013) apontam que nem o PEF nem os demais profissionais de saúde estão suficientemente preparados para esse novo modelo de reorganização de APS.

b) Remuneração insuficiente à dignidade dos profissionais

A remuneração é, sem dúvida, uma das maiores motivações em qualquer atuação profissional, e uma prova disso é o empenho e o esmero na busca de melhores resultados durante o extinto PMAQ. A insatisfação com o salário é um dos motivos para reclamações e até mesmo resistência a fazer além do que pode ser feito. Torna-se um bloqueio psicológico para o saber e fazer melhor, conseqüentemente, para a inovação e, nesse cenário, alguns profissionais pedem demissão. Toda essa conjuntura pode ser melhor compreendida nas seguintes falas dos entrevistados:

S3f: O financeiro é pouco para muita coisa, porque a gente roda muito né?

S7m: Hoje tem que sobreviver do salário de Educador Físico, ele precisa tá inserido em vários trabalhos para que ele consiga ter uma renda de qualidade [...].

S14m: O serviço público está perdendo muitos colegas, por falta de melhor remuneração [...].

Uma das falas chamou muito a nossa atenção, visto que denuncia a probabilidade de algo antiético e amoral estar ocorrendo no âmbito da gestão em relação à questão financeira do NASF-AB, como narra S12m:

Eu escuto por aí, dizer que o salário da gente paga dois, paga dois NASF-AB, e o outro a gente não sabe pra onde vai.

Apesar dessa informação, não há possibilidade de comprovação, dado que os PEF e demais profissionais do NASF-AB têm receio ou mesmo medo de corroborar essa desconfiança provável da fala de S12m, uma vez que ele apenas “escuta por aí”.

c) Gerência como um vetor criador de uma resultante negativa para o núcleo específico de atuação profissional em dupla função

Em todo setor de trabalho existe uma função ligada à gestão e, geralmente, o gestor é uma pessoa de exclusividade para esse cargo. Por outro lado, no momento da pesquisa, muitos PEF estavam exercendo uma dupla função, sendo uma no núcleo de EF e outra como gerente da UBS. Esse quesito de multitarefas causou constrangimento para alguns PEF, pois estes pareciam não querer aceitar essa

função, mas, por questões latentes nas narrativas, eram “obrigados”. Essa insatisfação pode ser visualizada nas falas adiante:

S8m: [...] mas quando parte pra, pra parte de gerência é algo que eu não fico feliz porque é uma carga a mais pra gente, sabe?

S14m: [...] fazer funções que não é a sua [...].

S7m: [...] eu vou ser bem sincero com você, a gente pensou que o trabalho seria uma coisa mais específica, certo, hoje também a gente trabalha muito a questão gerencial.

S13m: Eu estou bastante satisfeito, apesar de ter a dupla função que eu tinha falado, de gerenciamento, isso aí é um desgaste profissional.

No período da entrevista (novembro de 2019 a janeiro de 2020), esse era o ambiente dos PEF, valendo salientar ainda que, nos bastidores, uma PEF informou que estava na função de gerenciamento por ter uma gratificação financeira e por necessitar daquele “dinheiro extra”. Após esse período, a maioria dos PEF passou a apenas gerenciar as UBS. Naquele momento, ocorreu a epidemia do vírus SARS-CoV-2 na China e, logo após, em 2020, foram decretados o distanciamento e o isolamento social em todos os países do mundo devido ao problema ter se tornado pandêmico.

d) Referência e contrarreferência¹⁶ como forma de continuidade do cuidar no núcleo de educação física

Identificamos que 13 PEF não realizavam contrarreferência e apenas um afirmou realizar, mas disse também ser muito falho nesse ponto. Durante uma das entrevistas, o entrevistado S9m, ao ser perguntado se fazia referência e contrarreferência, indagou: “Como assim?”, e preferiu não responder. Provavelmente ele ainda não havia ouvido falar sobre o tema, pois desconhecia completamente o conceito. Por outro lado, S4f relatou:

[...] isso acontece, lógico, em outros núcleos, mas especificamente no de Educação Física, a gente vê que isso é uma coisa que eles [PEF] não veem como importante, né?

¹⁶ A referência corresponde ao encaminhamento dos usuários pela APS para os níveis de maior grau de complexidade (média: UPA e alta: hospital). A contrarreferência consiste no retorno do usuário da média ou alta complexidade para a APS e, deve sempre ocorrer quando houver a necessidade de continuidade do tratamento, a exemplo de realização de curativos, escuta qualificada, reabilitação pelo movimento corporal sistematizado, dieta, etc. (PEREIRA, J. DE S.; MACHADO, 2016)

Podemos observar que essa última fala nos remete a um grande problema ou, talvez, apenas a dois obstáculos transponíveis a serem superados: primeiro, o desconhecimento de alguns PEF e, segundo, a desconsideração de uma ferramenta tão importante na avaliação dos resultados das ações dos núcleos. De acordo com Pereira e Machado (2016), essa ferramenta é muito importante para articular os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde.

Neste estudo, entendemos que a referência e a contrarreferência podem ocorrer não apenas no modo hierarquizado dos níveis de saúde (baixa, média e alta complexidade), mas, também, de maneira horizontalizada entre a eSF e a equipe do NASF-AB. No contexto desta pesquisa, a contrarreferência foi considerada utópica pelos PEF, uma vez que é uma medida adotada, predominantemente, no encaminhamento e acompanhamento de casos individuais. A exceção acontece se a referência e contrarreferência puderem ser utilizadas para grupos de pessoas. Isso porque o PEF tem como público-alvo, sobretudo, os grupos de idosos. Logo, provavelmente, esse seja um dos motivos de esse profissional não considerar relevante esse tipo de avaliação e acompanhamento dos resultados obtidos pelas suas ações.

A referência, como já falamos, é uma ferramenta importante na continuidade do cuidado, e é necessário o PEF falar sobre isso nas reuniões com as equipes de saúde, no entanto, para falar, ele tem que conhecer ao menos o conceito dessa tecnologia. Vejamos o que disse S4f:

[...] isso ainda é um bloqueio muito grande e... de fato nunca houve, essa ... eu realmente nunca recebi a referência.

Grande parte dos PEF relatou que a relação dos PEF com a EqSF e com os demais profissionais da equipe NASF-AB, não se dá por meio de referência e contrarreferência, mas, poucas vezes, por encaminhamentos nos quais não ocorre a formalidade do registro da contrarreferência:

S1m: é ... nós profissionais de Educação Física, a gente tem muito pouco, até mesmo a questão do encaminhamento.

S2f: [...] aí vem no encaminhamento descrito né? Olha, é ... o usuário, é ... é... com fortalecimento, é ... contrarreferência informal.

S5f: Acontece assim ... de a gente receber encaminhamento na academia da saúde, do médico, para que o usuário venha fazer uma atividade física, e aí ela escolhe a atividade que ela vai fazer e a gente faz a avaliação para ver se ela está apta a fazer essa atividade, e daí ela só permanece aqui, a gente não tem um retorno pra ele, nem tem nenhum contato com ele.

S9m: Quando as médicas ou o fisioterapeuta recebem pacientes com problemas, eles, sempre que dá, encaminham para os grupos operativos de Educação Física, e depois a gente não se sentou ainda para dizer ... olhe! Os resultados foram esses, mas a gente conversa ...: doutora, aquele paciente que a senhora encaminhou para mim, ele está indo para as aulas, – “e aí?” Eita! “O colesterol dele baixou, a diabetes dele ... a glicose baixou”, a gente tem essa conversa, a gente nunca se sentou para anotar dados não.

Pelo que vimos anteriormente, alguns PEF recebem encaminhamentos, mas ainda não existe uma contrarreferência formal, apesar de haver uma ficha específica para tal procedimento. Podemos inferir o motivo pelo qual S8m fala:

Então! Eu vejo médico, enfermeiro encaminhando psicologia, ... é nutrição, outros núcleos, mas pra educação física não encaminha, e eles atendem pacientes obesos, hipertensos [...].

Os PEF percebem, ainda, que existe uma necessidade da ferramenta referência-contrarreferência:

S7m: [...] e a gente vai fazer a avaliação, e vai saber qual a necessidade de fazer a nossa intervenção, e a partir dessa intervenção a gente tem a contrarreferência pra estar também com outros profissionais trabalhando em conjunto. É ... poderia também ter mais.

Apesar de os PEF conhecerem e compreenderem a necessidade e importância do uso da referência-contrarreferência para a integralidade do cuidado, eles apontam para uma desconsideração dos profissionais da equipe. Pelas narrativas dos entrevistados, verificamos que os médicos, enfermeiros e fisioterapeutas conhecem a referência e contrarreferência, mas não utilizam essa poderosa ferramenta com o núcleo de EF. O que não entendemos ainda é o motivo desse comportamento por parte desses profissionais que fazem parte do cotidiano de trabalho dos entrevistados. Vejamos outra fala:

S4f: Eu acho que o núcleo de Educação Física, infelizmente, a gente sabe que ... que a maioria dos profissionais ainda tem entendimento que é para quando tem uma festa, uma ação, um grupo, fazer um alongamento, uma ginástica, e ponto final, mas não entende outros fatores que a Educação Física pode também estar contribuindo também no cuidado daquele usuário e, aí ele não faz esse tipo de encaminhamento, normalmente. Isso é uma luta que já faz oito anos [...].

Os documentos oficiais do Ministério da Saúde, incluindo as Diretrizes do NASF (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b, p.84) , orientam para que, nas linhas de cuidado, sejam utilizados protocolos clínicos e também a descrição sucinta das atividades relacionadas aos sistemas de referência e contrarreferência, pois são necessários na rede de atenção como instrumento de “enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida”.

e) Apoio matricial e projeto terapêutico singular como formas do cuidar no NASF-AB

Dado o apoio matricial ter ancoragem em aspectos clínicos e pedagógicos, ele torna-se o principal escopo do NASF-AB. Sendo assim, é a partir dele que devem ser realizadas ações que culminem em melhores condições de atendimento (cumprindo o princípio da integralidade, no qual se insere o PTS) e, conseqüentemente, em melhores condições de saúde da população. Atualmente, o matriciamento, quando ocorre, existe na forma de reuniões das equipes com a gerência, e o conceito que os PEF têm de apoio matricial está relacionado à prática da gerência da UBS, como podemos ver nas falas a seguir:

S12m: Apesar de ter diminuído bastante nos últimos anos, nós temos reuniões matriciais que são realizadas semanalmente [...].

S4f: [...] desde a minha chegada no município de João Pessoa, que eu trabalho com o apoio matricial, que antes era apoio matricial e agora é gerência.

S14m: Nesses sete anos de minha profissão, cinco anos foi relacionado a estar dentro das unidades de saúde fazendo o trabalho de matriciamento e hoje na nova portaria é chamado de gerente.

O apoio matricial nasce junto com o NASF-AB como uma das suas primeiras e principais ferramentas, uma proposta de ampliação do escopo no atendimento à população adscrita, com o objetivo de maior resolubilidade frente às dores, angústias e agravos à saúde dos sujeitos. O NASF se tornou NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), mas apenas a mudança de nomenclatura não é suficiente para que ocorra a ampliação dessa estrutura. Seja de apoio ou ampliado, o que necessariamente deve acontecer é a equipe realmente cumprir seu papel de trabalho

em conjunto e de apoio à EqSF. A nossa grande preocupação é que o NASF-AB se fragmente e perca seu sentido de existência.

Um estudo realizado Brito, Mendes e Neto (2021), a partir de uma revisão-avaliação crítica da literatura, identificou que o trabalho em equipe apresenta muitas limitações e que outras pesquisas mostram a necessidade de responsabilidade coletiva da EqSF, bem como de integração entre os profissionais que, mesmo tendo suas narrativas voltadas para a horizontalidade no trabalho, acabam por manter uma hierarquia entre esses trabalhadores, sobretudo quando se trata do nível de formação. Nesse contexto, o PMAQ foi criado como incentivo ao apoio matricial para fomentar a interação entre os profissionais, entretanto, o presente estudo nos mostra que o apoio matricial foi realizado apenas por ocasião dessa avaliação, conforme exposto pelos entrevistados:

S3f: [...] no momento a gente fez, quando fez avaliação do PMAQ, mas [...] não teve mais. Mas já fez.

S9m: Sim, sim, agente [...] nessa questão a gente tem tudo anotado, porque a gente passa [...] antigamente o PMAQ funcionava assim, né?

S11m: A gente fez quando passou a avaliação do PMAQ, aí a gente fez, pegou um usuário que engloba todas essas áreas e a gente fez.

A tecnologia do apoio matricial consiste, pois, no fundamento fulcral do NASF-AB, contudo, já parecia estar sendo negligenciada e, agora que o PMAQ foi extinto, o padrão de captação de recursos foi mudado e as condições motivacionais para sua execução foram fortemente abaladas. Quais serão, então, as possibilidades de resistência para a continuidade do NASF-AB como núcleo ampliado de saúde da família?

Como dito anteriormente, o matriciamento ocorreu apenas devido à existência do PMAQ, e, quanto ao PTS, essa ferramenta não estava sendo utilizada, ao que vislumbramos, sequer pelos demais profissionais das equipes, uma vez que não foi lembrada pelos entrevistados. Dentre as falas, apenas um PEF afirmou ter realizado o PTS:

S10f: Nesse momento, faz muito tempo que eu não faço nada disso.

S11m: É raro, não é comum, a gente já fez, pronto!

S13m: Como eu estou NASF-AB, a gente não faz.

S12m: É raro, muito raro. Era para acontecer constantemente, a gente tem vários casos no território, e aí a gente tem dificuldade porque a gente atua como gerente também, aí fica difícil, às vezes a médica consegue ter um diagnóstico e resolver a situação bem mais rápida do que ter um monte de multiprofissional fazendo aquilo ali.

Tendo em vista a importância da intervenção interdisciplinar e interprofissional no NASF-AB, analisamos, com muita preocupação, as respostas dos entrevistados. Podemos identificar, na última palavra da resposta de S11m, que existe um certo receio em responder, contudo, ele decide falar de modo franco, assumindo uma *parrhesía* extremamente necessária à melhor compreensão do sistema de funcionamento do trabalho desses profissionais. As informações trazidas por esses sujeitos nos levam a entender que a ESF e o NASF-AB do município de João Pessoa necessitam passar por uma profunda reorganização, para que o NASF-AB possa desenvolver seu verdadeiro papel na Atenção Primária do SUS (realizar matriciamento) por meio da interprofissionalidade, sempre em conjunto com a EqSF.

Portanto, baseando-se no que Ceccim e Bilibio (2007) identificam em relação ao apoio matricial, mesmo antes da existência do NASF-AB, o trabalho do PEF no NASF-AB deve ter seu enfoque: primeiro, nas práticas do cuidar que envolvam vínculo e processo educativo em sua atuação; segundo, na micropolítica que deve conduzir os usuários da atenção primária à autonomia, explorando as potências do seu próprio corpo em relação às sensações e afetividade; e terceiro, nas necessidades do usuário.

Quanto à resposta de S12m, consideramos que pode existir uma falta de compreensão concernente à necessidade do trabalho em equipe, e isso pode manter as ações dos trabalhadores em saúde ainda focadas no modelo biomédico por anos. No entanto, esse é um ponto de vista pessoal e isolado. Vemos aqui a necessidade da educação permanente em saúde, uma vez que o rearranjo proposto advindo dessas tecnologias tem forte ancoragem no fornecimento da retaguarda assistencial, bem como no suporte com caráter técnico-pedagógico às equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007; OLIVEIRA et al., 2019). Assim, os profissionais poderão se atualizar e utilizar essas tecnologias com maior responsabilidade na efetivação de suas ações compartilhadas.

Outra preocupação se refere ao fato de a(o) médica(o) e enfermeira(o) poderem pensar da mesma forma que S12m, caso isso aconteça e seja comum, estaremos distantes de alcançar as metas planejadas para APS. Desse modo, existe um processo para a *construção* de um PTS, o que “implica, necessariamente, na

revisão de posicionamentos profissionais e pessoais, tanto no trabalho em equipe, como junto ao usuário” (MIRANDA et al., 2012, p. 11).

A fala de S14m a seguir vem como exceção às falas anteriores, ou seja, esse sujeito afirmou realizar o PTS, mas não fazer registro dessa ação:

[...] além de ser muito baixa a nossa participação no PTS pelo fato de a gente fazer, mas não escrever, eu sempre coloco isso, a gente faz muito PTS, muito projeto coletivo, mas a gente não escreve o projeto, e aí acaba que fica aquela coisa de amadorismo.

O que S14m expressa aponta para uma falha que se torna fragilidade no desenvolver das ações, bem como indica que é extremamente necessário o efetivo registro oficial de todas as atividades desempenhadas pelos PEF atuantes na APS, dado que a inexistência do registro, para ele, implica falta de profissionalismo. Concretamente, o que podemos inferir é que, sem os registros oficiais das atividades, não há como comprová-las nem fazer quaisquer tipos de avaliações das ações.

Apesar das dificuldades que se erguem como uma grande barreira de impedimento para operacionalização dessas ferramentas, consideramos ser possível o PEF realizar tanto o apoio matricial como o PTS. Vejamos um exemplo de uma experiência exitosa no PTS, extremamente importante, relatada por S14m:

Mas eu colocaria um PTS, uma experiência exitosa que foi com um caso de uma pessoa que a gente encontrou ele dentro de um quarto, que não saía de dentro do quarto há três anos, segundo relatos da família, e aí a gente se uniu, PEF, psicólogo e a equipe de saúde da família, a gente conseguiu montar estratégias, principalmente a estratégia de esse usuário fazer atividade física dentro do seu próprio quarto, com arroz, com feijão, com alimentos que ele tinha dentro de casa, eu cheguei ao ponto de orientar ele por debaixo de uma porta, e ele fazia. A sensação era de que ele estava fazendo o movimento dentro do seu quarto, e com seis meses a gente conseguiu tirar esse cara de dentro do seu quarto, ele numa situação muito carente de cabelos grandes, barba grande e odores muito sérios, a gente conseguiu ressocializar essa pessoa dentro da sua residência, e eu coloco muito na atividade física que ele fazia, que nós sabemos que a atividade física é um dos antidepressivos com menor custo, e que depende muito do desejo da pessoa querer fazer.

O querer fazer, indicado na narrativa desse entrevistado, tem o mesmo sentido e significado, pois caminha na direção de o sujeito aceitar realizar as práticas corporais/atividades físicas e operacionalizar o movimento corporal em uma vertente profilática, terapêutica e de socialização, além dos benefícios alcançados do prisma psicológico.

Mendes et al. (2020), em estudo de revisão sistemática, afirmam que, quando o sujeito já está em quadro de depressão, isso indica um baixo nível de vontade de poder, o que resulta em perda de querer aderir às propostas terapêuticas. Isso também segue em direção à aniquilação completa do querer cuidar de si. Contudo, esses autores encontraram como resultado que a atividade física orientada e associada às PICs, ao suporte psicológico e ao tratamento medicamentoso é mais potente na minimização dos sintomas de depressão em idosos (principal população atendida pelo PEF no NASF-AB). Por outro lado, essa potência é reduzida a cada retirada de um desses tratamentos.

Como podemos perceber no depoimento de S14, acima de tudo, faz-se necessário convencer o(s) sujeito(s) a querer participar das atividades físicas, assim como seguir a orientação dos demais profissionais de saúde. Não conseguimos compreender, ainda, como realizar o cuidado sem que o outro o aceite. Parece que uma grande tarefa comum entre os profissionais de saúde é sensibilizar o usuário do serviço a se integrar como coautor do cuidado de si. Sendo assim, convencer os usuários do sistema de saúde da necessidade de terem uma vida saudável parece ser o grande desafio e mais importante do que tratar com eles sobre assuntos da fisiologia.

Após os PEF entrevistados terem falado sobre seus conhecimentos sobre saúde, sobre cuidar de si, quando foram perguntados sobre o trabalho no SUS, sete ($n = 7$) disseram estar satisfeitos, quatro ($n = 4$) disseram estar insatisfeitos e outros três ($n = 3$) demonstraram um grau de satisfação neutro, uma vez que veem pontos positivos e negativos do SUS, portanto, não afirmaram nem negaram diretamente nas narrativas em relação a estarem ou não satisfeitos com esse trabalho. Percebemos que o S11 gosta do SUS, mas não de trabalhar no SUS. Quanto aos entrevistados que disseram que gostam, esse sentimento ocorre por trabalharem diretamente no núcleo de EF, podendo ajudar pessoas carentes, e por terem o reconhecimento do trabalho por essas pessoas, mas não por trabalhar na gerência.

Após fazermos considerações acerca das dificuldades, trazemos também o outro lado do ambiente de trabalho do PEF, no qual ele encontra um reconhecimento positivo dos usuários. Algo muito importante nesse ambiente ou na vida como um todo é ser reconhecido pelos colegas de trabalho, chefe ou gestor, bem como pelas pessoas que são diretamente beneficiadas com o nosso trabalho. Nesse sentido, os PEF entrevistados expressaram sua própria gratidão pelo reconhecimento positivo

dos usuários do NASF-AB em relação às suas ações nesse âmbito, como podemos ver nas falas adiante:

S1m: O dia a dia com os usuários, a gente percebe a satisfação [...].

S2f: Muito bom! Porque a gente vê a recompensa e a satisfação deles, a evolução deles, o dia a dia deles, o depoimento que eles falam para a gente [...].

S7m: É muito importante quando eu trabalho num grupo e uma pessoa, uma dessas pessoas de grupo de gente de 15, 10 pessoas, e uma dessas pessoas fala, “professor, a partir do momento que eu comecei a participar de sua atividade da aula de Educação Física, a minha saúde melhorou bastante [...]”.

S11m: Eu fico feliz quando vejo um usuário dizendo que foi bem atendido, que teve sua resolução atendida, aí ... isso aí me deixa satisfeito.

3.2.5 Formas de vínculos estabelecidos pelos PEF com os usuários e profissionais do NASF-AB

A enfermagem tem sua essência ontológica no cuidar, por esse motivo, fomos buscar a relação epistemológica de vínculo nessa área. Encontramos, assim, que o vínculo tem seu significado ligado à moral, à responsabilidade e ao processo de construção de estreitas relações no sentido de se tornar sensível às necessidades e problemas do outro (TRENTINI; PAIM; VÁSQUEZ, 2011). De acordo com documento do Ministério da Saúde (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 48), o vínculo:

Consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.

A partir da leitura flutuante e exaustiva do corpus documental e após a exploração do material transcrito, foram criadas as seguintes subcategorias: amizade e diálogo como vínculos para além da atividade física; relação familiar; confraternização como maneira de estabelecer vínculos. Dessa forma, em relação à primeira subcategoria citada, identificamos as seguintes narrativas:

S9m: É um vínculo de carinho, respeito, muitas vezes a gente ultrapassa essa parte só da atividade física.

S13m: Quando a gente trabalha muito com o público da terceira idade, a gente tem uma reciprocidade muito grande deles, né? Muitas vezes eles

pedem o telefone do professor, e às vezes eu não tenho... eu não tenho nenhuma restrição disso, eu dou o telefone aí elas ligam etc. [...] e a gente fica como amigo mesmo, não fica só como aluno e professor, a gente fica como além disso, a gente fica como amigos.

S10f: [...] já criou um laço de amizade com eles, a gente tem grupo no WhatsApp.

S11m: Uma amizade, um diálogo, um diálogo com eles, tirar dúvidas deles, né?

A escuta é um importante instrumento gerado a partir do acolhimento e da amizade criada por qualquer profissional da APS, tornando-se uma ferramenta essencial para formar e fortalecer vínculos entre os profissionais e os usuários (TRENTINI; PAIM; VÁSQUEZ, 2011). S11m nos informou que o que ele denominou de diálogo com os usuários é mais uma forma de escuta às ambições, necessidades e agruras vividas por eles.

Criar vínculos com pessoas no cotidiano não é tarefa fácil, requer amabilidade, sinceridade, confiança, responsabilidade e simpatia, dentre outros atributos, e, como podemos observar, os PEF têm conseguido conquistar esse espaço e gerar carinho e respeito mútuos ao ponto de cederem aos usuários os números de seus telefones pessoais. Consideramos que o engendramento dessa amizade é importante no processo de construção do cuidado em saúde, dado que, sem amizade, não há confiança e, não havendo confiança, ocorre a possibilidade de maior dificuldade no processo do cuidar.

No que se refere à relação familiar entre os PEF e os usuários da ESF/NASF-AB, foi declarado o seguinte por alguns entrevistados:

S3f: Me vêm como filha, assim [...], às vezes.

S14m: Eu costumo dizer ao grupo de idosos, que eu trato elas como trataria minhas duas avós que eu não tive oportunidade de intervir na vida delas. [...] todas elas me chamam de neto, dizem que eu sou filho delas [...].

Como podemos ver, o relacionamento entre pacientes/usuários da ESF/NASF-AB e PEF transcende o modelo biomédico de atuação, ocorrendo de, em alguns casos, haver representação afetiva equivalente às pessoas da família, o que nos leva a entender que essa empatia pode ser considerada superior a uma simples amizade.

Quanto à subcategoria confraternização como maneira de estabelecer vínculos, os entrevistados falaram o seguinte:

S8m: Lá nos grupos, nas atividades tem as confraternizações, é uma forma de criar vínculo com eles.

S10f: [...] marca confraternização fora.

Os PEF atuantes na ESF/NASF-AB da cidade de João Pessoa-PB intentam desenvolver vínculos com os usuários desse serviço e, na nossa análise, podemos perceber que esses profissionais procuram, naturalmente, criar laços de amizade e diálogo para além da atividade física, o que os faz caminhar no sentido de uma relação familiar. Para gerar essa empatia, os PEF costumam realizar atividades de confraternização com seus pacientes/usuários do NASF-AB, buscando também variar os locais desses eventos.

Apesar de não precisar ser estabelecida, necessariamente, uma relação pessoal para existir continuidade do cuidado, quando se cria o vínculo, aumentam-se as possibilidades de uma cooperação mútua entre os usuários e as equipes de saúde (COUTINHO, 2011). Da mesma maneira, os vínculos constituídos com os grupos de práticas corporais maximizam o fortalecimento dos espaços sociais, possibilitando melhor gestão participativa (GOMES; FRAGA; CARVALHO, 2015). Esses autores afirmam, ainda, que há uma recorrência na discussão sobre a humanização dos processos de saúde, bem como sobre a importância do vínculo que deve existir entre os profissionais das equipes de saúde e os usuários do SUS.

Nesse sentido, o vínculo, sobretudo afetivo, criado com os usuários, com as famílias e com os grupos populares é caminho norteador para as ações em saúde e produção do cuidado. Desse modo, é possível serem produzidas relações de amizade e cumplicidade com os usuários os quais, certamente, passarão a perceber que o profissional de saúde se importa com o sofrimento deles, e isso tem significado para ele (SILVA; MELO; VASCONCELOS, 2008).

Existem três componentes imprescindíveis para a gestão do cuidado na dimensão profissional, sendo eles: a postura ética do trabalhador, a competência no núcleo específico de saber e a capacidade de criação de um bom vínculo profissional-paciente (CECILIO, 2009; CECILIO, 2011). O vínculo é um elemento de grande potência para gerar a empatia necessária. Sendo assim, como os PEF entrevistados percebem a aceitação dos usuários quanto ao seu trabalho? Essa percepção indica que há boa aceitação e, também, um diferencial pela alegria, de maneira que os

profissionais recebem elogios. Segundo os entrevistados, unanimemente, a aceitação da atuação do PEF é boa, como vemos em algumas das falas a seguir:

S3f: Até agora, assim ... na minha frente não falaram nada, não sei por trás, mas na minha frente são satisfeitos, gostam.

S14m: Se eles não me enganar né? Eu tenho uma boa aceitação.

Podemos observar, assim, que os PEF, apesar de alguma dúvida existente, têm uma percepção de boa aceitação pelos usuários e que ela ocorre pelo diferencial que essa profissão traz em relação às demais:

S13m: Eu acho uma aceitação muito grande, eles procuram bastante, eu acredito que a gente como educador físico ... a gente tem esse diferencial das demais funções, pelo fato de a gente fazer algo diferente, práticas corporais [...].

Nas falas de S6m e S9m adiante, compreendemos que a aceitação da atuação do PEF se dá devido à alegria que ele fomenta por meio das atividades efetivadas:

S6m: [...] dificilmente a gente vê alguém reclamando porque trouxe alegria, porque trouxe atividade física.

S9m: [...] eles dizem que não quer que acabe né? Que se sentem felizes porque se sentem bem cuidados.

A alegria proporcionada pelas atividades desenvolvidas pelo PEF produz uma maior aceitação do seu trabalho e geralmente se manifesta na verbalização a partir de elogios pelos pacientes/usuários:

S11m: É só elogios: "Olhe, volte sempre, venha de novo", sempre eles gostam.

Levando em conta as informações apresentadas pelos PEF, inferimos que essa profissão tem grande representação social junto aos usuários do NASF-AB, dado que as atividades desenvolvidas não têm cunho exclusivamente biologicista, pois causa impacto também nas emoções, sentimentos, socialização e, possivelmente, gera, nos pacientes/usuários do NASF-AB, o desejo de querer ter uma vida fisicamente ativa. Esse é um fato que nos leva a considerar o PEF, ainda, como um fomentador da promoção da saúde a partir do movimento humano e da ludicidade imbuída nele, bem

como tem esse profissional um importante papel sociocultural no processo de construção da qualidade de vida das pessoas por ele atendidas.

Com base nas falas dos entrevistados, compreendemos que o PEF carrega a grande responsabilidade de proporcionar o cuidado por meio de suas ações, mantendo as pessoas felizes, e a felicidade é uma percepção subjetiva que transcende o corpo biológico. Afinal, ser feliz é um dos fatores importantes da vida. Se as pessoas realizam uma atividade com prazer, há uma forte tendência de essa atividade se tornar hábito (DUHIGG, 2012). Então, as pessoas poderão praticá-la não por obrigação ou por se sentirem culpadas caso não façam, mas por prazer em cuidar de si também nesse aspecto.

Devido à pandemia do Covid-19, não foi possível realizar coleta de informações com os usuários atendidos pelos PEF entrevistados, portanto, há uma limitação no presente estudo por não conhecermos a percepção dos próprios usuários em relação à atuação do PEF.

Tão importante quanto a relação do PEF com os usuários da APS é a relação desses profissionais também com as equipes de ESF e NASF-AB. Nesse sentido, consideramos as relações pessoais como algo extremamente complexo, sendo o aprender a conviver um dos pilares da educação, cristalizado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Tanto as relações familiares quanto as sociais e no trabalho devem ser pautadas em confiança e respeito pelo outro, logo, essas relações também implicam, a nosso ver, uma forma de cuidar. Neste trabalho, verificamos que a relação dos PEF e seus pares no NASF-AB envolve interação, dificuldades e conflitos, conforme apresentado na sequência.

De todos os entrevistados, sete afirmaram ter bom relacionamento com os profissionais das equipes de saúde das quais fazem parte, favorecendo o cuidar, sobretudo com o profissional da nutrição, o(a) fisioterapeuta e o(a) enfermeiro(a), sendo que, em uma das afirmações, ficou implícito que deveria ter sido negação. Ainda, três PEF responderam não ter favorecimento na prática do cuidar por não ter bons vínculos. Aos demais quatro, essa pergunta não foi feita, primeiro porque a necessidade dela só foi percebida após a entrevista realizada com o segundo sujeito entrevistado, quando, então, ela foi elaborada; e segundo porque houve um lapso, por parte do pesquisador, em não colocar essa pergunta para outros dois entrevistados.

Em pesquisa realizada anteriormente (RODRIGUES et al., 2015), observou-se que o enfermeiro era o profissional que mais interagiu com o PEF, seguido do

nutricionista e depois do fisioterapeuta. Atualmente, como já dito, os PEF informaram ter uma boa interação principalmente com a(o) nutricionista, seguido do(a) fisioterapeuta e enfermeiro(a). Dado que o trabalho no NASF-AB tem um caráter exclusivo de integralidade do cuidado, essa integralidade se torna mais robusta a partir da interação dos profissionais da equipe, assim, a visão ampliada de atenção à saúde deve sempre ser permeada pela proposta original dos princípios doutrinários do SUS. Contudo, a atuação do PEF e, provavelmente, dos demais componentes da equipe de apoio parece carecer de maior quantidade de profissionais engajados para a resolubilidade dos problemas em saúde, como podemos verificar nas falas a seguir:

S6m: A gente tem muita interação entre a atividade física e a nutrição, a nutricionista está sempre presente.

S10f: Com o profissional fisioterapeuta, enfermeiro, médico, sim, e o nutricionista, com o restante eu não tenho contato.

S9m: A gente precisa do nutricionista, do fisioterapeuta, a gente sempre consegue ter acesso a esses profissionais, e a gente consegue, pelo menos nessa interação ... a gente consegue, é satisfatória. Uma vez no mês a gente faz essas reuniões, ou pelo menos tenta, né?

S4f: [...] de fato, não consegue ter um vínculo forte entre a própria equipe enquanto NASF-AB.

A resposta de S10m deixa latente que não é comum a agenda de reuniões para atuação ou aprendizagem em conjunto com os profissionais das equipes de referência e do NASF-AB. Além disso, S4f trata da necessidade de criar vínculos, interações mais (a)efetivas intraequipe NASF-AB. Os profissionais do NASF-AB podem ser inovadores e ter mais abertura para as necessidades que surgem, bem como ser mais flexíveis em relação às agendas, devendo priorizar o atendimento compartilhado (SANTOS et al., 2017). Se não houver forte vínculo dentro da própria equipe NASF-AB, quais as possibilidades de a EqSF requisitá-lo?

No entanto, não podemos julgar, de modo negativo, a atuação desses profissionais, uma vez que as condições de trabalho oferecidas parecem estar aquém do necessário. Observamos que eles fazem o possível no processo de construção do cuidado e que ainda há um caminho longo a ser percorrido. Além disso, gerar interação positiva com objetivos comuns entre os profissionais das equipes é, até então, um grande desafio para os coordenadores de cada equipe, bem como conciliar e aproveitar as riquezas das diferenças entre os profissionais (SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012).

Referente às dificuldades de relacionamento do PEF no NASF-AB, as respostas foram:

S4f: [...] o que dificulta é, justamente, essa [...] dupla função de gerente, apoio e NASF-AB, aí confunde também os próprios profissionais das equipes, e até a equipe NASF-AB.

S8m: [...] a gente muda muito a equipe NASF-AB. [...] Assim ... tem profissional que tá de gerente, então ele não se atém muito à necessidade da atuação do NASF-AB entendeu?

Como podemos notar, no momento da pesquisa, os PEF tinham, como grande dificuldade, atuar nas funções de gerente da UBS e em seu núcleo específico de conhecimento. No ano de 2020, os PEF da cidade de João Pessoa que aceitaram a proposta de trabalharem exclusivamente como gerentes ficaram dispensados da função no núcleo de EF. Ainda não sabemos as implicações dessa mudança, nem o impacto a curto, médio e longo prazo, e nem o que isso causará em relação à promoção da atividade física e qualidade de vida dos usuários nos cinco distritos sanitários da cidade de João Pessoa-PB.

Quanto aos conflitos, possíveis ou existentes, os PEF responderam:

S12m: Se a gente trabalha separado, tem problemas profissionais, não se dá bem, a gente chega na direção, conversa, e aí, de certa forma até eles transferem as pessoas de um local para outro, os profissionais mudam, a gente tá mudando, sabe?

S14m: Eu sou muito de escutar os outros profissionais, sei que alguns casos a gente acaba em conflito.

Referente a essa questão dos conflitos, trazemos alguns pontos problematizadores: como a gerência pode atuar para criar e reforçar vínculos entre os profissionais? Como considerar suas diferenças e habilidades para fortalecer as equipes do cuidado? Na verdade, parece que os conflitos nem sempre são pessoais, mas estão relacionados ao querer, a cada um defender a sua “verdade” no seu campo de estudo. Ferreira et al. (2016, p. 231), em pesquisa realizada no município de São Paulo, obtiveram resultados nos quais os PEF dizem que “o bom funcionamento de uma equipe se dá pela boa relação entre seus membros e o comprometimento da equipe com a perspectiva do cuidado em saúde”. Portanto, a gerência deve, necessariamente, ter domínio na gestão dos conflitos e conduzir a equipe à harmonia,

inclusive, no sentido de fortalecer o trabalho interdisciplinar e interprofissional direcionado à atenção integral ao paciente/usuário dos serviços de APS.

4 CAPÍTULO III – EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COMO FORMA DO CUIDAR: o que o PEF pode construir

4.1 O ESTADO E A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade no SUS (BRASIL, 1990). Não existe sistema de saúde sem os usuários, portanto, são eles os elementos chave do cuidado no processo saúde/doença e, também, no processo de autonomia do ser humano que se inicia pela educação adquirida no seio da família e na escola e, posteriormente, distante desses ambientes.

Por sua vez, a Resolução nº 9, de 2 de dezembro de 2013 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2013), estabelece estratégias para a implantação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEP-SUS). Essa política sugere metodologias e tecnologias de apoio às diversas formas de gestão no SUS, em uma prática direcionada para promoção, proteção e recuperação da saúde em um contexto interdisciplinar e a partir do diálogo da diversidade de saberes, dando ênfase ao conhecimento popular e inserindo-o na APS/NASF-AB. Sendo assim, as ações voltadas para EPS devem ser norteadas pela participação social no sentido de encontros entre os usuários e os profissionais de saúde (BRASIL, 2017a).

Conforme documento do (BRASIL, 2013), a EPS propõe ações em quatro eixos estratégicos, a saber:

- participação, controle social e gestão participativa;
- formação, comunicação e produção de conhecimento;
- cuidado em saúde;
- intersetorialidade e diálogos multiculturais.

Além disso, os pilares que regem o SUS estão imbuídos na PNEP-SUS e se constituem em universalidade, equidade e integralidade. Desse modo, a PNEP-SUS segue para que haja um diálogo entre os envolvidos nesse processo, de modo que a problematização seja construída em forma partilhada do conhecimento, em um ambiente de amorosidade, emancipação e compromisso mútuo na criação do projeto democrático popular (BRASIL, 2013).

Por onde quer que o ser humano ande, ele deve ter consciência do mundo e de si próprio, de maneira a se enxergar como inacabado, reconhecendo a necessidade

de conscientemente buscar o conhecimento de si e a educação como forma de luta pela sua autonomia, de ser resistência a qualquer pessoa ou sistema opressor, de ser aí (*dasein*). Essa autonomia está diretamente ligada à emancipação ontológica do sujeito envolvido no processo de EPS, sujeito esse que, inserido no processo coletivo compartilhado, busca se libertar, se desvencilhar dos modos opressores de discriminação, dentre outros (BRASIL, 2013), o pode ser uma maneira inteligente de os sujeitos se fortalecerem no combate às iniquidades em saúde. A pesquisa realizada por Santos et al. (2016) identificou aspectos relevantes sobre a participação popular da comunidade na construção de estratégias que fomentam o bom desempenho nos serviços de saúde.

Existe, assim, uma necessidade iminente dos profissionais da ESF/NASF-AB tecerem ideias, redes que se conectem e conduzam os usuários desses serviços ao desenvolvimento da capacidade de aprender, de desenvolver habilidades no cuidar de si a partir da sua subjetividade. Desse modo, no campo da EPS, para o desvelar da prática educativa, são necessários instrumentos, técnicas, métodos e conteúdos que se adequem ao contexto da vida cotidiana dos usuários (FREIRE, 2018a). Para tal, precisamos nos apropriar de teorias que fortaleçam e reforcem a prática educativa desejada, por isso queremos dar ênfase às desenvolvidas por Paulo Freire.

Não devemos desenvolver nossa atuação profissional baseados na ética do mercado nem no movimento corporal estereotipado, mas, sim, no poder querer, no exercício diário de colocar-se em movimento, na potência do vir a ser melhor e na ética do vir a ser mais humano, como sujeito que pensa, tem aspirações e é carente de autonomia para construir-se na estética da sua própria existência. Desse modo, essa autonomia pode ser vislumbrada a partir do conhecimento e das inter-relações que poderão advir de uma ética de si¹⁷ e da EPS.

Para Freire (FREIRE, 2018a), é imprescindível enfocar o novo modo de construir uma educação alinhada aos valores sociais que incluam os sujeitos como corresponsáveis por si. Logo, a saúde não pode se divorciar da educação, mas devem, sim, tornar-se intrinsecamente ligadas em uma homogênea forma de buscar melhorar a vida dos sujeitos. Como não podemos dissociar saúde de educação,

¹⁷ “Esta ética exige exercícios, regularidades, trabalho; porém sem efeito de coerção anônima. A formação, aqui, não procede nem de uma lei civil nem de uma prescrição religiosa. O governo de si, com as técnicas que lhe são próprias, tem lugar 'entre' as instituições pedagógicas e as religiões de salvação. Não é uma obrigação para todos, é uma escolha pessoal de existência” (FOUCAULT, 2006, p.643-644).

podemos, então, compreender que a pedagogia da autonomia pode ser, sem dúvidas, utilizada como contexto do trabalho no SUS, sobretudo, quando os sujeitos são acolhidos nos serviços de APS e instruídos ao controle e participação social dentro de preceitos éticos. A partir de Sêneca, Foucault (2018) aponta, ainda, para uma ética que perpassa por um exame de consciência e é estabelecida pelo sujeito social. Nesse sentido, o PEF, em sua atuação tanto pedagógica como terapêutica na APS/NASF-AB, deve se pautar na ética que é intrínseca ao cuidado, não lançando culpa aos sujeitos, mas os orientando, instruindo-os.

Além disso, a EPS deve se desvencilhar da educação bancária que, por si, denuncia uma cisão existente entre homem-mundo, tornando o homem parte de um ambiente distante da sua realidade subjetiva e ecológica, e não um homem expectador, passivo (FREIRE, 2018b). Desse modo, cabe à equipe do NASF-AB inserir o usuário (pessoa humana) em seu próprio contexto de mundo, momento no qual o PEF atuará para dar sentido às suas ações. Assim, os usuários do serviço poderão colaborar com o PEF na aquisição de parcerias para a locação de espaços e materiais para as atividades, reivindicar por mais profissionais, sugerir sobre formas de divulgação do grupo operativo, ser coparticipantes no processo de intersectorialidade e do cuidar de si, criando resolubilidade diante das barreiras que surgem na prestação dos serviços de saúde (SANTOS et al., 2016).

Lima (2017), referindo-se a uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem, afirma que, no século XVIII, Jean-Jaques Rousseau revolucionou a prática pedagógica quando transferiu o centro do processo de ensino-aprendizagem tanto do docente quanto dos conteúdos para as verdadeiras demandas dos educandos, ou seja, se seguirmos essa lógica, acreditamos que o PEF pode fazer mais do que imagina caso ele centralize o processo de suas atividades no engendramento de hábitos saudáveis da população e a coloque para construírem juntos o planejamento das atividades, dando-lhe o devido empoderamento.

Parafraseando Lima (2017) e trazendo o conceito de metodologias ativas para o cenário da APS/NASF-AB, podemos dizer que elas são tecnologias as quais poderão conduzir e envolver os usuários da APS no processo educacional de modo a torná-los críticos e reflexivos quanto às práticas corporais/atividade física propostas pelo PEF ou por eles próprios. Dessa maneira, espera-se maior participação e colaboração entre os envolvidos (PEF/usuário da ESF/NASF-AB), levando-se em consideração o contexto e a realidade dos usuários, bem como a busca pelo superar em conjunto, os

desafios/problemas políticos-estruturais-sociais que envolvem a comunidade adstrita na sua construção sociocultural.

A EPS, voltada para EF, deve seguir a ideia de que todos são capazes de participar das atividades físicas e demais atividades desenvolvidas no âmbito do NASF-AB. Para tal, o PEF deve estar habilitado e apto para operacionalizar as atividades que movimentam o corpo, mas, sobretudo, sensibilizar/conscientizar sobre qual motivo o corpo deve se movimentar, isso no contexto dos sujeitos. A troca de conhecimentos entre o PEF e os usuários do NASF-AB poderá propiciar para estes uma educação popular que os conduzirá ao melhor conhecimento de si e do porquê devem realizar tais atividades.

Deve-se, portanto, sempre considerar que os usuários da APS são portadores de saberes, além disso, precisamos lembrar que não existe pessoa ou indivíduo no universo humano e integrante de uma sociedade que não tenha conhecimento/saber e uma experiência social que lhe dá suporte. Como disse Freire (FREIRE, 1989): “Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa”.

De acordo com Barros (2021), existe um “cuidado emancipador”, e esse cuidado tem como base a perspectiva de emancipação ético-política freireana. Consideramos, assim, que os usuários do NASF-AB devem passar da heteronomia¹⁸ para a autonomia e, para isso, os profissionais da equipe de APS têm o papel fundamental de dar aos usuários o direito de comparar e escolher o que querem para si. Juntos, o PEF e demais profissionais da equipe da ESF/NASF-AB e usuários desse serviço precisam buscar superar as barreiras¹⁹ que se erguem como dificuldades na política de saúde para a realização dos seus objetivos por parte tanto da equipe de trabalhadores quanto dos usuários do SUS. Para nosso propósito, queremos direcionar a atenção para o PEF e para a aprendizagem que os sujeitos implicados nesse processo educativo devem adquirir. Portanto, há uma necessidade urgente de ser incorporado, individual e socialmente, um sentimento de desejar superar as barreiras que dificultam ou impedem a prática de atividade física/práticas corporais.

¹⁸ “Heteronomia é um conceito criado por Kant para denominar a sujeição do indivíduo à vontade de terceiros ou de uma coletividade. Se opõe assim ao conceito de autonomia onde o ente possui arbítrio e pode expressar sua vontade livremente” (HETERONOMIA, 2018).

¹⁹ Alguns tipos de barreiras se apresentam como ambientais (falta de parques, praças, campos) e outras como a insuficiente intersetorialidade, falta/insuficiência de insumos e de informação para o desenvolvimento das atividades.

O PEF pode, pois, tomar como base os pilares da educação da UNESCO (aprender, fazer, conviver e ser) e, além de buscar conhecimento, tornar-se difusor deste. Pode, ainda, ser um profissional melhor a partir de uma melhor convivência para, assim, fazer (desempenhar) melhor o seu trabalho, sempre em boa relação empática com os usuários da APPS. Uma das formas de superar as barreiras existentes pode ser pelo empoderamento dos sujeitos, tornando-os corresponsáveis do cuidar e envolvendo-os na EPS. Ficam, aqui, as seguintes perguntas: qual o ideário da EPS na EF? Como o PEF pode provocar para a descoberta do conhecimento da comunidade?

4.2 CORRESPONSABILIZAÇÃO E PROTAGONISMO DOS USUÁRIOS DO NASF-AB QUANTO AO CUIDAR DE SI

No decorrer das leituras de alguns artigos relacionados à ESF/NASF, percebemos que as pesquisas se debruçam em ouvir os profissionais das equipes em diversos aspectos, como: o tipo específico de trabalho desenvolvido, os insumos, as dificuldades, as relações com os usuários dos serviços etc. Desse modo, houve ponderações e reflexões por parte de gestores e servidores que influíram em mitigar ou eliminar alguns problemas existentes no âmbito da ESF/NASF, apesar de ainda não ter tido resolubilidade para outros. Entretanto, observou-se que, no núcleo de EF, não é dada ênfase à opinião dos usuários quanto aos serviços prestados pelo PEF.

Nesse cenário, Figueiredo, Rodrigues Neto e Leite (2012), abordando o tema educação em saúde, sugerem que os envolvidos em equipes de saúde possam buscar uma maior inserção dos usuários do serviço com ações que considerem a realidade social e as necessidades destes. Essas ações devem consistir também na condução do processo de atendimento baseado na universalidade, integralidade e equidade, sem esquecer a participação social, bem como uma dialética que dê empoderamento aos usuários no sentido de poderem expressar a sua percepção em relação aos profissionais que o atendem e ao próprio atendimento prestado.

Existem pesquisas (MACIEL et al., 2015; POERSCH; MARCONDES, 2014) com rodas de conversa que abordam sobre educação em saúde, bem como as necessidades e anseios desse público, entretanto, esses estudos ainda não estão voltados para analisar e compreender o que pensam os usuários. Como e o que esses sujeitos pensam podem reificar, trazendo a concreto o que ainda é abstrato, quanto

aos seus olhares sobre o PEF e as atividades físicas/práticas corporais orientadas por ele.

O PEF desenvolve seu trabalho no NASF-AB, porém não sabemos como esse profissional poderia se tornar mais apto nas suas atribuições do cuidado em saúde a partir da promoção, prevenção e reabilitação da saúde na percepção dos usuários. Temos profunda compreensão de ser necessário que os usuários do NASF-AB conheçam o princípio da participação social que os integra (por meio dos conselhos de saúde) como parte essencial no processo de construção do cuidar no SUS. Desse modo, conforme a política nacional de saúde, as experiências e saberes populares podem ser usados como suporte para reflexões com vistas à autonomia e empoderamento dos sujeitos a uma participação social efetiva (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014c), o que os torna corresponsáveis na resolução de seus problemas de saúde e, ainda, pode conduzir os profissionais de saúde na busca por modos de trabalho mais eficientes.

Além do mais, para que os usuários possam ser melhor assistidos/cuidados, o PEF precisa ter autonomia para tomar decisões quanto à resolução de problemas específicos do seu núcleo de atuação, autonomia essa que perpassa por ações as quais visam ao empoderamento dos usuários do NASF-AB. Portanto, deve ser gerado, entre PEF e usuários do SUS, um sistema de retroalimentação de conhecimentos e experiências (histórias de vida) pessoais, de modo a criar e fortalecer uma empatia que propicie ao usuário o cuidar de si, não só com a adesão e manutenção de hábitos saudáveis, mas também com novos modos de agir no sentido da promoção da saúde de si e dos outros, além do desenvolvimento da cidadania (GUARDA et al., 2014; TOJAL, 2003).

Ao quererem cuidar de si, os usuários da APS podem evocar os seus desejos, os quais podem surgir e, ao mesmo tempo, da oposição a esses desejos (pela ascese), percebe-se a não operacionalização do desejo como prática de si ou arte/estética da existência que se norteia por princípios morais os quais conduzem ao renunciar a si mesmo. Desse modo, os princípios morais são regidos pela religião, pela medicina e, como consequência, pela biopolítica. Um dos grandes desejos hodiernos é o “corpo ideal”, e, segundo Foucault (1984), o corpo preconizado pelos gregos tem atualmente uma grande relevância social, tornando-se um arquétipo de apresentação pessoal, sujeito às análises e aos julgamentos pessoais e sociais. Por outro lado, corporeidade corresponde à busca epistemológica dos significados que

não se tem, mas se é um corpo nas mais diversificadas esferas da vida na natureza. Sendo assim, o que buscamos não é o grau de significância de 0,05 (p crítico), mas o pensamento crítico do ponto de vista epistemológico imbuído no campo ontológico da atuação do PEF responsável pelo cuidado de si e dos outros.

O cuidar de si perpassa, pois, pelos determinantes e condicionantes da prática de atividade física, do evitar ser atropelado em ruas e avenidas que não favorecem a caminhada, a corrida ou o pedalar uma bicicleta, bem como evitar locais com iluminação insuficiente para minimizar o risco de ser assaltado. Questões políticas complexas devem ser consideradas quando se trata da prática de atividade física. É necessário levar em conta, na elaboração de ações, que as pessoas com maior índice de sedentarismo são brancas, morenas ou pardas, do sexo feminino, de baixa escolaridade, de maior idade e, ainda, desconhecem um local apropriado para a prática de atividade física próximo de sua residência (LIMA, 2014).

Assim, a culpa de não praticar atividade física não deve cair sobre os cidadãos, uma vez que o Governo e as empresas são responsáveis pela sociedade. Quando alguém é roubado, uma série de fatores estão envolvidos, como a falta de policiamento e, sobretudo, a educação precária e a desigualdade social, dentre outros fatores. Portanto, “Atribuir a criminalidade a descuidos pessoais não é muito diferente de responsabilizar a preguiça pelo sedentarismo” (RUPRECHT; SANTOS, 2018).

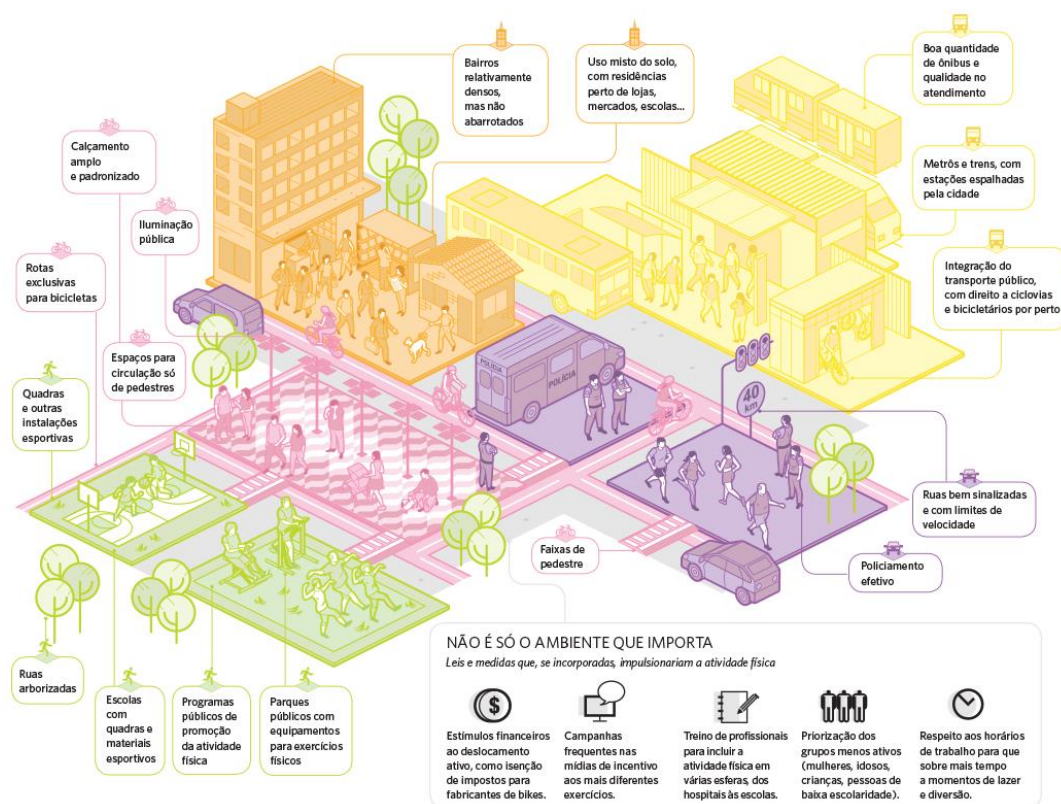
O sedentarismo é, portanto, multifatorial e muito mais complexo do que o idealismo positivista o vê, existindo do mesmo modo de abrangência e complexidade que outras doenças, como as DCNT, as quais têm suas origens em variáveis possíveis de mudança pelos sujeitos, a priori, o sedentarismo, o tabagismo, a ingestão exacerbada de bebida alcóolica e de alimentos gordurosos e doces.

Conhecendo e compreendendo essas variáveis, podemos dizer que todas são de controle dos sujeitos e eles são responsáveis por reconhecer o domínio que podem ter sobre si mesmos nas suas decisões. Entretanto, não basta apenas ter domínio sobre si e querer, pois há variáveis que estão fora do controle dos sujeitos, as quais correspondem à vontade dos governos nas esferas federal, estadual e municipal, que devem intervir proporcionando meios de fomento para a melhoria da qualidade de vida da população.

Considerando, então, as variáveis ou fatores estruturais urbanos, como acesso aos espaços de lazer e estrutura viária para a atividade física, dentre outros, pensou-se em uma cidade que favorecesse a prática de atividade física, conforme Figura 2

adiante. Conjectura-se que nela as pessoas teriam oportunidades iguais para afastar-se do sedentarismo e cuidar melhor de si nos quesitos saúde e sociabilidade. Deixamos aqui, portanto, uma grande problemática para as autoridades políticas e para a população (que deve se envolver na participação social) ao menos tentarem resolver: como pensar algum tipo de organização urbana, com pelo menos um pouco de dignidade, para as pessoas das favelas, principalmente, de complexo acesso?

Figura 2: Maquete de uma cidade com estrutura ideal para a prática de atividade física, com fatores estudados cientificamente



Fonte: Domínio público. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/especiais/o-ranking-das-capitais-brasileiras-amigas-da-atividade-fisica/>. Acesso em: 12 abr. 2021.

4.3 RESULTADOS E ANÁLISES

De acordo com Eymard Vasconcelos (Prof. Dr. da UFPB), a Educação Popular em Saúde (EPS), é uma importante ferramenta para a transformação pessoal, social e política, dado que envolve a reivindicação dos sujeitos no processo do cuidar de si como elemento de sua autonomia, a partir do pensamento de Paulo Freire.

4.3.1 Educação Popular em Saúde no núcleo de educação física: percepções do PEF

De acordo com Vasconcelos (2004, p. 72), a Educação Popular

[...] é o saber que orienta nos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir/pensar/agir dos setores subalternos para a construção de uma sociedade fundada na solidariedade, justiça e participação de todos.

Esse mesmo autor, na sequência, concebe a EPS como “uma prática sanitária integrada a uma ação coletiva e solidária voltada a superar as raízes políticas, culturais e econômicas do sofrimento humano” (VASCONCELOS, 2004, p. 81).

No Brasil, a educação em saúde precedeu a EPS, preponderou até a década de 1970, foi e ainda é dominada pelas classes sociais mais elevadas, tendo como base imposições relacionadas às normas de comportamento. Nesse sentido, deve ser superado o seu modo historicamente hegemônico (AMARAL; PONTES; SILVA, 2014).

A Educação Popular em Saúde (EPS), por outro lado, foi criada a partir dos princípios metodológicos baseados na educação popular de Paulo Freire, seguiu elementos estruturantes do movimento de reforma sanitária na década de 1970 e se tornou uma âncora forte para alcançar a integralidade da APS, sobretudo a partir do fortalecimento do processo de reforma da saúde na década de 1980 (VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015). Ainda, a EPS fincou raízes mais profundas com a Conferência de Alma Ata, que teve como fulcro, a partir da colaboração intersetorial, dar uma base aos indivíduos e aos grupos sociais para que eles possam se empoderar no autocontrole das suas vidas e da sua saúde (MACDONALD; WARREN, 1991). Desse modo, a EPS se opôs ao autoritarismo do regime militar e do modelo biomédico ainda vigente nos dias atuais, bem como ampliou a possibilidade de os profissionais de saúde intervirem no processo da dinâmica familiar, comunitária e política relacionada às doenças (VASCONCELOS, 2004; VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015).

Esse modelo de educação começou a ganhar campo, sendo criadas organizações como o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde, que abriu espaço para a participação, por exemplo, de movimentos sociais, dentre outros, congregados na busca de construção dessa política. Todo esse trabalho resultou na

aprovação da PNEPS (BRASIL, 2013), a qual continua contando com o apoio da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa em Saúde, promovida pelo SUS com foco na equidade (BRASIL, 2017). Portanto, por a política em EPS ser relativamente recente, ainda não existe sobre ela um conhecimento necessário por parte dos PEF e, provavelmente, dos demais profissionais da equipe do NASF-AB.

Para a categoria investigada, quanto às percepções dos entrevistados em relação à EPS, identificamos, a princípio, que há um desconhecimento por parte da maioria dos PEF sobre a EPS, bem como uma falta de orientação, o que exige a necessidade de discussão sobre essa temática. Dessa forma, referente ao desconhecimento sobre a EPS, esse fato existe, provavelmente, pela falta de orientação, pois, dos 14 entrevistados, nove disseram não conhecer a EPS, conforme podemos ver nas seguintes falas:

S1m: Não, isso aí pra gente ainda é uma novidade.

S2m: Olha ... não! [...] mas a gente não teve um ... uma orientação.

S8m: Educação Popular em Saúde? Já ouvi falar, mas não tenho conhecimento.

S12m: Educação Popular em Saúde ... não. Mas vou procurar saber, viu?

Como podemos constatar e apreender a partir dessas narrativas, a EPS parece estar um pouco distante de se tornar realidade no núcleo de EF, no contexto do cuidado integral em saúde na APS/NASF-AB. No entanto, não devemos desistir, dado que a EPS surgiu como um fator importante para a redefinição do modelo assistencial de saúde e de inovação nos modos de cuidar face ao modelo biomédico hegemônico.

Nesse sentido, percebendo a falta da noção de EPS e a importância que esse instrumento poderá ter na sua atuação no NASF-AB, o PEF vê a necessidade de discutir sobre a temática, como podemos verificar a seguir:

S7m: Sim, Educação Popular em Saúde, ela precisa ... é algo que é discutido de forma um pouco reduzida, mas que acredito que deveria ampliar.

S4f: [...] Educação Popular em Saúde é, justamente, trazer esse conhecimento popular, discutir esse conhecimento.

Alguns entrevistados apresentaram suas respostas no sentido de que compreendiam EPS como qualquer atividade que envolvesse o conhecimento das pessoas, contudo, Vasconcelos (2004) afirma que essa é uma associação errônea em

relação ao conceito de educação popular, pois o nome educação popular não se refere a algo que se tornou comum à população ou ao alargamento do conhecimento por parte dela, mas corresponde a uma perspectiva política na construção de uma sociedade mais justa e igualitária, de modo que os sujeitos de classes sociais consideradas inferiores alcancem dignidade e se tornem importantes nas decisões em relação aos aspectos culturais, políticos e econômicos. As considerações trazidas por esse autor pactuam com o conceito ampliado de saúde e de saúde coletiva, voltado para a integralidade do cuidado.

O método de educação popular, proposto por Paulo Freire e adotado pelos profissionais de saúde, enxerga esses profissionais, bem como os sujeitos por eles atendidos, como construtores da sua própria saúde. Por outro lado, a pedagogia biomédica se operacionaliza vendo apenas um corpo e seus males que podem, ou não, ser curados especificamente por medicamentos e cirurgias. A educação popular, por sua vez, vê o sujeito no seu contexto de vida, de modo que a doença pode ser tratada não apenas tradicionalmente, pela cura do ferimento, como mera técnica insensível, mas indo além, a partir da reflexão crítica e problematizadora que define os sujeitos pela *tékhne toû bíou* (técnica, arte ou modo de vida).

Nessa arte ou modo de viver, a própria vida é levada em conta e os sujeitos devem ser integrados como protagonistas da sua saúde, assim, os PEF e demais profissionais de saúde precisam agir no sentido de minimizar ou suturar os espaços existentes entre os serviços de saúde e a vida cotidiana da população. Para Vasconcelos (2015), concernente aos enfrentamentos dos problemas de saúde, a maioria dos profissionais de saúde tem pouco conhecimento sobre como se processa a dinâmica das famílias e das comunidades, sobretudo das vulneráveis. Acreditamos que esse fato, além de gerar paternalismo e autoritarismo, também pode interferir negativamente no fazer cotidiano dos profissionais desse serviço. Assim, não compreendendo a vida dos usuários, faz-se necessário bastante cuidado para não os culpabilizar pela sua doença, como ocorre frequentemente, devido à medicina baseada em evidências científicas, conforme pesquisas epidemiológicas.

Considerando, pois, a EPS como um instrumento do cuidar, entendemos que urge a necessidade de incorporá-la permanentemente ao cuidar de si, de modo que as produções epistemológicas de Paulo Freire e Michel Foucault se entrelacem nos processos e construções de uma nova maneira de aprender e fazer saúde. Para que isso ocorra, é imprescindível, ainda, uma ampla discussão, como citado anteriormente

por S7m e S4f, e o exercício da operacionalização, pois não se deve ficar apenas no campo teórico, uma vez que a aprendizagem ocorre predominantemente na práxis, a partir da experiência, com posteriores correções.

Dessa forma, o que o PEF pode fazer? Ele pode fazer muito mais que prescrição de exercícios, ele pode, juntamente com os demais profissionais do NASF-AB, direcionar à realização de atividades como forma de EPS voltadas para a imersão dos usuários da APS no contexto proposto pela saúde coletiva. O grande problema encontrado neste estudo é que, dos entrevistados, apenas um afirmou realizar EPS; dois (S7m e S10f) demonstraram ter uma compreensão bem definida do que seja EPS, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde; e, por outro lado, 12 PEF entrevistados nunca realizaram EPS.

Assim, quanto ao PEF que narrou realizar EPS, podemos observar que existe ainda uma dificuldade para essa execução, segundo ele, devido à falta de interesse dos usuários, como pode ser visto em sua fala a seguir:

S7m: Infelizmente, existe realmente uma dificuldade, é ... aí eu volto a dizer, às vezes não é o profissional que resiste, é a questão da agenda e da população ... que, às vezes, ela cobra muito o processo de saber como funciona o sistema único de saúde, mas quando a gente convida pra participar da Educação Popular, quando a gente tá fazendo a sala de espera, tá falando da Educação Popular ... não existe aquele... interesse.

Diante dessa fala, verificamos que o entrevistado confundiu EPS com educação em saúde. Apesar de ter mais de quatro décadas, a educação em saúde ainda é controversa, contudo, vem tomando forte conotação voltada para a inclusão da população com baixa renda, na produção de saúde, abrindo espaço para EPS, que tem se tornado potencialmente influente no cumprimento dos objetivos do trabalho no SUS. Nesse cenário, os resultados da presente pesquisa mostram que muitos PEF ainda não tiveram a oportunidade de teorizar ou praticar a EPS.

Além disso, como vimos na fala de S7m, ainda há algum desinteresse por parte da comunidade, a qual é o centro e a principal responsável pela existência da EPS. O esforço dos profissionais de saúde se torna infrutífero se a comunidade não aderir ao seu chamado para participação. Nesse caso, é necessário saber os motivos que conduzem a população a não se interessar pelos benefícios da EPS, uma vez que essa ferramenta torna o serviço mais humanizado. Vasconcelos (2015, p. 83), em sua pesquisa envolvendo EPS, realizada com um grupo de mães, percebeu o

desinteresse por parte delas e observou ainda que “Os próprios profissionais de nível superior estavam insatisfeitos, percebendo o desinteresse das mães durante as reuniões”, no entanto, a causa não foi investigada.

Baseado nos achados da pesquisa de Vasconcelos (2015), o qual diz que os saberes aprendidos na escola não dão conta da dinâmica da vida, acreditamos que os profissionais da ESF/NASF-AB necessitam passar por uma reorientação sobre educação em saúde no seu processo de educação permanente, uma vez que:

A ciência que orienta a prática dos profissionais de saúde, ao desconsiderar as diferentes dinâmicas sociais e culturais presentes no processo de adoecimento e de cura dos distintos ambientes e grupos humanos, os deixava insensíveis a muitas dimensões do cotidiano dos moradores. (VASCONCELOS, 2015, p. 82).

Compreendendo melhor a concepção do processo ativo da EPS, sentimo-nos abduzidos pelo termo educação e sua estreita relação com a saúde, em especial para a vida. Certamente, educação vai muito além de uma sala de aula. E, para uma população de baixa renda, ela é capaz de se fundir diretamente com o que pode ser associado ao conhecimento prévio da população, de maneira a se aprender e apreender mais na inter-relação entre instituições/organizações como ESF, NASF-AB, pastoral católica, igreja evangélica, associação de bairro, empresa (que tem restituição em seu imposto de renda por ser colaborativa) e ONGs, dentre outras.

Nesse sentido, percebemos a importância da intersetorialidade, além da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. No entanto, tudo isso carece de bom senso, dado que “a educação, por mais que se apurem os conteúdos e metodologias empregadas, é sempre uma aposta num sonho de futuro em jogo marcado pela surpresa” (VASCONCELOS, 2015, p. 181).

A intersetorialidade pode surgir também das parcerias com as empresas. Não é necessário odiar os ricos. Parece-nos que há uma dimensão ideológica social que os considera, em geral, como opressores, entretanto, é possível conquistá-los por uma causa nobre de ajuda ao pobre. Precisamos rever conceitos, pois a mais poderosa arma atual é a educação, adquirida pelo conhecimento que se traduz em novos modos de ver e viver a vida. Não adianta murmurar, lamuriar ou alimentar a cultura do vitimismo diante dos problemas sociais vigentes, o que devemos fazer é criar estratégias e soluções, e elas existem. Nossa pergunta é: onde estão os projetos de ensino e atividades de compaixão pela vida? Sabemos que eles existem, em algum

lugar, mas parece que ainda não têm a visibilidade midiática ou até mesmo a replicação que deveriam ter.

Nesse contexto de busca por soluções dos problemas do cuidado em saúde, podemos nos espelhar no legado pedagógico deixado por Paulo Freire, dentre outros importantes autores. Uma vez que o conceito de saúde se (con)funde com o de qualidade de vida, a EPS deve proporcionar aos usuários da APS ambientes com aspectos ecológico-geográficos e emocionais que fomentem um processo de construção sociocultural favorável à emancipação e aos modos de vida dignos, e trazendo o “quem sabe faz a hora não espera acontecer” para o campo da responsabilidade dos sujeitos implicados nesse processo. Freire (2018b) diz que a liberdade não é uma doação, mas, sim, uma conquista e requer uma busca permanente e responsável dos sujeitos que a desejam.

Desenvolvemos um projeto de extensão na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), denominado Cultura Corporal em Auxílio à Saúde (obteve voto de aplauso pela Assembleia Legislativa da Paraíba), que já contempla a comunidade carente adjacente, porém a nossa atual leitura sobre educação popular nos constrange a ampliá-lo, dado que a comunidade desenvolve suas práticas na universidade e, agora, queremos que a universidade vá até a comunidade.

Nessa conjuntura, Vasconcelos (2015) assume que uma das principais estratégias que os profissionais de saúde tomam como base para inserir a comunidade na EPS é a conquista, em primeiro lugar, das lideranças populares locais, visto que elas já estabeleceram vínculos com a comunidade.

Em relação à prática da EPS, alguns PEF ainda têm uma concepção equivocada, como podemos identificar na fala de S14m:

[...] eu estou dentro da educação popular na saúde, a partir do momento que a gente atende aqui diversas culturas, a gente já atendeu índio, já atendeu negro, pessoas com doenças falciformes, a gente atende pessoas cadeirantes, a gente atende pessoas com sequelas de AVC, então quando a gente une toda essa população eu acho que é a educação popular propriamente dita.

Essa fala nos remete ao que muitos pensam ser EPS, dado o cenário de trabalho realizado ser caracterizado por diversas etnias e diferentes patologias, no entanto, isso não é EPS. A PNEPS-SUS, comprometida com os princípios da universalidade, integralidade e equidade, traz a compreensão de educação popular

ancorada em quatro pilares: i) participação, controle social e gestão participativa; ii) formação, comunicação e produção de conhecimento; iii) cuidado em saúde; e iv) intersectorialidade e diálogos multiculturais (BRASIL, 2013). Logo, a parceria da ESF com o NASF-AB é imprescindível para operacionalizar esses pilares, bem como para proporcionar a multidisciplinaridade na prática educativa demandada pelos usuários (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012).

Em nossa análise, identificamos que a realização da EPS implica conhecimentos por parte da equipe do NASF-AB na qual o PEF faz parte. Diante disso, acreditamos que ainda é insuficiente a capacitação dos profissionais para desenvolverem uma pedagogia voltada para dialeticidade e objetividade-subjetividade, visando à autonomia e à inserção crítica dos sujeitos (FREIRE, 2018b). Ainda tomando como base o pensamento de Freire, para realizar a EPS, é preciso conhecer as necessidades dos usuários, apropriar-se da compreensão de território e desvencilhar-se das amarras da educação bancária.

Sendo assim, a transmissão por meio da reprodução do conhecimento direciona as ações dos educandos ao controle dos educadores a partir de narrativas alienadas e alienantes que castram a criatividade e, desse modo, desalinha-se completamente da humanização preconizada pelo SUS e se alinha, como diz Freire, a atividades praticadas por educadores que às vezes nem sabem estar a serviço da desumanização. Por outro lado, a educação problematizadora liberta, devendo ser esse caminho a ser construído no processo básico e fundamental da educação, uma vez que os homens não se educam, nem educam ninguém, mas se educam entre si, tendo o mundo como cenário mediador (FREIRE, 2018b).

Outro elemento do qual o PEF e demais profissionais das equipes de saúde carecem se desvencilhar para uma melhor ação no cuidar integral é o orgulho do saber que os coloca na dimensão da elite opressora dominante. Esse parece ser um caminho árduo, quase impossível, porém gratificante, a exemplo de experiências já vividas por alguns que já o trilharam, como o Dr. Eymar, o qual desenvolveu um trabalho com as mães de crianças desnutridas, na Vila Leonina, favela de Belo Horizonte-MG (VASCONCELOS, 2015).

Permitam-nos uma interpretação diferente em relação à frase de Freire (2018b, p. 99) baseada em Sartre: “não há eu (consciência) que não se constitua sem um não eu (mundo exterior)”. Compreendemos que, para que eu possa me tornar devir, eu preciso me esvaziar do não eu, do que sou concernente aos preconceitos, mitos e

conhecimentos a priori, engendrados socioculturalmente e retransmitidos como verdades absolutas e inquestionáveis. A partir do esvaziamento do “não eu”, ou, por que não dizer, *epoché* (suspensão de juízo de valor), é possível criar e compreender mais adequadamente as bases para o surgimento de uma melhor interação consciência-mundo-consciência, na qual os membros das equipes de ESF e NASF-AB poderão desenvolver interlocução afetiva com o usuário dos serviços, a família e a comunidade, ou seja, realizar EPS em uma perspectiva de transformação criadora de uma nova realidade.

Dado que as elites têm o desejo de que as massas não pensem, a EPS se torna, pois, uma ameaça, por conter fortes traços que conduzem à reflexão e à crítica, causadoras da “rebeldia”. Entretanto, esperamos que seja gerada uma livre vontade dos PEF que atuam na APS no sentido de possibilitarem ambientes e afetos necessários à inserção crítica da classe oprimida como sujeitos ativos no seu processo histórico. Não esquecendo, ainda, que a EPS “pode ser uma estratégia de cuidado, muito explorada pelos profissionais de saúde” (JAHN et al., 2012, p. 550).

Os usuários/pacientes da APS não apenas podem, mas devem ser corresponsáveis pelos seus modos de vida e pela participação ativa do processo de corresponsabilização para construção de um viver mais integrado à própria saúde e à sociedade. Nesse sentido, vejamos as seguintes respostas dos entrevistados:

S2f: [...] justamente! É deixá-los participar, nesse sentido, tá entendendo? A gente não traz uma coisa pronta, assim ... menino! A gente diversifica tanto o trabalho, aí a gente faz assim ... vocês ... quem sabe fazer uma atividade que puxe pela memória?

S8m: É essa autonomia dele, de se cuidar, não esperar só o profissional pra poder fazer, assim ... ele tem a ... é isso que eu falei, ele tem a consciência de que ele pode fazer uma caminhada, ele pode fazer um alongamento, ele não precisa esperar o dia pra falar com o profissional pra fazer atividade.

S9m: Eu apoio que ela faça em casa, que ela tenha autonomia em fazer, mas que ela procure primeiro um profissional.

S10f: A gente tenta empoderar eles, trazer pra eles ... conhecimento, olha! Isso é assim ... essa hipertensão, ela se dá por isso, por isso e por isso, se você não fizer assim ... pode acarretar isso e isso, para que ele tenha conhecimento e, a partir do conhecimento, ele possa elaborar o processo de autorresponsabilidade, de autocuidado.

A EPS, como vimos discutindo neste trabalho, é uma estratégia importante e necessária à autonomia, empoderamento e protagonismo dos usuários na APS, como percebemos nas falas dos entrevistados. Contudo, concordamos com S9m, no sentido

de uma maior segurança na autonomia dos sujeitos quando eles escutam e seguem as orientações dos profissionais. Nesse sentido, parafraseando Paulo Freire e substituindo a palavra “criança” por “usuários da APPS”, afirmamos ser preciso os usuários aprenderem que, às vezes, sem nenhum desrespeito à sua autonomia, faz-se necessário atender a expectativa dos profissionais de saúde para autenticar sua autonomia, acatando, assim, a autonomia dos outros e implicando escolha, decisão e ausência de neutralidade no mundo (FREIRE, 2000).

Espaços públicos e oferta de profissionais são outras estratégias percebidas pelos PEF, conforme consta na narrativa a seguir:

S14m: A oferta de espaços públicos para dar assistência, oferta de profissionais, que eu acho que aumentando os serviços a população ia frequentar mais.

S14m percebe, assim, uma necessidade de apoio logístico e de pessoal e acredita que o acréscimo desses elementos ampliaria os serviços com melhor qualidade de modo a aumentar também a quantidade de sujeitos a serem atendidos com maior dignidade. A maior oferta de espaços públicos disponíveis para a prática de atividade física provavelmente atrairia a população para atividades físicas do tipo caminhada, corrida e ciclismo, como é notório nos parques construídos nos bairros de classe média e alta.

No geral, entre os PEF entrevistados, percebemos, nas suas respostas, que há um desejo de que a EPS funcione, sobretudo no seu núcleo específico, quando da consulta aos usuários em relação à realização das atividades escolhidas por eles. Por outro lado, encontramos um PEF que deixou latente, em sua fala, que existe uma utopia ou impossibilidade de usar as tecnologias pertinentes à EPS, dado que a cultura ainda arraigada na população é de posto de saúde, como vemos adiante:

S12m: O que eu observo, assim, é que hoje a procura nas unidades de saúde é muito pelo médico, o pessoal vai na unidade por causa do médico, se o médico não está na unidade, eu acho que o atendimento cai até setenta por cento, aí vai procurar vacina, medicação pega na farmácia.

Esse pensamento traz resistência à mudança e corrobora a cultura da ideologia fatalista que imobiliza os sujeitos no denominado comodismo, de que é assim mesmo, de ter que aceitar como está. Na visão dessa vertente ideológica, Freire (FREIRE, 2018^a, p.21) afirma que a única saída para a prática educativa é “adaptar o educando

a esta realidade que não pode ser mudada”, isto é, o que importa é o treino técnico distanciando da reflexão e da crítica, pois é o que basta para sobrevivência.

Concordamos plenamente com Freire (FREIRE, 2018a) quando ele coloca um ponto crucial e imprescindível para um melhor devir: a justa raiva. Permitam-nos relatar aqui uma experiência pessoal que o pesquisador do presente estudo teve no passado e que retrata e explica a justa raiva: aos dezoito anos de idade, tornei-me soldado da Polícia Militar da Paraíba (PM-PB). Fascinado com minha autonomia por não mais depender financeiramente dos meus pais (apesar da dificuldade financeira, não passávamos fome) e responsável pelos meus atos (como já vimos neste trabalho, autonomia traz consigo responsabilidade), com muito esforço concluí o curso de Licenciatura Plena em Educação Física e comecei a querer me desvencilhar das humilhações que eu sofria naquela instituição.

Na década de 90, havia poucas pessoas com curso superior, então, gerou naturalmente em mim a justa raiva. A raiva que me impulsionou a vislumbrar novas perspectivas de vida, a não aceitar mais continuar oprimido por cabos e sargentos analfabetos, a buscar estar no mundo (*dasein*), a me sentir protagonista da minha própria vida no sentido ontológico do devir, foi uma justa e maravilhosa raiva que me deu força e coragem para mudar. Entretanto, para que isso ocorra, deve existir o reconhecimento da possibilidade de mudança pelo esforço e busca de ajuda em si próprio (estudar) ou em profissionais e organizações. Ser protagonista é estar no mundo e fazê-lo gradativamente melhor, é fazer uma revolução consigo mesmo, uma conversão a si. Nesse sentido, Foucault (2018, p. 16), baseado no estoicismo e no epicurismo, afirma que a conversão como cuidado de si e como acesso à verdade tem que envolver o movimento do amor (*éros*), a espiritualidade e o “Trabalho de si para consigo, elaboração de si para consigo, transformação progressiva de si para consigo em que se é o próprio responsável por um longo labor que é o da ascese (*áskesis*)”.

Essa conversão a si tornou-se paradoxal para o que foi chamado por Foucault (2018) de momento cartesiano, dado que apenas por meio do conhecimento e não da espiritualidade poderia se chegar à verdade, com prioridade para o conhecimento de si em detrimento ou desqualificação do cuidado de si. Por outro lado, Foucault (2018) cita Mousonios Rufus, o qual afirmava a necessidade de cuidar-se sem cessar para um modo de vida salutar, explicitando a necessidade de cuidar de si como uma ocupação durante toda a vida. Além de Rufus e Plutarco (caminhar contemplando o entorno), o médico e filósofo Galeno alertou para a necessidade de exercitar-se ao

longo da vida. Quando o termo conversão é ligado ao contexto jurídico e político, ele tem o sentido de ser soberano de si mesmo, bem como de ser independente, ter autonomia, ter autodomínio, o que implica exercer relação de poder consigo próprio.

Ao começar a ler os livros de Paulo Freire, percebi a essência da autonomia como um importante caminho para a libertação, vi a necessidade que temos como educadores de mostrar a verdade (*parrhesía*), de não aceitar um mundo injusto e estratificador de indivíduos. A prática cognoscitiva é algo que parece estar distante para muitas pessoas, principalmente as consideradas de baixa escolaridade, que geralmente são também as de baixo poder financeiro.

Para o protagonismo, é necessário, pois, o educando “reconhecer-se como arquiteto de sua própria prática cognoscitiva” (FREIRE, 2018a, p.121) , nesse sentido, o professor ou os profissionais de saúde são responsáveis por isso. Acreditamos que a maior leitura e escuta em relação a assuntos pertinentes ao subjetivismo nos fazem passar a compreender melhor o logos enquanto linguagem racional. Ainda, para Foucault (2006, p. 299), “alguma coisa sempre permanece porque o logos penetra no ouvido, e assim, quer o sujeito queira, quer não, há sempre um certo trabalho do logos na alma”.

Seguindo a compreensão de Ceccim e Bilibio (2007), esse trabalho que fica na alma é concebido do investimento subjetivo (escuta, respeito, vínculo, autonomia) nos usuários, o qual deve gerar o cuidar de si e a autonomia coletiva como forma de organização. Nesse contexto, existem possibilidades de a interação PEF e usuários do NASF-AB ir além dos paradigmas sanitários ainda vigentes e transcender em direção à autonomia da vida. Além disso, é preciso ultrapassar ações de interação e socialização dos indivíduos, criar condições sociais que permitam a cada pessoa se destacar no seu modo particular de ser e “tornar-se sujeito de direitos” (SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012, p. 415) .

Desenhado esse cenário, para que tudo isso se torne possível, a literatura existente sugere oficinas, vídeos, dinâmicas diversas para interação e participação dos usuários. No caso do núcleo específico da EF, é importante também a participação dos usuários nas decisões de quais músicas e tipos de atividades físicas/práticas corporais serão desenvolvidos, de acordo com os grupos operativos ou outros grupos em questão. Alguns PEF podem e têm competências para realizar atividades que favoreçam a capacidade de expressão autônoma dos usuários da APS, ou seja, de serem arquitetos e construtores da sua realidade e da sua história.

Quanto às oficinas, as diretrizes do NASF-AB preveem que elas devem ser organizadas de forma educativa com abordagem pertinente ao processo saúde-doença, no sentido de conduzir os usuários na construção do conhecimento e de um projeto de vida, bem como incentivar a autonomia, a participação e o empoderamento social (BRASIL, 2014; 2010a), o que pode ser realizado também na forma de práticas corporais, atividades físicas e esportivas, bem como na elaboração em conjunto de materiais para uso nessas atividades. Além disso, é possível trabalhar com oficinas que se desenvolvam a partir de psicodrama pedagógico com o objetivo de criar oportunidade de os sujeitos formularem respostas criativas frente aos problemas apresentados, bem como desenvolver o compartilhamento de vivências em um processo de problematização que busque a compreensão da realidade (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

Além das estratégias citadas, pode-se incluir o vídeo artesanal como ferramenta táctica problematizadora e de integração profissional-usuário-profissional, assim como a comunicação popular alternativa e democrática como instrumento potencializador de discussões e debates educativos em saúde e sobre problemas comunitários, inclusive, relacionados à própria ESF/NASF-AB. Assim, há de se contribuir no processo de construção de uma sociedade com capacidade de maior expressão no campo da autonomia, da recepção crítica e no engendramento da própria realidade e historicidade (VASCONCELOS, 2015).

Foucault (2018), falando do cuidar de si em uma visão platônica, relata que Alcibíades (personagem do livro *O Banquete*) foi conduzido por Sócrates a conhecer sua própria ignorância, a qual era desconsiderada por si mesmo, sendo esse o primeiro passo para sair do primeiro estrato da ignorância. Agora, sabendo que não sabe, Alcibíades necessita dar o segundo passo, que é ocupar-se consigo mesmo para aniquilar essa ignorância, ou seja, “cuidar de si”. E, para cuidar de si, é preciso “conhecer a si mesmo”.

Não queremos nos reportar ao cuidar de si com base no modelo platônico da reminiscência, uma vez que esse cuidar envolve o conhecimento de si por si em um imbuído processo de reconhecimento, não de uma lembrança do que é perfeito, mas de uma construção racional introspectiva de si baseada no que há de bom no mundo ao redor. Isso de modo que, no campo das ideias, deve existir uma submissão do pensamento para a autonomia do ser humano quanto ao cuidar de si, e essa

autonomia perpassa pela decisão, a qual requer responsabilidade e, nesse contexto, a responsabilidade consigo mesmo.

No mundo de Heráclito, a mudança existe, contudo, para Platão, a mudança é uma ilusão, um reflexo em que um mundo nada muda em essência, pois o mundo das ideias é perfeito. Porém o perfeito, humanamente falando, é intangível, assim sendo, devemos ter cuidado para não querermos alcançar a saúde como bem-estar pleno, mas como uma percepção que encontra conforto na vida, apesar das dificuldades do mundo externo. No olhar da imperfeição, os estoicos fundamentavam sua teoria de ignorar os problemas para poder alcançar a ataraxia a partir do domínio de si (Foucault, 2018).

Se considerarmos, pois, o cuidar de si como uma necessidade de mudança em direção a novos modos de vida, é preciso uma aceitação/adesão às atividades físicas/práticas corporais por parte dos usuários do NASF-AB, e isso é importante, inclusive, para que eles deem sentidos e significados às ações dos PEF e obtenham conquistas além do contexto biologicista. Os usuários precisam reconhecer também a relevância da escuta qualificada por parte do PEF, no campo da interdisciplinaridade. Em um relaxamento (volta à calma) após a sessão de exercícios ou mesmo após a caminhada, o PEF poderá, por exemplo, assumir o papel de ouvidor das histórias individuais dos usuários do NASF-AB, bem como dar orientações para além do momento oficial dos grupos operativos.

Conjecturamos, ainda, que a aceitação dos usuários às atividades físicas, bem como a imersão direta no seu contexto de saúde e social, é uma necessidade explícita. Esses elementos foram apontados pelos entrevistados, principalmente no que se refere ao usuário ser corresponsável nos deveres pertinentes à sua saúde, assim como na mediação entre o NASF-AB e os órgãos de fomento à melhoria dos serviços. Para que o usuário seja corresponsabilizado, ele precisa ter consciência da relevância da sua corresponsabilização e conhecimento do que lhe é favorável à saúde, para isso, a EPS é essência.

Nesse sentido, o principal foco da EPS é trabalhar a autonomia dos implicados no processo, tornando-os protagonistas de ações conjuntas com os profissionais das equipes de saúde. Ser protagonista é, em especial, cuidar de si na corresponsabilização junto aos profissionais de saúde, é atuar como ator social de mudanças na direção da dignidade e do respeito humano, tomando consciência de si

e consciência de mundo como inacabados, inconclusos, em um perene movimento de busca (FREIRE, 2018a).

As respostas dos entrevistados sobre corresponsabilidade nos remetem a uma reflexão interessante. De modo geral, podemos concatenar as subcategorias nas quais o PEF, no seu núcleo, é o mediador da corresponsabilização dos sujeitos a partir da conscientização que é evocada por meio do diálogo que eles mantêm, objetivando o conhecimento para possíveis mudanças de hábito que ampliem o escopo dos cuidados para uma vida saudável. Em se tratando do núcleo específico, essa deve ser a primeira linha de cuidado do PEF no sentido de promoção da saúde e prevenção de agravos aos sujeitos. Assim sendo, quanto à corresponsabilidade dos usuários, especificamente, vejamos o que os entrevistados responderam:

S7m: Se ela quer ter uma qualidade de vida melhor, se ela quer ter uma saúde com qualidade, ela precisa fazer a parte dela, e fazer a parte dela é justamente a corresponsabilidade.

S11m: Eu penso que eles têm que ser corresponsável, porque eles têm que ter uma atitude, e eles têm que tomar conta da saúde deles. Ele vai vir pra mim, fazer pra ele ... eu vou ser responsável por uma parte, mas por outra parte eles têm que se corresponsabilizar, porque se eles não forem corresponsáveis, quem vai ser?

Uma segunda linha de cuidado consiste na corresponsabilização dos usuários da ESF/NASF-AB e ocorre no sentido de que eles não devem se esquecer de fazer a parte deles, como compreendido por S7m e S11m, a fim de não sobrecarregarem ou estressarem os profissionais que trabalham e se dedicam com esmero no cuidado a esses usuários. Não será possível, por exemplo, os sujeitos perderem massa gorda ou terem reduzidas suas taxas de colesterol e glicose se eles mesmos não cumprirem o que foi acordado com o PEF e com o nutricionista, ou, ainda, melhorarem de uma dor de cabeça se não tomarem o medicamento prescrito pelo médico. Esse é, contudo, um ponto no qual devemos nos lembrar de não trazermos o sentimento de culpa aos sujeitos quando estes não alcançarem suas metas, mas, sim, definirmos com eles as possibilidades e os caminhos para se alcançarem os objetivos, com sua autonomia sendo levada em conta. Para Freire (FREIRE, 2000), o poder ideológico dominante impregna nos dominados a responsabilidade por sua situação, por seus fracassos no mundo, de maneira que lhes são imputadas as culpas.

Olhando pelas lentes de (FOUCAULT, 2014), em *Vigiar e Punir*, compreendemos que imputar culpas para disciplinar os sujeitos, tornando-os dóceis,

é uma tecnologia pós-moderna (psicológica) de punição, contudo, sem efeito positivo, como podemos observar nos elevados percentuais de atividade física insuficiente registrados e em relação aos níveis de sedentarismo e obesidade globais. A OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018) apresenta que, a cada ano, cinco milhões de mortes poderiam ser evitadas se as pessoas se mantivessem fisicamente ativas.

No Brasil, atualmente, existem algumas formas de vigiar a população, dentre elas, primeiro, em relação aos fatores de risco à saúde, operacionalizada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em uma tentativa do controle social quanto à atividade física e alimentação saudável, que busca evitar as DCNT, porém ainda se encontra distante do seu escopo. Segundo, pela PNAD, que tem o propósito de produzir informações sobre as condições socioeconômicas do Brasil. Particularmente, vemos essa vigilância como positiva, dado que é extremamente necessária para estratégias de controle em saúde e social quando se trata de emprego e renda.

Nesse contexto, queremos aqui distinguir duas palavras. A primeira é preguiça, que, em nossa concepção, consiste em um estado psicológico de esvaziamento do vigor refletido no corpo, uma perene falta de querer e de desejo, na qual a ausência de movimento sempre prevalece (portanto, grave e patológica, segundo Sêneca [carta 52 à Lucílio], interpretado por Foucault (2018). Também se trata de não querer se conhecer, sendo esse um estado do qual se deve sair, mas, para tal, é preciso ajuda exterior, alguém que estenda a mão, e esse alguém pode ser o PEF ou qualquer outro das equipes de referência e do NASF-AB. A outra palavra é indisposição, que, também em nossa concepção, consiste em um estado psicológico no qual o sujeito está temporariamente sem querer, mas ainda há nele uma condição de energia reserva, portanto, ele não permanece nesse estado e, pelo exame de consciência, pode superar ao definir-se como senhor de si mesmo.

De acordo com Foucault (2018, p. 120), “o *stultus* é aquele que quer, mas quer com inércia, quer com preguiça, sua vontade se interrompe sem parar, muda de objetivo”. O autor ainda complementa, argumentando que “não se diz mais às pessoas o que Sócrates dizia: se queres governar os outros, ocupa-te contigo mesmo”. Entretanto, é dito apenas “ocupa-te contigo mesmo”, não sendo, pois, elemento de uma lei ética universal, mas, sim, uma escolha individual.

A maioria das acusações por parte da sociedade aos sujeitos inativos ou pouco ativos fisicamente é a de que são preguiçosos. Isso é verdade? Se olharmos apenas

pelas lentes do objetivismo reducionista-cultural-biomédico, a resposta é sim, dado que costumamos ouvir, no meio social, pessoas acusando seus pares. Por outro lado, a atribuição de preguiça e culpabilidade aos sujeitos deve ser problematizada. Essa característica de enxergar e estigmatizar os sujeitos a partir das condutas tem firme fundamento na lógica neoliberal que visa indicar os “culpados”, como Adão culpando sua companheira Eva no Jardim do Éden. A lógica de mercado se fortalece, colocando-se sobre os sujeitos a completa responsabilidade com sua saúde, e, desse modo, comumente são desrespeitadas as condições econômicas e socioculturais da população (KNUTH; CARVALHO; FREITAS, 2020).

Para essa discussão, trazemos o conceito de *stultitia*, associado a ou mesmo como sinônimo de preguiça e ignorância de si. Conforme Foucault (2018), ao tratar do período helenístico e romano (séculos I-II), ele alega que a relação de si com o outro continuou tão importante e necessária quanto no período da filosofia clássica. Nesse sentido, esse autor diz que, para Sêneca (carta 52 para Lucílio), “a *stultitia* é alguma coisa que em nada se fixa e que em nada se apraz” (FOUCAULT, 2018, p. 117-118). Ela consiste, assim, em uma agitação do pensamento, em uma irresolução comum aos seres humanos, de modo que ninguém está em boa saúde para conseguir se autodesvencilhar dessa condição ou estado. É preciso, pois, cuidados para que o indivíduo possa alcançar sua liberdade, e isso se encontra no cuidado de si, na prática de si, que pode ser auxiliada pelo outro, como já dito antes.

Contudo, há fatores-chave necessários, que é o querer ser cuidado, o permitir ser cuidado, pois nenhuma atitude de outrem deve ser invasiva à autonomia do sujeito. Não acreditamos que exista preguiça (*stultitia*) por parte da população, visto que os resultados da PNAD em 2015 (IBGE, 2016) indicam que os mais pobres e os com menor grau de instrução são o menor percentual entre os que praticam atividade física. Quando se trata dos mais pobres, essa pesquisa indica que a classe de rendimento mensal domiciliar per capita sem rendimento até $\frac{1}{4}$ de salário-mínimo corresponde apenas a 7,3% dos que praticam esporte e atividade física, diferenciando-se dos que têm renda per capita superior a dois salários-mínimos (17,2%) (IBGE, 2016). Esse fato indica uma relação inversa entre as variáveis analisadas (renda e atividade física).

Referente aos que têm menos instrução, o percentual varia, exatamente de uma escala de menor para maior grau de instrução, exemplo: os que cursaram apenas do primeiro ao terceiro ano do ensino fundamental correspondem a 7,9% dos que não

praticam esporte e atividade física; por outro lado, os que têm 11 anos ou mais de instrução correspondem a 43,2% dos que praticam (IBGE, 2016). Esse fato implica que muitos não podem estudar, e isso nos faz conjecturar que muitas pessoas, por terem que trabalhar para manter a si mesmo e a família, acabam sem disponibilidade de tempo para a prática esportiva. Além disso, existe uma má distribuição de renda da população brasileira, principalmente, divulgada pela imprensa televisiva, bem como a falta ou insuficiência de qualificação para o trabalho.

A PNAD (IBGE, 2016) aponta ainda que os principais motivos da população para não praticar esporte são a falta de tempo e não gostar ou não querer. Por outro lado, o que foi menos citado na pesquisa para a não necessidade de uma companhia para a prática esportiva coincide com a questão da ignorância ligada ao que o outro precisa, de modo que, do nosso ponto de vista, os sujeitos respondentes não se veem ignorantes em relação a poderem realizar uma caminhada sozinhos. Acreditamos que os atuais meios de comunicação têm trazido conhecimento sobre a prática de atividade física à população, e esse fato, possivelmente, tem tornado os sujeitos mais autônomos em suas decisões sobre praticar um esporte ou atividade física que não requer auxílio profissional.

Para Foucault (2018), a necessidade do outro tem forte fundamento na ignorância, pois a concepção traz consigo o não-sujeito, trazendo, também, imbuída nele, a ignorância, pois ele precisa substituir o status de não-sujeito (com heteronomia) para o de sujeito (com autonomia). Esse é um ponto essencial na prática de si, visto se definir em estreita e plena relação de si para consigo. A autonomia, pois, dificilmente será concebida sem apoio do social e governamental.

Pauli Junior (2017), seguindo o pensamento de Foucault, alega que o *stulto* (tolo, ignorante, também preguiçoso) é o sujeito que não se conhece, mas que quer conhecer o outro, sem antes conhecer a si ou mesmo sem cuidar de si. Nesse sentido, aquele que se cuida deve examinar sua consciência, para que, meditando sobre seus atos, possa exercitar a memória em relação ao que é bom para si, mesmo que o que seja bom para seu corpo não lhe seja tão prazeroso (praticar atividade física, comer legumes e verduras). Afinal, nem sempre devemos fazer o que nos traz prazer, mas, sim, o que nos traz o “bem” (saúde e qualidade de vida para si e para os outros), e precisamos buscar tornar isso um hábito. Pauli (2017, p.300) acrescenta que, segundo Sócrates: “uma vida sem exame não merece ser vivida, pois seria uma vida que não tem a si mesma como objeto de cuidado”.

Considerando, assim, o conhecimento como um elemento libertador, independentemente da índole ou essência da vida psíquica dos sujeitos, ele, possivelmente, pode ser o maior gerador de autonomia, a qual, por sua vez, cria o protagonismo. Entretanto, exige-se também responsabilidade consciente, como podemos ver nas falas a seguir:

S12m: Vai depender do seu grau de conhecimento [...]. Lá na unidade em que trabalho, lá no baixo Roger, o conhecimento na questão educacional e cultural também é muito baixo, e aí o pessoal é muito leigo na questão do conhecimento das condições de saúde.

S14m: [...] tem sete dias na semana e às vezes o usuário vem um dia com a gente, e os outros seis? Ele não faz nada. Por que elas não se corresponsabilizam? É, eu acho que ela tem muito poder diante da sociedade e como também ela (pessoa) tem muita corresponsabilização no cuidado dela.

As falas de S12m e S14m indicam, primeiro, que usuários com baixa escolaridade não têm condições de se corresponsabilizarem por não terem conhecimento sobre condições de saúde. Segundo, que, apesar de os usuários terem “poder” frente à sociedade, são acomodados, inclusive nas suas ações de autonomia e protagonismo relacionadas a sua corresponsabilidade com a saúde. Esse discurso serve de base ou apoio para políticas neoliberais nas quais a meritocracia se beneficia com “o mito da operosidade dos opressores e o da preguiça e desonestidade dos oprimidos” (FREIRE, 2018b).

S9m informou que a corresponsabilidade dos sujeitos no cuidado não deve existir, pois eles não têm condições de ser responsabilizados, uma vez que não têm conhecimento para tal, devendo sempre depender exclusivamente do serviço do especialista:

Penso que isso é muito perigoso, que ele precisa ter um profissional acompanhando ele, porque muitas vezes ele sai procurando ver coisas na internet e muitas vezes aquilo ali não está correto, então a gente não aconselha ninguém fazer atividade física por conta própria, nem tomar medicação por conta própria, a gente pede que procure o profissional de saúde, tire suas dúvidas e que faça sempre.

Por outro lado, os demais PEF consideram necessário que os usuários/pacientes do SUS sejam protagonistas não só da sua saúde, mas também da sua vida, o que lhes confere responsabilidades e respostas positivas às orientações dadas pelos profissionais de saúde.

Na função de mediação no cuidar, o PEF atua na função de educador, conforme podemos inferir a partir da fala de S3f a seguir:

[...] além de eu cuidar, eles têm que se alimentar bem e fazer os exercícios, né? Não gastar energia com tanta coisa ruim. Eu acredito muito nessas questões de energia, do que a gente vive durante o dia, como é nosso dia. Ele também tem que fazer o seu papel. Eu sou só um [...] uma mediadora.

Portanto, ser educador exige respeito à autonomia do educando, e “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros” (FREIRE, 2018^a, p.58)(FREIRE, 2018a). Além disso, ser educador demanda que o PEF juntamente com os demais profissionais da ESF/NASF-AB, educadores em saúde, possibilitem aos usuários aguçarem o sentimento de pertencimento de si e corresponsabilidade para sua autonomia e desvencilhamento das garras do tecnicismo e do determinismo, de modo que esses usuários possam começar a assumir sua liberdade pautada eticamente na responsabilidade de suas ações.

O estudo de Figueiredo, Rodrigues Neto e Leite (2012), realizado em Montes Claros-MG, identificou que os usuários da ESF são conscientes e consideram-se sujeitos da sua própria educação e que os profissionais de saúde são essenciais como facilitadores do processo educativo. Nesse sentido, esses usuários compreendem melhor seu papel na transformação da realidade. De fato, pode-se verificar que, nos locais de realização efetiva da EPS, ocorre uma mudança da prática deles em relação ao cuidado com sua própria saúde. Ainda, quando a educação é baseada na transmissão e reprodução do conhecimento, os educadores forçam os educandos à heterogeneidade de ações e pensamentos, assim, a educação é reduzida à técnica, ao treino, chegando próximo ao adestramento como puro exercício de adaptação ao mundo (FREIRE, 2000).

Chegamos a um ponto no qual podemos problematizar mais uma vez: o que é necessário para os sujeitos atendidos pelo NASF-AB se tornarem sujeitos mais autônomos em seu modo de vida, da arte de viver (*tékhne tou bíou*), sem que sejam adestrados, mas, sim, educados e instruídos? Foucault (2018), citando Musonius, afirma que é necessário um mestre (filósofo) que se torne mediador do indivíduo na sua constituição como sujeito e, também, que haja treinamento. O mestre tem que, em primeiro lugar, ser um modelo de comportamento; em segundo lugar, deve ter

habilidades, aptidão para transmitir conhecimentos, ser competente; por último, tem que desenvolver a mestria do embaraço e da descoberta a partir do diálogo. Nesse sentido, acreditamos que cada profissional da equipe de referência e da equipe de apoio deverá atuar como esse mestre, desde o acolhimento até as atividades e os encaminhamentos necessários. A prática de si, aqui, tem como característica inicial uma continuidade a ser seguida até a velhice, dado que a velhice, nesse prisma, é considerada o ponto de completude do sujeito.

Na sequência, considerando o período helenístico, nos séculos I e II, o cuidado de si constitui um princípio incondicionado, como algo que é comum a todos, que todos podem praticar, independentemente de status/classe social. Apesar de ser comum a todos, em nenhuma época histórica, houve essa condição da prática de si por todos, sempre ocorreu uma espécie de segregação na qual o sujeito precisava se agregar a algum grupo religioso (desde os pitagóricos) ou a grupos que mergulhavam no ócio. A relação consigo mesmo surge como o principal objetivo da prática de si e traz consigo o cuidado de si como algo ligado à salvação, salvação esta que pode ser alcançada no cuidar do outro (FOUCAULT, 2018).

Ainda para Foucault (2018), esse cenário de constructo histórico do cuidar de si foi fortalecido pela espiritualidade cristã, nos séculos III e IV, sobretudo nos monastérios, pela conclamação à arte de viver voltada às práticas ascéticas. Essas práticas correspondiam a um domínio de si sobre si (do grego, *enkráteia*), para a conversão a si (interiorização do pensamento para si; retorno a si, a ser humano), e à compaixão como metas a serem alcançadas para ataraxia e cuidado da própria alma (do grego, *epiméleia tês psychês*).

Desse modo, ao perguntar a S12m se ele concordava com o fato de o usuário ser protagonista do cuidado de si, ele respondeu:

Eu acho que ele deve sim procurar melhoria na, na ... qualidade de vida dele, mas não se responsabilizando.

Então, foi perguntado ao mesmo profissional se a responsabilidade deveria ser toda do médico, do PEF, do fisioterapeuta, do psicólogo etc., e, assim, o usuário não poderia participar de suas questões de saúde. Obtivemos como resposta:

Não, não, eu acho que o profissional vai dar um norte para você, ele vai dar a orientação e o caminho certo de você seguir, e não você se automedicar, vamos dizer assim ... porque às vezes o que acontece nas unidades de saúde, o pessoal chega lá e ... “eu quero um ultrassom”; “eu estou com uma

dor no meu ombro e eu quero fazer uma ressonância magnética no meu ombro”; “eu não estou muito bem aqui, eu estou passando mal e quero um remédio para meu estômago”, e não é bem assim. Se os profissionais estudam, têm o conhecimento, então tem que ter essa questão [...].

Espera-se, portanto, que a educação em saúde possa sensibilizar e, talvez, conscientizar os usuários quanto à importância da sua corresponsabilização no cuidado, inclusive, que possa reduzir a procura por consultas, exames e medicamentos (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012). Nesse sentido, o PEF necessita conhecer melhor o SUS, a saúde coletiva, afastar-se o quanto possível da racionalidade hegemônica atual de modelo assistencial em saúde e andar no caminho da construção da integralidade como fundamento para a nova racionalidade (ALVES, 2005). Além disso, esse profissional deve priorizar estratégias que conduzam os implicados nos atendimentos do NASF-AB ao protagonismo e autonomia necessários ao cuidado de si.

4.3.2 Estratégias a serem adotadas para que os usuários sejam protagonistas do seu cuidado

O PEF atuando no âmbito da saúde necessita buscar respostas às perguntas para as quais ele não estava habituado, e uma delas é: quais estratégias devem ser adotadas para desenvolver seu próprio protagonismo e, como educador, conduzir-se para desenvolver uma educação libertadora no sentido de construir o protagonismo dos usuários da APS? Nesse contexto, temos encontrado amparo na literatura, sobretudo da enfermagem, que é, em nossa opinião, a mãe do cuidar.

Compreendamos o termo autonomia, aqui, como descrito no Dicionário Michaelis On-line (AUTONOMIA, 2020), ou seja, capacidade de se autogovernar e, ainda, como “liberdade do homem que, pelo esforço de sua própria reflexão, dá a si mesmo os princípios de ação, não vivendo sem regras, mas obedecendo às que escolheu depois de examiná-las”. Dessa forma, a capacidade de governar-se ou cuidar de si nos conduz ao que Foucault (2018) traz como reflexão a partir do diálogo (escrito por Platão) entre Alcibíades e seu mestre Sócrates, quando Sócrates fala para Alcibíades que, para ele governar a cidade, antes é necessário conhecer a si e cuidar de si. Esse é um momento em que a noção do cuidado de si aparece pela primeira vez de forma mais clarificadora como um imperativo. De acordo com Franco (2018),

Foucault identifica a origem do cuidado de si entrelaçada à educação e à riqueza nesse trecho do diálogo.

Reconhecendo a importância dada por Sócrates à educação, podemos, portanto, inferir e sugerir que ela se torne uma das estratégias a ser adotada para fortes consequências na forma de resolutividade no processo de construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos como atores sociais. É inconcebível que um Governo invista mais em segurança e em empresas privadas do que em educação, uma vez que esta é que transforma os sujeitos em cidadãos com melhor compreensão sobre conhecer a si mesmo, ao outro e ao mundo, bem como fazer o melhor para sua vida e para a vida dos outros, conviver harmonicamente consigo mesmo e com os outros e ser melhor na busca pelo bem-estar social, tornando-se atores participantes ativos nos acontecimentos sociais, conforme definição do termo protagonismo no Dicionário Michaelis On-line (PROTAGONISMO, 2020).

Noguera-Ramirez, respondendo a uma pergunta da Revista do Instituto Humanitas Unisinos (IHU) (CHIGNOLA; PETERS; MARÍN-DÍAZ, 2015), enfatiza que, quando aprendemos, ocorre uma transformação nos modos de agir diante das situações, sendo possível ser bem-sucedido na frente de situações nas quais não se lograria o mesmo êxito caso não tivesse aprendido anteriormente. Nesse sentido, a educação é uma necessidade individual que deve ser satisfeita pela capacidade de autonomia do sujeito, o qual é agente do seu movimento em direção aos seus objetivos (CHIGNOLA; PETERS; MARÍN-DÍAZ, 2015).

Retornando às categorias desta pesquisa, após a pré-análise dos dados, foram encontradas as seguintes subcategorias: conversa ou diálogo com o usuário dos serviços; participação dos sujeitos; e espaços públicos e oferta de profissionais. Em relação à subcategoria conversa ou diálogo com o usuário dos serviços, ela é vista como primeira estratégia para o protagonismo dos sujeitos, conforme consta nas narrativas a seguir:

S6m: Na conversa com o paciente, com ... com o usuário, ele entender o que é prazeroso para ele, né? [...] Aí a gente pode dizer, se você não gosta de funcional, não gosta da caminhada e quer fazer outras coisas, a gente tenta procurar um outro lugar que ele possa ir né?

S11m: Conversa, o diálogo, teria que ter bastante diálogo, porque tem muitos que não estão nem aí, mas tem muitos que estão.

S4f: Acho que a gente tem que trazer as pessoas para estarem discutindo saúde junto, pra tá discutindo o autocuidado junto, e não a gente estar sempre

verticalizando, justamente... a gente trazendo tudo pronto, tudo pronto, tudo pronto, como se fôssemos donos dos saberes, profissional dono do saber, e não é, a gente precisa trazer o conhecimento de todo ... de toda a comunidade, da população que a gente tá cuidando.

Gostaríamos de dar um destaque para a fala de S4f, quando diz que se deve trazer as pessoas para a discussão, evitando a verticalização. Essa narrativa carrega consigo a capacidade que alguns PEF têm referente ao lidar com o cuidado, algo que todos deveriam ter. No entanto, infelizmente, são muitos os fatores associados para que isso não aconteça, a exemplo da própria formação e da autarquização²⁰ do serviço, que, seguindo o pensamento do educador Paulo Freire (2013), constitui um ambiente propício para o antidiálogo e para a verticalidade das imposições e fortalecimento dos “detentores do poder” (nesse caso, os profissionais de saúde), sobretudo do médico. Esse cenário conduz, ainda, ao mutismo, e “o mutismo não é propriamente inexistência de resposta. É resposta a que falta teor marcadamente crítico” (FREIRE, 2013, p. 69).

O diálogo é, portanto, essencial como estratégia para criação e desenvolvimento da autonomia e protagonismo dos sujeitos. O estudo de Amaral, Pontes e Silva (2014), realizado em um Curso de Graduação em Enfermagem, adotou a inclusão de agentes comunitários de saúde como discentes e, na experiência vivida pelos estudantes, ficou demonstrada a importância do diálogo entre os diversos sujeitos implicados na realização da EPS. O diálogo deve existir constantemente, de modo que os interlocutores respeitem sempre, mutualmente, o que é falado, porque o que é falado diz muito sobre o sujeito falante. Entretanto, ao se adotar a EPS como método de fortalecimento do cuidado, a concepção transcende o diálogo e a conversa sobre saúde, uma vez que a dinâmica da vida popular consiste em “rodas de conversa, diagnósticos participativos, assembleias e manifestações da cultura popular” (JAHN et al., 2012, p. 550; STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009).

É preciso, pois, compreender que, quando ocorre a expulsão do opressor de dentro do oprimido, a sombra do opressor deve ser substituída pela autonomia e responsabilidade de si, social e política (FREIRE, 2000), sendo que as responsabilidades social e política necessitam ter como pressuposto a

²⁰ Compreendida metaforicamente aqui como capacidade questionável da gestão e dos profissionais de saúde atrelada ao seu monólogo.

responsabilidade de si. Desse modo, a educação dialógica não objetiva informar para a saúde, mas transformar saberes existentes, em uma prática educativa que vise desenvolver a autonomia e a responsabilidade dos sujeitos no cuidado em saúde, evitando, assim, a imposição do saber técnico científico do profissional (antes, opressor) de saúde e buscando a compreensão de sua própria situação de saúde. Desse modo, as práticas no modelo da comunicação dialógica seguem um caminho emancipatório que valoriza a construção de um saber no processo saúde-doença-cuidado, respeitando a decisão dos sujeitos em relação às estratégias que devem adotar para promover, manter ou recuperar sua saúde (ALVES, 2005; CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

5 CAPÍTULO IV – FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Com a inserção do PEF no âmbito do NASF-AB, esse profissional passou a necessitar de novos conhecimentos, habilidades e competências para o desenvolvimento de suas atividades com uma população totalmente distinta da com a qual ele trabalhava (escolares e usuários de academia de ginástica). Esse novo panorama trouxe inquietações, sobretudo relacionadas a uma formação que contemple conhecimentos e práticas voltadas à APS.

5.1 FORMAÇÃO DO PEF PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Na história da universidade, observamos que o modelo cartesiano predomina em todas as formações, apesar disso, podemos perceber alguns avanços referentes “às ciências humanas e à perspectiva de humanização e sua incorporação no processo de formação” (BENITES; NETO; HUNGER, 2008, p. 351). Desde o ano de 1987, no Brasil, quando foi criado o Bacharelado em Educação Física (GÓIS JUNIOR et al., 2012), o PEF passou a ser responsabilizado por uma intervenção distinta da licenciatura, e, para essa intervenção, ele teria de ser capacitado começando pelo período da graduação.

De acordo com Tojal (2003, p. 11), “não se pode reformar e ressignificar qualquer categoria profissional sem a prévia reforma da capacitação dos profissionais que a compõem [...]”. A formação não está atendendo às necessidades do SUS, sobretudo na APS, pois as propostas pedagógicas da composição curricular estão distantes das habilidades e competências necessárias para atuação nesse âmbito. Desse modo, a capacitação deve ter como base o conhecimento sobre as fragilidades, potencialidades e dúvidas a partir da própria prática, necessitando, ainda, levar em consideração o vínculo, o acolhimento, a escuta e o trabalho em equipe (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Santos et. al. (2016) fizeram uma pesquisa em Sobral-CE e puderam observar que a qualidade da atuação do PEF é fortalecida historicamente pela sua participação efetiva em uma formação solidificada nos princípios do SUS com estágio em residência multiprofissional de saúde. Essa é uma análise que corrobora a de Nascimento e Oliveira (2010), uma vez que o futuro profissional estará imerso no

contexto da prática durante o processo de formação. Segundo os autores citados, esse fato gerou, por parte do PEF, uma intervenção com vínculos com a comunidade e com a rede interdisciplinar de cuidados preventivos para a população, portanto, foi efetiva/afetiva e mais resolutiva diante das dificuldades encontradas se comparada à formação não direcionada ao SUS. Nesse contexto, também deve ser inserido o controle ou participação social no sentido de fortalecer a atuação do PEF quanto às atividades a serem desenvolvidas por ele.

O Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), por meio da Lei nº 9.696/98, regulamentou essa categoria profissional e, com o intuito de orientar a atuação do PEF nos três níveis de assistência à saúde (primário, secundário e terciário), reuniu pesquisadores objetivando criar um documento que norteasse a atuação desse profissional (AZEVEDO et al., 2010). O documento trata da conduta geral e procedimentos técnicos, bem como competências e habilidades a serem desenvolvidas pelo PEF, e considera que, antes de qualquer ação, deve-se conhecer os sujeitos, ou seja, deve ser realizada uma avaliação ampla e sistemática que conste de uma anamnese, medidas antropométricas e funcionais, e, também, fatores de risco para o desenvolvimento de doença cardiovascular dos usuários do SUS.

O único ponto da anamnese sugerida pelo CONFEF, que vai além dos dados biologicistas, está relacionado à opinião dos usuários concernente às preferências de atividades físicas pelos próprios. Esse fator deve ser sempre destacado uma vez que a educação física precisa ser a menos impositiva possível. Não impor é um avanço, mas ainda podemos enxergar nos documentos a predominância do corpo biológico, fato ainda preocupante, pois o sujeito é, como já falado, muito mais que uma composição corporal ou um aspecto anatomofuncional.

O CONFEF traz, ainda, orientações para intervenção que seguem um modelo envolvendo a prescrição de atividades aeróbicas, anaeróbicas e de equilíbrio, podendo ser individualizada ou em grupos homogêneos; baseia-se nos princípios do treinamento desportivo (intensidade, volume, frequência, duração etc.) e recomenda que as doenças crônicas não transmissíveis sejam priorizadas. Vemos aqui o modelo centrado na doença e não no sujeito. Além disso, algumas orientações são pertinentes às informações que devem ser passadas para os usuários, como: evitar realizar as atividades físicas/práticas corporais em jejum ou sem tomar os medicamentos necessários; realizar a reposição de líquidos; fazer o aquecimento antes da atividade principal e alongamentos ao final de cada sessão de exercícios (AZEVEDO et al.,

2010). Um ponto crucial, portanto, passa a ser que a formação deve ser voltada para as habilidades e competências ligadas à humanização do trabalho, e isso não tem ocorrido; e outro ponto consiste no trabalho em equipe ser uma competência negligenciada na formação dos profissionais de saúde (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013).

Um estudo realizado por Feitosa e Nascimento (2003) fez uso da técnica Delphi para investigar as competências específicas do PEF que atua na orientação de atividade física. Os resultados mostraram que as competências definidas pelos PEF compreendem: 1) conhecimentos conceituais, procedimentais e contextuais; 2) habilidades relacionadas ao planejamento, comunicação, avaliação, incentivo e gestão. Nesse estudo, também foram consideradas as atitudes necessárias para uma atuação profissional adequada, cujas principais foram definidas como capacidade de demonstrar: a) boa comunicação, criatividade e transmissão de segurança aos usuários; b) posicionamento crítico em relação aos padrões de beleza; c) ética profissional e agilidade na tomada de decisões. A formação e todas as habilidades e competências que devem ser geradas nesse processo precisam ser direcionadas única e exclusivamente no sentido da qualidade de vida dos sujeitos implicados e na busca da participação direta desses sujeitos.

Já os resultados da pesquisa de Torres et al. (2014) ampliam a visão do estudo anterior e mostram acreditar em uma formação de profissionais de saúde que priorize a compreensão do corpo ontologicamente biocultural. Isto é, um corpo que não seja considerado apenas como objeto de intervenção (MENDES; MELO, 2010), mas como sujeito participante da ética e estética de sua própria existência, e que, desse modo, venha se associar, complementar e ressignificar o modelo tradicional de atenção à saúde nos seus modos de cuidar. Portanto, o cuidar não pode nem deve ser um elemento estático e isolado de uma profissão, porque a vida é dinâmica e o processo de cuidar ocorre em vida e para a vida.

Segundo Mendes et al. (2014), os profissionais de saúde iniciam os trabalhos nesse âmbito sem conhecimento suficiente da área de atuação e reconhecem a necessidade de realizar cursos de pós-graduação e vivências no trabalho para melhor atuação no SUS. Dessa forma, sugere-se a criação de modelos alternativos ao modelo biológico, os quais tragam reflexão crítica da realidade e envolvam uma nova concepção de saúde, sociedade e sujeito (MENDES et al., 2014).

Os atuais modelos de construção acadêmica na área de saúde foram criados como alternativos e complementares ao modelo biomédico, consistem em ensino e vivências que buscam ampliar o escopo do cuidado no SUS. Assim, o primeiro deles foi a residência multiprofissional criada pela Lei nº 11.129/2005 (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). De acordo com Corrêa et al. (2014), as residências multiprofissionais são ambientes que permitem a atuação do profissional de EF tanto na atenção primária quanto na atenção secundária à saúde.

Já para Martinez e Bacheladenski (2009), o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pode ser uma alternativa possível para a formação político-educativa e crítica de professores de EF para a atuação no SUS. Isso pois a formação atual prioriza a atuação voltada para o trabalho individual e espaço privado, e, por sua vez, a atuação no NASF-AB demanda o entendimento do processo saúde-doença-cuidado de comunidades e reflexão sobre as condições de vida e saúde da população no sentido da equidade (MARTINEZ; BACHELADENSKI, 2009).

O segundo modelo alternativo é o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), instituído em 2008 por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/2008 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Esse programa é uma maneira de estimular e estender a formação para atuação no SUS, fomenta a interdisciplinaridade e potencializa a integralidade. Para Santos et al. (2011), o PET-Saúde corresponde a uma estratégia que complementa a formação em EF, fazendo-se cumprir a integração ensino-serviço-comunidade e minimizando o déficit na formação para o SUS, uma vez que o olhar dos profissionais fica voltado para além da enfermidade, ampliando as ações de cuidar na APS.

5.2 RESULTADOS E ANÁLISES

A formação em saúde tem sido bastante questionada por estudiosos da área. O motivo dessa grande preocupação é a necessidade de superação do modelo biomédico, dado que este é reducionista e não leva em conta a subjetividades dos pacientes/usuários da APS.

5.2.1 A formação do PEF atuante no NASF-AB da cidade de João Pessoa-PB

Em relação aos profissionais entrevistados, há oito com Curso de Licenciatura Plena em Educação Física, quatro com Licenciatura e dois com Bacharelado. Quatro PEF informaram realizar formação continuada por meio de cursos de capacitação e simpósio, bem como especialização e práticas integrativas e complementares (PICs), pelos cursos de argiloterapia, auriculoterapia e floral.

A partir dos resultados encontrados, compreendemos a necessidade de grande parte (n=10) dos PEF atuantes na APS da cidade de João Pessoa buscar novos conhecimentos pelos meios necessários à sua aquisição, para que esses conhecimentos possam ser empregados nos serviços de saúde. Por outro lado, também identificamos que os PEF se sentem um tanto quanto confortáveis na sua atuação, devido à experiência adquirida na prática, uma vez que todos têm mais de um ano de trabalho no âmbito da saúde e atuam tanto no NASF-AB quanto na gerência da UBS.

5.2.2 Percepção do PEF sobre capacitação no curso de graduação relacionada ao cuidar em saúde no NASF-AB

A capacitação do PEF se dá por meio da aquisição de competências. Coutinho (2011) encontrou, como resultado de sua pesquisa, a existência de 58 competências, que foram organizadas nas dimensões sobre conhecimentos, habilidades e atitudes com características relacionadas à APS. A pesquisa identificou, ainda, atribuições pertinentes à atuação do PEF que são essenciais para sua melhor capacitação nesse âmbito, a saber:

A integralidade da atenção, considerando a indissociabilidade das ações, promocionais, preventivas, de tratamento e de reabilitação; a continuidade da atenção com articulação intersetorial visando à integralidade dos serviços de saúde e afins; a humanização para o estabelecimento de vínculos, principalmente, por meio da escuta; o trabalho em equipe para a atuação interdisciplinar e a promoção da saúde, voltada também para a emancipação dos sujeitos. (COUTINHO, 2011, p. 3511).

Essas atribuições, na verdade, são comuns a todos os profissionais das equipes de referência e de apoio, como é o caso do NASF-AB. Apesar de o PEF estar começando a conhecer conceitos relacionados diretamente a suas atribuições no

NASF-AB, ainda se faz necessário operacionalizá-los junto às equipes de saúde. Desse modo, a formação em EF tem a difícil missão de transcender conteúdos voltados para os efeitos clínicos da atividade física e se direcionar para aspectos ligados à gestão e aos elementos socioambientais e políticos de saúde, bem como ampliar a reflexão e a problematização sobre o processo saúde-doença (LOCH; RECH; COSTA, 2020).

Após a fase de pré-análise para esta categoria, encontramos as seguintes subcategorias: não capacitou; aprendizagem posterior; disciplinas específicas e projetos de extensão como perspectiva ou meio de aprendizagem. Sendo assim, dos 14 PEF entrevistados, apenas S5f disse ter sido capacitada na formação, uma vez que participou de projetos de extensão. Benedetti e Borges (2014) consideram que a extensão deve ser um elemento ativo no processo de aprendizagem associada ao ensino e à pesquisa, contudo, parece que os professores da graduação em EF ainda não compreenderam, na sua totalidade, a importância que deve ser dada à associação entre ensino-pesquisa-extensão visando contribuir para a formação do bacharel em EF e sua atuação profissional na saúde.

Tratando-se da subcategoria não capacitou, consideramos que todo conhecimento adquirido na formação foi insuficiente para dar conta da amplitude da demanda exigida pela APS, como podemos observar nas falas a seguir:

S1m: A princípio não, no início a gente tinha aquela formação acadêmica de... de ... pedagógica, pedagógica, certo? Nem passava pela minha cabeça que eu ia trabalhar na ... no âmbito da saúde.

S2f: Então! Assim ... voltado mesmo para atenção à saúde nas unidades de saúde, não.

S4f: Não, de fato não. É... uns projetos... participei de dois projetos de pesquisa de PIBIC na ... na... quando na minha formação, e aí foi quando eu tive o contato de fato, um pouquinho com a atenção primária [...].

S7m: É ... a gente acredita assim ... que ela ajudou, porém, não foi a formação ideal, direcionada para a questão da atenção e do cuidado.

S8m: Não, não tinha nada voltado para a Atenção Primária.

S14m: Na minha formação no curso de educação física, mesmo estando dentro do bacharelado... e assim... a gente estudou muito pouco falando dessa parte da Atenção Primária.

A partir dessas falas, podemos verificar que o curso de EF não foi suficiente para capacitar os entrevistados para atuarem na área de saúde, contudo, atualmente,

os cursos de bacharelado vêm buscado se adequar e, por meio de novos campos de aprendizagem e formação, capacitar os profissionais para atuação no SUS, a exemplo da inclusão na Residência Multiprofissional e no Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) em 2009 (BENEDETTI; BORGES, 2014).

No entanto, ainda são inúmeras as dificuldades encontradas para uma atuação suficientemente adequada à humanização e integralidade do cuidado. Ainda existem muitas fragilidades na formação dos graduandos relacionada à APS/NASF-AB, além da necessidade de capacitação para compor as equipes multiprofissionais, sobretudo na APS (BONFIM; COSTA; MONTEIRO, 2012; FALCI; BELISÁRIO, 2013).

Nesse sentido, Andrade et al. (2014) afirmam que a formação de bacharéis em EF parece ainda não acompanhar a velocidade das demandas conforme as novas vicissitudes no âmbito da saúde. O presente estudo, específico com o PEF na APS, corrobora o trabalho realizado por Kanno, Bellodi e Tess, em 2012, com profissionais da ESF, e citado por Brito, Mendes e Neto (2021). O ponto observado diz respeito à insuficiência na formação para capacitação direcionada à complexidade do trabalho frente às “demandas médico-sociais”.

Por sua vez, a subcategoria aprendizagem posterior indica a dificuldade do PEF em se adaptar ao trabalho na APS após sair da graduação para o campo de atuação. Dado que a atividade física é um potencial elemento na promoção da saúde, prevenção, reabilitação e tratamento da doença baseado na integralidade proposta pelo SUS (ANDRADE et al., 2014), para esse profissional, a atuação se tornou uma práxis, pois, após cada sessão de trabalho, deve acontecer a reflexão do que se fez e como poderia ser feito melhor. Vejamos o que os PEF falaram:

S3f: Todos os meus colegas estão passando por isso, a gente está aprendendo na prática, né?

S11m: [...] a gente aprende no dia a dia de quando a gente vem trabalhar na área.

S12m: Mas, foi trabalhando mesmo! que a gente botou a mão na massa e realmente conheceu o serviço de saúde de João Pessoa.

S13m: Eu fui aprendendo ... mas, no dia a dia.

Para o PEF, essa nova função no campo da saúde implica um papel social distinto do que outrora ele vinha desenvolvendo, desse modo, ocorre também a necessidade de um novo “modelo”, por assim dizer, sempre inconcluso, de formação

para melhor capacitação desse profissional na área de saúde. Falamos aqui de uma capacitação que também envolva uma conversão a si, voltar os olhos para si e, assim, poder melhor se conhecer e tirar desse conhecimento princípios que norteiem suas ações, sua atuação de modo consciente (GROS, 2012).

Nesse sentido, a problematização a seguir é importante: para quais sujeitos estou desenvolvendo minhas ações (não apenas grupo de idosos etc.)? O que posso observar da prática para tornar melhor a minha atuação? Quais metodologias, possivelmente, serão de melhor aplicação para os sujeitos envolvidos nas atividades? Como podemos conhecer melhor o serviço e os atores com os quais podemos interagir? Qual a importância de conhecer o território? Afinal, no âmbito da saúde, o conhecimento acadêmico tem se tornado insuficiente.

Quanto à subcategoria disciplinas específicas e projetos de extensão como perspectiva ou meio de aprendizagem, obtivemos as seguintes respostas dos entrevistados:

S6m: [...] porque nós temos várias disciplinas em relação ao cuidar, mas voltada para Atenção Primária não.

S8m: [...] então era mais esporte e mais matéria voltada ao corpo, anatomia, cinesiologia, essas assim mais básicas.

S9m: Só tem uma disciplina voltada para essa parte do SUS, da saúde, que é a disciplina chamada de Políticas Públicas, aí assim ... na prática mesmo, a gente não viu muita coisa não.

S10f: [...] a gente não teve nenhuma disciplina que pautasse a discussão, nem que colocasse a gente, é... no espaço da saúde para vivenciar, nada relacionado à saúde.

S11m: O curso em si, a gente não tinha essa disciplina, a cadeira, a cadeira que a gente tinha lá era a cadeira de primeiros socorros.

S12m: [...] no curso de licenciatura, se não me engano, no último período tivemos um estágio, que foi um estágio supervisionado, e aí a gente teve alguns dias em uma unidade básica de saúde, que, se não me engano, foi no Altiplano, para a gente ter um conhecimento do que era o NASF-AB, mas foi uma coisa bem aberta, bem vaga, a gente não teve muito conhecimento do que realmente o NASF-AB fazia, de demanda profissional para trabalhar.

S13m: A gente não teve um ... matérias específicas que a gente pudesse fazer estágios.

S5f: [...] acho que está relacionado a isso, extensões da faculdade mesmo, e participei de três extensões que foi: natação, vôlei e aeróbica. E assim... é ... um andamento muito bom, assim... quem não tem conhecimento de nada né? Para ... para o mercado de trabalho, acho que foi ... é ... uma grande oportunidade [...].

Como podemos analisar na fala de S5f, apesar de seus estágios em projetos de extensão não terem sido na área de saúde, essa profissional percebeu a importância da participação do discente nesse tipo de projeto que, sem dúvidas, poderá também ser desenvolvido no campo da APS/NASF-AB.

Então, o que pode ser feito a respeito desse tópico? O acréscimo de disciplinas como epidemiologia e outras relacionadas à saúde pública e à saúde coletiva pode ser suficiente? Acreditamos que isso é também importante, mas isoladamente não é a melhor opção, uma vez que esse cenário pode ser melhor implementado com a participação efetiva dos estudantes em projetos de extensão voltados para NASF-AB, academia da saúde, centro de apoio psicossocial (CAPS), centros de referência de assistência social (CRAS) e escolas, ou seja, universidade em parceria com as esferas municipal e estadual, uma intersetorialidade já na formação, além de parcerias com projetos do Governo Federal, como PET-Saúde e Residências em Saúde (ANDRADE et al., 2014), para cumprimento e fortalecimento das necessidades do SUS. São necessárias, portanto, estratégias que potencializem o conhecimento das questões de território, bem como das relações socioculturais dos usuários dos serviços.

5.3 CURRÍCULO: CONTEÚDOS E VIVÊNCIAS A SEREM TRABALHADOS NA GRADUAÇÃO PARA MELHOR PREPARO PARA ATUAÇÃO DO PEF NO NASF-AB

Como vimos anteriormente, dos PEF entrevistados, apenas S5f disse que a formação a capacitou. Por outro lado, todos consideraram inadequado o currículo no qual foram formados, inclusive a própria S5f, conforme podemos notar nas falas a seguir:

S3f: Atualmente eu trabalho só com o NASF-AB né? Fui gerente seis anos, e a gente aprende no dia a dia a lidar com a comunidade ... com gente barra pesada, mas a gente não teve formação nenhuma na universidade não.

S5f: Na grade curricular é ... na grade curricular ter ... ter a disciplina para a gente fazer a prática e a teórica para envolver mais o aluno, é ... superinteressante, né? Uma cadeira que você tenha prática nela, a teórica né? E ... foi coisa assim ... que eu não tive e pra mim foi tudo novo, entrar no mercado de trabalho nessa área.

S7m: O currículo poderia ser ampliado, focando mais na atenção primária, é algo muito abrangente, mas que ... assim ... poderia ser mais específico.

S11m: [...] a gerência da atenção à saúde foi um programa que foi criado já vai fazer um ano ou é dois anos, e essa cadeira a gente não tem na universidade, essa profissão que a gente está tendo aqui, a gente vai aprendendo no dia a dia.

S12m: Contribuiu de forma mínima, porque eu acredito que deveria ter mais ... assim, ser mais abrangente nesse conhecimento do NASF-AB para trabalhar no município, entendeu?

De acordo com essas falas, podemos identificar que o currículo para formação em licenciatura plena, apenas licenciatura e apenas bacharelado em EF (formação dos entrevistados) não atendem às demandas da APS devido à complexidade desse serviço. Dado esse fato, a narrativa de S3f indica: primeiro, que o gerenciamento da UBS é algo complexo e que não há preparo prévio com base curricular ou de vivência extracurricular (pois alguns já têm experiência com gerenciamento de academia) para essa função durante o curso; e segundo, que existe um perigo eminente no trabalho, em algumas comunidades, os profissionais ficam expostos pois lidam “com gente barra pesada”, e só na atuação propriamente dita é que os PEF aprendem in loco, fato esse corroborado por S11m.

Já para S12m e S7m, apesar do currículo ser inadequado, ele teve alguma contribuição, contudo, carecia ser ampliado. Acreditamos que, por esses dois profissionais terem sido formados em 2010 e 2011, respectivamente, diferente dos demais, que se formaram antes da existência do NASF-AB, provavelmente puderam participar de alguma discussão pertinente à sua inclusão nesse serviço, uma vez que os debates se acentuavam naquela época. Nesse sentido, Santos et al. (2011) afirmam que o PEF precisa ter uma formação que possa dar subsídio para ele poder desenvolver em plenitude todas as suas atribuições profissionais, contudo, grande parte dos currículos ainda não supre essa demanda.

Por sua vez, para Fraga, Carvalho e Gomes (2012), a potente tradição técnico-esportiva e médico-científica gera grandes resistências ao processo de reformulação dos currículos. Rodrigues et al. (2013), em sua revisão sistemática, identificaram duas grandes fragilidades em relação aos conteúdos e vivências: primeiro, a formação não direcionada ao trabalho multiprofissional e, segundo, a falta de experiência anterior à sua atuação profissional. Nesse cenário, encontramos cinco subcategorias relacionadas a temas de conteúdos curriculares com foco em vivências/experiências na APS, sugeridas pelos PEF, a saber: saúde coletiva; estágio supervisionado;

atividade física e grupos especiais (de convivência); SUS e a política de Atenção Primária; e gerenciamento de UBS.

5.3.1 Saúde coletiva

Conforme a Resolução nº 6 do Conselho Nacional de Educação, a saúde coletiva está presente no eixo articulador saúde na formação do bacharel em EF, e seus conteúdos são direcionados de modo a abranger o movimento corporal e a cultura que o cerca, buscando abarcar as necessidades sociais no campo da saúde (BRASIL; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2018). Vejamos o que diz S4f em relação à necessidade desse conteúdo:

S4f: Eu acho que, em primeiro lugar, teria que a gente pagar uma cadeira em relação à saúde coletiva, de fato, é ... porque aí abrangeria vários fatores da ... da atenção primária, né?

Essa percepção de S4f é verdadeira, dado que a saúde coletiva se apropriou da subjetividade dos atores envolvidos, tornando-os imbuídos em busca do bem-estar da coletividade, e incluiu o doente, não mais com esse estigma, mas como um sujeito responsável e capaz de colaborar no gerenciamento de sua própria saúde e qualidade de vida. Nesse sentido, conteúdos da história, sociologia e filosofia foram associados aos conhecimentos pertinentes à saúde, dando-lhe uma conotação voltada para um melhor cuidar do sujeito no seu contexto social ou coletivo de vida.

Segundo Fraga, Carvalho e Gomes (2012), o início da problematização sobre a EF na saúde foi dado por Yara Carvalho em 1990 (anterior ao reconhecimento da EF como área de saúde), na Universidade de São Paulo (USP), com estudos voltados para atividade física e saúde. Esses estudos buscaram elementos que justificassem a atividade física em si como produtora de saúde, bem como desenvolveram contraponto à atividade física como panaceia, identificaram a necessidade da formação em SUS com enfoque em saúde coletiva e, ainda, apontaram que:

É muito apropriado pensar as políticas de formação em SUS e saúde coletiva tomando como eixo central o conceito de prática corporal, pois ele está muito mais alinhado à humanização do cuidado e à atenção integral à saúde do que à noção de atividade física. Mas, apesar do potencial de resposta das práticas corporais às demandas do SUS, ainda prevalece, no âmbito da formação e das pesquisas, a retórica da atividade física. Durante a graduação, são poucas as oportunidades de 'experimentos' com as práticas corporais no

contexto do serviço público de saúde. (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012. p. 380).

Para Ceccim e Bilibio (2007), a reflexão realizada pelos PEF quanto ao cuidado em saúde deve se debruçar sobre a defesa e a afirmação da vida, que se tornam essenciais como processo para a construção de uma relação mais estreita das fronteiras entre educação física e saúde coletiva. Esses autores enfatizam também que o objeto da área de saúde não é a cura (origem no latim, *curare*), mas o cuidado que se desvela pelo *cogitare* (imaginar, refletir...) e o *cogitatus* (atenção, responsabilidade, zelo, prevenção...) como principais formas de alcançar a cura de males físicos e mentais e da saúde.

5.3.2 Estágio supervisionado

Em relação ao estágio supervisionado, conseguimos entender que eles compreendem a necessidade de um melhor e mais amplo processo de estágio supervisionado para posterior atuação na vida profissional, conforme pontua S12m em sua fala adiante. Já de acordo com S14m, é importante que a forma de estágio supervisionado seja modificada para atender às demandas de conhecimentos e vivências que possibilitem uma intervenção com maior eficácia no âmbito da saúde, conforme consta a seguir também:

S12m: A questão do estágio supervisionado deveria ter maior conhecimento, um maior conteúdo em relação a isso aí [disciplinas pertinentes à saúde coletiva], para que os profissionais que queiram ingressar nessa área possam ter um maior conhecimento e ter a facilidade do processo de trabalho para chegar às unidades com um conhecimento maior.

S14m: A parte prática, o estágio dentro do serviço público, que é um estágio que eu acrescentaria ou reformularia.

Nesse campo de estágio, Fraga, Carvalho e Gomes (2012) consideram importante o envolvimento dos estudantes no PET-Saúde, uma vez que esse fato tem surtido efeito positivo na formação dos participantes. Já Santos et al. (2011) afirmam que o PET-Saúde funciona como um fio condutor que liga ensino-serviço-comunidade na direção de uma reorientação e melhor formação profissional, sendo uma proposta confiável. Apesar dos detalhes que ainda necessitam de aprimoramento, ainda existe

uma preocupação persistente quanto à capacitação de tutores e preceptores para o apoio aos estudantes.

O trabalho em equipe, iniciado em projetos, sobretudo como PET-Saúde e Residência Multiprofissional, requer a interprofissionalidade, que é a condição *sine qua non* para alcance da reorientação do trabalho em saúde. Nesse sentido, Ferla e Toassi (FERLA; TOASSI, 2017) alegam que, desde alguns anos, a interprofissionalidade tem sido tema foco nos debates sobre mudanças na formação em saúde no ensino superior. Corroborando essas autoras, acreditamos que, no cenário da integralidade do cuidado, as experiências direcionadas e vividas na práxis devem abranger o contexto de todos os atores envolvidos, pois isso nos conduz à formação-trabalho com escopo na aproximação teoria-prática, a qual fortaleça a qualidade de vida dos sujeitos, tanto individual como coletivamente. Pensamos, então, que esse é um passo importante para sobrepujar o paradigma biomédico dominante.

O estágio supervisionado agora pode ser ampliado devido à Resolução do CNE/CES nº 7/2018, que “estabelece as diretrizes para a extensão na educação superior brasileira” (BRASIL; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2018b, p. 1). Diante disso, acreditamos que todo esse contexto poderá ter grande impacto positivo na formação superior em geral, especialmente na área de saúde, dado que, de acordo com essa resolução, serão obrigatórios, em cada curso, a carga horária curricular mínima de 10%, vivenciada em projetos, programas, cursos e oficinas, eventos e prestação de serviços.

5.3.3 Atividade física e grupos especiais (de convivência)

Acreditamos ser consenso, em todos os cursos de bacharelado do Brasil, a existência de disciplinas com conteúdos diretamente ligados a grupos especiais. Mesmo assim, podemos inferir, a partir das falas de S8m e S9m a seguir, lacunas como inclusão de conteúdos voltados para a saúde mental e um melhor direcionamento para a aplicação da atividade física no combate às DCNT:

S8m: Deveria ter uma matéria voltada a grupos de convivência, por exemplo, é ... atuação com grupo de idoso, atuação no grupo de obeso, de hipertenso, diabético, atuação no grupo de saúde mental, atuação num grupo de vivência sabe?”

S9m: [...] atividade física voltada para terceira idade, atividade física no combate à obesidade, atividade física no combate ao diabetes, porque a gente vê, vê, mas vê assim... muito solto.

Provavelmente, essas narrativas surgem a partir da grande dificuldade encontrada pelo PEF em trabalhar com grupos operativos, dado que cada um dos usuários tem sua individualidade biológica, além de ser um sujeito ímpar do ponto de vista subjetivo. Entretanto, o pesquisador pôde presenciar, em uma das visitas de entrevista, que o trabalho que estava sendo realizado por um PEF superava todas as atividades físicas que o pesquisador já havia presenciado em locais semelhantes (UBS). Tratava-se de um circuito com várias estações em que cada usuário passava pela estação realizando o movimento de acordo com sua capacidade prevista para suas condições de saúde e limitações. Havia um planejamento prévio do PEF, no qual as condições de saúde dos prontuários dos usuários eram respeitadas. Em um único momento de observação espontânea (não planejada, nem registrada em diário ou caderno de campo), antes do momento da entrevista, esse fato pareceu refletir explicitamente no empenho dos participantes. Entretanto, do ponto de vista epidemiológico, deve-se compreender que apenas um ou dois dias de atividade são insuficientes para produzir efeitos que resultem em saúde física para esses grupos, mas, possivelmente, acarretarão efeitos psicológicos positivos.

Apesar de os grupos operativos (idosos, hipertensos, diabéticos, obesos) de atividade física no NASF-AB não ocorrerem com a frequência semanal almejada pelas recomendações da OMS, que, para adultos, correspondia a 30 minutos de atividade leve ou moderada por cinco dias da semana, ou 20 minutos de atividade intensa por três dias da semana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010), o pesquisador do presente estudo viu, na aula anteriormente citada, um processo de construção inovador do cuidado que pode gerar novas maneiras de pensar e fazer atividade física diversificada para grupos especiais, porém tendo que superar a grande barreira de alcançar a frequência recomendada.

Atualmente, as orientações da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a) para as idades entre 5 e 17 anos são de ao menos 60 minutos diários de atividade aeróbica de intensidade moderada a vigorosa durante a semana, e as atividades que fortalecem músculos e ossos devem ser praticadas ao menos três dias durante a semana. Para os adultos (18-64 anos), recomenda-se de 150 a 300 minutos de atividade aeróbica moderada ou 75 a 150 minutos de atividade vigorosa, bem como

dois ou mais dias de atividade moderada (de força) para fortalecimento muscular e benefícios adicionais, inclusive para pessoas com câncer, HIV, doenças crônicas (como hipertensão e diabetes tipo 2) ou outras incapacidades (como depressão e ansiedade). Para as pessoas acima de 65 anos de idade, indica-se que sejam acrescentadas atividades que envolvam equilíbrio e coordenação associados à força, com o objetivo de evitar quedas.

A APS tem seu foco predominantemente voltado para os denominados grupos especiais, nos quais prevalecem as DCNT; por outro lado, percebemos, nas falas dos PEF entrevistados, que, apesar de, em alguns casos, existirem currículos com conteúdos relacionados a esses grupos, ainda continua a necessidade de ampliar a discussão e experiências nessa temática. Malta et al. (2016) realizaram um estudo para descrever os avanços no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil entre 2011-2015 e concluíram que, de modo geral, naquele período, foram alcançados avanços referentes à promoção da saúde e do cuidado integral.

Atualmente, as transformações ocorridas a partir de documentos oficiais do Governo, a exemplo de portarias e leis relacionadas à APS, têm, provavelmente, de algum modo, atingido sobretudo o NASF-AB de cidades onde não há profissionais concursados (maioria), uma vez que, por exemplo, ao ter que escolher entre o PEF e o fisioterapeuta, a prefeitura prioriza o núcleo de fisioterapia (como foi constatado pelo pesquisador deste estudo durante o período em que realizou a pesquisa de mestrado). É possível que, caso esse fato venha ser confirmado por meio de pesquisa, isso fará recrudescer o sedentarismo, podendo gerar um problema social que penaliza ainda mais a classe portadora de DCNT e impossibilitada de pagar para se exercitar em uma academia. Desse modo, a problemática da atuação profissional em saúde tem parte de sua origem na formação, mas isso não é tudo, uma vez que deve existir vontade política no contexto geral de qualquer esfera social.

5.3.4 O SUS e a Política de Atenção Primária à Saúde

O SUS brasileiro tem suas bases em princípios como o caráter universal do cuidado e, por meio do Ministério da Saúde, aprovou a Política Nacional de Atenção Primária (PNAB) com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a). A PNAB tem como característica as ações de saúde voltadas para o individual e o coletivo na busca pela promoção, proteção e manutenção da saúde, prevenção de

agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos. Nesse contexto, é de suma importância a experiência, já no mundo acadêmico, sobre conhecimentos e práticas que conduzam o estudante a essa vivência precursora ao mundo do trabalho formal. Desse modo, vejamos o que dizem os PEF em relação aos conteúdos pertinentes a esse tema:

S6m: Acho que deveria ter disciplinas voltadas exclusivamente para Atenção Primária né, mostrando como funciona uma equipe de saúde da família.

S7m: [...] e também a questão da, da política nacional e da Atenção Primária, se você tem este instrumento você consegue é ... ter uma visão mais ampliada da questão do cuidado, então isso com certeza ajudaria bastante, e teria ajudado muito para quem hoje está atuando.

S12m: Os PTS, que é o projeto terapêutico singular, e aí somos multiprofissionais fazendo orientações, fazendo atividades, fazer acompanhamento. Então, tudo isso a gente não teve, tudo isso eu aprendi quando eu ingressei no trabalho e não na universidade.

S14m: [...] falando sobre os princípios do SUS, falando sobre o ambiente e as dificuldades que o profissional de educação física tem junto com a comunidade, junto com ... é ... uma população, vamos dizer sociocultural diferente. Uma coisa que eu acrescentaria muito era a parte de SUS [...].

Como podemos perceber nas falas dos PEF, existe uma necessidade indiscutível de conhecer mais os conteúdos pertinentes ao SUS e suas políticas direcionadas ao cuidado, como identificamos na fala de S7m, quando afirma que esse conhecimento traz uma visão ampliada sobre o cuidado. Consideramos, assim, que, sempre que um profissional tem uma visão ampliada acerca do âmbito de sua profissão, possivelmente poderá desempenhar suas ações com maior esmero e denodo.

5.3.5 Gerenciamento

Quanto à subcategoria gerenciamento (gestão), podemos compreender que os PEF percebem a necessidade de conteúdos pertinentes às questões administrativas, conforme consta nas falas a seguir:

S12m: É... gerenciamento da unidade, questão de frequência, essas coisas que não têm nada a ver com o NASF-AB e de uma hora para outra a gente tem que exercer a profissão também como NASF-AB.

S13m: Seria interessante alguma disciplina que voltasse a essa parte mais gerencial, uma disciplina com essa parte mais administrativa.

Essa subcategoria, na região metropolitana de João Pessoa, já teve o seu significado restrito ao apoio matricial (arquivos de dissertação do autor, não publicado, 2012), entretanto, atualmente existe o cargo específico de gerente da UBS, dado que o apoio matricial não deve fugir às suas dimensões assistencial e técnico-pedagógica. Analisando alguns pontos que as recomendações do CONFEF trazem como competências e habilidades que devem ser atributos do PEF, podemos compreender que diagnosticar, planejar, supervisionar, coordenar, dirigir, assessorar e programar (AZEVEDO et al., 2010, p. 23) podem ir além do contexto da atividade física, quando vistos do prisma dos atributos para o gerenciamento, independentemente do setor (como uma UBS) a ser gerenciado.

Por outro lado, se o PEF assume apenas a função de gestor, a comunidade ficará sem ter cobertura das ações (atividade física/práticas corporais) para as quais esse profissional é o mais qualificado e foi preparado para desenvolver no seu núcleo no NASF-AB, o que implica consequências negativas para a saúde da população. Logo, para minimizar essas consequências, é importante o PEF trabalhar em parceria com os demais profissionais do NASF-AB e da EqSF, visando à promoção da saúde, bem como criar estratégias de ampliação de possibilidades da prática de atividade física sistematizada e generalizada na APS (MAIA et al., 2011). Ainda podemos analisar que a atuação do PEF no seu núcleo já constituiu em si um processo para a construção de melhores modos de vida por meio do cuidar de si.

Nenhum dos PEF mencionou, especificamente, sobre a necessidade de conteúdos da epidemiologia. É possível que esses profissionais não conheçam a epidemiologia e seus conteúdos. Contudo, sabemos que, para o desenvolvimento das atividades, esses profissionais são motivados e embasados cientificamente pelas evidências das pesquisas epidemiológicas, muitas vezes sem ter o conhecimento de que o que está escrito nos livros é produto de pesquisas nessa área. Até pouco tempo atrás, não era comum professores usarem artigos científicos no ensino na graduação.

Na composição curricular dos cursos de bacharelado em Educação Física, já foi ou está sendo implantada a disciplina de epidemiologia da atividade física, a exemplo do Curso Presencial de Bacharelado em Educação Física da Universidade Estadual da Paraíba, criado por meio da Resolução/UEPB/CONSUNI/0163/2016 (ESTADO DA PARAÍBA, 2016), o qual incluiu a disciplina como eletiva no Projeto Pedagógico do

referido curso (UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA, 2016). Para Loch, Rech e Costa (2020), o fato de estarem sendo inseridas disciplinas como epidemiologia e outras pertinentes à especificidades do SUS já é um grande avanço por esses conteúdos praticamente não existirem nos cursos de EF antes da criação do NASF-AB.

Outros autores, a exemplo de Andrade et al. (2014), também listam alguns desafios que precisam ser trabalhados para melhorar a formação profissional do PEF. Esses desafios consistem na “Ampliação da concentração de disciplina de saúde pública, como epidemiologia, promoção em saúde, políticas públicas de saúde, Sistema Único de Saúde” (ANDRADE et al., 2014, p. 99). Segundo os autores, esses conhecimentos contribuirão para uma formação ampliada em saúde, bem como abrirão discussão sobre os determinantes sociais de saúde. Além disso, eles acreditam que esses temas geram conhecimentos e vivências pertinentes à necessidade de compreensão ampla do contexto de vida das pessoas antes das ações de saúde que devem ser propostas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A princípio, os achados da presente pesquisa apontam que alguns PEF compreendem saúde como algo complexo e inatingível em sua plenitude; por outro lado, outros PEF acreditam que a saúde pode ser alcançada a partir de práticas de autocuidado (cuidado de si) com o corpo, a mente e os aspectos sociais que consideram a qualidade de vida. Além disso, os PEF mantêm bons vínculos de amizade tanto com os usuários quanto com os profissionais das equipes de saúde. Ainda, não houve, por parte dos PEF atuantes no NASF-AB do município de João Pessoa, uma compreensão mais profunda sobre o significado de EPS e como implementá-la na EF. Por fim, a responsabilidade do PEF quanto ao cuidar dos usuários do NASF-AB está relacionada às suas ações individuais e em equipe, primando por um olhar amplo que supere os aspectos biológicos.

Concernente aos PEF entrevistados, chegamos à conclusão de que a formação não os capacitou para atuarem na área de saúde, no entanto, apesar das dificuldades devido às barreiras e fragilidades encontradas na atuação, acreditamos que as experiências deles têm dado um norte do que fazer e como fazer no trabalho da APS. Portanto, com a intenção de superar o modelo tradicional de cuidado, sugerimos que o PEF deva estar integrado à comunidade e realizar uma prática do cuidar que transcenda o modelo biomédico, visando à construção de um modelo compartilhado de APS, com participação direta da população atendida pela APS/NASF-AB.

Além disso, os resultados da pesquisa confirmam a urgência de profissionais engajados e imbuídos nas relações com os usuários e a saúde. Desse modo, acreditamos que, para ser iniciada uma ruptura mais incisiva sobre o modelo biologicista atual (com foco exclusivo em consultas, fármacos, exames laboratoriais, prescrição de treinamento) de assistência à saúde na sua Atenção Primária/NASF-AB, faz-se necessário um trabalho mais intenso de conscientização por parte dos profissionais da área, em relação aos usuários, quanto a inserir o paciente/usuário desse serviço na agenda mensal de saúde, apesar da sua estressante demanda.

Concernente ao intuito do projeto maior (Universal CNPq), ele gerou um processo de agregação de saberes por meio dos diversos professores, bem como acadêmicos da graduação e doutorado, o que possibilitou, além de trazer frutos para o coletivo, possivelmente, colaborar para o esclarecimento acerca das ações do cuidar de si, pelos PEF inseridos na área da APS/NASF-AB. Assim, cremos que o cenário

desenhado pode viabilizar a aplicação dos conhecimentos adquiridos a partir desta pesquisa e resultar em uma nova forma de o PEF enxergar e transformar suas práticas em práxis que colaborem para melhor aprendizagem, interação e participação dos usuários por ele atendidos. Além disso, é possível inferir que o núcleo de EF no NASF-AB pode interagir e proporcionar um ambiente bastante adequado para as práticas de ensino no estágio do bacharelado dessa área de conhecimento, assim como favorecer as práticas universitárias extensionistas.

A prática pedagógica do trabalho em saúde voltado para o SUS deveria sempre ocorrer diretamente nos seus cenários didáticos, em nosso caso, a APS/NASF-AB. Esse elemento poderá criar sentidos e significados que favoreçam ainda mais a atuação em forma de cuidado, sobretudo, a partir da escuta qualificada, não apenas do estudante de psicologia, mas, também, do estudante de educação física e das demais profissões da saúde. Nesse sentido, corroboramos Benedetto (2018), que traz, em seu estudo, informações de experiências as quais, apesar de ocorrerem em um ambiente de situações extremas (pré-morte) da relação paciente-médico, constituem um aprendizado quando são analisadas as narrativas dos pacientes/usuários. Essa autora afirma, ainda, que as narrativas podem ser uma poderosa ferramenta para ensinar profissionais e estudantes.

Consideramos, assim, que o PEF do NASF-AB da cidade de João Pessoa-PB se esforça para cumprir o seu papel, contudo, em geral, o próprio sistema (função de campo da APS e de núcleo deslocada para o gerenciamento de UBS) o impede de realizar o cuidado integral como preconiza o SUS. O NASF-AB apenas mostrava melhor desempenho e se tornava mais eficiente no momento de avaliação (PMAQ). Esse fato o tornara fora de um contexto racional para sua existência. Sendo assim, deixamos registrada uma forte inquietação para que outras pesquisas possam responder: é possível resgatar a verdadeira identidade do NASF-AB para uma atuação com foco na integralidade do atendimento aos seus usuários/pacientes? Como? Consideramos que, mesmo que os PEF tivessem todas as competências necessárias ao serviço, estariam engessados pelo sistema político que os impede de atuarem de acordo com as diretrizes e cadernos da ABS.

No campo da saúde, o cuidado se destaca e é algo muito mais amplo e complexo do que a prática clínica, e no núcleo da EF, transcende a avaliação e a prescrição de exercícios, pois deve ser realizado holisticamente e visto com o olhar que leva em conta o ser humano, sua subjetividade, sua autogovernabilidade e seu protagonismo

na construção da sua história. Nesse sentido, podemos sustentar a tese de que o PEF tem conhecimentos para atuar com o cuidar na APS, mas ainda não se sente suficientemente preparado nesse âmbito de trabalho.

Retornando à epígrafe desta tese (*A fábula-mito do cuidado*), desvelamos a metáfora no sentido de que o Cuidado (aqui, às equipes de APS) que moldou o barro tornando-o criatura, denominada Húmus (sujeito) por Saturno (pesquisa científica), existe fora e intrínseco ao seu ser, entretanto, é necessário que Júpiter (Governos) sobre nele o espírito da dignidade para uma estética de existência que lhe proporcione o bem-viver, educação, saúde, segurança, trabalho, moradia digna, fomento às práticas corporais/atividade física, dentre outros.

Analisamos, ainda, nesse contexto, que Húmus tem sido oprimido pela injustiça do cuidado que lhe é negado pela prevaricação jupiteriana, bem como o corpo tombado à terra, pela pandemia do Covid-19 e outros males que lhe afligem. A resistência é necessária a toda forma de injustiça. Quando Húmus retorna à Terra, Júpiter é responsável por receber de volta as honras pela dignidade dada a Húmus, ou ser rechaçado por lhe fazer viver indignamente, portanto, não pode recebê-la de volta. Nesse cenário, Cuidado fica impossibilitado de realizar sua missão de forma integral.

Acreditamos, pois, trazer nesta tese que o modelo biomédico hegemônico de atuação no campo da saúde vem sendo refletido há algum tempo e que a quantidade de pesquisas nos diversos núcleos desse campo tem aumentado. Sendo assim, vislumbramos um novo horizonte no qual o cuidado, dentro de um conceito ampliado de saúde, surge como objeto precursor para a cura. cremos, ainda, que outras pesquisas devem ser realizadas para fortalecer o corpo de evidências do processo e construção de uma atuação do PEF menos reducionista (biologicista/tecnicista) e mais humanizada na perspectiva do seu trabalho na APS/NASF-AB.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 865–884, 2004.
- ALVES, F. S.; CARVALHO, Y. M. DE. Práticas corporais e grande saúde: um encontro possível. *Movimento*, v. 16, n. 04, p. 229–244, 2010.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 39–52, 2005.
- AMARAL, M. C. S. DO; PONTES, A. G. V.; SILVA, J. DO V. E. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. *Interface Comunicação Saúde e Educação*, v. 18, n. 12, p. 1547–1558, 2014.
- ANDRADE, D. R. *et al.* Formação do bacharel em educação física frente à situação de saúde no Brasil. *A formação do profissional de educação física para o setor saúde*. Florianópolis: Postmix, 2014. p. 87–107.
- ANJOS, T. C. DOS; DUARTE, A. C. G. DE O. A educação física e a estratégia de saúde da família: Formação e atuação profissional. *Physis*, 2009.
- ASBAHR, F. DA S. F. Sentido pessoal, significado social e atividade de estudo: Uma revisão teórica. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 18, n. 2, 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - (ABRASCO). *Nota Abrasco sobre as propostas de mudança na PNAB em Saúde*. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/nota-abrasco-sobre-as-propostas-de-mudanca-na-politica-nacional-de-atencao-basica-em-saude/43010/>>. Acesso em: 28 out. 2020.
- AYRES, J. R. DE C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16–29, 2004.
- AZEVEDO, L. F. *et al.* *Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde*. Rio de Janeiro: CONFEE, 2010.
- BAGRICHEVSKY, M. *Do ‘Corpo Saudável’ Que se (Des)Constitui: Imperativos Moralizantes Rumo à Saúde Persecutória?* Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/EDUCACAO_FISICA/artigos/Corpo-saudavel-que-se-des-constitui.pdf>.
- BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. *A saúde em debate na educação física*. [S.l.: s.n.], 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_debate_educacao_fisica_v1.pdf>.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, N. Cuidado Emancipador. *Saúde Sociedade*, v. 30, n. 1, 2021.

BENEDETTI, T. R. B.; BORGES, L. J. Vivência acadêmica e proximidade prática na saúde. *A formação do profissional de educação física para o setor saúde*. Florianópolis: Postmix, 2014. p. 159.

BENEDETTO, ARIA A. C. DE. Narrativas em cuidados paliativos: um instrumento para ensinar e cuidar. *Aquivos en Medicina Familiar an internacional journal*, v. 20, n. 2, p. 85–94, 2018.

BENITES, L. C.; NETO, S. DE S.; HUNGER, D. O processo de constituição histórica das diretrizes curriculares na formação de professores de Educação Física. *Educação e Pesquisa*, v. 34, n. 2, p. 343–360, 2008.

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *Journal of Human Growth and Development*, v. 26, n. 1, p. 11–16, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>>.

BOFF, L. *Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. Disponível em: <<http://www.vozes.com.br>>.

BONFIM, M. R.; COSTA, J. L. R.; MONTEIRO, H. L. Ações de Educação Física na saúde coletiva brasileira: expectativas versus evidências. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*, v. 17, n. 3, p. 167–173, 2012.

BRAGA, G. B.; FIÚZA, A. L. C.; REMOALDO, P. C. A. O Conceito do Modo de Vida: entre traduções, definições e discussões. *Sociologias*, v. 19, n. 45, p. 370–396, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Resolução CNE/CES 7/2018. Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014, que aprova o Plano Nacional de Educação - PNE 2014-2024 e dá outras providências*. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Brasília, 19 de dezembro. , 2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *RESOLUÇÃO Nº 9, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2013*. Brasília, DF: [s.n.]. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0009_02_12_2013.html>. , 2013

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Caderno de Atenção Primária: Rastreamento*. Brasília, DF: Editora MS, 2010a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Caderno de Educação Popular e Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde*. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social Esplanada dos Ministérios, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de Atenção Básica Diretrizes do NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. p. 152, 2010b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *PET-Saúde*. Disponível em:

<<http://www.saude.gov.br/component/content/article/674-assuntos/trabalho-e-educacao-na-saude/40522-pet-saude>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Residência Multiprofissional em Saúde: Eperiências, avanços e desafios*. . Brasília, DF: [s.n.], , 2006

BRASIL. *Caderno de Educação Popular em Saúde: Série B. Textos Básicos de Saúde*. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social Esplanada dos Ministérios, 2007.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil (1988)*. Brasília, DF: Presidência da República: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. *LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>.

BRASIL. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. Portaria Ministerial nº. 154, 24 de janeiro de 2008*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo. 04 març. 2008. nº. 432008; Seção 1, fls. 38 a 42. 2008, 2008.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. *Ministry of Health*, p. 9, 2017a. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>.

BRASIL. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. *Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Bá- sica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Bá- sica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários d*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 29 set. 2020a.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/%0Aportaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 27 out. 2020.

BRASIL. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Brasília, DF: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aprova a Política Nacional de Atenção Bá- sica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2017b.

BRASIL. *Portaria Nº 2.761 de 19 de novembro de 2013: Instituiu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. *Portaria Nº 719, de 7 de Abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.* . Brasília, DF: Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. , 2011b

BRASIL; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *NOTA: CNS desaprova publicação de portaria da Atenção Primária sem aval do controle social.* Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/882-nota-cns-desaprova-publicacao-de-portaria-da-atencao-primaria-sem-aval-do-controle-social>>. Acesso em: 27 out. 2020.

BRASIL; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Resolução CNE/CES Nº 6, de 18 de dezembro de 2018. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Educação Física e dá outras providências.* . Brasília, DF: Diário Oficial da União nº 243, de 19 de dezembro de 2018 – Seção 1– pág. 48. , 2018

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. *ATENÇÃO BÁSICA. CADERNOS DE NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA-VOLUME 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde* www.saude.gov.br/bvs Governo Federal Ministério da Saúde. Brasília, DF: [s.n.], 2014a. v. 1. Disponível em: <<http://editora.saude.gov.br>>.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de Atenção Básica-acolhimento e demanda espontânea-28.* . Brasília, DF: [s.n.], , 2013

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de Atenção Básica nº 35: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.* 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <www.saude.gov.br/editora>.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Participação e Controle Social: Gestão participativa em saúde.* Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/participacao-e-controle-social/gestao-participativa-em-saude#:~:text=Compreende todos os mecanismos de,e Municipal de Saúde%2C e>>. Acesso em: 3 ago. 2020.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde.* Brasília, DF: [s.n.], 2014c.

BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPAS. *Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 7AD.

BRITO, G. E. G. DE. *O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso.* 2016. 200 f. Fundação Osvaldo Cruz, 2016. Disponível em: <<http://scf.cpqam.fiocruz.br/observarh/wp-content/uploads/2018/11/GERALDO-EDUARDO-GUEDES-DE-BRITO-tese-2016brito-geg.pdf>>.

BRITO, G. E. G. DE; MENDES, A. DA C. G.; NETO, P. M. DOS S. O trabalho na Estratégia Saúde da Família. In: (ORG.), A. DA C. G. M. G. M. D. M. P. M. DOS S. N. F. DE A. DA S. S. (Org.). . in: *Políticas de Saúde: Algumas abordagens teóricas e metodológicas.* Recife: Ed. UFPE, 2021. p. 17–40.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev.*

Saúde Coletiva, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CALIGARI, R. *Erro médico causa seis mortes por hora no Brasil*. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/author/roberto-caligari/page/26/>>. Acesso em: 27 mar. 2019.

CÂMARA, R. H. Análise de Conteúdo: da teoria à prática em teorias sociais aplicadas às organizações. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 6, n. 2, p. 179–191, 2013.

CAMINHA, I. DE O.; SILVA, P. N. G. DA. *Movimento Humano: incursões na educação e na cultura*. 1. ed. Curitiba, Paraná: Appris, 2017.

CAMPOS, G. W. DE S.; AMARAL, M. A. DO. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 849–859, 2007.

CAMPOS, G. W. DE S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007.

CANGUILHEM, G. *O normal e o Patológico*. Tradução: Maria Tereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2009.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde Sociedade*, v. 26, n. 3, p. 676–689, 2017.

CARVALHO, A. DOS S.; ABDALLA, P. P.; BUENO JÚNIOR, C. R. Atuação do Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: Revisão Sistemática. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 30, n. 3, p. 11, 2017.

CARVALHO, Y. M. DE. ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE: ONDE ESTÁ E QUEM É O “SUJEITO” DA RELAÇÃO? *Rev. Bras. Cienc. Esporte*, v. 22, n. 2, p. 9–21, 2001.

CARVALHO, Y. M. Práticas Corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Universidade de São Paulo). *Fraga, A.B.; Wachs, F. Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção*. 1. ed. Porto Alegre-RS: UFRGS, 2007. p. 133.

CASTIEL, L. D.; ÁLVAREZ-DARDET, C. *A Saúde Persecutória: Os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2007.

CAVALCANTI, V. O. DE M. *et al.* A ANÁLISE DE CONTEÚDO COM A UTILIZAÇÃO DO SOFTWARE NVIVO: A APLICAÇÃO NO CAMPO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL. Disponível em: <<https://memoria.ifrn.edu.br/handle/1044/1417>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. Singularidades da Educação Física na Saúde: desafio à Educação Física de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. *Fraga, A.B.; Wachs, F. (Org) Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de formação e perspectivas de intervenção*. 1. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 133.

CECILIO, L. C. DE O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se

pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 1, p. 545–555, 2009.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface: Communication, Health, Education*, v. 15, n. 37, p. 589–599, 2011.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. *Educação em Saúde na Prática do PSF: Manual de enfermagem*. Disponível em: <<https://saebrasil.webnode.com.br/news/a-educacao-em-saude-na-pratica-do-psf/>>. Acesso em: 18 ago. 2020.

CHIGNOLA, S.; PETERS, M.; MARÍN-DÍAZ, D. L. Cuidado de si e biopolítica. p. 128, 2015.

CORRÊA, L. Q. *et al.* A Atuação da Educação Física nas Residências Multiprofissionais em Saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*, v. 27, n. 3, p. 428–433, 2014.

COUTINHO, S. D. S. *Competências do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde*. 2011. 207 f. Universidade de São Paulo, 2011.

DAMICO, J. G. S.; KNUTH, A. G. O des (encontro) das práticas corporais e atividade física: hibridizações e borramentos no campo da saúde. *Movimento*, v. 20, n. 1, p. 329–350, 2014.

DELIBERADOR, H. R.; VILLELA, F. S. L. Acerca do conceito de saúde. *Psic. Rev.*, v. 19, n. 2, p. 225–237, 2010.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. DE S. O Desafio da Pesquisa Social. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. .

DEVIDE, F. P. A Educação Física Escolar como Via de Educação para Saúde. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (Org.). . *A saúde em Debate na Educação Física*. 1. ed. Blumenau (SC): Edibes, 2003. p. 137–150.

DIAS, M. S. DE A. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 103–114, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100103&lng=pt&tlng=pt>.

DUHIGG, C. *O poder do hábito [recurso eletrônico] : por que fazemos o que fazemos na vida e nos negócios*. [S.l: s.n.], 2012.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais 415 da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 2, p. 415–437, 2013.

ESTADO DA PARAÍBA. RESOLUÇÃO/UEPB/CONSUNI/0163/2016 CRIA O CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA – BACHARELADO /PRESENCIAL, DO CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS do CÂMPUS I, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. . João Pessoa-PB: Diário Oficial do Estado da Paraíba, n. 16.137.

Disponível em: <<http://static.paraiba.pb.gov.br/2016/06/Diario-Oficial-03-06-2016.pdf>>. , 2016

FALCI, D. M.; BELISÁRIO, S. A. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, n. 47, p. 885–99, 2013.

FARIAS, D. N. DE *et al.* Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia de Saúde da Família. *Trab. Educ. Saúde*, v. 16, n. 1, p. Trab. Educ. Saúde, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/ij/tes/a/s8LvmxwJSDXWRNWSQt7JH3b/?format=pdf&lang=pt>>

FEITOSA, W. M. DO N.; NASCIMENTO, J. V. DO. As competências específicas do profissional de Educação Física que atua na orientação de atividades físicas: um estudo Delphi. *R. bras. Ci. e Mov.*, v. 11, n. 4, p. 19–26, 2003.

FERLA, A. A.; TOASSI, R. F. C. FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE: UM CAMINHO A EXPERIMENTAR E PESQUISAR. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Ramona Fernanda Ceriotti Toassi (Organizadora). 1. ed. Porto Alegre-RS: Rede UNIDA, 2017. .

FERREIRA SILVA, D. K.; RODRIGUES, J. D. Condições de Saúde: Determinantes e indicadores. In: CATTUZZO, M. T.; CAMINHA, I. DE O. (Org.). . *Fazer e Pensar Ciência em Educação Física - Livro I*. 1. ed. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2012. p. 320.

FERREIRA, T. B. *et al.* A inserção do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família: visão dos profissionais. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*, v. 21, n. 3, p. 228–236, 2016.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. DE S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 41, p. 315–329, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200003&lng=pt&tlng=pt>.

FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito: curso dado no Collège de France (1981-1982)*. 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes Ltda, 2006.

FOUCAULT, M. *A Hermenêutica do Sujeito*. 4. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2018. Disponível em: <<http://www.wmfmartinsfontes.com.br>>.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade 2: O uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica. Tradução de Robergo Machado*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2013.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: Nascimento da prisão*. 42. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. DE; GOMES, I. M. POLÍTICAS DE FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE COLETIVA. *Trab. Educ. Saúde*, v. 10, n. 3, p. 367–386, 2012.

FRANCO, M. A. *Aikido, cuidado de si e educação física: trilhando um caminho para uma arte do bem viver*. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018.

FREIRE, P. *A Importância do Ato de Ler*. 23. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

FREIRE, P. *Educação como Prática de Liberdade*. 44. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2018a.

FREIRE, P. *Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. 1. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2000a.

FREIRE, P. *Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: Editora UNESP, 2000b.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 66. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2018b.

FREITAS, F. F. DE; CARVALHO, Y. M. DE; MENDES, V. M. Educação Física e Saúde: Aproximações com a “Clínica Ampliada”. *Rev. Bras. Cienc. Esporte*, v. 35, n. 3, p. 635–656, 2013.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n. 8, p. 5, 2018.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, v. 35, n. 4, p. 65–71, 1995.

GÓIS JUNIOR, D. *et al.* Estudo histórico sobre a formação profissional na Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo (1980-1990). *Motriz*, v. 18, n. 2, p. 393–400, 2012.

GOMES, G. A. DE O. *et al.* Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. *Rev Bras Ciênc Esporte*, p. 8, 2018. Disponível em: <www.rbceonline.org.br>.

GOMES, I. M.; FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. DE. *Práticas Corporais no Campo da Saúde: uma política em formação*. 1. ed. Porto Alegre: [s.n.], 2015.

GOMES, R. *Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5347930/mod_resource/content/1/Texto_pesquisa_qualitativa.pdf>.

GROS, F. A propósito de A hermenêutica do sujeito. *Mnemosine*, v. 8, n. 2, p. 316–330, 2012.

GUARDA, F. R. B. DA; SILVA, R. N. DA; SILVA, S. M. DA; *et al.* A atividade física como ferramenta de apoio às ações da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*, v. 19, n. 2, p. 265–270, 2014.

GUARDA, F. R. B. DA; SILVA, R. N. DA; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. DO A. C. DE; *et al.* Intervenção do profissional de educação física: formação, perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, v. 5, n. 4, p. 63–74, 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232014000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=en>.

GUTHOLD, R. *et al.* Worldwide trends in insufficient physical activity from 201 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *The Lancet*, v. 6, p. e1077–e1086, 2018. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lanlgl/article/PIIS2214-109X\(18\)30357-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanlgl/article/PIIS2214-109X(18)30357-7/fulltext)>.

HETERONOMIA. Wikipedia. [S.l.: s.n.], 2018. . Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Heteronomia>>. Acesso em: 16 out. 2018.

IBGE. *PNAD 2015. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Síntese de Indicadores 2015*. [S.l.: s.n.], 2016.

JAHN, A. DO C. *et al.* Educação Popular Saude: Metodologia potencializadora das ações do enfermeiro. *Rev Enferm UFSM*, v. 2, n. 3, p. 547–552, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3522/pdf>>.

KERR, L. R. F. S.; KENDALL, C. A PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE. *Rev Rene*, v. 14, n. 6, p. 1061–3, 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324029419001.pdf>>.

KNUTH, A. G.; CARVALHO, F. F. B. DE; FREITAS, D. D. A atividade física no discurso governamental brasileiro: análise de alguns meios de comunicação à sociedade. *CADERNO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE*, v. 18, n. 2, p. 171–176, 2020.

LACERDA, J. T. DE; MORRETI-PIRES, R. O. *Processo de Trabalho na Atenção Básica*. Disponível em: <https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35093/mod_resource/content/1/un5/to_p5_1.html>. Acesso em: 18 fev. 2020.

LIMA, D. F. DE. *Atividade Física de Adultos nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal: um estudo transversal*. 2014. 145 f. Universidade de São Paulo, 2014.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: Uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface: Communication, Health, Education*, v. 21, n. 61, p. 421–434, 2017.

LOCH, M. R.; RECH, C. R.; COSTA, F. F. DA. A urgência da Saúde Coletiva na formação em Educação Física: lições com o COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.

25, n. 9, p. 3511–3516, 2020.

MACDONALD, J. J.; G. WARREN, W. Primary Health Care as an Educational Process: a Model and a Freirean Perspective. *International Quarterly of Community Health Education*, v. 12, n. 1, p. 35–50, 1991.

MACHADO, C. A. *Resumindo Promoção da Saúde, segundo a Carta de Ottawa*. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/resumindo-promocao-da-saude-segundo-a-carta-de-ottawa/59831>>. Acesso em: 8 jan. 2019.

MACIEL, M. DOS S. *et al.* Ações de saúde desenvolvidas pelo núcleo de apoio à saúde da família - NASF. *Saúde (Santa Maria)*, v. 41, n. 1, p. 117–122, 2015.

MAIA, M. D. F. D. M. *et al.* é necessário vislumbrar outras estratégias que ampliem as possibilidades da atividade física ser incorporada de forma mais sistematizada e generalizada na atenção à saúde, valorizando o conhecimento da área de educação física na construção do serviço públ. *Revista Norte Mineira de Educação Física*, v. 1, n. 1, p. 13, 2011. Disponível em: <<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renef/article/view/734/725>>.

MALTA, D. C. *et al.* Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2016.

MARTA, C. B.; TEIXEIRA, E. R. Genealogia do cuidado na perspectiva foucaultiana. *Genealogy of care in foucault's perspective. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 8, n. 3, 2016.

MARTINEZ, J. F. N.; BACHELADENSKI, M. S. Educação física e saúde coletiva: possibilidades de inserção e formação profissional no/ para o SUS. 2009, [S.I.]: In: XVI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e III Congresso Internacional de Ciências do Esporte. 2009, Bahia. Anais[...]. Salvador, 2009. p. 1–13.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - ORIGENS E DIFERENÇAS CONCEITUAIS. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 204–213, 2009.

MELO JÚNIOR, M. B. M. DE S.; DE, M. S. T.; SANTIAGO, M. E. A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em Educação Física escolar. *Movimento*, v. 16, n. 3, p. 31–49, 2010.

MENDES, G. L. *et al.* Terapêuticas medicamentosas e exercícios físicos na prevenção e tratamentode depressão em idosos: revisão sistemática. *Arquivos Brasileiros de Educação Física*, v. 8, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/abeducacaofisica/article/view/8039/16917>>.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 2, p. 447–448, 2004.

MENDES, M. F. DE M. *et al.* Educação Física e a Rede de Saúde Pública: dilemas, possibilidades e desafios entre a formação e a intervenção. *Motrivivência*, v. 26, n. 43, p. 133–149, 2014.

MENDES, M. I. B. DE S.; FRANCO, M. A.; AGUIAR, M. DE O. Corpo e Cultura de Movimento: impulsionando a linha de pesquisa “corpo, saúde e sociedade”. In: MELO, J. P. DE; ARAÚJO, A. C. DE (Org.). *Grupo de Pesquisa Corpo e Cultura de Movimento: 18 anos de produção de conhecimento em Educação Física*. Natal: EDUFRN, 2020. p. 147–162.

MENDES, M. I. B. DE S.; GLEYSE, J. O Cuidado de Si em Michel Foucault: Reflexões para a Educação Física. *Movimento*, v. 20, n. esp, p. 507–520, 2015.

MENDES, M. I. B. DE S.; MELO, J. P. DE. Notas sobre corpo, saúde e ludicidade. In: *Cenários lúdicos em unidades de saúde da família. Maria Isabel B. de S. Mendes e Marcus Vinicius de Faria Oliveira (Org)*. Natal: IFRN, 2010. p. 113.

MENDES, M. I. B. DE S.; NÓBREGA, T. P. DA. O Brazil-Medico e as contribuições do pensamento médico-higienista para as bases científicas da educação física brasileira. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 15, n. 1, p. 209– 019, 2008.

MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S. A ANÁLISE DE CONTEÚDO COMO UMA METODOLOGIA. *Cardernos de Pesquisa*, v. 47, n. 165, p. 1044–1066, 2017.

MENDES, V. M.; CARVALHO, Y. M. DE. Sem começo e sem fim ... com as práticas corporais* e a Clínica Ampliada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, n. 54, p. 603–613, 2015.

MICHAELIS. *Autonomia*. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/autonomia/>>. Acesso em: 17 ago. 2020a.

MICHAELIS. *Protagonismo*. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/protagonista/>>. Acesso em: 18 ago. 2020b.

MICHEL FOUCAULT. *História da Sexualidade 3: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: GRAAD, 1985.

MINAYO, M. C. DE S. *O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MIRANDA, F. A. C. DE *et al.* *Projeto Terapêutico Singular: Eixo 3 - A assistência na atenção básica*. . Florianópolis: UFSC. Disponível em: <www.unasus.ufsc.br>. , 2012

MORAES, R. Análise de Conteúdo. *Revista Educação*, v. 22, n. 37, p. 7–32, 1999. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise de conteudo-1999.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise_de_conteudo-1999.pdf)>.

NAKAMURA, E. O Método Etnográfico em Pesquisas na Área da Saúde: uma reflexão antropológica. *Saúde Soc.*, v. 20, n. 1, p. 95–103, 2011. Disponível em: <<https://www.semanticscholar.org/paper/O-Método-Etnográfico-em-Pesquisas-na-Área-da-Saúde%3A-Nakamura/93edb471bf4dd8088ccfcb96f8365d802846c879>>.

NASCIMENTO, D. D. G. DO; OLIVEIRA, M. A. DE C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, v. 34, n. 1, p. 92–96, 2010.

NEVES, E. M. *Importância da noção de cuidado*. . João Pessoa-PB: [s.n.], 2020.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós-Graduação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 55–69, 1996.

OLIVEIRA, B. N. DE *et al.* Educação física, atenção primária à saúde e organização do trabalho com apoio matricial. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 41, n. 2, p. 183–189, abr. 2019. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0101328917302330>>. Acesso em: 21 jul. 2020.

OLIVEIRA, B. N. DE; WACHS, F. EDUCAÇÃO FÍSICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: APROPRIAÇÕES ACERCA DO APOIO MATRICIAL. *Movimento*, v. 24, n. 1, 2018.

OLIVEIRA, M. DE. *Síndrome Metabólica*. Disponível em: <<https://www.endocrino.org.br/sindrome-metabolica/>>. Acesso em: 9 jul. 2019.

OPAS. *INDICADORES DE SAÚDE: Elementos Conceituais e Práticos*. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&showall=1&lang=pt>. Acesso em: 8 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Saúde para todos no ano 2000*. . Genebra: [s.n.], 1978

PAULI JUNIOR, E. DO TOLO AO SÁBIO: a filosofia como modo de vida em Michel Foucault. *Prometeus*, v. 10, n. 24, p. 297–313, 2017.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (ORG). Atenção Primária à Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2.ed. rev. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008a. p. 44.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (ORG). Cuidado em Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008b. p. 110.

PEREIRA, J. DE S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 1033–1051, 2016.

PETERSEN, M. *Cuidado de si e do outro*. . [S.l.]: X Congresso Nacional de Educação - EDUCERE. , 2011

POERSCH, K.; MARCONDES, J. L. Terapia Comunitária Integrativa: Experiências Sobre as Rodas no Território. *Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia*, v. 1, n. 1, 2014.

RAMOSE, M. B. As Modernidades das Tradições: Globalização e Ubuntu. In: SANTOS, B. V. DE S.; MENESES, M. P. (Org.). *Epistemologias do Sul*. Coimbra: Edições Almedina. SA, 2009. p. 133–135.

RODRIGUES, J. D. *ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO METROPOLITANA DE JOÃO PESSOA-PB*. 2012. 74 f. Universidade Federal da Paraíba, 2012. Disponível em: <https://w2files.solucaoatrio.net.br/atrio/upe-papgef_upl//THESIS/83/jos_damio_rodrigues.pdf>.

RODRIGUES, J. D. *et al.* Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*, v. 18, n. 1, p. 5–15, 2013.

RODRIGUES, J. D. *et al.* Perfil e atuação do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*, v. 20, n. 4, p. 352–365, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.20n4p352>>.

ROSE, G.; KHAW, K.-T. *Rose's Strategy of Preventive Medicine*. New York: Oxford University, 2008.

RUPRECHT, T.; SANTOS, M. T. *O Ranking das Capitais Brasileiras Amigas da Atividade Física*. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/especiais/o-ranking-das-capitais-brasileiras-amigas-da-atividade-fisica/>>. Acesso em: 19 abr. 2019.

SAMPAIO, R. DE C. *Clínica Ampliada e Compartilhada*. Disponível em: <[https://redehumanizaus.net/85422-clinica-ampliada-e-compartilhada/#:~:text=A Clínica Ampliada e compartilhada,o sujeito de maneira integral](https://redehumanizaus.net/85422-clinica-ampliada-e-compartilhada/#:~:text=A%20Clínica%20Ampliada%20e%20compartilhada,o%20sujeito%20de%20maneira%20integral)>. Acesso em: 17 dez. 2020.

SANTOS, A. L. B. *et al.* EDUCAÇÃO FÍSICA E O PET-SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA COMPLEMENTAR NA FORMAÇÃO PARA O SUS. *Sanare*, v. 10, n. 2, p. 75–78, 2011.

SANTOS, A. L. B. *et al.* Representações Sociais da Aitivade Física na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, v. 29, n. (Supl), p. 16–24, 2016.

SANTOS, B. DE S.; MENESES, M. P. *Epistemologias do Sul*. 1. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2010.

SANTOS, R. A. B. DE G. DOS *et al.* Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *SAÚDE DEBATE*, v. 41, n. 114, p. 694–706, 2017.

SANTOS, S. *et al.* Apoio Matricial e a atuação do Profissional de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 2017.

SCABAR, T. G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F. 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 – NASF. *J Health Sci Inst*, v. 30, n. 4, p. 411–418, 2012.

SCHUH, L. X. *et al.* A inserção do profissional de educação física nas equipes multiprofissionais da estratégia saúde da família. *Saúde (Santa Maria)*, v. 41, n. 1, p. 29–36, 2015.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 29–41, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde pública*, v. 31, n. 5, p. 538–42, 1997.

SILVA, A. L. O. DA *et al.* *Matizes do Corpo*. . Brasil: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=PWCPe7Bhs-g&t=44s>>. , 2018

SILVA, A. P. F. DA; MELO, L. S. DE; VASCONCELOS, E. M. *Educação Popular e Atenção à Saúde da Família*. . João Pessoa: Editora Universitária/UFPB. , 2008

SILVA, R. A. DA. *O Conceito de Práxis em Marx*. 2017. 104f f. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/24571/1/RenathoAndriollaDaSilva_DISSERT.pdf>.

SILVA, L. M. DA F. Culto ao Corpo: Apologia à beleza , promessa de vida saudável. In: NEVES, E. M.; SOUSA, E. S. S. (Org.). . *Corpo e saúde: ensaios socioantropológicos*. V.1. 1. ed. João Pessoa: Marca de Fantasia, 2015. p. 386.

SORATTO, J. *et al.* INSATISFAÇÃO NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. *Texto Contexto Enferm*, v. 26, n. 3, p. 11, 2017.

SOUZA, L. A. F. DE; SABATINE, T. T.; MAGALHÃES, B. R. DE. *Michel Foucault : sexualidade, corpo e direito*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011.

STARFIELD, B. Is US health really the best in the world? *JAMA*, v. 284, n. 4, p. 483–485, 2000. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/192908>>.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. O Agente Comunitário de Saúde como Mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. *Rev. APS*, v. 12, n. 4, p. 487–497, 2009.

TOJAL, J. B. Diretrizes Curriculares para o Bacharelado em Educação Física: novos rumos. *Revista da Educação Física/UEM*, v. 14, n. 2, p. 105–112, 2003.

TORRES, L. S. *et al.* Experiências em Cuidado: Refllexões e Ações com uma Equipe da Estratégia Saúde da Família. *Pensar a Prática, Goiania*, v. 17, n. 4, p. 14, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; VÁSQUEZ, M. L. A responsabilidade social da enfermagem frente à política da humanização em saúde. *Colombia Medica*, 2011.

TURATO, E. R. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 3, 2005. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA. *Projeto Pedagógico de Curso PPC: Educação Física (Bacharelado) / Universidade Estadual da Paraíba CCBS ; Núcleo docente estruturante*. . Campina Grande-PB: EDUEPB. , 2016

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 67–83, 2004.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

VASCONCELOS, E. M.; VASCONCELOS, M. OLIVEIRA DIAS; SILVA, M. OLIVEIRA DA. A contribuição da Educação Popular para a Reorientação das Práticas e da Política de Saúde no Brasil. *Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade*, v. 24, n. 43, p. 89–106, 2015.

VÁSQUEZ, A. S. *Filosofia da Práxis*. 2. ed. São Paulo - SP: Expressão Popular, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, (WHO). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf;jsessionid=B82F3F997EB3E4A87BFA4E0924B48A9F?sequence=1>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, (WHO). *WHO GUIDELINES ON PHYSICAL ACTIVITY AND SEDENTARY BEHAVIOUR*. Geneva: World Health Organization, 2020a. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, (WHO); MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH OF FINLAND, (MSAH). *8th Global Conference on Health Promotion: Health in All Policies*. . [S.l: s.n.]. , 2013

WORLD HEALTH ORGANIZATION, W. *Noncommunicable diseases and their risk factors*. Disponível em: <<https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/introduction/en/>>. Acesso em: 2 nov. 2020b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, W. *World Health Statistics 2018: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1>>.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – CCS/DEF
PROGRAMA ASSOCIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA
UPE/UFPB
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Prezado (a) Senhor (a) _____

Esta pesquisa intitula-se “ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA E O CUIDAR DE SI NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Processos e Construções”, a ser desenvolvida por José Damião Rodrigues, aluno do Programa Associado de Pós-graduação em Educação Física UPE/UFPB, Curso de Doutorado em Educação Física, sob a orientação do professor Dr. Iraquiton de Oliveira Caminha, e coorientação do prof. Filipe Ferreira da Costa. O objetivo do estudo é realizar uma investigação e intervenção com educação física na Atenção Primária à Saúde visando a prática do cuidar.

A pesquisa não oferece nenhum tipo de risco aos participantes. Quanto aos benefícios, a mesma trará novos conhecimentos que, possivelmente, trará um novo olhar no âmbito da atuação do PEF na APS, o que poderá influenciar em mudanças nos currículos de bacharelados.

Solicitamos a sua colaboração para participar da pesquisa, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar na pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Local: _____, _____ de _____ de 2019.

 Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador: Prof. Me. José Damião Rodrigues (83) 98820-8695. Endereço: Departamento de Educação Física-Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária, CEP 58.059.900, João Pessoa-PB, Brasil. Fone: (83) 32167030.

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – Campus I – Cidade Universitária – Bloco Arnaldo Tavares – Sala 812 – CEP 58051-900 – João Pessoa – PB Telefone (83) 3216-7791.

Atenciosamente,

 Assinatura do Pesquisador Responsável

 Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – 2019

OBS! O seu nome será colocado em código, as suas respostas individuais serão gravadas, são anônimas e mantidas em sigilo. Já tivemos aprovação da pesquisa pelo comitê de ética. Desde já, agradecemos a sua participação.

DADOS DE CADASTRO PARA O ENTREVISTADOR

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/2019
 PESQUISADOR: ____
 Nome do PEF entrevistado: _____

I – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO PEF

SEXO: _____ IDADE? _____ anos.

II – FORMAÇÃO DO PEF PARA ATUAÇÃO NA APS

Por favor, fale para mim, sobre sua formação acadêmica, em relação a:

1. Ano de Formação _____
2. Formação Continuada? Como?
3. Você cursou licenciatura ou bacharelado?
4. Você considera que o seu curso de graduação te capacitou para o trabalho no âmbito do cuidar em saúde na APS? Porquê?
5. O currículo em que você foi formado(a) é adequado às realidades (Drogas, violência doméstica, falta ou insuficiência de equipamentos e de locais adequados etc.) do trabalho e gerenciamento da UBS? Porquê?
6. Na sua opinião, quais conteúdos e vivências deveriam ser trabalhados na graduação, para melhor preparo do PEF no trabalho da APS?

III - CONHECIMENTO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA SOBRE CUIDAR DE SI

1. De modo geral, o que você entende por cuidar?
2. O que você entende por cuidado da saúde?
3. Qual sua concepção sobre o cuidar de si/autocuidado?
4. O que você entende por cuidar no trabalho da APS?
5. Quais ações você desenvolve e como elas se relacionam ao cuidado na APS?

IV - O CUIDAR DE SI NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA E O USUÁRIO POR ELE ATENDIDO

1. O que você entende por saúde?
2. Está satisfeito trabalhando no SUS? Por quê?
3. O que você entende por cuidar dos outros no seu núcleo de atuação?
4. Quais ações você desenvolve além das realizadas com os grupos operativos? (programa saúde na escola, etc.)
5. São realizadas referência e contrarreferência como forma de continuidade de cuidar dos usuários da APS? Caso não realize, gostaria de realizar? Por quê?
6. Você considera que o modelo biomédico-tecnista de atuação do PEF, deve dar espaço para uma atuação mais humanizada? Como?
7. Você realiza o apoio matricial ou PTS como prática do cuidado? como?
8. Na sua atuação, o que dificulta a prática do cuidado do usuário?

V- VÍNCULOS DO PEF EM SUA ATUAÇÃO NO PROCESSO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. Quais tipos de vínculos você costuma estabelecer com os usuários e, quais características você considera mais importantes nesses vínculos?
2. A forma de contato que você mantém com os demais profissionais das equipes da ESF e NASF-AB favorece a prática do cuidado ao usuário? Como?
3. Na sua percepção, como é a aceitação dos usuários em relação ao seu trabalho na APS?

VI – EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE (EPS) NO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO FÍSICA: Uma forma de cuidar e protagonismo dos sujeitos

1. Você já ouviu falar em educação popular em saúde (EPS)?
2. Você realiza práticas de EPS?
3. Como você pensa sobre o usuário ser autor da sua condição de saúde na perspectiva da corresponsabilidade?
4. Você poderia falar sobre algumas estratégias que podem ser adotadas para que os usuários sejam protagonistas do seu cuidado?

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 21 de fevereiro de 2019

Processo Nº: 03.108/2019

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A Gerência de Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto de pesquisa "IMPACTO DE UMA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA PARA ATUAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PESQUISA-AÇÃO", a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) FILIPE FERREIRA DA COSTA, sob orientação DO MESMO, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) Distrito Sanitário I, II, III, IV E V, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Davy Alves da Silva
 Matr. 67.216-4

Davy Alves da Silva
Gerência de Educação na Saúde

ANEXO B – Certidão de Aprovação do Projeto Universal pelo PAPGEF/UPE/UFPB

	
PROGRAMA ASSOCIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA UPE/UFPB CURSO DE MESTRADO E DOUTORADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA	
CERTIDÃO	
Certifico para os devidos fins, que o projeto intitulado: Impacto de uma Formação de Profissionais de Educação Física para Atuação nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família: uma Pesquisa - Ação de autoria do Prof. Dr. Filipe Ferreira da Costa foi aprovado em caráter de <i>Ad referendum</i> pela coordenação do Programa Associado de Pós-graduação em Educação Física da Federal da Paraíba.	
João Pessoa, 22 de fevereiro de 2019.	
 UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA Prof.ª Dra. Maria do Socorro Moura Santos Coordenadora Local Programa de Pós-Graduação em Educação Física - PPGEF	
Universidade de Pernambuco Rua Amâncio Marques, 310, Recife - PE - Brasil CEP: 50180-138 Fone: +55 (81) 2193 3379	Universidade Federal da Paraíba Cidade Universitária - João Pessoa - PB - Brasil CEP: 58051-900 Fone: +55 (83) 3289-8582 papgedf@ccs.ufpb.br