
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade
Área de concentração: Atividade Física, Saúde e Educação

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A PRÁTICA EDUCATIVA DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NA PROMOÇÃO DAS PRÁTICAS CORPORAIS
E ATIVIDADES FÍSICAS NA COMUNIDADE**

WEDSON GUIMARÃES NASCIMENTO

RIO CLARO - SP
2021

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A PRÁTICA EDUCATIVA DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NA PROMOÇÃO DAS PRÁTICAS CORPORAIS
E ATIVIDADES FÍSICAS NA COMUNIDADE**

WEDSON GUIMARÃES NASCIMENTO

Dissertação de mestrado do Curso de Ciências da Motricidade, da área de concentração “atividade física, saúde e educação”, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” / UNESP- Campus Rio Claro, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Motricidade.

Orientadora: Prof. Dra. Priscila Missaki Nakamura

RIO CLARO - SP
2021

N244e

Nascimento, Wedson Guimarães

Educação em saúde e a prática educativa da equipe de saúde da família na promoção das práticas corporais e atividades físicas no território / Wedson Guimarães Nascimento. -- Rio Claro, 2021

141 f. : il., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Instituto de Biociências, Rio Claro

Orientadora: Priscila Missaki Nakamura

1. Sistema Único de Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Práticas Corporais. 4. Atividades físicas. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca do Instituto de Biociências, Rio Claro. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

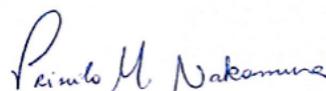
CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: **Educação em Saúde e a Prática Educativa da Equipe de Saúde da Família na Promoção das Atividades Físicas na Comunidade**

AUTOR: WEDSON GUIMARÃES NASCIMENTO

ORIENTADORA: PRISCILA MISSAKI NAKAMURA

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em CIÊNCIAS DA MOTRICIDADE, área: Atividade Física, Saúde e Educação pela Comissão Examinadora:



Profa. Dra. PRISCILA MISSAKI NAKAMURA (Participação Virtual)
Campus Muzambinho / IFSULDEMINAS - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais - MG



Prof. Dr. ALAN GOULARTE KNUTH (Participação Virtual)
Instituto de Educação / UFRG - Universidade Federal do Rio Grande - RS

Prof. Dr. PAULO HENRIQUE DE ARAÚJO GUERRA (Participação Virtual)
UFFS / Universidade Federal da Fronteira Sul - Chapecó - SC



Prof. Dr. ROBERTO TADEU IAOCHITE (Participação Virtual)
Departamento de Educação / UNESP - Instituto de Biociências de Rio Claro / SP

Rio Claro, 10 de junho de 2021

Dedico este estudo a todas as trabalhadoras e profissionais de saúde da USF que a pesquisa foi desenvolvida. Funcionárias públicas que, mesmo diante das adversidades impostas pela pandemia da COVID-19, entre outras, me receberam e contribuíram com o estudo, em especial as que participaram das entrevistas.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Priscila Missaki Nakamura pela orientação, que transformou nossos contrastes teóricos ao longo da graduação em oportunidades de diálogo na pós; ao Prof. Dr. Eduardo Kokubun pela presença e contribuições formais e informais ao longo do meu processo de formação; ao Núcleo de Atividade Física, Esporte e Saúde – NAFES, que pela mediação dos pesquisadores acima mencionados, e demais membros da equipe, me permitiram melhor compreender os processos que permeiam a epidemiologia da atividade física, potencializando uma ação reflexiva crítica que combate o negacionismo.

Aos alunos e estagiários do Projeto de Extensão Saúde Ativa pela convivência e privilégio de trabalhar com eles. Os quais contribuíram com o diálogo sobre os benefícios e as dificuldades de se promover as atividades físicas tendo em vista seus benefícios para a saúde, além de fazerem parte da construção do conhecimento, e reconhecimento dos desafios da extensão universitária.

Aos dois representantes do Núcleo de Educação em Saúde do município à época do início da pesquisa pela recepção e mediação com as equipes de saúde; à coordenação e aos membros da Unidade da Saúde da Família que a pesquisa foi desenvolvida pelas contribuições e acolhimento.

Agradecimento especial ao prof. Dr. Heitor Martins Pasquim, docente da Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás, que foi um parceiro ao longo do meu processo de iniciação científica. O qual, por meio de diálogos norteados por algumas produções acadêmicas trouxe grandes contribuições teóricas, a exemplo dos conhecimentos da saúde coletiva e das relações que a permeiam. Aos membros da Banca de qualificação e defesa, Prof. Dr. José Luiz Riani Costa, Prof. Dr. Alan Knuth, Prof. Dr. Roberto Tadeu Iaochite, e Prof. Dr. Paulo Henrique Guerra pelas contribuições.

Ao Instituto de Biociências da UNESP de Rio Claro, à instituição, e ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Motricidade Interunidades (PPPCMI), atual PPG Ciências do Movimento. Nesta relação, agradeço especialmente a Ivana Terezinha Brandt, e demais membros da seção técnica de pós-graduação da unidade Rio Claro pela boa administração, atenção e acolhimento.

Aos meus amigos de laboratório pelo companheirismo, por tornarem o processo mais leve. Em especial a Deisy Terumi Ueno, pelo suporte nos momentos decisivos, e revisão do texto; e ao Erik Vinicius Dopp, que esteve presente desde a graduação compartilhando inquietações e contribuindo para instigar o debate.

À minha família, onde tive o primeiro exemplo de educação como processo democrático, e com potencial para a justiça social (GUIMARÃES, 1988). Em especial à minha irmã, Gérssica de Almeida Pelegrini, à nossa relação e tudo que ela representa. À minha tia, Maria Inês de Almeida Pelegrini, principal responsável pelo início desta jornada.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Sinto-me como aquele menino que ganhou uma bacia de **jabuticabas**. As primeiras, ele chupou displicente, mas percebendo que faltam poucas, rói o caroço.

(...)

Sem muitas **jabuticabas** na bacia, quero viver ao lado de gente humana, muito humana; que sabe rir de seus tropeços, não se encanta com triunfos, não se considera eleita antes da hora, não foge de sua mortalidade, defende a dignidade dos marginalizados, e deseja tão somente andar ao lado de Deus (Rubem Alves).

RESUMO

Educação em saúde pode ser entendida como um “recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais da área, atinge a vida cotidiana das pessoas”. Desta forma, pode-se afirmar que todo profissional da saúde é um educador em potencial. Isso chama a atenção para a necessidade de refletir sobre as representações da educação em saúde, e a prática educativa que melhor dialoga com o sistema, em especial com a Atenção Primária à Saúde. Assim, a mesma preocupação vale para as ações referentes à promoção das práticas corporais e atividades físicas (PCAF) na AB, tendo em vista a indução destas práticas por políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, o principal objetivo desta pesquisa foi analisar as representações e as relações que permeiam a educação em saúde, e as características da prática educativa dos profissionais da Equipe de Saúde da Família na promoção das PCAF no território. Trata-se de um estudo exploratório de cunho qualitativo, realizado através de um estudo de caso de uma Unidade de Saúde da Família (USF) de uma cidade de médio porte do interior de São Paulo. A USF foi escolhida por conveniência, com preferência para unidade com o maior número de EqSF, sendo 3 EqSF. A produção dos dados ocorreu por meio de entrevistas, e a análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo. Os resultados estão representados em duas categorias, são elas: “educação em saúde” e “promoção das práticas corporais e atividades físicas”. A exploração do material levou ao surgimento de subcategorias, em “educação em saúde” surgiram as subcategorias: “entre uma educação redentora e a mediação de um projeto social” e “relações de trabalho”; já em “promoção das práticas corporais e atividades físicas” surgiu: “entre uma prática educativa tradicional e dialógica” e “parcerias e oferta das práticas no território”. Após análise, pode-se afirmar que no contexto da unidade de saúde estudada, as equipes demonstraram uma representação de educação em saúde redentora. A mesma esteve associada ao predomínio de uma prática educativa tradicional na mediação dos conhecimentos teórico-práticos das PCAF na promoção destas para a população adstrita. No entanto, foi possível perceber elementos da concepção de uma educação em saúde como mediação de um projeto social, que por sua vez se aproximou de uma prática educativa dialógica no estímulo ao envolvimento da população com as PCAF. Ademais, as ações educativas e de promoção das PCAF demonstraram ser influenciadas por relações de trabalho desestimulantes, representando uma barreira para o desenvolvimento de um processo mais consistente.

Palavras Chaves: Sistema Único de Saúde, Educação em Saúde, Práticas Corporais, Atividades físicas, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Health education can be understood as a “resource through which scientifically produced knowledge in the field of health, mediated by professionals in the area, reaches people's daily lives”. Thus, it can be said that every health professional is a potential educator. This draws attention to the need to reflect on the representations of health education, and the educational practice that better dialogues with the system, especially with Primary Health Care. Thus, the same concern applies to actions related to the promotion of bodily practices and physical activities in primary health care, in view of the induction of these practices by public policies of the Unified Health System. Therefore, the main objective of this research was to analyze the representations and relationships that permeate health education, and the characteristics of the educational practice of professionals from the Family Health Team in promoting bodily practices and physical activities in the territory. This is an exploratory study of a qualitative nature, carried out through a case study of a Family Health Unit in a medium-sized city in the interior of São Paulo. The unit was chosen for convenience, with preference for the unit with the largest number of teams, with 3 health teams. Data production took place through interviews, and data analysis was performed through content analysis. The results are represented in two categories, they are: “health education” and “promotion of bodily practices and physical activities”. The exploration of the material led to the emergence of subcategories, in “health education” the subcategories emerged: “between a redemptive education and the mediation of a social project” and “work relations”; in “promotion of bodily practices and physical activities” emerged: “between a traditional and dialogic educational practice” and “partnerships and offer of practices in the territory”. After analysis, it can be stated that in the context of the studied health unit, the teams demonstrated a representation of redemptive health education. It was associated with the predominance of a traditional educational practice in the mediation of theoretical and practical knowledge of bodily practices and physical activities in promoting these for the enrolled population. However, it was possible to perceive elements of the conception of health education as mediation of a social project, which in turn approached a dialogic educational practice in stimulating the population's involvement with bodily practices and physical activities. Furthermore,

educational actions have shown to be influenced by discouraging work relationships, representing a barrier to the development of a more consistent process.

Key Words: Unified Health System, Health Education, Body Practices, Physical Activities, Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACSM - American College of Sports Medicine

APS - Atenção Primária à Saúde

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

EqSF - Equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

IDA - Programa de Integração Docente Assistencial

MRSB - Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira

MS - Ministério da Saúde

NASF - AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

ODS - Objetivos do desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PCAF - Práticas Corporais e Atividades Físicas

PET Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente

PNEPS - SUS - Política Nacional de Educação Popular em saúde do SUS

PNH - Política Nacional de Humanização

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNPS - Política Nacional de Promoção de Saúde

Promed - Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

PSF - Programa Saúde da Família

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

VER-SUS - Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distinções entre Cobertura Universal e Sistema Universal de Saúde.

Quadro 2: síntese das características da prática educativa tradicional e da dialógica.

Quadro 3 - Processo de aproximação da AB.

Quadro 4 - Plano de qualificação da AB no município.

Quadro 5 - Categorias e subcategorias

Quadro 6 – Síntese de itens a serem considerados na atuação do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde.

Quadro 7 - Temas e referências das ações da Coordenação de Promoção de Atividade Física e Ações Intersetoriais – CGPROFI.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Profissionais entrevistados (n=13)

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 - Representação gráfica do ecomapa.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Questionário norteador

ANEXOS

Anexo 1 – Comitê de Ética

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	JUSTIFICATIVA.....	08
3	OBJETIVOS	10
4	HIPÓTESE DO ESTUDO	11
5	REVISÃO DE LITERATURA	12
	5.1 Sistema Único de Saúde	13
	5.2 Atenção Básica à Saúde	22
	5.3 Educação em Saúde	28
	5.4 Atividade Física e sua Relação com a Saúde	37
6	METODOLOGIA	48
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
9	APÊNDICES	119
10	APÊNDICES	123

1 INTRODUÇÃO

Educação em saúde pode ser compreendida como a articulação entre as áreas da educação e da saúde, conseqüentemente dos processos e representações que as permeiam. A área da educação, a partir da década de 1970 vem apresentando mudanças significativas. As novas características chegam até a área da saúde e apresentam desafios para o processo de trabalho em saúde na busca das respostas às necessidades individuais e coletivas no processo saúde doença (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

A articulação destes saberes representa o “recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais da área, atinge a vida cotidiana das pessoas” (ALVES, 2005, p. 43). Logo, toda ação em saúde pode ser considerada educativa, seja no âmbito da prevenção, diagnóstico, tratamento (CLASEN ROSCHKE; CASAS DONNEYS, 1987) e promoção de saúde.

Assim como a área da educação passou por mudanças, o sistema de saúde brasileiro - Sistema Único de Saúde (SUS) também apresenta novas características na organização e demanda novas formas de agir no trabalho em saúde. Seus princípios, incorporados pelas leis 8.080/90 e 8.142/90 que regulamentam o sistema, e a Atenção Primária à Saúde (APS), conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB) à saúde, desafia os profissionais a desenvolverem uma prática ordenada que vise o ato educativo a partir de métodos que exigem planejamento, interação, avaliação e uma reflexão crítica para um possível replanejamento das ações (RIBEIRO; SOARES, 2006).

Esse quadro torna necessário refletir sobre as representações da educação em saúde, e a prática educativa que melhor dialoga com o sistema, em especial com a AB, uma vez que esta se configura de forma complexa, sendo responsável pela organização dos serviços de saúde no território onde ocorrem as principais ações de promoção, prevenção e tratamento.

Desta forma, a mesma observação vale para as ações referentes à promoção das práticas corporais e atividades físicas (PCAF) via AB. Entre outras iniciativas, as PCAF aparecem em algumas políticas públicas de saúde, presente na Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) desde 2006, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) de 2006, valorizada na implementação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB) em 2008, na criação do Programa Academias da Saúde em 2011, no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 e no reconhecimento da atividade física como um dos fatores

determinantes e condicionantes da saúde através da alteração da Lei nº 8.080 do SUS (Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013).

2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A educação em saúde está presente nas políticas públicas do SUS, e ressalta a relevância da mediação do conhecimento sobre o processo saúde doença entre profissionais e comunidade. Assim, a prática educativa é uma das responsabilidades, e faz parte do processo de trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF), o que permite considerar que o trabalhador de saúde é um educador em potencial (PASQUIM, 2017). Portanto, com autoridade e autonomia para influenciar a população no que diz respeito aos modos de viver relacionados ao processo saúde doença, incluindo as PCAF.

A educação em saúde é mencionada nas ações da APS na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, de Ottawa, no Canadá, em novembro de 1986. Na ocasião, destacou-se “como princípio fundamental para a conquista da autonomia, participação, empoderamento e maior qualidade de vida da população” (RUMOR *et al.*, 2010, p. 675).

No Brasil, o tema está presente na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), principal documento norteador das ações nesse âmbito do SUS. A orientação XXIII, das atribuições dos profissionais da AB, responsabiliza todos os membros da equipe, independente da especialização, a “realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas as necessidades deste público” (BRASIL, 2017, s/p).

O tema está presente na PNPS desde 2006, atualmente como tema prioritário I, referente à formação e educação permanente, e no eixo operacional VI, que diz respeito à educação e formação (BRASIL, 2018).

Além disso, desde 2008, o NASF-AB, que se apresenta como equipe de apoio matricial, surge com o propósito de dar suporte técnico pedagógico às EqSF (BRASIL, 2014). Entre suas ações consta a realização de educação permanente (BRASIL, 2017, s/p), se tornando responsável por ações de educação em saúde.

A nível local, o Plano Municipal de Saúde do município que a pesquisa foi desenvolvida, referente aos anos de 2018 à 2021, aborda a educação em saúde no eixo 5, “gestão do trabalho e da educação na saúde”, e na diretriz 5.3, referente a “aperfeiçoar os mecanismos de educação para qualificar os profissionais do SUS”. Reconhece que “a formação e qualificação

dos gestores e dos trabalhadores do SUS devem aperfeiçoar a qualidade da gestão e da assistência à saúde” (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018, p. 123).

Além disso, Organizações da Sociedade Civil – OSCs também tem se manifestado a respeito da educação em saúde. A exemplo, em 2019, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, a fim de contribuir com os debates para a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8 CNS), lançou o documento “Pela Garantia do Direito Universal à Saúde no Brasil”, no qual propõem a defesa da seguridade social, a união de militantes do SUS e a formação de um amplo bloco democrático e popular em prol da Reforma Sanitária. Tratando-se da educação em saúde, no desafio 3: fortalecimento e consolidação do SUS, onde encontra-se o tópico “Política de pessoal: quem faz o SUS acontecer”, o documento destaca que: “todo profissional em exercício deve ter responsabilidades educativas e que as práticas pedagógicas devem apoiar o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e sociais” (ABRASCO, 2019, p. 15).

A relevância da educação em saúde indica a necessidade de refletir sobre o tema a partir da realidade das unidades de saúde. Uma vez que a prática educativa gera conhecimento e produz sentidos (SOARES *et al.*, 2017), investigar as representações e ações dos profissionais na abordagem do processo saúde doença em seu processo de trabalho, em especial dos que atuam com a comunidade via EqSF, é relevante. Isso também se aplica à promoção das PCAF.

Portanto, entre os impactos que os resultados e discussões que o presente estudo pretende gerar está a compreensão da forma que esses profissionais vêm se relacionado com a promoção das PCAF, de como a mediação do conhecimento e a produção dos sentidos tem acontecido, a exemplo da maneira que o profissional dialoga com a comunidade a respeito dos benefícios, justificativas e nas formas e opções de atividades e lugares sugeridos à população para o envolvimento com as práticas.

Além disso, as presentes relações tendem a trazer contribuições para a área de atividade física e saúde, que por comumente desenvolve pesquisas voltadas para a epidemiologia do comportamento de risco associado às DCNT, buscando construir estilos de vida saudáveis (MADEIRA *et al.*, 2018), porém ainda são poucas as relações com a promoção das práticas a partir das relações de trabalho dos profissionais e das características da população de um território em específico.

Assim, as contribuições para a área vão ao encontro das considerações de Loch e colaboradores (2021), que ao analisar dissertações e teses que envolveram o SUS nos

Programas de Pós Graduação Stricto Sensu em Educação Física (PPGEF) da região Sul do Brasil, entre 2010 e 2019, ressaltam que é “necessário que os pesquisadores se apropriem da especificidade do SUS, principalmente de seus princípios, pois, em alguns casos, a lógica é muito diferente da clínica e privada” (p. 16).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar as representações e as relações que permeiam a educação em saúde, e as características da prática educativa dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (EqSF) na promoção das práticas corporais e atividades físicas na comunidade.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar as ações educativas desenvolvidas pelas equipes de saúde da família na promoção das práticas corporais e atividades físicas para a comunidade.
- Identificar as estratégias empregadas pelas equipes na divulgação das práticas corporais e atividades físicas para a comunidade.
- Identificar a influência da educação permanente na prática educativa dos profissionais de saúde nas ações sobre as práticas corporais e atividades físicas.

4 HIPÓTESE DO ESTUDO

Historicamente, as ações de educação em saúde têm sido fundamentadas pelas representações de uma educação redentora e/ou como reprodução social (LUCKESI, 1994), adotando estratégias de caráter tradicional. “Tal lógica tem sido aplicada a muitos dos problemas de saúde pública na atualidade, vistos como solucionáveis por meio do ensino de quais comportamentos são adequados para a manutenção do “natural e original” estado de saúde de todos” (RUMOR *et al.*, 2010, p. 675).

O mesmo se aplica à mediação dos conhecimentos teórico-práticos sobre os benefícios das PCAF para a saúde. Isso porque, na maioria das vezes, as relações tem como base o que é veiculada por órgãos internacionais, como: American College of Sports Medicine (ACSM), Organização Mundial da Saúde (OMS), entre outras, que são atrelados à prevenção e controle das DCNT, discurso reforçado pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil (CARVALHO, 2020). Andrade (2018) identificou que a promoção das PCAF no SUS é centrada no modelo biomédico-epidemiológico, de cunho gerencialista corporal, alinhadas à governamentalidade neoliberal.

É possível que tal relação contribua para que prevaleçam recomendações de práticas tradicionais, centradas na sistematização de exercícios, divulgadas por variadas estratégias, como: rádio comunitária, TV, site e redes sociais, panfletos, murais, entre outras para a promoção e incentivo às práticas de atividades físicas para a população.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Estudar educação em saúde, antes de tudo é reconhecer a complexidade do tema, pois não há postura neutra, nem uma única forma de ver o mundo, a sociedade e o homem que nela vive (VASCONCELOS, 2009). Entende-se que as representações a respeito do que é educação e saúde estão intimamente atreladas a um campo de disputas que influenciam as políticas e práticas educativas voltadas para a população no campo da educação e da saúde.

Desta forma, esclarece-se desde já que as representações que norteiam o presente estudo são de uma educação como mediação de um projeto social (LUCKESI, 1994), que seja emancipatória, que busca instrumentalizar a sociedade para compreender e confrontar projetos hegemônicos, e do processo saúde-doença como um constructo histórico que se expressa na dinâmica social (PASQUIM, 2017). Processos que ocorrem em uma realidade complexa, na contradição de um sistema público e universal de saúde para todos os brasileiros, e a ascensão de um modelo privatista e excludente de estado (RAMOS, 2010).

Complexidade que ganha maior destaque devido a COVID-19, reconhecida como pandemia pela OMS em 12 de março de 2020, com transmissão comunitária no território nacional em 20 de março do mesmo ano, e mais de 18.855.015 casos e aproximadamente 527.892 mortes até 08 de Julho de 2021 (WHO, 2021). Segundo Felipe Santa Cruz, presidente da OAB, no Brasil, a pandemia se configura como um “cenário que envolve crimes e violações internacionais da nossa política sanitária e de defesa dos direitos humanos”. Sendo o Governo Federal responsável por estratégia institucional de propagação da COVID-19, como expõe análise produzida pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo (USP) (MASCARENHASA; FILHO; VIANNA, 2021).

Como o foco são as ações desenvolvidas na AB do SUS, é pertinente utilizá-lo como ponto de referência. Dessa forma, a presente revisão começa buscando a apreensão¹ do SUS, trazendo um pouco da história, princípios e dilemas do sistema. Seguirá abordando as representações da educação na sociedade e a influência dessas representações na prática educativa, entendida como “conjunto das ações socialmente planejadas, organizadas e operacionalizadas em espaços intersubjetivos destinados a criar oportunidades de ensino e aprendizagem” (MARQUES; CARVALHO, 2016, p. 123).

¹ Não se trata de uma ação passiva, "para apreender é preciso agir, exercitar-se, informar-se, tomar para si, apropriar-se, entre outros fatores". Diferente de aprender, que se refere a "tomar conhecimento, reter na memória mediante estudo, receber a informação de..." (ANASTASIOU, 2015).

Desenvolver ações no âmbito do SUS sem perder seus princípios de vista significa reconhecer e valorizar o potencial do sistema. Pensar a relação com as PCAF a partir desse contexto é refletir sobre como viabilizar a universalidade, a integralidade e a equidade na promoção e benefícios dessas práticas. É buscar torná-las “acessíveis - no mesmo patamar de qualidade e voltadas ao processo de desenvolvimento humano - a todas e todos que aqui habitam” (CASTELLANI FILHO, 2020, s/p), extrapolando o entendimento da AB apenas como “rede de apoio” para aumentar os níveis de atividade física da população (BRASIL, 2021).

5.1 Sistema Único de Saúde

A criação do SUS tem como base o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), um processo de amplas mobilizações sociais pela redemocratização que ocorreu dentro de um contexto de exclusão social de direito a saúde². Naquela época, o acesso à saúde não era universal, ocorria de forma dupla, dividido entre medicina previdenciária e saúde pública. A primeira era referente à assistência dada aos trabalhadores que contribuía com o sistema previdenciário, conhecido como modelo de atenção à saúde liberal privatista; a segunda, de responsabilidade do MS, era direcionada aos setores mais pobres da população, e para a zona rural (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Portanto, caracterizando uma lógica de cidadania regulada no acesso aos serviços de saúde.

O MRSB foi representado por diferentes sujeitos políticos, acadêmicos, movimentos estudantis, de renovação médica, e pela burocracia governamental, que apresentavam diferentes necessidades, e medidas para superar a crise da saúde. Tal diversidade foi responsável pela constituição de três tendências no processo de construção do MRSB, sendo: a liberalsanitarista (preventivista), a racionalizadora e a crítico-socialista (SOUZA, 2014).

Pode-se dizer que a tendência crítico-socialista, através de um pensamento pós-abissal³ (SOUTO; OLIVEIRA, 2016), apresentou a construção de um projeto civilizatório na contramão do projeto de globalização neoliberal. Tinha como objetivo gerar mudanças nos valores prevalentes na sociedade brasileira daquela época. O movimento tinha “a saúde como

² Importante destacar que o MRSB foi influenciado por conhecimentos e intervenções em saúde que o antecederam. A história conta com diversas iniciativas políticas e movimentos de ideias sobre saúde em uma perspectiva coletiva (SILVA; PAIN; SCHRAIBER, 2014).

³ O pensamento pós-abissal surge como uma resposta e resistência à hegemonia do pensamento moderno ocidental (pensamento abissal) que negligencia tudo aquilo que é produzido fora dos parâmetros aceitáveis por esta linha de raciocínio.

eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante” (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA, 2006, p. 38), tendo a saúde como direito⁴ universal de cidadania.

Epistemologicamente, a partir da crítica ao modelo neoliberal preventivista, a tendência crítico-socialista do MRSB representou o ineditismo do campo da saúde coletiva no Brasil. Trouxe a compreensão da determinação social do processo saúde doença, fundamentando as práticas e saberes da saúde em contraste com a hegemonia biomédica. Experiências até então não valorizadas, como o ignorante, o residual, o inferior, o local, o improdutivo e os saberes populares e de povos tradicionais passam a compor os saberes da área e ser valorizadas nos processos de trabalho em saúde (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, com a participação de povos indígenas, movimento feminista, grupos de pacientes, movimentos comunitários, trabalhadores rurais e urbanos, foi um dos principais palcos das discussões e deliberações, onde foi aprovado o projeto político da Reforma Sanitária Brasileira (SOUTO; OLIVEIRA, 2016). Essa construção política se concretizou tornando-se base do capítulo de saúde da Constituição Federal de 1988 em seus artigos de 196 a 200, se apresentando da seguinte forma:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse

⁴ O documento “A questão democrática na área da saúde”, apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), em 1979, apresenta, de forma pioneira, ideia da saúde como direito de todos (SOUZA, 2012, p. 12)

para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

No processo de implementação do SUS foram criadas duas leis que regulamentam as ações e funções do sistema no território nacional. A lei orgânica 8.080/90 apresenta os objetivos, princípios e diretrizes do sistema, sendo os objetivos: a assistência às pessoas, a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, a saúde do trabalhador, a assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica; os princípios: a “universalidade; integralidade; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral; direito, por parte das pessoas assistidas à informação sobre a sua saúde; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (PAIM, 2015 p. 37), e as diretrizes referem-se:

A utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; descentralização; participação da comunidade; divulgação de informações; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (PAIM, 2015, p. 37).

Já a Lei orgânica 8.142/90 diz respeito ao papel deliberativo e fiscalizador do controle social através das conferências e dos conselhos de saúde, e as formas de transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área da saúde.

A concretização do SUS na constituição federal, e seu processo de implementação não ocorreu de forma linear. Nos primeiros 25 anos da promulgação constitucional do direito à saúde houve desafios referentes a disputas político-jurídicas; a perca das pautas da tendência crítico-socialista, ao deixarem de fazer parte da agenda oficial; e a influência da prioridade da política macroeconômica de produção de superávit fiscal para o pagamento de dívidas bancárias, impedindo a ampliação do financiamento da saúde (SOUZA, 2014).

Apesar disso, a partir da promulgação constitucional do SUS o acesso à saúde não seria mais relacionado com o pagamento da previdência social, com a comprovação da pobreza, com o poder aquisitivo e/ou caridade. Agora, com o reconhecimento das propostas da reforma sanitária na constituição nacional e com suas leis, o SUS pressupõe a solidariedade, a cidadania e a democracia com base nos valores da igualdade e equidade sem nenhum tipo de discriminação (PAIM, 2015). Dessa forma, a saúde deixou de ter a característica de cidadania regulada e passou a ser pautada pelos princípios de um sistema único e universal de saúde, atendendo a todos e a todas de forma integral.

Os sistemas universais de saúde representam a criação do Estado de Bem-Estar Social, sendo uma “estratégia de fortalecimento da democracia, promoção dos direitos de cidadania e mitigação dos dramáticos efeitos da guerra sobre a qualidade de vida da população (COSTA; BARROS; RIZZOTTO, 2020, p. 11)”. Hoje, o SUS se apresenta como o único sistema público de saúde com universalidade e integralidade a atender mais de 200 milhões de habitantes (COMPROVA, 2019).

Existem várias conformações do princípio da universalidade, o modelo público bismarkiano, que se apoia nos seguros sociais, a exemplo da França, Alemanha e alguns países da América Latina; o público Beveridgiano, com base em financiamento fiscal e prestação pública de serviços, caso do Reino Unido, Portugal, Espanha, Itália e Brasil; e o caso de Cuba, por meio de monopólio estatal com financiamento e prestação pública (PAIM, 2019).

Destaca-se ainda que a concepção de sistema universal de saúde distingue-se da proposta de Cobertura Universal em Saúde (Universal Health Coverage - UHC). O sistema universal, caso do SUS e dos sistemas dos países citados acima, tem o protagonismo do estado na manutenção do bem estar social e na garantia do acesso à saúde como direito de cidadania (GIOVANELLA *et al.*, 2018). A segunda, difundida por organizações internacionais como a OMS e o Banco Mundial, incorporada pelas resoluções da Organização das Nações Unidas (ONU) na Agenda 2030 como meta de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (meta 3.8 do ODS 3 “Saúde e Bem-estar”), a qual valoriza e incentiva a participação do setor privado na expansão do acesso à saúde a partir de pacotes mínimos e restritos de serviços de saúde, tornando a saúde uma mercadoria. EUA, Holanda e Suíça são representantes desse modelo, “orientado para o mercado, ‘residual’ ou do livre mercado” (PAIM, 2020, p. 18).

A UHC começa a ganhar destaque em 2005, com a aprovação da Resolução 58.33 pela assembleia da OMS, e ganha força em 2011 com a Resolução 64.9, que versa sobre financiamento sustentável da saúde e cobertura universal. Em 2019, a ONU aprova por aclamação o documento “Cobertura Universal de Saúde: caminhando juntos para construir um mundo mais saudável” (PAIM, 2019).

Assim, existe a intenção de desenvolver uma espécie de “universalidade de mercado”, a qual reduz o papel do estado (PAIM, 2019), representando assim uma clara influência do “pensamento neoliberal de restrição de direitos, focalização das políticas sociais, subordinação da saúde, e da vida dinâmica do mercado (...)” (SOUTO; OLIVEIRA, 2016, p. 215). Entre outros problemas, as propostas que dão ênfase na UHC podem contribuir para o retorno da lógica da cidadania regulada, onde o governo voltará a se responsabilizar somente pela atenção às classes mais pobres (GIOVANELLA, 2018). As características dos dois modelos de atenção à saúde podem ser identificadas no quadro 1.

Quadro 1 - Distinções entre Cobertura Universal e Sistema Universal de saúde

Características	Cobertura Universal	Sistema Universal
Concepção de saúde	Saúde como mercadoria	Saúde como direito universal
Papel do Estado	Mínimo Restrito à regulação do sistema de saúde; Separação explícita de funções de financiamento/compra e prestação de serviços	Bem-estar social Responsável pelo financiamento, gestão e prestação dos serviços de saúde
Financiamento	Combinação (pooling) de fundos públicos e privados (prêmios de seguros, contribuições sociais, filantropia, impostos).	Fundo público com receitas de tributos (impostos gerais e contribuição para seguros sociais).
Ênfase das reformas	Subsídio à demanda para aquisição de seguros Seletividade da cesta e focalização nos mais pobres	Subsídio à oferta para garantia de acesso equitativo
Elegibilidade / Titularidade	Acesso segmentado, conforme filiação a algum seguro (privado ou público)	Acesso universal como condição de cidadania
Eficiência do sistema	Aumenta custos operacionais e administrativos; Gastos totais em saúde mais elevados	Menores custos operacionais e administrativos; Reduz custos unitários por economia de escala; menores gastos totais por maior regulação da oferta
Desenho do sistema de serviços	Fragmentados, sem territorialização	Serviços organizados em rede, territorializados, orientados pela APS

Abordagem de APS	Seletiva	Integral
Prestação Serviços	Prestados principalmente pelo setor privado	Serviços prestados principalmente pelo setor público
Cesta de serviços	Restrita (pacotes básicos/mínimos) Explícita	Abrangente (atenção integral) Implícita
Integralidade	Centrada na assistência individual e serviços biomédicos; Dicotomia entre cuidados individuais e coletivos	Integração entre cuidados individuais e ações de saúde pública; Integra promoção, prevenção e cuidado
Determinantes sociais de saúde	Não contempla abordagem DSS Possibilidade de ação intersetorial restrita	Contempla abordagem DSS Possibilidade de ação intersetorial facilitada
Cidadão	Consumidor/objeto	Protagonista/sujeito
Cidadania	Residual	Plena
Efeitos de solidariedade	Restritos	Abrangentes
Equidade	Cristaliza as desigualdades de acesso e uso conforme renda e inserção social; Acesso condicionado à capacidade de pagamento individual	Garantia de acesso e uso a serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades iguais, independente da capacidade de pagamento
Ideologia	Liberal	Social-democrata
Países alvo	Países de baixa e média renda	Todos os países

Fonte: GIOVANELLA et al. (2018).

Outro aspecto relevante, fruto dos debates da reforma sanitária e incorporado no SUS é a ressignificação e ampliação dos aspectos relacionados à saúde e o consequente reconhecimento da diversidade de fatores determinantes e condicionantes da saúde. Sendo eles, a alimentação, moradia, saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais e, em um segundo momento, a atividade física.

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), segundo a Comissão Nacional, representam as condições que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco para a população, a OMS o define como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS; FILHO, 2007). Os DSS buscam superar o olhar restrito aos determinantes biológicos e ecológicos relacionados à saúde do indivíduo e do coletivo e mostra que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (PAIM, 2015 p. 36). Sendo assim, o próprio sistema de saúde equivale a um determinante social com potencial

para refletir, reproduzir e cristalizar as desigualdades e iniquidades prevalentes na sociedade (BASILE, 2020, p. s/p).

A ampliação do conceito de saúde no SUS levou ao reconhecimento da “impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população”, tornando necessário o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias para promovê-la (BRASIL, 2006, p.10).

Nesse sentido, a intersetorialidade, ação referente a um “processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns” (BRASIL, 2006), passa a compor as ações do SUS para melhorar a atenção à saúde da população e reduzir as iniquidades.

Todavia, cabe ressaltar que os DSS, sob a influência e predomínio da visão positivista na compreensão do processo saúde doença, através da predominância da perspectiva hegemônica das ciências estatísticas (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017), tem gerado uma análise do “ponto de vista de 'fatores' (condições de vida, de trabalho, de moradia, de educação, de transporte etc.), 'contextos', 'circunstâncias' e 'condições', adotando, assim, uma perspectiva reducionista e fragmentada da realidade social” (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017, p. 69).

Essa perspectiva, com base no princípio da causalidade, que cria os fatores de risco e de proteção isoladamente, representou avanços nos cuidados do processo saúde doença a nível clínico individual, mas vem se demonstrando insuficiente para a transformação da saúde das populações, grupos sociais e enfrentamento das desigualdades e determinação socioambiental (BASILE, 2020).

O olhar fragmentado do social favorece o desenvolvimento de ações focalizadas, centradas no indivíduo e na doença, dificultando uma abordagem que compreende a produção da doença no plano da coletividade, frente o dinamismo das relações sociais no processo de produção da saúde e da doença. Uma vez que a atenção integral, direcionada à totalidade do sujeito é avesso à fragmentação (FONTOURA; MAYER, 2006), este enfoque pode se tornar um desafio para as ações intersetoriais na elaboração de estratégias que visam o atendimento integral da saúde do sujeito e da coletividade, além de limitar o combate às desigualdades.

O SUS, nos seus 30 anos completados em 2018 apresenta avanços notáveis. A AB, principal estratégia de assistência à saúde do sistema, foi responsável por “42.975 equipes de saúde da família em 2018, contemplando 130 milhões de pessoas, ou 62% da população, além

de 264 mil Agentes Comunitários de Saúde e de 26 mil equipes de saúde bucal, colaborando para o declínio da mortalidade infantil, hospitalizações evitáveis, redução das desigualdades raciais na mortalidade, etc.” (PAIM, 2020, p. 22). O sistema ainda conta com as redes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com os Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST), serviços pré-hospitalares de urgência-emergência (SAMU), Hemocentros, Vigilância em Saúde e com serviços de transplantes de órgãos e de tecidos, sendo alguns deles reconhecidos e considerados referências internacionais (SANTOS, 2018).

Todavia, apesar dos avanços, mantendo a tendência do processo ocorrido nos primeiros 25 anos, o sistema continua enfrentando grandes desafios. Isso se dá no âmbito político, de gestão e econômico. Entre eles, ainda existe a dificuldade de avançar no modelo pautado na doença e na assistência médico-hospitalar. As ações, de forma geral, ainda enfrentam dificuldades para concretizar o modelo de produzir saúde pautada pelos determinantes sociais do processo saúde-doença (MALTA *et al.*, 2018), e principalmente pela apropriação da noção da determinação social nas políticas e ações.

Entre outros, há uma grave questão de desfinanciamento que vem se agravando por meio das políticas de austeridade fiscal, a exemplo da EC 95/2016 que estipula um teto de gastos para a saúde por 20 anos. Soma-se ao conjunto dessas políticas o Plano Mais Brasil, iniciativa composta por 3 Propostas de Emenda à Constituição (PEC), sendo: 1 - PEC 186/2019 (PEC Emergencial), que dispõe sobre o controle do crescimento das despesas no âmbito do orçamento fiscal e da seguridade social da união, entre outras providências. Que na pandemia tenta usar o auxílio emergencial como recurso e justificativa para ampliar ainda mais a retirada de direitos e cortes de serviços públicos, aprofundando as medidas de austeridade fiscal, chegando a propor a retirar da União a obrigação de prover recursos mínimos para a saúde e a educação para a população brasileira (ABRASCO, 2021); 2 - PEC 187/2019 (PEC dos Fundos Públicos), que propõe a extinção de quase todos os fundos públicos atualmente vigentes no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios; e 3 - PEC 188/2019 (PEC do Pacto Federativo), que prevê uma reestruturação de todo o pacto federativo brasileiro, a proposta altera as regras sobre como os entes federativos devem gastar recursos e impõe restrições a despesas não autorizadas (OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE, 2020). Segundo Felipe Calabrez, o Plano Mais Brasil representa uma declaração explícita da “intenção de consolidar uma cultura de austeridade fiscal” (IHU ON-LINE, 2019).

Movimento expresso ainda pela consulta pública sobre a “Política Nacional de Saúde Suplementar para o Enfrentamento da Pandemia da Covid-19”, lançada pelo MS no dia 5 de abril de 2021. Segundo nota técnica divulgada a respeito por especialistas do Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde da Faculdade de Medicina da USP (GEPS) e pelo Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento na Saúde, do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (GPDES), trata-se de uma medida para “atender velhas demandas do setor privado assistencial e lançar uma política para o crescimento do mercado dos planos de saúde” (p.1), portanto, precisa ser sustada, uma vez que “não é mais admissível que expedientes empresariais na saúde, apoiados por sub-reptícias alianças políticas, se tornem uma saga na história do país” (p. 12), dizem os especialistas do GEPS e GPDES.

Segundo estudos do Institute of Health Equity, a austeridade, que tem como marco a crise imobiliária de 2008, foi responsável por grandes prejuízos nos determinantes sociais de saúde, que vem influenciando e consolidando a disparidade na expectativa de vida entre ricos e pobres (Institute of Health Equity, 2020).

O retrocesso em políticas sociais em função do ideário da austeridade econômica representa um custo insuportável para as sociedades, principalmente nos países periféricos, com aumento da pobreza e das desigualdades sociais, piora nas condições sanitárias, corrosão da coesão social, e ameaças de autoritarismo (REIS, 2018, s/p).

Mendes e colaboradores (2017, p. 857) destacam que a implementação indiscriminada desse tipo de política “não se trata apenas de um problema de cortes drásticos nos gastos públicos. As políticas austeras adotadas no período recente dizem respeito também à mudança de como o sistema de proteção social é organizado, servindo aos interesses mercantis”. A exemplo das recentes mudanças nas leis trabalhistas (LEI Nº 13.467, DE 13 DE JULHO DE 2017), e da reforma previdenciária (EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 103, DE 12 DE NOVENBRO DE 2019).

O que temos é uma clara contradição e tensão entre “o direito e o privilégio; a inclusão e a exclusão social; o corpo humano e a saúde como um valor humano a ser protegido e a redução do corpo e da saúde a meras mercadorias num sistema baseado em valores de troca (...)” (RAMOS, 2010, p. 18).

Os desafios existem e persistem desde a constitucionalização do SUS, pois, segundo Jairnilson Paim, um dos ativistas do MRSB, em entrevista concedida ao Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor em agosto de 2018, “nenhum dos governos após a promulgação da

constituição de 1988 comprometeu-se com o projeto do MRSB e com o SUS como sistema universal”. Segundo o professor, o olhar dos governos para o sistema transitou entre o SUS para pobres, o SUS real ou pragmático, mas não um SUS democrático e constitucional.

Cabe mencionar ainda o grande desafio, e a necessidade que o SUS tem de se descolonizar, “ainda hoje a tipologia de estudo e classificação de modelos de proteção social e sistemas de saúde continua sendo eurocêntrica em universidades, escolas de saúde pública e centros regionais de estudos” (BASILE, 2020, p. s/p).

Mais do que nunca, esta evidente que a luta pela universalidade da saúde e o enfrentamento das questões sociais no Brasil exige desafiar algumas adversidades, entre elas a política, referente à “oposição dos atores do norte global (OCDE, EUA, outros), corporações, organizações internacionais (FMI, BM, OMS, etc.) e do próprio colonialismo interno que querem ser o traçador da direcionalidade do “desenvolvimento” dos países do sul” (BASILE, 2020, p. s/p); e a econômica, que evitam “pensar e problematizar os sistemas tributários, a carga tributária e a justiça tributária como um horizonte distributivo geralmente proclamado, mas com pouca materialidade nas últimas décadas” (BASILE, 2020, p. s/p), a exemplo da PEC 186, que “esconde a falta de vontade política de buscar outras saídas, inclusive a taxaço das grandes fortunas, caminho trilhado por outros países” (ABRASCO, 2021, p. s/p).

5.2 Atenção Básica à Saúde

Visando contemplar as características e a operacionalização do sistema, uma das principais estratégias adotadas pelo SUS é a organização da atenção à saúde via AB. Trata-se da forma que os serviços de saúde se organizam, e da interação que existe entre eles. É fundamentada por atributos e por eixos estruturantes do processo de atenção, visa à qualidade do serviço, a efetividade e a eficiência nas suas ações para atingir a “longitudinalidade, a integralidade da atenção, a coordenação da assistência, a orientação familiar e comunitária, e a competência cultura” (OLIVEIRA, 2016, p. 548).

O MRSB adotou o termo “Atenção Básica” em vez de “Atenção Primária” buscando uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, que estaria associada à visão seletiva de oferta específica de serviços de saúde, contrariando os princípios de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada (GIOVANELLA, 2018). Todavia, devido às várias possibilidades de organização e interesses em disputas, a mudança não garante a implementação de uma atenção básica forte, pautada pelo acesso universal, pela indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social e pela participação social. O termo “Atenção Básica” também pode levar a

interpretações e formulações que priorizem serviços básicos de assistência à saúde (GIOVANELLA, 2018).

As ações da AB no Brasil tiveram início em 1991 com o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde. Em 1994 o programa cresceu e foi criado o Programa Saúde da Família - PSF. Na busca pelo fortalecimento da AB, e devido às características de focalização e seletividade das propostas anteriores (GIOVANELLA, 2018), o que não significa ignorar o êxito e contribuições, o PSF se ampliou, e em 2012, com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) deixou de ser um programa e se transformou em Estratégia Saúde da Família (ESF).

A principal característica da ESF é o “trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção” (BRASIL, 2012, p. 22) no território.

Nesta perspectiva o território é entendido como um espaço vivo e dinâmico capaz de produzir saúde, que deve passar por um diagnóstico epidemiológico para identificar as condições relacionadas ao processo saúde doença daquela população. Devem ser considerados ainda aspectos demográficos, da cultura e da história da população do território (JUSTO *et al.*, 2017). Assim, cada Equipe de Saúde da Família - EqSF⁵ se torna responsável por assistir a saúde da clientela adstrita em uma região.

A ESF adota as Redes de Atenção à Saúde (RASs) como forma de organização e distribuição dos serviços de saúde. As RASs pressupõem uma “forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos desse sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população” (MENDES, 2015, p. 15). Visa superar o modelo de simples oferta de serviço, característica marcante das primeiras experiências de AB no país.

As RASs como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma

⁵ As EqSF são compostas por médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal; (BRASIL, 2012, p. 55).

humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2011, p. 81).

As RASs não gerenciam a atenção à saúde de forma piramidal, onde a atenção primária compõe a base, seguida da secundária e terciária. As RASs administram a atenção a saúde por meio de uma rede horizontal, ou seja, substitui a hierarquia pela poliarquia. Isso significa que não existem prioridades entre os diversos locais de atenção à saúde, “mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas (...)” (MENDES, 2015, p. 20).

Essa articulação tem como base o reconhecimento da complexidade epidemiológica do Brasil, a qual vive uma situação de tripla carga de doenças, que envolve uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva associada às DCNT (MENDES, 2010). Assim, chama a atenção para que a abordagem das DCNT passe a ser organizada a partir da noção das condições de saúde. Essa perspectiva valoriza um olhar para além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias, etc.), pois reconhece o acometimento concomitante de outras condições de saúde associadas a estas doenças e a relevância dos ciclos de vida nesse processo (MENDES, 2012).

Isso significa que o cuidado baseado nos episódios de agudização das DCNT e no modelo preventivista, que enfatiza a história natural da doença, pressupondo que “no curso da “história” de cada doença é possível intervir mesmo antes de ela se expressar como um quadro clínico” (CARVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2013, p. 2), não é suficiente. Trata-se do reconhecimento de que os fenômenos do adoecimento e da cura passam por múltiplas ordens de determinação, portanto sendo necessária uma resposta social estruturada em sistemas integrados de saúde (MENDES, 2010) que reconheçam a necessidade de dialogar e escutar o indivíduo e não simplesmente auscultá-lo (ROZEMBERG; MINAYO, 2001).

Assim, a abordagem das DCNT passa a ser promovida e articulada como cuidado das condições crônicas, superando o olhar restrito ao padrão biomédico das DCNT e as relacionando com as doenças infecciosas persistentes, com as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal, com os distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas, as doenças metabólicas; doenças bucais; as condições de saúde caracterizadas como enfermidades e com o sofrimento relacionado a estas condições (MENDES, 2012). Abordagem esta que ganha destaque no contexto da pandemia, uma vez que as estratégias implementadas nos cuidados e controle da COVID-19 não permitem a descontinuidade de ações preventivas, como a vacinação, a desassistência de pacientes

crônicos e grupos prioritários, nem deixar de atender às pequenas urgências e às agudizações de doenças crônicas (DAUMAS, 2020).

É importante ressaltar ainda que, apesar da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, de 2012) prever a ESF e as RAS como forma de organizar a AB, na prática social é possível observar a coexistência de outros modelos (MENDES, 2015).

Além das formas de organização e estruturação do modelo de atenção e assistência à saúde, o SUS conta com o desenvolvimento e implementação de políticas públicas que visam contribuir com a melhoria dos serviços de saúde na AB, a exemplo da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – (NASF-AB).

A PNPS, buscando atender novas demandas, muda o foco dos “fatores de risco/qualidade de vida”, presentes na versão de 2006, para desenvolver ações com base na “equidade/condições e modos de viver” em sua atualização de 2014, reconhece que:

A promoção da saúde deve considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que eles vivem (BRASIL, 2018, p. 8).

A política tem como objetivo geral a “equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (BRASIL, 2018, p. 11). Conta com 8 temas prioritários, sendo eles: Formação e educação permanente; Alimentação adequada e saudável; Práticas corporais e atividades físicas; Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados; Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas; Promoção da mobilidade segura; Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos e a Promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2018).

No mesmo sentido, o NASF - AB visa ampliar e qualificar o atendimento a população, é constituído por uma equipe com profissionais de diferentes núcleos de saberes que atuam realizando o apoio matricial para as EqSF. Suas ações devem dialogar com princípios da AB como, ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

Assim, cabe aos profissionais que atuam na AB, às equipes de referências (EqSF) e de apoio matricial (NASF - AB) desenvolver “ações educativas que possam interferir no processo de saúde doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida”; proporcionar “assistência básica integral e contínua, organizada à população adstrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;” participar “das equipes no planejamento e na avaliação das ações;” e “desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde” (BRASIL, 2006).

Visando fortalecer a AB, em 2011, através da Portaria nº 1.654 do Ministério da Saúde foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2011). O Programa tem como objetivo induzir e ampliar o acesso e melhorar a qualidade da AB, busca produzir análises, avaliações e intervenções “capazes de gerar capacidade institucional nas equipes e nos sistemas locais para produzir mudanças nas práticas dos serviços, de acordo com as características esperadas para a AB e as potencialidades locorregionais” (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014, p. 359).

O valor e o reconhecimento da AB como estratégia organizacional dos sistemas universais de saúde e dos seus benefícios para a população foi reafirmado em 2018, nos dias 25 e 26 de Agosto em Astana, no Cazaquistão, na Conferência Global de Atenção Primária à Saúde. Esta veio reafirmar o compromisso da conferência de Alma-Ata, a 40 anos, quando a APS se fortaleceu como estratégia viável para garantir a saúde para todos e todas. Entre as propostas de Astana encontram-se:

- Governos e sociedades devem priorizar, promover e proteger a saúde e o bem-estar das pessoas, tanto no plano da população, quanto nos níveis individuais, por meio de sistemas de saúde fortalecidos;
- Cuidados primários de saúde e serviços de saúde devem ser de alta qualidade, seguros, abrangentes, integrados, acessíveis, disponíveis e alcançáveis para todos e em todos os lugares, propiciados com compaixão, respeito e dignidade, por profissionais de saúde bem treinados, qualificados, motivados e comprometidos;
- Garantia de ambientes que propiciem a boa saúde de indivíduos e comunidades engajados em manter e aprimorar sua saúde e o bem-estar;
- Parceiros e interessados devem estar alinhados no fornecimento de apoio efetivo às políticas nacionais de saúde, estratégias e planos (ASTANA, 2018, p. s/p).

No entanto, a menção e o reconhecimento da UHC como forma de fortalecimento da APS, ao contrário da conferência de Alma-Ata, que demonstrou um entendimento de APS

que demandava mudanças estruturais, inclusive de ordem econômica, uma atenção que deveria ser pautada a partir da noção da integralidade da atenção à saúde, gerou críticas. Astana, ao falar de UHC retorna a visão de APS fragmentada e seletiva, como primeiro nível de atenção, de “serviços essenciais”, desta forma, afastando-se do sentido da integralidade (MATHIAS, 2018).

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e outras organizações da sociedade civil e movimentos sociais se manifestaram e assinaram uma declaração alternativa sobre cuidados primários de saúde reforçando que a AB é mais ampla que a noção de UHC (REIS, 2018). Apesar do dilema, Carina Vance, diretora do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, e ex-ministra da saúde do Equador, em entrevista concedida ao site Outra Saúde, disse que “Astana foi uma boa oportunidade de fortalecer as redes, mapear quem está trabalhando com uma outra visão e também reconhecer que temos uma luta muito difícil pela frente”.

Cabe ressaltar que apesar do reconhecimento e dos benefícios de uma AB forte para o sistema e para a saúde da população, as políticas de austeridade também afetam negativamente essa organização, a exemplo das alterações na atualização da PNAB em 2017, que flexibiliza a organização da AB via ESF; a criação da Carteira de Serviços para a APS; do Programa Previne Brasil, que muda a forma de alocação de recursos que, entre outras coisas representa o fim do custeio para o NASF-AB; a Medida Provisória nº 890/2019, que cria o programa Médicos pelo Brasil e institui a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – ADAPS (DIAS, 2019, s/p; REDE APS, 2019, s/p). Tudo isso representando sérios riscos ao princípio da universalidade e integralidade da atenção à saúde (MASSUDA, 2020).

O desmonte do SUS e da AB estão diretamente relacionados à crise sanitária diante da pandemia da COVID-19, entre outros dilemas políticos, o desmonte impõe grandes desafios para o controle e cuidados da saúde relacionados à pandemia (DAUMAS, 2020). Os trabalhadores da saúde, dos hospitais às EqSF no território, devido a condições inadequadas de trabalho estão mais expostos aos riscos e com dificuldades para dar suporte às comunidades⁶.

⁶ Apesar disso, importante destacar os esforços das EqSF que vem criando estratégias para manter o contato com a população adscrita, a exemplo de Porto Alegre - RS, que para manter a proximidade com sua comunidade criou o programa de rádio - fica em casa - que aborda temas sobre cuidados com a saúde e problemas sociais como violência contra a mulher, racismo, gênero e sexualidade.

A assistência à COVID-19 precisa dar conta das necessidades dos pacientes nas diferentes fases da infecção e em todo o espectro de gravidade, em uma linha de cuidado que envolve desde o monitoramento de casos leves em isolamento domiciliar, com orientações para o manejo de sintomas e para a identificação precoce de sinais de alerta, até a internação em unidades de terapia intensiva (UTI) e a reabilitação após a alta hospitalar (DAUMAS, 2020, p. 1).

Tratando-se da população, uma vez que as medidas assistenciais emergenciais são insuficientes e burocráticas, ressaltam-se as vulnerabilidades, condenando grupos sociais desfavorecidos à morte. Processo potencializado pela desigualdade social encontrada no Brasil, reforçada pelas políticas de austeridade (DWECK; OLIVEIRA; ROSSI, 2018), se tornando “um terreno fértil para a disseminação da COVID-19, dificultando o isolamento social, restringindo acesso a insumos básicos para higiene e proteção, e dificultando a própria assistência aos serviços de saúde” (MINAYO; FREIRE, 2020, s/p).

Portanto, uma vez que “elementos simbólicos, assim como subjetividades ou complexos sociais, podem ser objetos nos diversos processos de trabalho” (FARIA *et al.*, 2009) é primordial que trabalhadores da saúde se posicionem contra políticas que prejudicam e colocam em xeque o potencial do SUS e da AB como parte do seu processo de trabalho. Adotar esta postura política significa contribuir com os processos de construção da cidadania e democracia (VASCONCELOS, 2009), luta da tendência crítico-socialista do MRSB.

5.3 Educação em Saúde

A educação em saúde vem se desenvolvendo ao longo da evolução das políticas de saúde brasileira, portanto, apresentando características distintas ao longo da história. Pode ser analisada em dois momentos, tendo em vista as características que prevaleceram, sendo, antes do SUS: passando pela educação higiênica, na época do saneamento dos portos e do combate às várias epidemias; e pela educação sanitarista, a partir da urbanização e do controle do estado sobre a população. Após a criação do SUS: pela educação popular, que surge após alterações teóricas no campo da educação em saúde pelo envolvimento dos movimentos sociais que foram dando espaço ao método de Paulo Freire, propondo uma nova pedagogia, dando espaço a práticas de caráter dialógico (PINAFO, 2010).

Atualmente, por meio de diversas práticas pedagógicas e sociais, a educação em saúde promove ações que vão ao encontro do que é determinado pelas políticas públicas de saúde que tem os princípios e diretrizes do SUS como referências (MARTINS, SOUZA, 2017). A prática educativa dos profissionais que atuam no sistema visa gerar condições que viabilizam

o processo de ensino e aprendizagem a partir de ferramentas que promovem o conhecimento e a produção de sentidos para a população. Assim, a prática pedagógica das EqSF é determinante para a qualidade da atenção e cuidados direcionados a população (SOARES *et al.*, 2017).

Luckesi (1994), ao questionar quais sentidos podem ser dados à educação na sociedade apresenta 3 possibilidades, sendo: a educação redentora, “responsável pela direção da sociedade, na medida em que ela é capaz de direcionar a vida social, salvando-a da situação em que se encontra” (p. 37), portanto, visa corrigir os desvios da sociedade e a tornando melhor, mas promovendo a adaptação do indivíduo na sociedade; a educação como reprodução social, que “entende que a educação reproduz a sociedade como ela está” (p. 37), representando a reprodução da força de trabalho e da manutenção da sociedade capitalista. Estas duas tendências levam a um mesmo ponto, uma reconhece que a educação é a instância que corrige desvios do modelo social; outra reconhece que a educação reproduz o modelo social. Em ambos os casos, a organização da sociedade é tida como "natural" e “a-histórica” (p. 49)

Já a educação como mediação de um projeto social, como “instância mediadora de uma forma de entender e viver a sociedade” (p. 37), “nem salva nem reproduz a sociedade, mas pode e deve servir de meio para a efetivação de uma concepção de sociedade” (p. 37). Ao contrário da educação redentora e como reprodução social, nesta concepção a educação não tem características de conservação e manutenção do status quo, mas busca compreender as relações a partir do contexto e da dinâmica social, considerando seus determinantes e condicionantes (PINAFO, 2010).

Assim, a educação, “eivada de sentidos, de conceitos, valores e finalidades” (LUCKESI, 1994, p. 37) é uma instância dialética que serve a um projeto que trabalha para mediar e se concretizar na prática. Portanto, “se o projeto for conservador, medeia a conservação; contudo, se o projeto for transformador, medeia a transformação; se o projeto for autoritário, medeia a realização do autoritarismo; se o projeto for democrático, medeia a realização da democracia” (LUCKESI, 1994, p. 49).

Essas representações coexistem na prática social e influenciam a forma que os profissionais medeiam os conhecimentos do campo da saúde com a população. Sendo a educação redentora, e como reprodução social, responsáveis por gerar uma prática educativa tradicional; e a educação como mediação de um projeto social responsável por instigar uma prática educativa dialógica.

A prática educativa tradicional tem como base o referencial teórico metodológico da nova saúde pública, que é uma abordagem que reconhece a multicausalidade no processo saúde doença, mas é fundamentada pelo princípio da causalidade, não é problematizadora, e não questiona as estruturas da sociedade (PASQUIM, 2017).

Entre as estratégias adotadas por essa abordagem para mediar às evidências científicas do campo da saúde com a população está o desenvolvimento pessoal, que pressupõe o desenvolvimento das capacidades pessoais como facilitador da informação, o qual o aprendizado de habilidades contribui para minimizar os riscos informados; e a escolha informada, baseada no conhecimento da população por meio de informações sobre os riscos à saúde. São estratégias complementares, conformando uma abordagem preventivista, caracterizada “pelo foco nos comportamentos individuais, vistos como fatores relacionados à ocorrência de doenças” (DANTAS, 2010. P. 45).

Com ações disciplinadoras e por meio de padronização de regras de higiene, hábitos de vida de uma forma geral e conduta moral, esse modelo exerce um controle social e se configurando como as ações mais comuns na área da saúde (SILVA et al., 2010).

O modelo pedagógico que fundamenta a prática educativa tradicional é a pedagogia da transmissão, que “parte da premissa de que as ideias e conhecimentos são os pontos mais importantes da educação” (BORDENAVE, 1989, p. 262; DANTAS, 2010), e a pedagogia do condicionamento, que “ênfatiza os resultados comportamentais, ou seja, as manifestações empíricas e operacionais da troca de conhecimentos, atitudes e destrezas” (BORDENAVE, 1989, p. 263; DANTAS, 2010).

Já a prática educativa dialógica tem como base o referencial teórico metodológico da saúde coletiva, que questiona a estrutura e as dinâmicas sociais no processo saúde doença, e considera a determinação história que permeia tal processo, constituindo uma análise a partir da ótica da determinação social na produção da saúde e da doença. (PASQUIM, 2017).

A abordagem da prática educativa dialógica tem um enfoque radical da educação em saúde. Influenciado pela medicina social, o mesmo reconhece que as “condições e a estrutura social são causas básicas dos problemas de saúde” (STOTZ, 2009, P.7). A estratégia adotada por essa abordagem para mediar às evidências científicas do campo da saúde com a população é a educação popular em saúde. O movimento da educação popular em saúde rompe com a relação vertical entre profissionais e usuários na relação educativa, valoriza as iniciativas da população, e busca compreender e explicitar o saber popular (ALVES, 2004).

Uma prática educativa dialógica busca extrapolar os limites dos determinantes biológicos e da causalidade e passa a integrar as condições de vida e trabalho como cruciais no processo de saúde doença. Nessa proposta, o principal instrumento da prática educativa é o diálogo, ela respeita as necessidades da população e do sujeito, leva em consideração as crenças, hábitos e as condição objetiva de vida dos indivíduos (SILVA et al., 2010). Não existe a imposição de normas a serem seguidas, mas um acordo entre profissionais e sujeitos na busca das melhores estratégias para melhorar as condições de saúde.

O modelo pedagógico que fundamenta a prática educativa dialógica é a pedagogia da problematização, que visa tornar o sujeito agente da transformação social, a fim de “detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas” (BORDENAVE, 1989, p. 265; DANTAS, 2010). O quadro 2 sintetiza as características da prática educativa tradicional e dialógica.

Quadro 2: síntese das características da pratica educativa tradicional e da dialógica.

Característica	Prática educativa Tradicional	Prática educativa dialógica
Concepção de Educação	Ato de depósito de conhecimentos e de valores	Ato de conhecimento nas relações com o mundo e em comunhão com os outros
Concepção de saúde	Ausência de doença	Produção social do processo saúde-doença
Concepção de homem	Destituído de saber ou portador de saberes equivocados ou nocivos à saúde; objeto da prática educativa	Portador de saberes e práticas de saúde e cuidado adquiridos mediante experiências concretas de vida; sujeito da prática educativa
Concepção de homem	Profissionais detentor de saber técnico-científico com status de verdade; nada tem a aprender da aproximação com o saber popular	Profissionais detentor de um saber técnico-científico que é inacabado; no cotidiano de suas ações reaprende através do diálogo com o saber popular

Enfoque da prática educativa em saúde	Centrado na doença; enfoque estritamente preventivista	Centrado no sujeito a que se destina a prática educativa; enfoque promocional
Objetivos	Redução dos riscos individuais; prevenção de doenças e agravos à saúde	Constituição de sujeitos para a transformação de condições de saúde e melhoria da qualidade de vida
Espaços educativos	Falta de unidade entre a prática educativa e as demais práticas de saúde; contextos formais como os grupos educativos	Integração entre assistência educação em saúde; contextos informais das relações interpessoais
Metodologia Comunicação	Comunicação unilateral e informativa: palestras, folhetos, cartazes etc.	Comunicação dialógica: problematização e reflexão
Ponto de partida	Conhecimento científico; diagnóstico de necessidades pelos profissionais de saúde mediante levantamentos epidemiológicos	Realidade objetiva e condições de existência dos sujeitos assistidos; co-participação e coresponsabilidade no diagnóstico dos problemas

Fonte: Alves (2004, p. 29)

Como menciona Alves (2004), o pensamento dicotômico apresentado representa um recurso didático, mas não se aplica de forma linear e objetiva na complexidade da realidade social, sendo possível esses modelos coexistirem.

Reconhecendo os sentidos da educação na sociedade, e suas influências no campo da saúde e no processo de trabalho do profissional, movimentos sociais vêm apresentando preocupações a respeito do processo de formação e qualificação dos profissionais da saúde.

É possível encontrar legislações e políticas públicas que propõem a reorientação “das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde” (OLIVEIRA *et al.*, 2016, p. 548). A exemplo do Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) e do Projeto UNI – Uma

Nova Iniciativa nos anos 80 e 90; do Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), em 2002; do Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde - VER-SUS e do Aprender SUS, em 2003 e 2004; do PRÓ-SAÚDE I, entre 2005 e 2006; do PRÓ-SAÚDE II e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde, em 2010; e da Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017, que reafirma o SUS como ordenador da formação dos (as) trabalhadores (as) da área da saúde.

Além disso, a Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e gestão do SUS, de 2003, segundo Jeane Rego, enfermeira e especialista em gestão de saúde pela Universidade Federal do Pará, visa a democratização do processo de trabalho e a “indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e de gerir os processos de trabalho entre atenção e gestão, clínica e política, produção de saúde e de subjetividade”.

Ainda entre as políticas, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), de 2009, surgiu como uma estratégia de reorganização das práticas em saúde, tanto no âmbito da formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social na área da saúde, tendo como parâmetro o sistema público, em especial a atenção básica.

Todavia, cabe destacar que a implementação de todas as estratégias de formação, seja nos cursos de graduação da saúde, nos cursos profissionalizantes ou na educação permanente em saúde, foi e continua sendo um processo complexo e permeado por entraves e obstáculos enraizados nas práticas e nas pedagogias tradicionais, que por sua vez reflete nas ações dos profissionais de saúde com a comunidade (LEITE; PINTO; FAGUNDES, 2020).

A formação com base na pedagogia tradicional tende a promover a educação com sentidos da educação redentora e de reprodução social, pois considera “a realidade como um dado natural e estável, em relação à qual o ser humano elabora uma representação que o ajuda a adaptar-se a ela” (RAMOS, 2010, p. 171). A relação se dá com sujeitos passivos, que recebem informações de um programa educativo desenvolvido e transmitido por especialistas como base na noção de um “corpo biológico, um corpo a-histórico, não determinado pelas condições sociais que demarcam o espaço que irá ocupar na produção” (PELICIONI; PELICIONI; TOLEDO, 2013; SOARES, 1994, p.28). Prevaecem práticas que tratam o público alvo como objeto de transformação, eles são quem devem mudar, não as situações de desigualdade e condições de vida (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

O contraponto é a formação com base nas pedagogias críticas, com ressalva aos limites das teorias-crítico-reprodutivistas (LUCKESI, 1994). As pedagogias críticas não buscam

simplesmente a transmissão e aquisição de conhecimentos, mas a transformação da realidade dos sujeitos através da reflexão crítica da realidade destes; e considera os determinantes da educação, como o contexto político, histórico e social (PINAFO, 2010; LEITE; PINTO; FAGUNDES, 2020). Busca “a compreensão da realidade e potencializa as ações dos sujeitos para superar a exploração e a alienação dos trabalhadores, transformando-a em benefício da emancipação humana” (RAMOS, 2010, p. 171). Se expressa como um “instrumento pedagógico transformador”; que busca criar “condições para que os sujeitos possam ser intelectuais e políticos, para agir e pensar, conceber e propor, analisar e ‘prever’, exaltando a dialética da unidade, do diverso, da totalidade” (LEITE; PINTO; FAGUNDES, 2020).

Na saúde, tal perspectiva dá a oportunidade de abordar o processo saúde doença através de uma ecologia dos saberes, visão que “mostrar os limites da leitura monocultural da saúde biomedicalizada e, simultaneamente, mobilizar os recursos do saber científico para a procura das conexões parciais que abrem esse espaço para as ecologias dos saberes da/na saúde e para ecologias do cuidado” (NUNES; LOUVISON, 2020, p. 8). Permitindo, por exemplo, debates sobre a holopatogênese⁷, que se trata da articulação entre uma teoria geral da saúde com a teoria restrita da doença (SANTOS, 2020). Esta teoria “admite a possibilidade de fusão, combinação, composição ou articulação de lógicas de determinação distintas, reforçando o argumento de que nem todos os modelos podem ser expressos na forma algébrica (...), reduzidos à mera quantificação” (SANTOS, 2020, p. 108), tornando necessário incorporar projeções de outras redes de determinação (SANTOS, 2020).

As representações sobre o corpo também são influenciadas e apresentam desdobramentos distintos entre uma formação com base nas pedagogias tradicionais e críticas. Saviani (2019, p. 31), representante da pedagogia histórico crítica, afirma que a “concepção de homem referenciada na materialidade da condição humana em que o fato primordial e irrecusável se expressa na corporeidade, a educação corporal não pode ser considerada algo de menor importância”. Assim, nas pedagogias críticas, o corpo biológico, a-histórico, não determinado pelas condições sociais perde espaço para a noção da integralidade, uma vez que o homem deve ser considerado em seu todo, pugnando por uma educação integral (SAVIANI, 2019).

⁷ Etimologicamente, o conceito de “holopatogênese” se define como conjunto ou rede de processos de sobredeterminação (gênese) de doenças, doenças e condições relacionadas (*pathos*) tomados como um objeto integral, complexo, total (*holos*), compreendendo facetas distintas, manifestações e expressões de tal objeto de conhecimento que opera em distintos níveis hierárquicos de complexidade, dependentes de seu tema ontológico e simbólico (Almeida-Filho; Andrade, 2006).

Existem diferenças entre as abordagens críticas, no entanto, há traços comuns que permitem a (auto) adjetivação “crítica” (KIRK; ALMEIDA; BRACHT, 2020). Autores críticos com Paulo Freire, Pierre Bourdieu, entre outros, não apresentam, necessariamente, unidade de pensamento, porém é comum a preocupação em denunciar que os sistemas educativos podem contribuir com a reprodução das desigualdades e injustiças sociais (KIRK; ALMEIDA; BRACHT, 2020). Assim, as “pedagogias críticas têm em comum a preocupação de fazer com que os sistemas educativos colaborem com processos de superação das iniquidades e injustiças denunciadas, o que só é possível com profundas transformações sociais” (KIRK; ALMEIDA; BRACHT, 2020, p. 1).

No entanto, ressalta-se que, apesar dos potenciais das pedagogias críticas, deve-se ter cuidado com a politização da mesma (KIRK; ALMEIDA; BRACHT, 2020). A exemplo, uma perspectiva linear entre educação e cidadania pode promover uma cidadania empobrecida, uma vez “que o exercício da cidadania está no âmbito da ação e este não pode ser antecipado por processos formativos de modo mecânico” (FENSTERSEIFER; GONZÁLEZ; SILVA, 2019).

As deliberações, ou simples tomadas de posição no universo político, necessitam da mediação pedagógica, e esta, se não quisermos estabelecer uma relação instrumental que reduza os educadores a meros “aplicadores”, também tem suas vicissitudes. Logo, se não quisermos incorrer no “politicismo”, temos que reconhecer à especificidade dos universos aí envolvidos (FENSTERSEIFER; GONZÁLEZ; SILVA, 2019, p. 3).

Todavia, isso não significa negar o valor das teorias críticas, mas “manter uma autocrítica em relação às formas de apropriação de certas formas de crítica (...)” (FENSTERSEIFER; GONZÁLEZ; SILVA, 2019, p. 10).

As presentes considerações vão ao encontro de observações feitas por Bagrichevsky (2021) no ensaio “pelas lentes do SUS: notas sobre desafios e avanços da promoção da saúde na atenção primária”. Na ocasião, o autor chama a atenção para a articulação de duas tarefas a fim de adequar as ações de promoção de saúde a micro realidades conjunturais na rotina da AB, sendo: 1- “refletir acerca dos pressupostos ético-políticos que guiam tais práticas”; e 2- “considerar a necessidade de reconfiguração dos empreendimentos pedagógicos tradicionais, ainda dominantes nas atividades de ‘educação em saúde’ utilizada junto aos grupos comunitários” (BAGRICHEVSKY, 2021, p. 4).

Um profissional da saúde com uma formação crítica tem potencial “para contribuir com o desenvolvimento humano e social das pessoas e comunidades pelas quais é responsável –

seja por meio de uma atuação técnica, seja por meio de uma ação política” (FIGUEIREDO; ORRILLO, 2020, p. 24). São essas relações que contribuíram para um processo de trabalho com base em uma prática educativa dialógica, que buscará reconhecer e valorizar as representações sociais e o lugar da experiência nos processos de adoecimento dos sujeitos (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

Assim, a ação do profissional não será sobre um corpo entendido como um instrumento ou um conjunto de órgãos, sistemas ou objeto de programas de promoção de saúde ou lazer (NÓBREGA, 2005), pois tenderá a reconhecer que “os padrões de ser e de viver, colocados por nossa condição corpórea, são bem mais flexíveis que os dispositivos normalizadores das instituições” (NÓBREGA, 2005, p.612).

A exemplo, ressalta-se a importância das EqSF na comunidade no contexto da pandemia da COVID-19. Os profissionais, nos seus respectivos territórios, que conhecem as reais condições de vida e de saúde das famílias tendem a desenvolver um processo de trabalho com base em 2 pressupostos: 1º, a forma mecânica de infecção do SARS-CoV-2 é homogeneizável, mas os impactos sociais causados pela COVID-19 não⁸; 2º, as informações sobre medidas preventivas, como higiene das mãos e ficar em casa tem efeitos distintos sobre grupos diferentes da população. Isso os levará a “identificar e conduzir situações de vulnerabilidade individual ou coletiva e, principalmente, garantir o acesso a cuidados de saúde e o necessário encaminhamento nas fases mais críticas da epidemia” (DAUMAS, 2020, p. 2). Além de “identificar indivíduos e famílias em situação de maior vulnerabilidade, auxiliar na entrega de alimentos e outros itens essenciais, e mobilizar os recursos da própria comunidade” (DAUMAS, 2020, p. 2).

Assim, é possível identificar uma aproximação entre as representações da educação como mediação de um projeto social com a leitura da saúde coletiva do processo saúde doença na sociedade. Aproximação consistente com os princípios e diretrizes do SUS e da AB, o que indica a pertinência de uma prática educativa de caráter dialógico pelas EqSF.

⁸ Devido o aumento dos casos de agressão, a SBMFC orientou médicos e demais profissionais da AB a ficarem "atentos às famílias em risco de violência doméstica; divulgação “contínua e repetidamente informações sobre os canais já existentes para denúncia e ajuda oficiais (disque 180 e disque 100) e aqueles dentro das comunidades; além de outras possíveis ações organizadas localmente (como o teleatendimento ou telemonitoramento)”.

5.4 Atividade Física e sua relação com a saúde

As PCAF sempre estiveram relacionadas à saúde, tendo em vista o reconhecimento de que desde a antiguidade o envolvimento regular com as atividades físicas esteve presente nas recomendações de cuidados de saúde. Relação que permanece até os dias atuais, “onde a valorização do corpo forte e saudável configura uma vertente ainda pulsante na EF contemporânea” (STANG; RECH, 2021).

Essa relação começa a ganhar força no Brasil entre os séculos XIX e XX, quando começou a se falar em educação física; com a influência das instituições médica e militar; e com o desenvolvimento de estudos que começaram a se aprofundar nas investigações e produzir conhecimentos a respeito da influência do exercício físico no tratamento de doenças. A exemplo do famoso estudo de Morris e Raflé, intitulado “Coronary Heart Disease in Transport Workers”, publicado em 1954.

Neste processo, cabe destacar que a aproximação entre as atividades físicas com a saúde está presente, e justifica a “própria inserção da EF como disciplina escolar na história da educação brasileira (STANG; RECH, 2021)”. Assim, é possível afirmar que tal aproximação “remonta e explica o próprio nascimento da EF e sua inserção na modernidade, tanto como componente curricular das escolas quanto de seu surgimento nos Programas Governamentais de saúde para as populações” (ALMEIDA; OLIVEIRA; BRACHT, 2016, p. 87).

Associado a isso, projetos pioneiros a respeito da relação entre o exercício e a longevidade começaram a surgir (NAHAS; GARCIA, 2010). Em meados do século XX a saúde pública começou a demonstrar interesses por essa relação tendo em vista os benefícios desta prática para as doenças cardiovasculares (NAHAS; GARCIA, 2010). Com o passar do tempo, estudos foram aprimorando essas relações, como a ampliação da relação entre a aptidão física e o desempenho motor pelo desenvolvimento do método aeróbico.

No entanto, em 1980 houve um movimento que promoveu a mudança da ênfase da aptidão física voltada ao desempenho para a aptidão física relacionada à saúde. Essa nova perspectiva valoriza os impactos do exercício na aptidão cardiorrespiratória, força, resistência muscular, flexibilidade e a composição corporal. Outra ruptura observada logo na sequência foi a superação do paradigma da aptidão física, substituído pela atividade física, pois estudos demonstravam que ser ativo não possuía relação direta com ter altos níveis de aptidão física (NAHAS; GARCIA, 2010).

A década de 90 dá a relevância definitiva para as atividades físicas no campo da saúde a tornando uma das prioridades nas pesquisas de saúde pública e o baixo nível de atividade

física passou a ser encarado como fator de risco (NAHAS; GARCIA, 2010). O que pode ter contribuído para que em 1997 o Conselho Nacional de Saúde (CNS) reconhecesse o professor de educação física entre as categorias profissionais da saúde.

O fortalecimento da agenda institucional das PCAF começa a se consolidar em meados da década de 2000 através da implementação de políticas públicas no SUS (CARVALHO; GUERRA; LOCH, 2020). A PNPS, em 2006, foi a primeira política de saúde no âmbito do SUS a reconhecer e valorizar as PCAF trazendo um eixo específico a respeito do tema com 4 ações a serem desenvolvidas, sendo elas: I - ações na rede básica de saúde e na comunidade, que apresenta as seguintes estratégias:

- a) mapear e apoiar as ações de práticas corporais/atividade física existentes nos serviços de atenção básica e na Estratégia de Saúde da Família, e inserir naqueles em que não há ações;
- b) ofertar práticas corporais/atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis;
- c) capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e práticas corporais/atividade física na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo;
- d) estimular a inclusão de pessoas com deficiências em projetos de práticas corporais/atividades físicas;
- e) pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de ações voltadas para melhorias ambientais com o objetivo de aumentar os níveis populacionais de atividade física;
- f) constituir mecanismos de sustentabilidade e continuidade das ações do “Pratique Saúde no SUS” (área física adequada e equipamentos, equipe capacitada, articulação com a rede de atenção);
- g) incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais/atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, outros) (BRASIL, 2006, p. 34).

II – Ações de aconselhamento/divulgação, com as seguintes estratégias:

- a) organizar os serviços de saúde de forma a desenvolver ações de aconselhamento junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis;

b) desenvolver campanhas de divulgação, estimulando modos de viver saudáveis e objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis (BRASIL, 2006, p. 34).

E as ações III e IV, respectivamente referentes às ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros; e ações de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2006).

Na atualização de 2014, mantendo os acordos nacionais e internacionais, a PNPS continua reconhecendo a relevância das PCAF e as apontam como um dos temas prioritários orientando a promoção de “ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e de atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, entre outras práticas” (BRASIL, 2018, p. 22).

Outra política que cede espaço para as atividades físicas no sistema é a Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares - PNPIC no SUS, lançada em 2006. Nesse caso, trata-se de práticas expressivas corporais orientais, a exemplo da biodança, da dança circular, da Yoga, entre outras, visando contemplar sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos denominados pela OMS de medicina tradicional e complementar/alternativa (BRASIL, 2006).

Já o NASF-AB de 2008, e o Programa Academias da saúde de 2011 são responsáveis pela inclusão formal do professor de educação física no SUS via equipes da AB. A academia da saúde dá destaque à promoção de práticas de educação em saúde, ressaltando a promoção de PCAF, práticas artísticas e culturais e mobilização da comunidade. Isso significa que cabe também ao professor de educação física desenvolver um processo de trabalho que vai ao encontro das diretrizes e orientação do SUS e da AB.

O estímulo à prática de atividades físicas também é destaque no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022. Entre as metas propostas encontra-se aumentar a prevalência de atividade física no lazer, alvo que busca ser atingido através das ações do eixo promoção de saúde, o qual conta com as ações do Programa Academia da Saúde; a construção de praças do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC); com a reformulação de espaços urbanos saudáveis e campanhas de comunicação a respeito das atividades físicas.

A relevância das atividades físicas para a saúde da população brasileira foi consolidada no SUS através do seu reconhecimento como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, juntamente com moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego, através da alteração da Lei nº 8.080 (Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013). E em 2020 os

professores de educação física foram reconhecidos pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sob o código permanente 2241-40, como “Profissional de Educação Física na saúde” (CONFEEF, 2020).

Atualmente, o estímulo às PCAF está presente também na Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do MS pela Coordenação-Geral de Promoção de Atividade Física e Ações Intersetoriais (CGPROFI). A CGPROFI foi criada pelo Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, e atua em duas linhas, sendo: ações de atividade física, e ações intersetoriais.

A coordenação, com o apoio da SAPS, vem estimulando a promoção da atividade física por meio de projetos e editais. Entre as ações em andamento encontram-se: o projeto Brasil em Movimento, “proposta de um aplicativo para smartphones que pretende mediar o trabalho de profissionais/professores de educação física (PEFs) e o interesse da população, por meio de algoritmos que definirão valor, avaliação e disponibilidade” (CBCE, 2019, p. 1); o Guia de atividade física para a população Brasileira, “ação pioneira em prol da promoção da saúde dos cidadãos no país que busca contribuir para uma vida mais saudável e ativa, prevenindo o desenvolvimento de doenças crônicas e melhorando a qualidade de vida da população” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020, p. s/p); e a pesquisa “Saúde a Partir de Atividade Física Exitosa (SAFE)” na AB, desenvolvida pela UFSC, que “busca elencar recomendações efetivas para sugerir e subsidiar a implantação destas práticas em todo o país, com efetividade e eficiência comprovadas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. s/p).

No entanto, apesar da presença expressiva das PCAF no SUS, observa-se que uma minoria dos programas de atividade física presentes hoje na saúde pública brasileira cumpre com os princípios norteadores do sistema de saúde (BONFIM; COSTA; MONTEIRO, 2012). Entre os possíveis motivos pode estar a representação da promoção de saúde adotada pelos profissionais da área que usam esse termo de forma indiscriminada e talvez não deem a devida atenção e sentido a ele. Isso acontece, inclusive em nível de demarcação teórica conceitual nas pesquisas acadêmicas, na produção de evidências, o que impacta diretamente na formação dos futuros profissionais e conseqüentemente no seu processo de trabalho (KNUTH; SILVA; MIELKE, 2018).

Antunes, Knuth e Damico (2020) apontam a existência de quatro abordagens teóricas metodológicas da educação física na promoção da saúde, sendo elas: Abordagem epidemiológica da atividade física e saúde, premissa de que a saúde está na prevenção e recuperação que a atividade física promove nas DCNT; Abordagem pós-estruturalista, fundamentada pelo filósofo francês Michel Foucault, na qual o corpo assume uma

representação coletiva e social, que pode “contribuir para a saúde das pessoas e, paradoxalmente, constituir práticas de controle sobre os indivíduos e coletivos” (ANTUNES; KNUTH; DAMICO, 2020, s/p); Materialismo histórico-dialético, com base nos estudos de Karl Marx e Friedrich Engels, apropriados pela educação física escolar pelo Coletivo de Autores em 1992, que é emancipatória e libertária, produz reflexões que buscam superar o individualismo, e contesta a dominação do homem pelo homem; e a Perspectiva integrativa, que busca a inteireza do ser, intimamente ligado com uma concepção vitalista.

Fruto dos processos e representações da nova saúde pública, as ações educativas promovidas pela área têm a abordagem epidemiológica da atividade física como método prioritário. As evidências geradas pela bioestatística (epidemiologia da atividade física) (FRAGA, 2005) não deixam dúvidas das relações de causa e efeito entre a prática insuficiente de atividade física e do comportamento sedentário com as DCNT, tornando níveis elevados de atividade física um fator de proteção para as referidas doenças. Isso gera a patologização da inatividade física e do comportamento sedentário (fatores de risco), tornando a atividade física, tendo em vista a produção do gasto calórico e o tempo total de prática, um tipo de remédio (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2012).

Tal perspectiva, ao transformar suas evidências em prática social, utiliza dos modelos teóricos da psicologia comportamental (concepções behavioristas e deterministas). A ACMS (2014) afirma que tais “teorias fornecem uma janela para o entendimento de por que os indivíduos querem ser fisicamente ativos e o que pode impedi-los de sê-lo” (p. 416), e que a escolha adequada pode guiar o profissional a “determinação das estratégias corretas para ajudar os indivíduos a adotarem e manterem programas de atividade física regular” (p. 416). Apresenta as seguintes teorias: teoria social cognitiva e autoeficácia, modelo transteorético, modelo da crença na saúde, teoria da autodeterminação, teoria do comportamento planejado, e os modelos ecológicos sociais, sendo a autoeficácia componente central da maioria das teorias (ACMS, 2014, p. 427).

Assim, existe um movimento com foco no indivíduo, com uma tendência à responsabilização individual pela prática, acesso e nível de atividade física, ignorando, na maioria das vezes, fatores como cultura, educação, transporte, lazer e planejamento (GAZZINELLI *et al.*, 2005; KNUTH; SILVA; MIELKE, 2018), ou os abordando de forma fragmentada através de relações causais.

Seguindo esta tendência, o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), e conselhos regionais veiculam a prática de atividade física, e a redução de comportamento

sedentário como “condutas que devem ser disseminadas na população em geral com intuito de prevenir e controlar o aparecimento e o desenvolvimento de disfunções crônicas não transmissíveis” (CREF4, 2019, p. 11), inclusive quando vinculados à promoção destas no SUS. Em diálogo com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS, o presidente do CONFEF, Jorge Steinhilber, afirmou que “a atividade física pode curar e prevenir (...)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). O mesmo se aplica às representações da Federação Internacional de Educação Física (FIEP), que em manifesto publicado em 2000 destaca os prejuízos à saúde causados pelo comportamento sedentário, e que “em termos epidemiológicos, as evidências científicas confirmam o papel decisivo da prática da atividade física regular na prevenção e controle de diversas doenças e na promoção da saúde e qualidade de vida em todos os grupos” (FIEP, 2000, s/p), e recomenda:

aumentar as oportunidades para a iniciação e manutenção de comportamentos ativos, ao longo do ciclo vital, na perspectiva de auto-realização e modo de vida saudável e alegre, tendo como referência básica de intervenção, a prática de atividades físicas moderadas, preferencialmente todos os dias da semana, em uma única sessão diária de 30 minutos ou acumulando duas ou três sessões de 10-15 minutos (FIEP, 2000, s/p).

A ênfase preventivista também está presente na descrição do CBO sobre as funções do profissional de educação física na saúde, sendo: estruturar e realizar “ações de promoção da saúde mediante práticas corporais, atividades físicas e de lazer na prevenção primária, secundária e terciária no SUS e no setor privado” (CONFEF, 2020, p. s/p).

Essa representação vem sendo reforçada ao longo da pandemia da COVID-19 por entidades públicas, médicas e corporativas que defendem a prática da atividade física por sua resposta biológica, em específico no que diz respeito aos benefícios da prática para o sistema imunológico (KNUTH; CARVALHO; FREITAS, 2020).

Em 5 de abril, Jim Sallis e Michael Pratt, dois dos principais pesquisadores da área de atividade física e saúde do mundo, publicaram carta aberta no site da International Society of Behavioral Nutrition and Physical Activity, intitulada “Atividade física pode ser útil na pandemia do Coronavírus”⁹. Na ocasião, os pesquisadores elencam alguns pontos de contribuição, sendo eles: que a atividade física tem potencial para reduzir a gravidade das infecções por SARS-COV 2 e alegam que o aumento da atividade física tem potencial “para reduzir o número de pessoas infectadas que necessitam de hospitalização e uso de

⁹ Uma versão ampliada da carta foi publicada como editorial da Revista Brasileira de Atividade Física e saúde em 07/07/2020.

ventiladores pode ajudar a reduzir a extensão em que os sistemas de saúde ficam sobrecarregados por casos de infecção grave” (SALLIS; PRATT, 2020, s/p); que a atividade física é eficaz para prevenir e tratar doenças cardíacas, fator associado a piores prognósticos da COVID-19; e que ser fisicamente ativo tem potencial para reduzir os impactos do estresse psicológico gerados pela pandemia. Os pesquisadores concluem o texto com a seguinte alegação:

Os locais de atividade devem ser mantidos o máximo possível, mas pode ser necessário monitorar locais populares ao ar livre para garantir que as pessoas mantenham um distanciamento social seguro. Qualquer tipo de atividade moderada agradável, dentro ou fora de casa, é excelente para mente e corpo. Mas dar um passeio ao ar livre pode ser um ponto alto do dia para milhões, que nos ajuda a superar essa pandemia e preservar a qualidade de vida possível (SALLIS; PRATT; 2020, s/p).

Em 1º de junho, o professor Dr. Bruno Gualano publicou um texto na versão digital do Jornal Folha de São Paulo intitulado “Está na hora de falar de uma outra pandemia: a da inatividade física”, no qual apresenta a inatividade física como um efeito colateral do isolamento social, estratégia recomendada pela OMS e adotada pelo governo a fim de reduzir o contágio. O professor menciona um estudo publicado por ele na revista da Sociedade Americana de Fisiologia para apontar que “por causa da pandemia, o número de óbitos por todas as causas pode escalar em 535 mil mortes ao ano se a inatividade aumentar em 10% da população” (GUALANO, 2020, s/p). E complementa chamando a atenção para o fato de que medidas simples, como a quebra do comportamento sedentário também são úteis, e conclui afirmando que no “novo normal” não há espaço para a inatividade física.

Tal reconhecimento levou a posicionamentos favoráveis a abertura de academias de ginástica mesmo em situação epidemiológica grave, com o aumento de casos e óbitos pela doença (LOCH; RECH; COSTA, 2020), o que fez com que o DECRETO Nº 10.344, DE 11 DE MAIO DE 2020 incluísse as academias como serviços essenciais.

Ressalta-se que, na AB, a exclusividade da abordagem preventivista se caracteriza como exercício da informação (FRAGA, 2005). Tal lógica tende a contribuir para reforçar a “disseminação de informações que toma a vida ativa como um objeto de valor pleno na educação dos corpos, na regulação da saúde e no governo de si” (GOELLNER, 2009, p. 673), que busca evitar, por meio de responsabilização individual, doenças que comprometem e geram prejuízos ao equilíbrio físico-sanitário individual e coletivo (FRAGA, 2005). Tornando as oportunidades de envolvimento com as PCAF nos territórios da AB uma espécie de serviço de saúde que deve ser consumido para minimizar riscos à saúde.

Isso se expressa através dos aconselhamentos, muitas vezes por estratégias coletivas por meio de comunicação de massa que se pautam por diretrizes internacionais que generalizam suas recomendações para níveis globais, a exemplo do Programa Nacional de Promoção de Atividade Física Agita Brasil, lançado em 2002 pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O Programa Agita Brasil teve origem em São Paulo, e representa uma das vertentes do Agita São Paulo. Trata-se de um movimento criado em 1996 através da parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde de SP e o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) com o objetivo de combater o sedentarismo, promovendo o nível de atividade física e o conhecimento dos benefícios de um estilo de vida ativa (CELAFISCS, 2021). Em suas diferentes versões, o Agita “constitui um dos maiores do mundo em seu gênero, sempre mantendo seus objetivos de melhorar o nível de atividade física da população e aumentar o conhecimento sobre os benefícios da vida ativa” (CELAFISCS, 2021, s/p). A principal mensagem do programa é: “todo cidadão deve acumular pelo menos 30 minutos de atividade física por dia, na maior parte dos dias da semana (se possível todos) de intensidade moderada de forma contínua ou acumulada” (CELAFISCS, 2021, s/p).

Guerra e colaboradores (2021, no prelo), em revisão sistemática sobre intervenções educativas para a promoção de atividade física em adultos brasileiros, identificaram que a maior parte dos estudos selecionados (88,9%) tem o aconselhamento como estratégia principal. As intervenções são baseadas em informações, e não apresenta a abordagem teórica que as fundamentam, o que foi considerado uma lacuna, tendo em vista que foram realizadas na AB.

É necessário que a área avance na demarcação teórica a respeito da promoção de saúde para além das práticas preventivistas, construindo significados e sentidos para as PCAF na saúde que estejam alinhados com os princípios e características do SUS, como preconiza a já mencionada Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017, que reafirma o SUS como ordenador da formação dos (as) trabalhadores (as) da área da saúde. Demarcação que se aplica, inclusive, na abordagem do tema da saúde no âmbito da educação física escolar.

Políticas públicas na área da educação e da saúde demonstram as demandas pela abordagem da saúde na escola e da educação no SUS, o que torna pertinente o desenvolvimento de processos pedagógicos apoiados “por matrizes críticas, preocupadas com desenvolvimento humano e social na sua integralidade” (p. 8), que contemple os temas da

educação e da saúde nos cursos de licenciatura e bacharelado em educação física (ANTUNES; KNUTH, 2021). Neste sentido, Stanga e Reche (2021) em “a educação física como um campo plural de diálogo entre a saúde e a educação” chamam a atenção para que:

A superficial compreensão de que a Educação e a Saúde, em diálogo com a EF, são campos opostos precisa ser superada. Não se trata de negar as peculiaridades de cada área, mas de perceber como os seus elementos se entrecruzam, ou seja, de como as áreas não são fronteiras rígidas, fechadas em si mesmas, mas que contém unidades que se complementam e se fundem, num constante movimento comunicativo e dialógico, embora isso não signifique a ausência de disputas e tensões (STANGA; RECHE, 2021, p. 127).

Tal processo passa, necessariamente, pela valorização e inclusão da corrente de pensamento e práticas da saúde coletiva Latino-Americana (NUNES, 1954). Esta se dá por meio de uma “abordagem histórico-estrutural do social e não apenas assume uma presença segmentada do social tal como a abordagem isolada de elementos do meio ambiente e da própria população” (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 209), além de ressaltar a “interdisciplinaridade como possibilitadora de um conhecimento ampliado de saúde e na multiprofissionalidade como forma de enfrentar a diversidade interna ao saber/fazer das práticas sanitárias” (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 215).

A saúde coletiva vem para ressaltar que se o saber específico é necessário, não significa que “é suficiente, pois para participarmos de um “discurso prático” (ação ético-política), seja no plano geral da sociedade, seja nos espaços de atuação profissional, necessita-se de formação que enriqueça nossa percepção do entorno no qual se situa nossa especialidade” (FENSTERSEIFER; GONZÁLEZ; SILVA, 2019, p. 9). Compreender que existem relações entre os conhecimentos específicos com aspectos sociais e históricos é assumir “que o real é sempre mais rico que aquilo que se visualiza pela janela disciplinar” (FENSTERSEIFER; GONZÁLEZ; SILVA, 2019, p. 9).

Entre as contribuições da saúde coletiva, encontra-se a perspectiva da epidemiologia crítica, uma alternativa ao paradigma do risco (BREILH, 2006, 2003). A epidemiologia crítica representa um instrumento de desenvolvimento humano, compreende a “saúde em sua íntegra e como processo” (p. 2002), “incorpora a complexidade e o movimento, a realidade como processo, com um passado (base histórica) e uma ideia instrumental de futuro (utopia) articulado com uma concepção clara do modelo humano” (BREILH, 2006, p. 2003).

A luz da epidemiologia crítica, o comportamento individual perante a realização das PCAF deixa de ser compreendido exclusivamente como um “fator” (risco ou proteção) e

passa a ser anunciado como um processo, admitindo a determinação social que permeiam o envolvimento da população com as PCAF.

Portanto, contribuindo para uma formação crítica na educação física, fundamentada por um referencial epistemológico e eticopolítico comprometidos com o sistema de saúde (RAMOS, 2010) a fim de estimular um agir pedagógico que não esteja destituído da clareza de seu papel sócio-político (CONVERSANI, 2004). Assim, com potencial para representar uma inovação emancipatória na formação em educação física (NASCIMENTO; PASQUIM; FERREIRA, 2021).

No entanto, Oliveira e Gomes (2020) chamam a atenção para o fato de que, a exemplo da Universidade Estadual do Espírito Santo, os currículos de formação em educação física apresentam uma menor presença de “disciplinas com orientação nas ciências sociais e humanas e na saúde coletiva” (OLIVEIRA; GOMES, 2020, p. 14). Neste mesmo sentido, dentro das “universidades estaduais paulistas, USP e Unicamp, as disciplinas dos cursos de educação física (...) não são suficientes para oferecer uma formação densa em Saúde Coletiva” (PASQUIM, 2010, p. 199). Assim, confirmando a perspectiva de Silva, Nicoes e Knuth (2020), que afirmam que a saúde coletiva e a saúde pública não assumem grande expressão nos currículos da educação física. E quando aparecem “figuram de maneira frágil em relação à sua abordagem, com insuficiente densidade para as interlocuções com o campo de conhecimento e prática da saúde coletiva e os serviços públicos de saúde” (SILVA; NICOES; KNUTH, 2020, p. s/p). Além disso, os autores afirmam que:

As mudanças curriculares recentemente anunciadas, que incorporam objetivamente os temas da SP e da SC, produzirão mudanças em direção a contemplar seus conhecimentos e práticas, sem que necessariamente se rompa com a abordagem superficial, individualista e biológica de saúde, que, aparentemente, predomina quando os discursos e práticas se valem do tema saúde em termos de formação profissional no Brasil (SILVA; NICOES; KNUTH, 2020, p. s/p).

Loch, Rech e Costa (2020), chamam a atenção para “a urgência da saúde coletiva na formação do profissional de educação física”, os autores pegam como base as disputas e dilemas enfrentados pela área na pandemia da COVID-19 frente aos discursos que promovem a atividade física como um remédio no combate das doenças:

Se faz urgente a busca por uma formação que favoreça uma visão mais ampliada da saúde, que faça com que professores e profissionais de EF entendam a relação potencial entre a EF e a saúde, em suas diferentes dimensões, mas ao mesmo tempo reconheçam que a atividade física não é uma panaceia, uma pílula mágica, uma vez

que a saúde é uma dimensão humana extremamente complexa e com muitos determinantes e condicionantes (LOCH, RECH E COSTA, 2020, s/p).

Como pontuado em nota publicada pela Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde (SBAFS), não se questiona a essencialidade e as contribuições das atividades físicas como boas opções para o período de distanciamento físico imposto pela pandemia no Brasil, desde que feitas em casa, e/ou respeitando as recomendações locais com base na situação epidemiológica, uma vez que os benefícios da prática de atividade física em longo prazo não eliminam os riscos que o contágio da SARS-CoV-2 apresenta em curto prazo (CARVALHO; FREITAS; AKERMAN, 2021; CARVALHO; SILVA; OLIVEIRA, 2020). Pois, sabe-se que a “atividade física confere certo benefício para o paciente leve, no entanto, na medida em que a doença evolui, essa proteção diminui e aumenta a contribuição de outros fatores que já são conhecidos” (GUALANO, 2020, p. s/p). Ao contrário das DCNT, a COVID-19 apresenta alta taxa de contágio e de letalidade com curso rápido até o óbito, mas com um longo tempo de internação, o que leva a sobrecarga do sistema de saúde (CARVALHO; SILVA; OLIVEIRA, 2020).

O processo não é simples, vislumbrar as presentes aproximações significa olhar, refletir e valorizar a elaboração e desenvolvimento do currículo da educação física, e consequentemente considerar toda a complexidade que isso representa, inclusive seu alinhamento e articulação com o Projeto Político Pedagógico e institucional.

Costa (2019, p. 2) ressalta que “qualquer movimento de mudança deve atentar para o currículo como um todo, e não apenas incluir componentes curriculares isolados para atender às exigências das diretrizes”. O autor pontua a necessidade de superar a fragmentação e a má articulação do currículo buscando o desenvolvimento de um currículo integrado, que contemple a promoção de competências profissionais amplas e contextualizadas (COSTA, 2019). Isso inclui a valorização do trabalho interprofissional, onde:

Um profissional da Educação Física não pode desconhecer a história da organização do sistema de saúde no país, não pode desconhecer de maneira crítica os objetos profissionais das profissões da saúde, não pode desconhecer os recursos da vocação da sua profissão na construção da integralidade da atenção à saúde (...) (CECCIM; BILIBIO, 2007, p. 59).

No entanto, cabe mencionar que, apesar da relevância do currículo neste processo, a formação institucionalizada “não é a única possibilidade de contato do estudante com o conhecimento da saúde coletiva, tampouco que ele acontece preso necessariamente a disciplinas com o mesmo nome” (PASQUIM, 2010, p. 199).

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Delineamento do Estudo

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de característica exploratória e de cunho qualitativo. Foi desenvolvido por meio da organização do conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde, Atenção Básica e suas relações com a educação em saúde a fim de compreender as representações e as relações sobre a educação em saúde e a prática educativa dos profissionais da EqSF acerca da promoção de Práticas corporais e atividades físicas - PCAF na comunidade.

Desta forma, por meio de um estudo de caso de uma Unidade de Saúde da Família - USF, em uma cidade de médio porte do interior de São Paulo, buscou-se compreender as práticas, atitudes, relações e percepções, produtos das interpretações que os profissionais possuem a respeito da educação em saúde e de como desenvolvem sua prática educativa na promoção das PCAF em seu contexto de trabalho e território (PINAFO, 2010).

O estudo de caso é utilizado quando se tem a intenção de “lidar com condições contextuais - acreditando que elas podem ser altamente pertinentes ao seu fenômeno de estudo” (YIN, 2001, p. 32). Visa investigar um “fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2001, p. 32). Assim, se tornando uma estratégia pertinente frente às dinâmicas e complexidades do trabalho na saúde, em específico na prática educativa do profissional que atua na atenção básica do SUS, uma vez que a produção do cuidado acontece no trabalho vivo em ato.

A pesquisa foi desenvolvida com o apoio do Núcleo de Educação em Saúde - NES do município. O mesmo foi criado através da Portaria/FMSRC Nº 1295, de 04 de Dezembro de 2010 com o intuito de pensar e contribuir com as transformações do processo de trabalho na rede pública de saúde e no contínuo desenvolvimento profissional e na qualidade das ações e dos serviços de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL, 2015, s/p).

Na ocasião, o projeto da pesquisa foi apresentado aos coordenadores do NES. Estes foram convidados a apoiar a proposta e contribuir com a mobilização dos profissionais da rede de atenção básica. A aproximação do NES e da AB para o início da pesquisa teve início no segundo semestre de 2019 e segue como apresentado no quadro 2.

Quadro 3 - Processo de aproximação da AB.

Ações	Datas e ano
1º contato com o NES	19 de agosto de 2019
Projeto encaminhado para apreciação da secretaria municipal de saúde	03 de setembro de 2019
Reunião com o coordenador do NES	6 de novembro de 2019
Reunião com coordenadores do NES e da AB	16 de dezembro de 2019
Reunião com todas as coordenadoras das Equipes de Saúde da Família	06 de fevereiro de 2020
Reunião com a equipe da USF onde a pesquisa foi realizada	21 de fevereiro de 2020
Início das entrevistas	16 de Março de 2020
Pandemia ¹⁰	24 de Março de 2020
Retorno	20 de Julho de 2020
Fim das entrevistas	09 de Dezembro de 2020

AB: Atenção Básica; NES: Núcleo de Educação em Saúde; USF: Unidade de Saúde da Família.

¹⁰ O estado de SP está entre os mais afetados pela COVID-19. No início de junho de 2020 o governo do estado lançou o plano “São Paulo de Retomada Consciente da Economia”, com 5 fases, de alerta máximo (fase 1) à normal controlado (fase 5), o governo estipulou critérios para a flexibilização. Até o dia 05/08/2020, o município que a pesquisa foi realizada totalizava 2.996 casos positivos e 84 óbitos, entre eles, 3 profissionais de saúde, e se encontrava na fase 1 (alerta máximo). Em 07/07/2021 eram 17.659 casos positivos, e 520 óbitos, e se encontrava na fase emergencial (nova fase criada pelo governo, mais grave que a fase 1).

O estudo cumpre os requisitos éticos, foi submetido e aprovado pelo comitê de ética e pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, sob o parecer 3.386.237 e pela Fundação Municipal de Saúde do município.

6.2 Caracterização do Município e do Serviço de Saúde

Os dados apresentados nesse tópico são provenientes das informações contidas no Plano Municipal de Saúde do município, período 2018 - 2021, disponível no site do Departamento de Gestão do SUS, órgão de Suporte Administrativo subordinado ao Presidente da Fundação Municipal de Saúde do município segundo a Lei Complementar 93 de 2014.

A população estimada do município em 2019 foi de 206.424 habitantes (IBGE, 2020) e possui densidade demográfica de 404,22 habitantes/km², com 97,75% de urbanização. É considerado um município com elevado nível de riqueza e indicadores sociais como longevidade e escolaridade segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS. Responsável, em 2015, por 0,43% do Produto Interno Bruto - PIB do estado de São Paulo, sendo que 55,52% dessa contribuição forma provenientes de serviços, 43,12% da indústria e 1,17% da agropecuária.

Em 2010, o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), indicador que gera uma “visão detalhada das condições de vida nos municípios do estado, com a identificação e localização espacial dos setores censitários de acordo com a vulnerabilidade de suas populações à pobreza” (FUNDAÇÃO SEADE, 2015, s/p) indica que o município possuía 2,4% da população (4.359 pessoas) no grupo 1, de baixíssima vulnerabilidade social. A maioria da população, representando 53,4% (98.400 pessoas) encontrava-se no grupo 2, de vulnerabilidade muito baixa; e 9,8% (18.099 pessoas) no grupo 5, de alta vulnerabilidade (IPVS, 2010).

Tratando-se da organização do setor da saúde, a Fundação Municipal de Saúde é o órgão responsável pela gerência do Sistema Único de Saúde – SUS no âmbito municipal. Criada pela lei 2720, de 23/02/1995 e alterada pela Lei 2781 de 17/11/1995 a fundação tem a plena gestão do sistema de saúde através da Portaria/GM de 04/05/1998. A fundação se responsabiliza pelas unidades da rede básica, pelo centro de especialidades, pelo setor de urgência e emergência, pela vigilância em saúde, a central de regulação e pelo hospital geral.

A rede física de saúde do município possui um total de 69 estabelecimentos, sendo que 66 destes são de responsabilidade da gestão municipal e 03 da gestão estadual. A rede da atenção básica é constituída por 04 Unidades Básicas de Saúde - UBS, 18 Unidades de Saúde da Família - USF e 35 Equipes de Estratégias de Saúde da Família - EqSF.

O município ainda conta com uma equipe de NASF – AB. As atividades desenvolvidas pelo NASF - AB do município envolvem: grupos de gestantes; grupos de estímulo a práticas corporais para a redução do sedentarismo; incentivo a alimentação saudável; apoio às EqSF nos grupos de hipertensão e diabetes; matriciamento; visitas domiciliares; discussões de casos e planejamento de ações de acordo com as demandas do território; ações intersetoriais com CRAS, CREAS, secretaria do idoso, fundação de esportes, grupos da comunidade local, igreja, escolas e conselho gestor de saúde. Além disso, desenvolve ações junto à comunidade nas datas comemorativas como: outubro rosa, prevenção do câncer de colo de mama e útero; novembro azul, prevenção de câncer de próstata e prevenção crônicas aos homens; controle do tabagismo; mês do idoso, prevenção de quedas e envelhecimento saudável.

Em 2017 a cobertura da atenção básica no município era de 42,44%, viabilizando o acesso aos serviços a 85.500 mil habitantes. O município, no 2º ciclo da avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ, implementado pelo Ministério da Saúde em 2011, obteve como resultado 3 (três) equipes com o desempenho muito acima da média, 5 (cinco) com desempenho acima da média e 4 (quatro) com desempenho mediano ou um pouco abaixo da média.

Pensando na ampliação e qualificação da atenção básica, entre os eixos do Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021 encontra-se o eixo I, referente ao “aperfeiçoamento e qualificação do acesso aos serviços e ações de saúde”, com os objetivos e suas respectivas metas ilustrados no quadro 3.

Quadro 4: Plano de qualificação da AB no município.

Eixo I - Aperfeiçoamento e qualificação do acesso aos serviços e ações de saúde	
Objetivos	Metas
Ampliar o número de profissionais médicos e dentistas das ESF com especialização em Saúde da Família	100% dos profissionais com nível superior da ESF realizarem a Especialização em Saúde da Família
Fortalecer a qualificação da Atenção Básica	100% das Equipes de Atenção Básica capacitadas nas Linhas de Cuidado e desenvolvendo ações de promoção e prevenção na saúde

Ampliar a cobertura populacional na Estratégia Saúde da Família	50% de cobertura populacional - Estratégia Saúde da Família (25 ESF implantadas)
Implantar processos de avaliação e monitoramento da Atenção Básica	Elaborar mecanismos para avaliação de 100% de monitoramento na avaliação dos dados/ações registradas.
Ampliar o matriciamento nas Unidades de Saúde	Implementar o NASF 1. Implantar o NASF 2. Garantir o matriciamento e Pediatria em todas as Unidades de Saúde.
Implementar as reuniões das Equipes de Atenção Básica	Sensibilizar e apoiar as Equipes e Coordenadores das Unidades de Saúde
Qualificar a Atenção Básica para ampliar a resolutividade da assistência à saúde, principalmente na redução da internação por causas sensíveis	Reduzir as internações por causas sensíveis à Atenção Básica, conforme pactuação com o MS.
Intensificar as ações de promoção e prevenção realizadas pelas Unidades de Saúde, nas Linhas de Cuidados	Sensibilizar a comunidade adscrita no território. Elaborar Projetos para efetivação das ações, de acordo com a realidade local e considerando o matriciamento do NASF. Avaliar as ações realizadas das ESF.
Incentivar as equipes de ESF a adesão ao Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade - PMAQ	Implementar a lei vigente nas equipes que aderirem ao programa

ESF: Estratégia Saúde da Família; NASF: Núcleo Ampliando de Saúde da Família; MS: Ministério da Saúde

Segundo consta no documento, os eixos do plano buscam contemplar compromissos assumidos pelo Pacto pela Saúde, prioridades definidas pelo Decreto Federal 7508/2011, pela análise situacional de saúde e temas da Conferência Nacional e Estadual de Saúde XIII e Conferência Municipal de Saúde do município.

6.3 Participantes e Produção dos Dados

A pesquisa ocorreu com membros da EqSF de uma USF. A mesma foi selecionada com base no interesse e disposição das representantes das EqSF, levantamento feito no dia da reunião com as coordenadoras (06 de fevereiro de 2020), no qual a pesquisa foi apresentada e feito o convite. Foi dada preferência para a USF com maior número de equipes.

Segundo consta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, a USF selecionada tem três EqSF, com um total de 40 profissionais cadastrados, sendo: 3 médicos da ESF, 1 ginecologista, 1 pediatra, 2 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem, 2 dentistas, 2 auxiliares de saúde bucal, 1 farmacêutico, 20 Agentes Comunitários de Saúde - ACS e 2 faxineiros. Atende de segunda à sexta, das 7 às 19 horas.

Como instalação física para a assistência, possui: 1 clínica básica, 1 clínica indiferenciada, 1 clínica para odontologia, 2 consultórios não médicos, 1 sala de curativo, 1 sala de enfermagem, 1 sala de imunização, 1 sala de nebulização e uma sala de repouso/observação. Presta serviços de atenção à saúde individual e no ciclo vital com consulta com clínico geral, procedimentos de enfermagem, controle e notificação de doenças transmissíveis, ações no controle e acompanhamento de crianças, gestantes; prevenção do câncer do colo do útero e de mama; serviço de atenção ao paciente com tuberculose, serviço de práticas alternativas e complementares, Programa Nacional de Imunização, visita domiciliar, acompanhamento de acamados e atendimento ginecológico, odontológico e farmacêutico.

Na demanda programada prevalecem atendimentos referentes à pediatria, puericultura, hipertensos e diabéticos, já a demanda espontânea, com mais de 40 atendimentos por dia, prevalecem atendimentos da clínica médica e ginecológica.

A área de abrangência alcança 9 bairros, o que equivale a aproximadamente 12 mil pessoas assistidas pela USF e apresenta as seguintes características: encontra-se na localização espacial de baixa vulnerabilidade social; tem 1 escola, 1 creche; o Centro de Artes e Esportes Unificados – CEU, e o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Além disso, possui ciclofaixa que liga o território à região central (TEIXEIRA, 2017).

Tratando-se da distância e tempo de deslocamento do território para os três principais espaços de lazer do município, Parque Lago Azul, Horto Florestal e Centro Esportivo Nidival Nilson Massini, segundo dados do Google Maps, apresenta as seguintes aproximações: Parque Lago Azul – entre 3,8 e 4,1 km (48 e 51 min) a pé, 4,6 e 4,4 km (15 e 16 min) de bicicleta, 3,9 e 4,7 km (9 e 11 min) de carro e 3,8 km (47 min) de transporte público; Horto Florestal – 7,4 km (1h 35 min) a pé, 8,4 e 7,5 km (32 e 29 min) de bicicleta, 7,7 e 8,4 km (21 e 22 min) de carro, e não possui transporte público até o local; Centro Esportivo Nidival Nilson Massini – entre 4,3 e 4,6 km (54 e 58 min) a pé, 4,9 e 5,1 km (16 min) de bicicleta, 4,6 e 5,1 (12min) de carro, e 4,3 (53 min) de transporte público.

Para a produção dos dados optou-se pela entrevista por ser uma estratégia metodológica utilizada em trabalho de campo que tem como intuito gerar informações objetivas e subjetivas a respeito do contexto do entrevistado (BONI, QUARESMA, 2005).

A entrevista semiestruturada, trata-se de uma técnica que trabalha com perguntas abertas e fechadas, tornando possível o entrevistado discorrer a respeito do tema proposto. Entre as vantagens desta ação está o fato de que é mais comum as pessoas aceitarem falar sobre assuntos que estão envolvidas, proporciona um índice de resposta abrangente; elimina a dificuldade que algumas pessoas poderiam ter em responder por escrito; a elasticidade quanto à duração, permitindo controlar o tempo frente a prioridade de determinados assuntos; devido a interação entre entrevistador e entrevistado oportuniza respostas espontâneas e comentários a respeito de assuntos complexos; além de viabilizar a correção de erros comentado pelo entrevistado (BONI, QUARESMA, 2015).

As entrevistas foram norteadas por meio de 2 questionários, um estruturado e outro semiestruturado. O questionário estruturado conteve 16 itens referentes ao perfil, formação acadêmica, qualificação profissional e características ocupacionais, baseado e adaptado de Oliveira (2014) que se fundamentou nos estudos de Castro (2009; 2013), Chomatas (2009), Leão e Caldeira (2011).

O questionário semiestruturado teve 8 itens referentes à educação em saúde no cotidiano dos profissionais, adaptados de PINAFO (2010), e 7 questões formuladas com base nos itens: ações na rede básica de saúde e na comunidade; ações de aconselhamento/divulgação; e das ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros, presentes na PNPS de 2006 por considerar que estas ações orientadas pela política estimula a mediação dos conhecimentos teóricos práticos das PCAF das equipes com a população.

A seleção dos entrevistados teve como critério a representação de pelo menos uma categoria profissional que compõem cada equipe, ou seja, esperava-se entrevistar: 3 médicos da ESF, 1 ginecologista, 1 pediatra, 2 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem, 2 dentistas, 2 auxiliares de saúde bucal, 1 farmacêutico e 3 Agentes Comunitários de Saúde – ACS, totalizando 18 profissionais de saúde. No entanto, por motivos de afastamento e falta de disponibilidade 5 profissionais não conseguiram participar. As entrevistas duraram aproximadamente 30 minutos, e ocorreram através da colaboração e mediação da coordenadora da USF, que na medida em que os profissionais iam tendo disponibilidade os convidava para a entrevista. Foram realizadas no ambiente de trabalho, em uma sala disponibilizada pela coordenadora da USF.

6.4 Análise de Dados

A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo das informações levantadas. Esse método tem como característica a busca dos sentidos de um documento ou dos dados analisados, buscando compreender o discurso e os motivos que levam o participante a usar determinados termos e o significado dado (BENITES *et al.*, 2016). O foco desse método é qualificar as experiências e percepções dos sujeitos sobre o fenômeno analisado (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

Essa análise ocorreu sobre as transcrições das entrevistas, e seguiu os passos da análise de conteúdo, sendo eles: fase de pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2004).

A pré-análise teve como objetivo organizar as informações para torná-las operacionais. Deu-se por meio de três ações, sendo: leitura flutuante da transcrição das entrevistas para conhecer os textos; demarcação do que foi analisado; elaboração de hipóteses e dos objetivos; e elaboração dos indicadores (VOSGERAU; POCRIFKA; SIMONIAN, 2016). Seguido pelo tratamento dos resultados, inferência e interpretação para o tratamento reflexivo e crítico dos resultados (VOSGERAU; POCRIFKA; SIMONIAN, 2016).

Foi apresentado e discutido duas categorias, definidas de forma apriorística, com base nas hipóteses do estudo e na elaboração do questionário que norteou as entrevistas (CAMPOS, 2004). São elas: “educação em saúde” e “promoção das práticas corporais e atividades físicas”.

A exploração do material levou ao surgimento de subcategorias que não estavam definidas aprioristicamente. A princípio, esperava-se analisar apenas os aspectos tradicionais e dialógicos das categorias “educação em saúde”, e da “promoção das práticas corporais e atividades físicas”, no entanto, devido à frequência, a repetição de temas semelhantes pelos entrevistados (GUERRA, 2014), em “educação em saúde” surgiram as subcategorias: “entre uma educação redentora e a mediação de um projeto social” e “relações de trabalho”. Já em “promoção das práticas corporais e atividades físicas” surgiu: “entre uma prática educativa tradicional e dialógica” e “parcerias e oferta das práticas no território”.

Quadro 5: categorias e subcategorias.

Categorias	Subcategorias
Educação em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Entre uma educação redentora e a mediação de um projeto social. • Relações de trabalho.
Promoção das práticas corporais e atividades físicas	<ul style="list-style-type: none"> • Entre uma prática educativa tradicional e dialógica. • Parcerias e oferta das práticas no território.

Uma vez que a análise de conteúdo é uma interpretação pessoal do pesquisador, não existe a pretensão de uma suposta neutralidade. Minha percepção sobre os dados são e estão influenciadas por inquietações que começaram a surgir na graduação, que por sua vez foram influenciadas por leituras e experiências que tive até aqui, o que justifica inclusive a escolha do tema da presente pesquisa (MORAES, 1999). Destaco que os resultados apresentados não representam, e nem tem a pretensão de representar a totalidade do tema e das relações mencionadas, deve ser considerado “os múltiplos significados de uma mensagem e das múltiplas possibilidades de análise (...)” (MORAES, 1999, p. 3).

Ademais, no texto, as falas das profissionais poderão ser identificadas em *itálico*, os mesmos estão identificados por códigos, sendo: p1, p2, p3... p13, com base na ordem que as entrevistas foram realizadas. Opto por não identificar a categoria profissional por se tratar de profissionais que trabalham em equipe, e compartilhando práticas e saberes sobre um tema em comum ao processo de trabalho de todos. Desta forma, podendo sugerir que os entendimentos apresentados representam e influenciam o trabalho das equipes, e não somente de um indivíduo. Portanto, valorizando o trabalho e a contribuição de todos, sem correr o risco de cometer o equívoco de hierarquizar falas com base nas categorias profissionais.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Os Sujeitos da Pesquisa

Contribuíram com a pesquisa 13 profissionais de saúde, refletindo um público hegemonicamente feminino, com uma faixa etária média de 38,7 anos \pm 10,1 anos, com tempo médio de atuação na AB de 42,1 meses, aproximadamente 3 anos e meio.

Tabela 1: Profissionais entrevistados (n=13).

Profissionais	Número
Agentes Comunitários de Saúde	3
Técnico em Enfermagem	3
Enfermagem	2
Medicina	2
Farmácia	1
Dentista	1
Coordenador	1
Total	13

Três (23%) das profissionais relataram possuir apenas ensino médio completo; 10 (77%) são graduadas, com cursos concluídos entre 1994 e 2017, destas, 7 (70%) são formadas em instituição privada; 6 (60%) possuem pós-graduação, sendo 1 mestrado, 2 residências, e 3 especializações, sendo 2 na área da saúde pública e as demais referentes à AB.

7.2 Educação em Saúde

Como mencionado, a categoria “educação em saúde” foi concebida aprioristicamente, com base nas hipóteses e no referencial do presente estudo, que trouxe as representações da educação na saúde, sendo: educação redentora e como reprodução social (tradicionais), e a educação como mediação de um projeto social (dialógica), que influenciou a forma que o roteiro da entrevista foi elaborado.

A educação em saúde no contexto desta unidade se demonstrou uma ação complexa, sendo influenciada por relações de trabalho, mostrando que a dualidade entre uma ação educativa tradicional e dialógica não é suficiente para compreender o fenômeno no cotidiano das equipes.

7.2.1 Entre uma Educação Redentora e a Mediação de um Projeto Social

Tratando-se da educação em saúde, a análise do material produzido permitiu identificar que no contexto da USF estudada, a hipótese de que as ações de educação em saúde priorizam estratégias de caráter tradicional se confirmou. No entanto, mesmo que a lógica do ensino de comportamentos adequados, por meio de *“recomendação com relação a saúde com os pacientes (P4)”* na busca pela manutenção do “natural e original” tenha aparecido com frequência considerável, ela não foi exclusiva.

O pressuposto de que *“o mais importante é o trabalho preventivo (P1)”* foi facilmente identificado na grande maioria das entrevistas. No geral, as profissionais das três equipes demonstraram concordar que a ação educativa está atrelada ao que elas podem *“fazer para prevenir vários problemas de saúde (P1)”*. Perspectiva reforçada diante dos grupos de educação em saúde por elas organizados, prevalecendo a ênfase nas DCNT, sendo *“os específicos para o hipertensão mesmo, colesterol, pressão, diabetes (P11)”*. Além destes, *“tem o grupo de gestantes (P12)”*, e *“somos um grupo muito bom de saúde mental (P2)”*.

Além disso, as ações educativas são desenvolvidas com base no *“tema do mês, por exemplo, em novembro falamos sobre a saúde do homem, no mês passado foi o outubro rosa, e agora em dezembro vai iniciar a campanha do fique sabendo (P5)”*, demonstrando que as equipes também seguem o calendário do MS. Que se trata de campanhas voltadas à prevenção de doenças e/ou problemas/agraves à saúde.

A ênfase na prevenção de doenças ao abordar aspectos relacionados à saúde é bem comum. Presente, inclusive, nas orientações internacionais, a exemplo dos sentidos da promoção da saúde presente nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que tem fundamentado ações em saúde no Brasil e no mundo. Spencer, Corbin e Miedema (2019, p. 854) chamam a atenção para a visão implícita nos ODS, segundo os pesquisadores, existe uma perspectiva reducionista, desprovida de historicidade, e *“esmagadoramente biomédica, com enquadramento da saúde como ausência de doença”*.

Apesar das ações educativas apresentadas, *“a gente não tem feito muita coisa a mais por causa da pandemia, por causa da relação com os pacientes (P5)”*, *“a pandemia cortou tudo (P9)”*. Assim, demonstrando a descontinuidade das ações de educação em saúde das equipes devido aos cuidados referentes à COVID-19. Principalmente pelo fato de que a unidade em questão é um dos centros de referências para atendimentos da COVID-19 no município.

A descontinuidade das ações de educação em saúde chama a atenção, e pode representar uma questão delicada para a saúde da população. Mendes (2020) menciona o fato de que a COVID-19 não representa de forma direta o excesso de mortalidade, uma vez que parte dos óbitos podem ter relações indiretas “como mortes provocadas pelo estresse nos sistemas de atenção à saúde, pelo adiamento ou cancelamento de tratamentos de condições crônicas ou pela resistência das pessoas usuárias em se deslocarem para unidades de saúde por medo de se infectarem pelo vírus” (MENDES, 2020, p. 24).

Assim, é “importante observar o total de mortes no período de epidemias, mesmo aquelas que não são causadas pela COVID-19, porque a expressão morte por COVID-19 pode ocultar muitas vítimas” (MENDES, 2020, p. 23).

Observação extremamente pertinente uma vez que, no Brasil, os óbitos registrados desde o início da “pandemia superaram fortemente aquelas confirmadas como causadas pela COVID-19. (...) A partir da confirmação da primeira morte pela doença, (...) pelo menos 74 mil óbitos a mais do que o esperado foram registrados nos cartórios brasileiros” (MENDES, 2020, p. 24). Portanto, demonstrando a necessidade de, entre outras ações, “monitorar o acesso e a continuidade dos serviços essenciais relativos às doenças crônicas” (MENDES, 2020, p. 62), a exemplo das ações de educação em saúde.

Foi possível identificar que, nas ações educativas, o princípio de “*transmitir um pouco do nosso conhecimento para a população geral (P5)*” esteve presente, ressaltando a lógica conteudista de mediar o conhecimento com a população. Característica que sugere uma relação assimétrica, na qual o profissional transmite verticalmente ao paciente uma série de recomendações para ele seguir, caracterizando uma espécie de depósito de comunicado, tratando o paciente de forma passiva, com o intuito de que ele se adapte (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

Este tipo de relação remete as estratégias de desenvolvimento pessoal e de escolha informada, que busca ensinar a população, por meio de informações, a desenvolver habilidades que contribua para minimizar os riscos informados. Portanto, se aproximando das representações de uma educação redentora.

Neste mesmo sentido, a associação entre prevenir através de informação com base nos resultados de exames clínicos, como pode ser observado na seguinte fala: “*aqui trabalha com a prevenção, então a gente informar o paciente caso de alguma alteração no exame de diabetes, que a alimentação mude e favoreça a saúde (P8)*”, destaca o olhar biomédico. Caso essa relação predomine, existe uma tendência a objetificação do sujeito, eliminando sua

subjetividade, e conseqüentemente sua identidade como paciente (MORAES *et al.*, 2016), contrapondo-se a clínica ampliada e compartilhada que busca “construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa, negociada” (BRASIL, 2009, p. 11).

Outra característica observada foi uma tendência à responsabilização individual:

“Eu vejo que se as pessoas se atentassem um pouco mais para as orientações e se levassem mais a sério as orientações preventivas do que as doenças talvez as coisas estivessem muito melhores no ponto de vista de prevenir ao em vez de remediar (P4)”.

A fala desta profissional demonstra o incômodo com os pacientes que não seguem as recomendações, que não se adaptam, podendo levar ao agravamento do seu quadro clínico e a uma demanda teoricamente desnecessária. A presente preocupação tem como base a exclusividade da noção de risco, que se trata da “racionalização sobre o futuro, já que é o resultado de um cálculo probabilístico que pretende determinar a possibilidade de um acontecimento desagradável ou de um perigo vir a ocorrer” (ARAÚJO *et al.*, 2019). Desta forma, se o paciente foi informado e “capacitado” para prevenir os problemas/agravs à saúde, mas não segue as recomendações, logo se torna responsável, quiçá por aumentar os gastos em saúde.

Tal perspectiva está associada a uma minimização da influência dos modos de vida dos pacientes, que pode dificultar a adesão às recomendações. Isso gera a impressão de que as dificuldades não estão na complexidade da ação educativa em saúde, e da determinação social, mas que “*são do próprio paciente, porque a gente orienta, a gente tenta, e na maioria das vezes que a gente tenta fazer algo para a comunidade a gente consegue, porque todo mundo ajuda. Ai no mais é do paciente mesmo, que não se conscientiza, não adere (P6)*”. Portanto, ignorando as influências e complexidades apresentadas pelas dimensões sociais e históricas que englobam a dinâmica das classes sociais e das relações sociais de produção, e o reconhecimento dos aspectos simbólicos da vida cotidiana na sociedade (ALMEIDA-FILHO, 2004).

Nas ações de educação em saúde, o profissional não deve perder de vista que os modos de vida têm relação direta com os processos saúde-enfermidade-cuidado, uma vez que:

“ambas se realizam tomando-os como efeitos de um duplo processo de construção social, tanto como produto de atos concretos de exposição-proteção a fatores e configurações de risco, efeito de estilos de vida, quanto como processos de reconhecimento e designação de anormalidade e presença de patologia, etapas

prévias às respostas sociais diante dos problemas de saúde” (ALMEIDA-FILHO, 2004, p. 882).

Na busca desse reconhecimento, vale a pena mencionar a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), que “concebe a Educação Popular (EP) como práxis político-pedagógica orientadora da construção de processos educativos e de trabalho social emancipatórios” (MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2012, p. 9) que, entre outras dimensões, valoriza o respeito às diversas formas de vida.

A EP é uma ação pedagógica que se faz com o povo, desenvolvido no trabalho e com base na realidade da vida social procurando “incorporar os modos de sentir, pensar e agir dos grupos populares” (MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2012, p. 10). Reconhece que “é a partir do contexto concreto/vivido que se pode chegar ao contexto teórico, o que requer curiosidade, problematização, criatividade, o diálogo, a vivência da práxis e o protagonismo dos sujeitos na busca da transformação social” (BRASIL, 2012, p. 10).

Uma vez que na prática social se relacionam vários saberes e estratégias, foi possível identificar, em algumas ocasiões, que as mesmas profissionais que apresentavam um discurso tradicional, também demonstraram reconhecer a necessidade de ouvir o paciente, “*a pessoa tem que estar ciente da situação de saúde dela, o que realmente ela tem, o que ela precisa, não ser simplesmente um expectador, né?! (P5)*”, tornando-o coparticipante dos cuidados de sua saúde, se aproximando de uma ação dialógica. Tal perspectiva apareceu com menor frequência comparando com a perspectiva tradicional.

Na concepção da PNEPS “o diálogo acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade contribuindo com os processos de transformação e humanização” (BRASIL, 2012, p. 14). Uma ação dialógica “parte da escuta do outro e da valorização dos seus saberes e iniciativas, contrapondo-se à prática prescritiva” (BRASIL, 2012, p. 15).

As ações de caráter dialógico apareceram com maior frequência nos relatos das profissionais que frequentavam o grupo de saúde mental:

“Os encontros eram dia de quarta feira, né, e a gente sempre trazia uma musica, uma poesia, falava das emoções, a construção da poesia, a construção da frase nesse dia a dia, deixava eles por se só falarem, né. Abrirem o coração, e a partir do que eles se abriam a gente trabalhava em cima disso (P2)”.

Mas também surgiu no momento de consultas, “*então eu pego e leio as partes mais importantes com elas para elas fixarem. Porque eu já peguei gestante que não sabia ler, então assim... é complicado porque até você descobrir que ela não sabe ler... então é*

importante ler, explicar parte por parte é importante (P4)”. E durante as visitas domiciliares, *“principalmente assim, no quintal da pessoa, na saúde do cachorrinho, na pergunta de: olha, está comendo isso? (P3)”*.

Entretanto, é importante destacar que o reconhecimento da participação do paciente no processo, da abordagem de caráter dialógico apresentada por algumas profissionais não significa, necessariamente, uma superação de uma educação redentora na relação com o paciente, mas uma maior preocupação, e entendimento de que a forma impositiva de normas não contribui de fato com o processo saúde doença dos seus pacientes. Isso porque, o diálogo pode surgir limitado aos conhecimentos e argumentações logicamente organizados (BRASIL, 2012, p. 15), ou seja, pode ter como finalidade instruções puramente comportamentais, caracterizando-se como um diálogo condutivista (SILVA, 2007).

Superar o diálogo condutivista implica uma prática que valoriza a amorosidade, que “significa a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade” (BRASIL, 2012, p. 15), característica observada, por exemplo, nas menções ao grupo de saúde mental.

Além da amorosidade, a PNEPS apresenta como princípio teórico metodológico a problematização, referente à leitura e análise crítica da realidade; a construção compartilhada do conhecimento, que valoriza o conhecimento de “pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 16); a emancipação, entendida como a busca pela superação e libertação de pessoas e grupos de todas as formas de opressão que produzem desumanização; e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular, portanto, a luta por uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa (BRASIL, 2012).

Estes princípios reforçam o entendimento de que “a educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados” (FREIRE, 1983, p. 50), no qual o diálogo tem o objetivo de compartilhar uma ideia, um entendimento e/ou sentimentos, com foco em um sujeito concreto, inserido em um contexto histórico e cultural (PELICIONI; PELICIONI; TOLEDO, 2013).

Uma abordagem dialógica, próximo às representações de uma educação como mediação de um projeto social foi apresentada por apenas uma profissional, a qual além de reconhecer a

importância do diálogo e dos aspectos clínicos, destacou a saúde como um direito. Para ela, entre os benefícios da educação em saúde esta *“a cidadania, de todas a cidadania, porque você se vê como um cidadão brasileiro, e você é tratado com dignidade, seu direito é igual (P3)”*.

Sua prática educativa demonstrou extrapolar o olhar clínico e o diálogo condutivista, enfatizando que faz parte do processo educativo *“ensinar a usar o SUS (P3)”*, demonstrando, do seu ponto de vista, uma relação solidária com os usuários (CECCIM; FERLA, 2008), como demonstrado nas falas a seguir:

“é horrível ter que bater na casa das pessoas, ter que explicar os direitos dela para ela, que isso é uma conquista, e que elas tem que correr atrás para preservar, inclusive as pessoas que tem plano de saúde, que não sabem que tem a ANVISA, desde a alimentação às praças que tem aparelhos (P3)”.

“a pessoa não sabe mesmo, não sabe dos direitos, de dentista, você passa na casa da pessoa e a criança está com carie, e ela não sabe que tem direito de vim usar. As vezes não sabe que pode vim retirar medicamento, e principalmente de ter o direito deles, sabe? (P3)”.

Este tipo de ação educativa não acontece de forma espontânea, não é uma ação que deve depender exclusivamente da boa vontade dos profissionais, *“acabou que fui aprendendo com as colegas de serviço, principalmente na sexta feira, a reunião de sexta feira é maravilhosa, é educação permanente (P3)”*. Mas passa pelo desenvolvimento de um projeto que valoriza a formação/qualificação profissional, neste caso, principalmente a educação permanente.

A educação permanente aparece no plano municipal de saúde em dois eixos: no eixo IV – fortalecimento da gestão municipal do SUS, na diretriz IV – implementar a política de humanização e de educação permanente na rede municipal, com os seguintes objetivos: garantir os espaços, em todas as equipes, para discussão do trabalho em saúde; qualificar as equipes com foco no planejamento, implantação e avaliação das práticas humanizadas nos serviços de saúde. E no eixo V – gestão do trabalho e da educação em saúde, diretriz V – aperfeiçoar os mecanismos de educação, para qualificar os profissionais do SUS, com os seguintes objetivos: articular sistematicamente a gestão de pessoal e implementando a política municipal de educação permanente; promover a formação, por meio da educação continuada e permanente, qualificando e valorizando os trabalhos, a não-precarização e a democratização das relações de trabalho; formar facilitadores de educação permanente para as unidades de saúde; participação efetiva nas reuniões de câmara técnica; intensificar os vínculos entre as instituições de ensino e o município, assegurando o desenvolvimento das diretrizes para a formação em saúde na rede municipal; atuar na rede de saúde, promovendo as ações segundo

as políticas de humanização e educação permanente; estimular e difundir a participação de gestores e equipes em eventos, bem como possibilitar os espaços para discussão do trabalho em saúde na rede municipal.

A necessidade de formação foi mencionada pelas profissionais, *“eu acho que poderia receber mais treinamento, eu e minhas colegas de trabalho (P3)”*, *“às vezes as meninas dizem que não sabem como chegar na casa da pessoa e abordar, se identificam uma situação constrangedora na casa como posso lidar com a pessoa para conquistar a confiança? (P1)”*.

A educação permanente, que faz parte da rotina da unidade, *“a gente tenta fazer sempre nas reuniões de equipe, que é uma vez por semana (P5)”*, e cursos de atualização, *“a gente recebe sempre via e-mail o material, folder, palestras, cursos online, sempre estamos recebendo através da sessão de educação em saúde (P5)”* não pareceu ser suficiente para suprir as necessidades.

“a gente costuma fazer educação em saúde e muita atualização, muita orientação, é... fazer uma educação continuada, né? Dos assuntos mais recentes, abordagem dos assuntos mais frequentes da unida, e sempre está conversando com a equipe e tudo mais (P9)”.

Ao serem questionadas sobre formação nos dois últimos anos, oito (61,5%) das profissionais disseram ter realizado cursos, tendo prevalecido os cursos de curta e média duração. A maioria eram de cursos de caráter procedimentais, como combate a dengue e testes rápidos, apenas duas (25%) mencionaram cursos referentes à saúde da família e comunidade. Das oito, uma profissional relatou que o curso realizado não contribuiu em nada com seu processo de trabalho, uma disse ter sido indiferente, duas disseram que pouco, duas que contribuiu muito, e outras duas que extremamente.

Vale mencionar que, na grande maioria das vezes, influenciada pelas pedagogias tradicionais, a formação do profissional de saúde visa apenas o desenvolvimento de competências operacionais que proporcionam a adaptação ao meio de trabalho. Costumam ter como foco: “competências que definem os desempenhos mais elevados no desenvolvimento de tarefas”; integração da “análise às funções desempenhadas pelos trabalhadores no âmbito de um sistema”; e dedução “pelos próprios trabalhadores num processo de interação entre eles” (RAMOS, 2010, p. 204). Portanto, secundarizando os aspectos culturais e políticos, não expondo as influências das estruturas de dominação, o que leva a um processo de trabalho alienado (RAMOS, 2010), conformando uma formação como reprodução social.

Este tipo de formação é insuficiente para uma educação em saúde que visa responder as necessidades de saúde da sociedade com base nas condições de saúde dos grupos e classes

sociais, pois limita os sentidos das necessidades ao consumo de serviços (CAMPOS; BATEIRO, 2007), promovendo uma visão utilitária da AB. Consequentemente, impondo limitações para uma educação em saúde como mediação de um projeto social.

A ABRASCO, a partir das experiências de seu Grupo de Trabalho (GT) de Educação Popular em Saúde (EPS) destaca 5 ações necessárias para a atuação do grupo que podem ser pertinentes para um projeto de formação dos profissionais que atuam nas ESF (LIMA *et al.*, 2020), sendo:

- 1 - Fortalecimento das lutas por democracia, afirmação de direitos, de fortalecimento do SUS, de Políticas Públicas e do Projeto Democrático e Popular com base no Bem Viver e na defesa da vida no Planeta, como elementos norteadores do agir das pessoas engajadas no GT e da sua articulação com entidades, organizações, associações científicas e movimentos sociais populares;
- 2 - Aprimoramento das práticas educativas baseadas na EPS, tanto nos espaços formais como informais; nas pesquisas, em programas e projetos de extensão popular e em interações comunitárias e com movimentos sociais populares; assim como em ações de práticas populares e integrativas de cuidado em saúde e de saúde e arte;
- 3 - Processo de construção teórica das bases que fundamentam o agir crítico e libertador produzido pelas práticas de EPS;
- 4 - Caminho de construção de ações articuladas em redes colaborativas e solidárias nacionais e internacionais de educação popular e saúde; de participação e controle social;
- 5 - Compromisso de atuação em defesa da Saúde em Defesa da Vida, onde todas as vidas valem (LIMA *et al.*, 2020, p. 2741).

Soma-se a estas ações, a possibilidade de agregar ao processo as orientações do guia “Levando a Democracia para além das Eleições”, lançado pelo Fundo das Nações Unidas para Democracia (FDUD) e a *newDemocracy Foundation*, traduzido e divulgado no Brasil pelo coletivo Delibera Brasil. Trata-se do estímulo a iniciativas que envolvem os cidadãos no planejamento e na tomada de decisões relativas a temas de interesse público, entre suas estratégias para viabilizar a participação popular encontram-se: loteria cívica, sorteio cívico, mini assembleias, mini público, e júris cidadãos (ABRAMOVAY, 2020). O guia conta com capítulos para públicos específicos como, para políticos - isso ajuda os líderes a liderar; para gestores públicos - temos as condições certas para uma assembleia cidadão?; para coordenadores de projeto - decisões chave para planejar o projeto; para facilitadores - um guia prático, entre outros.

Diante do exposto, é possível dizer que as representações das profissionais da unidade sobre educação em saúde, apesar da predominância dos aspectos tradicionais, encontram-se entre uma educação redentora e a mediação de um projeto social. Afirmar ao contrário seria minimizar os esforços das que buscam por uma ação dialógica. Além de negar o potencial do trabalho em equipe, e do papel destas profissionais nos encontros de educação permanente das equipes.

Ademais, um projeto para a educação permanente em saúde “como processo de formação, acionador de movimentos de estranhamento, de desacomodação, de ‘perguntação’ e de implicação (...)” (CECCIM; FERLA, 2008, p. 11) que dê destaque aos saberes da educação popular se demonstrou necessário, mesmo que já mencionado no plano municipal de saúde.

Campos e Bataiero (2007) ao analisarem as necessidades de saúde através da produção científica no Brasil entre 1990 e 2004, encontraram que a atenção à saúde privilegia recortes fragmentados, que enfatizam a doença. A exclusividade desta abordagem, comumente baseada em análises de indicadores de saúde tende a reforçar práticas funcionalistas e classificatórias, com foco nos problemas e agravos à saúde. Fazem isso em detrimento de uma práxis emancipatória, ampla e complexa, na busca de responder às necessidades sociais de saúde. Esta sim com potencial para produzir um processo de educação em saúde fundamentado nas representações da educação como mediação de um projeto social.

7.2.2 Relações de Trabalho

As condições sobre as quais as profissionais desenvolvem seu trabalho se demonstrou relevante para o processo de educação em saúde. O trabalho em equipe, por exemplo, apareceu como parte importante do processo, “*a gente também tem a ajuda dos médicos, técnicos, enfermeiros que nos ajudam na palestra, e as ACS que ajuda nisso tudo (P8)*”.

O trabalho em equipe é uma característica da ESF, que destaca o trabalho multiprofissional pelo potencial que a junção dos olhares de diferentes categorias profissionais tem para a interdisciplinaridade, consequentemente melhorando a resolubilidade das questões de saúde (BARRETO *et al.*, 2019).

Foi possível perceber um vínculo positivo entre as profissionais, no qual se reconhece a realidade vivenciada, promovendo o crescimento de cada uma e de toda a equipe (COSTA *et al.*, 2014), “*a minha equipe, a gente senta, a gente troca informação, se a gente não sabe a gente busca uma com a outra, a nossa médica é maravilhosa, qualquer dúvida ela explica,*

ela senta e explica (P3)”, todas tentam “se ajudar ao máximo (P11)”. O trabalho em equipe foi mencionado como um recurso utilizado inclusive pelo reconhecimento das limitações que cada categoria profissional possui, “a equipe multiprofissional pega o conhecimento de um e de outro e tudo centralizaria no paciente, então seria muito bem mais beneficiado com essa questão (P10)”.

Quando desenvolvida por uma equipe multiprofissional, a educação em saúde ganha força pela inclusão da diversidade de saberes, tornando o processo mais criativo e pode ter impactos na adesão da população (BARRETO *et al.*, 2019). Quando as equipes tem a disposição recursos (materiais, organizacionais, e de formação) para uma boa sistematização, as atividades educativas podem se tornar um espaço de diálogo e de troca de saberes (BARRETO *et al.*, 2019). Afinal, uma escuta pedagógica potencializa a interação e a construção coletiva, além de gerar um processo de ensino aprendizagem da realidade produtor de sentidos e de capacidades críticas (CECCIM; FERLA, 2008).

No entanto, o reconhecimento veio seguido de desafios para a consolidação dos potenciais do trabalho em equipe, *“aqui na minha unidade em questão tinha que ter mais atendimento multidisciplinar, tanto para os pacientes como para a gente mesmo no dia a dia. Tipo, tenho uma duvida, tem um TO que vem a cada 15 dias, entendeu? (P6)”.*

“mas a gente não conta com terapia, profissionais da aérea da educação física e outros profissionais que possam nos auxiliar, porque o tratamento não esta só dentro do consultório, está fora também, com outras disciplinas e a gente não tem um fisioterapeuta, um educador físico, um terapeuta e tudo isso faz muita falta na hora de tratar o paciente por completo (P10)”.

Assim, pode-se dizer que na ESF o trabalho em equipe não esta restrito aos profissionais que atuam dentro de cada unidade. Neste sentido, sabendo que “a forma como as práticas de cuidado é realizada nos serviços de saúde também é fundamental para o alcance da resolubilidade do atendimento” (COSTA *et al.*, 2019, p. 734), se faz necessário destacar que uma rede de atenção a saúde forte tende a contribuir com as ações desenvolvidas pelas EqSF, a exemplo do potencial do NASF-AB ao dar apoio matricial e suporte técnico pedagógicos para as equipes.

O NASF-AB aparece no plano municipal de saúde no eixo 1, sobre o aperfeiçoamento e qualificação do acesso aos serviços e ações de saúde, na diretriz 1 – fortalecer a qualificação da atenção básica, com o objetivo de ampliar o matriciamento nas Unidades de Saúde, com a meta de implementar o NASF 1 e 2.

No entanto, cabe mencionar que o NASF-AB é uma estratégia prejudicada diante dos “instrumentos legais e normativos orientadores das mudanças em curso na atenção básica, publicados pelo Ministério da Saúde, entre agosto de 2019 e janeiro de 2020” (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 4). A nota técnica 322, de 27 de janeiro de 2020 destaca que “a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. O gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe” (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 8). Além disso, “a partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de NASF-AB” (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 8). Assim, a nota versa sobre a “renúncia ao NASF-AB como modelo para o fortalecimento do cuidado multiprofissional territorializado, decorrente do seu desfinanciamento pelo Ministério da Saúde” (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p. 8).

Sobre a descontinuidade do NASF-AB, mesmo as equipes da unidade não tendo um suporte consistente, foi reconhecido que *“se realmente não ter mais esse apoio à comunidade, nós vamos sentir. Estão acabando os NASF, porque eles dão apoio em todas as áreas, nós vamos sentir, eles vão fazer uma falta muito grande (P2)”*. É uma perda *“significativa, né? Porque querendo ou não você tendo um profissional especializado em outra área, mesmo que não atendesse seu paciente, mas que te guiasse no caminho, eu acho que isso é muito interessante (P6)”*.

O professor de educação física, que faz parte da equipe do NASF-AB, teve sua contribuição reconhecida na equipe multiprofissional, e solicitada pelas equipes da unidade, *“tentamos antes da pandemia um professor de educação física aqui do CRAS, para ele vim durante os grupos (P9)”*. Na opinião de uma das entrevistadas, *“deveria ter um profissional aqui, próprio para isso, para pegar... entrou? vamos caminhar e tals (P13)”*, além de ele poder *“trazer novos entretenimentos, jogos, né? (P2)”*.

Apesar da constatação, como reflexo de uma representação tradicional dos saberes teórico-práticos das PCAF na saúde, fica nítida uma visão que associa a função do professor de educação física a de dar aulas nos limites da unidade, limitando as oportunidade e relevância de se refletir sobre a produção pedagógica do corpo no interior do serviço (BUENO; FERLA; DESSBESELL, 2019). Portanto, se distanciando dos propósitos das atribuições do professor de educação física no NASF – AB, como apresentado no quadro 6.

Quadro 6 - Síntese de itens a serem considerados na atuação do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde

Buscar atuação coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde
Estar comprometido com a qualidade do serviço
Buscar um bom conhecimento do território
Participar do planejamento das ações de saúde da Atenção Básica à Saúde
Buscar estimular e fomentar a participação e controle social
Buscar organizar e participar de atividades de educação em saúde, considerando a cultura dos sujeitos e comunidades e buscando estabelecer uma relação que respeite estes saberes, fugindo de uma concepção vertical onde somente o profissional detém o saber.
Participar de atividades de apoio matricial
Reconhecer os múltiplos determinantes da atividade física e de outros comportamentos relacionados à saúde, evitando uma abordagem moralista e que considere o estilo de vida apenas como consequência das escolhas individuais de cada sujeito
Reconhecer a atividade física como objeto complexo e que a orientação para a prática de atividade física não é exclusiva de uma única profissão
Buscar fomentar a atuação intra e intersectorial para promoção da atividade física
Não focar a atuação na prescrição individualizada
A organização de grupos para a prática de atividade física não deve ser a única estratégia de atuação dos profissionais de EF
Na atuação junto aos grupos de prática de atividade física, buscar explorar a riqueza de possibilidade das atividades físicas
Valorizar a utilização dos espaços públicos
Buscar realizar avaliações permanentes

Fonte: Loch; Dias e Reis (2019, p. 2).

Dentro do trabalho em equipe, as ACS, devido suas atribuições e forma de atuação, que tem a “mediação como um dos elementos principais de seu trabalho” (MOROSINI *et al.*, 2017, p. 14), como atribui o MS (SANTOS; FRACOLLI, 2010), pareceu ser uma categoria profissional chave para potencializar as ações educativas. Uma vez que “*as ACS que comunicam bastante, que vão atrás para poder falar, elas vão de casa em casa falar para os pacientes do grupo, convidar, enfatizar da importância de estar participando, então tem bastante ação no bairro (P11)*”.

“elas vão nas suas micro áreas, vão convidar, chamar... as pessoas vão vir sim. Elas saem a caça. Eu falo assim, as ACS, elas são os olhos da unidade, porque elas que fazem o serviço porta a porta, elas vão, fazem o reconhecimento, trás para a unidade e sentar para ver o que podemos fazer na nossa região (P1)”.

Percebe-se uma maior oportunidade e facilidade por parte dessas profissionais de interagir ativamente e de forma consciente com a comunidade adstrita, podendo fazer grande diferença (MOROSINI *et al.*, 2017). Os ACS, a partir de um olhar ampliando, de um pensamento crítico sobre as situações e um agir reflexivo que viabiliza que a comunidade participe da construção da sociedade (MOROSINI *et al.*, 2017), juntamente com a equipe, planeja e avalia ações de saúde, promover saúde, prevenir e monitora riscos ambientais e sanitários, e monitora grupos e morbidades específicas (SANTOS; FRACOLLI, 2010).

Portanto, o “*numero de ACS está praticamente completa (P10)*” na unidade é um ponto positivo, e que merece destaque para as ações de educação em saúde, porque “*a gente consegue ter esse vínculo mais próximo (P10)*”. Isso porque o “*elo com o paciente fica de forma mais próxima através do ACS (...), isso nos ajuda a intervir rapidamente nos casos necessários, né? (P10)*”. Demonstrando assim uma “*sobrevalorização do papel mediador e, portanto, educativo desse trabalhador*” (ARAÚJO *et al.*, 2018, p. 2).

A observação sobre o número de ACS é pertinente, uma vez que a atualização da PNAB em 2017 estimula a redução do número destes profissionais, e a descaracterização da “*natureza educativa do seu trabalho, além da conformação de uma concorrência equivocada entre a natureza preventiva e de promoção da saúde, própria da sua atuação, e a realização de procedimentos considerados mais curativos, até então atribuídos ao técnico em enfermagem*” (SILVA *et al.*, 2020, p. 67).

O reconhecimento das contribuições da categoria profissional é confirmado na fala das ACS, “*nós incentivamos muito a população a participar de todos os grupos, conscientizamos, a gente anima eles, a gente procura estar cobrando eles, sempre a gente está passando: vamos, vamos, eles vem participar (P2)*”, demonstrando comprometimento “*na hora da visita (P3)*” em estimular a população a se envolver com as ações educativas promovidas pela unidade. Comprometimento que, em alguns momentos esteve atrelado ao princípio da cidadania, “*através disso ensinar que eles são cidadãos, fazer a união bairro, sabe, juntar (P2)*”.

Apesar disto, “*uma integração melhor entre o serviço de farmácia com os ACS (P7)*” foi mencionada, devido à necessidade de se promover um uso consciente dos remédios. Ponderação pertinente, uma vez que o MS, por meio da Política Nacional de Assistência Farmacêutica do DAF, reconhece o papel “*dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos*” (BRASIL, 2006).

Buscando complementar o trabalho do ACS nesse aspecto, em 2015, o MS lançou uma cartilha para a promoção do uso racional de medicamentos. Com foco no paciente, a cartilha apresenta “importantes orientações sobre como conversar com o seu médico, cirurgião-dentista (odontólogo), farmacêutico ou outro profissional da Saúde, sobre os cuidados ao adquirir, utilizar, guardar e jogar fora os medicamentos” (BRASIL, 2015, p. 5). O material pode contribuir com as ações do ACS, se tornando um instrumento pedagógico na prática educativa com a comunidade, em diálogo com o farmacêutico, e demais membros da equipe.

A integração entre o serviço de farmácia com os ACS é uma questão que surgiu na presente pesquisa, mas não representa o único desafio desta categoria profissional nas suas ações dentro da EqSF, inclusive nas ações de educação em saúde. Dopp (2019), ao estudar ações de educação em saúde com ACS no mesmo município que a presente pesquisa foi realizada, identificou que a pressão para o cumprimento de metas e a sobrecarga de trabalho surgiu como barreiras do ambiente de trabalho para o desenvolvimento das ações educativas por parte destes profissionais com a comunidade.

Outras características organizacionais, e do ambiente de trabalho também demonstraram ter influencia nas ações de educação em saúde de toda a equipe, incidindo de forma significativa nas experiências das profissionais. Como por exemplo, a falta de recursos materiais.

A máxima de que “*a gente está sempre tentando fazer o possível com o possível que a gente tem (P8)*” faz parte das ações educativas das equipes. A “*parte dos materiais que a prefeitura manda (P8)*” não demonstrou ser suficiente para o desenvolvimento das ações, fazendo com que, em alguns casos “*os próprios funcionários (P8)*” comprem alguns materiais “*para arrumar o posto (P8)*”. Situação que torna o improvisado, “*a gente improvisa com o que a gente tem (P5)*”, necessário e ocupe parte do planejamento das ações de educação em saúde.

O apoio da prefeitura nas ações de divulgação das USF consta no plano municipal de saúde, presente na meta de apoiar as unidades de saúde da atenção básica nas ações de divulgação do SUS, disponibilizando materiais informativos às equipes, no eixo VI – de fortalecimento da participação da comunidade e do controle social na gestão do SUS, na diretriz VI – referente ao fortalecimento da participação da comunidade e do controle social.

A presente condição limita as ações das equipes que “*têm planos, mas na hora de colocar em prática não é muito viável, acaba se perdendo, ai o pessoal acaba ficando desmotivado, e muita coisa se perde (P1)*”. Isso representa uma barreira para as ações de educação em saúde, com impactos diretos na resolubilidade das ações em saúde, na busca

pela solução dos problemas individuais e coletivos demandados pela população (COSTA, 2014).

A questão da falta de espaço também foi mencionada, *“tinha grupo de hipertenso e diabéticos, a gente fazia lá fora, tinha gente que passa mal pelo calor, né? (P9)”*. Cabe ressaltar que a unidade em questão passou por reforma recentemente, na qual houve a ampliação de sua estrutura física. No entanto, isso não significa que outros espaços da comunidade deixarão de ser usados para suprir a demanda:

“Mesmo estando com toda essa estrutura agora, falta um barracão, falta cadeira. Eu uso o salão da igreja para fazer o liankun, e as meninas do artesanato usam o CEU. Mas a gente tem esse equipamento, o da igreja, o do CEU, mas não é nosso né? Aqui de dentro. Porque tudo que a gente faz aqui dentro é melhor, dá mais resultado (P3)”.

A utilização de espaços e estruturas disponíveis no território de abrangência da unidade de saúde não deve ser entendido como algo negativo, uma vez que o processo de territorialização passa pela apropriação do território, trata-se de um movimento de criação de territórios pela/para a atuação da ESF (FARIA, 2013). No entanto, quando esse recurso é utilizado para suprir a precarização, deve ser problematizado.

A sobrecarga de trabalho, e as questões burocráticas também demonstraram ser uma barreira para as ações educativas, *“os problemas do dia a dia, os que a gente enfrenta na rede, muitas coisas que não era para serem resolvidas aqui a gente não consegue o apoio da rede, a gente fica aqui, ai acaba que a gente trabalha em uma questão que não é da nossa responsabilidade, né? (P9)”*.

“É muita reunião extramuros, muita questão burocrática para ser resolvida que demanda muito. E ai a gente acaba ficando muito nessa questão de resolver pepino, apagar incêndio e na verdade a gente não precisa apagar incêndio, (...) Porque se você apaga incêndio o trabalho não aparece, você resolve, mas não aparece (P9)”.

Além disso, uma característica organizacional que deve ser mencionada são as estratégias utilizadas para otimizar o fluxo de pacientes. Por exemplo, *“eu oriento sobre atividade física, (...) estilo de vida porque influencia o horário que você dorme, que você acorda, influencia a postura que você senta para assistir televisão, o tempo que você fica no telefone, tudo isso é uma consulta de 1 hora, e eu tenho 20 minutos (P10)”*. Assim, demonstrando que uma alta quantidade de atendimentos não expressa, necessariamente, a qualidade do trabalho, e pode prejudicar a prática educativa, tendo em vista a complexidade que a abordagem exige.

Pode-se afirmar que esses desafios nas relações de trabalho estão atrelados à influência de uma sociedade capitalista, expressa no subfinanciamento crônico, e atual desfinanciamento do SUS, que por sua vez gera uma distribuição desigual do produto do trabalho em saúde. Produto que, ao contrário dos demais trabalhos, não gera uma mercadoria. Na saúde, o produto do trabalho é consumido no exato momento em que é produzido, na relação interpessoal entre profissional e sujeito, caracterizando-se serviço (NASCIMENTO, PASQUIM, FERREIRA, 2020).

O processo de desfinanciamento do SUS e da AB impacta diretamente os profissionais de saúde que atuam na ESF. Impondo limites desde o processo de trabalho, envolvendo as ações de educação em saúde, à saúde e bem estar dos profissionais, aja vista que o trabalho na saúde sofre influencia do contexto social, econômico e cultural.

Estudos apontam que situações que limitam a autonomia do profissional, os conflitos nas relações de trabalho e problemas na estrutura organizacional dos serviços estão entre os fatores que mais causam insatisfação no trabalho na saúde, inclusive na ESF (SARATTO *et al.*, 2017).

Corroborando com os desafios e barreiras identificados, Saratto e colaboradores (2017), ao estudar a insatisfação de trabalhadores da ESF em cinco regiões do país identificaram que a falta de recurso material foi o motivo mais apontado. Seguido de estrutura física inadequada e falha na gestão, *“o serviço como um todo carece de uma melhor aplicação dos recursos financeiros, assim como técnica e administrativa (P7)”*. A falta de valorização do trabalho, *“eles só sabem falar mal do funcionário público (...), ninguém vê que é o funcionário público que está ali no sangue, no suor, sabe? Fazendo (P3)”*, foi o quarto motivo mais apontado, finalizando com postura do usuário, excesso de demanda e jornada de trabalho.

Não se deve perder de vista que o trabalho na saúde é multifacetado e dinâmico, com múltiplas repercussões, e que a atividade laboral influencia a saúde do trabalhador da saúde (MEDEIROS, 2012). Assim, é necessário maior atenção às condições e relações de trabalho, maior valorização e reconhecimento profissional. A pandemia tem colaborado para isso, no entanto, cabe ressaltar os limites da romantização, a exemplo do status de herói que os profissionais da saúde ganharam no “combate” à COVID-19. O sacrifício pessoal deve ser problematizado, e não automaticamente associado à função do profissional. O dever desses trabalhadores é suprir as necessidades de saúde criadas e impostas pela pandemia, não as deficiências causadas pelo governo pela falta de investimento e má gestão da atual crise sanitária.

Importante mencionar que estes desafios devem ser incluídos no processo de análise da situação da saúde da população¹¹, uma vez que os problemas do sistema de serviços de saúde influenciam na resolutividade dos problemas de saúde, comprometendo o alcance dos objetivos pretendidos (VILASBÔAS; JESUS, 2010).

Diante do quadro apresentado, constata-se que o trabalho em equipe e o ACS contribuem e são potencializadores das ações educativas. No entanto, a educação em saúde é um fenômeno complexo, que não depende exclusivamente da boa vontade e empenho das EqSF, mas de vários agentes e situações para ser desenvolvida, incluindo o fortalecimento da rede de atenção à saúde, que implica no financiamento adequado do SUS e da AB. O desmonte do SUS, entre outras coisas, gera relações de trabalho desestimulantes, que tende a criar insatisfações profissional, prejudicam as ações de educação em saúde, e a vida dos próprios profissionais (SARATTO *et al.*, 2017).

7.3 Promoção das Práticas corporais e atividades físicas

Assim como “educação em saúde”, a presente categoria foi criada aprioristicamente, com os mesmos objetivos da primeira. Aqui será possível observar reflexos das subcategorias anteriores, das representações sobre educação e das relações de trabalho das equipes, em especial na influência destas questões sobre os saberes teórico-práticos das PCAF na saúde e nas orientações para a população.

Demonstra ainda a importância de buscar no território oportunidades para o envolvimento da população com as PCAF, seja em nível de ambiente propício para a prática, e/ou através de parcerias firmadas.

7.3.1 Entre uma Prática Educativa Tradicional e Dialógica

Os conhecimentos teórico-práticos que predominaram nas orientações a respeito das PCAF foram os que caracterizaram uma prática educativa tradicional. Na qual o envolvimento com as práticas foi orientada: “*para a prevenção, para a prevenção da saúde física, mental, e de doença preexistente, (...) para prevenir a doença (P3)*”, entendida como um meio para “*diminuir o risco cardiovascular, o diabetes, para melhorar a qualidade de vida (P4)*”. Mas, “*principalmente na prevenção de doenças crônicas (P10)*”.

¹¹ A Análise da Situação de Saúde é a identificação, descrição, priorização e explicação dos Problemas de Saúde de uma população, com o objetivo de identificar necessidades sociais e determinar prioridades de ação (VILASBÔAS; JESUS, 2010).

O estímulo para a prática das atividades físicas também esteve associado a “*melhorar o peso, porque a maior parte das pessoas está ficando muito gordinha (P4)*”, a “*depressão, ansiedade (P13)*”, a “*diminuição do uso de medicamentos (P7)*”, e aos aspectos fisiológicos gerais, uma vez que a prática tende a “*melhorar seu metabolismo (P11)*”, “*quando você começa a praticar você começa a perceber a circulação, respiração, produção de serotonina, e perda de peso (P9)*”.

O predomínio dessa prática vai ao encontro dos achados de Sá, Velardi, e Florindo (2016) que ao estudarem os limites e as potencialidades da educação para a promoção da atividade física pelas EqSF identificaram que as PCAF eram entendidas “como uma atividade programada, realizada no tempo de lazer, como uma obrigação ou tarefa útil, relacionada, sobretudo, para fins estéticos e curativos” (p. 421). Enunciando o desenvolvimento de uma clínica restrita pelas equipes ao abordar a relação entre as PCAF e a saúde com a população.

O predomínio deste tipo de clínica faz parte do processo de consolidação das atividades físicas no campo da saúde. Característica que tem como principal referência as recomendações sobre atividade física na prevenção e no tratamento das doenças, a exemplo das recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Hipertensão e Diabetes, e de órgãos internacionais, como o *United States Department of Health and Human Services*, o *American College of Sports Medicine*, a *American Heart Association* e a OMS (COELHO; BURINI, 2009). Representando um dos principais instrumentos utilizados na fundamentação teórico-prática na promoção das PCAF na saúde.

Atualmente, no Brasil, representando esta tendência, o plano de ação da Coordenação Geral de Promoção de Atividade Física e Ações Intersetoriais (CGPROFI) do MS têm como referencial teórico abordagens tradicionais para a promoção das PCAF, como pode ser observado na nota técnica N° 12/2020-CGPROFI/DEPROS/SAPS/MS. A nota traz a estruturação das ações de atividade física da CGPROFI, que apresenta a pesquisa SAFE e o Guia de Atividade Física Para a População Brasileira¹² como documentos em construção, apresentando também os temas e o referencial teórico que os fundamentam, sendo:

¹² O Guia de Atividade Física para a População Brasileira foi lançado pelo MS no dia 29 de junho de 2021, e apresentação científica pela Sociedade Brasileira de Atividade física e Saúde no dia 07/07/2021, na fase final da redação da presente dissertação.

Quadro 8 : temas e referências das ações da CGPROFI.

Tema	Referências
1 - Definição de atividade física e domínios	<ul style="list-style-type: none"> • CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. <i>Public Health Reports</i>, v. 100, n. 2, 1985. • GABRIEL, K. K.; MORROW, P. J. R.; WOOLSEY, A. L. T. Framework for Physical Activity as a Complex and Multidimensional Behavior. <i>Journal of Physical Activity and Health</i>, 2012, 9(Suppl 1), S11-S18.
2 - Recomendações de atividade física	<ul style="list-style-type: none"> • ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global recommendations on physical activity for health. Genebra: OMS, 2010. • ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Genebra: OMS, 2018.
3 - Dados de vigilância e prevalências	<ul style="list-style-type: none"> • GUTHOLD, R.; STEVENS, G. A.; RILEY, L. M.; et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. <i>The Lancet</i>, v. 6, n. 10, 2018. • GUTHOLD, R.; STEVENS, G. A.; RILEY, L. M.; et al. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. <i>The Lancet</i>, v. 4, n. 1, 2019. • BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. <i>Vigitel Brasil 2018: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico</i>. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. • BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <i>Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2015: Coordenação de População e Indicadores Sociais</i>. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. • BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <i>Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas</i>. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
4 - Atuação do Profissional de Educação Física na	<ul style="list-style-type: none"> • CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. Portaria nº 278/2020 de 13 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre classificação,

promoção da atividade física na APS	significado e abrangência das Categorias de Licenciado e de Bacharel na Cédula de Identidade Profissional e seus respectivos campos de intervenção profissional. Rio de Janeiro: CONFEF, 2020.
-------------------------------------	--

CGPROFI: Coordenação Geral de Promoção de Atividade Física e Ações Intersetoriais

O quadro mostra o empenho e o compromisso da CGPROFI com a criação de estratégias e indução de políticas públicas fundamentadas por robustas evidências científicas. No entanto, também demonstra o predomínio dos conhecimentos teórico-práticos da epidemiologia da atividade física na elaboração das propostas, entre outros, a exemplo do tema 2, que utiliza o plano de ação global sobre atividade física e saúde para 2018 a 2030 lançado pela OMS como referência para as recomendações de atividade física.

A ausência dos conhecimentos socioculturais e pedagógicos das AFPC chama a atenção. Saberes que podem contribuir para a compreensão das necessidades referentes à como os sujeitos estabelecem vínculos e constroem significados com as PCAF, uma vez que as “disposições para a ação se constituem na relação irreduzível entre a localização do indivíduo na estrutura social (classe) e a trajetória biográfica, sempre singular, do sujeito nesse contexto” (GONZÁLEZ, 2013, p. 36).

Além disso, a exclusividade dos conhecimentos da epidemiologia da atividade física pode produzir ações com base apenas na oferta de serviços para responder e/ou minimizar problemas e agravos de saúde, em especial das DCNT. Ao aproximar essa lógica dos sentidos da universalização que permeiam o SUS, preocupa a possibilidade de tal ênfase se vincular à perspectiva da cobertura universal de saúde, na qual a oferta das PCAF na rede de saúde seja promovida apenas como serviços para a redução dos riscos à saúde.

É necessário reconhecer que as necessidades sociais de saúde não se limitam e se esgotam com o suprimento de demandas e na oferta de serviços (PAIM, 2006), não sendo suficiente “reduzir as necessidades àquilo que se manifesta como procura por serviços” (BOUSQUAT *et al.*, 2021, p. 17).

Na unidade, todas as ações de promoção das PCAF são desenvolvidas exclusivamente pelas EqSF, inclusive o grupo de Lian Gong, coordenado por uma ACS. A modalidade está presente na PNPIC, trata-se de uma “ginástica terapêutica chinesa que se caracteriza por um conjunto de três séries de 18 exercícios terapêuticos e preventivos que alia os conhecimentos da medicina ocidental às bases da medicina tradicional chinesa” (BRASIL, 2015, p. 80). É a segunda prática complementar mais realizada nos municípios brasileiros via sistema de saúde,

atrás apenas do reiki (BRASIL, 2015). *“O Lian Gong é assim, (...) trabalha os movimentos do corpo, né? Prevenção para dor, estica a pessoa. E lá a gente também educa (P3)”*.

Além desta modalidade, foi feita menção a um grupo de caminhada. Os grupos de caminhada são os mais frequentes nas intervenções de atividade física, estando entre as características dos programas de atividade física no sistema de saúde brasileiro, com frequência semanal de uma vez por semana, por pelo menos trinta minutos (GOMES *et al.*, 2014). Estas foram as duas ações mencionadas, *“mas já parado por causa da pandemia (P9)”*.

As profissionais afirmaram que não contam com suporte pedagógico de um professor de educação física que esteja vinculado a AB para suprir suas necessidades teórico-práticas sobre as PCAF na saúde. A falta deste apoio gera insegurança, *“eu me sinto um pouco deficiente porque eu tenho receio de falar, eu não tenho muito assim... vamos dizer... propriedade do assunto, eu acho que eu deveria estudar mais o que pode e o que não pode (P5)”*, influenciando a prática educativa das profissionais.

Situação que chama ainda mais a atenção ao se tratar da qualificação das profissionais sobre os conhecimentos referentes às PCAF na saúde. Apenas uma profissional relatou ter realizado cursos de capacitação nos últimos dois anos, sendo de danças circulares, Lian Gong e Zumba.

Com isso, pode-se afirmar que as necessidades teórico-práticas sobre a promoção das PCAF das profissionais que atuam nesta unidade não foram supridas pelas diretrizes, objetivos e metas do plano municipal de saúde referente à qualificação/formação e educação permanente. Demonstrando que é possível que a promoção das PCAF no campo da saúde não seja uma prioridade nas ações do município, uma vez que não foi contemplada nem na meta de intensificar as ações de promoção e prevenção realizadas pelas unidades de saúde nas linhas de cuidados, na qual comumente o tema das PCAF costuma surgir. O termo “inatividade física” aparece no plano (uma única vez) como um dos fatores comportamentais de risco modificável, não sendo feito nenhuma menção a similares, como atividade física e/ou práticas corporais. O termo “esportes” aparece uma vez associado às atividades desenvolvidas pelo NASF-AB, em específico sobre as ações intersetoriais, ao mencionar a fundação de esportes como parceria.

Reconhecendo essa lacuna nas políticas públicas, o Grupo de Trabalho (GT) de Políticas Públicas da Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde (SBAFS) encaminhou carta aos candidatos das eleições municipais de 2020 estimulando a inclusão de ações,

estratégias, programas e políticas que induzem o envolvimento da população com as atividades físicas nas propostas de governo. Propondo a “ênfase na valorização, ampliação, adaptação e criação de espaços e ambientes que facilitem, encorajem e promovam a prática da atividade física no dia a dia dos cidadãos do seu município, tanto no lazer quanto no transporte” (GT POLITICAS PÚBLICAS – SBAFS, 2020, s/p), a carta sugere 4 opções, sendo:

1- programas comunitários de atividade física realizados em espaços públicos, como praças, parques e quadras, com aulas e atividades em grupo (respeitando as restrições e ações necessárias para o enfrentamento da pandemia de COVID-19); 2- integrar ações de promoção da atividade física de forma multiprofissional e intersetorial, como por exemplo, envolvendo diferentes secretarias, associações e empresas; 3 - Promover a mobilidade ativa no plano diretor e no plano de mobilidade da cidade, priorizando os pedestres e usuários de bicicleta, como por exemplo, mais e melhores calçadas, equipamento e espaço cicloviário e segurança no trânsito; e 4 - Fortalecer a oferta de educação física de qualidade nas escolas de educação básica e infantil (GT POLITICAS PÚBLICAS – SBAFS, 2020, s/p)

Em 2021, dando sequência na ação, o GT lança outro documento reafirmando a necessidade das PCAF nos planos de governo e acrescentou novas sugestões, anexando o “Manifesto Internacional para a Promoção da Atividade Física no Pós-COVID-19: Urgência de uma Chamada para a Ação”, do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul, o “Manifesto por cidades para pessoas a pé”, do Como Anda, e o “Manifesto O Esporte em defesa da Vida”, da Rede Esporte pela Mudança Social (GT POLITICAS PÚBLICAS – SBAFS, 2021).

Tratando-se das opções mais recomendados pelas equipes para o envolvimento da população, confirmando a prevalência da prática, a “*caminhada de 30 minutos por dia (P7)*” foi a que mais se destacou. A caminhada foi apresentada como “*essencial (P8)*”, e viável “*por que é barato (P6)*”. “*Porque eu entendo que é uma coisa que não precisa muita estrutura para fazer, por parte do paciente, e também ele pode fazer isso em qualquer horário, em qualquer lugar (P8)*”.

As representações da caminhada das equipes vão ao encontro da literatura, que destaca que a “prática possui baixo custo, não requer local específico e pode ser praticada por ambos os sexos” (CERRI *et al.*, 2017, p. 101). Características que a torna “viável e eficaz na redução das taxas de inatividade física e torna a sua implantação de grande importância em áreas de alta vulnerabilidade social” (CERRI *et al.*, 2017, p. 101). Características que contribuem para a caminhada no âmbito do lazer ser a prática mais realizada pela a maioria

dos usuários do SUS, a qual está positivamente associada com menores gastos com uso de medicamentos (TURI, 2015).

A utilização da academia ao ar livre, e exercícios em casa com o recurso de pesos improvisados e suporte da internet também foram mencionados:

“ai o que eu tento orientar, que façam atividades dos membros superiores, seja naqueles equipamentos, ou em casa mesmo, pega uma garrafinha e enche de milho, de feijão e vai fazer uma atividade. Hoje em dia a maioria das pessoas tem acesso a internet, então dá para colocar um videozinho ali no youtube. Eu falo assim, mesmo que comece devagar, que comece fazendo alguma coisa (P10)”.

Além disso, tem a *“academia, mas muitos não querem, então correr ao ar livre, andar de bicicleta (P13)”*, fazer *“hidroginástica (P10)”*, apesar de que *“pode ser que a pessoa não tenha esse recurso (P5)”*. No mais, o domínio do transporte como prática de atividade física relacionada à saúde também foi mencionado, *“vai para o serviço? Se possível ir caminhado, ir de bicicleta, porque a gente é tudo moto agora, fez 18 anos, é moto (P12)”*.

Assim, neste momento, outras práticas da cultura corporal, como os esportes, lutas, ginásticas, e a dança não foram mencionadas pelas profissionais como oportunidades para o envolvimento da população a fim de trazer benefícios para a saúde. Fato que chama a atenção, já que, sob o slogan *“melhore sua qualidade de vida praticando atividade física”*, a prefeitura municipal, por intermédio da Secretaria Municipal de Esportes e Turismo oferece à comunidade mais de 30 modalidades de maneira descentralizada para adultos, idosos e crianças (PREFEITURA MUNICIPAL, 2017). Demonstrando que as sugestões das equipes estão limitadas aos princípios da prática das PCAF como exercícios sistematizados (que é legítimo) com o intuito de aumentar o gasto energético, e que acontece de forma desarticulada das ações de promoção das PCAF pelo município.

Importante destacar ainda que as recomendações internacionais, a exemplo das da OMS, atualizadas em 2020, não foram mencionadas de forma explícita. Demonstrando que a prática educativa das equipes não tem como base parâmetros específicos como:

“adultos devem realizar pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física aeróbica de moderada intensidade; ou pelo menos 75 a 150 minutos de atividade física aeróbica de vigorosa intensidade; ou uma combinação equivalente de atividade física de moderada e vigorosa intensidade ao longo da semana para benefícios substanciais à saúde” (OMS, 2020, p. 4).

E pelo menos 75 à 150 minutos de atividade física aeróbica de moderada a vigorosa intensidade, além do benefícios adicionais com 2 dias de *“atividades de fortalecimento*

muscular de moderada intensidade ou maior que envolvam os principais grupos musculares” (OMS, 2020, p. 4).

Isso demonstra que, apesar do predomínio de uma prática educativa tradicional, a mesma acontece de forma genérica, sem um conhecimento teórico-prático consistente. Característica que pode esta relacionada com conhecimento teórico prático insuficiente sobre o tema, como já mencionado. Resultado que vai ao encontro dos achados de CRUZ (2020, p. 9), que ao realizar pesquisa no mesmo município “sobre o nível de conhecimento, frequência e importância sobre o conteúdo de atividade física (...) dos profissionais da Atenção Primária”, a luz dos princípios tradicionais da promoção das PCAF, constatou a necessidade de capacitação. A necessidade de formação referente ao tema também foi mencionada por Neto, Florindo e Costa (2021) ao pesquisarem sobre os fatores associados ao aconselhamento em atividade física entre trabalhadores da ESF no Brasil.

Confirmando a relevância das ACS nas ações de educação em saúde da unidade, a categoria profissional foi citada como a principal estratégia para a divulgação das ações de promoção das PCAF, além da utilização de murais, orientações das médicas e equipe de enfermagem. Demonstrando que as mídias digitais, incluindo as redes sociais não são recursos utilizados pelas equipes. Recurso que vem ganhando destaque na pandemia da COVID-19 para comunicar sobre a importância das atividades físicas (CROCHEMORE-SILVA *et al.*, 2020). Inclusive pela OMS, ao sugerir o desenvolvimento de estratégias que usam soluções digitais para o manejo das doenças crônicas (WHO NCD DEPARTMENT, 2020).

O reconhecimento das contribuições dos ACS na promoção das PCAF para a comunidade tem ganhado relevância, entre outros motivos, pelo papel que estes profissionais exerceram “na redução da mortalidade infantil na década de 1980, principalmente no Nordeste do Brasil” (FLORINDO *et al.*, 2013). Desta forma, acredita-se que essa conquista possa acontecer também com a realização de aconselhamento e promoção de atividade física na AB (FLORINDO *et al.*, 2013). Além disso, estudos internacionais têm mostrado que cursos de formação sobre aconselhamento de atividade física têm sido eficazes para médicos e enfermeiras que trabalham na atenção primária à saúde em países de alta renda (FLORINDO *et al.*, 2013).

Tal perspectiva tem feito com que a qualificação da categoria profissional, com o objetivo de torná-los promotores de atividade física nas visitas domiciliares (FLORINDO *et al.*, 2013) seja um objeto de preocupação e problemas de pesquisas (SÁ, 2011; SANTOS *et*

al., 2015; COSTA *et al.*, 2015; DOPP; NASCIMENTO; NAKAMURA, 2020), servindo para reafirmar a essencialidade destes profissionais nas EqSF.

Assim como nas representações sobre educação, a prática educativa na promoção das PCAF, mesmo que na grande maioria das vezes o desfecho fosse os benefícios biológicos da prática, foi possível identificar algumas características dialógicas, *“então a gente tenta adaptar o meio que eles vivem junto com a atividade física, então a gente fala de caminhada, para utilizar o espaço do CEU que tem alguns equipamentos que podem ser utilizados pela população. Tentar conciliar a realidade de cada um com a atividade física (P10)”*.

A preocupação com a realidade do paciente nas orientações sobre a prática surgiu em algumas falas, *“eu recomendo dentro da possibilidade financeira do paciente, tem alguns que tem condições financeiras de fazer hidroginástica (...) eu gosto muito, para os pacientes que tem o mínimo de condições aí eu oriento (P10)”*.

É dentro da realidade de cada paciente que vou trabalhando. Tipo, um paciente obeso, um paciente que não tem um tênis para caminhar (...) tem que se adaptar, vê o que a gente faz para adaptar. Imagina, o paciente sempre trabalhou, acordou trabalhou, voltou para a casa comeu e dormiu, “agora você tem que fazer atividade física”, como que você vai acrescentar isso na vida dele, por exemplo? Na vida de uma mãe de família que trabalha o dia inteiro, muitas vezes não é casada, chega e quer ficar com os filhos. Então a gente pensa nisso (P10)”.

Na característica dialógica, os benefícios do envolvimento com as PCAF foram reconhecidos para além do aspecto biológico, *“a prática do exercício não faz bem só para o corpo, não é só para ajudar no controle do colesterol, da glicemia, vai ajudar porque você vai conhecer pessoas novas, na vida social (P6)”*. A atividade física *“é vida, é saúde, alegria, é você ter contato com outras pessoas, você ver o mundo diferente, eu acho que a saúde em todos os sentidos (P2)”*, porque *“quando a gente põe um tênis no pé para fazer uma caminhada que seja, que a gente sai de casa para se exercitar ao ar livre a gente está desenvolvendo outras partes, não só a física. A gente tem a parte social, (...) (P6)”*.

Além disso, foi reconhecida como estratégia *“para pensar na própria comunidade. Porque só de sair de casa e observar as ruas, ver como estão as coisas (P3)”* faz diferença. Por exemplo, *“é bacana porque a gente conseguiu dividir o espaço com outros grupos, e nós estamos tomando conta, é a população que está tomando conta, a gente toma conta do espaço, às vezes dá uns atritos com o pessoal do futebol que vem no dia do patins, mas tudo se resolve (P3)”*. No entanto, foi reconhecido que não se trata de um simples querer, pois, isso só é possível *“se a população tiver tempo, porque tudo vai de tempo também, né? (P13)”*,

portanto, se distanciando da ideia de “preguiça” (GUERRA; LOCH, 2020), discurso comum, e que pode

legitimar a falta de investimentos em ações voltadas à promoção da atividade física, pois, nessa acepção, uma vez que a inatividade física é uma mera questão de “preguiça”, perde-se boa parte do sentido de se investir em importantes aspectos, como melhoria dos ambientes construídos, diminuição da violência e dos diversos tipos de iniquidades, investimento em programas de atividade física em geral, melhora da formação dos profissionais de saúde envolvidos nesse tema etc. Enfim, na modificação de diversos determinantes da prática de atividade física (GUERRA; LOCH, 2020, p. 6).

A abordagem dialógica na promoção das PCAF no campo da saúde vai ao encontro, e pode ser potencializado com a perspectiva do Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano (RNDH), documento lançado em 2017 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), intitulado, “Movimento é Vida: Atividades Físicas e Esportivas para Todas as Pessoas”.

O documento apresenta as PCAF como um direito das pessoas, não um dever, mostrando o potencial que essas práticas têm para contribuir com o desenvolvimento humano quando vivenciadas no tempo livre¹³. Assim, apresentando uma concepção diferente da abordagem tradicional.

Isso significa que o relatório extrapola a ênfase preventivista. Contribui com a perspectiva de que “é preciso fugir de uma abordagem que considera as atividades físicas como “obrigação”, com o conseqüente “julgamento” das pessoas que não aderem a alguma prática” (LOCH *et al.*, 2018, s/p). Trabalha com o pressuposto de que as pessoas não tem o dever de praticar atividade física simplesmente para obter melhorias na saúde, o propósito é que elas tenham consciência e liberdade de escolha, sem limitações de tempo, renda e/ou oportunidades. Portanto, promove-se a liberdade que as pessoas podem e devem ter para dar significados individuais e coletivos para o envolvimento com as práticas (RNDH, 2017).

Assim, discursos que buscam induzir o envolvimento da população com essas práticas exclusivamente a partir do risco do adoecimento perdem espaço para uma ação dialógica, uma vez que se entende que “o potencial transformador das ações de promoção das PCAF para a saúde vai além da mudança comportamental ou do desenvolvimento de habilidades pessoais,

¹³ O termo “tempo livre” ao invés de “lazer” é especialmente relevante, uma vez que o lazer no seu sentido clássico destaca a participação social voluntária, e isso exclui automaticamente as práticas “que se realizam e são vivenciadas como obrigações por diferentes motivos (por exemplo, por prescrição médica ou práticas de acompanhamento)” (González, 2013, p.58).

mesmo que essas sejam indiscutivelmente importantes” (RNDH, 2017, p. 206). Reconhece-se ainda que “as ações de promoção de PCAF precisam, cada vez mais, vincular-se com a ideia de promoção da saúde individual e coletiva e estarem menos focadas na prevenção e tratamento de doenças, sem desconsiderá-las” (RNDH, 2017, p. 210).

Assim, o relatório contribui para o reconhecimento de que a “ênfase exagerada em valores, testes e julgamentos relacionados a doenças que são impostos às pessoas e suas intenções de serem fisicamente ativas” (MATIAS; PIGGIN 2020, p. 1263) pode representar um problema de comunicação, tendo em vista que “quaisquer benefícios fisiológicos potenciais da atividade física podem muitas vezes ter pouco a ver com os motivos pelos quais as pessoas são ativas” (MATIAS; PIGGIN 2020, p. 1263). Afinal, “a atividade física é mais do que saúde” (MATIAS; PIGGIN 2020, p. 1263).

Neste sentido, assim como o SUS tem o desafio de passar por um processo de descolonização, tendo em vista aspectos políticos e econômicos (BASILE, 2020, p. s/p), os conhecimentos teórico-práticos sobre a promoção das PCAF na saúde pública brasileira precisam passar por um processo de descolonização cognitiva. Entende-se que a ciência ocidental moderna, neste caso, representada pelo método da epidemiologia da atividade física, foi um instrumento-chave para a expansão e a consolidação da hegemonia da epidemiologia tradicional na produção do conhecimento sobre as atividades físicas no campo da saúde (SANTOS, 2019). Esse movimento é expresso de duas formas, através das ações/recomendações das organizações internacionais (OMS, ACSM, FIEP, etc.), e pelo colonialismo interno (CONFEEF/CREF, CELAFISC, CGPROFI, etc.) que reforça tal lógica.

É necessário identificar nas ações das instituições brasileiras que buscam induzir a promoção das PCAF “os silêncios, as supressões, invisibilizações e desqualificações que negam a existência” (NUNES; LOUVISON, 2020, p. 4) dos conhecimentos socioculturais e pedagógicos das PCAF e a relação deles com a produção da saúde e da doença, a exemplo da inexistência de questões étnicas raciais, de gênero e classes sociais no Guia de Atividade Física para a População Brasileira, ignorando as influências desses marcadores sociais (entre outros) no envolvimento da população com as práticas.

Questões negligenciadas pelo Guia inclusive no capítulo da educação física escolar, esvaziando o papel da educação física na escola, privilegiando a abordagem pedagógica da saúde renovada (GUEDES; GUEDES, 1996; NAHAS, 1997; DARIDO, 2003), promovendo a compreensão do corpo como um instrumento para obter saúde, ignorando a existência de abordagens pedagógicas críticas (SAVIANI, 2012; KUNZ, 1991; SOARES, 1992; BRACHT,

1992; BETTI, 1996) nas quais a prática pedagógica ocorre em diálogo com um “corpo-sujeito, como corpo consciente, sem ser reduzido a um corpo-máquina ou a um corpo-carne, mas como corpo reflexivo, como lugar de reflexões e aprendizagens” (PEREIRA; GOMES; CARMO, 2017, p. 9). Característica que pode estimular, entre outras coisas, a reflexão sobre uma epistemologia sul-corpórea, abordando as práticas corporais dos povos latinos americanos, os marcadores sociais e demais relações que as permeiam, e suas aproximações com a produção de saúde diante das características e culturas nacionais (PEREIRA; GOMES; CARMO, 2017).

Boa Ventura de Souza Santos, em epistemologia do Sul, chama a atenção para a necessidade da valorização dos conhecimentos com base nas experiências de resistência de grupos sociais que historicamente tem sido vítimas de injustiça (SANTOS, 2018). O Sul “refere-se aqui ao conjunto muito amplo e diversificado dessas experiências que, em diferentes contextos e regiões do mundo, tanto no Sul como no Norte geográficos, nascem de lutas e ações de resistência à dominação imperial” (NUNES; LOUVISON, 2020, p. 3), a exemplo do já mencionado MRSB que, juntamente com países da América Latina criam a Saúde Coletiva. Movimento que vem demonstrando que “a descolonização dos saberes hegemônicos produzidos pela ciência moderna – incluindo a biomedicina – é um momento decisivo dessa luta pela justiça cognitiva” (NUNES; LOUVISON, 2020, p. 3).

Ressalta-se que, o processo de descolonização dos conhecimentos da ciência moderna sugerido não implica em uma descontinuidade radical ou a sua rejeição (NUNES; LOUVISON, 2020), mas,

procura-se, antes, identificar e promover condições para o reconhecimento mútuo e o diálogo entre os conhecimentos e saberes existentes no mundo, incluindo os da ciência moderna, sem desqualificações ou supressões, com particular atenção aos saberes e práticas que emergem das experiências e lutas pela dignidade e pela vida contra as diferentes formas de opressão e de exclusão. Os encontros entre diferentes conhecimentos por meio de abordagens participativas e não extrativistas abrem caminho para ecologias de saberes apoiadas nos conhecimentos e práticas nascidas daquelas experiências e lutas (NUNES; LOUVISON, 2020, p. 4).

Não se trata ainda de modificar acriticamente os processos de formação “aos novos paradigmas científicos e tecnológicos demandados pelas contradições do capitalismo, senão criar bases para um novo processo pedagógico” (PASQUIM, 2010, p. 199).

No caso dos saberes teórico-práticos das PCAF no campo da saúde, significa que não existe a pretensão de secundarizar, muito menos abandonar os conhecimentos e as inestimáveis contribuições da epidemiologia da atividade física e suas estratégias na

promoção da atividade física, a exemplo das ações da CGPROFI. É relevante destacar que as estratégias educativas implementadas por este modelo têm alcançado efeitos positivos, com resultados estatisticamente representativos para o aumento do volume semanal da prática de atividade física nas intensidades moderada e vigorosa, no índice de atividade física no lazer, na proporção de mulheres classificadas como “muito ativas”, além do aumento no escore anual de exercícios físicos (GUERRA, *et al.*, 2021, no prelo). O mesmo se aplica ao reconhecimento dos benefícios da atividade física frente à COVID-19 (benefícios fisiológicos, clínico-epidemiológicos e econômicos), como os mencionados textos dos pesquisadores Jim Sallis, Michael Pratt e Bruno Gualano.

O mesmo vale para as ações internacionais, como as da OMS (2018), por exemplo, uma vez que, é necessário reconhecer que compromissos globais “associados com propostas de desenvolvimento local, podem contribuir enormemente para o estabelecimento de alianças pró-saúde e para inovações na gestão pública, em torno de processos como a intersectorialidade para políticas públicas saudáveis” (BUSS *et al.*, 2020, p. 6).

Trata-se de reconhecer a necessidade de uma reconfiguração dos saberes, buscando avançar os limites da compreensão das PCAF para minimização de problemas e agravos à saúde, para pensar maneiras que as PCAF podem contribuir para responder “as necessidades sociais de saúde com aprofundamentos e intencionalidades coerentes com os propósitos do trabalho em saúde” no SUS (NASCIMENTO; PASQUIM; FERREIRA, 2021, p. 174). Estimulando o desenvolvimento de uma consciência sanitária consistente com a realidade do Brasil, que deve reconhecer a influência da “equidade/condições e modos de viver” (BRASIL, 2008).

Isso significa compreender que ao falar sobre promoção das PCAF é necessário reconhecer a importância da compreensão social das práticas; que as políticas devem prezar pelo direito ao acesso; que as desigualdades sociais influenciam no envolvimento, o que torna necessário a adoção de medidas que visam à adesão das práticas, principalmente para os menos favorecidos (CBCE, 2020).

Para isso, é necessária a valorização de estratégias como a ecologia dos saberes na produção dos conhecimentos teórico-práticos das PCAF no campo da saúde, permitindo a articulação com outros modelos explicativos do processo saúde doença, a exemplo da epidemiologia crítica, promovendo um processo pedagógico que busca contemplar a complexidade que o campo da saúde representa.

Neste sentido, “assim como a inatividade física e o comportamento sedentário devem ter o devido destaque” (CARVALHO; OLIVEIRA, 2020, s/p), os mesmos não permitem desconsiderar abordagens socioculturais e pedagógicas das PCAF para os cuidados em saúde, privilegiando “o envolvimento com as práticas que carregam sentido coletivo no âmbito do lazer por meio de seu caráter livre, priorizando o cuidado interprofissional e intersetorial” (NASCIMENTO et al., 2020).

É preciso buscar intervenções sistêmicas para a implementação de ações de estímulo às PCAF, valorizando processos “interconectados e dinâmicos que se reforçam sistemicamente” (RNDH, 2017, p. 206). No SUS isso é representado pela intersetorialidade; na AB, pelo fortalecimento da rede de atenção à saúde, envolvendo a inclusão de professores de educação física nos NASF-AB, e nas Academias da Saúde a fim de fortalecer o apoio matricial e o suporte técnico pedagógico às EqES sobre as necessidades teórico-práticas das PCAF, fortalecendo as relações interprofissionais para o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

Tal perspectiva vai ao encontro dos eixos operacionais da PNPS, sendo: a territorialização; a articulação e cooperação intrasectorial e intersetorial; as RAS, para fortalecer “práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, na integralidade do cuidado, articulando com todos os equipamentos de produção da saúde do território” (BRASIL, 2014, p. 30); e a articulação “com as demais redes de proteção social, vinculando o tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde” (BRASIL, 2014, p. 30).

Neste caso, o suporte pedagógico dos professores de educação física na rede de saúde deve ser entendido como uma questão pedagógica (STANGA; RECH, 2021) associada ao desenvolvimento de um projeto consistente de educação permanente em saúde, vinculado à educação popular, buscando responder as necessidades teórico-práticas dos profissionais da EqSF sobre a promoção das PCAF no contexto de cada território. Lembrando que, a educação e formação, “enquanto incentivo à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos” (BRASIL, 2014, p. 31) também é um dos eixos operacionais da PNPS.

Uma abordagem complexa, e com as contribuições pedagógicas do professor de educação física na rede pode contribuir para gerar uma clínica ampliada e compartilhada no estímulo ao envolvimento da população com as atividades, que por meio de uma prática

educativa dialógica, tem potencial para contemplar um processo de educação em saúde alinhado com as representações de uma educação como mediação de um projeto social.

Neste cenário, a fim de reconhecer e abranger as diversas possibilidades e intenções de envolvimento com as PCAF, as ações devem trabalhar com a compreensão de PCAF como:

conjunto de práticas que exigem significativo envolvimento e movimentação corporal ou esforço físico, que são realizadas predominantemente sem fins produtivos do ponto de vista econômico (e, ao se diferenciarem do trabalho, ganham a possibilidade de se associarem mais à ocupação do tempo livre e ao lazer), e às quais os praticantes conferem valores e sentidos diversos (e, por vezes, sobrepostos), ligados às dimensões da saúde, aptidão física, competição, sociabilidade, diversão, risco e excitação, catarse, relaxamento e beleza corporal, dentre outras (RNDH, 2017, p. 80).

Algumas das já mencionadas políticas públicas que visam à promoção das PCAF na AB já preveem a ampliação dos sentidos destas práticas, a exemplo da PNPS e Academia da Saúde que as reconhecem como “expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construídas de modo sistemático (na escola) ou não sistemático (tempo livre/lazer)” (BRASIL, 2013, p. 28). Em 2020, Piggim publicou artigo a respeito das limitações do entendimento da atividade física como “movimento corporal que produz gastos de energia acima dos níveis de repouso” (BRASIL, 2013, p. 28), e propôs a compreensão da prática como uma ação que “envolve pessoas se movendo, agindo e atuando em espaços e contextos culturalmente específicos e influenciados por uma gama única de interesses, emoções, ideias, instruções e relacionamentos” (PIGGIM, 2020, p. 5), reforçando a necessidade de pensar ações de promoção que vão ao encontro de uma abordagem ampliada.

Dito isso, e mesmo sabendo que não existe uma receita mágica para superar os desafios, ficam as seguintes questões: seria a descolonização dos saberes teórico-práticos do núcleo de conhecimento das PCAF na saúde pública uma resposta ao predomínio da prática educativa tradicional, e um estímulo à prática dialógica na promoção destas pelas EqSF na comunidade a fim de responder as necessidades em saúde? Seria pertinente/coerente pensar em uma pedagogia decolonial na educação permanente em saúde dos profissionais da AB?

O processo não é simples, se esbara no mínimo em 3 desafios, sendo: professores de educação física com uma formação consistente e coerente com os princípios do SUS e da AB para dar suporte técnico pedagógico para as equipes; o fato da elaboração de um projeto de educação permanente encontra barreiras para uma ação pedagógica consistente, a exemplo das mencionadas relações de trabalho, tornando a mediação dos conhecimentos teórico-

práticos das PCAF no campo da saúde com as equipes um caminho complexo, a exemplo de Sá, Velardi e Florindo (2016) que ao trabalhar com formação dos profissionais da EqSF identificaram que falhas na organização do trabalho, pressão para cumprir metas, e a sobrecarga de trabalho se configuraram como barreiras no processo formativo; e a conjuntura, que além do processo de desfinanciamento do SUS, vem negligenciando e inviabilizando ações relacionadas à Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PEDROSA, 2021), ignorando a participação da população.

A conjuntura política exerce relevante influência nas tomadas de decisões e estratégias adotadas para a promoção das PCAF, a exemplo do projeto Brasil em Movimento, iniciado em 2019. Em nota, o Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte se posicionou contrário à proposta do programa e alertou sobre o alinhamento desta com as políticas de austeridade, gerando limitações dos direitos sociais, a precarização do trabalho, a fragmentação, o reducionismo e o ataque ao SUS (CBCE, 2019). Movimento que tem potencial para se consolidar como consequência dos discursos e práticas do “novo normal” gestados na pandemia, abrindo espaço para a uberização da atividade física na saúde (CARVALHO; FREITAS; AKERMAN, 2021).

Não se deve perder de vista que o fim do NASF-AB representa, entre outras coisas, um retrocesso para a promoção PCAF via AB, uma vez que diminui a capilaridade do diálogo a respeito dos conhecimentos teórico-práticos do núcleo de saberes da educação física na saúde. Políticas que se dizem indutoras das PCAF na AB que ignoram os princípios do SUS e da AB podem não passar de retórica, enunciados sem potencial concreto para a universalização das práticas.

Ademais, as equipes da USF demonstraram transitar entre uma prática tradicional e dialógica na promoção das PCAF para a população adscrita. Mostrando que, assim como nas representações da educação em saúde, mesmo que prevaleçam mediações de caráter tradicional, é possível aproveitar as oportunidades do trabalho em equipe, em especial os encontros de educação permanente para compartilhar perspectivas mais amplas.

7.3.2 Parcerias e oferta das práticas no território.

As parcerias e as oportunidades que o território oferece é uma importante questão ao se pensar a promoção das PCAF na AB. Como foi possível perceber, as ações de educação em saúde, e a prática educativa não acontecem apenas entre os muros da unidade de saúde, a final, a apropriação do território pelas equipes faz parte das ações das EqSF.

Assim, por meio de um planejamento de saúde, que na análise da situação de saúde da população reconhece que as PCAF podem contribuir, e são pertinentes para os cuidados das condições crônicas, uma vez que perpassam por toda as ações das EqSF, um mapeamento que inclui o levantamento de possíveis parcerias e espaços passíveis para o envolvimento pode fazer parte do processo de territorialização. Tal processo vai ao encontro de uma perspectiva coletiva de análise dos problemas de saúde (TEIXEIRA, 2010, p. 57).

A exemplo, o fato de o município ter universidade pareceu ser algo positivo, e contribuir para as ações de promoção das PCAF. A UNESP surgiu na fala das profissionais quando questionadas sobre as parcerias, tendo em vista que *“os meninos da UNESP vinham fazer atividade física com os idosos (P13)”*.

Cabe mencionar que a instituição tem os cursos de licenciatura e bacharelado em educação física, além de possuir dois programas de pós-graduação stricto sensu da área, características relevantes, que podem mobilizar o desenvolvimento de projetos de extensão e pesquisa em diversas áreas temáticas, territórios e grupos populacionais. Neste caso, trata-se de um projeto de extensão da educação física na área temática da saúde, no território adscrito por uma EqSF e seu respectivo grupo populacional (NASCIMENTO; DOPP, PEREIRA, 2020).

Sobre essa parceria, foi feita menção explícita ao *“núcleo do idoso que tem uma prática de serviço direcionado para isso (P7)”*, se referindo as ações do Núcleo de Atividade Física, Esporte e Saúde – NAFES¹⁴, em específico ao projeto de extensão Saúde Ativa, antigo Programa de Exercício Físico em Unidade de Saúde (PEFUS) que surgiu em 2001. O programa pode ser considerado um dos projetos pioneiros na promoção de exercício físico na AB, surgindo antes mesmo da implementação do NASF-AB, em 2008. Com o objetivo de compartilhar evidências acumuladas ao longo de 6 anos de existência do até então PEFUS, Kokubun e colaboradores (2007, p.51) destacaram que *“tendo em vista os resultados apresentados e a presença de UBS na grande maioria dos municípios brasileiros, (...) a implantação de um programa desta natureza seja uma iniciativa viável tanto do ponto de vista social quanto de promoção da saúde”*.

O Saúde Ativa tem como *“objetivo promover e incentivar a prática de AF para adoção e manutenção de um estilo de vida ativo e criar estratégias para aumentar o nível de AF bem*

¹⁴ O NAFES é vinculado ao Instituto de biociência da UNESP de Rio Claro, coordenado pelo professor Dr. Eduardo Kokubun, docente nos cursos de licenciatura e bacharelado em educação física, e do PPG em ciências da Motricidade, atual conhecido como PPG em Ciências do Movimento.

como melhorar a Qualidade de Vida da população” (NAKAMURA *et al.*, 2012, p. 129) . Começou “em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) como um programa que consistia em palestras sobre benefícios da prática regular de Atividade Física (AF) para prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão durante as reuniões do Hiperdia” (NAKAMURA *et al.*, 2012, p. 129), mas se expandiu. Em 2016, atendendo 18 unidades de saúde, o projeto foi premiado pelo Programa das Nações Unidas (PNUD) com o Prêmio Mais Movimento, que buscava 3 iniciativas que promovessem a prática regular da atividade física, em todas as faixas etárias” (PNUD, 2016, p. s/p).

A expansão do projeto no município fez com que parte dele saísse das mãos da equipe do NAFES e fosse assumido por dois professores de educação física, contratados pela fundação municipal de saúde do município. O projeto ainda foi inspiração para projetos de extensão em outras instituições de ensino superior, a exemplo do Programa de Atividade Física Pró Saúde do Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologias do Sul de Minas, Campus Muzambinho, e do Saúde Ativa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, desenvolvidos, respectivamente pelas docentes, Priscila Nakamura e Camila Papini. Além disso, representantes da área da saúde e do esporte de cidades da região já solicitaram e tiveram consultoria com a equipe do NAFES para conhecer a experiência do projeto buscando implementar estratégias semelhantes em seus municípios, a exemplo de Santa Bárbara D’oeste e Valinhos, ambas no interior do estado de São Paulo.

Atualmente, o NAFES é responsável por manter as atividades em uma unidade, e na UNESP, tendo em vista que em 2016 o projeto incorporou o Programa de Atividade Física Para a Terceira Idade (PROFIT), que acontecia na UNESP sobre a supervisão e coordenação do professor Dr. Sebastião Gobbi. Diante da pandemia, as atividades do projeto têm acontecido de forma remota.

Além do projeto de extensão Saúde Ativa, o NAFES vem desenvolvendo pesquisas sobre atividade física e saúde na AB no município, como resumos apresentados em eventos, trabalhos de iniciação científica, conclusão de curso, dissertações e teses (GOMES, 2012; PAPINI, 2015; CAMPOS, 2017; SPOSITO, 2018; DOPP, 2019; GUIMARÃES; NAKAMURA, 2020; CRUZ, 2020). Outra ação do laboratório relacionada à AB é o Encontro de Atividade Física e Saúde, evento voltado para os profissionais de saúde, que acontece desde 2009.

A UNESP, e o NAFES surgem como uma oportunidade para colaborar com ações do eixo V – gestão do trabalho e da educação em saúde do plano municipal de saúde, em

específico com a diretriz V, referente ao aperfeiçoamento dos mecanismos de educação, na qualificação dos profissionais do SUS, nos seguintes objetivos: intensificar os vínculos entre as instituições de ensino e o município, assegurando o desenvolvimento das diretrizes para a formação em saúde na rede municipal; e na oportunidade de estimular e difundir a participação de gestores e equipes em eventos, bem como possibilitar os espaços para discussão do trabalho em saúde na rede municipal.

Outra parceria mencionada foi com o Centro de Esportes e Artes Unificado (CEU) que conta com um professor de educação física, entre outros profissionais. Ele *“vem aqui e a gente vai lá também. Ai às vezes a gente já pede para o professor de zumba vim em um evento, ai toda vez que se forma um grupo novo ele vem, ou quando o grupo esta precisando mesmo, grupo de hipertensos e diabéticos ele vem (P7)”*, *“a gente sempre indica, vai lá, conversa, se matricula (P6)”*.

Foi feita menção ainda a uma ONG, *“eles oferecem futebol, porque tem uma quadra. (...) eles fazem também balé, zumba (P3)”*, no entanto, trata-se de uma organização religiosa, que não dá muita abertura para efetivar uma parceria.

Outro tipo de parceria que vale a pena mencionar são as informais, com membros da comunidade que tem afinidade e/ou interesse com alguma prática, como no caso de uma ACS, ela *“traz a filha dela porque é muito legal, como alguma delas moram aqui na área é muito bom (P1)”*. Trata-se de uma ação *“informal (P3)”*, *“uma moça aqui no bairro, que ela usa patins, ai a gente leva as crianças (P3)”*. Incluir a população nas estratégias de promoção das PCAF na comunidade vai ao encontro dos princípios da EP, e está intimamente relacionado, e contribui para o desenvolvimento da autonomia e com o protagonismo popular.

Tratando-se das oportunidades que o território oferece, o espaço do CEU surgiu novamente como um ambiente *“legal para a população poder ir (P13)”*. Por que *“tem as quadras, tem teatro, tem espaço tanto para os idosos, quanto para as crianças (P2)”*, *“com parquinho (P9)”*. Tem *“educação física, zumba, biblioteca, futebol, basquete. Eu moro do lado, então a gente junta todas as crianças para ter aula de patins, (...) tem skate (P3)”*, tem *“o vôlei, eu via bastante gente, professores mesmo, instruindo o vôlei (P1)”*. Lá é *“plano (P9)”*, *“tem bastante espaço para fazer a caminhada em volta, tem os aparelhos que a prefeitura colocou (P11)”*, a *“academia ao ar livre (P5)”*. *“Sempre que a gente passa ali tem aquela galerinha do futebol, a criançada (...) o pessoal está aproveitando bastante mesmo (P1)”*.

O CEU é um ambiente para promover a integração de “atividades e serviços culturais, práticas esportivas e de lazer, formação e qualificação para o mercado de trabalho, serviços socioassistenciais, políticas de prevenção à violência e inclusão digital em municípios e áreas com escassez desses recursos” (BRASIL, 2014, p. 5). Trata-se de uma iniciativa de 2010, como parte do Programa de Aceleração do Crescimento (OLIVEIR; COSTA, 2018).

Em 2018, o CEU do município foi apontado como um dos seis melhores do país, “a constatação foi feita com base em avaliação realizada (...) por meio de questionário aplicado anualmente pelo Ministério da Cultura” (PREFEITURA MUNICIPAL, 2018, p. s/p), a qual apresentou que o espaço oferece um bom atendimento.

O espaço se demonstrou como uma boa estratégia para o incentivo das PCAF, reconhecido pelos profissionais das EqSF e pela população, “antes da covid-19 era até bonito, os pais, aquela galera. A criançada toda, e levava bola, brinquedo, e todos vinham para cá (P1)”. Esta constatação vai ao encontro dos resultados das pesquisas ecológicas que vem sendo desenvolvidos pela educação física no campo da saúde, as quais vêm apontando a relevância do ambiente construído, natural, e social para a promoção da atividade física no lazer (KRETSCHMER; DUMITH, 2020). A “premissa é que como as pessoas praticam AF em um espaço físico e as características ali presentes são fundamentais para a formação dos padrões de AF” (HONO; REIS; FLORINDO, 2010, p. 388).

O ambiente construído é representado pelas construções, espaços e objetos que são criados e/ou modificados pelo homem (HONO; REIS; FLORINDO, 2010), a exemplo do CEU, ambiente construído por meio de uma política pública. As características mais observadas nos estudos ecológicos relacionados ao ambiente construído são: “uso misto do solo, à disponibilidade de locais para AF, ao padrão das ruas, à cobertura de calçadas/ciclovias, ao acesso a transporte público, à estética e segurança pública” (HONO; REIS; FLORINDO, 2010, p. 392).

Neste sentido, com o objetivo de verificar a associação entre variáveis de ambiente construído e individuais com a prática de atividade física no tempo de lazer e no transporte, Nakamura (2012) trabalhou com 1.588 adultos do município que a presente pesquisa foi desenvolvida. Na ocasião, constatou que estas variáveis, com associações distintas para cada desfecho, estiveram “associadas a prática de mais de 10 min/sem de caminhada no lazer, caminhada no transporte, AF moderada, AF vigorosa, AF total no lazer e ciclismo como forma de transporte” (NAKAMURA, 2012, p. 113). Confirmando o papel do ambiente construído no envolvimento com a atividade física, em específico neste município.

Não foi pretensão do presente estudo investigar sobre a influência do ambiente construído para o envolvimento com as PCAF. No entanto, o fato do CEU ter sido unanimidade na fala das profissionais das equipes ao se tratar das opções de espaço que o território oferece, isso se torna relevante. Uma vez que “as evidências disponíveis demonstram que as características dos locais em que as pessoas vivem estão associadas com a AF” (HONO; REIS; FLORINDO, 2010, p. 393), e que o acesso a localidades propícias à prática está associado à caminhada no lazer (KRETSCHMER; DUMITH, 2020).

O CEU, diante dos relatos das profissionais, no contexto deste território, pode ser considerado a prova de que investir em instalações para a prática das PCAF é um estímulo, e facilita o envolvimento e o direito a fruição do lazer da população. O espaço contribuiu, inclusive para ampliar a visão das profissionais a respeito das oportunidades de envolvimento com as PCAF, tornando os esportes e outras práticas no âmbito do lazer como opções.

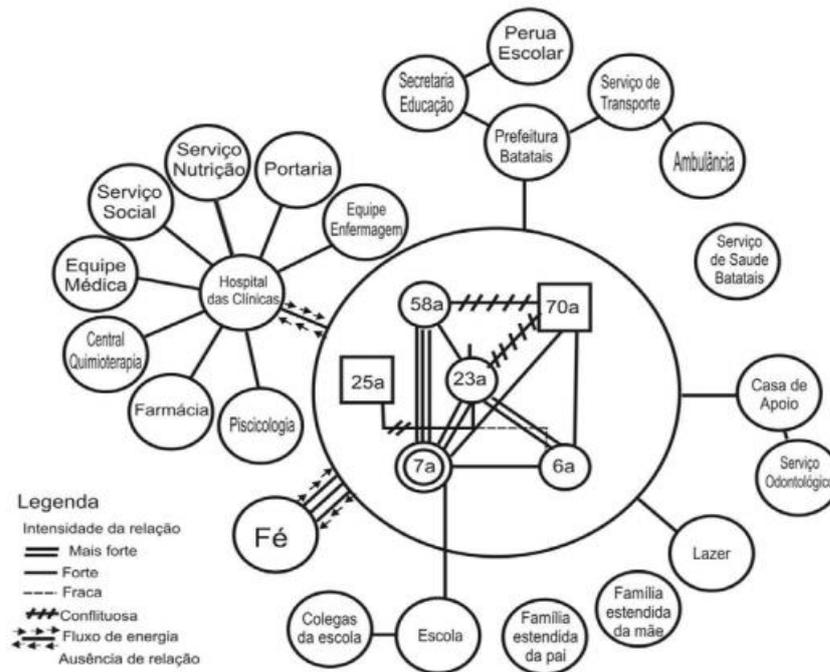
É relevante mencionar que a AB tem instrumentos que permitem as EqSF investigar a relação das famílias com as PCAF levando em consideração o ambiente construído, natural e social. O genograma e o ecomapa tem se demonstrado instrumentos valiosos “para a compreensão de processos familiares e as relações com a comunidade” (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005, p. 281).

O genograma “consiste na representação gráfica de informações sobre a família, e à medida que vai sendo construído, evidencia a dinâmica familiar e as relações entre seus membros” (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005, p. 282). O ecomapa é um:

diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família. É, essencialmente, um diagrama dos contatos da família com pessoas, grupos ou instituições, como escolas, serviços de saúde e comunidades religiosas. Pode representar a presença ou ausência de recursos sociais, culturais e econômicos, sendo, eminentemente, o retrato de um determinado momento na vida dos membros da família e, portanto, dinâmico (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005, p. 283).

No genograma podem aparecer os interesses e representações dos membros da família sobre as PCAF, além das possíveis influências que os mesmos podem exercer uns sobre os outros no estímulo ao envolvimento. Estas informações podem ser mais bem consolidadas no ecomapa, como por exemplo, identificando as relações das famílias com o território, a exemplo do CEU. Como mostra na ilustração abaixo, o lazer está entre as relações que o ecomapa busca identificar.

Figura 1 – representação gráfica do ecomapa.



Fonte: (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005, p. 283).

Esse instrumento pode ser potencializado com o recurso do mapa falado, metodologia participativa que, por meio de conversa com o grupo mapeado (famílias do território), busca refletir, a partir da casa da família como ponto de referência, sobre as disposições espaciais relacionadas às possibilidades para o envolvimento com as PCAF (FERNANDES, 2017). Assim, as equipes podem aproximar o mapeamento realizado por elas com a percepção das famílias, agregando, ou eliminando espaços frente às representações da comunidade. Que por questões de segurança, por exemplo, podem identificar um espaço, mas não se sentir confortável para acessá-lo.

O mapa falado pode representar uma alternativa para fortalecer a participação social nas ações de promoção das PCAF, contribuindo para tornar possível outro modo de “apropriação, ligado ao modo de vida das pessoas e à percepção das necessidades, invertendo a lógica de subjugação do território ao serviço” (CAMARGOS; OLIVEIRA, 2019, p. 1260).

Assim, associado ao levantamento dos espaços passíveis para as PCAF durante o mapeamento do território realizado pelas equipes, estes instrumentos podem potencializar as ações das mesmas nas sugestões das práticas, que poderão ser realizadas com base nos interesses e representações familiares, e espaços para a prática com base na região que as famílias moram.

Por exemplo, o território atendido pelas 3 EqSF estudada é grande, e possivelmente o CEU pode não representar um espaço viável para todas as famílias do território, além de não ofertar uma variedade de práticas a ponto de agradar a todos, mesmo que as equipes o percebam com boa opção. Para algumas famílias, o Parque Lago Azul, mesmo que fora do território adstrito pelas equipes, pode representar melhores oportunidades, ser de mais fácil acesso, tendo em vista que existe ciclo faixa que liga o território ao parque.

Além disso, nesse processo, ainda cabe identificar e considerar a presença das academias de ginástica do setor privado no território, uma vez que estas representam locais para a prática de atividade física (NAKAMURA, 2012), assim como as demais oportunidades oferecidas pela prefeitura, como as mais de 30 opções distribuídas pelo município. A questão é a sensibilidade dos membros da EqSF em reconhecer se estas possibilidades representam uma alternativa viável e/ou palpável para a família que esta dialogando sobre as estratégias para seus cuidados em saúde.

Portanto, os instrumentos mencionados podem ser incluídos no processo pedagógico da educação permanente dos profissionais das EqSF, e agregar valor aos conhecimentos teórico-práticos das PCAF na saúde, em específico na AB do SUS. São ferramentas para serem usadas não apenas para buscar investigar as relações e a promoção das PCAF, mas as demais relações que podem contribuir para a compreensão das equipes sobre as necessidades de saúde da população. Contribuem para o desenvolvimento de um planejamento participativo, “estratégia agregadora e fortalecedora de laços entre o profissional e a comunidade, fundamental para o sucesso de qualquer atividade” (BRASIL, 2009, p.127), e vão ao encontro do pressuposto de que o “exercício de uma prática pedagógica voltada para a solução das necessidades de saúde da população está diretamente relacionado ao conhecimento do território como processo e das pessoas que nele habitam”, pois se reconhece que os conhecimentos relacionados aos indicadores de saúde por se só não são suficientes (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009, p. 18).

No entanto, apesar da literatura internacional apontar os benefícios e potenciais do ecomapa e genograma, “estes instrumentos ainda são pouco divulgados no Brasil” (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005, p. 286).

Estes dispositivos tem potencial para fortalecer ações de educação em saúde como mediação de um projeto social por meio de uma prática educativa dialógica sobre as PCAF com a população. No entanto, também se encontram limitado pelas relações de trabalho e de um processo de formação consistente com os princípios do SUS e da AB. Tornando necessária a mobilização e união das equipes e da comunidade na elaboração de um pensamento estratégico para mudar essa situação, tendo em vista que as ações de planejamento em saúde é uma prática social que, “ao tempo em que é técnica, é política, econômica e ideológica” (PAIM, 2006, p. 3).

As equipes demonstraram reconhecer e buscar parcerias para viabilizar o acesso da população as PCAF, além de serem sensíveis às oportunidades que o território oferece. No entanto, estas relações se demonstraram espontâneas, sem uma sistematização consistente. Ademais, destaca-se que não foi feita nenhuma menção relevante de parceria concreta com a própria rede de atenção a saúde e com outros setores.

Limitações do Estudo

Entre as limitações que uma pesquisa científica pode apresentar, considerando a influência das dinâmicas e dos desafios da pós-graduação, agravadas frente o contexto sanitário atual, destaco a exclusividade da entrevista como ferramenta de produção de dados como a principal limitação do presente estudo.

As representações da educação em saúde, as características da prática educativa das profissionais da EqSF, e demais relações, seriam melhor compreendidas caso fossem associadas a outras técnicas, a exemplo da observação, e diálogo com membros da comunidade local a respeito das ações das equipes.

Tendo em vista que é impossível captar de forma objetiva a totalidade de um caso, a associação destas estratégias com a entrevista permitiria a realização de uma análise pautada pela triangulação de dados, colaborando para uma melhor compreensão do fenômeno investigado (BRUNING; GODRI; TAKAHASHI, 2028).

A pandemia da COVID-19 representou uma barreira para a implementação das estratégias mencionadas, uma vez que os grupos de educação em saúde estavam suspensos, com o processo de trabalho das equipes direcionados aos cuidados impostos pela pandemia, e o distanciamento físico exigido pela condição sanitária. Situação que ganha maior relevância

no contexto da unidade estudada, tendo em vista que ela se tornou referência para atendimentos relacionados à COVID-19 no município.

No entanto, mesmo limitado à entrevista, acredita-se que os resultados ajudam a compreender as representações, práticas, relações, e produtos das interpretações das equipes da unidade sobre o tema estudado. Trazendo indícios relevantes a serem considerados em pesquisas futuras, visto a necessidade de aprofundamento do tema.

8 Considerações Finais

Diante das relações apresentadas, é possível afirmar que no contexto desta unidade de saúde, as equipes demonstraram uma representação de educação em saúde redentora. A mesma esteve associada ao predomínio de uma prática educativa tradicional na mediação dos conhecimentos teórico-práticos das PCAF na promoção destas para a população adscrita. No entanto, foi possível perceber movimentos de uma concepção de uma educação em saúde como mediação de um projeto social, que por sua vez apresentou uma prática educativa dialógica no estímulo ao envolvimento da população com as PCAF.

Todo este processo demonstrou ser intimamente influenciado pelas relações de trabalho na unidade, às quais, o trabalho em equipe, apesar dos desafios, e as ACS demonstraram potencializar as ações de educação em saúde no cotidiano de trabalho, e a promoção das PCAF para a comunidade. Por outro lado, uma estrutura física inadequada, a falha na gestão de recursos, a falta de valorização do trabalho, e o excesso de demanda associado ao trabalho burocrático demonstraram ser barreiras para as ações educativas das equipes na unidade, influenciando as ações referentes às PCAF.

As contribuições do professor de educação física foram reconhecidas como necessárias pelas equipes, sendo o professor almejado para compor a equipe multiprofissional. No entanto, cabe destacar que esse reconhecimento esteve mais próximo das funções do profissional de educação física na saúde apresentada pelo CBO, com uma prática preventivista, do que pelas funções do mesmo via NASF-AB, desenvolvendo o apoio matricial e dando suporte técnico pedagógico.

As ações educativas promovidas pelas equipes na promoção das PCAF ocorreram principalmente por meio de dois grupos, sendo o de Lian Gong e o grupo de caminhada. Estas ações foram divulgadas principalmente por meio de murais na unidade de saúde, das ACS, e das equipes médica e de enfermagem. No mais, a mediação dos conhecimentos teórico-práticos das PCAF também surgiu durante as consultas e nas visitas domiciliares.

Os resultados e relações apresentadas levam a crer que as políticas públicas que visam a promoção das PCAF no SUS, em específico na AB, devem mudar a exclusividade dos benefícios destas para os problemas e agravos de saúde, no combate às doenças (sem ignorá-las), para pensar estratégias que buscam suprir as necessidades teórico-práticas dos profissionais que atuam nas EqSF na promoção das práticas com base nas necessidades sociais de saúde.

Para isso, o investimento na educação permanente, valorizando os princípios teóricos metodológicos da educação popular, parece ser uma boa alternativa. Principalmente tendo em vista que, nos moldes atuais, ela não apresentou contribuições para as equipes na promoção da PCAF. Este processo pode ser potencializado pela presença de professores de educação física na rede de saúde, que ao tratar sua atuação no campo da saúde como uma questão pedagógica pode contribuir com o apoio matricial e suporte técnico pedagógico, colaborando com a elaboração de ações considerando o planejamento de saúde das equipes. Neste contexto, com a possibilidade de utilizar instrumentos típicos da AB, a exemplo do genograma e do ecomapa, as PCAF ganharam sentidos a partir das necessidades das equipes e da população no contexto de cada território.

Isso pode representar maior capilaridade dos conhecimentos teórico-práticos das PCAF no território. Tal ampliação pode ser potencializada com ações intersetoriais, que, mediadas pelos mesmos profissionais, podem conformar uma maior rede para o acesso às PCAF, a exemplo da parceria com a Secretaria Municipal de Esportes e Turismo, no caso do município que pesquisa foi desenvolvida. Além da secretaria da educação, vide Programa Saúde na Escola, e com o setor de arquitetura e urbanismo para a transformação de espaços públicos.

É necessário reconhecer que o potencial das ações de educação em saúde, e das ações educativas referentes as PCAF via AB devem ser analisadas a partir do reconhecimento da urgência de investimentos no SUS e na AB, na conformação de uma rede de atenção a saúde que atenda as demandas das equipes, a exemplo do fim da EC 95 e recuperar os investimentos do NASF-AB.

Portanto, almejar a educação em saúde como mediação de um projeto social através de práticas dialógicas, entre outras coisas, passa pelo enfrentamento de relações de trabalhos desestimulantes e precárias. Por si só, as equipes, por mais bem intencionadas que sejam, encontram barreiras no processo de trabalho, podendo, inclusive, impactar nas condições de saúde do próprio trabalhador. Boas condições de trabalho podem gerar impactos positivos no processo de trabalho dos profissionais, trazendo contribuições para as ações educativas e

resolubilidade das questões de saúde no território, entre elas, as que dizem respeito às contribuições das PCAF.

Por fim, cabe reafirmar a necessidade da incidência política destacada pelo GT de Políticas Públicas da SBAFS no estímulo a inclusão das PCAF na agenda de mandato dos prefeitos. Se cabe uma nova sugestão, penso na relevância da presença dessa relação ser articulada com os planos municipais de saúde, considerado a importância e as contribuições do professor de educação física na rede, dando a devida relevância para o apoio matricial e suporte técnico pedagógico (educação permanente) nesse processo. Além disso, uma vez que o marco referencial para pensar qualquer política de saúde em sistemas universais deve ser o conceito de necessidades em saúde (BOUSQUAT *et al.*, 2021), a promoção das PCAF deve passar por políticas e ações educativas que reconheça o papel delas para o desenvolvimento humano, estimulando o exercício da liberdade no envolvimento com as atividades, reconhecendo a diversidade dos sentidos individuais e coletivos que podem ser atribuídos.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, R. **Hora de experimentar a democracia além do voto**. Disponível em: https://outraspalavras.net/estadoemdisputa/hora-de-experimentar-a-democracia-alem-do-voto/?fbclid=IwAR2S5aoa7DRA0G0rWjx6wnDzUi9Zw3X-UbJMbjEJx9JO5wFJ_zKSQQh2KWA. Acesso em: 13 mar. 2021.

ABRASCO (Brasil). Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Pela garantia do direito universal à saúde no brasil!**: Contribuição da Abrasco aos debates da 8ª +8 CNS. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/06/DIGITALemA4_03jun19.pdf?fbclid=IwAR0Zg0-s82EBIDR4Al0jyA4fdUndx2nkL3JiGPfqcpx-Vo_103-xvrCIC4U. Acesso em: 5 jul. 2020.

ABRASCO. **Auxílio sim, desmonte não! Orçamentos da saúde e educação são conquistas do povo brasileiro e não podem ser mexidos**. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/auxilio-sim-desmonte-nao-manifesto-orcamento-saude-educacao/56302/>. Acesso em: 15 nov. 2021.

ABRASCO. **PELA GARANTIA DO DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE NO BRASIL!**: contribuição da abrasco aos debates da 8ª +8 cns. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/06/DIGITALemA4_03jun19.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

ALMEIDA FILHO, N. Modelagem da pandemia Covid-19 como objeto complexo (notas samajianas). **Estudos Avançados**, [S.L.], v. 34, n. 99, p. 97-118, ago. 2020.

ALMEIDA, U. R.; OLIVEIRA, V. J. M.; BRACHT, V. Educação Física escolar e o trato didático-pedagógico da saúde: desafios e perspectivas. In: WACHS, F.; ALMEIDA, U. R.; BRANDÃO, F. F. F. (Orgs.). **Educação Física e Saúde Coletiva**: cenários, experiências e artefatos culturais. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865-884, Dec. 2004.

ALVES, V. S. Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no programa de saúde da família. 2004. **Dissertação** (Mestrado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e prescrição de exercícios. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

ANASTASIOU, L. G. C. Ensinar, Aprender, Aprender e Processos de Ensino. In: ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L.P. (org.). **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 10. ed. Joinville: Univille, 2015. p. 15-43.

ANDRADE, R. V. V. **Dossiê das Atividades físicas e esportivas no SUS: discursos nas produções científicas**. 2018. 256 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018. Cap. 6.

ANTUNES, D. S. H.; KNUTH, A. G.; DAMICO, J. G. S. Educação Física e promoção da saúde: uma revisão de perspectivas teórico-metodológicas no brasil. **Educación Física y Ciencia**, La Plata, v. 22, n. 1, p. e116, 2020.

ANTUNES, P. C.; KNUTH, A. G. Saúde e educação são temas pertinentes à licenciatura. *Journal of Physical Education*, Maringá, v. 32, n. 1, p. e3229, 2021.

ARAUJO, E. F. S. et al. Os agentes comunitários de saúde nas práticas educativas: potencialidades e fragilidades [Community health workers in educational activities: potentials and weaknesses] [Los agentes comunitarios de salud en las prácticas educativas: potencialidades y fragilidades]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 26, p. e18425, out. 2018.

ARAUJO, J. et al. A problemática da responsabilidade individual na saúde pública em Portugal. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 21, n. 2, p. 165-173, abr. 2019.

ASSIS, M. M. A. et al (org.). **Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: Edufba, 2010. 180 p. (ISBN 978-85-232-0877-6).

BAGRICHEVSKY, M. Pelas lentes do SUS: notas sobre desafios e avanços da promoção da saúde na atenção primária. **Revista Pensar A Prática**, Goiás, v. 24, n. 6, p. 1-9, abr. 2021.

BARRETO, A. C. O. et al . Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 72, supl. 1, p. 266-273, fev. 2019.

BASILE, G. Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe. **Cuadernos del Pensamiento Crítico Latinoamericano**, Buenos Aires, v. 73, n. 5, p. 1-6, 08 maio 2020.

BETTI, M. **Por uma teoria da prática**. *Revista Motus Corporis*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 73-127, 1996.

BONFIM, M. R.; COSTA, J. L. R.; MONTEIRO, H. L. Ações de Educação Física na saúde coletiva brasileira: expectativas versus evidências. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 3, n. 17, p. 167-173, jul. 2012.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: BRASIL. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor área da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1989. p.19-26.

BOUSQUAT, A. .; AKERMAN, M. .; MENDES, A.; LOUVISON, M.; FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**, [S. l.], n. 128, p. 13-26, 2021.

BRASIL. Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais. **NOTA TÉCNICA Nº 12/2020-CGPROFI/DEPROS/SAPS/MS**.

BRACHT, V. **Educação Física e aprendizagem social**. Porto Alegre: Magister, 1992.

BRASIL. **Decreto Nº 10.344, DE 11 DE MAIO DE 2020**. Altera o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais.

BRASIL. **Lei no 12.864, de 24 de setembro de 2013**. Altera o caput do art. 3º da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Brasília. Presidência da República. Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm. Acesso em: 13/08/2019.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília. Presidência da República. Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 25/09/2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: diretrizes do NASF**. 27. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha Informativa “Academia da Saúde”**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 18 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília: (160 p.) Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde/departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 118 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. – 2. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cartilha para a promoção do uso racional de medicamentos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS**. Brasília. Ministério da Saúde, 2013. 26 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. **Portaria GM nº 1.654 de 19 de julho 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Brasília. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. 2011.

BRASIL. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em 18/03/2020.

BRASIL. **CARTILHA DE ORIENTAÇÃO PARA AÇÕES DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL NOS CEUs**. 2. ed. Brasília, 2014. 42 p.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 317p

BRUNING, C.; GODRI, L.; TAKAHASHI, A. R. W. Triangulação em Estudos de Caso: incidência, apropriações e mal-entendidos em pesquisas da área de administração. **Administração: Ensino e Pesquisa**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 277-307, 1 maio 2018.

BUENO, A. X.; FERLA, A. A.; DESSBESELL, G. Práticas corporais na saúde: por uma pedagogia da diferença na aprendizagem da saúde e da vida. **Revista Tempos e Espaços em Educação**, v. 12, n. 28, p. 111-126, 1 jan. 2019.

BUSS, P. M. et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.12, p. 4723-4735, Dec. 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CALABREZ, F. **Plano mais Brasil e a subordinação da cidadania ao equilíbrio fiscal.**: entrevista especial com Felipe Calabrez. Entrevista especial com Felipe Calabrez. 2019. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/594384-plano-mais-brasil-e-a-subordinacao-da-cidadania-ao-equilibrio-fiscal-entrevista-especial-com-felipe-calabrez>. Acesso em: 22 nov. 2019.

CAMARGOS, M. A.; OLIVER, F. C. Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1259-1269, Oct. 2019.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p.611-614, 2004.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Health needs: an analysis of Brazilian scientific literature from 1990 to 2004. *Interface - Comunic., Saúde, Educ., Interface - Comunic., Saúde, Educ.* v.11, n.23, p.605-18, set/dez 2007.

CAMPOS, L. **Análise do custo de intervenções para promoção de atividade física em unidades de saúde da família de Rio Claro-SP.** 2017. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Motricidade, Unesp, Rio Claro, 2017.

CARVALHEIRO, J. R.; MARQUES, M. C. R.; MOTA, A. A Construção da Saúde Pública no Brasil no Século XX e Início do Século XXI. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. **Saúde Pública: bases conceituais.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 1-18.

CARVALHO, F. F. B. Recomendações de atividade física para a saúde (pública): reflexões em busca de novos horizontes. **Abcs Health Sciences**, Santo André, v. 44, n. 2, p. 131-137, 2019.

CARVALHO, F. F. B.; FREITAS, D. D.; AKERMAN, M. O 'novo normal' na Atividade Física e Saúde: pandemiaS e uberização?. **Movimento** (Porto Alegre), v.27, p. e27022, jan./dez. 2021.

CARVALHO, F. F. B.; GUERRA, P. H.; LOCH, M. R. Potencialidades e desafios das práticas corporais e atividades físicas no cuidado e promoção da saúde. **Motrivivência**, Florianópolis, v. 32, n. 63, p. 01-18, 2020.

CARVALHO, F. F. B.; OLIVEIRA, V. J. M. **O Que Faz Sentido?** 2020. Disponível em: <http://cev.org.br/biblioteca/o-que-faz-sentido>. Acesso em: 14 abr. 2020.

CARVALHO, F. F. B.; SILVA, R. G.; OLIVEIRA, R. B. A essencialidade das academias de ginástica para a saúde diante da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.** v.25. p. 1-5, 2020.

CASTELLANI FILHO, L. **Não é Hora de Fazer Soar os Tambores de Guerra.** 2020. Disponível em: <http://cev.org.br/biblioteca/nao-e-hora-de-fazer-soar-os-tambores-de-guerra>. Acesso em: 16 abr. 2020.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: estudos**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p.13-18, 2014.

CBCE - DN (Colégio Brasileiro De Ciências Do Esporte). CBCE. **Nota técnica 4 - gtt políticas públicas do cbce: Práticas Corporais em tempos de distanciamento social e coronavírus.** Rio Grande do sul, 2020. Disponível em: <http://www.cbce.org.br/noticias-detalle.php?id=1445>. Acesso em: 11 abr. 2020.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Rio de Janeiro). **Cebes: mais médicos, mais saúde, mais cidadania!** 2018. Disponível em: <http://cebes.org.br/2018/11/cebes-mais-medicos-mais-saude-mais-cidadania/>. Acesso em: 16 nov. 2018.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.

CELAFISC. **Agita São Paulo – Agita Brasil.** Disponível em: <https://celafiscs.org.br/article/agita-sao-paulo-agita-brasil/#:~:text=Origem%20e%20Defini%C3%A7%C3%A3o%3A%20O%20Programa,um%20estilo%20de%20vida%20ativa>. Acesso em: 20 abr. 2021.

CERRI, N. et al. Programa de Caminhada em Unidades de Saúde da Família de um contexto de alta vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 100-105, 1 jan. 2017.

COELHO, C F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 22, n. 6, p. 937-946, Dec. 2009.

COMPROVA (Projeto Comprova). **Dos países com mais de 200 milhões de habitantes, Brasil é único com sistema universal de saúde.** 2019. Disponível em: <https://projeto comprova.com.br/publica%C3%A7%C3%B5es/dos-paises-com-mais-de-200-milhoes-de-habitantes-brasil-e-unico-com-sistema-universal-de-saude/>. Acesso em: 10 fev. 2020.

CONFED. **Profissional de educação física na saúde está na cbo.** Disponível em: <https://www.confef.org.br/confef/comunicacao/revistaedf/4663>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CONVERSANI, D. T. N. Uma reflexão crítica sobre a Educação em Saúde. In: BIS - Boletim do instituto de saúde. **Educação em Saúde**. São Paulo: Bis, 2004. p. 4-6.

COSTA, A. M.; BARROS, F. P. C.; RIZZOTTO, M. L. F. Sistemas universais de saúde: uma contribuição ao debate. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 11-12, 2019.

COSTA, E. F. et al . Avaliação da efetividade da promoção da atividade física por agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 10, p. 2185-2198, Oct. 2015.

COSTA, J. P. et al . Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 103, p. 733-743, Dec. 2014.

CROCHEMORE-SILVA, I. et al. Prática de atividade física em meio à pandemia da COVID-19: estudo de base populacional em cidade do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 11, p. 4249-4258, nov. 2020.

CRUZ, J. F. **Nível de conhecimento e prática de atividade física dos profissionais de saúde da atenção básica na cidade de Rio Claro - sp**. 2020. 60 f. TCC (Graduação) - Curso de Educação Física, Unesp, Rio Claro, 2020.

CUNHA, M. I. **Inovações pedagógicas: o desafio da reconfiguração de saberes na docência universitária**. São Paulo: Pró-reitoria de Graduação, 2008. 40 p.

DANTAS, M. B. P. **Educação em saúde na atenção básica: sujeito, diálogo, intersubjetividade**. 2010. 235 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

DARIDO, S. C. **Educação Física na escola: questões e reflexões**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

DAUMAS, R. P. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. 1-7, 2020.

DIAS, B. C. **Mudanças na Atenção Básica podem comprometer vigilância nos municípios**. 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/simposio-brasileiro-de-vigilancia-sanitaria/8o-simbravisa-mudancas-na-atencao-basica-podem-comprometer-ainda-mais-vigilancia-nos-municipios/44347/>. Acesso em: 20 maio 2020.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013

DOMINGUEZ, B. Por dentro dos sistemas universais. **Radis**, Rio de Janeiro, v. 99, n. 11, p. 11-13, nov. 2010.

DOPP, E. V .O. **Ações de educação em saúde para agentes comunitários de saúde como estratégia de promoção de atividades físicas na adolescência**. 2019. 184 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Motricidade, Unesp, Rio Claro, 2019.

DOPP, E. V. ; NASCIMENTO, W. G.; NAKAMURA, P. M. Promoção de atividade física na adolescência por meio de ações com agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [Florianópolis], v. 25, p. 1-6, 21 nov. 2020.

DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M.; ROSSI, P. (coord.). **Austeridade e retrocesso: impactos sociais da política fiscal no brasil**. São Paulo, 2018. Disponível em: https://campanha.org.br/wp-content/uploads/2018/08/DOC-AUSTERIDADE_doc3-_L9.pdf. Acesso em: 9 jun. 2020.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de milton santos para o tema da geografia da saúde no brasil. **Raega - O Espaço Geográfico em Análise**, v. 17, june 2009.

FENSTERSEIFER, P. E.; GONZÁLEZ, F. J.; SILVA, S. P. Educação física crítica em perspectiva democrática e republicana. **Movimento (Esefid/ufrgs)**, [S.L.], v. 25, p. 1-13, 16 nov. 2019.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. A. A patologização do sedentarismo. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 836-847, Dec. 2012.

FIEP. **Manifesto mundial da educação física - fiep 2000**. Disponível em: http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=172. Acesso em: 20 abr. 2021.

FIGUEIREDO, G. O.; ORRILLO, Y. A. D. Currículo, política e ideologia: estudos críticos na educação superior em saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de janeiro, v. 18, supl. 1, e0024880, 2020.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 1, p. 117-121, Feb. 2010.

FLORINDO, A. A. et al. Physical activity promotion in primary health care in Brazil: a counseling model applied to community health workers. **J Phys Act Health**. 2014 Nov;11(8):1531-9.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista brasileira enfermeira**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 532-536, 2006.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA. SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. **Saúde em Debate**, v.29, n.31, p.385-96, 2006.

FRAGA, A. B. **Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa**. 2005. 175 f. Tese (Doutorado) - Curso de Educação, Departamento de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2005.

FREIRE, P. Extensão ou comunicação? Rio de Janeiro: **Paz e Terra**, 1983.

FUNDAÇÃO SEADE. **ÍNDICE PAULISTA DE VULNERABILIDADE SOCIAL**: uma visão das estatísticas de São Paulo em alguns segundos. **Radar Seade**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 1-6, out. 2015.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, mar. 2017.

GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D. C.; PENNA, C. M. M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção

Básica: para onde vamos?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDOZA-RUIZ, A.; PILAR, A. C. A. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018.

GOELLNER, S. V. Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 673-674, 2009.

GOMES, G. A. O. et al . Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 10, p. 2155-2168, Oct. 2014.

GOMES, G. A. O. **Participação em um programa de exercícios físicos em unidades de saúde da Atenção Básica e níveis de atividade física de adultos e idosos**. 2012. 131 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências da Motricidade, Unesp, Rio Claro, 2012.

GONZALEZ, F. J. **Bases sociais das disposições para o envolvimento em práticas de movimento corporal no tempo livre**. 2010. 559 f. Tese (Doutorado) - Curso de Porto Alegre, Porto Alegre, Porto Alegre, 2010.

GT POLÍTICAS PÚBLICAS. Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde: sugestão de inclusão de agenda para o mandato: promoção da atividade física e cidades mais saudáveis e inclusivas. **Sugestão de inclusão de agenda para o mandato: promoção da atividade física e cidades mais saudáveis e inclusivas**. 2020. Disponível em: <https://sbafs.org.br/noticia&id=89>. Acesso em: 3 abr. 2021.

GT POLÍTICAS PÚBLICAS. Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde: sugestão de inclusão de agenda para o mandato: promoção da atividade física e cidades mais saudáveis e inclusivas. **Sugestão de inclusão de agenda para o mandato: promoção da atividade física e cidades mais saudáveis e inclusivas**. 2021. Disponível em: <https://sbafs.org.br/noticia&id=98>. Acesso em: 3 abr. 2021.

GUALANO, B. **Atividade física não é fator protetivo do agravamento da COVID-19**. Jornal da USP. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/ciencias-da-saude/atividade-fisica-nao-e-fator-protetivo-do-agravamento-da-covid-19/>. Acesso em: 7 mar. 2021.

GUALANO, B. **Está na hora de falar de uma outra pandemia**: a da inatividade física. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/06/esta-na-hora-de-falar-de-uma-outra-pandemia-a-da-inatividade-fisica.shtml>. Acesso em: 11 jun. 2020.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. Associação entre variáveis do aspecto morfológico e desempenho motor em crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Educação Física**, n. 10, v. 2, p. 99-112, 1996.

GUERRA, E. L. A. Manual Pesquisa Qualitativa. Grupo Ânima Educação, Belo Horizonte, 2014.

GUERRA, P. H. *et al.* Intervenções educativas para atividade física em adultos brasileiros: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. , n. , p., mês, 2021 (no prelo).

GUIMARÃES, J. A. C.; NAKAMURA, P. M. (org.). **A inserção da atividade física na atenção básica à saúde por meio da extensão universitária**. Florianópolis: Sbafts, 2020. 161 p.

INO, A. A. F.; REIS, R. S.; FLORINDO, A. A. Ambiente construído e atividade física: uma breve revisão dos métodos de avaliação. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, p. 387-394, 2010.

INSTITUTE OF HEALTH EQUITY (England). The Marmot Review. **Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On**. London, 2020. Disponível em: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf>. Acesso em: 6 abr. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. IDEC (Brasil). **O SUS faz 30 anos**. 2018. Disponível em: <<https://idec.org.br/materia/o-sus-faz-30-anos>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

IPVS. SÃO PAULO. Governo de São Paulo. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. IPVS 2010: **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social**. 2011. Disponível em: <<http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/index.php?prodCod=2>>. Acesso em: 03 out. 2020.

JUSTO, L. G. et al. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica: um relato de experiência na formação médica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 1, p. 1345-1354, 2017.

KIRK, D.; ALMEIDA, F. Q.; BRACHT, V. Critical pedagogy of physical education: contemporary challenges and perspectives. **Movimento (Esefid/ufrgs)**, [S.L.], v. 25, p. 1-4, 15 nov. 2019.

KNUTH, A. G.; CARVALHO, F. F. B.; FREITAS, D. D. Discursos de instituições de saúde brasileiras sobre atividade física no início da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [S.L.], v. 25, p. 1-9, 14 set. 2020.

KOKUBUN, E. et al. Programa de atividade física em unidades básicas de saúde: relato de experiência no município de Rio Claro-SP. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 1-9, mar. 2007.

KRETSCHMER, A. C.; DUMITH, S. C. Prática de atividade física no lazer e ambiente percebido: um estudo de base populacional com adultos e idosos do Sul do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v.23, e200043, 2020.

KUNZ, E. **Educação Física: ensino & mudanças**. Ijuí: Unijuí, 1991.

LAPAO, L. V.; DUSSAULT, G. Formação em gestão para apoio à reforma da atenção primária à saúde em Portugal e países africanos lusófonos. **Trabalho educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, supl.1, e0025284, 2020.

LIMA, D. F. et al. A prática de atividade física mediada pelo meio geográfico: a distância entre as moradias e as instalações. **Caderno de Educação Física e Esporte**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 83-88, 30 dez. 2019.

LIMA, L. O. et al. Perspectivas da Educação Popular em Saúde e de seu Grupo Temático na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 2737, jul. 2020.

LOCH, M. R. et al. As práticas corporais/atividade física nos 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3469-3469, 2018.

LOCH, M. R. et al. O Sistema Único de Saúde nas dissertações e teses em Educação Física na região Sul do Brasil (2010-2019). **Pensar A Prática**, Goiás, v. 24, n. 1, p. e64331, abr. 2021

LOCH, M. R.; DIAS, D. F.; RECH, C. R. Apontamentos para a atuação do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde: um ensaio. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 24, p. 1-5, 2019.

LOCH, M. R.; GUERRA, P. H. A preguiça como explicação da inatividade física: comentários e reflexões sobre discrepâncias entre as evidências científicas e o discurso jornalístico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 12, e00223017, 2018.

LOCH, M. R.; RECH, C. R.; COSTA, F. F. A urgência da Saúde Coletiva na formação em Educação Física: lições com o covid-19. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, (ahead of print), p. 1, 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-urgencia-da-saude-coletiva-na-formacao-em-educacao-fisica-licoes-com-o-covid19/17618?id=17618>.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 1994. 184 p. 14ª reimpressão.

MADEIRA, F. B. et al. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 106-115, 2018.

MALTA, D. C. et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, 2018.

MARQUES, Eliana de Sousa Alencar; CARVALHO, Maria Vilani Cosme de. O SIGNIFICADO HISTÓRICO DE PRÁTICAS EDUCATIVAS: um movimento que vai do clássico ao contemporâneo. **Linguagens, Educação e Sociedade**, Teresina, v. 35, n. 21, p. 122-142, jul. 2016.

MASCARENHAS, F.; LAZZAROTTI FILHO, A.; VIANNA, L. C. Educação Física e Ciências do Esporte no tempo presente: defender vidas, afirmar as ciências. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Brasília, v. 43, e014321, 2021.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, abr. 2020.

MATHIAS, M. “A Declaração de Astana não chega nem perto de alguns conceitos que estão em Alma-Ata”. 2019. Elaborada por: Outrasáude. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/declaracao-de-astana-nao-chega-nem-perto-de-alguns-conceitos-que-estao-em-alma-ata/>. Acesso em: 1 nov. 2018.

MATIA, T. S.; PIGGIN, J. Physical activity promotion: can a focus on disease limit successful messaging?. **The Lancet**, Reino Unido, v. 8, n. 1, p. 1263-1263, out. 2020.

MEDEIROS, A. M. A saúde dos trabalhadores da saúde em foco. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 503-504, Dec.2012.

MENDES, A.; IANNI, A. M. Z.; MARQUES, M. C. C. A contribuição do pensamento da saúde coletiva à economia política da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 841-860, 2017.

MENDES, E, V. **O lado oculto de uma pandemia**: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível. Brasil: Conass, 2020.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conass, 2015. 194 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 8, n. 14, p. 3-11, 2008.

MINAYO, M. C.; FREIRE, N. P. **Pandemia exacerba desigualdades na Saúde**. 2020. (Ahead of print). Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/pandemia-exacerba-desigualdades-na-saude-artigo/48293/>. Acesso em: 14 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 254-256, fev. 2002.

MORAES, G. V. O. et al . A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às "coisas da idade". **Physis**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 1, p. 309-329, Mar. 2016.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 9, e00040220, 2020.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A. F.; PEDREIRA, I. B. Educação e saúde na prática do agente comunitário. In: MARTINS, C. M.; STAUFFER, A. B. (org) **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 13-34.

MORRIS, J. N.; RAFFLE, P. A. Coronary heart disease in transport workers; a progress report. **Br J Ind Med**. 1954;11(4):260-264. doi:10.1136/oem.11.4.260

NAHAS, M. V. Educação Física no ensino médio: educação para um estilo de vida ativo no terceiro milênio. In: Seminário de Educação Física Escolar, 4., 1997, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo, 1997. p. 17-20

NAHAS, M. V.; GARCIA, L. M. T. Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 135-148, 2010.

NAKAMURA, P. M. et al. Programa de intervenção para a prática de atividade física: saúde ativa Rio Claro. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 128-132, jan. 2010.

NAKAMURA, P. M. **Associação entre indicadores do ambiente construído e variáveis individuais com atividade física no lazer e no transporte em adultos do município de Rio Claro-sp.** 2012. 148 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências da Motricidade, Unesp, Rio Claro, 2012.

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 280-286, June 2005.

NASCIMENTO, W. G et al. Inovação Pedagógica e a Formação do Profissional de Saúde. In: AZEVEDO, M. A. R. de, et al. (org.). **Ação pedagógica na Universidade Contemporânea: reflexões e ousadia.** São Carlos: Paco Editorial, 2020. Cap. 11, p. 300.

NASCIMENTO, W. G. et al. Atividade física nas prioridades da OMS: ensaio teórico a partir da determinação social de saúde. **Revista Pensar A Prática**, Goiás, v. 23, n. 1, p. e61098, nov. 2020.

NASCIMENTO, W. G.; DOPP, E. V. O.; PEREIRA, M. C. Extensão Universitária. In: GUIMARÃES, J. A. C.; NAKAMURA, P. M. (org.). **A inserção da atividade física na atenção básica à saúde por meio da extensão universitária.** Florianópolis: Sbafs, 2020. p. 1-161.

NÓBREGA, T. P. Qual o lugar do corpo na educação? Notas sobre conhecimento, processos cognitivos e currículo. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 91, p. 599-615, 2005.

NOTA TÉCNICA. Grupo de Estudos Sobre Planos de Saúde; Grupo de Pesquisa e Documentação Sobre Empresariamento na Saúde. **Planos de saúde tentam “passar a boiada” em plena pandemia:** conheça os absurdos da consulta pública do governo federal para privatizar o SUS. 2021. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/05/Boiada_PlanosDeSaude.pdf. Acesso em: 14 maio 2021.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saude soc.**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

NUNES, J. A.; LOUVISON, M. Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva. **Saude soc.**, São Paulo, v. 29, n. 3, e200563, 2020.

OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE. **Boletim, ano 6 • edição nº 27 • janeiro/fevereiro 2020.** Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/27/>. Acesso em: 25 jul. 2020.

OLIVEIRA, A. C.; COSTA, K. A. T. F. Centro de artes e esportes unificados e estudo de existente CEU Profº Samoel Brondi, Presidente Prudente –sp. **Colloquium Socialis**, [S.L.] Presidente Prudente, v. 2, n. 3, p. 19-25, 1 set. 2018.

OLIVEIRA, M. P. R. et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 40, n. 4, p. 547-559, 2016.

OLIVEIRA, M. P. R. **Formação e qualificação dos profissionais de saúde: fatores associados à qualidade dos serviços de atenção primária à saúde.** 2014. 177 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

OLIVEIRA, R. C. Saúde Coletiva e Educação Física: um convite ao diálogo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3465-3465, 2018.

OLIVEIRA, V. J. M.; GOMES, I. M. A saúde nos currículos de educação física em uma universidade pública. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n.3, 2020.

ONU, Organização das Nações Unidas. **OMS define 10 prioridades de saúde para 2019.** Rio de Janeiro. 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-define-10-prioridades-de-saude-para-2019/#:~:text=A%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde,na%20compara%C3%A7%C3%A3o%20com%20n%C3%BAmeros%20atuais>. Acesso em: 16 jan. 2019.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 205-218, jun. 2015.

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 15-28, 2019.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, 2014.

PAPINI, C. B. **Effect of community-based physical exercise interventions carried out in primary health care on plasma inflammatory biomarkers and cardiorespiratory fitness.** 2015. 95 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências da Motricidade, Unesp, Rio Claro, 2015.

PASQUIM, H. M. A saúde coletiva nos cursos de graduação em Educação Física. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 193-200, Mar. 2010.

PEDROSA, J. I. S. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re) conhecendo saberes e lutas para a produção da Saúde Coletiva. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 25, e200190, 2021.

PELICIONI, M. C. F.; PELICOLINI, A. F.; TOLEDO, R. F. A Educação e a Comunicação para a Promoção da Saúde. In: ROCHA, Aristides Almeida et al (org.). **Saúde Pública: bases conceituais. Bases conceituais.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 1-422.

PEREIRA, Arliene Stephanie Menezes; GOMES, Daniel Pinto; CARMO, Klertianny Teixeira do. EPISTEMOLOGIA SUL-CORPÓREA: por uma pedagogia decolonial em educação física. **Revista Cocar: Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado do Pará, Belém**, v. 2, n. 4, p. 93-117, jul. 2017.

PIGGIN, Joe. What Is Physical Activity? A Holistic Definition for Teachers, Researchers and

Policy Makers. **Frontiers In Sports And Active Living**, [S.L.], v. 2, n. 2, p. 2-7, 18 jun. 2020.

PINAFO, E. **Educação em saúde: o cotidiano da equipe de saúde da família**. 2010. 131 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 358-372, 2014.

PLANEJAMENTO EM SAÚDE PARA NÃO ESPECIALISTAS Jairnilson Silva Paim In: Campos, Gastão Wagner. Tratado de Saúde Coletiva, HUCITEC/FIOCRUZ, 2006 p. 767-782.

PLENÁRIO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução nº N° 569 de 8 de dezembro de 2017, de 26 de fevereiro de 2018. Competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei no 8.080. [S. l.], p. 85 a 90, 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2018.

PNUD (Brasil). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Movimento é vida! atividades físicas e esporti-vas para todas as pessoas. 1. ed. Brasília, 2017. 201 p. Disponível em: http://movimentoevida.org/wp-content/uploads/2017/09/PNUD_RNDH_completo.pdf. Acesso em: 20 jan. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO (Rio Claro). **Fundação Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Rio Claro 2018 - 2021**. Rio Claro, 2018. Disponível em: <http://www.saude-rioclaro.org.br/uac/PMS%202018%20-%202021%20Completo.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2018.

Projeto Promoção da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde/MS. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física: atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 254-256, abr. 2002. Informes Técnicos Institucionais.

RAMOS, M. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil**: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010. 290 p.

REGIÕES E REDES (Brasil). **Caminho da universalização da saúde no Brasil**. 2018. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

REIS, V. **Abrasco assina Declaração Alternativa sobre Cuidados Primários de Saúde**. 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br>>. Acesso em: 1 nov. 2018.

REIS, V. **Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental**. 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/internacionais/atencao-primaria-e-sistemas-universais-de-saude-compromisso-indissociavel-e-direito-humano-fundamental/37875/>. Acesso em: 9 mar. 2020.

RIBEIRO, M. L.; SOARES, S. R. A prática educativa nas representações de docentes de cursos de licenciatura. **Sitientibus**, Feira de Santana, v. 37, n. 2, p.173-193, 2006.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 115-123, 2001.

SA, T. H.; VELARDI, M.; FLORINDO, A. A. Limites e potencialidades da educação dos trabalhadores de saúde da família para promoção da atividade física: uma pesquisa participativa. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 417-426, jun. 2016.

SALLIS, J. F.; PRATT, M. **Physical Activity Can Be Helpful in the Coronavirus Pandemic** - a letter from Jim Sallis and Michael Pratt. 2020. Disponível em: <https://www.isbnpa.org/index.php?r=article/view&id=146>. Acesso em: 11 jun. 2020.

SANTOS, B. S. **O fim do império cognitivo: a afirmação das epistemologias do Sul**. Coimbra: Almedina, 2018.

SANTOS, B. S. **Descolonização cognitiva: uma introdução**. In: O império cognitivo: a afirmação das epistemologias do Sul. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019. Cap. 6, p. 161-210.

SANTOS, L. P. G. S.; FRACOLLI, L. A. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 76-83, Mar. 2010.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, jun. 2018. Saúde, 2004;34:4-5.

SANTOS, T. et al. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 165, 4 set. 2015.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. 42. ed. Campinas-SP: Autores Associados, 2012.

SAVIANI, D. Democracia e emancipação: desafios para a educação física e ciências do esporte na América Latina. In: ALMEIDA, F. Q.; LARA, L.; WACHS, F. (org.). **Democracia e emancipação: desafios para a educação física e ciências do esporte na América Latina** (volume 1). Jundiaí: Paco Editorial, 2019. p. 16-35.

SBAFS. Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde (Florianópolis). **Nota da Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde sobre a realização de atividades físicas e práticas corporais no contexto atual de pandemia da Covid-19**. 2020. Disponível em: <http://www.sbafs.org.br/noticia/109/nota-da-sociedade-brasileira-de-atividade-fisica-e-saude-sobre-a-realizacao-de-atividades-fisicas-e-praticas-corporais-no-contexto-atual-de-pandemia-da-covid-19>. Acesso em: 14 maio 2020.

SILVA, C. M. C.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C.; MIALHE, F. L. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. saúde coletiva**. 2010, vol.15, n.5, pp.2539-2550.

SILVA, C. P. et al. Educação em saúde: uma revisão histórico-crítica com enfoque no município de Sobral. **SANA R e**, Sobral, v. 9, n. 2, p. 29-37, 2010.

SILVA, T. L. et al . Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 44, n. 124, p. 58-69, Mar. 2020.

SILVA, V. T. et al. Saúde coletiva e saúde pública no currículo dos cursos de educação física: uma revisão sistemática. **Pensar A Prática**, Goiás, v. 24, p. e61062, 8 mar. 2021.

SOARES C.B.; TRAPÉ C.A.; YONEKURA T.; CAMPOS C.M.S. Marxismo, trabalho e classes sociais: epidemiologia crítica como instrumento da saúde coletiva. In: CARVALHEIRO J.R.; HEIMANN L.S.; DERBLI M. (Org.). **O Social na Epidemiologia: um legado de Cecília Donnangelo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2014. p. 119-147.

SOARES, A. N. et al. Dispositivo educação em saúde: reflexões sobre práticas educativas na atenção primária e formação em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. 0260016, 2017.

SOARES, C. L. et al. **Metodologia do Ensino de Educação Física**. São Paulo: Cortez, 1992

SOARES, C. L. **Educação física: raízes europeias e brasil**. Campinas: Autores Associados, 1994. 141 p.

SORATTO, J. et al . Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 26, n. 3, e2500016, 2017.

SOUSA, M. F. A reforma sanitária brasileira e o sistema único de saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 1, n. 8, p.11-16, 2014.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 40, n. 108, p. 204-218, mar. 2016.

SOUZA NETO, J. M.; FLORINDO, A. A.; COSTA, F. F. Associated factors with physical activity counseling among Brazilian Family Health Strategy workers. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 26, n. 1, p. 369-378, jan. 2021.

SOUZA, L. E. P. F. Saúde pública ou saúde coletiva? **Revista espaço para a saúde**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 7-21, dez. 2014.

SOUZA, L. E. P. F. **Saúde Pública ou Saúde Coletiva?** Revista Espaço Para A Saúde, Londrina, v. 4, n. 15, p. 07-21, out. 2014.

SPENCER, G.; CORBIN, J. H.; MIEDEMA, E. Sustainable development goals for health promotion: a critical frame analysis. **Health Promotion International**, Oxford, v. 34, n. 4, p. 847-858, 25 maio 2018.

SPOSITO, Letícia Aparecida Calderão. **Análise econômica de custo-utilidade de três intervenções para promoção de atividade física em usuários do SUS de Rio Claro – sp**. 2017. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Motricidade, Unesp, Rio Claro, 2017.

STANGA, A. C.; RECH, J. S. A educação física como um campo plural de diálogo entre a saúde e a educação. In: RIGUE, F. M.; MALAVOLTA, A. P. P. (org.). **Costuras entre**

educação e saúde possibilidades em movimento. 23. ed. Veranópolis: Diálogo Freiriano,, 2021. p. 1-334.

STOTZ, E. N. **Enfoques sobre educação e saúde.** Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documentopessoal_10993.pdf>. Acesso em 07 abril de 2021.

TEIXEIRA C.F. (org). **Planejamento em Saúde – Conceitos, Métodos e Experiências.** Salvador: EDUFBA; 2010.

TEIXEIRA, I. P. **Impacto da implementação de ciclofaixas na utilização da bicicleta como meio de transporte.** 2017. 199 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências da Motricidade, Educação Física, Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Rio Claro, 2017.

TIBURTINO, G. **Abrascão 2018 demarca aproximação entre Educação Física e Saúde Coletiva.** 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-saude-coletiva/abrascao-2018-demarca-aproximacao-dos-campos-da-educacao-fisica-e-da-saude-coletiva/35621/>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

TURI, B. C. et al. Caminhada e gastos com saúde em adultos usuários do sistema público de saúde brasileiro: estudo transversal retrospectivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 20, n. 11, p. 3561-3568, nov. 2015.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde:** tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Módulo 4. ed. Belo Horizonte: Editora Ufmg - Nescon Ufmg, 2009. 76 p.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva:** teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3-12.

VOSGERAU, D. R.; POCRIFKA, D. H.; SIMONIAN, M. Etapas da análise de conteúdo complementadas por ciclos de codificação: possibilidades a partir do uso de software de análise qualitativa de dados. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5., 2016, Porto. **Atas CIAIQ2016.** Porto: Ciaiq, 2016. p. 789-798.

WHO NCD DEPARTMENT. **Rapid assessment of services delivery for noncommunicable disease (NCD) during the COVID-19 pandemic.** 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic>. Acesso em 12 de março de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world: at-a-glance. **World Health Organization.** 1. ed. Genebra/Suíça: WHO, 2018. 104 p., v. 1. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1138597/retrieve>. Acesso em: 16 jan. 2019.

XIMENES, D. S. S. et al. **EMOÇÕES MOMENTÂNEAS:** comportamentos e hábitos cotidianos pós-pandemia.. comportamentos e hábitos cotidianos pós-pandemia.. 2020. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/pesquisa/projetos-institucionais/usp-cidades->

globais/emocoes-momentaneas-comportamentos-e-habitos-cotidianos-pos-pandemia. Acesso em: 15 jun. 2020.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Rio de Janeiro: Bookman, 2001. 200 p.

YOUTUBE. **Entrega do Manifesto Vida Acima de Tudo a Felipe Santa Cruz, Presidente Nacional da OAB**. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=je5w0J0Iz-8>. Acesso em: 15 abr. 2021.

APÊNDICE

APENDICE 1.**Questionário norteador**

1 - Hora Início: ____:____

2 - Data da entrevista (dd/ mm/ aa):

3 - Nome completo

4 - Sexo: () Masculino () Feminino

5 - Idade

6 - Qual a sua profissão?

7 - Escolaridade

7 - Data de conclusão do curso?

8 - A instituição de sua formação/ graduação é: () Pública () Privada

9 - Você possui alguma pós- graduação? () Sim () Não ()

10 - Qual o(s) tipo(s) de pós- graduação realizada(s)?

() Especialização () Residência () Mestrado () Doutorado () Outra,
qual? _____

11 - Nome da pós- graduação(ões) referidas?

12 - Há quanto tempo você trabalha na EqSF?

13 - No ano de 2018 e 2019 você realizou algum tipo de capacitação relacionada às suas atividades na Estratégia Saúde da Família?

14 - Qual(is) tipo (s) de capacitação você realizou?

() Curso/ capacitação de curta duração (até 15 horas)

() Curso/ capacitação de média duração (16 a 60 horas)

() Capacitação em serviço

() Oficina (inclui produção técnica e/ ou teórica do grupo)

() Congresso, Seminário, Encontro, Fórum, Simpósio,

() EAD – Ensino a Distância

() Curso Introdutório da Estratégia Saúde da Família

() Curso relacionado às Práticas corporais/Atividade Física?

Outro(s), qual(is)? _____

15 - O curso sobre PCAF abordou o que?

16 - Quanto às capacitações realizadas nos últimos 2 anos contribuíram para seu processo de trabalho?

() Não contribuíram nada

() Contribuíram pouco

() Indiferente/ neutro

- () Contribuíram muito
- () Contribuíram extremamente

17 - As capacitações realizadas nos últimos anos contribuíram para mudanças na sua prática referentes às PCAF? Se sim, como?

18 - Sua equipe já passou por algum processo de qualificação? Qual? Qual tema foi abordado?

19 - A Educação permanente em saúde faz parte do contexto e realidade da sua equipe?

Referente às representações da educação em saúde e das características da prática educativa dos profissionais na promoção das PCAF no território.

1 - Para você, o que é a Educação em Saúde?

2 – Você faz educação em saúde no seu contexto de trabalho? Como?

3 - Há ações de educação em saúde na sua unidade? Se sim, quais?

4 - Quais os temas abordados nas práticas educativas? Para qual público?

5 - Quais as facilidades para o desenvolvimento da prática de educação em saúde no seu cotidiano?

6 - Quais as dificuldades para desenvolver as práticas de educação em saúde no seu cotidiano?

7 - Como você avalia essas práticas de educação em saúde desenvolvidas por você e pela equipe de saúde da família?

8 - Qual a contribuição dessas práticas para a população?

9 - O que você acha que deve/poderia ser feito pela Educação em Saúde na USF?

10 – Tratando-se do tema atividade física, você já orientou e/ou conversou com pessoas da comunidade a respeito dos benefícios do envolvimento com as atividades físicas? Em qual situação isso aconteceu? Quais foram as orientações? Recomendou o envolvimento com alguma prática? qual(is)? Porque?

11 - Você conhece espaços de lazer que a comunidade adstrita possa se envolver com atividades físicas? Quantos? Quais?

12 - Você tem conhecimento da oferta de atividade física na sua região? Qual(is)? Quem são os profissionais envolvidos?

13 - Na sua região existe algum parceiro de outro setor que não seja o da saúde que incentiva o envolvimento da população com Atividade Física? Se sim, qual é a ação realizada?

14 - Em sua opinião, por que a população deve se envolver com a Atividade Física?

15 - Na sua opinião, o que o desfinanciamento do NASF AB representa para as ações de educação em saúde? E para a promoção das atividades físicas?

ANEXOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação em saúde e a prática educativa do profissional da área na Atenção Básica - análise das intervenções com práticas corporais/atividade física

Pesquisador: Wedson Guimarães Nascimento

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 05257818.2.0000.5465

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.386.237

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de mestrado do aluno Wedson Guimarães Nascimento, a ser realizada sob a orientação da Profa. Dra. Priscila Missaki Nakamura. O projeto de pesquisa tem como temática a educação em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do estudo é analisar as características da prática educativa de profissionais da Atenção Básica à Saúde nas ações I e II do eixo práticas corporais/atividade física da PNPN, nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Além disso pretende-se ainda verificar a prevalência de ações relacionadas a educação em saúde desenvolvidas pelas equipes da Atenção Básica à Saúde, analisar as ações de educação em saúde e identificar as estratégias empregadas pelas equipes e identificar a influência da formação continuada na prática educativa dos profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os documentos informam que o risco da entrevista "será mínimo (constrangimento por alguma questão) por não ser invasivo e por tratar-se de um diálogo referente às atividades desenvolvidas em seu setor profissional". Como forma de minimização do risco, o pesquisador informa que as questões serão referentes a "dados profissionais e de identificação" e que "após o término de cada

Endereço: Av.24-A n.º 1515

Bairro: Bela Vista

CEP: 13.506-900

UF: SP

Município: RIO CLARO

Telefone: (19)3526-9678

Fax: (19)3534-0009

E-mail: cepib@rc.unesp.br

Continuação do Parecer: 3.386.237

seção do questionário, sendo um total de 3, o pesquisador irá perguntar se o participante está de acordo em continuar com a entrevista". Quanto aos benefícios da pesquisa, o TCLE informa que "estão relacionados com a contribuição na produção do conhecimento a respeito da mediação dos saberes sobre práticas corporais e atividade física que o(a) sr(a) faz com a população. Além disso, os resultados advindos dessa pesquisa proporcionarão um diagnóstico e avaliação das intervenções com práticas corporais e atividade física de todo o Brasil no âmbito do SUS, que poderá contribuir para o desenvolvimento científico, econômico e social."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

"(...) trata-se de uma pesquisa de característica transversal exploratória e de cunho quali-quantitativo. Seu principal instrumento metodológico será o inquérito telefônico, que, por se tratar de uma pesquisa a nível nacional se apresenta como uma forma de eliminar atividades de deslocamento do pesquisador, desta forma tornando mais viável o levantamento dos dados desejados.

Essa metodologia é utilizada pelo VIGITEL (Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), que tem como objetivo, "monitorar a magnitude das DANT e analisar seus determinantes sociais, econômicos, comportamentais e políticos", a fim de associar os riscos mais evidentes quanto ao nível de exposição da população a estas doenças (IBGE, 2018). Portanto, demonstrando a fidedignidade e viabilidade do método.

Os participantes do presente estudo serão profissionais da Atenção Básica à Saúde do SUS, incluindo profissionais das equipes de apoio matricial (NASF) e das equipes de referência (ESF). Esses profissionais serão contatados nas 27 capitais brasileiras e no Distrito Federal. A investigação acontecerá com uma equipe de apoio matricial e suas respectivas equipes de referência de cada capital e DF, o critério de inclusão será a presença do professor de educação física na equipe, além de estar em funcionamento a no mínimo 5 anos. A primeira etapa da amostragem dos participantes consistirá no levantamento de equipes de apoio matricial de todas as 26 capitais brasileiras mais o Distrito Federal. Essa ação tem como objetivo mapear o município com a distribuição das equipes para identificar a possível selecionada. Isso acontecerá de duas formas, a princípio o levantamento acontecerá via site do Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde (CNES) e caso necessário será realizado contato telefônico com a secretaria de saúde de cada município.

Após o levantamento, será realizado um sorteio entre as equipes de apoio matricial de cada capital que foram incluídas na amostra. Logo após, serão realizados os primeiros

Endereço: Av.24-A n.º 1515

Bairro: Bela Vista

CEP: 13.506-900

UF: SP

Município: RIO CLARO

Telefone: (19)3526-9678

Fax: (19)3534-0009

E-mail: cepib@rc.unesp.br

Continuação do Parecer: 3.386.237

contatos com cada equipe matricial e suas equipes de referência a fim de apresentar a proposta, convidar e esclarecer acerca do processo, incluindo instrumentos de coleta de dados e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE será encaminhada, assinado pelo pesquisador, por e-mail ao participante, que por sua vez, deverá assiná-lo e enviar por e-mail ao pesquisador. Esse contato inicial com a equipe selecionada será via coordenador(a) da equipe matricial e de referência que, aceitando que sua equipe participe da pesquisa, disponibilizará os telefones e/ou e-mails dos funcionários que aceitarem participar. Logo em seguida, será encaminhado mensagem aos participantes com uma carta de apresentação da pesquisa, esclarecendo-os acerca do processo, incluindo instrumentos de coleta de dados e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A fim de aproveitar bem as informações geradas durante o diálogo com os funcionários e melhor analisá-los, as chamadas telefônicas, que serão realizadas do Núcleo de Atividade física, Esporte e Saúde - NAFES, localizado no Instituto de Biociências da UNESP, serão gravadas. Isso acontecerá por meio de um aparelho telefônico com sistema de rede VoIP (Voice Over Internet Protocol), sistema utilizado pela UNESP que permite a gravação das chamadas via rede de dados. Para esse processo, será solicitado ao departamento de informações da instituição um login e senha do pesquisador, isso permitirá o arquivamento e o acesso do mesmo ao conteúdo. O arquivamento das ligações será em formato mp4, e armazenadas em um computador do laboratório para a realização das transcrições (FERREIRA, 2016).

O diálogo com os participantes será norteado por meio de um questionário previamente elaborado, este conterá, além de informações demográficas, como sexo, faixa etária, formação e área de atuação, com questões a respeito da prática educativa do profissional na promoção de AFE's, se ele já participou de alguma qualificação a respeito do tema e as características desta, de que forma e se usam com frequência esses conhecimentos no diálogo com a população adscrita, além de levantar com os mesmo se a equipe promove algum tipo de educação em saúde para a população e em quais áreas temáticas isso ocorre.

A parte do questionário referente ao perfil, formação acadêmica, qualificação profissional e características ocupacionais foi baseado e adaptado de Oliveira (2014) que se fundamentou nos estudos de Castro (2009; 2013), Chomatas (2009), Leão e Caldeira (2011) para desenvolver o questionário. O questionário foi dividido em 3 sessões, sendo elas, a primeira referente a identificação do profissional, a segunda às características da prática educativa do

Endereço: Av.24-A n.º 1515

Bairro: Bela Vista

CEP: 13.506-900

UF: SP

Município: RIO CLARO

Telefone: (19)3526-9678

Fax: (19)3534-0009

E-mail: cepib@rc.unesp.br

Continuação do Parecer: 3.386.237

profissional na Atenção Básica à Saúde nas ações I e II do eixo práticas corporais/atividade física da PNPS. Seção esta onde será utilizada ainda para fazer o levantamento da prevalência das ações de educação em saúde. E a terceira e

última seção, que será destinada a qualificação profissional e a influência desta em sua prática educativa na AB. A análise dos dados ocorrerá através da análise de conteúdo das informações levantadas. Esse método tem como característica a busca dos sentidos de um documento ou dos dados analisados, é constituído por um conjunto de técnicas de análises que leva em consideração duas vertentes, a da linguística tradicional e a da interpretação dos sentidos das palavras (CAMPOS, 2004), o foco desse método é qualificar as experiências e percepções dos sujeitos sobre o fenômeno analisado (CAVALCANTE, CALIXTO, PINHEIRO, 2014). Essa análise ocorrerá sobre as transcrições das ligações, e seguirá os passos da análise de conteúdo, sendo eles, fase de pré-exploração, seleção das unidades de análise, categorização, que serão referentes aos eixos do questionário respectivo a cada objetivo do estudo (CAMPOS, 2004).

A análise do conteúdo ocorrerá de duas formas, a quantitativa, referente a contagem de palavras/termos que aparecem com mais frequência na fala dos profissionais, e a qualitativa, relativa à percepção da presença e/ou ausência de conteúdo e algumas características das mensagens (CAREGNATO e MUTTI, 2006).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em atendimento ao parecer anterior:

- Os documentos informam que o TCLE será previamente assinado pelo pesquisador, antes do envio para o participante (em atendimento à res. 466/12).
- O TCLE passou a ser finalizado com a afirmação preconizada pelo CEP;
- O TCLE passou a indicar Local e Data, bem como campos para assinatura do pesquisador responsável e participante da pesquisa e/ou do representante legal.

Os documentos atendem às exigências do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP REFERENDA O PARECER DO RELATOR:

"Os documentos apresentados atendem às exigências do CEP. Sugiro aprovação".

Endereço: Av.24-A n.º 1515

Bairro: Bela Vista

CEP: 13.506-900

UF: SP

Município: RIO CLARO

Telefone: (19)3526-9678

Fax: (19)3534-0009

E-mail: cepib@rc.unesp.br

Continuação do Parecer: 3.386.237

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto encontra-se APROVADO para execução. Pedimos atenção aos seguintes itens:

- 1) De acordo com a Resolução CNS nº 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatório final.
- 2) Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas, com justificativa, ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada.
- 3) Sobre o TCLE: caso o termo tenha DUAS páginas ou mais, lembramos que no momento da sua assinatura, tanto o participante da pesquisa (ou seu representante legal) quanto o pesquisador responsável deverão RUBRICAR todas as folhas , colocando as assinaturas na última página.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1279392.pdf	27/05/2019 08:01:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	24/04/2019 16:12:16	Wedson Guimarães Nascimento	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	24/04/2019 16:11:33	Wedson Guimarães Nascimento	Aceito
Outros	questionario.pdf	21/12/2018 14:47:09	Wedson Guimarães Nascimento	Aceito
Outros	cartadeapresentacao.pdf	21/12/2018 14:46:28	Wedson Guimarães Nascimento	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	21/12/2018 14:37:32	Wedson Guimarães Nascimento	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av.24-A n.º 1515

Bairro: Bela Vista

CEP: 13.506-900

UF: SP

Município: RIO CLARO

Telefone: (19)3526-9678

Fax: (19)3534-0009

E-mail: cepib@rc.unesp.br

UNESP - INSTITUTO DE
BIOCIÊNCIAS DE RIO CLARO
DA UNIVERSIDADE ESTADUAL



Continuação do Parecer: 3.386.237

RIO CLARO, 12 de Junho de 2019

Assinado por:
Flávio Soares Alves
(Coordenador(a))

Endereço: Av.24-A n.º 1515

Bairro: Bela Vista

CEP: 13.506-900

UF: SP

Município: RIO CLARO

Telefone: (19)3526-9678

Fax: (19)3534-0009

E-mail: cepib@rc.unesp.br