



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ALISSON MARQUES DE MENDONÇA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E PROCESSO DE TRABALHO
DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF**

LONDRINA

2012

ALISSON MARQUES DE MENDONÇA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E PROCESSO DE TRABALHO
DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Mara Lúcia Garanhani

LONDRINA

2012

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central
da Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

M539p Mendonça, Alisson Marques de.
Promoção da saúde e processo de trabalho dos profissionais de educação física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF / Alisson Marques de Mendonça. – Londrina, 2012.
153 f. : il.

Orientador: Mara Lúcia Garanhani.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.
Inclui bibliografia.

1. Promoção da saúde – Teses. 2. Educação física – Teses. 3. Exercícios físicos – Promoção da saúde – Teses. 4. Família – Saúde e higiene – Teses. 5. Saúde pública – Teses. I. Garanhani, Mara Lúcia. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614.2:796

ALISSON MARQUES DE MENDONÇA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E PROCESSO DE TRABALHO
DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Mara Lúcia Garanhani

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mara Lúcia Garanhani
Universidade Estadual de Londrina

Prof^a. Dr^a. Líria Maria Bettioli Lanza
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Alexandre Palma de Oliveira
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Londrina, 28 de fevereiro de 2012.

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, José Carlos e Vânia.

A minha amada irmã Amanda.

A minha namorada Karina, meu grande amor.

A meu querido enteado João Guilherme.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Dr^a. Mara Garanhani pela dedicação, paciência e disposição para me guiar pelo árduo caminho da pesquisa, apesar de nossas diferentes visões de mundo.

Aos professores Dr. Alexandre Palma, Dr^a. Líria Bettiol Lanza e Dr^a. Regina Melchior pelas valiosas contribuições ao trabalho.

Aos colegas de Mestrado que com suas contribuições nos seminários de acompanhamento da dissertação também ajudaram a enriquecer este trabalho, bem como tornaram os momentos de aprendizado mais interessantes e alegres.

Aos trabalhadores do NESCO sempre muito atenciosos e dispostos.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva pelo comprometimento com o ensino e pela disposição em compartilhar o vasto conhecimento que possuem.

A todos os meus companheiros de militância, em especial Valmor Venturini, Jackeline Aristides e Lucas Perucci que através do exemplo e do conhecimento influenciaram minha maneira de compreender o mundo.

A todos os profissionais de educação física do NASF de Londrina por terem aceitado participar deste estudo.

MENDONÇA, Alisson Marques de. **Promoção da saúde e processo de trabalho dos profissionais de educação física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Londrina, Paraná. 2012. 153f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

RESUMO

A definição de promoção da saúde contemporânea tem seu marco na Conferência de Ottawa no Canadá, em 1986, com o reconhecimento oficial sobre a influência das questões sociais, políticas e econômicas na determinação da saúde. O Brasil com o protagonismo do movimento sanitário também construiu uma política a partir da década de 1980 que incorpora uma concepção de saúde em sintonia com o movimento mundial. Os profissionais de educação física apenas recentemente foram inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2006, e da criação dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, portanto, sua atuação nesse setor ainda é incipiente. Sendo assim o objetivo do presente estudo foi identificar a concepção de promoção da saúde dos profissionais de educação física que trabalham no NASF no município de Londrina, Paraná. Para tanto realizamos uma pesquisa qualitativa e como técnica de análise dos dados optamos pela análise do tipo categorial – temática, conforme proposta por Bardin. Todos os profissionais de educação física do município de Londrina que trabalhavam no NASF, no momento da investigação foram entrevistados, totalizando 10 profissionais e destes, três foram observados. A partir da análise dos dados coletados foram definidas três categorias: A concepção de promoção da saúde sob o olhar do profissional de educação física; O processo de trabalho do profissional de educação física; e A formação do Profissional de Educação Física e a Promoção da Saúde. Apenas um dos profissionais definiu promoção da saúde de maneira ampliada, considerando-se o marco representado pela Carta de Ottawa. Houve confusão conceitual entre prevenção e promoção. O discurso que coloca ênfase na responsabilização individual, em que a visão comportamental e o viés biológico predominam, permearam muitas das falas. O processo de trabalho do profissional de educação física reflete as dificuldades inerentes à formação voltada predominantemente à dimensão biológica em detrimento das discussões filósóficas, históricas e sociais na relação atividade física e saúde. A articulação dos conhecimentos da saúde coletiva com as teorias pedagógicas progressistas, estas pensadas originalmente para o setor educacional, podem ensejar novos horizontes para a prática profissional em educação física junto às Unidades Saúde da Família na perspectiva da promoção da saúde.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Educação Física. Saúde da Família

MENDONÇA, Alisson Marques de. **Health promotion and work process of physical education professionals in a Family Health Supporting Center - NASF**. Londrina, Paraná. 2012. 153f. Dissertation (Master's Degree in Public Health) – Londrina State University.

ABSTRACT

The contemporary definition of health promotion emerged at the Ottawa Conference held in 1986, Canada, bringing up the official acknowledgement that social, political and economical issues have influence over health status. In Brazil, in the early 1980's, the sanitary movement also determined policies that incorporated this worldwide health interpretation. Just recently, physical education professionals have been included into the Public Health System (SUS), with the implementation of the National Policy for Health Promotion, in 2006, and the creation of Family Health Supporting Centers (NASF), in 2008, therefore their still insipient practice in this segment. The aim of this study was to identify the conception of health promotion for physical educators who work in a NASF in Londrina, Paraná. This is a qualitative research that applied Bardin's categorical - thematic analysis to assess the data. All physical education professionals working at NASF in Londrina in the period of the research were interviewed, accounting for 10 professionals, from which three were observed. From data analysis three categories emerged: The conception of health promotion in the view of physical education professionals; the work process of physical education professionals; and the education of physical education professionals and Health Promotion. Only one of the professionals defined health promotion widely, according to the Ottawa Charter. There was conceptual confusion between health prevention and health promotion. Many speeches emphasized on individual responsibility, mainly focusing on behavioral beliefs and biological bias. The work process of physical educators included activities with the population, team work along other health professionals, work conditions and issues related to formal education. The work process reflected difficulties related to formal education regarding the overestimation of the biological dimension hindering philosophical, historical and social discussions relating physical activities and health. The altercation between public health knowledge and progressive pedagogical theories, originally designed for educational settings, may shine some light on new horizons for professional practice of physical educators working at Family Health Centers approaching health promotion.

Key words: Health promotion. Physical education and training. Family health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividade da Vida Diária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CO	Citologia Oncótica
COHAB-LD	Companhia de Habitação de Londrina
EsEFEx	Escola de Educação Física do Exército
ESF	Equipe Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSs	Organizações Sociais
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PCAF	Práticas Corporais/Atividade Física
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PROUNI	Programa Universidade para Todos
SISNEP	Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UNOPAR	Universidade Norte do Paraná
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 A EDUCAÇÃO FÍSICA NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	17
1.1. TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	19
1.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONVERGÊNCIA COM AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	25
1.3 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA EDUCAÇÃO FÍSICA	31
1.4 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	40
1.5 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	42
2 OBJETIVOS	43
2.1 OBJETIVO GERAL	43
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
3 PERSPECTIVA TEÓRICA.....	44
4 METODOLOGIA	47
4.1 TIPO DE PESQUISA	47
4.2 LOCAL DA PESQUISA/CENÁRIO	48
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	50
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	51
4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	55
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	58

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	59
5.1 A CONCEPÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE SOB O OLHAR DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA.....	60
5.1.1 A concepção ampliada de promoção da saúde.....	61
5.1.2 A concepção de promoção da saúde com base no conceito de saúde da OMS.....	66
5.1.3 A concepção de promoção da saúde como sinônimo de prevenção de doenças.....	70
5.1.4 A concepção de promoção da saúde com base na responsabilização individual.....	73
5.2 O PROCESSO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO NASF	81
5.2.1 Ações junto aos usuários.....	92
5.2.2 Ações junto aos outros profissionais.....	109
5.2.3 Ações de sistematização/avaliação.....	117
5.2.4 Outras ações.....	118
5.2.5 Condições de trabalho.....	119
5.2.6 A formação do profissional de educação física e a promoção da saúde.....	124
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
REFERÊNCIAS.....	131
APÊNDICES	147
ANEXOS	151

APRESENTAÇÃO

Atualmente o apelo para que os indivíduos tornem-se ativos fisicamente tem sido grande. Este apelo é acompanhado da afirmação de que o sedentarismo configura o mal da sociedade contemporânea, surgindo como um dos fatores determinantes do crescente aumento das doenças cardiovasculares e responsável pela ampliação crescente dos gastos públicos com saúde, tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento.

A educação física, por ter no exercício físico e na atividade física seu objeto de intervenção, tem corroborado com essa afirmação, tomando o exercício físico e a atividade física como sinônimos de saúde. Nesta perspectiva, abre-se a possibilidade de mais um campo de intervenção.

Mesmo com o reconhecimento de que a saúde é determinada por complexos fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e comportamentais, o que podemos constatar na prática é que a eleição de prioridades na alteração destes determinantes tem recaído sobre aqueles que supostamente estariam sob o controle dos indivíduos.

Considerar como verdadeira a afirmação de que as mudanças comportamentais devem ser a prioridade no desenvolvimento das políticas e práticas de promoção da saúde, implica em assumir uma postura ideológica. Esta postura pode mascarar os outros determinantes da saúde, que ao não serem revelados e esclarecidos, contribuem para a manutenção das condições de saúde da maioria da população e do *status quo*.

Historicamente, a educação física está relacionada ao processo de higienização física e moral da sociedade; à eugenia da espécie e da sociedade; à militarização dos corpos com a pretensão de torná-los disciplinados, fortes e saudáveis inseridos em uma sociedade limpa, moralizada e ordenada; à determinação médico-preventivista com base na higiene do corpo e na melhora da capacidade do organismo para a defesa contra doenças e; às normas escolares com a pretensão de ajustar os costumes e corpos às regras sociais. Esta construção histórica fez com que a educação física fosse sendo associada cada vez mais aos saberes da *atividade física e saúde* e ao desenvolvimento da *aptidão física*.

Recentemente, com a emergência do paradigma da promoção da saúde, a educação física passou a incorporar ao seu processo de trabalho o envolvimento com as práticas corporais para superar a inatividade física, numa concepção que se limita a colocar o corpo biológico em movimento, fato este que promete uma potência protetora e reparadora da saúde (CECCIM; BILIBIO, 2007).

O movimento da promoção da saúde contemporânea surge assumindo uma postura contrária à crescente medicalização do setor saúde e conseqüentemente aos crescentes gastos públicos com procedimentos médicos curativos (BUSS, 2003). A postura adotada defende que o foco deve ser direcionado à comunidade, por isso as ações devem antecipar o surgimento das doenças, priorizando a prevenção e a promoção da saúde. Assim, reconhece que para esse resultado desejado, é necessária uma mudança na condução dos investimentos em saúde, ultrapassando a idéia do investimento somente em grandes complexos hospitalares.

Nesse movimento, no entanto, não estão ausentes contradições. Embora seja possível contrariar os interesses das indústrias de equipamentos médico hospitalares e efetuar uma crítica ao excesso de procedimentos pouco resolutivos, pode ser também apropriado pelos interesses mercadológicos quando a responsabilidade recai sobre os indivíduos, desresponsabilizando o Estado para com a oferta de assistência nos serviços de alta complexidade, permitindo dessa forma, que essa soma de recursos esteja disponível para a iniciativa privada.

Iniciativas que buscam reduzir os gastos sociais dos governos são vinculadas às estratégias políticas do neoliberalismo, estas incentivadas por organismos internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial, em especial para países em desenvolvimento, como os da América Latina. Estas iniciativas, por sua vez, carregam profundas implicações éticas, como propostas para desonerar os gastos públicos com saúde em países pobres.

De acordo com Rizzotto (2000), as propostas do Banco Mundial acabam exigindo que os países subdesenvolvidos ofereçam assistência mínima à saúde, geralmente de caráter comunitário, por profissionais sem formação adequada, voltada aos que não podem pagar por assistência privada. Desta forma, ocorre uma transferência de responsabilidade para o indivíduo, a família ou a comunidade frente ao sucesso ou fracasso dos serviços públicos.

A proposta de atividade física para todos trata-se de um grande investimento político combinado com um baixo investimento econômico, e constitui-se também em uma estratégia política para diminuir os elevados gastos na atenção a diversidade das necessidades em saúde demandadas. Este modelo de atenção nega o acesso de um grande contingente populacional a tecnologias de alto custo, significando em inúmeros casos, a morte de pessoas. O núcleo da educação física se beneficia corporativamente deste modelo, advogando de maneira contundente a vantagem econômica dos investimentos, tanto públicos como privados, que visam a ampliação para a população dessa proposta de saúde (CECCIM; BILIBIO, 2007).

A educação física, até recentemente, estava limitada a uma atuação no âmbito educacional ou nos clubes esportivos e academias de ginástica. O reconhecimento da importância do exercício físico e da atividade física com base em critérios epidemiológicos passou a justificar sua intervenção no âmbito da saúde.

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), apresentada em 2006, passa a reconhecer o estímulo às práticas corporais/atividade física (PCAF) como importantes (BRASIL, 2006b). Em 2008, são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que inserem profissionais de diferentes áreas na atenção básica, incluindo a educação física (BRASIL, 2008).

Quanto às práticas profissionais em educação física, podemos destacar duas propostas de intervenção na área da saúde. A concepção hegemônica, que tem por base o avanço dos conhecimentos biológicos no campo da aptidão física, denominada de “Atividade Física e Saúde” e outra denominada de pedagógica, que propõe uma intervenção que articule os conhecimentos das propostas pedagógicas progressistas, que apesar de terem sido pensadas originalmente para a educação, teriam a possibilidade de ensejar novas e abrangentes intervenções em saúde (QUINT et al. 2005). Para Ceccim e Bilibio (2007 p. 49):

[...] o objetivo da educação física não é a aptidão física, mas a produção relacional educativa (prática cuidadora) para com a defesa e afirmação da vida em sua expressão corporal (corpo em ato de invenção da vida e da definição de nós mesmos).

As diretrizes do NASF trazem semelhante reconhecimento ao apontar que as PCAF no Brasil são incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do reconhecimento da importância da atividade física em termos epidemiológicos, o que

também justifica a inserção dos profissionais de educação física na composição das equipes de saúde. No entanto, esta importância ganha contornos mais abrangentes no encontro com os conceitos de integralidade, participação social, transversalidade das políticas, acesso ao lazer, dentre outros (BRASIL, 2010a).

A motivação para investigar esse tema partiu das inquietações suscitadas pela minha participação enquanto aluno da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). A publicação da Portaria, em janeiro de 2008 instituindo o NASF, coincide com meu ingresso no referido curso, e a partir de junho do mesmo ano, Londrina passa a contar com o programa.

Durante a graduação, os debates sobre a inserção da educação física na saúde pública eram praticamente nulos e somente aconteceram por iniciativa de um professor, que transformou a disciplina de higiene, que era semestral, em saúde pública. Durante todo o curso, passamos alheios aos debates em torno das determinações sociais do processo saúde-doença e tendíamos a reproduzir o discurso de que atividade física ou o exercício físico é sinônimo de saúde.

Esse foi praticamente o único contato durante toda a graduação com a temática. Quando ingressei na RMSF, me deparei com muitas dúvidas sobre qual deve ser o papel do profissional de educação física nesse campo, a dificuldade em se inserir entre profissões que já possuem um histórico de atuação na área, bem como com a falta de experiências concretas que pudessem nortear o trabalho.

No entanto, a RMSF foi um espaço importante por proporcionar o encontro da prática com a reflexão teórica que me permitiu ampliar a visão sobre a saúde. Assim, nesse encontro entre teoria e prática os reducionismos caem por terra, o confronto com os problemas reais que se evidenciam na extrema injustiça social, ambiente degradado, exploração no trabalho, nos fazem refletir sobre o nosso papel enquanto profissional.

Pressupomos neste trabalho que a concepção de promoção da saúde contemporânea pode contribuir para a ampliação do olhar sobre as condutas profissionais na saúde. A concepção exteriorizada por meio da fala pode nos indicar a insuficiência ou não da formação profissional, a influência da mídia com sua visão mercadológica, concepções hegemônicas de saúde e corpo, bem como do senso comum.

Outra dimensão foi buscar compreender como está se desenvolvendo o processo de trabalho do profissional de educação física na área da saúde. Procuramos verificar como estes profissionais têm conduzido suas práticas profissionais através do relato e da observação. Assim, buscamos estabelecer suas potencialidades e fragilidades. Analisar a prática cotidiana nos permitiu verificar se a mesma guarda relação com os princípios da promoção da saúde, e ainda identificar, no acúmulo teórico da área, concepções de prática que permitam avançar nesta perspectiva.

Optamos pela pesquisa qualitativa, por ser capaz de dar voz ao sujeito e a entrevista por ser um instrumento que proporciona um maior aprofundamento sobre as concepções de promoção da saúde, as contradições presentes no interior dos discursos e por ser capaz de revelar elementos que não poderiam ser captados a partir de um estudo quantitativo. Incluímos também na pesquisa a observação da atuação em campo, para nos aproximarmos da realidade do trabalho destes profissionais, verificar como as dificuldades se apresentam no cotidiano, os aspectos relacionais e a descrição mais detalhada das atividades desenvolvidas, tendo em vista que a construção do processo de trabalho do profissional de educação física na saúde pública está em seu início.

No presente trabalho, apresentamos primeiramente um capítulo denominado de **EDUCAÇÃO FÍSICA NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**, onde abordamos o conceito de promoção da saúde, a trajetória histórica desta, passando por abordar o movimento da promoção da saúde no Brasil, a construção das políticas públicas até o momento em que a educação física passa a compor este contexto a partir do NASF. Dedicamos a última parte a desenvolver um breve histórico da educação física. Ainda neste capítulo procedemos à delimitação do objeto de estudo, apontando as principais inquietações envolvendo a promoção da saúde e a educação física, bem como seus acordos e rupturas, prosseguindo com a justificativa.

Em seguida, apresentamos o segundo capítulo, onde definimos os **OBJETIVOS** do presente estudo. O capítulo três, denominamos de **PERSPECTIVA TEÓRICA** a abordagem sobre como concebemos a construção do conhecimento. Logo após, no capítulo quatro, apresentamos a **METODOLOGIA**, que foi composta pela definição do tipo de pesquisa, contextualização do local, definição dos participantes, procedimento

de coleta de dados, procedimento de análise de dados, bem como a descrição dos aspectos éticos.

No quinto capítulo, organizamos os **RESULTADOS E DISCUSSÃO**, iniciando com a caracterização dos entrevistados. Em seguida, apresentamos as categorias de análise: A concepção de promoção da saúde sob o olhar do profissional de educação física e O processo de trabalho do profissional de educação física do NASF.

Por fim, apresentamos no sexto capítulo, as **CONSIDERAÇÕES FINAIS**, onde efetuamos o encontro entre os objetivos e os resultados, sintetizando os principais achados da pesquisa, bem como as possibilidades de contribuição do estudo para o avanço do conhecimento e das práticas.

1 A EDUCAÇÃO FÍSICA NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Promoção da Saúde não é um conceito estático, possui diferentes definições, que são fruto das relações de disputas presentes na sociedade. Neste sentido, de acordo com Merhy (1987), é a dinâmica social que determina as diferenças nas práticas sanitárias, de forma que as mudanças ocorridas nas concepções são influenciadas pela maior presença de forças sociais que conflitam com os modos estabelecidos de se realizar a produção social capitalista.

A concepção atual de Promoção da Saúde tem o seu marco na conferência de Ottawa no Canadá, em 1986 e seus desdobramentos aconteceram nas conferências internacionais de Promoção da Saúde posteriores: Adelaide, em 1988 e Sundsväl em 1991. Essas três conferências estabeleceram as bases políticas e conceituais contemporâneas do termo (BUSS, 2003). O documento divulgado após a primeira conferência traz a seguinte definição:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OPAS, 1986, p. 1).

A Promoção da Saúde surge como resposta crítica à crescente medicalização do setor saúde (BUSS, 2003; SÍCOLLI; NASCIMENTO, 2003). Atualmente, o termo representa mais um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado (BUSS, 2003). Apóia-se em uma concepção que supera a saúde como ausência de doenças. Antes, porém, deve procurar agir sobre as condições de vida da população, com atuação intersetorial que envolva: educação, saneamento, habitação, renda, trabalho, alimentação, meio ambiente, dentre outros determinantes sociais (SÍCOLLI; NASCIMENTO, 2003).

Mesmo com esta perspectiva progressista, com o reconhecimento de todos esses complexos fatores, há autores que ainda insistem numa abordagem funcionalista. Nesta perspectiva, Jenkins (2007), aponta que os investimentos em

promoção da saúde justificam-se numa perspectiva estritamente econômica. Nesse sentido, os investimentos em promoção deveriam garantir a manutenção dos “adultos economicamente produtivos até a sua aposentadoria” e ainda acrescenta que programas que garantam a proteção às crianças e jovens contra lesões, são capazes de gerar “uma força de trabalho mais saudável”.

Esse mesmo autor, em sua definição de promoção da saúde, destaca a necessidade de haver uma promoção de um senso geral de responsabilidade pessoal. Reconhece que embora os profissionais de saúde exerçam seu papel na promoção da saúde com a orientação e motivação, o indivíduo teria a maior influência na determinação da mudança de seu comportamento, na família e na comunidade, e ainda defender prioridades em saúde entre legisladores, indústria, comércio e governo.

Essas concepções colocam em choque duas maneiras diferentes de encarar o processo saúde-doença. A primeira, que é a concepção hegemônica, considera o alcance da saúde fundamentada no controle tecnológico da doença, assim a cura ou a prevenção estão condicionadas à ação tecnológica sobre os corpos e/ou mentes, ou em agentes causadores, estes, porém não determinados. Neste sentido, o que se busca não é a causa ou a razão dos problemas, mas antes a dependência dos indivíduos à permanente necessidade de consumir produtos e serviços produzidos pela tecnologia (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007).

Já a concepção contra-hegemônica, fundamenta-se na dialética, considera a permanência do controle tecnológico sobre a doença, porém avança na busca das causas e no seu enfrentamento, de maneira que as doenças venham a cessar pelo desaparecimento de suas causas (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007).

Poderíamos afirmar, portanto, que na atualidade as ações em promoção da saúde podem tanto estar focadas na responsabilidade individual, a partir de uma perspectiva comportamental ou no reconhecimento das determinações gerais das condições de vida e saúde na sociedade, conforme aponta a perspectiva contemporânea preconizada pela Carta de Ottawa.

1.1. TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Como vimos, a promoção da saúde, tal como a concebemos hoje, tem seu marco na Conferência de Ottawa no Canadá em 1986. Além da definição, a Carta de Ottawa, documento fruto desta conferência, destaca cinco elementos fundamentais para o alcance da saúde: as políticas públicas, a criação de ambientes favoráveis, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (OPAS, 1986).

As Conferências Internacionais de Promoção da Saúde foram até o momento em número de seis, respectivamente realizadas em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000) e Bangkok (2005). Ainda, consideradas de caráter regional, foram realizadas as seguintes:

- Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de Bogotá (1992);
- Primeira Conferência de Promoção da Saúde no Caribe, em Port of Spain (1993);
- Rede de Megapaíses para Promoção da Saúde, Suíça (1998);
- III Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde, em São Paulo (2002).

Em revisão de literatura realizada por Heidmann et al. (2006), foi constatada que a Carta de Ottawa serviu como fio condutor das conferências subseqüentes, principalmente por sua preocupação com as questões sociais. Mesmo com a forte referência da primeira, as conferências que se seguiram tiveram o papel de manter a motivação, promover avanços com ampliação do campo de ação e com melhoria nas abordagens.

Apesar do movimento da promoção da saúde ter ganhado corpo a partir da liderança de países altamente industrializados, como é o caso do Canadá, a experiência concreta que permitiu criar sua base teórica mais ampla está relacionada à revolução comunista chinesa, responsável pelo surgimento da figura dos médicos descalços ou *barefoot doctors*.

Já na década de 1960, o mundo ocidental debatia a problemática da promoção da saúde, no entanto ainda buscava alguma experiência positiva no sentido de constatar a importância de já conhecidos intervenientes da saúde como

o aspecto social e econômico (FERREIRA; BUSS 2002). Encontraram na China comunista, em sua abertura à comunidade internacional, exemplos concretos que a realidade pós revolução havia forjado, principalmente com base na auto organização popular.

De acordo com Ferreira e Buss (2002), a partir de uma missão ocidental, capitaneada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1973 e 1974 é que as primeiras experiências que extrapolavam os cuidados médicos tradicionais puderam ser constatadas na prática. Essas atividades eram desenvolvidas pelos chineses desde 1965 e incluíam:

- organização da comunidade local;
- atenção aos anciãos, mais além da assistência do Estado;
- promoção do desenvolvimento de indústrias caseiras;
- ajuda às escolas e serviços em geral;
- organização do povo para cuidar da saúde ambiental;
- realização de cuidados preventivos e tratamentos, incluindo o uso de ervas medicinais;
- apoio à manutenção da ordem social no tráfego, policiamento e nos incêndios;
- promoção de campanhas de saúde em todos os níveis visando substituir velhos costumes e mobilizar a comunidade para:
 - movimentos de massa contra as “quatro pestes”;
 - limpeza das casas, quintais e ruas;
 - orientação de hábitos higiênicos;
 - manutenção e uso da água potável;
 - construção de unidades rurais de saúde;
 - preparação de insumos simples (utensílios, pílulas, poções);
 - controle da limpeza de locais públicos.

Em 1920, Winslow já havia definido saúde pública como a arte de evitar doenças, prolongar a vida, desenvolver a saúde física mental e a eficiência, por meio da ação organizada da sociedade para sanear o meio ambiente, controlar infecções e ofertar serviços de saúde com base na prevenção. Denominou de “aperfeiçoamento da maquinaria social” o processo que garanta ao indivíduo, inserido em sua

comunidade, um modo de vida adequado à sua saúde (WINSLOW, 1920 apud LEAVELL; CLARK, 1976; BUSS, 2003).

Para Leavell e Clark (1976), adotando o seu modelo de história natural da doença, a promoção da saúde está contida no sub-grupo denominado de prevenção primária. De acordo com estes autores as ações em promoção da saúde não estão voltadas para determinada doença ou desordem, servem pois para aumentar o bem-estar geral e a saúde. Nesta abordagem são consideradas ações que envolvam: educação sanitária; alimentação; atenção ao desenvolvimento da personalidade; moradia e condições de trabalho adequadas, aconselhamento matrimonial, educação sexual, genética e exames seletivos periódicos.

Em 1974, é apresentado o primeiro documento oficial sobre promoção da saúde denominado de “*A new perspective on the health Canadians*” mais conhecido por “Informe Lalonde”. Este documento traz a perspectiva de campo da saúde que seria composto por: ambiente, considerando-se o ambiente físico e social sobre o qual o indivíduo tem pouco ou nenhum controle; a biologia humana, que engloba as manifestações orgânicas advindas de fatores físicos e mentais; estilo de vida, entendido como as escolhas individuais passíveis de controle; e a organização dos serviços de saúde que inclui a quantidade, a qualidade, a forma de organização e a relação entre pessoas e recursos na oferta da assistência (LALONDE, 1981).

O citado documento reconhece que as principais causas de mortes e doenças no Canadá não podem ser solucionadas pelo incremento nos gastos com assistência médica. Os componentes da biologia humana, meio ambiente e estilo de vida teriam um peso maior na determinação dessas doenças e mortes (LALONDE, 1981).

Para Buss (2003), a motivação do Informe Lalonde teria sido política, técnica e econômica visando combater os crescentes custos com a assistência à saúde, questionando às abordagens exclusivamente médicas das doenças crônicas, que vinham apresentando resultados pouco significativos.

O enfoque deste relatório teria sido, de acordo com Heidmann et al. (2006) e Ferreira Neto et al. (2009), voltado à responsabilização individual, adotando um postura comportamental preventivista, com a conseqüente desconsideração para com o contexto político, econômico e social.

De acordo com Ferreira, Castiel e Cardoso (2007) as primeiras formulações oficiais sobre promoção da saúde, que foram o Informe Lalonde (1974) no Canadá e o

“*Health People 1979*” nos Estados Unidos, enfatizavam ações sobre os estilos de vida individuais a partir de mudanças comportamentais, pois estes documentos explicitavam de forma clara a ênfase dada às estimativas de risco com base em estudos epidemiológicos. Embora o informe Lalonde tenha apontado o estilo de vida e o meio ambiente como os fatores que mais contribuem para a determinação da saúde, a noção de risco é mais fortemente associada à categoria estilo de vida do que o meio ambiente. Em seu capítulo Promoção da Saúde as recomendações do “*Health People 1979*” focaram-se sobre a promoção de estilos de vida saudáveis.

O relato da missão capitaneada pela OMS à China e o movimento canadense formado com a divulgação do Informe Lalonde, e com posterior reforço do Relatório Epp – Alcançando Saúde para todos, de 1986, possibilitaram o surgimento de um movimento internacional em torno da renovação de paradigmas em saúde. Esta discussão foi formalizada na Conferência de Alma-Ata (1978), resultando nas propostas de “saúde para todos no ano 2000” e a “estratégia de Atenção Primária de Saúde” que se destacaram na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986) (BUSS; FERREIRA, 2002).

A Conferência de Alma-Ata trouxe importantes contribuições ao debate em torno da promoção da saúde. Tratou de reconhecer a importância do envolvimento de setores para além da saúde, a redução das desigualdades entre os países, responsabilidade dos governos, promoção da justiça social, participação comunitária. Assim as ações para o alcance da “saúde para todos no ano 2000”, aparecem vinculadas aos determinantes sociais, políticos e econômicos (OPAS, 1978).

Nesse sentido, para que fossem atualizados os preceitos da promoção da saúde de forma que pudessem ser superados os limites teóricos e práticos do projeto behaviorista (representado pelo Informe Lalonde) (CARVALHO, 2004) e em conformidade com a concepção traçada em Alma – Ata (BAUM; SANDERS apud CARVALHO, 2004) é inaugurada a vertente sócio-ambiental, também denominada de “Nova Promoção à Saúde” (ROBERTSON; MINKLER apud CARVALHO, 2004).

O primeiro documento nesta perspectiva é apresentado no “relatório de trabalho” da OMS/Europa de 1984 em que se dissemina a idéia de que a promoção à saúde deva contribuir com a transformação das condições de vida dos mais desfavorecidos, que deva possibilitar a participação de indivíduos e grupos em processos de decisão relacionados à saúde (WHO apud CARVALHO, 2004). No

mesmo ano, no Canadá, na cidade de Toronto, é realizada a Conferência *Beyond Health Care*, onde são apresentadas as bases do projeto de Políticas Públicas Saudáveis (HANCOCK, 2004). Essas discussões foram capazes de influenciar a concepção formulada na Conferência de Ottawa em 1986.

Apesar de todos os avanços na conceituação de promoção da saúde que representa a Conferência de Ottawa, Carvalho apud Ferreira Neto et al. (2009) apontam que contraditoriamente esse evento contou com pouca participação de usuários e grupos comunitários, sendo comandada pela tecnoburocracia estatal, por profissionais de saúde, dirigentes sanitários e acadêmicos. Ferreira Neto et al. (2009) comentam que a formulação de um ideário com características progressistas não garante que em sua execução seu caráter emancipador seja seguido.

A maior abrangência das ações de promoção da saúde é dependente da correlação de forças presentes na sociedade. Bagrichevsky e Palma (2004) trazem uma reflexão considerando o momento histórico que se sucedeu à conferência de Ottawa, marco da Promoção da saúde, que foi a queda dos governos sociais-democratas na Europa e o desmantelamento das políticas de bem-estar e saúde (*welfare state*). Assim, mesmo os países mais desenvolvidos não conseguiram levar a cabo as propostas que poderiam ter os maiores impactos, ou seja, políticas públicas populacionais. Diante dessa situação o enfoque foi voltado ao aspecto individual, através de ações que estimulem a adoção de hábitos saudáveis. De acordo com os referidos autores esse movimento se apóia na imposição de normas “oficiais” carregadas de moralismo, que ditam os estilos de vida desejáveis e condenam outros considerados de risco.

A questão colocada sobre a derrota do enfoque voltado às políticas públicas nos remonta à vitória do neoliberalismo como doutrina hegemônica no ocidente. O texto que inaugura o neoliberalismo é intitulado “O caminho da servidão” de Friederic Hayek em 1944, o movimento foi ganhando corpo agregando figuras internacionalmente conhecidas, ao mesmo tempo em que o Estado de Bem-Estar se consolidava na Europa (ANDERSON, 1995).

A gênese desse movimento foi uma reação à social democracia, tida como uma ameaça à liberdade econômica e também política. De acordo com esta doutrina, a estabilidade deveria ser uma meta suprema dos governos. Para alcançar seu intento deveriam aplicar disciplina fiscal e contenção de gastos com bem estar. O pleno

emprego era também um impedimento ao desenvolvimento, por isso era necessário restabelecer a “taxa natural de desemprego” de forma que fosse possível criar um “exército de reserva” para quebrar os sindicatos e, assim, manter os salários baixos. As reformas fiscais para beneficiar agentes econômicos e a diminuição de impostos sobre rendimentos e altas rendas estavam incluídos também neste pacote. (ANDERSON, 1995).

Essa doutrina foi aplicada pela primeira vez na Inglaterra após a vitória de Margareth Thatcher em 1979. Governos tidos como de esquerda em vários países da Europa se renderam aos seus princípios, e chegou com força ao Brasil na década de 1990. No Brasil compôs o terceiro cenário de experiências do neoliberalismo, quando este lançou a expansão de suas fronteiras para a América Latina (ANDERSON, 1995).

Em que pese todo este cenário, onde o individualismo é apregoado enquanto um valor, e a desigualdade é estimulada sob os auspícios das regras neoliberais, de acordo com Hyndmann apud Carvalho (2004) estudos realizados na década de 1990 constataram que abordagens na perspectiva comportamental contribuíram para a melhoria da qualidade de vida com variações de acordo com a classe social, de forma que os grupos mais bem situados na escala social foram beneficiados, porém demonstraram efeito menor e até mesmo negativo em setores marginalizados.

1.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONVERGÊNCIA COM AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O ideário da Promoção da Saúde, desde suas origens nos anos de 1970, sob a liderança da OMS, tem crescido em influência nas políticas públicas de diversos países. Pode ser constatada no Brasil na proposta de Vigilância à Saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILABOAS, 1998) no projeto de Cidades Saudáveis (WESTFALL, 2000; ADRIANO et. al. 2000), práticas de Educação em Saúde (MACHADO; VIEIRA, 2009;) e ainda, suas diretrizes estruturam muitos dos projetos de reorganização da atenção básica vinculadas atualmente à Estratégia Saúde da Família (CARVALHO, 2004).

O SUS surge em grande medida, graças ao processo desencadeado pelo movimento da Reforma Sanitária. As bases do SUS estão nesse movimento que teve seu início na década de 1970, surgindo em oposição à ditadura militar e ao modelo de saúde adotado até então, incorporando as concepções de medicina comunitária originária dos Estados Unidos e também as idéias sistematizadas no Congresso de Alma-Ata sobre Atenção Primária à Saúde (APS) (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001).

Durante a década de 1980, acontece o enfraquecimento e queda do regime militar no Brasil, nesse momento o país caminha para a redação da sua Constituição Federal. Em 1986 é convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde para discutir as mudanças na saúde, grande parte de suas conclusões compuseram posteriormente o texto Constitucional (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001).

A VIII Conferência traz em seu relatório final a definição de que:

[...] saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986, p. 4).

Essa definição considera como determinantes da saúde as condições gerais de vida da população, aproximando-se da definição contemporânea da Promoção da Saúde.

No texto constitucional, várias diretrizes e princípios debatidos durante a VIII Conferência foram incluídos, entretanto é somente a partir da regulamentação legislativa que o SUS passou a entrar em vigor de fato, com as leis 8080 e 8142,

ambas de 1990 (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001). A lei 8080 estabelece como competência do SUS prestar assistência às pessoas por meio de ações assistenciais de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada de atividades assistenciais e preventivas (BRASIL, 1990).

O princípio da integralidade presente da VIII Conferência à legislação infraconstitucional reconhece a promoção da saúde dentro de um conjunto de processos que não podem estar separados. A integralidade, de acordo com Carvalho, Martin e Cordoni Júnior (2001), aponta para a superação da divisão entre a cura e a prevenção, e para além da assistência individual. As ações devem incluir promoção da saúde, prevenção de doenças e também setores que não fazem parte da saúde.

Buss (2000) apresenta uma breve cronologia da promoção da saúde no Brasil. De acordo com esse autor, elementos da promoção da saúde no Brasil podem ser identificados a partir da década de 1970, o primeiro movimento teria sido a crítica advinda das ciências sociais em saúde e da medicina social ao modelo assistencial até então vigente, com foco na assistência médico-hospitalar; e as primeiras experiências em municípios brasileiros com a atenção primária/medicina comunitária.

Na década de 1980, destacaram-se o movimento pela democratização do país; o protagonismo do Movimento Sanitário; a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), com ampla participação popular e a promulgação da Constituição Federal (1988), com características da promoção da saúde. Na década de 1990, além da já citada Lei Orgânica da Saúde (1990), foi também o momento em que se deu a estruturação dos Conselhos de Saúde em todos os níveis (1991); a realização da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, mais conhecida como “RIO 92” (1992); início dos debates sobre municípios saudáveis (1995); o lançamento da revista “Promoção da Saúde” do Ministério da Saúde e anúncio do I Fórum Nacional sobre Promoção da Saúde (1999).

O Programa Saúde da Família (PSF) surge em 1994 como uma proposta do Ministério da Saúde inicialmente como uma política focalizada, abrangendo apenas algumas áreas das regiões norte e nordeste do país. Entretanto, a partir da Norma Operacional Básica da Saúde de 1996 passa a ser considerada como estratégia para reorientação do modelo assistencial vigente, sendo denominada desde então de Estratégia Saúde da Família (FREITAS; MANDÚ, 2010).

Uma Unidade Saúde da Família (USF) é o local onde se realizam atividades de promoção, proteção e recuperação por uma ou mais equipes multiprofissionais, cada uma composta no mínimo de médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) - denominada de Equipe Saúde da Família (ESF). Estas equipes são responsáveis por um território onde residam no máximo 4500 pessoas (BRASIL, 1997b).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define como parte das ações das ESF o desenvolvimento de atividades de Promoção da Saúde, buscando a intersetorialidade através de parcerias, integrando projetos sociais e setores relacionados, de acordo com prioridades definidas, sob a coordenação da gestão municipal (BRASIL, 2006a).

Foi somente nos últimos anos que a educação física se inseriu e, a partir de então, vêm ganhando destaque no SUS. As principais iniciativas nesse sentido foram a publicação da PNPS, de 2006 e a criação do NASF, em 2008. Essas duas iniciativas do Ministério da Saúde estabelecem, com especial importância, intervenções na área temática PCAF (PASQUIM, 2010).

A PNPS é um marco para o SUS por lançar as diretrizes e ações a serem desenvolvidas no âmbito da promoção da saúde. O presente documento, em sua introdução, considera a necessidade de alterar o paradigma do modelo de atenção à saúde vigente, que baseado no modelo biomédico e com centralidade nos sintomas é incapaz de mudar os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, antes, porém é importante considerar a saúde determinada pelo modo de organização da produção, do trabalho e da sociedade em um dado momento histórico (BRASIL 2010).

O documento do Ministério da Saúde leva em consideração todo o acúmulo anterior dos processos envolvendo a criação do SUS, a reforma sanitária e as cartas de promoção da saúde, por isso adota o conceito ampliado de saúde e rejeita as abordagens que responsabilizam exclusivamente os sujeitos pelo seu adoecimento.

Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde é um dos 12 objetivos específicos constantes na Política, que considera, além disso, importante que todos os profissionais de saúde, sejam estes atuantes das atividades-fim ou atividades-meio, tenham conhecimento dessa concepção.

A PNPS cuidou de estabelecer estratégias de implementação que dizem respeito à estruturação, estímulo, desenvolvimento e apoio requeridos às atividades de promoção da saúde com ênfase na atenção básica, a participação da comunidade no processo, o envolvimento da academia na pesquisa e avaliação dos resultados alcançados. Os cuidados com o corpo, a alimentação, o controle do tabaco estão entre as ações a serem estimuladas, bem como a construção de indicadores relativos a estas. As estratégias não descuidaram da preocupação com os aspectos ambientais, como a adequação arquitetônica de construções com vistas à melhoria da acessibilidade, cuidado com o solo, destinação de resíduos e saneamento, por exemplo. Entram no rol de ações a serem estimuladas as consideradas inovadoras no campo da promoção da saúde, utilizando-se de diversas linguagens culturais, tais como, jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação (BRASIL, 2010b).

A PNPS traz como seu objetivo geral:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades relacionadas aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006b, p. 17).

Em suas ações específicas no âmbito das PCAF, enfatiza ações na rede básica de saúde e na comunidade; ações de aconselhamento/divulgação; ações intersetoriais e de mobilização de parceiros; além de incluir ações de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2006b).

O NASF surge a partir da publicação da Portaria Ministerial nº 154 de 24 de janeiro de 2008, com a proposta de ampliar a resolutividade, a abrangência e o escopo das ações da atenção básica. Os NASF são equipes compostas por diversos profissionais que prestam apoio às ESF (BRASIL, 2008).

O NASF constitui-se em uma equipe multiprofissional, composta de no mínimo cinco profissionais de diferentes categorias, podendo incluir: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. Cada equipe deve estar vinculada a no mínimo cinco e a no máximo 20 ESF. Os saberes devem ser compartilhados entre os profissionais que compõem o

NASF e as ESF. O NASF não se constitui em porta de entrada do sistema e deve atuar de acordo com a demanda levantada em conjunto com as ESF (BRASIL, 2008).

A Portaria que cria o NASF estabelece que as ações a serem desenvolvidas no âmbito das PCAF possibilitem a melhoria da qualidade de vida da população, redução dos agravos e danos ocasionados pelas doenças não transmissíveis, propicie a redução no consumo de medicamentos, estimulem a criação de redes de suporte social e participação ativa dos usuários na elaboração de projetos terapêuticos diversos (BRASIL, 2008).

Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência são centrais para o entendimento da proposta do NASF e por consequência apontam para uma nova forma de se fazer saúde. Esta nova forma busca romper com a fragmentação do conhecimento e o isolamento dos profissionais, enfim, romper com o paradigma biomédico hegemônico da excessiva especialização.

Trata-se da proposição de um novo arranjo organizacional que parte do pressuposto de que uma reorganização do trabalho com base nas diretrizes do vínculo terapêutico entre equipe e usuários seja capaz de gerar progressivamente um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde (CAMPOS, 1999).

A equipe de referência é composta por múltiplos profissionais responsáveis por determinado território, as ESF são um exemplo deste tipo de equipe. A principal função destes profissionais é executar o projeto terapêutico individual. Este projeto terapêutico prevê a realização de um certo diagnóstico, a aproximação entre usuário, família e profissionais de referência, e exige a efetivação de “práticas individuais, de grupos ou mais coletivas” (CAMPOS, 1999).

O apoio matricial é constituído de profissionais especializados com a incumbência de prestar apoio a um determinado número de equipes de referência (CAMPOS, 1999). Este apoio se efetiva no oferecimento de retaguarda especializada às equipes de referência, suporte técnico-pedagógico e construção em conjunto de diretrizes clínicas e sanitárias (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Os diferentes profissionais devem colocar a disposição uma lista de atividades e de procedimentos que podem ser ofertados. Essa disponibilidade deve ser de conhecimento geral, e a indicação para o ingresso nas atividades estaria subordinada

a concordância do terapeuta de referência, do profissional que oferta a atividade matricial e também do usuário (CAMPOS, 1999).

Incluir-se neste novo arranjo, entre profissões já consolidadas no campo da saúde e onde as relações se estabelecem com base em certa hierarquia, não se constitui em tarefa simples. É importante ressaltar que apenas recentemente a educação física passou a compor a área da saúde e, no setor público, sua atuação é ainda incipiente.

Legalmente, o reconhecimento da profissão de educação física e seus profissionais se deram a partir da publicação, em 1º de novembro de 1998, da lei federal nº 9696/98, com a conseqüente criação dos Conselhos Regionais e Conselho Federal de Educação Física (ANDERÁOS, 2005).

Um ano antes, a profissão, juntamente com várias outras, já havia sido reconhecida como integrante da área da saúde por decisão do Conselho Nacional de Saúde, através da resolução nº 218/97, em reunião ordinária realizada no dia 06 de março de 1997. Essa decisão considera o reconhecimento das profissões de nível superior, em sua justificativa, ser capaz de promover o avanço da interdisciplinaridade e da integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 1997a).

1.3 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA EDUCAÇÃO FÍSICA

O velho nunca é substituído completamente pelo novo, as antigas práticas e teorias ainda influenciam as ações dos novos profissionais. É necessário entender como se deu a construção desse campo do conhecimento, que é a educação física, para compreendermos em que medida esse processo histórico impacta em suas práticas profissionais na atualidade.

A educação física toma corpo, enquanto prática educacional sistemática e institucional, nas últimas décadas do século XVIII e especialmente durante o século XIX. Atravessando um momento histórico de grandes mudanças políticas, econômicas e sociais, foi a Europa o continente precursor desse desenvolvimento, com o movimento esportivo na Inglaterra e os movimentos ginásticos nos demais países europeus (BETTI, 1991; SOARES, 2007; COLETIVO DE AUTORES, 1992).

Os “sistemas ginásticos” surgem como instrumento à serviço do militarismo e do nacionalismo europeu. Foram usados para a afirmação da nacionalidade e para preparação à guerra. Os países que deram origem a esses sistemas foram Alemanha, Dinamarca, Suécia e França (BETTI, 1991).

A ginástica ganhou destaque justamente pelo seu papel no disciplinamento, necessário à manutenção da ordem fabril na nascente sociedade industrial, bem como por apresentar-se enquanto capaz de corrigir vícios posturais oriundos do trabalho, vinculando-se assim também à medicina (SOARES, 2007).

De acordo com Betti (1991), as características desse período, marcado pela racionalização e mecanização geral, influenciaram o desenvolvimento da ginástica escolar, que entre seus objetivos incorporou o movimento normalizado e estilizado, o movimento uniforme e automatizado das massas.

Embora não seja possível determinar com precisão o início da revolução industrial, Hobsbawm aponta como provável a década de 1780. A revolução industrial significou o rompimento das amarras do poder produtivo das sociedades, e o ponto de partida da multiplicação ilimitada, rápida e constante de mercadorias, pessoas e serviços. Já a revolução francesa tem seu início representado pela queda da Bastilha, em 14 de julho de 1789, uma prisão estatal onde os revolucionários aspiravam

encontrar armamento. A revolução francesa possuía um componente muito mais político do que a revolução industrial, os ideais da burguesia liberal, todavia, precisaram do apoio popular de camponeses e trabalhadores em seu intento de conquistar o poder político, concentrado até então nas mãos do monarca (HOBSBAWM, 2010).

A gênese da educação física, portanto, está ligada à necessidade da nova classe que ascende ao poder, a burguesia, de manter sua dominação perante a classe trabalhadora. De acordo com Coletivo de Autores (1992), o trabalhador ao vender sua força de trabalho necessita utilizar-se de seu próprio corpo, este por gerar lucro ao capitalista precisa ser cuidado, cuidado que também deve se estender a nova sociedade nascente.

De acordo com Foucault (1985), com o advento do capitalismo os corpos passam a ser socializados enquanto mercadoria e vendidos sob a forma de força de trabalho. A medicina torna-se mais socializada, pois o controle da sociedade sobre os indivíduos é primeiro exercido sobre os corpos.

Em artigo intitulado: “Imagens da retidão: a ginástica e a educação do corpo” Soares (2001) apresenta a questão do disciplinamento dos corpos apoiada em textos e figuras que remontam à idade média, como exemplo cita os manuais para moças que estabeleciam normas rígidas para mínimas condutas. O recato e o comedimento dos gestos vão fazer parte do discurso que objetiva a manutenção do poder que se manifesta principalmente nas proibições impostas.

A sobreposição do discurso moral, imposto pela dominação da igreja durante o período medieval, agora cede lugar ao pragmatismo e cientificismo da sociedade capitalista. O movimento inútil e perigoso do acrobata circense, prática condenada até o século XIX, deve dar lugar a uma nova estética, em que o corpo útil e higiênico é afirmado pela ginástica (SOARES, 2001).

Esse processo de crescimento e consolidação da ginástica enquanto prática educacional sistemática, e enquanto precursora do que viria a ser a educação física, não se deu de forma uniforme, tampouco foi pensada somente para fins militares e de controle da sociedade. De acordo com Oliveira (1994) é preciso considerar que a ginástica alemã ajudou a consolidar o valor pedagógico do exercício. Em seu início

buscava resgatar os ideais clássicos da educação helênica. A ginástica alemã influenciou as escolas nórdicas, principalmente a dinamarquesa, precursora em tornar obrigatória a oferta da ginástica em suas escolas. Já o movimento ginástico sueco procurava em bases científicas e racionais solucionar o problema do alcoolismo e da tuberculose, livrando sua raça desses. A ginástica na Suécia tinha um caráter corretivo (OLIVEIRA, 1994).

A França, cujo sistema ginástico mais influenciou as bases da educação física brasileira, teve um movimento animado pelos militares, à preocupação era desenvolver a força física com uma finalidade marcadamente militar. Mesmo assim foi implantada nas escolas, sem que houvesse preparação pedagógica, tampouco formação geral dos suboficiais, os responsáveis por ministrá-la (OLIVEIRA, 1994).

O movimento esportivo britânico tratou de enquadrar o esporte e o jogo enquanto prática pedagógica, diferenciando-se dos demais países da Europa que adotaram o sistema ginástico, conferiam valor educacional ao esporte e valorizavam o *fair play* (OLIVEIRA, 1994). A Inglaterra pôde ter esse desenvolvimento desvinculado das orientações militares e de preparação para a guerra, devido à sua localização privilegiada em relação aos demais países da Europa que tornava praticamente impossível uma invasão estrangeira, dado que sua marinha era extremamente poderosa (BETTI, 1991).

No início do século XX, há um avanço no campo da ginástica, sendo que surgem três tendências principais. Uma delas é a artística, de origem alemã que recebe contribuições das artes, da música e da dança. A segunda é denominada de pedagógica representada pelos adeptos dos exercícios naturais realizados ao ar livre, que contestavam os movimentos estereotipados e a voz de comando, protagonizadas por Áustria, Suécia e França. E ainda uma terceira tendência que é a médica, essa impulsionada por médicos franceses e dinamarqueses com base em estudos sobre fisiologia e biomecânica, que pretendiam conferir um caráter científico à educação física (OLIVEIRA, 1994).

A EDUCAÇÃO FÍSICA E O BRASIL

O Brasil sofre influência dos movimentos ginásticos europeus num primeiro momento e após a segunda guerra mundial, ganha corpo o movimento esportivo. O país, a partir de então, incorpora o esporte enquanto prática hegemônica nas escolas.

As primeiras obras no Brasil sobre educação física datam do final do século XVIII. Entretanto, os conteúdos eram muito diferentes se comparados aos tratados na atualidade. Dentre os temas abordados constavam: a eugenia, a hereditariedade, a alimentação, a higiene, a puericultura, a concepção, a gravidez e o parto (MARINHO, 19--).

Embora práticas físicas como natação, ginástica e esgrima já fossem ministradas no meio militar mesmo antes de 1859, em 1922 ocorre a criação do primeiro Centro Militar de Educação Física no Rio de Janeiro. Este tinha, dentre seus objetivos, oferecer cursos de formação para instrutores de educação física. No entanto, somente em 1929, é que o centro passou a funcionar de fato, sendo que a formação da primeira turma oficial ocorreu neste mesmo ano, porém o curso era voltado apenas aos militares. Em 1931 o centro militar passa a ser uma instituição independente e em 1933 passa a ofertar cursos que podem ser acessados também por civis, sendo denominada a partir de então de Escola de Educação Física do Exército (EsEFEx) (MELO; NASCIMENTO, 2000). De acordo com Coletivo de Autores (1992) a primeira escola civil para a formação de professores de educação física surge apenas em 1939 com base no decreto lei nº 1212 de 17 de abril de 1939.

De acordo com Castellani Filho (2008), a educação física no Brasil guarda estreita relação com as instituições militares. A influência militar e dos métodos ginásticos vão predominar nas escolas até a quarta década do século XX (COLETIVO DE AUTORES, 1992). As instituições militares foram as mais influenciadas pela filosofia positivista (CASTELLANI FILHO, 2008).

De acordo com os pressupostos da filosofia positivista, a sociedade é regida por leis imutáveis, independentes da vontade e da ação humanas, bem como submetida a uma harmonia natural, tal qual um organismo vivo. A sociedade, assim entendida, poderia ser estudada empregando-se os mesmos métodos das ciências da

natureza; por isso, as ciências da sociedade deveriam apenas proceder à observação e a explicação das causas dos fenômenos de forma objetiva, adotando uma postura neutra, livre de julgamentos de valor ou ideologias (LÖWY, 2000).

O positivismo surgiu em fins do século XVIII e início do século XIX, os primeiros teóricos identificavam-se com os ideais do iluminismo, e empreendiam uma crítica radical à ordem feudal absolutista, esses foram Condorcet e Saint Simon, período no qual o positivismo tinha uma dimensão utópica. Em Augusto Comte, porém, considerado o fundador do positivismo, essa filosofia passa de utópica à ideológica, em outras palavras, em sistema conceitual e de princípios que tendem à defesa da ordem estabelecida. A ordem a ser defendida era a industrial, e seu ideal de progresso, ou seja, o desenvolvimento da indústria e das ciências (LÖWY, 2000).

Devido à colonização ter sido realizada por Portugal, um país atrasado do ponto de vista cultural na época, o Brasil sofria de uma insuficiência filosófica, ao mesmo tempo em que havia um crescente desejo por crescimento, típico de país jovem. Nesse cenário o positivismo aparece enquanto filosofia capaz de preencher esse vazio de conhecimento e ao mesmo tempo servindo de referencial filosófico que vai ao encontro do desejo por progresso (CASTELLANI FILHO, 2008).

Para forjar o indivíduo “saudável” e “forte” necessário à sustentação do desenvolvimento do Brasil, a educação física foi entendida enquanto elemento extremamente importante para um país que pretendia construir seu próprio modo de vida em sua recém saída condição de colônia. A compreensão de que a educação física deveria cuidar da *educação do físico* e da *saúde corporal* se deu em parte, mas não prioritariamente pelos militares, somaram-se a esta tarefa os médicos, com base na medicina social de caráter higienista. Foram realizadas ações com o intuito de reorganizar a estrutura familiar e os profissionais auto proclamavam-se os mais capacitados a instituir padrões de conduta física, moral e intelectual da “nova” família brasileira. (CASTELLANI FILHO, 2008).

Para Sorares, (2007) de modo a instituir essa nova política familiar, os médicos higienistas utilizaram-se da ginástica, por meio de ações pedagógicas na sociedade que fossem capazes de contribuir com uma construção anatômica que pudesse representar a superioridade da raça branca e da classe dominante.

Até a década de 1950, o Brasil adotou o método Francês de ginástica em suas escolas, sendo este o de características mais marcadamente militares. A partir de então o movimento esportivo se expande, coincidindo com o fim da 2ª guerra mundial (COLETIVO DE AUTORES, 1992; OLIVEIRA, 1994).

De acordo com Kolyniak Filho (2008), neste período, além da valorização do esporte houve maior avanço nas discussões pedagógicas por intermédio das investigações sobre o desenvolvimento infantil e do adolescente, estas questionavam o formalismo e a rigidez dos métodos em educação física adotados até então. A educação física passou a se associar ao esporte, e abandonava progressivamente os métodos médico militares.

No plano mundial em meados da década de 50, o mundo e o Brasil passam por transformações políticas e econômicas. No Brasil a política econômica passa de nacionalista para liberal, com isso há uma internacionalização da economia (KOLYNIK FILHO, 2008). O esporte passa a ganhar contornos mais globalizados a partir de então, esboça-se o início da profissionalização do esporte que começa a ganhar a atenção da mídia e de investidores.

O mesmo autor aponta que apesar de obter alguns avanços, as práticas pedagógicas nesse período (1946 a 1968) privilegiavam a aquisição de habilidades, capacidades físicas e de valores vinculados ao esporte.

Até a década de 70, a educação física brasileira incorporou o esporte enquanto conteúdo predominante, a aula era o lugar do treino regido por diretrizes fisiológicas em detrimento da pedagógica. Portanto, a parte principal da aula era o desenvolvimento das capacidades físicas e do jogo esportivo que deveriam ser precedidos pelo aquecimento e finalizados com a volta à calma (SOARES, 1996).

Nessa mesma década, a educação física vai perdendo sua especificidade, o primeiro paradigma que se afirma é o da psicomotricidade que difunde fundamentalmente a idéia de que a educação física deve ser um meio para se aprender matemática, português, história, etc. (SOARES, 1996). Nesta perspectiva a educação física fica subordinada às outras disciplinas escolares, o movimentar-se humano não é reconhecido como um saber que necessita ser ensinado na escola (BRACHT, 1999).

Diante da crise de identidade por que passa a educação física, ganha corpo uma crítica de natureza política, que surge a partir da década de 1980, considerando o esporte e a ginástica como elementos de alienação, negando assim, a especificidade da educação física (SOARES, 1996). Esse processo, porém, também foi o responsável pela crítica ao paradigma da aptidão física, trazido por profissionais de educação física que influenciados por idéias advindas das ciências sociais e humanas, inauguraram um grande movimento que tem sido denominado de renovador da educação física brasileira, na referida década (BRACHT, 1999).

Essa influência das ciências sociais e humanas repercutiu na busca de qualificação do corpo docente no Brasil e em instituições do exterior. Os docentes que optaram por realizar cursos de pós-graduação em educação no Brasil foram influenciados principalmente pela sociologia e filosofia da educação de orientação marxista (BRACHT, 1999). Devemos nos atentar para o fato de que esse período coincide com a ascensão dos movimentos sociais contrários a ditadura militar, movimentos esses que exerceram influência sobre a produção teórica da época, considerada contestadora de uma ordem vigente opressora.

De acordo com Bracht (1999), essa perspectiva pedagógica na educação física foi nominada em um primeiro momento de revolucionária, mas também de crítica progressista, se em sua gênese esse movimento era homogêneo, hoje, após muitos anos é possível identificar inúmeras propostas com características bastante distintas.

O mesmo autor aponta, entretanto, que na atualidade há um movimento renovador do paradigma da aptidão física, influenciado fortemente pelos ideais da promoção da saúde. Esse movimento se apóia no avanço do conhecimento biológico sobre a atividade física e as novas condições de saúde engendradas pela urbanização que conduzem ao sedentarismo. Nesse sentido, a idéia de que o objetivo da educação deva ser a educação para a saúde, ou em termos mais amplos a promoção da saúde, é renovado.

Embora as formulações pedagógicas críticas tenham sido formuladas originalmente para a escola, Bracht (1989) e Betti (1997) comentam que estas poderiam ser pensadas para outras práticas que se realizam fora do âmbito escolar, outros espaços de prática social de atividades físicas poderiam se beneficiar de um projeto político-pedagógico, novas concepções, modelos e práticas poderiam ser

pensados, algo que Betti (1997) nomina de “prática social das atividades corporais de movimento”.

Para Soares (1996), os conteúdos clássicos da educação física ocidental moderna ao longo da história tem sido o jogo, a ginástica, as lutas, a dança e os esportes, e citando Vago afirma que a educação física deve contribuir para colocar seus alunos diante do patrimônio da humanidade que tem sido denominado de “cultura física” (BETTI, 1991), “cultura de movimento” (BRACHT, 1989) ou “cultura corporal”.

A “cultura corporal” que se manifesta na prática do futebol, handebol, ginástica, dança, atletismo, natação, xadrez, dentre outras, guarda diferenças entre as demais atividades produtivas, por não originarem um produto material. Quando o homem realiza as suas atividades, seja um jogo, uma dança ou a ginástica, no momento em que a realiza é também o momento em que a consome, ou seja, a produção ocorre ao mesmo tempo do consumo. Na realização destas atividades o homem satisfaz os seus anseios lúdicos, estéticos, artísticos, combativos ou competitivos, que o motivam para a ação. Para o homem esta atividade possui um valor em si mesma, pois está a serviço de sua subjetividade, de sua realidade e de suas motivações. Por se constituírem em resultado da vida e da ação humana esse tipo de atividade faz parte da cultura em que está inserida (TAFFAREL; ESCOBAR, 1994).

De acordo com Betti (1997), a concepção sobre a educação física deve ser repensada, juntamente com a mudança em sua prática pedagógica. Essa profissão deveria responsabilizar-se por formar um cidadão crítico, capaz de se posicionar perante as diversas formas da cultura corporal como o esporte espetáculo midiático, as atividades de academia, as práticas alternativas, dentre outras.

Com relação às concepções pedagógicas, Bracht (1999) nominou de teorias progressistas a concepção crítico superadora e a crítico emancipatória.

A concepção crítico superadora tem por base a pedagogia histórico crítica sistematizada por Demerval Saviani e colaboradores. Esta concepção advoga que o objeto de conhecimento da área da educação física é a cultura corporal de movimento que engloba o esporte, a ginástica, o jogo, a luta, a dança e a mímica. Estes conteúdos devem ser trabalhados de forma historicizada, de maneira que seus movimentos contraditórios sejam apreendidos (COLETIVO DE AUTORES, 1992).

Já a concepção crítico-emancipatória é proposta por Elenor Kunz. O entendimento sobre o movimentar-se humano parte de uma concepção nominada pelo autor de dialógica. O movimento humano, assim, é encarado como uma forma de comunicação com o mundo. Empresta do iluminismo o pressuposto de que o sujeito é capaz de crítica e de atuação autônomas, influencia esta que parte dos autores vinculados à escola de Frankfurt. A cultura corporal de movimento é tematizada com o objetivo de desenvolver nos alunos a capacidade de análise e de uma ação crítica sobre este elemento (KUNZ, 2004).

Afirmar o campo pedagógico como privilegiado para atuação na área da saúde deve levar em consideração a problematização trazida por Fraga (2005) de que na atualidade a relação entre educação física e saúde está cada vez mais vinculada à idéia de produção e disseminação de informações sobre os benefícios da atividade física e cada vez mais distante mesmo da prática de atividade física, excluindo-se a própria educação física. O processo de trabalho se vê diante do aprisionamento às tecnologias prescritivas, sem que haja a possibilidade do encontro cuidador, relacional e educativo.

1.4 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Mesmo com o avanço conceitual da promoção da saúde e a amplitude que esta toma a partir das conferências, principalmente com reconhecimento da importância do comprometimento político, na prática as ações ainda são focadas na esfera do biológico, considerando como prioritárias ações sobre os estilos de vida individuais e mudanças comportamentais.

Assim, podemos considerar que existem duas tendências predominantes na Promoção da Saúde, a primeira focada nas determinações comportamentais, ou seja, preocupada com mudanças individuais, e outra que considera a saúde determinada por condições que fogem ao controle dos indivíduos, portanto guiada pelos determinantes gerais das condições de vida e saúde da sociedade (BUSS, 2002; VERDI; CAPONI, 2005).

Na área da Educação Física, parece predominar a visão restrita ao aspecto biológico, e o enfoque voltado ao comportamento individual, isso em seu campo mais destacado, o da “Atividade Física e Saúde”. Evidencia-se na máxima “Exercício é Saúde” a expressão desse entendimento que desconsidera os intervenientes políticos, sociais e culturais na determinação da saúde (QUINT; MATIELLO JUNIOR apud QUINT et al. 2005).

Na perspectiva de exaltar os benefícios da adoção de um estilo de vida ativo, como sinônimo de saúde, foram levadas a cabo iniciativas de abrangência populacional. No Brasil uma das iniciativas com a maior repercussão na sociedade foi e continua sendo o programa conhecido como “Agita São Paulo” (MATSUDO et al. 2003).

O programa “Agita São Paulo” busca aumentar o nível de conhecimento da população sobre os benefícios advindos da adoção de um estilo de vida ativo e aumentar o nível de atividade física na população do Estado de São Paulo, com a recomendação de que o indivíduo faça pelo menos 30 minutos de atividade física na maioria dos dias da semana, de leve a moderada, de forma contínua ou acumulada. Apesar de sua proposta ter recebido o reconhecimento de entidades internacionais e ter sido incorporado às ações governamentais, como se trouxesse elementos da “Nova

Promoção da Saúde”, o mesmo funda sua atuação numa concepção conservadora ou comportamentalista conforme apontam Ferreira, Castiel e Cardoso (2011). Há inclusive uma versão nacional do programa denominada de “Agita Brasil” (BRASIL, 2002), cujos princípios guardam relação com o referido programa de âmbito estadual. De acordo com Ferreira, Castiel e Cardoso (2011) esse programa tem por objetivo atrair o poder público com a promessa de redução nos gastos com a saúde e ao mesmo tempo constranger as pessoas que não adotam suas recomendações. Na concepção deste programa o sedentarismo seria considerado o vilão da sociedade, a atividade física é tida como sinônimo de saúde, a epidemiologia é excessivamente valorizada ignorando-se os complexos fatores, esses não passíveis de quantificação, relacionados às questões sociais envolvidas nos processos de saúde-doença da população.

De acordo com Quint et al. (2005), não seria o campo hegemônico da “Atividade Física e Saúde”, mas sim as vertentes pedagógicas progressistas da área que poderiam melhor contribuir com as práticas do profissional de educação física no PSF. Apesar de seu acúmulo teórico e experiências concretas, essa vertente não abordou a saúde em sua concepção original.

Tendo em vista as questões levantadas e os problemas envolvendo a formação do profissional de educação física para a atuação na saúde pública, torna-se relevante investigar como essa atuação na atenção básica, mais especificamente no NASF, está sendo desenvolvida. Confrontar a definição de promoção da saúde com a prática profissional nos possibilita em parte perceber se a formação tem trabalhado os conteúdos necessários a uma prática profissional abrangente e com possibilidade de superar o enfoque restrito ao aspecto biológico, ainda bastante enraizado nas práticas profissionais no âmbito da saúde. Permite também impulsionar a discussão sobre a necessidade da educação permanente desses profissionais no campo da saúde.

Assim, o objeto do presente estudo se consolida em questões que são mutuamente influenciadas:

Qual conceito de promoção da saúde estes profissionais possuem?

Como é o processo de trabalho destes profissionais do NASF?

1.5 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Existe a necessidade de compreender como os conceitos de promoção da saúde são entendidos pelos profissionais de educação física, haja vista que em parte a qualidade e a efetividade da intervenção no âmbito da promoção da saúde dependem de um entendimento abrangente do conceito.

É muito recente a incorporação da educação física na área da saúde pública, e ainda são escassos os estudos que procuraram identificar como têm sido a atuação destes profissionais.

A Promoção da saúde, apesar de ser um tema bastante corriqueiro para o profissional de saúde, notadamente para aqueles que atuam na atenção básica, ainda é alvo de equívocos conceituais, onde muitas vezes é tida como sinônimo de prevenção. Na área da educação física também existe uma tendência à simplificação do conceito, quando a abordagem privilegia a aptidão física. Essa simplificação causa preocupação, pois, pode conduzir a ações no mínimo inócuas.

Carvalho (1995) aponta a importância da realização de estudos com enfoque sociológico na medida em que permitem ampliar as possibilidades de explicação de determinado objeto de estudo. Para essa autora não basta saber, por exemplo, quantos profissionais compreendem o conceito de saúde como “completo bem estar físico e mental”, mas entender “*em que medida e de que forma essa maneira de pensar e reproduzir o conceito se consolida*”.

Ainda com Carvalho (1995), é necessário compreender, esclarecendo a lógica que mantém um dado entendimento sobre a atividade física e a saúde, a partir das relações entre instituição, profissional, estudante e senso comum.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a concepção de promoção da saúde dos profissionais de educação física que trabalham no NASF no município de Londrina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contextualizar o processo de trabalho dos profissionais de educação física do NASF na perspectiva da promoção da saúde;
- Apontar as dificuldades e facilidades encontradas no desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais de educação física do NASF.

3 PERSPECTIVA TEÓRICA

O presente estudo apóia-se na concepção de análise qualitativa denominada por Triviños (1987) de enfoque histórico estrutural dialético que parte do entendimento de que é necessário conhecer a realidade para transformá-la, levando-se em consideração a existência de processos contextuais, dinâmicos e complexos.

O mesmo autor ressalta que a pesquisa com enfoque histórico – estrutural, partindo do método dialético possibilita ao investigador esclarecer as causas, conseqüências, contradições e as qualidades dos problemas, bem como suas dimensões quantitativas, quando essas existirem, e por meio da ação efetuar um processo de transformação de determinada realidade.

Nesse sentido, prosseguiremos no entendimento de que a matéria é anterior à consciência, por isso assumimos uma posição oposta ao idealismo. A partir do ponto de vista materialista advogamos que as condições objetivas é que determinam a forma como as pessoas pensam e agem sobre o mundo.

O materialismo dialético, de acordo com Triviños (1987), apóia sua concepção de mundo na ciência, assume como essência do mundo a matéria que se transforma de acordo com as leis do movimento, e que a realidade objetiva é cognoscível, ou seja, pode ser conhecida.

A possibilidade de conhecer o mundo, advogada pelo materialismo dialético, aponta que a relatividade do conhecimento é determinada pela época histórica, portanto limitada pelo desenvolvimento da ciência até então conquistados pela humanidade (TRIVIÑOS, 1987).

Abordando ainda a importância do pressuposto de que a matéria antecede a consciência, Marx (1983) aponta que as relações que os homens estabelecem entre si, são realizadas independentes de sua vontade, determinadas pelas relações de produção. A estrutura econômica da sociedade corresponde ao conjunto dessas relações e sobre ela se eleva uma superestrutura jurídica e política que correspondem a determinadas formas de consciência social. O modo de produção da vida social é

que condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual, e não o inverso.

Chizzotti (2003) aponta que a dialética pressupõe uma relação dinâmica entre o sujeito e o objeto no processo do conhecimento. O mesmo autor aponta que os adeptos da dialética valorizam a *“contradição dinâmica” do fato observado e a atividade criadora do sujeito que observa, as oposições contraditórias entre o todo e a parte e os vínculos do saber e do agir com a vida social dos homens”* (p. 80).

Quando observamos um fenômeno, não podemos desconsiderar o processo histórico que o envolve, as idéias e as representações que as pessoas constroem, a forma como pensam e agem no mundo e, que estas estão condicionadas pelas relações de produção dominantes na sociedade. O trabalho assalariado, a fragmentação do trabalho, a mercantilização de todos os aspectos da vida são características da sociedade capitalista e assim, as políticas públicas, a formação dos profissionais ou as relações entre as pessoas inevitavelmente são influenciadas e tendem a manutenção desse estado de “coisas”.

Nesse sentido, para Minayo (2004), a saúde é um problema enfrentado por todas as classes sociais, porém, o que diferencia o modo de pensar, sentir e agir das pessoas sobre o tema está relacionado com suas condições de vida e de trabalho. De acordo com a mesma autora, as repercussões do processo saúde/doença que se inscrevem no imaginário, são tão importantes quanto às que se manifestam no corpo, tanto uma quanto a outra são capazes de trazer conseqüências reais.

A dialética demonstra superioridade frente às demais abordagens devido à sua capacidade em incorporar as “verdades parciais” das demais correntes, efetuando ao mesmo tempo a crítica e a negação de suas limitações. Leva em consideração a inseparável relação entre o social e o natural; entre pensamento e base material; entre objeto e suas questões; entre a ação humana e as determinações que a condicionam (MINAYO, 2004).

Nesta perspectiva é que anteriormente apresentamos um resgate histórico sobre o profissional de educação física, contextualizando as determinações políticas e econômicas de sua gênese. A mesma preocupação foi dispensada ao resgate do conceito de promoção da saúde. As diferentes concepções que tem norteado a

atuação do profissional de educação física e a sua atuação na área da saúde foram também abordadas.

Houve a preocupação em buscar uma análise crítica pretendendo questionar a gênese das afirmações hegemônicas sobre a importância da atividade física tendo por base os estudos epidemiológicos. Esta abordagem pode reduzir a discussão sobre o fenômeno, ignorando-se os complexos fatores sociais determinantes da saúde, ou mesmo da prática da atividade física, imputando aos indivíduos a responsabilidade pelos males que o afligem, implicando no que autores como Crawford (1977) tem denominado de culpabilização da vítima.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória descritiva. De acordo com Minayo (2004), a pesquisa qualitativa aborda aspectos da realidade que não são passíveis de quantificação. Procura por significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que expressa que as relações, os processos e os fenômenos devem ser apreendidos em profundidade.

A possibilidade que a pesquisa qualitativa traz de captar aquilo que não pode ser quantificado foi a motivo da escolha desta abordagem. Os problemas que envolvem a definição de promoção da saúde, hoje colonizada pelos interesses mercadológicos, dificilmente poderiam ser captados por outro tipo de abordagem. A opção por realizar a entrevista em conjunto com a observação, surge justamente com a intenção de captar as possíveis incongruências entre o que se fala e o que se pratica.

De acordo com Demo (1998), o termo qualidade é difícil de ser definido, não se trata apenas de classificá-lo como aquilo que não se pode quantificar. Significa etimologicamente a essência ou aquilo que é mais importante e determinante; a perfeição historicamente possível que estaria ligada à idéia de uma sociedade mais participativa. Esta concepção nos remete à noção de utopia, que por não poder ser concretizada nos possibilitaria a crítica ao instituído e a participação como algo a ser alcançado. A qualidade também representaria a intensidade de um fenômeno, ou seja, a busca de sua profundidade e plenitude, que seria oposta à noção de extensão.

4.2 LOCAL DA PESQUISA/CENÁRIO

O NASF foi implantado em Londrina em junho de 2008, e atualmente conta com 10 equipes, compostas de seis profissionais cada: um profissional de educação física, um nutricionista, um farmacêutico, um psicólogo e dois fisioterapeutas. Todos, com exceção dos fisioterapeutas, que cumprem 20 horas cada, trabalham 40 horas semanais.

Londrina possui 52 unidades básicas de saúde, sendo que 39 destas situam-se na zona urbana e 13 na zona rural. Estas unidades começaram a ser implantadas nas regiões periféricas da cidade com base nos preceitos da APS, sendo que sua expansão se deu principalmente com a construção dos conjuntos habitacionais a partir da década de 1980 (LONDRINA, 2010).

O NASF atua em Londrina apenas nas unidades da área urbana, junto às ESF. Cada NASF é responsável por desenvolver seu trabalho junto a oito dessa equipes, o que corresponde de três a cinco USF por NASF.

As equipes do NASF, no momento da investigação, estavam dispostas da seguinte maneira:

- NASF 1: Região Leste - Unidades Marabá, Vila Ricardo, Ernani, Armino Guazzi.
- NASF 2: Região Leste - Unidades Ideal, Novo Amparo, Mister Thomas, Lindóia.
- NASF 3: Região Sul - Unidades Cafezal, Ouro Branco, Parque das Industrias, Itapoã, União da Vitória.
- NASF 4: Regiões Sul e Centro: Unidades Piza, San Izidro, Eldorado, Vila Brasil.
- NASF 5: Região Oeste: Unidades Panissa, Tóquio, Bandeirantes, Alvorada.
- NASF 6: Região Oeste: Unidades Leonor, Santiago, Cabo Frio, Jardim do Sol.
- NASF 7: Região Norte: Unidades Chefe Newton, Parigot, Vivi Xavier.
- NASF 8: Região Norte: Unidades Maria Cecília, João Paz, Aquiles.
- NASF 9: Região Centro: Guanabara, Centro, Casoni, Fraternidade.
- NASF 10: Regiões Centro e Norte: CSU, Carnascialli, Vila Nova, Milton Gavetti.

A população do município de Londrina, de acordo com o censo realizado em 2010, é de 506701 pessoas, das quais 97,4% residem na zona urbana (BRASIL, 2012). No ano de 2000 o município de Londrina apresentou o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de 0,824, o que o coloca entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano. Londrina ocupava a 189ª posição entre 5507 municípios avaliados no Brasil, enquanto que no estado do Paraná a 10ª posição entre 399 municípios (ONU, 2000).

De acordo com dados da Companhia de Habitação de Londrina (COHAB-LD), cerca de 47 mil pessoas, aproximadamente 10% da população vivem nos 65 bolsões de pobreza identificados. Destas, 8730 pessoas vivem em ocupações irregulares, sendo que 63% localizam-se em fundos de vale, áreas consideradas de preservação permanente (LONDRINA, 2010), o que confere nestes casos uma maior dificuldade para a regularização destas áreas. É importante frisar que estes espaços concentram-se nas regiões periféricas da cidade.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram incluídos no estudo todos os 10 profissionais de educação física contratados para o NASF que no momento da coleta de dados, desenvolviam seu trabalho junto às USF, na cidade de Londrina-PR.

Assim, foram realizadas 10 entrevistas individuais e três dos participantes foram incluídos na observação. A escolha dos profissionais a serem observados considerou a necessidade de abranger a diversidade, por isso optamos por um profissional do centro - área com característica sócio-econômica privilegiada – um da região norte e outro da região sul, por atuarem em regiões periféricas com características distintas do centro da cidade.

Todos os envolvidos na pesquisa foram consultados e orientados adequadamente quanto aos objetivos da pesquisa e somente foram submetidos às entrevistas e observações ao concordarem em assinar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) (Apêndice A).

A fim de manter o sigilo da identidade dos informantes optamos pela utilização da letra “E”, que significa “entrevistado”, quando transcrevemos os trechos de falas no capítulo “resultados e discussão”, essa letra estará sempre acompanhada de um algarismo de 1 a 10 (E1; E2; E3...) para diferenciar os participantes da pesquisa. A letra “O” significou a apresentação dos dados captados a partir da “observação”, e também estará acompanhada dos números 1 a 3 que corresponde ao total de sujeitos observados (O1; O2; O3).

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Boni e Quaresma (2005), apontam para a necessidade da pesquisa científica estar apoiada em um levantamento de dados que inclua três momentos distintos: a pesquisa bibliográfica (apresentada no início deste trabalho); a observação dos fatos ou fenômenos; bem como, o contato com as pessoas que possam ser fonte de informações.

Antes da realização das entrevistas com os profissionais do NASF de Londrina, realizamos uma entrevista piloto e observação com um profissional de educação física de município próximo, com o objetivo de testar as perguntas e realizar os ajustes necessários nos instrumentos de coleta de dados. Esta atividade contribuiu para o preparo do pesquisador e não gerou mudanças significativas nos instrumentos elaborados.

Para a coleta dos dados, foram necessárias duas fases: a entrevista individual com os profissionais e a observação da sua atuação em campo.

Durante a entrevista, as falas dos profissionais foram registradas por um gravador de voz, em fitas K7.

Seguimos um roteiro de entrevistas semi-estruturado, que objetivaram responder às seguintes perguntas:

- 1) Há quanto tempo você está no NASF?
- 2) Como é o seu trabalho no dia-a-dia da unidade básica de saúde?
- 3) Quais as dificuldades encontradas no desenvolvimento do seu trabalho?
- 4) Quais as facilidades encontradas no desenvolvimento do seu trabalho?
- 5) O que é promoção da saúde para você?
- 6) Você gostaria de dizer mais alguma coisa sobre isso?

De acordo com Minayo (2004), a entrevista constitui-se numa ferramenta essencial para as ciências sociais na captação de informações, através da fala, que

revela valores, normas e símbolos e ainda possibilita a veiculação, por meio de seu emissor, das representações sociais sob condições históricas, sócio-econômicas e culturais determinadas, do grupo em estudo.

A entrevista semi-estruturada, em específico, permite ao pesquisador seguir um conjunto de perguntas definidas previamente, mas em um contexto muito próximo ao de uma conversa informal. Dessa forma realizamos perguntas adicionais, nos casos em que se fez necessário elucidar pontos que não tenham ficado claros e também para direcionar a conversa para o tema de interesse (BONI; QUARESMA, 2005).

De acordo com Gramsci (1981), na linguagem inscrevem-se um “conjunto de noções e conceitos determinados”, estaria nela contida uma dada concepção de mundo que tanto pode ser imposta pelo ambiente exterior ou ser elaborada de uma maneira crítica e consciente. Esses elementos presentes na linguagem puderam ser apreendidos por meio da análise das entrevistas.

Antes do início das entrevistas gravadas, foram coletados alguns dados para a caracterização dos participantes da pesquisa utilizando-se de uma ficha de identificação contendo dados pessoais de identificação que incluíam perguntas sobre formação profissional, experiências anteriores, dentre outras (Apêndice B).

Além da entrevista aos profissionais, procedemos à realização do que tem sido denominada por diversos autores de observação participante, que consiste na observação direta de determinado fenômeno com a finalidade de obter informações sobre a realidade dos atores sociais (MINAYO, 2004; CHIZOTTI, 2003; CRUZ NETO, 1994).

De acordo com Minayo (2004), essa forma de obtenção de informações foi primeiramente sistematizada por Malinowski em 1922. Essa mesma autora comenta que apesar de sua filiação teórica ao funcionalismo, suas recomendações metodológicas continuam atuais.

Malinowski afirma que a observação participante justifica-se na medida em que permite captar o que denominou de os “imponderáveis da vida real”, cita como exemplos: a rotina de um dia de trabalho, os hábitos cotidianos, as relações interpessoais, bem como os comportamentos e reações emocionais entre os indivíduos (MINAYO, 2004).

Outra questão pertinente ao nosso trabalho é esclarecer em que nível de participação se situou nossa observação da realidade em questão. Raymond Gold tratou de classificar a observação conforme o envolvimento do pesquisador com o cotidiano do grupo que se pretende estudar, sendo que em um extremo encontra-se o “participante total” e no outro o “observador total”. Optamos por adotar uma postura de “observador como participante” (GOLD apud MINAYO, 2004), que encara a observação apenas como um complemento às entrevistas, nesse sentido apesar de haver por parte do observado a consciência da presença de um observador externo, este último posicionou-se como um expectador. Foi uma observação por um curto período de tempo e não envolveu a totalidade dos entrevistados. Assim, assumimos a limitação desta forma de observação conforme apontado por Gold, justamente por ter sido esse um contato considerado superficial (MINAYO, 2004).

A observação foi realizada antes das entrevistas e para que pudéssemos abranger as especificidades das diferentes regiões da cidade incluímos um profissional da região norte, um do centro e um da região sul. Esse critério permitiu conhecer a realidade tanto do centro como da periferia. A observação teve por objetivo responder à seguinte questão:

- Como a promoção da saúde está sendo conduzida no cotidiano do trabalho de profissionais de educação física do NASF?

Foram definidos os seguintes itens a serem incluídos nas anotações que compuseram o diário de campo:

- Cotidiano/prática, envolvendo o relacionamento entre os profissionais e usuários, descrição detalhada das atividades desenvolvidas, frequência, número de participantes, diálogos e relações;
- Ambiente de trabalho físico e subjetivo, que envolveu a descrição dos locais onde as atividades se desenvolviam, bem como os recursos utilizados e sua procedência;
- Ações específicas de promoção da saúde.

Cada um dos três profissionais escolhidos foi acompanhado durante uma semana, um período por dia, intercalando-se os períodos da manhã e da tarde

(segunda: manhã; terça: tarde; quarta: manhã; quinta: tarde e sexta: manhã). O registro das observações foi realizado em diário de campo.

As três semanas de observação estiveram compreendidas num período maior, que foi de dois meses para que pudéssemos contemplar:

- Reunião geral com todos os profissionais do NASF e/ou somente profissionais de educação física;
- Reunião local, nas Unidades Básicas de Saúde;
- Atividades programadas nas unidades: individuais ou em grupos.

As anotações das observações compuseram um diário de campo, sendo que evitávamos escrever perante o sujeito observado. Para que não incorrêssemos em erro devido a um eventual viés de memória, tão logo fosse possível encontrar um local adequado, as informações obtidas eram transcritas para o diário de campo.

4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados, optamos pela utilização da proposta denominada por Bardin (1977) de Categorical-Temática.

Esta técnica de análise estabelece a necessidade de classificar os variados elementos que compõe o material coletado separando-os de acordo com critérios capazes de fazer surgir um sentido em meio à confusão inicial, estabelecendo-se certo ordenamento (BARDIN, 1977). Os critérios de classificação obedeceram aos objetivos do estudo em questão, bem como à pesquisa bibliográfica inicial, que também serviu como subsídio ao trabalho de campo.

A noção de tema, cara à proposta em questão, está relacionada a um enunciado que se articula em torno de determinado assunto. O tema pode ser representado por uma palavra, frase ou resumo (BARDIN, 1977).

Podemos decompor as diferentes etapas deste trabalho, considerando-se a proposta da análise Categorical-Temática em “pré-análise”, “exploração do material” e “tratamento dos resultados obtidos e interpretação” (BARDIN, 1977):

A pré-análise é a primeira etapa e possibilitou a “constituição do corpus” da pesquisa. Este momento contempla os aspectos levantados pelo roteiro de entrevistas e observação de campo (exaustividade); a delimitação, no nosso caso específico, das pessoas a serem observadas e entrevistadas (representatividade); a coerência entre a escolha dos sujeitos participantes da pesquisa, dos temas e das técnicas escolhidas (homogeneidade); e a escolha de documentos que respeitassem os objetivos do trabalho (pertinência). Envolveu ainda a formulação de objetivos e hipóteses.

É denominada de exploração do material a segunda etapa da pesquisa. Nesta etapa procedemos à realização da denominada “leitura flutuante”, momento em que leituras exaustivas do material coletado foram realizadas, de maneira que pudéssemos nos impregnar pelo seu conteúdo. Em seguida, consistiu na segmentação do texto em unidades de registro. No nosso caso, estas unidades foram compostas de frases e palavras que emergiam do material coletado agrupados de acordo com determinados temas identificados, observando-se os objetivos e referenciais teóricos que norteavam a investigação.

Na terceira fase, chamada de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, organizamos as categorias empíricas a partir do agrupamento de diferentes unidades de registro que possuem elementos comuns. A partir desta organização realizamos a interpretação dos resultados com base no referencial teórico previamente levantado, bem como a partir de novas leituras que surgiram enquanto necessidade a partir do encontro com as informações que o material coletado nos proporcionava.

Organizamos nossa pesquisa de forma que nos capítulos iniciais buscamos realizar uma construção teórica que nos possibilitasse uma maior aproximação com nosso objeto, essa fase iniciou-se antes da coleta de dados no campo, que em nossa pesquisa consistiu nas entrevistas e observação da atuação profissional.

Procuramos, em um processo que avançou por todas as etapas do trabalho, abordar a conjuntura sócio-econômica e política que determinam nosso objeto de estudo, bem como seu histórico, e as políticas que se relacionam ao objeto em questão (MINAYO, 2004).

Os dados que emergiram, depois de transcritas as entrevistas e realizadas as leituras repetidas do material coletado, foram organizados em categorias de análise definidas a *posteriori*. Para que fosse possível chegar à definição das categorias e subcategorias foi “*necessário segmentar a fala dos entrevistados em unidades de significação*” (DUARTE, 2004, p. 221), ou “*unidades de registro*” conforme a definição proposta no método de Bardin (1977), ou seja, o menor trecho do texto necessário para que o pesquisador compreenda seu significado. A partir disso procedemos a interpretação de cada trecho, articulando-os entre si, em categorias de análise.

Dos depoimentos dos entrevistados tomados como fonte de informação é necessário que se retire dos elementos subjetivos e pessoais aquilo que nos permita refletir sobre a dimensão coletiva, dessa forma, nos é permitido compreender a dinâmica dos relacionamentos que se desenvolvem no seio dos grupos sociais em que o entrevistado se insere, considerando-se determinado tempo e lugar (DUARTE, 2004).

Para a apresentação dos resultados, os diferentes trechos significativos foram organizados nas categorias de análise de forma que os diferentes fragmentos

passaram a compor uma espécie de “diálogo artificial”. Diálogo este complementado com as referências teórico/conceituais que orientam o nosso olhar sob o objeto. Dessa forma houve uma preocupação em aproximar “*respostas semelhantes, complementares ou divergentes de modo a identificar recorrências, concordâncias, contradições, divergências, etc*” (DUARTE, 2004 p. 222).

A observação nos ajudou a complementar este “mosaico”, nesse sentido procuramos articular os elementos importantes da observação entre as categorias surgidas a partir da análise das falas.

Por fim, procuramos realizar a interlocução entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa com base nos objetivos traçados no início da investigação. Procuramos estabelecer uma relação de mão dupla entre o empírico e o teórico, entre o concreto e abstrato, entre o particular e o geral num movimento dialético, conforme sugere Minayo (2004).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa respeitou as normas relativas à pesquisa envolvendo seres humanos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina recebendo parecer de aprovação nº 252/10 e registrado no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP) com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0233.0.268.000-10 constante no Anexo 2. Obtivemos também a autorização da Prefeitura Municipal de Londrina para o desenvolvimento da pesquisa (Anexo 1).

Após a explanação dos objetivos, os participantes da entrevista e da observação demonstraram concordância na participação da pesquisa através de sua assinatura em um TCLE (Apêndice A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iniciaremos a apresentação desta sessão do trabalho com uma breve caracterização dos participantes do estudo. Em seguida, apresentamos as duas categorias temáticas que emergiram da análise das entrevistas e das observações. A primeira aborda as diferentes concepções de promoção da saúde identificadas nas falas dos profissionais. A segunda analisa o processo de trabalho do profissional de educação física no NASF, relacionando com os problemas que envolvem a formação deste profissional e a concepção de promoção da saúde.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo 10 profissionais de educação física do NASF, com média de idade de 31,4 anos, sendo que o mais novo declarou ter 26 anos e o mais velho 39. Seis desses profissionais eram do sexo feminino. No momento da entrevista, os profissionais eram contratados por uma empresa terceirizada que prestava serviços para a prefeitura municipal de Londrina. Todos perfaziam uma jornada de trabalho de 40 horas semanais e atuavam em USF da zona urbana de Londrina. Todos eram graduados em educação física, porém nove possuíam licenciatura plena e apenas um licenciatura. Apenas um dos entrevistados era formado a menos de quatro anos. A maior parte (sete) declarou possuir especialização concluída, sendo que os cursos citados foram apenas treinamento esportivo e fisiologia. Declararam que estão estudando atualmente dois dos entrevistados. Seis realizaram sua graduação na Universidade Estadual de Londrina (UEL) e quatro na Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). Disseram exercer outra atividade remunerada seis profissionais, todos os empregos extras eram ligados à empresas privadas que ofertam alguma atividade física. Oito profissionais relataram ter alguma experiência anterior na área da educação física, sendo que as citadas foram: ginástica laboral, musculação, educação escolar e natação. Quanto ao tempo em que estão empregados no NASF, quatro revelaram estar desde o início de sua implantação na cidade, ou seja, há quatro anos e sete meses; cinco há 11 meses ou mais e apenas um há quatro meses.

5.1 A CONCEPÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE SOB O OLHAR DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Esta categoria abrangeu as diferentes concepções de promoção à saúde. Essas diferentes concepções se mostraram tanto em seus aspectos teóricos, ou seja, como idealmente/teoricamente concebidos como em seus aspectos práticos, ou seja, como se dão na realidade concreta da ação do profissional de educação física. Assim, buscou-se captar as similaridades e as contradições presentes entre os entrevistados. Diante disto, observamos que o participante pode estar em mais de uma subcategoria, momentos em que o entrevistado pode conceituar de uma maneira, mas exemplificar de outra.

Optamos por iniciar com a concepção ampliada de promoção da saúde por considerarmos esta a mais avançada por reconhecer os complexos fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e de comportamento que interferem na saúde. Esta concepção, por incorporar o acúmulo das conferências internacionais, movimentos sociais e críticas ao próprio modelo hegemônico de saúde, pode contribuir para o avanço das práticas na atenção básica.

Explicitamos que as diferentes concepções são mutuamente influenciadas, e que a divisão foi apenas didática para possibilitar a discussão dos resultados.

5.1.1 A concepção ampliada de promoção da saúde

Com base na definição de promoção da saúde apresentada nos capítulos iniciais deste trabalho, considerando como marco a Carta de Ottawa de 1986, poderíamos falar na existência de um conceito ampliado. De acordo com Buss (2000), esse conceito destaca o protagonismo dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, ou seja, avança para além de mudanças no estilo de vida, reconhece a importância de se ter acesso à moradia, saneamento, educação, dentre outros determinantes.

A concepção de promoção da saúde apresentada no trecho a seguir demonstra uma compreensão que abrange justamente esses determinantes sociais da saúde. Considera que para o alcance da saúde algumas necessidades humanas básicas precisam ser satisfeitas, necessidades essas que não podem inteiramente ser controladas pelo indivíduo, muito menos ofertadas diretamente pela ação do profissional:

[...] a promoção da saúde não é só manter um nível de saúde adequado para um indivíduo, seria atuar então em moradia, alimentação, transporte, o lazer dessa pessoa, então o profissional ele teria que ser amplo assim (E1).

Nas Diretrizes do NASF podemos constatar a abrangência no entendimento sobre a promoção da saúde. Há neste documento oficial o reconhecimento da inclusão das PCAF, na PNPS, com base em dados epidemiológicos sobre o avanço das doenças crônicas não transmissíveis. Entretanto ganha um contorno mais abrangente no encontro com as reflexões sobre o fortalecimento do controle social, integralidade, transversalidade das políticas, no acesso aos serviços e tecnologias em saúde e direito ao lazer. No SUS com o entendimento da saúde como resultante dos determinantes e condicionantes sociais da vida, há a ressignificação das PCAF nos marcos da promoção da saúde. Essas práticas devem levar em consideração componentes culturais, históricos, políticos, econômicos e sociais de determinada localidade (BRASIL, 2010a).

Podemos notar que apesar desse entendimento abrangente do conceito, o profissional de educação física reconhece a dificuldade em atuar na melhoria dessas condições, que seriam as mais impactantes sobre a saúde da população.

Existiria, portanto, na prática profissional um limite representado pela seguinte interrogação: *Até onde as nossas pernas alcançam hoje* (E1)?

Porém, mesmo reconhecendo a existência de limites bem definidos, o profissional elenca uma série de possibilidades de trabalhar na perspectiva da promoção da saúde. As possibilidades elencadas foram:

[...] grupo de atividade, para trabalhar certa capacidade, reunir as pessoas para tentar falar sobre o conselho municipal de saúde ou conselho de bairro ou fazer uma reunião para tentar levar essas pessoas a refletirem como está a situação, quais são as melhorias que podem trazer pro bairro, que mais que o profissional pode fazer na promoção da saúde, é falar sobre as campanhas que vão acontecer no ano, falar sobre a prevenção de algumas doenças [...] (E1).

É possível perceber a importância conferida às ações que pretendem estimular a participação popular. Se não é possível de imediato alterar as condições de vida da população, o estímulo à participação e à reflexão sobre as próprias condições de vida seriam os meios encontrados para diminuir a distância entre a realidade concreta e o ideal de sociedade que permita a satisfação das necessidades elencadas.

Obstáculos à crença numa possível mudança nas condições de vida e nas próprias possibilidades de alterar a realidade se evidenciam quando o profissional afirma que *you barra no sistema, o próprio sistema barra you* (E1), ou seja, quando há a tentativa de avançar na resolução de um problema complexo, as instituições não respondem conforme as expectativas. A resolução de um problema que aparenta ser teoricamente simples como a reforma de uma calçada, se apresenta na prática como insolúvel:

As calçadas do “Bairro X”, da praça, elas estão todas rachadas, trincadas, e foi depois que a SANEPAR veio e passou a rede de esgoto, depois tapou o buraco e tudo. A calçada está toda danificada e o grupo é com pessoas de 80, 85, 70, 75 anos, e aí o que acontece? O risco de cair é muito grande e liga na CMTU fala que é a SANEPAR (E1).

O profissional demonstra preocupação com o contexto onde as atividades acontecem, os riscos de desenvolver atividades físicas em locais como o citado talvez supere até mesmo os possíveis benefícios advindos da prática.

Este resultado nos remete à discussão sobre a autonomia individual versus a responsabilidade do Estado. O discurso da chamada ‘nova saúde pública’ surge no

contexto de países capitalistas neoliberais, e justamente um dos conceitos mais caros ao paradigma da promoção da saúde é o do fortalecimento da autonomia individual e dos grupos sociais. A construção teórica e de práticas nestes países tem caminhado para o estímulo à livre escolha a partir de uma lógica de mercado. Sendo assim, a responsabilidade para com a saúde passa progressivamente a não ser mais do Estado, mas de cada indivíduo (LUPTON, 1995; PETERSEN, 1997 apud CZERESNIA, 2003).

Nesse sentido, podemos dizer que sobre o profissional recai uma responsabilidade tão grande quanto a que se apresenta ao usuário. Pois não podemos negar que há na profissão educação física uma dimensão prática que demanda a existência de uma mínima estrutura.

Assim, a autonomia individual na lógica capitalista, estaria na possibilidade de cada indivíduo pagar por um espaço adequado para a realização de suas atividades. Advogamos, no entanto, que exista a possibilidade de abordar a autonomia enquanto uma perspectiva sem que o profissional tome unicamente para si a responsabilidade por estas questões e sim buscar junto à população as soluções, levando-se em consideração as potencialidades dos sujeitos para protagonizarem mudanças a partir da organização popular. Neste sentido, as Diretrizes do NASF apontam para valorização dos espaços públicos de convivência em articulação com os direitos sociais à educação, esporte e lazer (BRASIL, 2010a).

É possível constatar que a perspectiva da “intersectorialidade” está presente em várias políticas brasileiras (BRASIL, 1997b; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2010b), o que se constitui em um avanço. Isso significa que há na política oficial o reconhecimento da necessidade em obter o comprometimento de setores para além da saúde. No entanto, conforme a fala nos revelou essa perspectiva ainda encontra-se na dimensão apenas do discurso.

Em acordo com Czeresnia ressaltamos que:

Ao mesmo tempo, afirmam-se perspectivas progressistas que enfatizam uma outra dimensão do discurso da promoção da saúde, ressaltando a elaboração de políticas públicas intersetoriais, voltadas à melhoria da qualidade de vida das populações. Promover a saúde alcança, dessa maneira, uma abrangência muito maior do que a que circunscreve o campo específico da saúde, incluindo o ambiente em sentido amplo, atravessando a perspectiva local e global, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais (CZERESNIA, 2003, p. 40).

Mais do que levar em consideração as determinações materiais do processo saúde-doença, o que podemos perceber na fala deste profissional é uma preocupação com as questões relativas à saúde mental, que podem ser o resultado de condições materiais desfavoráveis. A perspectiva do olhar integral ao indivíduo, que leve em consideração sua subjetividade e experiência única de vida, evidencia-se no seguinte trecho:

Eu vejo que na saúde coletiva acho que o ajudar o próximo não é só dar um medicamento, ver uma pressão, é cuidar desse ser integralmente, que se nós pegarmos a saúde antigamente, eu acho que era ver os sintomas, hoje a gente tenta ir além disso, e as atividades elas mostram isso, que só um grupo de alongamento, um grupo de caminhada, não é suficiente, por que ele precisa conversar durante uma caminhada, ele precisa ter um grupo que ele possa falar sobre as suas dificuldades, ele precisa dançar e extravasar essa energia, por que as vezes a doença não está nem no corpo, mas está sendo refletida (E1).

É importante destacar que somente um dos entrevistados apresentou esta concepção ampliada de saúde. Devemos considerar que isso não está desvinculado da construção histórica da profissão que teve a hegemonia no biológico em toda sua trajetória como já referenciado anteriormente neste trabalho. Há a necessidade de instituir espaços de formação que contemplem a ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença, tanto na graduação, permitindo a vivência prática por meio do estágio, como em espaços de educação permanente no próprio trabalho.

É necessário que fiquemos atentos ao que observamos na prática do E1. Ao mesmo tempo em que sua fala revela uma concepção ampliada de saúde, constatamos que na prática existe uma dificuldade para articular esses conhecimentos.

Observamos que em dado momento, durante uma explanação a mães e avós de crianças obesas, frente ao questionamento sobre a dupla jornada de trabalho vivenciada por algumas delas, e a impossibilidade de engajamento em alguma prática de atividade física, o profissional não se atentou para uma possível discussão sobre os papéis de gênero impostos pela sociedade, ou mesmo pela responsabilidade imputada aos avós no cuidado aos netos, ensejada por uma nova conformação familiar, em que a figura da mãe, antes responsável pelo cuidado da casa e dos filhos é substituída pela provedora financeira, onde muitas vezes a figura do pai está ausente. Ao invés disso o profissional optou por uma abordagem que enfatizava a

administração do tempo e a responsabilidade individual por esse controle, o que vai de encontro ao discurso apresentado (O1).

De acordo com as Diretrizes do NASF, o profissional de educação física deve buscar em sua atuação estar atento aos aspectos que envolvem a prática de atividade física na atualidade, de forma que reconheça na determinação histórica dos fenômenos que a envolvem concepções hegemônicas de corpo massificadas pela grande mídia, bem como os problemas envolvendo as questões de gênero, de etnia, do trabalhador e aos ciclos de vida, acesso às práticas esportivas, a mercantilização do lazer, dentre outros. (BRASIL, 2010a).

5.1.2 A concepção de promoção da saúde com base no conceito de saúde da OMS

O conceito elaborado pela OMS apareceu nas falas dos entrevistados. A saúde, de acordo com a referida organização, é definida como: “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946).

Esse conceito é citado como sinônimo de promoção da saúde (mesmo aparecendo por vezes de forma incompleta) por vários profissionais:

Parece utópico, mas aquele bem estar físico, emocional... Isso seria o ideal realmente [...] A pessoa que está realmente [...] O fisiológico bem, a cabeça está boa, bem assim [...] O convívio com outras pessoas, está tudo muito bem, não tem problemas financeiros, nem nada [...] (E4).

O bem estar físico, mental e social da pessoa (E6).

É fazer com que as pessoas tenham uma vida menos sedentária, menos inativa, melhore a condição dela, não só saúde, mas é... total, na socialização, no bem estar físico, mental e total, e geral, essa que é a minha intenção (E10).

[...] promover saúde é manter o cidadão saudável em todas as suas esferas de vida (E8).

[...] a saúde não é só aquela coisa fixa, é aquela coisa emocional (E9).

A fala do E4 demonstra que apesar de apresentar uma concepção de promoção da saúde, mesmo que articulada de forma incompleta com a definição da OMS, a considera como algo difícil de ser alcançado. Em seguida o profissional pondera sobre o ideal de promoção da saúde presente em sua fala, o mesmo o considera utópico:

Mas isso é coisa que a gente não consegue intervir, então eu acho que o fundamental seria realmente a questão do fisiológico junto com o físico e o mental juntos, acho que é pelo menos o fundamental, estar bem os dois, por que o físico depende também de alimentação, depende de estilo de vida, depende de tudo isso, então se juntar o físico com o psicológico, a cabeça estando boa, acho que é o fundamental, o ideal seria tudo bem. Já não está na nossa [...] a gente não consegue realmente controlar tudo (E4).

Nesse caso, apesar de não ter apresentado um conceito tão abrangente quanto à do profissional que leva em consideração questões referentes às condições gerais de vida da população, o mesmo, assim como o E1 considera que existem limitações entre o que a teoria preconiza e aquilo que é possível desenvolver na prática. No entanto, não apresenta como o outro profissional a perspectiva de uma ação articulada que possa transformar essa realidade. A única mudança possível estaria vinculada ao que a figura do profissional é capaz de fazer por meio de sua própria ação, com base em seus conhecimentos especializados.

Para Arouca (1975), o conceito de saúde da OMS encontra-se em acordo com o reconhecimento da relação entre os problemas sociais e a saúde, no entanto, para Palma (2001) apesar de parecer um avanço, existe dificuldade na definição do que seria “completo bem-estar”. Em concordância, Nogueira e Palma (2003), referem que o conceito de saúde da OMS apresenta-se estático e impossível de se alcançar, tendo em vista que não leva em consideração o processo dinâmico em que a doença seria considerada apenas mais uma dimensão da vida, e o “completo bem-estar” nos remeteria à crença na existência de um estado em que os problemas deixariam de existir.

O conceito da OMS apresenta-se excessivamente otimista e inespecífico. Assim a pergunta que fica é: quais itens seriam necessários elencar para o alcance desse ideal de saúde? Nessa perspectiva, tanto a definição da OMS como a descrição de como deveria ser realizado seu trabalho presente na fala dos profissionais, são excessivamente genéricas e subjetivas, a forma como o conceito é articulado pelo profissional se reflete em como o mesmo concebe sua prática.

No próximo trecho, o entrevistado apresenta uma descrição que relaciona a promoção da saúde a diversos fatores, nesse caso aponta que não seria suficiente a preocupação única com a atividade física, assim a alimentação, o emocional, o espiritual e o psicológico fariam parte das ações a serem realizadas:

Então aí envolve a parte psicológica, a parte de medicação, a parte da atividade física, da alimentação, como um todo, não tem como você falar assim, eu vou fazer caminhada todo dia e esqueço, e dizer que isso é promoção da saúde. Se você estiver só com o físico bom, eu vou estar saudável, eu não sei até aonde eu vou estar saudável se eu estiver só preocupado com o meu peso, por exemplo. [...] Alimentação, o cuidado da própria pessoa, cuidado com a [ininteligível] dessa pessoa, o emocional

dessa pessoa, o religioso do cidadão. Então acho que eu tenho que abordar tudo isso para ter uma qualidade de vida boa (E5).

Essa definição avança, mesmo que timidamente, para um conceito mais abrangente de saúde, no entanto apenas tangencia a problemática das determinações sociais. O conceito de saúde da OMS é bastante difundido, mas nos causa preocupação as suas múltiplas possibilidades de interpretação. A ressignificação do conceito pode relativizar o papel de elementos fundamentais na determinação da saúde, como as condições gerais de vida da população.

Além do que expusemos anteriormente, a observação foi capaz de evidenciar mais uma contradição na fala do E1, o mesmo entrevistado que apresenta o conceito ampliado de promoção da saúde.

Notamos em uma de suas ações, a articulação do conceito da OMS incluindo-se a dimensão espiritual. A inclusão deste elemento aparece enquanto justificativa, para considerações realizadas posteriormente acerca de suas crenças particulares. Em sua fala esclarece aos participantes que o conceito de saúde hoje estaria vinculado à idéia de “bem-estar físico, mental e espiritual” e que ter uma religião seria importante, pois em sua opinião “as pessoas que tem fé em deus poderiam obter curas improváveis” (O1).

Uma dimensão da ideologia por detrás da crença espiritual é evidenciada quando o profissional pede para que os participantes da ginástica digam para o colega ao lado “você é um vencedor”. Essa frase pode ser encontrada com frequência nos livros do gênero conhecido como “auto-ajuda”. Esse gênero literário parte do pressuposto de que ação deliberada individual se sobrepõe ao contexto social na determinação das condutas. Nesse sentido, poderíamos dizer que na dimensão da prática a visão comportamental e de responsabilização do indivíduo possui um grande peso.

Os discursos e publicações impregnados pelo conteúdo dos manuais de auto-ajuda e sucesso no empreendedorismo são referenciados por Roger Hansen (2004) como comuns aos ambientes das academias de ginástica onde as relações se estruturam com base no culto ao corpo. Lima (2007) discute em seu trabalho a questão da ascensão da “teologia da prosperidade”, que ganhou impulso

especialmente durante a década de 1990 no Brasil. Este desenvolvimento coincide com a implementação do neoliberalismo em nosso país, momento em que ganha corpo na sociedade noções do ramo empresarial como “produtividade” e “resultados”. A partir dessas determinações econômicas e políticas, discursos ideológicos ganham corpo, como o elogio ao sucesso e à superação individual também no meio religioso.

Discursos que se estruturam tendo por base apenas a responsabilização individual, fogem ao que se espera em uma perspectiva crítico-reflexiva, com base nos conhecimentos mais avançados sobre a promoção da saúde. Devemos estar atentos às formas discursivas que se aproximam da mera reprodução da ideologia dominante. E, embora seja legítimo ao profissional professar sua crença particular, estas não podem se sobrepor ao conhecimento historicamente acumulado e sistematizado e ainda desconsiderar a laicidade do Estado e as Diretrizes do NASF.

5.1.3 A concepção de promoção da saúde como sinônimo de prevenção de doenças

Embora promoção da saúde e prevenção de doenças sejam abordagens complementares no plano prático, do ponto de vista teórico estes dois enfoques apresentam diferenças marcantes (BUSS, 2003).

A prevenção de doenças direciona seus esforços para a detecção, controle e enfraquecimento de fatores de risco de enfermidades. O foco desta abordagem é a doença e os mecanismos para combatê-la pretendem interferir sobre os fatores que a antecedem (BUSS, 2003).

Nas falas de alguns profissionais, a promoção da saúde foi conceituada como sinônimo de prevenção de doenças. Na visão destes profissionais a promoção da saúde: *seria você tentar trabalhar com prevenção principalmente* (E2). Justifica-se a prioridade conferida às ações de prevenção de doenças tendo em vista que essas sejam capazes de: racionalizar os custos, evitar que as pessoas fiquem doentes, abranger maior número de pessoas e, além disso, proporcionar prazer a quem é objeto das ações. É ainda mais evidente essa não diferenciação entre os conceitos quando são apresentados alguns exemplos de ação:

As campanhas de preventivo que tem de mama, de C.O., tudo isso aí seria uma promoção da saúde, que estaria tentando prevenir mesmo [...] seria promoção da saúde tentar prevenir um câncer de mama, um câncer de colo de útero (E2).

As ações descritas a seguir, por exemplo, são todas voltadas a um público específico tendo em vista a prevenção de determinados eventos indesejáveis relacionados à saúde:

O que eu procuro fazer em termos de promoção da saúde para os grupos que eu atendo é abordar diversos temas, diversas doenças que eles podem evitar, desde o tabagismo, por que o tabagismo é ruim, como que a atividade física pode ajudar no tabagismo? A gestante não pode fazer nada? Mas o que eu vou fazer? Não consigo dormir; tenho câimbra, posso fazer alongamento? Então nesses grupos especiais, e sempre com as pessoas que a gente atende, falando das doenças, maneira de transmissão, prevenção (E5).

Podemos identificar na fala anterior um foco de atuação direcionado à doença, principalmente. As ações descritas estão todas vinculadas a alguma condição específica do usuário. Foram citados: o tabagismo, a gravidez, a câimbra.

A clássica definição de saúde como ausência de doenças ainda é possível ser identificada em uma das falas:

Tentar resolver antes de ficar doente, conscientizar as pessoas de procurar o médico para não ficar doente, não depois que está doente estar tentando fazer alguma coisa (E2).

Embora o diagnóstico precoce seja algo imprescindível, neste depoimento é também possível identificar a importância conferida à figura do médico. A centralidade atribuída a este profissional não se deve ao acaso, a educação física apesar de ter reconhecimento recente enquanto profissão da área da saúde, em seu histórico sempre buscou sua afirmação com base em parâmetros puramente fisiológicos, a relação da educação física com o modelo médio hegemônico foi sempre estreita.

A dificuldade em se diferenciar promoção da saúde de prevenção de doenças está relacionada ao desenvolvimento da racionalidade científica e médica. Este desenvolvimento exerceu uma forte influência sobre as representações da realidade, sem levar em consideração, entretanto, os limites dos conceitos no encontro com a realidade. Especificamente no campo da saúde, a dificuldade em estabelecer os limites dos conceitos de saúde e doença em relação à experiência concreta da saúde e do adoecer (CZERESNIA, 2003).

As falas a seguir demonstraram ter em comum a descrição da promoção da saúde enquanto uma ação voltada a fim de manter uma possível doença sob controle, e mesmo que haja uma patologia instalada no indivíduo esse possa desenvolver suas atividades diárias com autonomia:

É você tentar sempre, se você tiver uma patologia que seja. Uma diabetes, uma hipertensão, você tentar viver da melhor maneira possível, tendo autonomia. Estou com diabetes, mas tentar viver com ela controlada, mantendo minhas atividades normais, tendo uma condição de saúde boa, mesmo tendo uma patologia associada, ao meu ver é isso, e quando você está bem está prevenindo alguma coisa, melhorando sua saúde, sempre mais (E3).

[...] fazer as atividades da vida diária realmente sem dor, livre de algumas patologias, por que é claro que tem umas que a gente não consegue interferir, mas essa questão de... estou bem, consigo fazer minhas atividades [...] mas eu acho que o simples fato de você conseguir fazer as suas atividadezinhas, o que você se propõe, é fundamental, e estar bem com você mesmo, independente se eu tenho um problema de saúde (E4).

[...] a pessoa ter condições de fazer seu serviço diário, essas coisas. Comida, lavar roupa, isso também é promoção da saúde (E5).

[...] então, sem dores, qualidade mesmo, você conseguir desenvolver suas atividades diárias, da melhor forma possível, sem sentir dores, tudo o mais (E6).

Os trechos apresentados anteriormente identificam-se com os objetivos da prevenção terciária (ou controle de complicações adicionais) que consiste na intervenção direcionada a atenuar o efeito das doenças, seria este um dos três elementos da clínica e da medicina preventiva que incluem: evitar doenças (prevenção primária ou controle da incidência); como curá-las (prevenção secundária ou controle da duração, logo, da prevalência). Assim, confirma-se o entendimento da conceituação de saúde simplesmente como ausência de doenças (BUSS, 2003).

A *socialização* (E2) proporcionada pela oferta de atividades físicas em grupo foi utilizada como exemplo de elemento relacionado à promoção da saúde. Nesse sentido estaria ligada à prevenção, pois a socialização seria direcionada a evitar que a pessoa *fique doente, [...] deprimida, só dentro de casa* (E2). A pessoa passando por este convívio seria capaz de conquistar *uma melhor imunidade* (E2).

5.1.4 A concepção de promoção da saúde com base na responsabilização individual

A responsabilização individual é uma realidade mítica resultado de um processo cultural que isola os homens da estrutura social, resultando em uma visão edênica do mundo: família, amigos, etc.

De acordo com Marx (1985), o capitalismo é a primeira formação social na história da humanidade a determinar as relações sociais em escala planetária por meio do mercado mundial. O homem moderno ou o ser singular genérico de que falou Marx foi sucumbido pelo homem consumidor, nesta nova forma de sociabilidade, engendrada pelo capital, o homem só possui valor enquanto portador de mercadorias.

Essa característica do capitalismo de tornar as relações sociais em nível planetário, verdadeiramente universais e genéricas, coloca o homem diante da possibilidade de fazer surgir necessidades histórico-sociais também universais e genéricas. Por outro lado, e esta é a contradição, pode ser incorporada às escolhas cotidianas dos indivíduos a lógica do individualismo burguês, em que a acumulação privada de riqueza é a necessidade e a possibilidade que se pretende realizar (LESSA, 2002).

Considerando-se que sob a hegemonia da sociedade capitalista invariavelmente as idéias se estruturam com base em seus valores, o que ocorre também no campo da educação física. Conforme Palma (2001, p. 26) “a intervenção em educação física, como não poderia deixar de ser, ajusta-se aos cenários socioeconômicos”. Assim sendo, uma concepção presente em muitas das falas dos entrevistados foi a que integra a promoção da saúde relacionada às mudanças comportamentais.

Essa concepção tem por base o pressuposto de que os indivíduos são responsáveis por suas escolhas. Essas escolhas determinam os diferentes estilos de vida, que podem ser tanto consideradas prejudiciais quanto favoráveis à saúde. Nesse sentido, o profissional de educação física teria o papel de estimular a adoção de hábitos considerados “saudáveis”.

O conceito de promoção da saúde de acordo com um dos entrevistados é *ter opções de melhorar a qualidade de vida* (E5), assim o foco de intervenção estaria direcionado para a *atividade física e a alimentação* (E5) com o auxílio da nutricionista.

Três dos entrevistados (E2, E5, E6) citaram o termo *qualidade de vida* na tentativa de definir promoção da saúde. No entanto podemos perceber que esse termo aparece apenas como uma referência, sem que houvesse esclarecimento (E6), ou descrito como se significasse o mesmo que mudança de estilo de vida (E2, E5).

Lefevre e Lefevre (2007) afirmam que o termo qualidade de vida não ajuda a superar os problemas relacionados a um enfoque prático que caminhe em direção à promoção da saúde, pois trata neste caso de tornar a questão em matéria meramente especulativa, ignorando o processo histórico em favor de ideais abstratos sobre o que seria uma vida boa ou uma vida de qualidade. Uma nova forma de encarar a promoção da saúde, portanto, se constrói concretamente na tensão dialética entre a concepção hegemônica que mantém o foco no enfrentamento dos efeitos das doenças e, a contra hegemônica que busca avançar para o enfrentamento das causas básicas do adoecer.

Na visão de um entrevistado, a promoção da saúde, considerando apenas os aspectos comportamentais, estaria relacionada com o abandono de condutas tidas como *prejudiciais* (E8). Para o entrevistado em questão, afastar um *pouquinho do remédio, da vida sedentária* seriam aspectos importantes a serem considerados. Ainda pontuando os comportamentos que devem ser evitados o profissional cita como exemplo de *estilos de vida que não promovem a saúde o grupo dos alcoolistas e dos tabagistas*.

Embora para a epidemiologia quem fuma ou não pratica atividade física tenha maior risco de morrer, a percepção de risco daquele que fuma ou não pratica atividade física pode diferir da dos epidemiologistas. Considerar esta afirmação pressupõe aceitar que as decisões humanas podem pautar-se em outra lógica que não a epidemiológica (FERREIRA, 2009).

Orientar adequadamente (E10) os *indivíduos sedentários* (E10) para que estes tenham melhora no seu *estilo de vida* (E10) a partir de uma *mudança de comportamento* é

apontado como uma das ações a serem desenvolvidas no campo da promoção da saúde pelo profissional de educação física.

A despeito do conceito de sedentarismo poderíamos apontar, em conformidade com o estudo de revisão realizado por Palma (2009), a dificuldade em defini-lo precisamente. O mesmo autor demonstrou o uso de critérios completamente distintos para categorizar indivíduos como sedentários ou insuficientemente ativos em vários estudos analisados. A conclusão que se deriva a partir desses estudos, mesmo com as indefinições presentes neste campo, deixam de lado as discussões sobre as novas tecnologias, organização do processo de trabalho, a violência urbana, dentre outros aspectos. Todavia, o termo sedentarismo, invariavelmente, adota simbolicamente uma nuance pejorativa e discriminatória, que visa transferir o sentimento de culpa por sua saúde para o próprio indivíduo.

A saúde atualmente tem sido alvo de interesse de empresas privadas que buscam mais um nicho de mercado para expandir seus negócios e conseqüentemente auferir lucros. As empresas privadas, ao ofertarem saúde como um bem de consumo, investem na divulgação de seus produtos e através dos meios de comunicação, lançam mão de estratégias que buscam convencer o potencial consumidor a adquiri-los.

Na fala de um dos profissionais ficou evidente, mesmo que referido de forma inconsciente, essa concepção de saúde enquanto mercadoria: *hoje em dia acho que todo mundo necessita de saúde* (E9). Lefevre e Lefevre chamam de consumidores com “grau zero de saúde” a um nicho de mercado identificado pela indústria. Neste caso uma oferta abundante de serviços e mercadorias deveria dirigir-se a indivíduos aparentemente saudáveis, mas que poderiam ficar “mais saudáveis” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007, p. 17).

Além disso, na área da atividade física, as empresas privadas através da mídia, buscam investir na divulgação de uma uniformização do ideal estético, de forma que a saúde está vinculada a uma concepção de corpo e de estilo de vida impossível de ser alcançada pela maior parte da população. Esse aparente crescimento da demanda por saúde tende a estar mais vinculada com a evolução das estratégias de marketing que procuram associar a aquisição de determinados produtos à melhoria da saúde do indivíduo.

Um dos entrevistados apontou que a estratégia utilizada para se promover saúde deveria estar vinculada à idéia de convencimento, assim fazer com que a pessoa entenda que *a atividade física, uma alimentação saudável, uma postura correta [...] é benéfico e necessário* (E9) para sua saúde. Dentro dessa concepção comportamental a questão social é limitada às relações entre as pessoas, que apesar de guardarem relação com a saúde, não questionam as desigualdades e a exclusão social:

[...] no dia a dia, você que está de bem com a vida, está de bem com seu amigo, com seu irmão, com sua família também é promoção de saúde, então eu entendo que isso é um conjunto, um conjunto de fatores (E9).

Esta percepção revela o que comentamos anteriormente sobre a responsabilização individual, processo cultural que isola os homens da estrutura social. Esta concepção restringe a sua visão de mundo à dimensão da aparência, tal como esta se apresenta de forma imediata, correspondendo à uma realidade mítica e à uma visão edênica do mundo, onde somente seus círculos próximos como família e amigos são considerados.

O estímulo à autonomia para realização das atividades físicas foi citado como um dos objetivos da educação física na perspectiva da promoção da saúde:

[...] a mulher estava quase tendo que usar uma cadeira de rodas já, e agora caminha com a gente toda semana, e está assim ativa, todo dia ela vai caminhar, mesmo eu não estando lá, e o mais importante não é ela caminhar só por que eu vou, mas ela manter o ritmo e ser todo dia, virar já parte do cotidiano dela (E8).

A perspectiva de autonomia trazida por esta entrevistada nos remonta à reflexão realizada por Palma (2000). De acordo com este autor, essa “autonomia” na verdade tem significado uma dependência ao saber do profissional, este tem atuado enquanto um motivador ao custo da perda da liberdade de escolha. Paulo Netto (2011), com base na tradição marxista e, parafraseando Luckács, aponta que a liberdade nada mais seria do que a possibilidade de escolher entre alternativas concretas. Portanto, a autonomia associada a essa noção de liberdade não poderia estar atrelada a qualquer argumento de autoridade sobre qual seria a escolha certa ou errada. Poderíamos falar em concordância com Caplan apud Carvalho (2005) na existência de uma autonomia regulada, dado que os sujeitos tendem a seguir as

regras, normas e parâmetros estabelecidos por especialistas e pelas políticas públicas saudáveis.

Através dos grupos de atividade física, através das orientações feitas pela nutricionista, pela psicóloga, pela fisioterapeuta (E9) é que a promoção da saúde se efetiva, a partir do ponto de vista de um dos profissionais. Outro entrevistado descreve as ações a serem desenvolvidas da seguinte forma:

Alguns exercícios corretos que poderia ta passando para eles, para questão de fortalecimento, alongamento, condicionamento, para melhorar a aptidão física de cada uma das pessoas (E6).

A promoção da saúde, de acordo com o último trecho, estaria vinculada à ações que contribuam para a melhoria das capacidades físicas, assim a atuação deveria ter por base critérios fisiológicos, onde a resposta adaptativa ao exercício físico regular traria conseqüentemente benefícios à saúde individual.

Continuando nessa mesma intenção, de sugerir quais ações seriam necessárias para intensificar a promoção da saúde nas USF, um dos profissionais entrevistados apontou a necessidade de estar sempre veiculando durante a divulgação das ações a importância da *atividade física, mudança de hábitos de vida (E2)*, pois a educação física estaria *ligada (E2)* a isso.

Podemos constatar em vários depoimentos a centralidade conferida ao estímulo à prática de atividades físicas e à mudança de comportamento sem sua correspondente vinculação com as determinações sociais do processo saúde doença.

Essa importância conferida à atividade física advém de resultados de estudos epidemiológicos que encontraram uma associação inversa entre engajamento em atividade física regular e mortalidade por todas as causas, principalmente as cardiovasculares e respiratórias (PAFFENBARGER et al. 1986). Com base nestes estudos recomendações populacionais foram elaboradas, sugerindo que indivíduos adultos saudáveis devam acumular 30 minutos de atividades físicas na maior parte dos dias da semana (PATE et al. 1995).

Breilh (1991) aponta que no campo da saúde, onde se incluem a clínica e a epidemiologia, a hegemonia está sob o enfoque biológico. A pesquisa epidemiológica

sofreu forte influência do funcionalismo em seu desenvolvimento, mesmo com o reconhecimento da influência do ambiente na determinação das doenças. A epidemiologia, desta forma, não considera o peso relevante da determinação econômico-social sobre as doenças e o sistema de saúde.

Ayres (2002) comenta que os epidemiologistas compartilham uma determinada visão de mundo. Palma (2000; 2001) complementa que os epidemiologistas convergem para uma visão estreita de saúde, tendo por base o conceito de saúde como “ausência de doenças” ou a definição da OMS de “um completo bem estar físico mental e espiritual”. Refere que suas idéias são formadas tendo como base dois argumentos comuns: a definição de saúde enquanto ausência de doenças e o viés biológico. Implicações se desdobram a partir deste entendimento: o indivíduo doente não pode ser sadio; a doença pode ser evitada de modo determinista e biológico; a doença pode ser evitada, principalmente, pela ação deliberada individual; e a desconsideração para com o contexto sócio-econômico.

Mesmo com as evidências baseadas em estudos epidemiológicos apontando para um efeito positivo da prática regular de atividade física sobre a saúde, ainda não se sabe ao certo se isso verdadeiramente ocorre, ou se é a prática de atividade física que é procurada por indivíduos saudáveis (PALMA, 2001).

O enfoque nas mudanças comportamentais pode suscitar ações que não levem em consideração o contexto em que as pessoas vivem. É inegável que os indivíduos também possuem sua parcela de responsabilidade para com sua própria saúde, no entanto podemos incorrer em sérios erros. Autores têm denominado este processo de “culpabilização da vítima” (CRAWFORD, 1977), onde a individualização da culpa acaba explicando uma prática coletiva (VALLA, 1992), neste caso, poderíamos associar com a imposição de condutas tidas como mais saudáveis sem que se leve em consideração o contexto social em que as pessoas vivem. A seguinte frase: *Tanto nos profissionais, quanto na população, tentar também colocar na cabeça do povo* (E3) ilustra uma concepção autoritária de saúde. É como se o profissional do NASF fosse portador de um conhecimento que necessariamente precisa ser assimilado, sem questionamento por aqueles que são objeto de suas ações.

Neste sentido, Verdi e Caponi (2005) chamam de expropriação da saúde o risco real existente ao deixar a cargo do profissional da saúde as estratégias a seguir, como se as decisões sobre a saúde fossem estritamente técnicas. As decisões

deveriam, desta maneira, superar o paternalismo, o indivíduo deveria passar de paciente a sujeito detentor de direitos e poder de decisão (VERDI; CAPONI, 2005). Assumir que toda discussão deste âmbito carrega uma dimensão política além de técnica. Modos de se produzir saúde foram sugeridos por Merhy (1997) ao apontar o espaço do encontro entre profissionais e usuários como potencial transformador das práticas, onde o aspecto cuidador deve se sobrepôr ao normativo prescritivo, ou seja, deixar que os atos de fala e a escuta possam no momento da produção do cuidado levar em conta os interesses do usuário, levando-se em consideração seus modos de pensar e de agir.

O termo *conscientização* (E2) aparece na mesma perspectiva. O profissional em questão coloca a responsabilidade no usuário quando aponta: *nós temos os grupos, estão disponíveis* (E2). Seguindo esse raciocínio faltaria apenas a conscientização das pessoas sobre a *importância da atividade física [...], da alimentação [...], da mudança no estilo de vida* (E2). O papel dos profissionais estaria sendo feito: *os agentes comunitários eles estão nas casas, eles fazem os convites para as pessoas virem* (E2).

Outra reflexão a ser feita é sobre a ênfase que tem sido dada para a divulgação de informações sobre os benefícios da atividade física. Muitas vezes, se sobrepondo ao oferecimento de oportunidade de realização da mesma. Somente a divulgação de informações não tem sido suficientes para conquistar adeptos ao modo de vida ativo (FRAGA, 2005). De acordo com Ceccim e Bilibio (2007) este tem sido um ponto de tensão para as estratégias políticas de baixo custo na atenção à saúde, fomentadas pelo ideário neoliberal. Este ideário apregoa não uma assistência integral para todos, mas uma atenção focalizada para os pobres e voltada aos problemas mais prevalentes, enquanto os níveis mais complexos de atenção seriam deixados sob responsabilidade do setor privado, onde o acesso só pode ocorrer mediante pagamento.

A possibilidade de abranger um grande contingente populacional e ao mesmo tempo demandar poucos recursos é uma escolha politicamente interessante, por outro lado, a negativa do acesso às tecnologias de alto custo, em muitos casos, pode significar o sacrifício de vidas humanas. O discurso da vantagem econômica, tanto para o setor público, como para o privado, não deixa de ser apropriado

corporativamente pela educação física que se beneficia desta modelagem (CECCIM; BILIBIO, 2007).

Dentro desta perspectiva de mercado, agrega-se um discurso moralizador que condena o bêbado, o drogado, o fumante, etc.. O profissional incorpora na sua prática cotidiana referencias de culpabilização moral nos dizeres de que: “o indivíduo não faz exercício físico por que é preguiçoso”, “não larga o cigarro por que não tem força de vontade”, “é gordo por que é relaxado”, dentre outros. Adotar uma postura que culpabiliza o indivíduo coloca o profissional distante de uma intervenção cuidadora e comprometida para com a produção de uma saúde afirmativa da vida (CECCIM; BILIBIO, 2007).

A responsabilidade pela não adesão a certas ações “promotoras de saúde”, na maior parte das vezes, não pode ser imputada somente aos indivíduos, é necessário que se volte o olhar para o contexto em que essa situação se dá. As condições de trabalho, de transporte, de acesso aos equipamentos públicos, dentre outros, podem explicar melhor esse fenômeno do que realizarmos a suposição de que existiria uma “má vontade” intrínseca ao indivíduo.

5.2 O PROCESSO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO NASF

É importante ressaltar que as mudanças no processo de trabalho vão corresponder às alterações na dinâmica da acumulação capitalista.

Há uma mudança substancial na forma em que se organiza o processo de trabalho em saúde sob a hegemonia do capital financeiro, que difere da forma de se organizar a atenção à saúde na lógica do capital industrial.

Essa nova lógica de organização do processo de trabalho, só começa a surgir na medida em que a fração do capital financeiro começa a ganhar a disputa pelo controle sobre o modo de se produzir saúde dentro dos seguros e planos privados de saúde americanos (MERHY; CECCIM, 2009).

No modelo médico-hegemônico tradicional, que ainda permanece, a atuação demanda procedimentos de alto custo que devem dirigir-se à cura do corpo do indivíduo doente. Já no modelo cujo processo é denominado de *managed care* ou atenção gerenciada, sob o domínio do capital financeiro, a produção da saúde prescinde do consumo de procedimentos de alto custo, neste caso o corpo saudável deve ser tratado preventivamente para não adoecer. As empresas passam a se preocupar com ações preventivas e com mudança de hábitos de vida. Medicamentos vão surgir para evitar o aparecimento de doenças, as intervenções são voltadas a diferentes aspectos da vida, há emergência de uma construção do viver como risco de adoecer (MERHY; CECCIM, 2009).

A gestão do cuidado, nos marcos das mudanças no processo de trabalho em saúde, vai operar mediante mecanismos centrados nas profissões e seus procedimentos disciplinares. A lógica da mudança de rumo nos processos de trabalho em saúde sob a hegemonia do capitalismo financeiro continua sendo a busca do lucro para a empresa que investe na saúde. (MERHY; CECCIM, 2009).

Embora a reestruturação produtiva, com base nas mudanças provocadas pela inserção do capitalismo financeiro no interior da saúde, tenha ousado retomar elementos que busquem a prevenção e a promoção da saúde em suas práticas, operando tecnologias menos centradas em equipamentos médico-hospitalares de alto custo, e tenham buscado operar segundo uma lógica de maior valorização do saber

técnico e relacional, não foram capazes de operar o que Merhy e Franco (2003) denominaram de transição tecnológica.

As mudanças ocorridas no processo de trabalho resultante da reestruturação produtiva capitalista não foram capazes de operar uma transição tecnológica plena. Isto porque o interesse maior não reside na produção do cuidado com base nas necessidades do usuário, mas antes permanece nas necessidades de acumulação de capital em novas bases, neste caso, realizar ações que possibilitem às empresas uma relação custo-benefício econômico favorável para a manutenção da competitividade no mercado.

As discussões envolvendo a micropolítica incluem a premissa de que no espaço autônomo do exercício profissional, há modos de colocar em ação um cuidado acolhedor, onde se estabeleçam vínculos e responsabilização em relação ao usuário e seu problema de saúde (MERHY, 1997). Reflexões como a do trabalho vivo em ato, em oposição ao trabalho morto (MERHY, 1997; 2002) e também sobre as tecnologias leves, leve-duras e duras (MERHY, 1997) lançam uma nova perspectiva sobre o processo de trabalho que buscam romper com os modos hegemônicos de se produzir saúde.

Para que haja produção de saúde, é necessário trabalho humano constituído pelo Trabalho Vivo em ato (MERHY, 1997; 2002) que, segundo Merhy (2002), significa a ocorrência do trabalho no exato momento de sua atividade criativa e a produção realizada neste momento sempre é relacional. Considera-se a existência de uma lógica instrumental, mas mediada sempre por atos de fala e escuta, toques e olhares, que constituem elementos do processo de trabalho que produzem cuidado, considerando que no momento do encontro os sujeitos fazem juntos a produção da saúde.

Em relação às tecnologias de trabalho, estas podem ser classificadas em três tipos e sempre estão associadas no processo de trabalho, quais sejam: aquelas que estão representadas pelas máquinas e instrumentos, as chamadas tecnologias duras, as que se inscrevem no conhecimento técnico, as tecnologias leve-duras e aquelas representadas pelas relações, as tecnologias leves (MERHY, 1997).

A produção de procedimentos induzida pela lógica capitalista na saúde desenha um modelo tecnoassistencial, baseado na alta concentração de recursos tecnológicos para a intervenção sobre o corpo doente e esta realidade levou a que os sistemas de saúde dessem prioridade ao equipamento hospitalar, formando modelos hospitalocêntricos e priorizando tecnologias duras e leve duras (MERHY; FRANCO, 2003).

O processo histórico de formação do modelo tecnoassistencial surge concedendo prioridade às tecnologias inscritas nas máquinas e instrumentos, como parte basilar para a acumulação de capital no setor, isso é tido como algo inexorável, em um processo contínuo de retro-alimentação do capital no setor. É, portanto a concepção capitalista que preside a formação do modelo produtivo para a área (MERHY; FRANCO, 2003).

Esses mesmos autores colocam que do ponto de vista do processo de acumulação capitalista na saúde, o fomento ao alto consumo de procedimentos resultam no modelo tecnoassistencial. Este modelo caracteriza-se por uma ação cotidiana em que o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos. Há apenas secundariamente compromisso com as necessidades dos usuários. A assistência à saúde passa a ser identificada, sob esta ótica, com a enorme produção de consultas e exames, associados à crescente medicalização da sociedade.

A inversão de prioridades, onde o aspecto relacional é enfatizado novamente, aparece enquanto proposições para nortear o processo de trabalho que buscam fomentar à resistência dos trabalhadores às pressões capitalísticas que operam na captura dos modos de se produzir saúde dentro dos serviços (MERHY; CECCIM, 2009).

Estas idéias buscam fornecer ao trabalhador em saúde subsídios para a adoção de uma postura que busque fugir à rigidez dos protocolos técnicos e mudar o foco da atenção à saúde, voltando-se ao usuário, numa relação de troca entre pares, permitindo ao profissional a partir da escuta e do diálogo intervir de forma mais efetiva, considerando os diferentes modos de viver das pessoas. Muitas vezes o apego ao conhecimento científico opera como uma proteção ao trabalhador, que busca fugir a uma relação de compromisso com a saúde do outro. Merhy e Ceccim

(2009) chamam a atenção para a existência de um trabalho voltado para o interesse privado, que opera quando há a captura do trabalhador pelo modo capitalístico de se fazer saúde, nesse sentido não necessariamente voltado ao mercado, mas às necessidades do profissional e não um compromisso com o usuário ou a coletividade.

Com relação ao que se espera de um profissional do NASF, devemos considerar as diretrizes relativas à APS, quais sejam: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde, tanto dos profissionais quanto voltadas à população; atuação com base na noção de território; integralidade, participação social; educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010a).

São consideradas enquanto ferramentas que devem nortear a atuação profissional, o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular, o Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação de Apoio (BRASIL, 2010a).

O Apoio Matricial opera em duas frentes: a assistencial, voltada ao cuidado prestado ao usuário e; a técnico-pedagógica, direcionada ao suporte às equipes de referência. A troca de saberes entre os diferentes profissionais devem fazer parte da organização do trabalho (BRASIL, 2010a).

Apoio Matricial e equipes de referência são simultaneamente arranjos organizacionais e metodologia para a gestão do trabalho em saúde, com o objetivo de expandir as possibilidades de se fazer clínica ampliada e de estabelecer interação com base no diálogo entre diferentes especialidades e profissões. Isso se deve ao fato de que se considera que nenhuma profissão isolada é capaz de realizar uma abordagem integral. Essa metodologia almeja alcançar maior eficácia e eficiência na atenção à saúde, bem como favorecer a autonomia dos usuários (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O processo de trabalho do NASF, de acordo com suas diretrizes e tendo por base o matriciamento, pode ser dividido em três grupos de ações principais (BRASIL, 2010a):

- a) Intervenção interdisciplinar, a partir do atendimento compartilhado, com troca de saberes, responsabilização, isso acaba por consequência gerando experiências para os profissionais envolvidos, orientações, espaços de reuniões, apoio por telefone e email;

- b) Atendimento individualizado com usuários e família, em casos extremamente necessários, mas mesmo assim com a negociação *a priori* com os profissionais da ESF, que devem manter o comprometimento com o caso;
- c) De forma articulada com as ESF, realizar ações comuns no território, desenvolvendo, por exemplo, projetos de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações nos equipamentos públicos, em escolas, igrejas, pastorais, creches, dentre outras organizações.

Para que se viabilize a proposta do matriciamento, os profissionais do NASF podem lançar mão de diferentes ferramentas, as quais serão descritas a seguir, a utilização dessas ferramentas será escolhida de acordo com os problemas que se apresentam no cotidiano. Neste leque de possibilidades estão inclusas propostas para viabilizar tanto projetos coletivos quanto individuais:

O Projeto Terapêutico Singular constitui-se de um conjunto de propostas de condutas terapêuticas elaborada em discussão coletiva entre os diferentes profissionais da equipe interdisciplinar e usuário, podendo incluir apoio matricial quando necessário para atender às necessidades em saúde de um sujeito que pode ser individual ou coletivo. Este projeto pode ser estruturado com base em um diagnóstico, estabelecimento de metas, a definição dos responsáveis pelo projeto, bem como da avaliação (BRASIL, 2010a).

PST pode ser definido como uma estratégia que envolve a equipe de referência e os profissionais de apoio, no caso da estratégia saúde da família a ESF e o NASF. Trata-se do acordo para o desenvolvimento de ações no território que possibilitem a articulação entre o serviço de saúde e as demais políticas e serviços que podem contribuir para com a saúde de determinada localidade, buscando favorecer a coletividade (BRASIL, 2010a).

A Clínica Ampliada parte do reconhecimento de que nenhuma especialidade é suficiente para abranger toda a complexidade que envolve o cuidado. Pressupõe que se reconheçam as limitações do conhecimento técnico. Assim o profissional responsável pela clínica deve buscar a construção da interdisciplinaridade, reconhecendo a singularidade do sujeito, com suas implicações afetivas, de trabalho,

culturais, dentre outros. Nesta lógica as diferentes situações que envolvem saúde demandam a ampliação do olhar no diálogo junto a diversos profissionais (BRASIL, 2010a).

A Pactuação do Apoio parte da perspectiva de ampliação da participação nas instâncias de decisão. Implica incluir todos os interessados no processo, quais sejam gestores, trabalhadores e usuários. Podem ser apontadas duas dimensões neste processo: em primeiro lugar, elaboração do projeto do NASF com a participação de gestores, ESF e Controle Social e, posteriormente, a pactuação do processo de trabalho do NASF entre gestores, ESF, NASF e a participação social (BRASIL, 2010a).

Com relação em específico ao núcleo da educação física, as diretrizes do NASF superam a concepção de atividade física na saúde na perspectiva de colocar o corpo em movimento, ou na perspectiva de desenvolver a aptidão física. Enfatizam que o movimento deve ser entendido como manifestações da cultura. Desta forma, as concepções de saúde, promoção da saúde e mesmo PCAF devem levar em consideração a experiência da população de determinado território. Deve haver valorização da cultura local, assim as manifestações da cultura corporal e nacional devem ser tomadas enquanto referencia para o desenvolvimento das ações. Procura-se desta forma fugir ao aprisionamento técnico pedagógico dos conteúdos clássicos da educação física, seja na ginástica, na dança, nos esportes ou nos exercícios físicos associados à avaliação antropométrica e à performance humana (BRASIL, 2010a).

De acordo com Carvalho (2001), a partir de um olhar com base no referencial das ciências humanas, o sujeito, não somente o sujeito individual, mas também o sujeito coletivo assume um papel central. Assim, a relação atividade física e saúde ou a atividade física visando a saúde não seria a proposta a ser priorizada.

A mesma autora considera que a proposta deveria se fundamentar na idéia de que é a experiência e o conhecimento do homem sobre a cultura corporal que permitem a sua manifestação e expressão, visando o aprimoramento da saúde. Ou seja, o sentido de ser profissional de educação física estaria em possibilitar, por intermédio do conhecimento e da vivência o conteúdo dos jogos, da dança, do esporte e do lazer em condições favoráveis para que os sujeitos possam se expressar e ter consciência sobre si mesmo em relação ao mundo, com a finalidade de viver melhor, seja individual ou coletivamente.

As diretrizes do NASF vão reforçar esse entendimento sobre a atividade física, e trazer a sugestão de que sejam ofertados grupos onde são trabalhados justamente os conteúdos já citados (BRASIL, 2010a).

Com relação aos grupos, Campos (1999) apresenta um exemplo de como um profissional estaria inserido em um trabalho interdisciplinar em uma perspectiva matricial. Este autor sugere que o profissional de educação física poderia oferecer um cardápio de atividades, que teriam a possibilidade ou não de ser incluídas no projeto terapêutico individual a depender da concordância do profissional de referência, do apoiador matricial e do usuário. Além das questões concernentes às oportunidades a serem ofertadas aos usuários, no âmbito do desenvolvimento das PCAF, temos de outro lado, com o reconhecimento da importância sobre a participação popular na própria legislação sobre o SUS, o desafio de incorporar estas questões, que abrem a possibilidade para abordar problemas de ordem também política, de acordo com os interesses da população ou grupo de usuários com alguma identidade comum (BRASIL, 2010a).

Esta dimensão da participação deve estar presente no momento de selecionar quais modalidades de PCAF serão ofertadas no território, de modo que as pessoas possam sugerir os conteúdos que devem ser abordados (BRASIL, 2010a).

O profissional deve identificar os espaços potenciais para o desenvolvimento das PCAF, apoiar as já existentes no território, bem como ofertar atividades que possam incluir a população, não limitando a participação a determinada faixa etária, sexo ou patologia (BRASIL, 2010a).

Quint et. al. (2005) sugerem em seu texto que a abordagem mais próxima de uma atuação com base nos pressupostos da atenção básica e, portanto na saúde da família, seriam as propostas pedagógicas progressistas, pensadas originalmente para a educação.

As teorias pedagógicas progressistas foram citadas por Bratch (1999) como sendo a concepção crítico-superadora e a crítico emancipatória, a primeira foi proposta por um coletivo de autores e estão sistematizadas na obra “Metodologia do ensino da educação física” (COLETIVO DE AUTORES, 1992) enquanto que a segunda foi abordada por Elonor Kunz em sua obra intitulada “Transformação didático-pedagógica do esporte” (KUNZ, 2004).

Ateremos-nos a trazer algumas características das duas teorias, supondo que possam apresentar elementos importantes para o trabalho do profissional de

educação física do NASF. Em nosso entendimento essas proposições pedagógicas progressistas se articulam com as perspectivas trazidas pelo campo da saúde coletiva, como as discussões referentes ao cuidado já apontados aqui, a ênfase nas tecnologias leves, as características da promoção da saúde em um concepção ampliada, conforme já abordamos no decorrer do trabalho.

A pedagogia crítico-superadora entende a educação física como a responsável por colocar o homem diante dos temas da cultura corporal, quais sejam: os jogos, a ginástica, as lutas, as acrobacias, a mímica, o esporte, dentre outros (COLETIVO DE AUTORES, 1992).

Nesta abordagem parte-se do pressuposto de que a realidade social, tal como se apresenta, é ao mesmo tempo complexa e contraditória. A reflexão sobre os conteúdos a partir desta constatação vão operar por meio da lógica dialética (COLETIVO DE AUTORES, 1992).

Leva em consideração que o conhecimento que se tem da realidade é provisório, rompe com a idéia da terminalidade do conhecimento, assim sendo, reconhece que este pode ampliar-se indefinidamente. Parte da compreensão de que o conteúdo apresentado ao sujeito deve ser sempre historicizado, de maneira que este possa ter elementos para perceber a si mesmo enquanto sujeito histórico capaz de operar mudanças. Busca-se a formação do cidadão crítico com consciência da realidade social em que vive, para possibilitar ao sujeito a intervenção na realidade com o objetivo de transformá-la. (COLETIVO DE AUTORES, 1992).

Os temas da cultura corporal, quando abordados, carregam sentidos e significados que transpassam, dialeticamente, os objetivos do homem e os objetivos da sociedade (COLETIVO DE AUTORES, 1992). Podemos citar como exemplo uma pessoa que procura um grupo de ginástica com a finalidade de fazer amigos e vivenciar momentos de descontração, no entanto, o professor com base nas avaliações de desempenho estimula a competição entre os participantes a partir da comparação dos resultados. Podemos constatar a partir do exemplo como as finalidades socialmente impostas – neste exemplo inseridas pelo professor - podem interferir nos sentidos que o sujeito atribui à determinada prática.

Há que possibilitar ao sujeito a compreensão sobre as relações de interdependência que os temas da cultura corporal possuem com os grandes problemas sociais e políticos como, por exemplo, o meio ambiente, o trabalho, os

papéis de gênero. Questões que possibilitam compreender a realidade social na perspectiva da totalidade (COLETIVO DE AUTORES, 1992).

A proposta pedagógica nominada de crítico-emancipatória, apesar de tecer algumas críticas à proposta crítico-superadora, apresenta também elementos que permitem vislumbrar uma nova forma de encarar o ensino da educação física. Tece críticas às características do esporte de rendimento transpostas de maneira irrefletida para o ambiente escolar e defende que a abordagem do fenômeno esportivo seja tratada de maneira a possibilitar uma reflexão aprofundada sobre este tema (KUNZ, 2004).

Kunz (2004) aponta que desejos e interesses em relação ao conhecimento podem ser impostos pela sociedade, não correspondendo aos anseios do sujeito. A apropriação do conhecimento - em nosso caso em específico sobre temas relativos à cultura corporal - deve ser fundamentada, a partir da proposta em questão, com base na crítica aos processos histórico-sociais que impõem crenças, interesses e desejos.

Esse mesmo autor empresta conceitos dos pensadores da Escola de Frankfurt. A linguagem nesta perspectiva é entendida como o elemento mediador para operar a compreensão sobre a estrutura autoritária dos processos institucionalizados da sociedade. Para que o horizonte da emancipação se torne mais próximo, a linguagem assume importante papel no agir comunicativo que deve servir como forma de expressar a compreensão sobre a realidade social. A participação dos envolvidos nas decisões afetas ao grupo permite identificar os interesses e preferências para que as ações realizadas estejam de acordo com suas condições e situações.

No mundo dos esportes, as crianças são levadas ao treinamento precoce de alto rendimento. Não haveríamos de crer que este seja o objetivo de uma criança quando pratica uma determinada modalidade de maneira espontânea, neste caso são os interesses do mundo adulto que vão convencer a criança de que esta deve treinar com afinco, e até convencendo de que possíveis prejuízos à saúde devam ser ignorados para atingir o máximo desempenho (KUNZ, 2004). Na contemporaneidade, é de se supor que às questões relacionadas à estética acabam, muitas vezes, influenciando os comportamentos dos indivíduos perante as atividades físicas. Estas são buscadas com base num ideal de estética que pode colocar em risco a saúde das pessoas. Cabe ao profissional de educação física do NASF a não reprodução deste ideal estético, e a função de fundamentado em um enfoque crítico não ignorar estes e

outros problemas que se apresentem, mas proporcionar condições para que o sujeito passe a compreender estas determinações.

A reflexão que se coloca é o quanto a educação física, recentemente introduzida e atuando dentro do campo da saúde também não está preocupada com a produção de procedimentos e atividades? O quanto tem reproduzido esta lógica de produção de procedimentos em detrimento a produção do cuidado?

São conhecimentos construídos no campo da saúde coletiva e que necessitam ser apropriados pela educação física. Nesta perspectiva relacional advogamos o resgate das propostas pedagógicas progressistas, pois na perspectiva da promoção da saúde, essa abordagem, por superar o enfoque biológico predominante na área, pode contribuir para lançar um olhar ampliado sobre as PCAF, considerando a contextualização histórica, social e filosófica. Uma intervenção de caráter mais participativa, criativa, crítico-reflexiva, que busque o protagonismo dos sujeitos para operar mudanças, rompendo com a alienação.

Voltando para as palavras de Merhy (1997), por mais que se pensem e desenvolvam modelos de operação do serviço de saúde, o cuidado de fato se produz é a partir do protagonismo de cada sujeito, individual ou coletiva, na cena de produção da saúde. Reforça que o cuidado ocorre no lugar de encontro entre os serviços e os usuários, que são os destinatários finais de todo esforço produtivo. O perfil de cuidado que se produz, é definido em nível da micropolítica do processo de trabalho, isto é, no agir cotidiano de cada trabalhador de saúde, das relações que estabelece com a equipe, os usuários, o arsenal tecnológico do qual utiliza. Enfim, para pensar a produção da saúde é necessário pensar o lugar específico de cada um na linha de produção do cuidado. Desta forma para o autor quem define o modelo tecnoassistencial não é a norma que virtualmente se institui, mas o trabalhador de saúde, a partir da sua micropolítica no processo produtivo.

Assim, explorar como tem se dado o processo de trabalho do profissional de educação física no NASF faz sentido para nós. Não somente conhecer as normas/diretrizes que constituem o NASF, mas sim como tem sido desenvolvida a relação de produção de cuidado do profissional de educação física e usuários e equipe nesta realidade.

A análise das entrevistas e das observações possibilitou aproximar-se do processo de trabalho do profissional de educação física no NASF. Esta categoria foi

dividida em subcategorias para facilitar a apresentação dos resultados encontrados bem como da discussão. Para que se obtenha uma noção geral do conteúdo a ser apresentado, demonstraremos previamente como estará composta a sessão:

Ações junto aos usuários:

- Características dos usuários
- Ações em grupos:
 - Facilidades relacionadas aos grupos
 - Dificuldades relacionadas aos grupos
- Visitas domiciliares
- Atendimento individual

Ações junto aos outros profissionais

- Trabalho em equipe
 - Facilidades do trabalho em equipe
 - Dificuldades do trabalho em equipe

Ações de sistematização/avaliação

Outras Ações

Condições de trabalho

Formação do profissional de educação física e a promoção da saúde

5.2.1 Ações junto aos usuários

CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS

Os usuários das atividades desenvolvidas pelos profissionais de educação física são predominantemente idosos, do sexo feminino, e com alguma patologia. Há, além disso, o desenvolvimento de atividades voltadas às crianças, no relato dos entrevistados.

É muito comum que as pessoas que venham a participar dos grupos tenham alguma patologia: *difícil quem não tem nada e vem só procurar a prevenção nos meus grupos* (E3).

Não há restrição de idade para participar dos grupos: *geralmente são idosos, apesar dos grupos serem abertos, todos são abertos* (E7). Os grupos não conseguem abranger os jovens e adultos, por conta das limitações impostas pelo emprego. Eles acontecem nos horários em que essa população, que é economicamente ativa, está no trabalho.

Os grupos incluem também: *diabéticos, hipertensos, pessoas com artrose, osteoporose, tendinite* (E4).

Os usuários das atividades ofertadas pelos profissionais de educação física do NASF são majoritariamente os que não podem pagar para realizar as atividades físicas em algum outro local. A justificativa para esse argumento é que:

Londrina tem um histórico assim, de academias, centros de atividade física, têm hidroginástica, então as pessoas podem ir até esses pontos, elas não tem uma carência disso, tem pessoas que não tem condições, aí elas se inserem nos grupos de mercado, de posto de saúde (E1).

Quando a proporção de idosos em determinada área de abrangência da USF é grande, as pessoas costumam aderir mais às atividades em grupo. Outra característica apontada como fator favorecedor da participação, foi a população possuir *melhor condição de vida* (E7), em oposição à idéia anterior de que essas pessoas optariam por utilizar serviços privados. Podemos sugerir que talvez haja um

limite de condição sócio-econômica que não se situa nem no limite superior extremo de renda, nem no limite inferior extremo, assim os que tenderiam mais a participar destas atividades estariam situados no estrato socioeconômico médio.

Os entrevistados relataram observar dificuldade em relação à *assiduidade* (E8), pois a pessoa recebe o encaminhamento para a ginástica, frequenta por um tempo e assim que observa uma pequena melhora acaba desistindo (E5). *Retomar os grupos é quase uma missão impossível* (E8), após estes serem suspensos temporariamente, por um período relativamente longo. Para voltar é necessária a mobilização dos ACS e ampla divulgação na USF.

A questão da assiduidade é também influenciada por conta das pessoas não colocarem os grupos em sua lista de tarefas prioritárias: *80% da população quando tem algum compromisso a primeira coisa que retira é a atividade física* (E4).

As pessoas não questionam o saber técnico do profissional de educação física, a atitude dos usuários perante esse profissional é a seguinte: *o que o professor falar é o certo* (E1). Essa atitude passiva do usuário pode resultar até mesmo em *abuso* (E1) de poder por parte do profissional.

Nas três observações, as atividades eram realizadas de forma que houvesse apenas a repetição dos movimentos demonstrados pelo professor. Não havia um espaço de reflexão sobre as atividades executadas ou de estímulo à criatividade dos alunos. Algo semelhante ao que foi constatado por Cunha apud Marcelino (2003) nas academias de ginástica, que são locais procurados por pessoas interessadas naquilo que irão fazer, os alunos realizam apenas o que o professor orienta, o ato de criar fica nas mãos apenas do professor e, apesar dos alunos adotarem uma postura crítica frente ao que é oferecido, a mera repetição dos movimentos continua sendo uma constante.

De acordo com Kunz (2004), a prática de exercícios repetitivos subtrai os significados individuais nas realizações humanas, o movimentar-se humano deve ser entendido em sua subjetividade e sensibilidade.

Reiteramos que é necessário o resgate das propostas pedagógicas progressistas, pois na perspectiva da promoção da saúde, essa abordagem poderia possibilitar espaços de liberdade de opções diferenciadas, oportunizando PCAF

contextualizadas, nas quais o usuário refletiria e desenvolveria ações de maneira mais participativa.

AÇÕES EM GRUPOS

De acordo com as Diretrizes do NASF, o trabalho com grupos deve considerar o significado do lazer para as comunidades e sua compreensão processual, bem como a forma como os sujeitos se relacionam com os espaços de lazer existentes. Há que se reconhecer que a identidade construída no espaço de lazer é um fato social que permite identificar que tipos de relações são estabelecidas com as PCAF que os usuários já realizam e, as que pretendem realizar (BRASIL, 2010a).

Por ser recente a incorporação do profissional de educação física na área da saúde, mais especificamente na atenção básica, ainda pairam muitas dúvidas sobre como este trabalho vem sendo desenvolvido. Durante as entrevistas os profissionais nos relataram as atividades que desenvolvem. O tipo de atividade presente em todas as falas são as realizadas em grupos: *na maioria das vezes a gente trabalha com grupos, o meu trabalho na maioria é todo com grupos (E1)*. Nestes o profissional atua ora como coordenador, ora como apoiador dos coordenados por outros profissionais do NASF ou da própria ESF:

Exclusivo da educação física seria de ginástica laboral, ginástica localizada e alongamento, de caminhada, de futsal tenho também, e o grupo de diabético e hipertenso que não é exclusivo meu, mas eu sempre estou presente, sempre estou auxiliando, por que no final sempre tem uma atividade, um alongamento, uma ginástica, alguma coisa (E2).

O fomento aos grupos aparece numa perspectiva em que o profissional de educação física deve ofertar diretamente as atividades para os usuários. Os grupos não são os mesmos, *mudam um pouco de unidade para unidade (E8)*. Foram citados diferentes tipos de grupos e conforme uma das entrevistadas: *a maioria são grupos, que a gente monta assim, dependendo da demanda (E8)*.

Os profissionais de educação física são responsáveis diretos pelos grupos de exercícios físicos que envolvam: caminhada, fortalecimento, alongamento, coordenação motora, dança, ginástica laboral e futsal. Outros grupos ofertados

também contam com a ajuda deste profissional, que contribui realizando uma fala sobre algum tema de seu domínio: *vai falar sobre atividade física, então vai lá e conversa, fala sobre a atividade física, o que é necessário, o que é importante (E10)*, ou mesmo *porque no final sempre tem uma atividade, um alongamento, uma ginástica, alguma coisa (E2)*.

Dentre as outras atividades em grupo citadas, constam o apoio a grupos de terapia comunitária, grupos de hipertensos e diabéticos, gestantes, grupos antitabagismo; grupos que estão sob a responsabilidade dos profissionais da nutrição como reeducação alimentar, alimentação saudável, obesidade infantil e adulto; sob a responsabilidade do profissional da psicologia como, por exemplo, grupos de apoio psicológico, sexualidade e auto – estima na escola; sob a coordenação do fisioterapeuta podemos citar os grupos relacionados à saúde da coluna e asma. Houve um relato da realização de uma atividade de xadrez no colégio no contra-turno e o profissional apontou a importância de realizar o trabalho em rede: *também juntamente com a rede que a gente tem, que é uma das portarias para fazer rede, juntamente com o colégio, a gente fez um projeto de xadrez no colégio (E10)*.

As Diretrizes do NASF apontam para a formação de grupos no trabalho do profissional de educação física. Sugere que nestes sejam abordadas a diversidade das manifestações da cultura corporal de movimento. Mas recomenda escapar ao aprisionamento técnico pedagógico dos conteúdos clássicos, sejam nos campos do esporte, das ginásticas e da dança, bem como do foco no exercício físico com base na avaliação antropométrica ou atrelado à performance humana (BRASIL, 2010a).

As diretrizes para a atuação do profissional no NASF apontam que o trabalho deva favorecer a abordagem coletiva sem excluir a individual (BRASIL, 2010a), neste sentido os grupos são considerados importantes *para poder atingir o maior número de pessoas (E2)*, outro profissional acrescenta: *não fico numa sala atendendo um ou dois (E1)*. Um dos entrevistados enfatiza a quantidade de pessoas que frequentam os grupos: *tem dois grupos grandes, em duas unidades aqui, mais ou menos 100 pessoas cada um (E7)*.

As atividades desenvolvidas devem agregar os demais profissionais do NASF e das ESF, em torno da construção de grupos coletivos para trabalhar jogos populares, esportivos e de salão, danças diversas e brincadeiras, dentre outros, desde que contextualizada em um processo que inclua a formação crítica do sujeito, família e comunidade de forma geral (BRASIL, 2010a).

As ações nas USF são dependentes também das especificidades da localidade. Em Londrina foram implantadas as academias ao ar livre, que nada mais são do que equipamentos instalados nas praças e parques da cidade, muitas das quais instaladas nas proximidades das USF, favorecendo a atuação dos profissionais de educação física do NASF junto a estes equipamentos. Esse é um *investimento da prefeitura* (E8), que foi considerado como *um material a mais a ser usado, apesar de que, nem todos os postos têm perto* (E8).

De acordo com um entrevistado, é justificada a presença do profissional de educação física nesses locais, pois apesar de serem *muito bons os aparelhos, o difícil é as pessoas saberem usar* (E8).

Quando as academias ao ar livre foram inauguradas, a *Fundação de Esportes* (E10) era a responsável por manter um instrutor que prestava às orientações à população, no entanto, o profissional de educação física do NASF tomou para si essa responsabilidade a partir do início de 2011, sem que houvesse nenhum comunicado formal. Mesmo assim, ocorre uma diminuição progressiva no número de freqüentadores: *no princípio como é novidade vai muita gente, depois vai se acabando. Hoje tem 15, não passa muito de 15, 20 no máximo* (E10).

São realizadas atividades na sala de espera da USF, os profissionais aproveitam para abordar algumas temáticas de interesse da população, especialmente em datas comemorativas: *por exemplo, na semana passada, foi o dia das mulheres, então a gente no salão de espera, a gente fala para as pessoas que estão ali no dia, fala ou entrega folhetinho* (E10).

Os profissionais de educação física são *referencia na entrega e preenchimento da carteirinha do idoso* (E10). Os idosos são abordados enquanto estão na sala de espera, o período para o desenvolvimento dessa atividade é previsto pelo profissional, mas também é desenvolvido nos momentos em que não está ocorrendo nenhuma outra atividade que o mesmo julgue prioritária.

Para as pessoas que ainda não freqüentam os grupos, foi citada a existência de um trabalho de motivação, são identificadas em suas casas àquelas aptas a participar:

[...] com motivação também para participar dos grupos, aqueles que a gente percebe que dá para ir para os grupos, que não precisa ir à casa, a gente motiva essas pessoas a participarem do grupo também (E9).

Durante as observações, pudemos confirmar a predominância do trabalho com grupos no cotidiano do profissional de educação física. Inclusive não foi presenciado no período em que estivemos em observação, nenhum atendimento individual ou visita domiciliar, o contato com os usuários se deu exclusivamente por intermédio dos grupos organizados.

Constatamos que quando não estava acontecendo alguma atividade em grupo os profissionais permaneciam na USF, na maior parte do tempo sem ocupação. Durante a observação número dois o profissional nos relatou que atualmente tem ficado ainda mais ocioso por conta de alguns grupos não estarem ocorrendo, devido a indisponibilidade do espaço anteriormente usado. O mesmo profissional apontou que isso tem sido motivo de conflito, pois os demais profissionais das unidades fariam comentários a respeito, sugerindo a existência de uma falta de comprometimento deste profissional. Esse tema foi objeto de discussão de uma reunião entre todos os profissionais de educação física do NASF, que demonstraram enfrentar o mesmo problema.

Em uma das observações, notamos o conhecimento do profissional sobre as atividades ofertadas pela USF. Sempre ao final das atividades ministradas o profissional lembrava aos participantes sobre a importância de se prevenir a dengue (informava os dados), realizar o exame preventivo de citologia oncológica (CO) e mamografia, bem como sobre outros temas que estivessem em voga, como por exemplo, a campanha da fraternidade. O profissional de educação física percebeu em uma atividade em grupo a tosse persistente de um dos participantes, a conduta obedeceu às recomendações do programa de detecção da tuberculose. O profissional orientou o usuário sobre a doença e se comprometeu a ajudá-lo na realização da coleta do material para o exame (O1).

Podemos destacar as atividades de caminhada realizadas pelas ruas do bairro em duas das três unidades observadas. Presenciamos em um dos períodos observados a queda de uma das participantes por tropeçar em uma raiz de árvore que avançava pela calçada danificada. A participante em questão sofreu vários

ferimentos e precisou ser levada para atendimento na USF. Outro fato que nos chamou a atenção foi a realização da caminhada por uma avenida extremamente movimentada, os participantes eram obrigados a caminhar pela rua devido à inexistência de calçadas adequadas e além do mais sob sol intenso. Em determinado momento, todos deveriam realizar a travessia da avenida, um dos idosos por pouco não foi colhido por um veículo que vinha em alta velocidade (O2).

Outro observado nos relatou realizar avaliações mensais nos participantes dos grupos. As avaliações têm por base critérios fisiológicos e de acordo com o relato consiste na aferição da pressão arterial, glicemia, capacidade respiratória, composição corporal e flexibilidade (O3).

Entretanto, um dos profissionais observados nos relatou a realização de avaliações da flexibilidade em seus alunos, mas não foram verificadas melhorias nesta condição física, pois há muita variação na assiduidade dos participantes (O1).

Questões envolvendo as preocupações sobre os aspectos que envolvem a avaliação com base em critérios fisiológicos são abordadas nas Diretrizes do NASF (BRASIL, 2010a). Este documento reconhece a importância das atividades físicas, e dos consensos oficiais sobre a quantidade mínima recomendada para a manutenção da saúde, que são mover-se 30 minutos por dia, em cinco ou mais dias na semana. Mesmo citando os inúmeros benefícios potenciais desta prática alerta para o fato de que no âmbito das PCAF o conhecimento a ser difundido deve superar o entendimento sobre o que é apenas um corpo correndo, pulando ou sendo biometricamente avaliado. Deve abranger desta maneira, o corpo cultural, com seus significados e símbolos que o torna único e ao mesmo tempo identificado com determinado grupo ou coletivo social (BRASIL, 2010a).

Embora as diretrizes do NASF recomendem o não aprisionamento aos conteúdos técnicos pedagógicos clássicos (BRASIL, 2010a), as atividades nas três observações eram estruturadas conforme a clássica divisão entre aquecimento, parte principal e volta à calma.

Na observação número um podemos destacar uma atividade que chamava a atenção dos usuários por ser uma atividade aeróbica de intensidade leve que consistia na realização de movimentos rítmicos com acompanhamento musical (O1).

A ginástica laboral foi uma prática verificada, os profissionais da unidade eram convidados no final da manhã, quando o movimento na USF era menor, o profissional de educação física passava pelos corredores e salas avisando a todos. Compareceram apenas três, sendo dois ACS e a nutricionista do NASF. Isso demonstra que mesmo entre os próprios profissionais de saúde o engajamento em atividades físicas é pequeno (E1). Em outra observação constatamos a não participação dos profissionais da USF na atividade, a justificativa foi o grande fluxo de usuários na USF naquele momento (E3).

FACILIDADES RELACIONADAS AOS GRUPOS

Desde a implantação do NASF em 2008, nota-se um aumento significativo de participantes nos grupos, conforme a fala de um dos entrevistados: *hoje um grupo com 30 pessoas a gente acha que é um grupo pequeno* (E1). De acordo com o profissional citado as pessoas têm se conscientizado mais e recebido auxílio da mídia nesse processo. Essa ampliação na participação pode ser atribuída também ao fato dos profissionais das unidades *acabarem encaminhando para os grupos* (E6), isso passa a acontecer com mais frequência quando os profissionais de educação física já estão mais familiarizados com as ESF. Nesse processo de aumento da participação e divulgação das atividades ofertadas também é importante a divulgação no chamado *boca-a-boca* (E4), que consiste na ação em que os próprios usuários se encarregam de ampliar a divulgação para a comunidade onde vivem.

O encaminhamento que parte do profissional médico guarda importância especial na percepção dos entrevistados. Os usuários com encaminhamento médico *já chegam pré-dispostos a mudar [...] ele (o médico) dá um susto, entre aspas* (E2). A prescrição de certos medicamentos é condicionada à participação nos grupos: *você tem que participar do grupo tal, por que senão, não vou te passar determinado medicamento* (E4). No entanto, o medicamento pode não mais vir mais a ser necessário, devido à melhora na condição de saúde proporcionada pela participação no grupo (E4). A atitude das pessoas em relação à recomendação que parte do médico e não de outros profissionais da saúde é diferente nos dizeres da entrevistada, a resposta do usuário é a seguinte: *se o médico falou então eu vou* (E4).

Fazer parte do grupo dos profissionais da saúde é considerado um fator de valorização do trabalho do profissional de educação física perante a comunidade e demais profissionais da USF. *A facilidade é chegar (E1)*, o tratamento dispensado ao profissional da saúde é diferenciado, o profissional de educação física do NASF *é respeitado perante aos médicos, auxiliares [...] é uma pessoa graduada [...] não trabalha no mercado, não trabalha na farmácia, é parte integrante da unidade (E10)*. Percebe-se boa aceitação da população para com o trabalho do profissional de educação física (E1; E9), bem como o de outros profissionais quem compõem o NASF (E1).

A participação nos grupos formados nas USF é tanto maior quanto maior for a população de idosos da área de abrangência. *Em uma unidade a população é mais jovem, mais ativa, então é difícil você pegar (E3)*, os idosos em oposição possuem mais tempo disponível, devido a condição de aposentados e, de acordo com um dos entrevistados os idosos estão: *querendo viver muito mais e com saúde (E8)*.

A existência de locais apropriados para o desenvolvimento das atividades foi citado como um fator importante na execução do trabalho. Existem alguns *espaços bons (E7)* próximos das unidades, assim *as coisas fluem bem melhor (E2)*.

A própria possibilidade de realizar alguma atividade física foi considerada facilitador, por que *hoje em dia todo mundo quer praticar atividade física (E8)*. Além de possibilitar a realização de exercícios físicos, o componente lúdico presente nas atividades é citado como um fator estimulante para a participação nos grupos. As pessoas procuram os grupos por que *diverte [...] é descontraído [...], não é aquela coisa em cima da doença (E3)*.

Materiais ilustrativos não faltam, um dos entrevistados relatou essa facilidade: *se eu quero falar de diabetes eu ligo lá e tenho um folder (E5)*.

A atuação multiprofissional nos grupos de hipertensos e diabéticos é considerada um fator facilitador (E4). O profissional descreve essa participação como uma oportunidade em que:

[...] você vai abrindo a cabeça do paciente [...] vai a equipe toda, cada um em uma semana [...] eu falo do meu trabalho e reforço o dos outros, e os outros também fazem isso (E4).

A realização de reuniões e oficinas foram citadas por um dos profissionais como importantes fatores facilitadores do trabalho. De acordo com o entrevistado as reuniões e oficinas: *dão aquele estímulo que você está precisando* (E9). O mesmo profissional relata que estas não acontecem a algum tempo e que estas deveriam envolver não só os profissionais do NASF, mas as ESF e coordenadora da USF mensalmente.

DIFICULDADES RELACIONADAS AOS GRUPOS

Os entrevistados relataram algumas dificuldades no desenvolvimento das atividades em grupo. *Em alguns postos [...] é difícil de montar grupos [...] principalmente em bairros em que o poder aquisitivo é alto, e eles tem vários recursos* (E6). A procura por atividades ofertadas gratuitamente em parcelas da sociedade economicamente mais bem situadas é menor, devido às possibilidades financeiras que lhes permitem escolher àquelas que mais agradam.

Verificamos esta dificuldade na montagem dos grupos durante a observação. Com o objetivo de montar um grupo com pessoas obesas, o profissional contactou mais de 40 pessoas, estas encaminhadas por profissionais da USF, apenas uma disse poder participar (O1). A dificuldade nesse sentido pode ser atribuída a jornada de trabalho das pessoas, que coincide na maior parte das vezes com o horário de trabalho do profissional de educação física.

A possibilidade de abranger número considerável de pessoas nos grupos é questionada por um dos entrevistados ao considerar *insignificante* (E6) o número de participantes nos mesmos, levando-se em consideração a grande população da área de abrangência das USF sob sua responsabilidade.

Cobrir diversas USF ficou evidenciado nas falas como um problema percebido. Há equipes NASF que *atendem quatro unidades, tem NASF que atende até cinco unidades* (E6) e mesmo o profissional que relatou ser responsável por três USF disse que seu trabalho fica prejudicado, pois uma dessas USF é visitada apenas uma vez por semana, enquanto que as outras recebem duas vezes sua visita. A sugestão levantada foi de que houvesse sob sua responsabilidade *um ou dois postos no máximo, para [...] dar mais qualidade de vida para esse pessoal* (E6). Existe a compreensão de que

essa forma de organização do trabalho *é muito desgastante por que cada coordenação é uma coisa, cada auxiliar é diferente* (E1) e que isso dificulta o trabalho, conforme expresso na fala de um dos profissionais: *falta [...] esse vínculo, por que a gente vem uma vez só* (E1).

Há referência sobre a questionável efetividade da oferta de exercícios físicos aos usuários das USF fora das recomendações consensuadas quanto à frequência mínima de realização:

Viu a frustração? Uma vez por semana foi questionado. Você indo à unidade uma vez por semana há uma melhora? Livros especializados falam que não. A gente fica pensando [...] Até saiu [...] um educador físico que questionava muito isso. Uma vez por semana não resolve nada. Para que eu vou fazer? Então é uma coisa muito questionável, não vou fazer uma atividade [...] Uma vez realmente não vale [...] (E10).

A improvisação excessiva é citada como um dos fatores que dificultam o desenvolvimento do trabalho por todos os profissionais entrevistados. As atividades são realizadas frequentemente em locais inadequados e *não existe nenhuma espécie de material próprio* (E1).

Os profissionais são os responsáveis por entrar em contato com as instituições do bairro que possam ofertar o espaço para realização das atividades: *se for usar uma igreja, por exemplo, a gente tem que ir lá, pedir autorização do padre ou do pastor para gente usar* (E8). Os espaços cedidos são muitas vezes impróprios para a realização das atividades em grupo, *o piso muitas vezes não é o adequado* (E1), há centros comunitários utilizados que *não tem eletricidade, roubaram os fios, estão sujos, cheios de teias de aranha* (E2), *esse não é um ambiente agradável que a pessoa queira voltar* (E2).

Mais grave do que a situação deteriorada do ambiente onde as atividades acontecem é a perspectiva de que haja cobrança de uma taxa, com ônus para os usuários, conforme aponta um dos entrevistados:

[...] agora eles estão querendo cobrar uma taxinha para usar o salão, e eu acho que isso acaba dispersando um pouco, por que não é todo mundo que tem aquele dinheirinho para dispor no final do mês (E9).

Muitas vezes, o profissional também precisa dispor de recursos próprios para desenvolver o seu trabalho. O entrevistado leva consigo os próprios materiais adquiridos:

[...] eu tenho no meu carro bolas de futebol [...] e arcos também [...] para fazer atividades com eles. [...] eu confeccionei, com mangueira, [...] eu que tive que correr atrás, por que a gente não tem verba nenhuma, a gente não tem incentivo nenhum para isso (E6).

Mesmo reconhecendo a importância do trabalho junto às escolas presentes nos bairros, um dos entrevistados refere à desvantagem desse procedimento: *a escola poderia estar oferecendo esse espaço vago para outros trabalhos que sejam ligados também a educação (E1).*

Em quase todas as USF, existe um veículo disponível para a realização das visitas domiciliares e outros deslocamentos do profissional de saúde. De acordo com o relato de um dos entrevistados, entretanto, o uso do veículo não é permitido: *nós não temos nem autorização para dirigir o carro (E6).* O mesmo relata que somente os profissionais do NASF não podem dirigir o veículo, esses ficam impossibilitados de realizar visitas domiciliares ou mesmo grupos em certos locais como fica evidenciado na seguinte fala: *tem um bairro que fica a quase meia hora daqui, como que eu vou falar para as pessoas de lá virem fazer caminhada aqui? O ideal seria fazer um grupo lá [...] (E5).*

A observação pôde contemplar essa dificuldade. A disponibilidade do veículo é restrita, pois outros profissionais também o utilizam, no entanto, verificamos que o profissional não tinha autorização para dirigir o veículo (O1, O2) assim em um dos casos (O1) o profissional ficava na dependência de outro profissional da USF. Um dos profissionais observados (O3) possuía autorização para dirigir o veículo, assim era facilitado seu deslocamento para a realização de atividades em locais distantes da USF.

Outra dificuldade se refere às *cotas de impressão (E3)*, assim nem sempre o profissional pode elaborar e confeccionar cópias de materiais para utilizar em seu trabalho. Muitas das atividades realizadas demandam a impressão de algum material, seja para realizar a divulgação de alguma atividade que esteja sendo ofertada, seja para a elaboração de algum material educativo a ser utilizado cotidianamente ou de modo esporádico.

Algo que também foi relatado enquanto fator negativo foi a dificuldade na *divulgação* (E2, E3, E6, E8) do trabalho, tanto na comunidade, como nas USF: *por que tem gente que nem sabe que existe o educador físico no posto de saúde* (E8).

VISITAS DOMICILIARES

De acordo com Rollo (2005), as visitas domiciliares historicamente estiveram vinculadas a ações com a finalidade de controlar ou investigar. Eram dirigidas a pessoas acometidas por doenças de notificação compulsória que exigem controle, como a hanseníase e a tuberculose; situações que podem colocar em risco a saúde da própria pessoa ou da coletividade, como o atraso vacinal; a denúncias de incômodos realizadas por vizinhos como a presença de entulho, animais, empreendimentos caseiros; controle da infestação de vetores de doenças; cadastramento de pessoas, normalmente em casos de situações de risco.

O mesmo autor aponta que as visitas realizadas ficavam quase sempre a cargo de profissionais, geralmente vinculados à vigilância sanitária / epidemiológica, que via de regra não possuíam nenhum tipo de vínculo com as famílias, com intervenções na maior parte das vezes previamente definidas e autoritárias.

A partir da implantação da estratégia saúde da família, a visita domiciliar ganha outros significados. A incorporação do agente comunitário que possui um enraizamento na comunidade, a responsabilização da equipe por determinado território em que as visitas dos profissionais de nível técnico e também superior são demandadas, são elementos importantes para a mudança no perfil da visita domiciliar. Vai operar da direção da mudança o reconhecimento de que o momento da visita domiciliar é a oportunidade do encontro do saber profissional com sujeitos possuidores de outros saberes e que há uma abertura para estreitar os vínculos entre os profissionais de saúde e as famílias (ROLLO, 2005).

As visitas domiciliares são procedimentos comuns para as ESF, entretanto, nem todos os profissionais de educação física do NASF relataram ser esse um aspecto central no seu cotidiano de trabalho. Nas falas de alguns profissionais fica evidente que a realização de visitas é algo incomum: *alguma ou outra visita que chega até o educador físico (E1); ou visita eu faço, mas também é pouco [...] só quando precisa (E6).*

Outros, porém relataram realizar visitas domiciliares com certa periodicidade. Uma das entrevistadas (E9) nos declarou que nos períodos em que não há grupos, ao invés de permanecer na unidade de saúde, procura realizar as visitas domiciliares, a não ser que tenha algum relatório ou outra atividade. No entanto, há problemas em

desenvolver a visita em algumas das USF, conforme podemos observar na seguinte fala:

Às vezes eu até saio para visita com eles, mas não é algo que seria uma demanda para mim, às vezes... vamos lá? Vamos. Chega lá é só para entregar uma guia, ou então só para comunicar que tal... mas nunca é aquilo que eu penso que vai acontecer, ah agora é uma visita para mim. Nem sempre é (E9).

Fica evidente na fala acima que a visita domiciliar do profissional de educação física não é valorizada pelos profissionais que compõem as ESF. Quando um dos profissionais menciona que se trata de *uma visita de amigo* (E10) podemos perceber que existe a desconsideração do valor de seu saber técnico. A afirmação anterior pode ser contraposta quando se verifica que o profissional consegue desenvolver um trabalho de acordo com sua especificidade profissional:

A gente vai lá pra orientar as pessoas, não os acamados, mas sim os cuidadores para que tenham uma melhora na postura, geralmente o sofrimento das pessoas cuidadoras é bem grande, por isso que a gente tenta dentro da nossa profissão, auxiliar de alguma maneira essas pessoas (E10).

Podemos contatar nos relatos dos profissionais E9 e E10 não estão sendo realizadas de acordo com o que aponta Amaro (2003). Esta autora recomenda que as visitas domiciliares devem prever racionalidade e planejamento, é preciso retomar a idéia de que esta deve servir a um objetivo estabelecido, realizadas somente com agendamento preliminar, aponta que visitas inesperadas revelam aspectos de uma cultura autoritária e moralizadora.

As visitas domiciliares foram descritas como voltada para os *casos crônicos, que não estão em fase aguda* (E8) os exercícios são realizados após a *liberação do fisioterapeuta* (E3, E4, E8). As atividades desenvolvidas durante as visitas envolvem a realização de exercícios físicos com a orientação de que sejam repetidos duas ou três vezes por semana, reavaliação a cada 15 dias (E3), trabalho voltado para a Atividade de Vida Diária (AVD), possibilitar o retorno aos grupos de atividade física ofertados (E4), e ainda prescrição e a orientação de exercícios para acamados e seus cuidadores (E8).

Nas três observações realizadas, não presenciamos a realização de visitas domiciliares. O observado número um nos revelou que não vê sentido no

acompanhamento de visitas dos ACS e auxiliares de enfermagem aos acamados. Mesmo que a ação fosse voltada aos cuidadores: “essas pessoas tem tantos problemas na cabeça que não conseguem sequer pensar em realizar atividade física” (O1).

Este último relato demonstra uma preocupação legítima do profissional de educação física, mas que também evidencia um processo de trabalho focado exclusivamente na dimensão restrita da oferta de atividade física que podemos sugerir tenha relação com as competências exigidas pela formação, que não incluem uma discussão mais aprofundada sobre vínculo, acolhimento, cuidado. Ceccim e Bilibio (2007) trouxeram semelhante preocupação, sugerindo que seja preciso a aquisição de uma nova gramática para a área, de maneira que se questione se há realmente a indicação para que um senhor de meia-idade, sem emprego, pai de um adolescente envolvido com o tráfico de drogas trate sua hipertensão por meio da prescrição de caminhada “x” minutos por dia.

ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Os atendimentos individuais são pouco realizados pelos profissionais de educação física. *Ainda é difícil alguém chegar e pedir uma avaliação física, ou a criação de um programa de exercício físico (E1) até por que é difícil ter consultório disponível para todo mundo (E3).* A não disponibilidade de salas para a realização destes possíveis atendimentos individuais acaba conduzindo o profissional a desenvolver seu trabalho buscando outras alternativas. Uma das falas ilustra claramente esse problema: *geralmente o individual é na visita domiciliar (E4).* Com essa atitude o profissional de educação física evita um possível conflito com outros profissionais da ESF e do próprio NASF.

O NASF foi criado para prestar apoio às equipes de saúde da família. Embora seja possível realizar atendimentos individuais as diretrizes orientam a sua não priorização. As diretrizes do NASF consideram a possibilidade da realização destes atendimentos desde que estes sejam extremamente necessárias e somente realizadas mediante encaminhamento das ESF, com a prévia negociação e discussão entre os profissionais responsáveis pelo caso (BRASIL, 2010a).

Apesar destas recomendações claras contidas nas diretrizes, constando inclusive a afirmativa categórica de que “o NASF não se constitui em porta de entrada do sistema para os usuários” (BRASIL, 2010a p.16) o profissional de educação física, provavelmente, seja o único dos profissionais do NASF que não possua uma agenda para atendimento individual: *não tenho agenda, agora os outros profissionais [do NASF] já trabalham mais com agenda* (E9). atendimentos individuais são realizados esporadicamente pelos profissionais de educação física que acabam *agendando um ou outro [...] com a nutricionista junto* (E9) ou realizando o atendimento quando o *médico encaminha para alguma orientação* (E2). Indivíduos identificados por outros profissionais das unidades com sobrepeso ou algum tipo de dor, muitas vezes, são encaminhados para serem orientados pelo profissional de educação física, quando este se encontra na unidade: *a gente tenta de uma maneira ou de outra encaminhar ou solucionar o problema da pessoa naquele momento* (E10).

O atendimento compartilhado, no caso relatado em parceria com a nutricionista, é parte das ações que se esperam dos profissionais do NASF. Entretanto, pensando na perspectiva da responsabilização, ou na necessidade de instituir um profissional de referência para a condução de determinado caso, conforme instrui as diretrizes do NASF (BRASIL, 2010a p. 17) se torna de pouco significado quando o profissional que compartilha a consulta também é um profissional da equipe de apoio e não um profissional de referência. Faria sentido neste caso uma consulta conjunta com um profissional da equipe de referência, responsável por um caso complexo, que demande a presença de um profissional de outra categoria na mesma consulta.

5.2.2 Ações junto aos outros profissionais

TRABALHO EM EQUIPE

O trabalho do profissional de educação física é realizado também junto às ESF nas USF. Esse trabalho envolve: reuniões, educação permanente e discussão de casos. Nesse sentido *em algumas* (unidades) *o trabalho flui melhor e em outras é mais difícil* (E7), esse trabalho acontece melhor nas unidades onde *o vínculo é maior* (E7), nessas acontece até mesmo o *matriciamento* (E7), considerado este o maior desafio e principal objetivo do trabalho do NASF junto às ESF.

Dentre os desafios que se apresentam ao emprego pleno do método do apoio matricial, está a existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento em alguma medida de co-gestão ou de democracia institucional (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

Esse trabalho de educação *permanente* (E7) acontece mais durante as *reuniões gerais* (E7) das USF, porém *não é sempre que dá não* (E7). Inclusive um dos entrevistados relatou que participa das reuniões apenas quando *bate o dia de estar na USF* (E1).

Podemos perceber, por meio do relato anterior, que esta perspectiva da troca de saberes, discussões sobre as dificuldades que se apresentam no cuidado ao usuário não fazem parte do cotidiano do trabalho. A reunião geral acontece com uma frequência mensal e inclui todos os trabalhadores da unidade no processo. Embora sejam momentos importantes, acabam incluindo aspectos mais gerais do funcionamento da unidade e apenas possibilitam um diálogo precário.

A educação permanente leva em consideração o conceito de aprendizagem significativa, esta só pode operar mediante a reflexão crítica sobre as práticas de profissionais reais em atividade na rede de serviços. O mundo do trabalho e o da formação devem operar um encontro, onde o aprendizado e o ensino estão presente no cotidiano das organizações e no trabalho. Neste modo de operar a educação esta deve ser entendida não como apenas uma atualização técnico-científica, mas devem envolver também a produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de

conhecimento sobre o SUS. Os conteúdos são selecionados com base na problematização sobre as questões que envolvem o processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Um dos entrevistados descreveu o matriciamento como uma atividade que se realiza na USF reunindo os profissionais das ESF: *a última vez foi a dentista que falou sobre cárie* (E10). O profissional de educação física também participa desse processo: *a minha fala vai ser agora em maio, vou ter que falar sobre a atividade física* (E10).

Na fala anterior, podemos perceber que a idéia de matriciamento está vinculada à uma ação pontual e específica, fugindo aos sentidos originais implicados na proposta. Campos (1999) abordando a questão do apoio matricial esclarece que em saúde é comum a realização de cursos, treinamentos, oficinas de planejamento, dentre outras estratégias como experiências matriciais. Mas ressalta que, estes espaços têm caráter apenas transitório e não possibilitam uma alteração nas bases de funcionamento das organizações, seja na esfera gerencial ou mesmo nos aspectos assistenciais. Em alguns momentos, podem ser constatadas até mesmo alguma mudança pontual em certos aspectos abordados no curso ou palestra, mas mantêm-se a lógica estrutural anterior.

No entanto, para a discussão de casos é mais comum encontrar com o profissional da USF e desenvolver uma *conversa de corredor* (E1) e, de acordo com a fala de um dos profissionais: *é difícil a gente sentar para discutir caso* (E7). De acordo com as falas apresentadas podemos notar que as conversas entre os profissionais são realizadas de maneira informal, predominantemente, isso se deve a dinâmica de trabalho da USF, influenciada pela demanda, que não permite reservar tempo para uma conversa mais estruturada.

Em que pese à necessidade de instituir espaços de diálogo, Campos e Domitti, (2007) apontam que na perspectiva do matriciamento procura-se criar espaços coletivos protegidos que possibilitem a interação das diferenças, onde se almeja realizar uma análise e uma interpretação sintética, bem como estabelecendo de linhas de intervenção e distribuição de atribuições entre os vários sujeitos envolvidos no processo.

O NASF reúne todos os seus profissionais *apenas uma vez por semana* (E1), na chamada *unidade piloto* (E10), nesse período em que estão reunidos, os profissionais

aproveitam para realizar *estudo de caso* (E10), que consiste no estabelecimento das possibilidades e competências de cada um na solução das demandas que se apresentam. O profissional revelou, no entanto, que este trabalho *não está muito bem direcionado* (E10), até por isso o entrevistado confessou que o processo *acaba não tendo muita resolutividade* (E10). Essa reunião também é utilizada para realizar o *planejamento* (E10) das ações, bem como para a *elaboração de projetos* (E10).

Neste sentido, foram observadas reuniões entre os profissionais do NASF em encontro nas USF piloto. Em uma delas estavam planejando uma atividade a ser realizada na escola. Esta atividade teria por objetivo tratar de temas como *bullying*, sexualidade, alimentação, dentre outros, junto aos alunos. Os profissionais definiram as datas e dividiram-se de acordo com os temas. O profissional de educação física participava ativamente expressando suas opiniões e auxiliando na elaboração da agenda. Este profissional foi quem finalizou o projeto a ser desenvolvido na escola, o mesmo procurou a direção da instituição para estabelecer os detalhes finais da parceria (O1).

Em outra observação (O2), verificamos uma reunião que tratou de apresentar as atividades desenvolvidas pelo NASF aos novos ACS contratados. Primeiramente os profissionais do NASF reuniram-se na parte da manhã para definir o que seria abordado. Na parte da tarde, com 30 minutos de atraso a reunião foi iniciada. O profissional de educação física conduziu a maior parte da reunião, e insistia para que os ACS encaminhassem as pessoas para o grupo e que na medida do possível participassem das atividades. O que se seguiu foi uma série de comentários sobre a insatisfação de participar dos grupos de atividades físicas.

O profissional de educação física, de acordo com nossa observação, revelou-se como o mais disposto a empreender ações coletivas, bem como encaminhar as decisões da reunião. Pude constatar o momento em que o profissional de educação física convoca a nutricionista e a psicóloga para uma reunião que pretendia definir alguma ação sobre a tuberculose. O profissional de educação física espontaneamente imprimiu o comunicado da secretaria sobre o tema. Posteriormente, precisou aguardar a nutricionista, que participou na elaboração da programação. Assim que a reunião havia terminado a psicóloga apareceu para anotar as datas das atividades, sem preocupação com o conteúdo debatido (O3).

FACILIDADES DO TRABALHO EM EQUIPE

O desenvolvimento do trabalho em equipe possui facilidades que foram elencadas pelos profissionais entrevistados. Os profissionais das USF são tidos como o *elo de ligação* (E3) entre a população e os profissionais que compõem o NASF. Outro profissional aponta o *agente comunitário* (E4) como o principal responsável por essa interlocução. Esse profissional foi nominado como sendo uma *ponte* (E4). Entretanto para que esse profissional possa desenvolver o seu trabalho de maneira mais qualificada, um dos entrevistados sugere que haja *um pouco mais de divulgação, oficinas, até para conscientizar os funcionários das unidades que são ainda bem fechados nessa parte, abrir um pouquinho a cabeça deles também* (E3). Na fala anterior o profissional está se referindo ao conceito de promoção da saúde, no seu entendimento os profissionais não estão suficientemente preparados para lidar com situações que demandariam apoio do NASF.

No começo foi complicado (E7), no entanto hoje o profissional de educação física *é bem visto, é bem recebido* (E1), *é respeitado dentro da unidade* (E7), *o NASF é bem acolhido* (E4) apesar de que, em conformidade com uma das falas, *isso não dá para generalizar* (E4).

Algo importante que pudemos identificar nas falas de vários profissionais, é o reconhecimento da importância em não haver *distinção entre o NASF e a equipe saúde da família* (E3), ou seja, há a necessidade das equipes estarem *integradas* (E3).

Quando ocorre essa integração, é possível receber *feedback* (E3) que auxilia no desenvolvimento do trabalho. O *vínculo* (E7) foi outra palavra utilizada para designar o valor conferido a essa necessidade de desenvolver bom relacionamento entre os profissionais, a fim de que o trabalho seja facilitado. Nesse sentido, com o desenvolvimento desse bom relacionamento, que pressupõe *uma coordenação que [...] apóie [...], que incentive* (E9) e também a participação de outros profissionais, o trabalho se fortalece. Caso o vínculo não esteja bem desenvolvido, um dos entrevistados relata acontecer o seguinte: *you pode até ter um contato bom com a comunidade, mas aquilo dentro, como parte da unidade, parece que seu trabalho sempre está fora* (E7). O apoio dos profissionais das equipes de referência demonstrou ser

fundamental para o desenvolvimento dos profissionais de educação física e do NASF de uma maneira geral.

A realização de *oficinas e reuniões* (E9) que segundo o entrevistado *não estão acontecendo* (E9), são capazes de *dar aquele estímulo* (E9). De acordo com o mesmo profissional as reuniões deveriam ser mensais e envolver não só os profissionais do NASF, mas todas as equipes.

DIFICULDADES DO TRABALHO EM EQUIPE

A contribuição que o NASF poderia dar às equipes de referências nas USF não é aproveitado, de acordo com a opinião dos entrevistados. Os profissionais das unidades *não conseguiram ver o verdadeiro trabalho do NASF, que seria dar apoio* (E1). Assim na visão desse mesmo profissional *nem todas as USF tem encaminhado*. Um dos profissionais lançou mão de um exemplo para ilustrar essa situação: *os médicos, por exemplo, indicam que você tem que fazer atividade física, mas não falam que no posto tem atividade física* (E8).

De acordo com outro entrevistado, não há *incentivo* (E2) em algumas USF, afirmou que falta a *participação dos próprios funcionários* (E2) e ainda *nota que seu trabalho ali dentro não é bem aceito* (E2). Este profissional exemplifica a não aceitação de seu trabalho, quando diz ser pequena a adesão à ginástica laboral, algo que estaria sendo ofertado com o objetivo de melhorar a saúde dos próprios trabalhadores da USF.

Foi relatado que *falta de colaboração existe em algumas unidades* (E10). O profissional cita na seqüência que o motivo dessa não colaboração estaria relacionado ao problema de permanecer apenas *uma vez por semana* (E10) na USF. Com preocupação semelhante, outro profissional, cita a dificuldade que é estar vinculado a quatro USF, pois segundo o mesmo *nem todas caminham iguais* (E2), em algumas há maior apoio dos ACS e auxiliares de enfermagem, enquanto em outras os profissionais criaram uma rotina de trabalho que não conseguem modificar, assim

esses acabam não oferecendo o apoio que o profissional de educação física necessita.

As USF tinham uma rotina de trabalho muito bem estabelecida antes da incorporação do NASF, a entrada desses novos profissionais, entretanto, desencadeou mudanças em como o serviço se estrutura, por isso *para muitos ainda o profissional do [...] NASF é um intruso* (E1).

O profissional de educação física, mais especificamente, é a novidade em termos de profissão da área da saúde trazida pelo NASF, ainda existem muitos questionamentos em relação ao seu papel: *professor de educação física nas unidades de saúde? Por quê? Para quê?* (E2). Em termos de contribuição que esse profissional pode oferecer, não há compreensão de todos. Um dos entrevistados apresenta esse entendimento dos demais profissionais da seguinte forma: *ah, não resolve o serviço os educadores* (E4). Essa maneira de encarar a inserção do profissional de educação física guarda relação com a expectativa de resolver os problemas relacionados à grande demanda espontânea nas USF. Esse profissional não poderá colaborar diretamente com as ações curativas, sendo essas consideradas importantes por se constituírem na parte mais visível e sensível do trabalho ofertado.

A idéia que os profissionais de educação física do NASF têm sobre como deveria ser a atitude dos profissionais das equipes de referência perante o trabalho do NASF é demonstrada no seguinte trecho:

[...] é convidar para um grupo, fazer reunião, trazer o paciente, trazer dúvida. Olha tem um paciente assim e assim, o que eu posso falar para ele fazer? Não dá para você ir lá? Eles não trazem essa demanda. Essa é uma dificuldade (E1).

O próximo trecho também traz uma sugestão de como agir a fim de que se aproveite o potencial do profissional de educação física e também dos demais profissionais que compõem o NASF, entretanto essa recomendação é especificamente voltada para a categoria médica:

é complicado um médico saber sobre a prescrição de exercício, eles vão saber sobre medicação, como o medicamento vai agir, alguma coisa nesse sentido, agora prescrição de exercício é mais complicado para ele, então essa pareceria com os profissionais da educação física, não só com a educação física, mas com o NASF como um todo, seria muito importante (E2).

Nesse trecho, o entrevistado claramente evoca a importância de ser respeitada a especificidade de sua profissão, onde a prescrição de exercícios físicos aparece enquanto prerrogativa exclusiva da profissão. O NASF surge após a identificação de que as ESF precisariam de um suporte especializado para dar conta dos complexos problemas da atenção à saúde nos territórios sob sua responsabilidade. Existe, portanto uma demanda por essa atuação multiprofissional, justificada também pelas mudanças no perfil epidemiológico do Brasil e na necessidade de ampliar as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e de reabilitação na atenção básica.

O trecho apresentado a seguir demonstra que ainda existe uma barreira entre o profissional de educação física e os demais profissionais de saúde, nesse caso fica evidente a maior valorização conferida a uma profissão tradicionalmente vinculada à saúde, que é a fisioterapia: *é difícil um médico encaminhar para um grupo de atividade física, é mais fácil encaminhar para um fisioterapeuta (E3).*

Outro aspecto que dificulta o desenvolvimento do trabalho é a visão *curativista* (E3, E4, E5, E7) que de acordo com os entrevistados predomina entre os profissionais da saúde. Esse modo de encarar a saúde afeta as relações entre o NASF e as ESF, considerando que o NASF surge justamente como uma estratégia contrária à lógica curativista. Seria, citando um dos entrevistados, essa uma visão *focada em médico* (E7) oposta, portanto, à lógica de *promoção e prevenção* (E7).

O profissional de educação física recebe *encaminhamentos do fisioterapeuta* (E4), entretanto foi relatada a dificuldade em encontrar com esse profissional na USF. Como alternativa o fisioterapeuta *escreve mais ou menos como é o caso* (E4) e o profissional de educação física se encarrega de ir à casa do usuário.

O trabalho multiprofissional encontra dificuldades em se realizar, existe o problema da *comunicação* (E4) e da própria participação dos *outros profissionais* (E9). Nem sempre é possível contar com o auxílio dos demais profissionais, mesmo os que compõem o NASF justificam sua ausência com base em problemas com a agenda. Portanto existe mesmo uma dificuldade em desenvolver o trabalho em conjunto.

Para o desenvolvimento do trabalho em equipe, foi apontada outra dificuldade, que é relacionada com as condições de trabalho dos profissionais de saúde. Profissionais insatisfeitos com o trabalho, partindo desse entendimento, tenderiam a

realizar com menos afincos suas atribuições. O seguinte trecho demonstra essa preocupação:

As pessoas estão estressadas, as pessoas estão ganhando pouco, tem toda uma dificuldade. Eu não vou chegar lá e me impor, não vou dizer eu sou “o cara”! Você vai fazer isso e aquilo. Entendeu? Então é aos pouquinhos que você vai estar [...] (E10).

Observamos que não há um local adequado para a permanência dos profissionais na USF. Em uma das USF o profissional permanecia em uma construção nos fundos, próximo a cozinha e junto da sala dos ACS. A comunicação e a convivência com os demais profissionais ou com o espaço principal da USF inexistia (O3). Observamos situação semelhante em outra unidade (O3). Sendo que em determinado momento verificamos a dificuldade com o espaço quando nos foi solicitado que saíssemos de uma sala para atendimento individual da psicóloga (O2).

5.2.3 Ações de sistematização/avaliação

A elaboração de *relatório* (E1, E2, E3) é prática comum no cotidiano de trabalho dos profissionais de educação física, essa é uma exigência da secretaria municipal de saúde, e se trata de uma avaliação de desempenho dos serviços ofertados com base em critérios estritamente numéricos. Durante as observações empreendidas contatamos que a avaliação previa tão somente a quantificação de atendimentos realizados, fossem as visitas domiciliares, atendimentos individuais ou ações em grupos.

Foi relatado, por um dos entrevistados, a preocupação em sistematizar o trabalho que vem sendo realizado nas USF:

[...] eu estou saindo e deixando um caderno montado para quem vier, sobre como acontece o processo de trabalho, mas a questão de, a questão de saúde-doença, o processo de encaminhamento, a referência e contra referência, essas coisas assim (E5).

A preocupação é de que os seus sucessores tenham a disposição um material que possa servir de subsídio ao desenvolvimento do trabalho, dado a escassez de material produzido com base em ações práticas da educação física no NASF.

5.2.4 Outras ações

Outras atividades, que não guardam relação direta com a especificidade do profissional de educação física são realizadas. Um dos profissionais relatou a participação na entrega do Kit dengue, considerando o seguinte: *como não tem agora, a gente não tem grupo [...] a gente leva o Kit dengue para a Centrofarma [...] a gente pega o carro e entrega o Kit* (E10). Houve tempo em que o profissional de educação física citado estava *ocioso* (E10) na USF, a coordenadora então solicitou que o mesmo auxiliasse na confecção de “*massinha*” de algodão (E10): *a gente colabora, limpa, arruma, a gente faz o que está precisando ali, quando solicitado* (E10).

Durante uma das observações, o profissional nos relatou que também costuma realizar atividades que fogem à sua atribuição. Disse que faz o que a coordenação solicita e como exemplo elenca: levar exames no laboratório, buscar objetos em outras USF, abastecer o veículo, atender no balcão, levar roupas para a lavanderia e etc. (O3).

Utilização do computador é citada como uma tarefa comum: *tem muitas coisas que a gente tem que fazer: projeto, fazer listagem, montar panfletinho, fazer orientações* (E10), no entanto o acesso ao computador na USF é algo *restrito* (E10), há ainda profissionais dentro da própria USF que não vêm com bons olhos a utilização do computador da unidade, por desconfiarem que está sendo utilizado para *outros fins* (E10). O profissional citado leva consigo seu próprio computador, segundo o mesmo isso seria necessário *para agilizar o processo* (E10), por que *tem muita “coisinha” que demanda tempo* (E10).

5.2.5 Condições de trabalho

O vínculo de trabalho precário foi citado por metade dos entrevistados como sendo um fator que limita o desenvolvimento do trabalho. No momento da entrevista vigorava um *contrato emergencial* (E3) de apenas *60 dias* (E1). Essa incerteza sobre a manutenção do vínculo empregatício prejudica o desenvolvimento do trabalho de acordo com um dos entrevistados:

Concursado, por exemplo, você consegue desenvolver um trabalho a longo prazo, então tem coisa que não dá para você fazer pensando muito à frente por que você não sabe se você vai estar amanhã (E2).

A estabilidade no emprego e o ingresso por concurso no serviço público foi uma conquista dos trabalhadores inscrita na Constituição de 1988. No entanto, estas mesmas conquistas sob o ponto de vista dos trabalhadores são nominadas por Pereira (1998) de “retrocesso burocrático” e incluem: o distanciamento do setor privado, o sistema privilegiado de aposentadorias, o Regime Jurídico Único, a eliminação dos celetistas e a estabilidade “rígida” dos servidores públicos, destacando a impossibilidade de estabelecer cobranças por desempenho. Todas estas questões irão fazer parte da Reforma do Aparelho do Estado de 1995, que irão dar origem aos contratos flexíveis, às terceirizações e as discussões sobre a “modernização” da gestão.

Outro ponto a destacar a respeito desta questão – a indefinição sobre a continuidade do trabalho – prejudicaria a própria qualidade dos serviços ofertados, na medida em que a saúde mental dos profissionais é afetada, o trecho a seguir demonstra essa preocupação:

[...] a nossa qualidade do pensamento, o nosso mental não tem tanto sossego assim, por que você não pode fazer uma conta durante seis meses por que você não sabe se vai estar empregado amanhã (E6).

É apontada na fala de um dos profissionais a existência de uma cobrança excessiva por desempenho, mas que essa cobrança não é acompanhada de uma contrapartida por parte do poder público:

[...] a gente tem uma certa bagagem das coisas, e a gente quer um certo respeito, por que cada dia [...] eles cobram muito, por que ai cobra isso, cobra aquilo, mas na hora de oferecer algo de segurança, a gente não sabe (E10).

Outro aspecto que podemos apontar na fala anterior se refere a experiência acumulada pelos profissionais que atualmente estão no NASF. Devido a essa instabilidade, esses profissionais que já atuam há algum tempo podem ser substituídos a qualquer momento sem que haja qualquer consideração para com sua experiência.

Na observação que empreendemos em uma reunião envolvendo todos os profissionais do NASF, esse foi um tema recorrente, a preocupação era com a continuidade do trabalho devido a problemas envolvendo a contratação emergencial, após o rompimento da prefeitura com a empresa terceirizada (O3).

As contratações de profissionais da saúde vinham ocorrendo em Londrina através de uma OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público), porém após escândalos de corrupção envolvendo esta entidade (PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO PARANÁ, 2011) houve o rompimento do contrato, resultando em incerteza sobre a continuidade do trabalho para os profissionais do NASF.

A discussão sobre os chamados “novos modelos de gestão” surgiram a partir das reformas efetuadas sob os auspícios do governo Fernando Henrique Cardoso, comandadas pelo Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) com a coordenação do Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira (TORRES, 2011). O Plano Diretor de Reforma do Estado, documento encaminhado ao Congresso Nacional em 1995, aprofunda como idéias centrais a disciplina fiscal, a privatização e a liberalização comercial (REZENDE, 2007).

Essas reformas acontecem num período em que no Brasil avançam as propostas do neoliberalismo – década de 1990. No entanto, de acordo com Maria Inês de Souza Bravo, da Escola de Serviço Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) enquanto que no cenário internacional desde a década de 1980 as reformas neoliberais já vinham ocorrendo, o Brasil conseguiu nesta mesma década construir um Estado de Direito contrário a este movimento (TORRES, 2011).

O Plano Diretor da Reforma do Estado parte do pressuposto de que a Constituição de 1988 trazia retrocessos, dentre estes: a estabilidade de servidores civis, o aumento dos gastos com pessoal e a retirada da flexibilidade operacional da administração indireta. Estes problemas resultariam em encarecimento do custeio da máquina administrativa, tanto com pessoal como com bens e serviços, e ainda o aumento da ineficiência dos serviços públicos (TORRES, 2011).

As funções do Estado, a partir da ótica governamental à época, deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las (REZENDE, 2007). De acordo com o Plano haveria serviços não exclusivos do Estado – nos quais se enquadram a saúde e a educação – que poderiam ser repassados a uma forma de propriedade denominada de “pública não – estatal”. Seriam estas as famigeradas OSs (Organizações Sociais) estabelecidas pela lei 9.637/98 e OSCIPs instituídas a partir da lei federal 9.790/99 (TORRES, 2011).

Os principais objetivos buscados por essas formas de terceirização da saúde foram garantir a flexibilização da força de trabalho, o enxugamento do Estado e a limitação do controle social, mesmo que ao custo do descumprimento da Constituição Federal e leis vigentes (REZENDE, 2007).

O Subprocurador Geral da República Wagner Rezende Gonçalves em seu parecer sobre terceirização e parcerias na saúde pública ressalta que:

[...] a terceirização elimina licitação para compra de material e cessão de prédios, concurso público para contratação de pessoal e outros controles próprios do regular funcionamento da coisa pública. E pela ausência de garantias na realização dos contratos ou convênios, antevêm-se inevitáveis prejuízos ao erário público (GONÇALVES, 1998).

O vínculo de trabalho precário é o que nos leva a esta reflexão sobre a origem da terceirização dos serviços públicos no Brasil. Um dos principais argumentos daqueles que se opõem a estas entidades é justamente a precariedade dos vínculos de trabalho, pois são estas entidades que definem a forma de contratação dos seus trabalhadores, que podem incluir prestadores de serviços, cooperativas, ou no melhor dos casos através da CLT (Consolidação das Leis do trabalho).

Os problemas envolvendo estas entidades no tocante aos escândalos de corrupção afetam diretamente os trabalhadores. Com o rompimento dos contratos das

prefeituras com as entidades investigadas os funcionários vivenciam diariamente a incerteza sobre a manutenção de seus empregos.

A “Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde” produziu um documento intitulado: “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil” que revela inúmeros escândalos investigados pelos Ministérios Públicos dos Estados (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011).

As instâncias de Controle Social do SUS vêm reiteradamente rejeitando essas propostas, podemos destacar a deliberação do Conselho Nacional de Saúde nº 001 de 10 de março de 2005, conforme segue:

Posicionar-se contrário à terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como a administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações Sociais (OSs), das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) ou outros mecanismos com objetivo idêntico, e ainda, a toda e qualquer iniciativa que atente contra os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

Na reforma do Estado o regime de trabalho estatutário, que possibilita a estabilidade no emprego, o ingresso na carreira pública através do concurso público, assim privilegiando os mais capazes, foram tidas como as responsáveis pela ineficiência dos serviços públicos. O que o discurso técnico encobre é o verdadeiro significado destas alterações que é na verdade a submissão do Estado aos interesses do mercado e do sistema capitalista.

De acordo com Tomasi (1986), os trabalhadores são obrigados a se integrar na estrutura econômica, como se esta fosse alheia aos objetivos da sociedade capitalista, que nada mais são do que o lucro e o capital. Na sociedade capitalista as necessidades do trabalhador não são encaradas como finalidade da produção, por isso sob a hegemonia do capital há sempre o combate às leis que possam garantir benefícios à classe trabalhadora em detrimento das necessidades impostas pelo mercado.

Nos primórdios do capitalismo, a manufatura, por exigir um trabalhador especializado, impunha limites ao desenvolvimento do capitalismo. O trabalhador era quem ditava o ritmo de trabalho e ainda possuía um alto poder de barganha sobre os salários, pois se tratava de um recurso escasso. Com a introdução das máquinas é

dispensada a qualificação do trabalhador, assim mais pessoas podem ser inseridas na produção, desta forma progressivamente o operário vai perdendo a capacidade de exigir melhores condições de trabalho, pois facilmente pode ser substituído por outro (TEIXEIRA; SOUZA, 1985). De maneira semelhante os direitos dos trabalhadores estatutários, inseridos na Constituição de 1988, passam a ser um entrave ao desenvolvimento capitalista no Brasil, por isso são duramente combatidos pelos representantes do capital em momento oportuno, mesmo que diante de flagrantes desacordos com as leis vigentes.

A promoção da saúde entendida em sentido amplo deve considerar questões referentes às formas de contratação da força de trabalho. O Estado não pode prescindir de formas democráticas de ingresso no serviço público como o concurso, valorização do profissional, remuneração adequada e estabilidade no emprego. Dado que, deste último depende, o posicionamento com independência dos trabalhadores em saúde nas instâncias de controle social, como conselhos e conferências de saúde.

5.2.6 A formação do profissional de educação física e a promoção da saúde

De acordo com Nascimento e Oliveira (2010), estão sendo identificadas no processo de trabalho do NASF dificuldades em relação à formação dos profissionais. Esta não está sendo direcionada a atender às necessidades do SUS e menos ainda da atenção básica. O afastamento dos serviços na elaboração dos projetos pedagógicos para a formação inicial, bem como o crescimento da educação à distância na pós-graduação, acabam por excluir questões importantes como o vínculo, o acolhimento, a escuta e o próprio trabalho em equipe.

Neste sentido, pudemos contatar este mesmo diagnóstico na fala dos profissionais entrevistados. As falas nos revelaram que a formação do profissional de educação física é deficiente quando se trata do tema saúde. Esse profissional *aparentemente está inserido, mas ainda se encontra perdido* (E1), em sua graduação não foram trabalhados os conteúdos da *saúde coletiva, saúde pública, nada* (E4). Somente agora, trabalhando no NASF, é que esse profissional começa a ver *alguns artigos, [...] começa a ver o profissional de educação física dentro das unidades básicas de saúde* (E2).

Existe o entendimento de que deveria, *nas universidades também, começar a introduzir na grade curricular* (E2) esses conteúdos. Os profissionais que estão desde o início da implantação do NASF *tiveram até uma mesma uma breve formação sobre o que seria* (E4), entretanto os profissionais que os substituíram não passaram pela mesma formação. A situação dos que entraram depois é ilustrada pela seguinte frase: *foi somente na prática que eu aprendi* (E4).

Neste sentido, podem contribuir nessa tarefa de formação profissional, o curso de *terapia comunitária* (E9), ofertado pela secretaria municipal de saúde aos profissionais interessados. Um dos entrevistados relatou estar em processo de formação e que esta formação contribuiria para a promoção da saúde. A terapia comunitária é descrita como *um espaço de escuta [...] acolher o que a pessoa de repente está passando naquele momento* (E9).

A dimensão interprofissional é importante para o trabalho no SUS, o processo de trabalho a partir dessa perspectiva caminha em direção a uma prática cuidadora. Considera-se que todo profissional pode produzir acolhimento, proporcionar escuta, vincular-se aos usuários a fim de que estes se tornem protagonistas dos projetos

terapêuticos singulares. Sob esta ótica o ensino da educação física deveria ser organizado de maneira distinta, lançando mão dos conteúdos de suas mochilas tecnológicas. O primeiro foco se daria sobre as práticas cuidadoras, tratando de abordar a natureza relacional e educativa do trabalho. A segunda questão se refere à micropolítica, neste sentido haveria uma alteração no objeto, passaria da preocupação com atividade física para o objeto autonomia encarnada, consistindo na mudança para a utilização das ferramentas profissionais a serviço da interação corporal, exploração das potências do corpo e das suas possibilidades de produzir sensações e sentimentos. O terceiro foco seria dirigido ao trabalho interprofissional, assim sendo a educação física deveria apropriar-se do histórico da organização dos SUS, dos objetivos das demais profissões da saúde de maneira crítica, dos recursos de sua profissão para a construção da integralidade da atenção à saúde (CECCIM e BILIBIO, 2007).

Considerando as questões apresentadas, Ceccim e Bilibio (2007 p. 59) afirmam que:

A educação física terá que aprender em atuação os saberes e as práticas de cuidado da enfermagem, de escuta da psicologia, de composição de redes sociais do serviço social, de tratamento da medicina etc. e terá de ensinar as redes de interação e cooperação, a ludicidade com implicação do corpo, a espacialização do corpo individual e dos corpos em coletivos etc.

De acordo com Pasquim (2010), a formação profissional em educação física não sofreu alterações substanciais para a atuação na área da saúde, mesmo constando nas Diretrizes Curriculares que o profissional de educação física seja responsável pela “*prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde*”, sendo estas atribuições repetidas inúmeras vezes no texto, aparentemente teriam apenas sido incorporadas a fim de garantir reserva de mercado, na esperança de que a profissão conseguisse algum espaço no SUS.

Conjuga-se a falta de formação profissional para atuar na atenção básica com a falta de clareza sobre qual deve ser o papel deste profissional, *nem o ministério na verdade, quando colocou o professor (E1) sabia. Não existe uma rotina [...] cada dia pode ser um dia diferente (E1).*

As recomendações realizadas pelo Ministério da Saúde, com relação ao desenvolvimento do trabalho, foram consideradas muito inespecíficas:

[...] o ministério da saúde preconizou um caderno onde ele diz algumas coisas que o educador pode fazer, mas a mesma coisa ele fez pros agentes comunitários quando entraram que era para criar grupos, centros de discussão, que era para mobilizar a população para reivindicar melhorias pro bairro, era para incentivar a prática de atividade física, então assim, coisas que o educador faz hoje, mas são algumas orientações que já vinham sendo feitas anteriormente (E1).

Desta forma, mesmo com a inserção da educação física na saúde pública garantida pela criação do NASF, podemos notar a precariedade da formação acadêmica voltada a este setor. A abertura de novos cursos de educação física não tem sido submetida à avaliação do Conselho Nacional de Saúde, apesar da resolução nº 350 de 9 de julho de 2005, prever que novos cursos na área da saúde devam atender critérios como: necessidade social, projeto político pedagógico e relevância social (PASQUIM, 2010). Mas até o presente momento somente os cursos de medicina tem passado por este crivo.

Somado a isto, podemos destacar também o aumento crescente dos cursos de graduação, que tomaram impulso especialmente após incentivos governamentais repassados às instituições privadas via PROUNI – Programa Universidade para Todos, e a pouca preocupação com a qualidade destes novos cursos. Ocorre que o Estado brasileiro, com esta iniciativa, passa a ser o financiador da expansão do ensino privado mediante renúncia fiscal às instituições aderentes ao programa. O PROUNI também pode ser objeto de questionamento em outros pontos. A formação em universidades privadas pode indicar um direcionamento da formação profissional às demandas do mercado em detrimento de uma formação voltada às necessidades do serviço público (E ROCH, 2011).

Em meio aos problemas envolvendo a formação, é possível apontar iniciativas positivas como a RMSF. Os processos de avaliação formativa envolvendo profissionais do NASF apontam a RMSF como uma importante estratégia para formar trabalhadores com o perfil esperado, pela possibilidade de vivenciar a prática em todo o processo de formação, bem como aplicar as ferramentas propostas pelo NASF (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Em estudo conduzido por Anjos e Duarte (2009), sobre a adequação da formação do profissional de educação física para atuar na Estratégia Saúde da Família, foi encontrado que de maneira geral não há direcionamento dos cursos de graduação em educação física para a área da saúde e que os bacharelados

encontram mais respaldo em sua grade curricular do que os de licenciatura. A abordagem das disciplinas são de cunho curativista e prescritiva e nenhuma das instituições analisadas possuía as disciplinas saúde coletiva e saúde pública no mesmo curso, outras nem sequer previam disciplinas nestas duas perspectivas.

Entretanto, ter mais conteúdos que trabalhem a problemática da saúde não garante que os conceitos sejam abordados em toda a sua complexidade. Com a divisão recente da educação física entre bacharelado e licenciatura devemos analisar qual dos dois cursos podem oferecer uma formação mais condizente com os preceitos da atuação na saúde pública, com base na promoção da saúde e de caráter comunitário, como é a Estratégia Saúde da Família.

A constatação de Brugnerotto e Simões (2009) em estudo conduzido em 12 universidades paranaenses com a intenção de analisar os currículos dos cursos de educação física, foi a de que existem diferenças entre as abordagens no conceito de promoção da saúde. Na licenciatura, nos casos em que a promoção da saúde é abordada, a opção é por uma abordagem humanista que leva em consideração os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, já no bacharelado predomina a concepção biológica, voltado para a prescrição e monitoramento de atividades físicas.

O bacharelado tem atuado principalmente fora da escola, por isso tem privilegiado uma ação voltada para a prática de atividade física no sentido de estimular a mudança de estilo de vida com base comportamental. Já a licenciatura, com a sua atuação voltada para o ambiente escolar tem se dedicado pouco a pensar a intervenção do profissional de educação física na área da saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos observar neste trabalho que diferentes concepções de promoção da saúde foram citadas pelos entrevistados. No entanto, destaca-se o fato de que apenas um profissional conseguiu apresentar o conceito de promoção da saúde levando-se em consideração o reconhecimento dos complexos fatores políticos, sociais, econômicos e culturais, ou seja, incorporando o conceito presente na Carta de Ottawa de 1986, bem como na concepção de saúde ampliada definida na VIII Conferência Nacional de Saúde e reconhecida oficialmente por meio da lei 8080 de 1990. Se considerarmos que estes movimentos trouxeram uma atualização sobre o que é saúde, a retomada do conceito da OMS poderia ser considerada como um processo limitado, ainda mais se levarmos em conta as críticas a esta concepção formuladas por diversos autores (PALMA, 2001; PALMA; NOGUEIRA, 2003).

A pesquisa evidenciou a confusão conceitual entre prevenção e promoção da saúde. Embora os dois conceitos possam se influenciar mutuamente, para o profissional de saúde esta diferenciação precisa estar clara, pois se por um lado práticas em atenção básica devem incorporar a dimensão da prevenção, por outro não podem limitar-se a ela.

A concepção de promoção da saúde com base na responsabilização individual pôde ser constatada entre vários profissionais, isso nos demonstra o quanto e com que intensidade os estudos epidemiológicos e a concepção biológica sobre o processo saúde-doença têm determinado as abordagens em saúde, mesmo diante das perspectivas progressistas ensejadas pelas políticas públicas brasileiras e documentos oficiais produzidos no âmbito das PCAF.

Não se trata de imputarmos ao profissional a responsabilidade por essas confusões conceituais. Estas são uma combinação de fatores, que tem como pano de fundo o modo de organização da sociedade, em que a fragmentação do conhecimento, a naturalização dos fenômenos sociais, a quantificação em detrimento das análises filosóficas e sociológicas são um reflexo.

O processo de trabalho do profissional de educação física reflete as dificuldades inerentes à formação e a recente incorporação à área da saúde. As

ações desenvolvidas tem tido como base a formação de grupos para aprimorar capacidades físicas, ainda que a frequência com que se realizam esses grupos seja pequena. As atividades são ministradas de forma que apenas a repetição dos movimentos é enfatizada, sem que haja um espaço de criação, reflexão e contextualização das propostas.

O trabalho junto às ESF necessita avançar, pois essas ações nas USF têm dependido da abertura de cada coordenação. Há a necessidade de instituir espaços de diálogo permanentes, formais e não formais, onde os profissionais possam trocar experiências, debater casos complexos e solucionar problemas do cotidiano. A coordenação do cuidado cabe às USF, portanto é necessário que as ESF façam o levantamento dos problemas e com o auxílio do NASF encaminhem soluções.

O profissional de educação física ainda não se encontra integrado com as ESF, muitas vezes desenvolvendo um trabalho isolado com pouco reflexo dentro da USF. Isso pode evidenciar por um lado deficiências na formação que precisam ser solucionadas, inclusive com a instituição de espaços de formação permanente no próprio trabalho, bem como de ampliação do olhar das Equipes de Referência para além dos procedimentos curativos.

Os profissionais do NASF precisam ser reconhecidos em igualdades de condições com os das Equipes de Referência. Esse tratamento diferenciado pôde ser constatado na pesquisa, como por exemplo, o impedimento da utilização de salas, materiais e veículos, que são de uso comum da USF. O ambiente físico das USF precisa ser adequado para receber esta nova configuração, e mesmo sem as adequações, o uso do espaço deve ser racionalizado de forma equânime entre os profissionais e equipes.

O vínculo de trabalho precário foi um fator citado por muitos profissionais, que afirmaram ser esse um dos fatores decisivos para a manutenção da qualidade das atividades. Ações de médio e longo prazo ficam inviabilizadas com a incerteza do prosseguimento. A saúde dos profissionais fica comprometida e os usuários são penalizados com a descontinuidade do trabalho.

A formação profissional precisa ser repensada, os conteúdos advindos da saúde coletiva precisam ser incorporados à graduação, não só enquanto disciplina

formal, mas enquanto conteúdo transversal com potencial transformador das práticas em educação física.

Como apontamos neste trabalho, a perspectiva que mais se aproxima de uma abordagem em promoção da saúde, e assim na atenção básica, seriam a de orientação pedagógica, principalmente a denominada de crítica progressista. Com a divisão recente na educação física entre bacharel e licenciatura essa discussão passa a ser urgente, os dois campos de intervenção não podem prescindir das discussões que envolvem a saúde e mesmo a ação pedagógica.

Entretanto, sugerimos a realização de novos estudos que possam determinar o papel, os limites e as potencialidades da licenciatura e do bacharel para atuação na saúde e mais precisamente na atenção básica.

REFERÊNCIAS

1. ADRIANO, J. et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 53-62, 2000.
2. AMARO, S. **Visita domiciliar: guia para abordagem complexa**. Porto Alegre: AGE, 2003.
3. ANDERÁOS, M. A educação física como uma das profissões a compor as equipes multiprofissionais do sistema único de saúde: a caminhada histórica da legislação curricular. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v.6, n.1, p. 9-22, jan./jun. 2005.
4. ANDERSON, P. O balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 09-23, 1995.
5. ANJOS, T. C.; DUARTE, A. C. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **Physis**, [online], v.19, n.4, p. 1127-1144, 2009.
6. AROUCA, A. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1975. Tese de Doutorado (Faculdade de Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975. Disponível em: <<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2011.
7. AYRES, J. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 5, n. 1, 2002.
8. BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A. Questionamentos e incertezas acerca do estatuto científico da saúde: um debate necessário na educação física. **Revista da Educação Física da UEM**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 57-66, 2. sem. 2004.

9. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
10. BETTI, M. **A janela de vidro: esporte, televisão e educação física**. 1997. 278f. Tese de Doutorado (Faculdade de Educação) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/diaadia/diadia/arquivos/File/conteudo/artigos_teses/EDUCACAO_FISICA/teses/Betti_Tese.pdf> Acesso em: 10 out. 2011.
11. BETTI, M. **Educação Física e sociedade**. São Paulo: Movimento, 1991.
12. BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos pós graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1 (3), p. 68-80, jan-jul. 2005.
13. BRACHT, V. A constituição das teorias pedagógicas da educação física. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 19, n. 48, ago. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v19n48/v1948a05.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2011.
14. BRACHT, V. Educação Física: a busca da autonomia pedagógica. **Rev. da Educ. Física/UEM**, Maringá, v.1, n.1, p. 12-18, 1989.
15. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997**. 1997a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol97/res21897.htm>>. Acesso em: 7 ago. 2010.
16. BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 15 mar. 2012.
17. BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 7 ago. 2010.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2011.
19. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf> Acesso em: 04 fev. 2012.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2010.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaNacionalPromocaoSaude.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2010.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. 2008. Disponível em: <http://200.137.177.147/sistemas_de_informacao/doc_tec_leg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2010.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2010.

24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acessado em: 19 out. 2011.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Agita Brasil: Programa Nacional de Promoção da Atividade Física / Coordenação de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0108_M.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.
26. BRASIL. VIII Conferência Nacional de Saúde. **Relatório final**. 1986. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2010.
27. BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: UNESP-HUCITEC, 1991.
28. BRUGNEROTTO, F.; SIMÕES, R. Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 149-172, 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n1/v19n1a08.pdf>> Acesso em: 19 out. 2011.
29. BUSS, P. M. Promoção da Saúde da Família. **Rev. Saúde da Família**, [s.l: s.n], dez. 2002. Disponível em:
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23\(1\)021.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23(1)021.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2011.
30. BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2000, vol.5, n.1, pp. 163-177. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014> Acesso em: 10 nov. 2011.

31. BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
32. CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n.4 p. 393-404, 1999.
33. CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, [online], v.23, n.2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>>. Acesso em: 21 jan. 2012.
34. CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JÚNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.
35. CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Nov. 2011.
36. CARVALHO, Y. M. Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, v. 22, n. 2, p. 9-21, jan. 2001.
37. CARVALHO, Y. M. **O “mito” da atividade física e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1995.
38. CASTELLANI FILHO, L. **Educação física no Brasil: a história que não se conta**. 15. ed. Campinas: Papirus, 2008.
39. CECCIM, R.; BILIBIO, L. Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In:

- FRAGA, A.; WACHS, F. (ORG.). **Educação física e saúde coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. Disponível em:
<<http://esporte.gov.br/arquivos/sndel/esporteLazer/cedes/EducacaoFisicaSaudeColetiva.pdf#page=48>>. Acesso em: 28 jan. 2012.
40. CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
41. COLETIVO DE AUTORES. **Metodologia do ensino de educação física**. São Paulo: Cortez, 1992.
42. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Deliberação nº 001, de 10 de março de 2005**. 2005. Disponível em:
<<http://www.conselho.saude.gov.br/deliberacoes/doc/2005/deliberacao001.doc>>
. Acesso em 21 jan. 2012.
43. CRAWFORD, R. **You are dangerous to you health: the ideology and politics of victim blaming**. International Journal of Health Services. v. 7, n. 4, p. 663-680, 1977.
44. CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa social**: teoria método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
45. CZERESNIA, D. O conceito de promoção da saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
46. DEMO, P. Pesquisa qualitativa: busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 1998, vol.6, n.2, pp. 89-104. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691998000200013&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 3 nov. 2011.

47. DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225. 2004.
48. E ROCH, A. PROUNI como política pseudodemocratizante de acesso e permanência no ensino superior: situando o Ceará. **Polêmica Revista Eletrônica**, América do Sul, v. 10, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.polemica.uerj.br/ojs/index.php/polemica/article/view/122/239>>. Acesso em: 21 jan. 2012.
49. FERREIRA NETO, J. L. et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saude soc.** [online]. v.18, n.3, p. 456-466, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300010&lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2011.
50. FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p.7-18. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf> Acesso em: 20 nov. 2011.
51. FERREIRA, M. “Navegar é preciso, viver não é preciso”: risco no discurso da vida ativa. **Motriz**, Rio Claro, v. 15, n. 2, p.349-357, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/motriz/article/view/2190/2377>>. Acesso em: 27 Jan. 2012.
52. FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. Promoção da saúde: entre o conservadorismo e a mudança. In: Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte, 15., 2007, Recife. **Anais do XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e II Congresso Internacional de Ciências do Esporte / Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte**. Recife: CBCE, 2007. Disponível em: <<http://www.cbce.org.br/cd/resumos/023.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

53. FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.16, n.1, p. 865-872, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2011.
54. FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
55. FRAGA, A. B. **Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa**. 175 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
56. FREITAS, M. L.; MANDÚ, E. N. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, mar./abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2010.
57. FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil**. 2011. Disponível em: <<http://www.frentecontraprivatizacaope.com.br/blog/wp-content/uploads/2011/06/Contra-Fatos-Nao-Ha-Argumentos-Que-Sustentem-As-OSs.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2012.
58. GONÇALVES, W. **Parecer sobre Terceirização e Parcerias na Saúde Pública**. 27 de maio de 1998. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/wagterc.htm>> Acesso em: 21 jan. 2011.
59. GRAMSCI, A. **A concepção dialética da história**. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.
60. HANCOCK, T. Beyond health care: from public health policy to healthy public policy. **Can J Public Health**. v. 76, n. 1, p. 9 – 11, mai./jun. 1985. Acesso em:

- <<http://www.ccnpps.ca/docs/BeyondHealthCare.pdf>> Disponível em: 03 fev. 2012.
61. HEIDMANN, I. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15 n. 2. p. 352-8, Abr./Jun. 2006.
62. HOBBSAWM, E. J. **A era das revoluções: 1789-1848**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2010.
63. JENKINS, C. D. **Construindo uma saúde melhor: Um guia para a mudança do comportamento**. São Paulo: Artmed, 2007.
64. KOLYNIK FILHO, C. **Educação física: uma (nova) introdução**. 2. ed. revista. São Paulo: EDUC, 2008.
65. KUNZ, E. **Transformação didático – pedagógica do esporte**. 6 ed. Ijuí: Ed. Unijuí, 2004.
66. LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Ministry of Health and Welfare, 1981. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.
67. LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.
68. LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. **Physis**, [online], v.17, n.1, p. 15-28, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100002>>. Acesso em: 20 jan. 2012.
69. LESSA, S. Marxismo e Ética. **Critica Marxista**. São Paulo, n. 14, p. 104-109, 2002. Disponível em:

- <http://www.unicamp.br/cemarx/criticamarxista/D_SLessa.pdf>. Acesso em 25 jan. 2012.
70. LIMA, D. "Trabalho", "mudança de vida" e "prosperidade" entre fiéis da Igreja Universal do Reino de Deus. **Relig. soc.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, jun. 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-85872007000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Jan. 2012.
71. LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde – 2010/2013**. [online] 2010. Disponível em:
<http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/Plano%20Municipal/plano_municipal_2010_2013.pdf> Acesso em: 9 nov. 2011.
72. LOWY, M. **As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
73. MACHADO, M.; VIEIRA, N. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v 17, n. 2, abr. 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2012.
74. MARCELINO, N. C. Academias de ginástica como opção de lazer. **R. Bras. Cienc. e Mov.**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 49-54, jun. 2003.
75. MARINHO, I. P. **História da educação física no Brasil**. São Paulo: Cia Brasil Editora, 19--.
76. MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.
77. MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Ed. Abril. 1985.

78. MATSUDO et al. The Agita São Paulo Program as a model for using physical activity to promote health. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 14, n. 4, out. 2003. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000900007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2012.
79. MELO, V. A. **O papel dos militares no desenvolvimento da formação profissional na educação física brasileira**. Mimeo, 2000.
80. MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.
81. MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública**. São Paulo: Editora Papyrus, 1987.
82. MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.
83. MERHY, E. E.; CECCIM, R. B. **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização**. [Internet] 2009. Disponível em:
<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-04.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2012.
84. MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde**. [Internet], 2003. Disponível em: <
http://www.ufrgs.br/faced/pesquisa/educasaude/banco_de_textos/6-Merhy%20&%20Franco.pdf> Acesso em: 03 fev. 2012.
85. MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

86. NASCIMENTO, D. D.; OLIVEIRA, M. A. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34 n.1, p. 92-96, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2012.
87. NOGUEIRA; PALMA, A. Reflexões acerca das políticas de promoção de atividade física e saúde: uma questão histórica. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 103-119, 2003.
88. OLIVEIRA, V. M. **O que é educação física**. 11. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
89. ONU (Organização das Nações Unidas). Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento humano (PNUD). **Atlas do desenvolvimento humano**. 2000. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em 15 mar. 2012.
90. OPAS (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE). **Carta de Ottawa**. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2010.
91. OPAS (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE). **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em 20 nov. 2011.
92. PAFFENBARGER, R. et al. Physical Activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. **New England Journal of Medicine**, v. 314, p. 605-613, 1986.

93. PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão de literatura. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 97-106, 2000.
94. PALMA, A. Educação física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros "modos de olhar". **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 23-39, 2001. Disponível em:
<<http://www.rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/view/410/384>>.
Acesso em: 11 Nov. 2011.
95. PALMA, A. Exercício Físico e Saúde; Sedentarismo e Doença: Epidemia, Causalidade e Moralidade. **Motriz**, Rio Claro, v.15, n.1, p.185-191, jan./mar. 2009. Disponível em:
<<http://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/motriz/article/view/2273/2230>>. Acesso em: 27 Jan. 2012.
96. PASQUIM, H. M. A saúde coletiva nos cursos de graduação em educação física. **Saúde soc.**, São Paulo, v.19, n.1, p.193-200, 2010.
97. PATE, R. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, v. 273, n. 5, p. 402-7, 1995. Disponível em: <<http://jama.ama-assn.org/content/273/5/402.short>>. Acesso em: 27 jan. 2012.
98. PAULO NETTO, J. Entrevista: José Paulo Netto. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, out. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2011.
99. PEREIRA, L. C. B. Da administração pública burocrática à gerencial. In: PEREIRA, L.C.B.; SPINK, P. K. (Org.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.
100. PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO PARANÁ. ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO (Andrea Ribeiro e André Costa). **Operação "Parceria"**

- desarticula esquema de desvio de recursos públicos.** (11/05/2010). Disponível em: <<http://www.prpr.mpf.gov.br>>. Acesso em: 11 mai. 2011.
101. QUINT, F. O. et al. Reflexões sobre a inserção da educação física no programa saúde da família. **Motrivivência**, v. 17, n. 24, p. 81-95, jun. 2005.
102. REZENDE, C. Modelos de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, M. (et al.) **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e a agenda para a saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.
103. RIZZOTTO, M. L. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS.** Dissertação de Mestrado Campinas Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 2000.
104. ROGER HANSEN, R. Treino, culto e embelezamento do corpo: um estudo em academias de ginástica e musculação. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 26, n. 1, p. 135-152, set. 2004. Disponível em: <<http://www.rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/view/109>>. Acesso em: 19 Jan. 2012.
105. ROLLO, A. **Proposta de roteiro para visita domiciliar.** Mimeo. 2005.
106. SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Comunic. Saúde Educ.**, v.7, n.12, p.91-112, 2003.
107. SOARES, C. L. Educação física escolar: conhecimento e especificidade. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, [online] n.2, 1996. Disponível em: <<http://cev.org.br/biblioteca/educacao-fisica-escolar-conhecimento-especificidade>> Acesso em: 10 out. 2011.
108. SOARES, C. L. **Educação física: raízes européias e o Brasil.** 4. ed. Campinas: Autores Associados, 2007.

109. SOARES, C. L. Imagens da retidão: a ginástica e a educação do corpo. In: CARVALHO, Y. M.; RUBIO, K. (Org.). **Educação física e ciências humanas**. São Paulo: HUCITEC. 2001.
110. TAFFAREL, C.; ESCOBAR, M. Mas, afinal, o que é Educação Física?: um exemplo do simplismo intelectual. **Movimento**, (ESEF/UFRGS), v. 1, n. 1, p. 35-40, 1994. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/2013>>. Acesso em: 23 jan. 2012.
111. TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J.; VILABOAS, A. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da Saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, v. 7, n. 2, 1998. Acesso em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf>. Disponível em: 02 fev. 2012.
112. TEIXEIRA, D. L. P.; SOUZA, M. C. Organização do processo de trabalho na evolução do capitalismo. **Rev. Adm. Empr.** Rio de Janeiro, v. 4, n. 25, p. 65-72, out./dez. 1985.
113. TOMASI, Z. F. T. **Saúde e Estado brasileiro**. São Paulo: Global. 1986.
114. TORRES, R. Público e privado na gestão da saúde. **Poli**. Manguinhos, v. 3, n. 16, p. 7-13, mar./abr. 2011.
115. TRIVIÑOS, A. N.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Editora Atlas, 1987.
116. VALLA, V. V. Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. **Cad. Saúde Pública**, [online], v. 8, n. 1, p. 30-40, 1992. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1992000100004>>. Acesso em: 03 fev. 2012.
117. VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n.1, p.82-8, jan./mar. 2005.

118. WESTPHAL, M. F. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 fev. 2012.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100005>.
119. WHO (World Health Organization) 1946. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. WHO. Genebra. Disponível em:
<http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf> Acesso em: 14 nov. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Titulo da pesquisa:

“Promoção da saúde e prática profissional de educadores físicos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa **“Promoção da saúde e prática profissional de educadores físicos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF”**, a ser realizada em uma das unidades básicas de saúde da cidade de Londrina. O objetivo da pesquisa é **“Analisar a prática profissional de educadores físicos na perspectiva da promoção da saúde”**. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: faremos uma entrevista individual, em local reservado, onde as falas serão, então, gravadas em fita K7 e observação de sua atuação em campo. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Para a coleta dos dados utilizaremos um gravador de fitas K7, sendo que após a transcrição das falas as fitas serão inutilizadas através de incineração.

Os benefícios esperados são trazer contribuições teóricas para a área e possibilitar posterior melhoria da prática profissional dos educadores físicos que atuam na área da saúde.

Informamos que o senhor não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão

ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar: **ALISSON MARQUES DE MENDONÇA, RUA ELIO CARMAGNANI, 356 - JARDIM ARAPONGAS - LONDRINA. TELEFONE: 3328-8390**, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 3371-2490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ____ de _____ de 2010.

Pesquisador Responsável

RG: 8.773.052-2

<p>_____ (nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.</p> <p>Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____</p> <p>Data: _____</p>
--

APÊNDICE B

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME (INICIAIS): _____ IDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____ Nº DE FILHOS: _____

GRADUAÇÃO (PLENA, LICENCIATURA OU BACHAREL):

HÁ QUANTO TEMPO É GRADUADO?

INSTITUIÇÃO QUE CURSOU A GRADUAÇÃO:

ESTÁ ESTUDANDO ATUALMENTE? SE SIM, ONDE?

POSSUI OUTRA ATIVIDADE REMUNERADA? SE SIM, ESPECIFICAR QUAL E CARGA HORÁRIA?

POSSUI EXPERIÊNCIAS ANTERIORES? SE SIM, QUAIS?

POSSUI PÓS GRADUAÇÃO? SE SIM, QUAL?

EM QUAL INSTITUIÇÃO?

ANO DE CONCLUSÃO:

ANEXOS

ANEXO 1

AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

C.D.004/2011 - GES/DGTES/AMS/PML

Informamos para fins de realização da pesquisa:

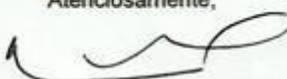
"PROMOÇÃO DA SAÚDE E PRÁTICA PROFISSIONAL DE EDUCADORES FÍSICOS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF" na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina pelo aluno Alisson Marques de Mendonça do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina sob a orientação da Prof^a Mara Garanhani da mesma Universidade, e que, por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da Res. CNS 196/96, e desta forma, sua execução nesta Autarquia está autorizada considerando o Parecer de Aprovação Nº. 252/10 do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, datado de 22 de novembro de 2010,

Londrina, 25 de fevereiro de 2011.


Rosaria Mestre Marques Okabayashi
Coord. de Educação Permanente/ Estágio/
Pesquisa da Gerência de Educação em
Saúde
DGTES/AMS/PML

ANEXO 2

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

 <p>Universidade Estadual de Londrina</p>	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná Registro CONEP 268	
Parecer de Aprovação Nº. 252/10 CAAE Nº. 0233.0.268.000-10 FOLHA DE ROSTO Nº. 378517	Londrina, 22 de novembro de 2010.
PESQUISADORA: ALISSON MARQUES DE MENDONÇA CCS/PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA	
Prezada Senhora: O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto: <p style="text-align: center;">"PROMOÇÃO DA SAÚDE E PRÁTICA PROFISSIONAL DE EDUCADORES FÍSICOS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF"</p>	
Situação do Projeto: APROVADO	
Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.	
Atenciosamente,  Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UEL	