



Humberto Oliveira de Assis

Inserção do Profissional de Educação Física na Atenção Primária à Saúde:
potencialidades e desafios

Belo Horizonte

2020

Humberto Oliveira de Assis

**Inserção do Profissional de Educação Física na Atenção Primária à Saúde:
potencialidades e desafios**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Fernanda Jorge Maciel

Belo Horizonte

2020

A848i

Assis, Humberto Oliveira de.

Inserção do profissional de Educação Física na Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios. /Humberto Oliveira de Assis. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2020.

33 f.

Orientador(a): Fernanda Jorge Maciel.

Narrativa Autobiográfica (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Educação Física. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Promoção da Saúde. 4. Educação Interprofissional. 5. Saúde Pública. I. Maciel, Fernanda Jorge. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM QT 255

Humberto Oliveira de Assis

Inserção do Profissional de Educação Física na Atenção Primária à Saúde:
potencialidades e desafios

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em: 06 de novembro de 2020

Banca Examinadora

Profa. Dra. Amanda Nathale Soares
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Profa. Dra. Claudia Barsand de Leucas
PUC Minas

Profa. Ma. Fernanda Jorge Maciel (Orientadora)
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Belo Horizonte

2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos colegas da 39ª turma de Especialização em Saúde Pública da ESP-MG pelos debates qualificados nas aulas, que contribuíram imensamente para a construção deste trabalho e pelos momentos agradáveis nos nossos tradicionais *happy hours* das quintas-feiras.

Um agradecimento a todos os docentes do curso que conduziram nossa caminhada com maestria, com destaque para as professoras Amanda Soares, Thais Lacerda e Lenira Maia, com as quais tive grande identificação e nutro grande admiração pela competência e sensibilidade com que lutam em defesa do SUS e da ESP-MG.

À minha esposa, pelo incentivo e apoio incondicional durante toda a trajetória relacionada ao curso, desde o impulso para voltar aos estudos, passando pelos debates acalorados sobre o mundo acadêmico e culminando em discussões que muito contribuíram para a construção deste trabalho.

Não poderia deixar de fazer uma menção especial à minha orientadora Fernanda Maciel, que foi fundamental na tradução de minhas ideias para a linguagem acadêmica escrita, com uma capacidade de percepção que beira a leitura telepática de meus pensamentos.

RESUMO

Este trabalho reflete sobre a inserção do Profissional de Educação Física (PEF) na Atenção Primária à Saúde (APS) e no Sistema Único de Saúde, através da experiência do autor no campo da Saúde Coletiva. O estudo utiliza a narrativa autobiográfica como ferramenta metodológica e problematiza questões acerca do histórico da Educação Física como profissão, da formação acadêmica do PEF para atuação na Saúde Pública/Coletiva, dos caminhos trilhados por esses profissionais nas políticas públicas de saúde no Brasil e dos desafios e potencialidades de situações vivenciadas pelo autor na prática diária da assistência na APS, como integrante da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e no Programa Academia da Saúde (PAS) no município de Belo Horizonte/MG. A proposta é contribuir para que os trabalhadores da saúde na APS levantem questionamentos e possíveis similaridades do relato com a sua prática profissional, no intuito de promover mudanças locais na organização dos processos de trabalho, em conjunto com os demais atores envolvidos no cuidado – gestores e usuários –, e potencialmente qualificar ainda mais suas intervenções, considerando os conceitos de Interprofissionalidade e da Educação Permanente em Saúde.

Palavras-chave: Educação Física. Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde. Educação Interprofissional. Saúde Pública.

ABSTRACT

The study reflects about the entry of the Physical Education Professional (hereby PEF) in the Primary Health Care (hereby APS) and in the Unified Health System (hereby SUS), through the experience of the author in the field of Collective Health. The essay uses an autobiographical narrative as its methodological approach and asks questions about the history of Physical Education as a profession, the academic qualification of the PEF for the practice in the Public/Collective Health, the pathways of those professionals within the public politics of health in Brazil, and the challenges and potentialities of the author's daily practice in the APS as a member of the Family Health Expanded Nucleus (hereby NASF) and on the Academia da Saúde Program (hereby PAS) at the city of Belo Horizonte/MG. The study aims to contribute to the raising of questions and possible similarities between the experience report and the professional practice of the healthcare workers in the APS, in order to promote local changes on the organization of the work processes, alongside other actors involved on the care system – managers and users –, and potentially make their interventions even more qualified, considering the concepts of Interprofessionality and Permanent Health Education.

Keywords: Physical Education. Primary Health Care. Health Promotion. Interprofessional Education. Public Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|---|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CRAS | Centros de Referência de Assistência Social |
| CAC | Centros de Apoio Comunitário |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| ESF | Equipe(s) de Saúde da Família |
| NASF | Núcleo Ampliado de Saúde da Família |
| PAC | Programa Academia da Cidade |
| PAS | Programa Academia da Saúde |
| PEF | Profissional de Educação Física |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade(s) Básica(s) de Saúde |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | APRESENTAÇÃO..... | 8 |
| 2 | PARA QUE O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA É PREPARADO E O QUE ESPERAMOS DE SUA ATUAÇÃO NO SUS? | 10 |
| 2.1 | A profissão e a formação em Educação Física..... | 11 |
| 2.2 | O que se espera do Profissional da Educação Física no SUS? | 12 |
| 3 | COMO AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE INDUZIRAM A ENTRADA E O MODO DE ATUAÇÃO DO PEF NO SUS? | 14 |
| 3.1 | Histórico recente das políticas públicas de saúde e sua relação com a inserção do PEF na APS..... | 14 |
| 3.2 | Políticas públicas no cotidiano de trabalho: atividades desenvolvidas na APS.... | 17 |
| 3.3 | Das diretrizes nacionais às definições locais: como a organização dos processos de trabalho podem influenciar a prática em saúde | 21 |
| 4 | INVENTIVIDADES E POTÊNCIAS DO TRABALHO DO PEF NA ATENÇÃO PRIMÁRIA | 25 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 29 |
| | REFERÊNCIAS | 30 |

1 APRESENTAÇÃO

A elaboração deste trabalho pretende apresentar reflexões sobre a atuação do Profissional de Educação Física (PEF) na Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como ponto de partida minha trajetória profissional no Sistema Único de Saúde (SUS). Por esse motivo, inicio apresentando um pouco de minha história de formação e de atuação na saúde, já que isso se conecta com a construção desse trabalho.

Minha primeira formação acadêmica foi em Fisioterapia entre os anos 2000 a 2004. Com um mercado saturado de profissionais no setor privado e com poucas oportunidades de concursos públicos, após alguns anos atuando como fisioterapeuta, resgatei um antigo sonho de cursar Educação Física. Concluí o bacharelado e licenciatura em Educação Física em 2010 e após a graduação atuei como treinador no Programa Superar, que é uma política pública de esportes para pessoas com deficiência ligada à Secretaria Municipal de Esportes e Lazer de Belo Horizonte, e como professor de voleibol em uma grande academia privada.

No ano de 2011, ao prestar o concurso público da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, minha única referência de atuação do PEF na área da saúde era o Programa Academia da Cidade (PAC), denominado em nível nacional como Programa Academia da Saúde (PAS). Após o resultado do concurso e, enquanto aguardava ser convocado para tomar posse, fui chamado a adiantar meu ingresso em serviço e fazer um contrato com a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte para implantar um novo polo da Academia da Cidade em março de 2012. Começa nesse momento o meu caminho dentro do SUS.

Considero que minha entrada na rede pública de saúde foi privilegiada, pois tive acesso a um programa de capacitação inicial que foi muito importante na minha formação profissional. Ministrado pela coordenação do PAC de Belo Horizonte, em parceria com outras áreas da Secretaria Municipal de Saúde, essa formação foi direcionada para a atuação nas Academias da Cidade e abordou temas como: prescrição de exercícios, avaliações e reavaliações dos usuários participantes do programa, organização das aulas coletivas, formatos de aula preconizados pelo programa, entre outros. Além disso, tivemos acesso, ainda que de forma breve, a conteúdos não relacionados diretamente aos exercícios físicos como: organização da APS e da rede SUS-BH, fluxos de encaminhamento, atuação em promoção da saúde. Houve, no entanto, pouco foco nas intervenções interprofissionais, atuação no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF),

matriciamento, temas considerados, na época, como externos aos polos das Academias da Cidade.

É partindo dessa minha trajetória que, inicialmente, idealizamos esse trabalho como um relato de experiência. Ao longo da escrita, no entanto, ele foi se modificando com os desdobramentos das discussões feitas com os colegas e docentes do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e tomou a direção de uma narrativa autobiográfica. Esse tipo de pesquisa narrativa oportuniza o encontro do individual e do coletivo visto que o narrador traz a marca do singular em sua narrativa, ao mesmo tempo em que traz a marca da cultura, da história e do contexto. A construção do texto da narrativa apresenta seus pensamentos, sentimentos, certezas, dúvidas, reproduções e inovações alimentadas pelas interlocuções. A memória está presente de modo ativo, libertador e não meramente reprodutivo. Essa metodologia favorece a tomada de consciência que possibilita mudanças internas, rompimento com a alienação e fortalecimento da emergência do sujeito relacional (MARQUES; SATRIANO, 2017).

Durante o processo de estruturação, alguns elementos orientaram a construção desse trabalho: os referenciais da Educação Permanente em Saúde (EPS) e suas contribuições para a problematização da realidade do trabalho em saúde; minha vivência como PEF na APS em Belo Horizonte; situações concretas – que denominamos como “causos” – que surgem nesse trabalho com o objetivo de ilustrar as questões por mim problematizadas; as contribuições encontradas na literatura acerca da inserção do PEF no SUS.

Gostaria de, nessa apresentação, destacar como o referencial da Educação Permanente em Saúde atravessa esse estudo, partindo da problematização da realidade do meu trabalho, por compreender que o serviço de saúde é um local também de aprendizado. A partir dessa compreensão, enquanto trabalhador, em diálogo com a equipe em que atuo, pude identificar problemas ou situações que geraram desconforto, em um movimento de mão dupla entre essa vivência prática e as reflexões que faço sobre essas vivências. Como apontando por Ceccim (2005), espera-se que as mudanças no trabalho sejam possíveis a partir da formulação de questionamentos concretos e ancorados na realidade do trabalho e não de forma abstrata e teórica. E foi, portanto, tendo a Educação Permanente em Saúde como um fundamento, que esse estudo foi estruturado.

Nesse sentido, neste trabalho retomo a experiência como algo que me passa (BONDÍA, 2002), como sujeito que vivenciou determinadas situações no trabalho, valorizando as reflexões e perguntas que surgiram do cotidiano do meu trabalho como PEF na APS.

Assim, minha escrita foi se desenvolvendo em um formato que não foi previamente estabelecido. Uma mescla de experiências pessoais – em alguns momentos com um tom de desabafo, outros de conquista – com conhecimentos produzidos por pesquisadores da Saúde Pública e da Educação Física, que, em grande parte, coincidem com situações vivenciadas na prática e, em outras, revelam grande diversidade de realidades dentro do mesmo sistema: o SUS. A literatura científica foi incorporada a partir das questões por mim problematizadas.

A natureza reflexiva deste trabalho traz como principal contribuição explorar dimensões do trabalho do PEF no SUS e na APS, que talvez não fossem possíveis de abordar em modelos mais tradicionais de estudos científicos.

E por que é importante discutir a prática do PEF na APS e no SUS? A incorporação relativamente recente do PEF para a atuação no SUS, a escassez de estudos que discutam sua atuação – principalmente produzido sob o ponto de vista do profissional que atua diretamente na assistência – e o potencial ainda pouco explorado de uma categoria profissional que tem muito a contribuir para a promoção da saúde, apontam para a relevância da discussão sobre o PEF em sua atuação no SUS.

A principal pergunta que me norteou foi: como tem se dado a atuação do PEF no SUS e na APS? Dessa questão principal vieram outras perguntas, a partir das quais desenvolvi a escrita deste trabalho:

- Como profissional de Educação Física, fui formado para orientar práticas corporais ou para atuar no campo da Saúde Coletiva? O que as pessoas esperam de mim como PEF?
- Como as políticas de saúde induziram de alguma forma minha inserção no SUS e o modo como atuo com outros profissionais das equipes?
- O que foi possível criar como PEF em minha experiência na APS? Quais potencialidades identifiquei a partir da minha atuação como PEF na APS?

2 PARA QUE O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA É PREPARADO E O QUE ESPERAMOS DE SUA ATUAÇÃO NO SUS?

A minha experiência de inserção no SUS, que se deu na APS, me trouxe algumas reflexões sobre os desafios que o trabalho me apresentava em meu cotidiano e como isso poderia ter relação com diversas questões como: a origem da Educação Física como profissão,

como se dá a formação desse profissional e também as representações sociais em torno do que se espera dele. Entendo que todas essas questões estão imbricadas e, de certa forma, explicam os desafios que tenho percebido em minha prática para atuar de forma mais integrada com a equipe, com abordagem menos tecnicista e mais ancorada no conceito ampliado de saúde e na perspectiva da Saúde Coletiva.

2.1 A profissão e a formação em Educação Física

As origens da formação profissional sistematizada em Educação Física no Brasil remetem ao século XIX, com o desenvolvimento da prática de exercícios físicos relacionados à preparação física, à defesa pessoal, aos jogos e esportes dentro do âmbito militar, médico e social entre os colonos. Essas práticas trazidas de outros países, principalmente por militares do exército, tinham caráter higienista, utilitarista e eugenista. Na década de 1930, surge o primeiro programa civil de um curso de Educação Física, ainda sob forte influência militar e eugenista, evoluindo com variações que direcionam a formação para a atuação em escolas – atualmente vinculado à Licenciatura em Educação Física – ou voltadas para os conteúdos ginásticos e esportivos fora dos sistemas educacionais – atual Bacharelado em Educação Física (SOUZA NETO *et al.*, 2004).

Atualmente, a graduação em Educação Física é bastante ancorada nas origens da profissão, ou seja, baseada nas técnicas das diversas práticas corporais e esportivas e sobre como ensinar tais práticas, como professor. Os currículos de graduação não problematizam o trabalho na perspectiva da Saúde Pública, são tecnicistas e especialmente voltados para temáticas centradas nos campos da iniciação esportiva, exercícios físicos, escola/didática e academias de ginástica (NEVES; ASSUMPÇÃO, 2017). Dessa forma, durante grande parte da história da profissão, não havia pretensão de se formar o PEF para atuar no campo da saúde, já que foi apenas no final da década de 1990 que a Educação Física foi reconhecida como profissão da saúde (BRASIL, 1997), abrindo possibilidade de integração desse profissional nos Conselhos de Saúde. A partir disso, a prática do PEF foi regulamentada, com a criação dos conselhos de classe Federal e Estaduais (BRASIL, 1998) e foram estabelecidas as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Física (BRASIL, 2004), que apontavam a necessidade de formação acadêmica para além da prática docente e esportiva.

Podemos notar que existem diversas lacunas no âmbito da formação que trazem dificuldades para a atuação e para a compreensão do nosso papel na Saúde Coletiva/Pública. Isso nos aponta para a necessidade de alteração dos projetos político-pedagógicos e dos planos de ensino das graduações em Educação Física, com mais oportunidades de estágio no contexto da APS, disciplinas específicas da área e/ou que a Saúde Pública seja tema transversal na grade curricular dos cursos. Para isso, é fundamental a capacitação dos docentes e/ou contratação dos que já possuem formação e experiência na APS (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

A despeito das mudanças ao longo da história da profissão da Educação Física e sua incorporação ao campo da saúde, ainda observamos conteúdos de graduação focados na melhoria da aptidão física/atlética e na aprendizagem de gestos e técnicas motoras estereotipadas, em detrimento da formação crítica, que respeite e considere a diversidade dos contextos históricos, socioeconômicos e culturais tão importantes para as intervenções no campo da Saúde Coletiva (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2008).

O resultado disso são profissionais formados em Educação Física que associam as ações de promoção da saúde à realização de práticas físicas e esportivas, em detrimento de uma abordagem social e cultural. Isso revela que os conceitos de promoção da saúde ainda são voltados para visões restritas de saúde e para o ideal da mudança de comportamento individual (SCABAR, 2014).

Durante minha graduação não foi diferente. Meus únicos contatos com o campo da Saúde Coletiva foram conversas com colegas que eram estagiários no Programa Academia da Cidade da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e algumas aulas em que professores de algumas disciplinas convidaram um profissional que atuava no programa para falar sobre a experiência. Além disso, participei de uma disciplina chamada Políticas Públicas, que abordava conteúdos de todas as áreas relacionadas à Educação Física (esportes, lazer, educação) em apenas um semestre. O tema da saúde era apenas uma parte a ser abordada, não sendo possível fazê-lo com maior profundidade.

2.2 O que se espera do Profissional da Educação Física no SUS?

Após formado, o início das minhas atividades na APS no município de Belo Horizonte ocorre como profissional do NASF, com uma atuação bastante centrada no Programa Academia da Cidade. A integração das minhas práticas como PEF foi ocorrendo de forma gradual, tanto

junto aos demais profissionais da equipe do NASF quanto aos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF). É importante lembrar que a minha experiência singular de inserção na APS reflete o próprio movimento de inserção do PEF no setor saúde e no campo da Saúde Coletiva, que se deu mais recentemente quando comparamos aos demais profissionais de saúde, sobre o qual abordarei no item 3 deste trabalho.

A vinculação do PEF apenas às práticas corporais – a aula coletiva, o exercício físico – deixando em segundo plano outras possibilidades de contribuição para a promoção da saúde, segue sendo uma questão. Essa percepção reducionista de atuação do PEF está presente em meu cotidiano de trabalho no discurso dos usuários, de outros profissionais da saúde, dos gestores e até mesmo dentro da nossa própria categoria profissional.

No caso dos usuários participantes do Programa Academia da Saúde, essa concepção é menos comum, pois percebo que a visão e entendimento do usuário em relação ao PEF acaba sendo reflexo da postura desse profissional durante o trabalho frequente e próximo ao usuário. O que minha experiência tem apontado é que a maioria dos PEF, trabalhadores da saúde, tem visão ampliada do conceito de saúde e ótima percepção sobre o que é e como atuar na promoção à saúde no SUS. Na contramão, uma pequena minoria assume a postura apenas do “professor de ginástica”, que prescreve exercícios e serve de modelo de movimento a ser imitado. Neste sentido, em relação à percepção dos usuários, noto certa heterogeneidade, já que cada grupo apresenta uma visão da nossa atuação a depender do profissional que os acompanha. Isso possivelmente acontece também com a percepção dos outros trabalhadores da saúde, que podem apenas reagir com aproximação ou distanciamento, de acordo com a postura adotada pelo PEF. Furtado e Knuth (2015) apresentam percepções sobre a atuação dos PEF no NASF em Rio Grande/RS e ressaltam que é difícil traçar um único perfil dos profissionais, visto que o viés de atuação – seja esportivista, da aptidão física ou de articulação com a cultura local a partir do movimento – está diretamente ligada ao tipo de formação e à percepção que cada profissional tem da relação entre Educação Física e a Saúde Coletiva.

A relação com os demais usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) – não participantes do PAS – já se apresenta um pouco diferente, pois alguns destes usuários ainda não vinculam o PEF à uma equipe interdisciplinar de saúde. Ainda somos vistos por parte dos usuários com um certo estranhamento dentro das UBS, como se não pertencêssemos àquele espaço e não tivéssemos uma função definida naquele ambiente.

No caso dos gestores de saúde, minha experiência aponta que a percepção sobre o PEF é distinta. Desde que iniciamos nosso trabalho na APS, há orientação clara para nossa atuação

dentro do PAS. E ainda não há diretriz institucionalizada da gestão para atuação no que é chamado em Belo Horizonte de “contraturno”, que se refere ao período – geralmente de 15 horas semanais – em que atuamos “fora” dos polos das Academias da Saúde.

Por parte dos gestores e dos profissionais de saúde, parece haver uma associação da Educação Física ao discurso biologicista ou fisiológico, com uma atenção à saúde centrada nos aspectos biomédicos. Como consequência dessa perspectiva, o papel e atuação do PEF estariam relacionados somente às aulas práticas de exercícios, palestras e consultorias (NEVES *et al.*, 2015).

Além disso, a prática do PEF como parte integrante da equipe interdisciplinar na área da saúde ainda não é consolidada e bem definida no SUS. Isso porque não está delimitada a demanda específica para a atuação do PEF e as equipes de saúde das UBS ainda desconhecem o potencial de atuação do núcleo da Educação Física na prevenção, promoção, atenção ou reabilitação da saúde. Existem incertezas e desconhecimento sobre a atuação desses profissionais. Em alguns locais onde existe demanda, a Educação Física restringe-se somente às questões que envolvem a estética, o emagrecimento ou o “combate” às doenças crônicas, como hipertensão e diabetes mellitus. Apesar da crescente atuação dos profissionais de Educação Física no contexto do SUS, parece que esses profissionais ainda terão que reinventar estratégias de atuação e integrar novos saberes ao seu caráter técnico/biológico, aproximando-se das Ciências Humanas e da Saúde Pública, fomentando sentidos e significados às práticas de atividades físicas nas comunidades brasileiras (CARVALHO; ABDALLA; BUENO JUNIOR, 2017).

3 COMO AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE INDUZIRAM A ENTRADA E O MODO DE ATUAÇÃO DO PEF NO SUS?

3.1 Histórico recente das políticas públicas de saúde e sua relação com a inserção do PEF na APS

É importante compreendermos como se deu, no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil, a inserção do PEF no SUS e como tais políticas se operam nas realidades locais. Nesse sentido, abordaremos aqui como a Política Nacional de Promoção da Saúde, a

implantação do NASF e o desenvolvimento do modelo nacional do Programa de Academia da Saúde foram importantes para a incorporação do trabalho do PEF no SUS, especialmente na APS.

A aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde foi um marco relevante não só para os PEF, mas para diversas categorias profissionais da saúde. Essa política apresenta como objetivos a promoção da qualidade de vida, redução da vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2006). Nesse contexto, o Ministério da Saúde passou a incentivar programas de promoção da saúde e atividade física, por meio de repasses financeiros aos municípios que desenvolviam programas com essas características – entre eles o PAC de Belo Horizonte, criado em 2006.

Dois anos depois, temos a criação do NASF, com objetivo principal de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica e aumentar o número de profissionais vinculados às equipes da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2008). Com a criação do NASF, várias categorias profissionais passaram a ter a possibilidade de compor as práticas de saúde na APS, o que incluía o PEF. Os demais profissionais que poderiam fazer parte da equipe de NASF eram: médico acupunturista; assistente social; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. As equipes de NASF são descritas pelo Ministério da Saúde como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as Equipes de Saúde da Família, as equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde (BRASIL, [entre 2013 e 2020]a).

É importante ressaltar que naquele momento de implantação das equipes do NASF nos diversos territórios, havia uma expectativa por parte do Ministério da Saúde de um processo de mudança não apenas no perfil de formação dos profissionais – ampliando os saberes e práticas das equipes para atuarem na APS – como também no modo como esses profissionais deveriam atuar. Pretendia-se provocar uma atuação mais integrada, possibilitando, por exemplo, discussões de casos clínicos e o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na UBS como nas visitas domiciliares. Além disso, buscava-se avançar na proposta de utilização de projetos terapêuticos, a serem construídos colaborativamente pela equipe do NASF e da ESF,

com objetivo de ampliar e qualificar as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. É válido salientar que os profissionais do NASF deveriam privilegiar ações intersetoriais, com foco na prevenção de agravos e promoção da saúde, em detrimento de uma lógica ambulatorial, com atendimentos individuais com especialistas (BRASIL, [entre 2013 e 2020]a). Atualmente, as equipes de NASF são regulamentadas pela Portaria nº 2.436, inseridas na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011; 2017).

O Programa da Academia da Saúde foi lançado em 2011 e o PAC de Belo Horizonte foi utilizado como uma das referências para o desenvolvimento dessa política em âmbito federal. É importante destacar que o PAS do Ministério da Saúde e o PAC em Belo Horizonte são programas praticamente idênticos, com nomenclaturas diferentes por questões de identificação política e ambos se fundamentam na promoção à saúde como estratégia de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis. Isso ocorre por meio do estímulo a hábitos saudáveis tais como: a prática de atividade física regular e orientada, adoção de alimentação saudável, combate ao tabagismo e incorporação de outras práticas corporais, culturais e de lazer (BRASIL, [entre 2013 e 2020]b).

Notamos que o PAS tem diretrizes que transbordam a simples oferta da prática de exercícios físicos e estas diretrizes destacam a corresponsabilidade na produção do cuidado, a importância da interprofissionalidade, além de descrever o espaço da academia como voltado ao desenvolvimento de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais e que adotam como valores norteadores de suas atividades o desenvolvimento de autonomia, equidade, empoderamento, participação social, entre outros (BRASIL, [entre 2013 e 2020]b). Além disso, recomenda que o gestor de saúde estimule as equipes da APS e as equipes de NASF a desenvolverem ações nos polos de forma compartilhada com os profissionais das Academias da Saúde (BRASIL, 2016).

Nesse contexto de implantação dessas políticas nacionais – ainda que tenha ocorrido uma forte indução do governo federal para incorporação das diversas categorias profissionais na APS – a inserção do PEF no SUS se deu de forma heterogênea nos diferentes municípios, pouco articulada com os profissionais e práticas já existentes nos serviços e em diferentes momentos e contextos, considerando que as realidades locais no Brasil são bastante diversas (NEVES *et al.*, 2015).

A minha inserção, em particular na rede SUS/BH, ocorreu em um contexto em que fomos capacitados para nos adaptar aos padrões de atuação previamente estabelecidos no PAC, porém pouco orientados em relação ao trabalho mais amplo de atuação na APS, que envolvia o

NASF, as ESF, o trabalho intersetorial, com um olhar que o campo da Saúde Coletiva nos apresenta. Foi apenas após 2 anos de experiência que pude perceber a riqueza das reuniões de matriciamento, por exemplo, e as contribuições que, como PEF, eu poderia levar para este espaço. Inicialmente eu não me via como pertencente àquele ambiente e acreditava que as discussões de caso, encaminhamentos, formulação de projetos terapêuticos singulares, não se aplicavam à minha categoria profissional. Foi, portanto, de forma gradual que fui reconhecendo a possibilidade de desenvolver uma prática de articulação interprofissional, por meio do apoio matricial centrado no usuário e desenvolvendo um trabalho pedagógico com trocas de saberes entre apoiadores e equipes de referência (OLIVEIRA; WACHS, 2019).

Apesar dessa gradativa inserção do meu trabalho em equipe na APS, destaco que grande parte de minha carga horária era dedicada ao planejamento, execução e avaliação das aulas coletivas, à oferta da prática do exercício físico no PAS. Talvez por isso eu tenha compreendido por alguns anos que meu trabalho se restringia às práticas corporais na academia. Tudo isso resultou, por um período, na minha atuação de forma isolada e compartimentada, com pouca visão de um cuidado integral e das potencialidades de intervenção baseada em um conceito mais amplo de saúde. Os contatos com os demais profissionais da APS eram pouco frequentes e os momentos de troca de saberes e atuação conjunta eram raros. No cotidiano do trabalho, os motivos desse isolamento eram diversos: dificuldade de conciliação de agendas, incompatibilidade de formatos de atuação e de perfis profissionais, desconhecimento de possibilidades de atuação interprofissional e, em alguns casos, simples desinteresse pela mudança dos processos de trabalho. Isso é corroborado por estudos que observam que esse trabalho isolado e fragmentado do PEF tem sido relacionado também à dificuldade da inserção efetiva e de reconhecimento do PEF na APS (FALCI; BELISÁRIO, 2013; SAPORETTI; MIRANDA; BELISÁRIO, 2016).

3.2 Políticas públicas no cotidiano de trabalho: atividades desenvolvidas na APS

Embora as diretrizes nacionais apontassem para um trabalho mais integrado entre as Academias da Saúde, as equipes do NASF e de Saúde da Família no âmbito da APS, em minha experiência, tenho tido muitas dificuldades para alcançar essa integração. O que percebo ao longo da minha trajetória no PAS é que o PEF tem tido um papel central – o que é compreensível dadas as características do programa – porém solitário na sustentação do trabalho das Academias da Saúde junto à população. Observo que há uma coordenação exercida apenas pelo

PEF nesses locais, com pouco ou nenhum envolvimento dos gestores diretamente responsáveis pelo serviço e também pelos demais profissionais de saúde da APS.

A rotina dos polos do PAS, onde atuo ou já atuei, envolve predominantemente aulas coletivas de exercícios físicos, avaliações e reavaliações dos usuários do programa. Como essas atividades pertencem ao escopo de prática do PEF, quase a totalidade das ações desenvolvidas nas academias acaba sendo executada exclusivamente por esses profissionais. Práticas interprofissionais com outros trabalhadores do NASF ou da ESF ocorrem de forma pontual e esporádica.

Uma das atividades realizadas nas academias são as avaliações feitas com todos os usuários que vão iniciar as práticas e as reavaliações são programadas para acontecer semestralmente. As avaliações são bastante criteriosas e detalhadas, e a partir delas, coletamos e analisamos todos os dados relacionados à saúde dos usuários: anamnese, histórico familiar, nível de sedentarismo/atividade, doenças e condições de saúde já instauradas, medicamentos utilizados, hábitos alimentares, dados vitais, antropometria, testes de condicionamento físico. Os dados das avaliações e reavaliações nos ajudam a traçar um perfil dos usuários de cada polo da academia e são utilizados para embasar o planejamento das aulas, orientação dos exercícios realizados, divisão dos usuários em subgrupos de estratificação de risco para melhor controle de intensidade dos exercícios, possíveis adaptações de movimentos a serem realizados de acordo com a condição clínica do usuário, definição de parâmetros de encaminhamento para ESF ou demais profissionais da equipe NASF, definição de temas prioritários a serem abordados nas ações de educação em saúde realizados no polo.

Os dados dessas avaliações, embora sejam muito utilizados dentro das academias, ainda não são disponibilizados no sistema de prontuário eletrônico da APS utilizado em Belo Horizonte. Esse compartilhamento poderia favorecer uma maior integração do trabalho entre os profissionais das equipes, na medida em que as informações das avaliações poderiam ser consideradas no acompanhamento dos usuários ou utilizadas na construção dos planos de cuidado.

Para ilustrar essa atuação isolada do PEF e ainda pouco integrada com os demais profissionais da APS, apresento o relato de uma situação real vivenciada por mim:

O “causo do Jejum Intermitente”

Em uma época em que o assunto do momento era sobre jejum intermitente como estratégia para perda de peso, vários usuários começaram a fazer este tipo de “dieta”. Alguns por conta própria, outros com acompanhamento médico ou da nutricionista e o assunto virou um alvoroço entre os usuários. Todos queriam saber minha opinião sobre o que era correto, como fazer, quem deveria orientar, etc. Como eu não tinha conhecimento aprofundado sobre o assunto pedi a todos que esperassem que eu conversasse com a nutricionista do nosso polo de NASF, pelo menos para esclarecer sobre as dúvidas principais e em seguida retornaria com algumas respostas para eles. Consegui conversar com a nutricionista depois de alguns dias na reunião de matriciamento e no dia seguinte levei algumas informações para as turmas durante a nossa roda de conversa final de cada aula.

Este “Causo do Jejum Intermitente” me traz algumas reflexões. Se outros profissionais do NASF estivessem acompanhando algumas aulas, eles próprios não seriam capazes de perceber os temas e questões que estão atravessando a vida daqueles usuários e que poderiam contribuir de forma mais efetiva por meio de educação em saúde e ações de promoção da saúde? Essa presença mais frequente de outros profissionais no PAS não poderia funcionar como estratégia de estreitamento dos laços com os usuários? Seria o espaço das academias um local potente para desenvolvermos ações elaboradas e implementadas em equipe pelo NASF de forma realmente integrada?

O que tenho feito em minha prática profissional, na tentativa de minimizar a fragmentação do trabalho do PEF em relação aos demais profissionais da equipe, é convidar os outros profissionais da saúde para estarem ali, dentro dos espaços e horários da academia juntos conosco, para participar de ações de promoção da saúde, seja através da prática de atividade física, uma roda de conversa, uma palestra ou uma dinâmica de grupo. Além disso, acredito que essas ações conjuntas podem contribuir para a solução de outros problemas apontados frequentemente pelos profissionais de saúde como: dificuldade em manter a adesão em alguns grupos operativos e falta de espaços para realização de ações em grupo nas UBS. Mesmo as mais novas UBS de Belo Horizonte não têm espaço ou infraestrutura para intervenções em grupo com os usuários. Geralmente estas ações são realizadas em salões de igreja, associações comunitárias ou, na melhor das hipóteses, em outros espaços vinculados à prefeitura – onde inclusive funciona a grande maioria dos polos das Academias da Saúde – como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Apoio Comunitário (CAC). Isso nos

leva a pensar que praticamente todas as ações coletivas de promoção da saúde desenvolvidas pelo NASF já acontecem nos mesmos espaços físicos das academias, porém, em alguns casos, de forma pouco integrada com os PEF e usuários das academias e/ou pouco explorados pelos demais profissionais do NASF.

Existe ainda um grande potencial de ampliação e compartilhamento dos conhecimentos gerados nessas ações para fora dos limites das academias e das unidades de saúde, uma vez que os usuários vão dar continuidade às discussões, para além daquele momento, com familiares, amigos, colegas de trabalho. Isso porque o potencial para o estímulo à vivência do lazer ativo de um programa de atividade física comunitário ultrapassa os limites das academias e dos seus participantes diretos. O estudo de Fernandes *et al.* (2015) indica que mesmo pessoas não-usuárias do programa residentes em áreas de até 500 metros de um polo do PAC de Belo Horizonte tiveram maior chance de ser ativos no lazer, quando comparados com residentes vivendo no entorno superior a essa distância; melhor avaliaram os locais de esporte/lazer, bem como outros atributos do ambiente físico e relataram maior incentivo de amigos/familiares para a prática de atividade física. Ou seja, o PAC pode interferir no meio ao qual está inserido, com potencial alcance daquela comunidade mais próxima, mesmo para pessoas que não são participantes diretas do programa.

É importante destacarmos que a minha experiência de falta de integração das práticas entre os profissionais do NASF também é observada em outros locais. Apesar do NASF já possuir mais de 10 anos de existência, o que ainda percebemos atualmente é uma grande dificuldade de colocar em prática o formato de trabalho realmente integrado preconizado pelo Ministério da Saúde. O nível de complexidade e abrangência de diretrizes do NASF como a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (BRASIL, 2009) são, ao mesmo tempo, potencialidades e desafios, dada a sua dificuldade de articulação. A difícil mudança de paradigma do atendimento curativo, individualizado, pautado no padrão biomédico de relação saúde-doença, para a visão ampliada de promoção da saúde (SAPORETTI; MIRANDA; BELISÁRIO, 2016) se apresenta como um grande obstáculo para a execução de uma política de saúde efetiva, não só no âmbito do NASF, mas na APS como um todo. Reis *et al.* (2016) apresentam desafios a serem superados para que os profissionais da equipe interdisciplinar não atuem a partir da lógica ambulatorial vigente nas práticas de saúde. Outras alternativas se apresentam para superar essa lógica, tais como: gestão compartilhada, com responsabilização das instâncias decisórias; aperfeiçoamento e educação permanente da

equipe interdisciplinar em ferramentas de diagnóstico e planejamento; desenvolvimento de habilidades e competências para a comunicação e o trabalho com os diversos grupos com os quais se relacionam no âmbito da APS. Ferro *et al.* (2014) também apontam para a fragilidade de espaços disponíveis para que os profissionais do NASF possam discutir casos, elaborar Projetos Terapêuticos Singulares, planejar ações de maneira compartilhada com os usuários e profissionais de diferentes equipamentos.

3.3 Das diretrizes nacionais às definições locais: como a organização dos processos de trabalho podem influenciar a prática em saúde

Outro aspecto que tem dificultado o trabalho integrado é a existência de diferentes configurações entre equipes e de carga horária entre os profissionais, que tendem a isolar cada vez mais os trabalhadores em suas especialidades, fragmentando o trabalho em equipe e limitando a aplicação do princípio da integralidade na assistência à saúde.

Em Belo Horizonte, os PEF na saúde seguem uma organização de carga horária de trabalho distribuídas geralmente em 5 horas diárias dedicadas às atividades relacionadas diretamente aos polos das Academias da Cidade, sendo que há uma orientação da coordenação do programa de que 4 dessas 5 horas sejam direcionadas para a oferta da prática coletiva de exercícios físicos e 1 hora diária para planejamento das aulas/eventos/intervenções, discussões sobre as aulas e avaliações do dia (na maioria dos polos do PAC em Belo Horizonte os PEF trabalham em duplas), pausa para descanso/alimentação e todas as demais questões burocráticas referentes ao polo como controle e conservação de materiais, registros de produção das aulas e das avaliações nos sistemas internos do PAC e do Ministério da Saúde, etc. Sendo assim, restam apenas 3 horas diárias, denominadas de “contraturno”, para realização de todas as demais ações de promoção de saúde ou ações em conjunto com outros profissionais nas quais os PEF possam estar inseridos.

O uso do termo “contraturno” por si já parece contraditório por significar “turno fora do horário normal, especialmente relacionado com o tempo para as atividades extracurriculares, que são realizadas posteriormente às aulas obrigatórias e estabelecidas por lei” (Dicionário Online de Português, 2020). A denominação traz um sentido de que as atividades realizadas pelo PEF nas UBS são fora da sua carga horária de trabalho e poderiam ser consideradas intervenções extras e não-obrigatórias. Isso nos remete às ideias citadas anteriormente, de não-

pertencimento à UBS e desvinculação das equipes multiprofissionais de saúde por parte do PEF.

Dessa forma, seguindo o padrão atual sugerido pela Secretaria Municipal de Saúde, das 40 horas semanais de trabalho do PEF em Belo Horizonte, apenas 15 horas são direcionadas a todas as ações que poderiam ser realizadas em conjunto com outros profissionais da equipe NASF e ESF: reuniões de matriciamento, grupos operativos, atendimentos compartilhados, discussões de caso. Essa agenda de apenas 3 horas diárias na maioria das vezes tem que ser dividida entre 2 ou 3 UBS, cada uma com até 5 ESF e traz grande dificuldade para conciliar as agendas com os demais profissionais para ações conjuntas e trabalho em equipe. Cada profissional tenta organizar seus próprios horários e atividades, baseados em suas afinidades de área de atuação, demandas do território, outros por alguma determinação dos gestores, alguns por limitações de espaço, infraestrutura e materiais.

É importante ressaltar que essa definição prévia sobre a forma de organização das agendas e atividades dos profissionais não é restrita ao PEF. Há também cobrança dos gestores para que os outros profissionais do NASF mantenham uma agenda fixa, na maioria das vezes, pautada em horários reservados para atendimentos individuais, com o argumento de tentar manter controle sobre a produtividade dos profissionais e evitar horários ociosos. No caso das agendas no formato eletrônico, vinculadas ao sistema de atendimento utilizado no município, o engessamento dos horários é ainda maior, pois o profissional não tem autonomia para alterar essa agenda. Isso é contrário ao que é colocado enquanto diretriz do NASF, em que se espera que o trabalho dos profissionais das equipes nas UBS seja totalmente dinâmico, adaptado de acordo com as demandas do território, com as agendas dos profissionais envolvidos e também de acordo com diretrizes, orientações e ações propostas pelos níveis municipal, estadual e federal de gestão do SUS.

A relação conflituosa entre o formato adotado para a gestão do trabalho e a necessidade de flexibilização da agenda dos profissionais e como isso tem impactado na forma de trabalho do PEF na APS, é ilustrada com um relato da minha experiência a seguir:

“Causo do contraturno”

Os PEF da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte são os únicos profissionais vinculados ao NASF que precisam alimentar e atualizar frequentemente uma planilha com as atividades desenvolvidas no contraturno, com seus dias e horários

determinados. A justificativa da gestão para essa planilha é “poder localizar os profissionais em caso de necessidade e justificar aos gerentes imediatos qual é o trabalho e onde está sendo feito por cada profissional”. Além dessa planilha, periodicamente temos reuniões com os gestores para “discutir” as ações do contraturno, onde precisamos novamente repassar e justificar essa agenda fixa de atividades realizadas fora dos horários de atuação no PAS. O gestor abre um caderno, anota seu nome e pergunta: “segunda-feira, de 14:00 às 14:30, o que você faz? Na quinta, de 15:00 às 15:30 não tem nada descrito, será que não dá para criar mais uma turma de aula coletiva aqui? As turmas da academia estão todas lotadas. Precisamos arrumar mais um horário para atender mais gente!” Enfim, nenhuma proposta de trabalho interprofissional, de conciliação de agendas com outros profissionais, de integração com as ESF e demais profissionais do NASF e muitas cobranças no tom “e aí, o que você vai fazer nesse horário?” ou ainda “quantas pessoas você pode atender sozinho nesse horário em uma aula coletiva para aumentar os números de produção?”

Além dessa necessidade de justificar cada minuto da agenda semanal, frequentemente somos cobrados de fazer um registro fotográfico de todas as ações realizadas além das aulas da academia. A justificativa apresentada é “divulgar o trabalho” ou “montar um portfólio com as ações desenvolvidas no NASF”. Curiosamente, nenhum outro profissional de saúde da rede além do PEF recebe essa demanda de “tirar uma foto do seu trabalho para divulgação”. Vale ressaltar que todos os atendimentos individuais ou coletivos, reuniões, ações educativas, ou seja, todas nossas intervenções são registradas em sistemas on-line que alimentam bancos de dados e geram relatórios de fácil acesso a todos os gestores.

Percebemos no relato do “Causo do Contraturno” como há um controle rígido das agendas e da produção do PEF, de forma distinta de como é acompanhado o trabalho de outros profissionais do NASF. O objetivo – explícito ou implícito – desse controle aponta para o aumento do número de atendimentos diários, um incremento na produção do profissional, que não necessariamente reflete em melhora da qualidade da assistência prestada à população. Pelo contrário, essa agenda fixa e totalmente preenchida, geralmente acarreta em um cuidado fragmentado, reduzindo a possibilidade de intervenções compartilhadas. Estudo de Saporetti, Miranda e Belisário (2016) reforça que a forma da organização da carga horária de trabalho é um dos dificultadores para um trabalho mais integrado entre o PEF e os demais profissionais da APS.

O “causo” também exemplifica como os gestores muitas vezes se isentam da sua função de coordenar os processos de trabalho e de apoiar o PEF na criação de propostas para a solução de problemas do seu cotidiano de trabalho. Nesse caso, dá-se uma suposta autonomia para que esse profissional proponha, planeje, execute e avalie suas ações desenvolvidas no território, desde que as propostas não impliquem em queda no número de atendimentos diários. Isso tem ocorrido sob o argumento de dar liberdade aos profissionais para desenvolverem suas atividades de acordo com sua realidade e contexto, ainda que isso aconteça sem um apoio efetivo da equipe ou da gestão. Essa situação de falta de apoio se torna ainda mais grave quando atuamos em um contexto de escassez de ferramentas e recursos materiais, financeiros, tecnológicos, humanos e de infraestrutura, que acontece frequentemente no SUS.

Dessa forma, a indefinição das atribuições dos PEF fora dos espaços das academias e a deficiência no apoio ao desenvolvimento do seu trabalho na APS são dificultadores da sua atuação na perspectiva da Saúde Coletiva. Em alguns casos, tal situação faz com que o profissional desenvolva sozinho sua sistemática de trabalho. Além disso, a insuficiência de diretrizes e o distanciamento entre as ações do PAS e as demais atividades das equipes da APS descaracterizam as propostas de compartilhamento de práticas – que fundamentam as ações de promoção da saúde – e comprometem a integralidade do cuidado. Essa falta de direcionamento pode promover questionamentos sobre a real necessidade do programa e comprometer tanto a sua credibilidade, quanto a dos profissionais que nele atuam (CARVALHO; ABDALLA; BUENO JUNIOR, 2017; FALCI; BELISÁRIO, 2013; GUARDA *et al.*, 2016).

Apesar desse formato de organização do trabalho aparentemente dar certa flexibilidade, acaba contribuindo para dificultar o reconhecimento e compreensão do papel do PEF nos demais espaços do SUS, para além dos limites das Academias da Saúde, por parte dos outros profissionais de saúde. Isso porque entendo que essa atuação não está dada e precisa ser construída em conjunto com os pares da equipe e também da gestão, para além das práticas de exercícios físicos. Nesse sentido, essa atuação ainda imprecisa e pouco clara do PEF na APS pode contribuir para que o isolamento do PEF dentro das Academias da Saúde persista e se reproduza.

Ao mesmo tempo, entender as Academias da Saúde como apenas um local de práticas corporais e exercícios físicos, de única responsabilidade do PEF, pode também trazer dificuldades para que os profissionais reconheçam esses locais como espaços potentes para conhecer e intervir no território.

4 INVENTIVIDADES E POTÊNCIAS DO TRABALHO DO PEF NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Para além das atividades coletivas desenvolvidas e das informações produzidas a partir das avaliações e reavaliações nas Academias da Saúde, o cotidiano nesses espaços permite o estabelecimento de vínculo, favorecendo laços de confiança, empatia e cumplicidade entre o profissional e o usuário, tão importantes para o cuidado em saúde. Isso é possível porque, além das conversas individuais, feitas nas avaliações e reavaliações, a frequência de contato do PEF com os usuários é em geral de três vezes na semana.

Isso tem permitido que nós, PEF, nos aproximemos dos usuários e conheçamos seus modos de vida e suas relações em suas famílias e na comunidade. Isso tem se mostrado essencial tanto na condução das atividades realizadas no contexto da academia, quanto nas discussões de casos em equipe, quando o saber sobre o território é um definidor de uma conduta ou uma intervenção em alguma situação.

Além disso, o momento em que o usuário está na academia envolve, além das práticas corporais, trocas e diálogos com outros usuários e com o PEF. Ao final de todas as aulas nos reunimos em roda para os recados finais, quando surgem dúvidas sobre questões diversas, tais como vacinação, doenças crônicas, fluxos de encaminhamento dentro do SUS, etc. Em momentos menos formais, ao longo das aulas coletivas, também surgem discussões espontâneas sobre temas como: autonomia, inclusão, participação social, cidadania, cultura, lazer. Isso demonstra como é importante vermos o lazer para além da atividade física em si, sendo um momento e espaço potentes para que as equipes de saúde possam atuar em outros determinantes sociais (BATISTA; RIBEIRO; NUNES JUNIOR, 2012).

Podemos, a partir disso, ampliar nosso olhar para a saúde em sua relação com o lazer, compreendendo-o como uma experiência emancipatória, denominada da lazerania. Nessa perspectiva, devemos proporcionar meios e condições para que o sujeito tenha não só acesso, mas o entendimento do lazer como manifestação de uma cultura, que possui conexão com sua realidade. Essa conexão se manifesta numa compreensão diferente da lógica mercadológica do consumo do lazer, permitindo que as pessoas reflitam sobre suas condições de vida e sobre a sociedade na qual se encontram. A lazerania se apresenta, a partir dessa perspectiva, como grande aliada para a promoção da saúde, privilegiando o diálogo com a população, assim como

as práticas de educação popular em saúde (BACHELADENSKY; MATIELLO JUNIOR, 2010).

Nesse sentido, as ações desenvolvidas no âmbito da Academia da Saúde produzem efeitos não apenas nos corpos físicos, mas provocam movimentos de problematização e reflexão ancorados na realidade das pessoas que ali frequentam. Isso nos aponta a importância da incorporação das ações desenvolvidas na Academia da Saúde no cotidiano de todos os profissionais das equipes de APS. Para além de permitir a construção de vínculo e de diálogo com a comunidade, o dia a dia das aulas possibilitaria à equipe identificar as necessidades de saúde do território e ser um espaço de construção de autonomia desses sujeitos. As intervenções dos PEF dentro do PAS podem, nessa perspectiva, ir além de mobilizar conteúdos inerentes à Educação Física, mas também articular estes saberes com os desenvolvidos pelos demais atores envolvidos no processo de cuidado como usuários, outros profissionais e gestores (GUARDA *et al.*, 2014).

Em minha experiência, algumas iniciativas, ainda iniciais, de integração com outros profissionais têm ocorrido quando identifico que um tema passa a ser recorrente nas conversas, manifestando-se por meio de dúvidas e perguntas. A partir disso, realizo rodas de conversa, em que, junto com os usuários, aprofundamos a discussão, com a possibilidade de participação de outros profissionais da equipe. Muitas vezes utilizo abordagens bem objetivas como “mitos e verdades”, em que os usuários trazem informações que acessam em qualquer dispositivo midiático para serem discutidas. Essa estratégia tem se mostrado muito importante no nosso momento atual, em que há alta incidência de disseminação de notícias falsas – principalmente pela internet, redes sociais online – denominadas de *fake news* ou desinformação.

Considerando especificamente a atuação no PAS, o PEF passou por mudanças em sua atuação ao longo dos anos, com atribuições melhor estabelecidas, processos de trabalho mais estruturados, adaptados pelos profissionais, reconhecido pelos usuários e demais trabalhadores da saúde. Em minha experiência, isso foi ocorrendo gradativamente, muitas vezes baseado em processos de tentativa e erro, muito mais do que qualquer formação acadêmica, orientação de gestores ou educação continuada.

Mas e em relação às outras atribuições possíveis e ainda pouco desenvolvidas do PEF dentro da APS? O que podemos desenvolver dentro e fora dos espaços e horários destinados às Academias da Saúde?

Com esse incômodo e com essas perguntas, tenho tentado desenvolver ações que transbordem a prática corporal na APS. Nesse sentido, apresento um exemplo de experiência desenvolvida por mim de forma compartilhada com outros profissionais da equipe:

“Causo do grupo de cessação de tabagismo”

Nas duas UBS em que atua a equipe NASF da qual faço parte, eu, o farmacêutico e a psicóloga conduzimos os grupos de tabagismo. Os usuários prioritários são selecionados pelas ESF, passam por questionário inicial aplicado pelo farmacêutico que indica o nível de dependência de nicotina de cada participante. Em seguida eles passam pela consulta com médico capacitado especificamente para atuar no programa de controle do tabagismo para definir sobre as prescrições de medicamentos, adesivos de nicotina, condições gerais de saúde. Após todo esse processo o usuário chega ao primeiro encontro em grupo, que é realizado inicialmente com frequência semanal, posteriormente quinzenal e finalmente mensal. São dez encontros no total e sempre que as agendas permitem, estamos os três profissionais presentes nos encontros, o farmacêutico um pouco mais ligado à questão específica da dispensação dos medicamentos e adesivos, a psicóloga sempre atenta às questões comportamentais e de suporte a situações de ansiedade, elaborações psíquicas do processo e todos na condução e intermediação das discussões em grupo com os usuários. Utilizamos um material didático em formato de quatro cartilhas redigidas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e fornecidas pelo Ministério da Saúde, que embasam nossas discussões do segundo ao quinto encontro.

Durante a condução dos encontros não fazemos separação de abordagem de temas por categoria profissional. Estamos envolvidos integralmente no processo de construção do grupo e nossa ideia é que os participantes nem se lembrem da formação de cada um, que possam ter abertura para questionar e discutir qualquer assunto relacionado ao tabagismo com qualquer um, principalmente entre os próprios usuários. Isso ajuda a todos os envolvidos no grupo a se relacionarem de uma forma mais horizontal, com compartilhamento, construção e valorização de diversos saberes. A troca de experiências entre os usuários é sempre ponto chave dos nossos debates, portanto bastante estimulada. Com o passar dos encontros vão surgindo em alguns casos, até questões pessoais mais íntimas, a partir da criação dos vínculos de confiança, cumplicidade, empatia e de amizade entre os participantes. Estimulamos que os usuários conversem entre si fora do ambiente dos encontros, seja pessoalmente, por telefone ou redes sociais online e nos deixamos disponíveis para esclarecimento de dúvidas em nossos locais de trabalho no caso de uma situação que não pode esperar até o encontro seguinte.

Na medida do possível tentamos envolver outros profissionais da saúde para trazer contribuições ao grupo, principalmente equipe de saúde bucal, nutricionista, mas na maioria das vezes o máximo que conseguimos é uma participação pontual em apenas um encontro, sobre um tema específico de cada área. Essa dificuldade geralmente se dá devido à incompatibilidade da jornada de trabalho de alguns profissionais com horário dos encontros ou com outras agendas de atendimentos individuais, visitas domiciliares, etc.

Nessa experiência, foi possível constatar como o trabalho integrado contribui de forma significativa na qualificação do cuidado. O suporte transdisciplinar permite um debate mais ampliado, com respostas mais ágeis e assertivas às questões dos usuários, além de transmitir a eles segurança e uma sensação de importância, no sentido em que há três profissionais juntos “se importando” com eles naquele momento. No atual cenário em que ouvimos relatos de pessoas que não se sentem acolhidas no chamado acolhimento da APS e que, por vezes, não conseguem nem ao menos um contato visual direto com o profissional durante uma consulta, esses momentos de troca franca se mostram ainda mais importantes.

Acredito que os grupos operativos, por não serem um espaço delimitado de um profissional, tem permitido que trabalhos compartilhados possam ser desenvolvidos de forma mais efetiva. As intervenções multiprofissionais, utilizando a ferramenta dos grupos operativos, aproximam a prática profissional das diretrizes do NASF e do próprio SUS.

A partir dessas experiências, são possíveis aproximações entre profissionais de diferentes categorias, conhecendo um pouco mais dos modos de trabalho de cada um. Isso potencializa um trabalho menos isolado do PEF, na medida em que proporciona constante troca de saberes durante a prática diária da assistência em saúde. Esse formato de atuação também favorece a Educação Permanente em Saúde, a partir da problematização das práticas e concepções vigentes; articulação entre ensino, trabalho e cidadania e da aproximação entre os atores envolvidos nos processos de formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social (CECCIM; FERLA, 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Impulsionada pelas políticas de promoção da saúde e estímulo a hábitos de vida mais saudáveis, a inserção do PEF no SUS apresenta avanços nas últimas décadas, porém os desafios ainda são muitos. A proposta de ação interprofissional através do NASF e interações com a ESF é um modelo teórico de atuação na APS com potencial de causar grande impacto positivo na Saúde Coletiva, no entanto, se coloca ainda desafiador para ser plenamente implementado. A complexidade da rede formada pelo modelo de cuidado integral, universal e longitudinal do SUS por si só, pode ser considerada como um grande desafio na atuação em saúde pública no Brasil. Entender o funcionamento, os caminhos e as diversas nuances do SUS não é tarefa fácil, sobretudo quando há necessidade de se apropriar de tudo isso na prática com os usuários/pacientes e suas demandas de saúde.

Os desafios começam na formação acadêmica não só dos PEF, mas dos profissionais de saúde de uma forma geral, que muitas vezes não são preparados para atuar na Saúde Pública e/ou de forma integrada em equipe. Às formações seguem uma lógica mercadológica da busca pelo “sucesso individual”, do empreendedorismo e da meritocracia no setor privado.

A dificuldade dos gestores em compreender o papel do PEF para auxiliar na organização dos processos de trabalho na APS também é uma adversidade. A visão reducionista nos coloca como especialistas – em práticas corporais, no caso do PEF – em um campo onde devemos ser generalistas e restringe o potencial de atuação interdisciplinar no NASF. Em um processo de especialização do trabalho da APS, cada profissional é colocado em uma “caixa”, um local diferente, para atender demandas supostamente diferentes e desconectadas dos mesmos usuários. Falta apoio aos profissionais da ponta em questões referentes à gestão do cuidado, que priorize a qualificação da assistência e não o simples aumento do número de atendimentos diários.

As experiências de intervenção interprofissional vivenciadas e relatadas na literatura apontam que é possível seguir outro caminho que não seja o da compartimentalização do trabalho em saúde. Uma proposta centrada no usuário, que valorize os saberes diversos, com relações horizontalizadas, que efetivamente promova saúde de forma ampliada e produza conhecimento através da prática.

Ficam como possíveis caminhos a serem seguidos o fortalecimento de grades curriculares acadêmicas em saúde que contemplem a articulação teórico-prática, programas de

residência multiprofissional e pós-graduação em Saúde Coletiva/Pública e maiores investimentos em educação permanente para todos os profissionais do SUS, colocando em debate as constantes atualizações científicas da área da saúde, os processos de trabalho, a organização e direcionamentos dentro da rede, ou seja, todos os aspectos referentes ao nosso complexo e amplo sistema público de saúde.

Com as reflexões que trouxe a partir da minha experiência nesse trabalho, pretendo provocar outros trabalhadores da saúde a problematizar sua prática diária, por meio da identificação ou estranhamento das situações vivenciadas, promovendo questionamentos que mobilizem ações concretas e mudanças nos processos de trabalho em saúde. Reflexões que certamente podem produzir melhoria na atenção à saúde do SUS.

REFERÊNCIAS

BACHELADENSKY, Miguel Sidenei; MATIELLO JUNIOR, Edgard. Contribuições do campo crítico do lazer para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 15, n. 5, p. 2569-2579, 2010.

BAGRICHEVSKY, Marcos; ESTEVÃO, Adriana. Perspectivas para a formação profissional em Educação Física: o SUS como horizonte de atuação. **Arquivos em Movimento**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, jan./jun. 2008.

BATISTA, Janir C.; RIBEIRO Olívia Cristina F.; NUNES JUNIOR Paulo Cezar. Lazer e promoção da saúde: uma aproximação conveniente. **Licere**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, 2 jun. 2012.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, [S. l.], n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002.

BRASIL. **Lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998**. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física. Brasília, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19696.htm. Acesso em: 15 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES 058/2004**. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física. Brasília, 2004. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/pces058_04.pdf. Acesso em: 15 mar. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações e Programas. **Academia da Saúde**. Sobre o Programa. [Entre 2013 e 2020]b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/academia-da-saude/sobre-o-programa>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações e Programas. Estratégia de Saúde da Família. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. [Entre 2013 e 2020]a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-nasf>. Acesso em: 18 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF**. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de abril de 1997**. Reconhece diversas categorias como profissionais de saúde de nível superior. Brasília, 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 25 jan. 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.707 de 23 de setembro de 2016**. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos; unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável); e redefine os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos Municípios e o Programa Academia da Saúde. Brasília, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1707_23_09_2016.html. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, v. 7, 3. ed. 2006.

CARVALHO, Anderson dos Santos; ABDALLA, Pedro Pugliesi; BUENO JÚNIOR, Carlos Roberto. Atuação do Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: revisão sistemática. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 30, n. 3, p. 1-11, 29 set. 2017.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

CONTRATURNO. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/contraturno/>. Acesso em: 24 mai. 2020.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE. In: CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 22 set. 2020.

FALCI, Denise Mourão; BELISÁRIO, Soraya Almeida. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 17, n. 47, p. 885-899, 26 nov. 2013.

FERNANDES, Amanda Paula *et al.* Atividade física de lazer no território das Academias da Cidade, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: o efeito da presença de um programa de promoção da saúde na comunidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, supl. 1, p. 195-207, nov. 2015.

FERRO, Luís Felipe *et al.* Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, [S. l.], v. 38, n. 2, p. 129-138, 30 jun. 2014.

FURTADO, Giovana Valente Nunes; KNUTH, Alan Goularte. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Rio Grande/RS: percepções sobre o trabalho realizado pela educação física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [S. l.], v. 20, n. 5, p. 514, 1 set. 2015.

GUARDA, Flávio Renato Barros da *et al.* Caracterização das equipes do Programa Academia da Saúde e do seu processo de trabalho. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [S. l.], v. 20, n. 6, p. 638, 3 mar. 2016.

GUARDA, Flávio Renato Barros da *et al.* Intervenção do profissional de educação física: formação, perfil e competências para atuar no programa academia da saúde. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 63-74, dez. 2014.

MARQUES, Valéria; SATRIANO, Cecília. Narrativa autobiográfica do próprio pesquisador como fonte e ferramenta de pesquisa. **Linhas Críticas**, Brasília, DF, v. 23, n. 51, p. 369-386, jun. 2017 a set. 2017

NEVES, Ricardo Lira de Rezende; ASSUMPÇÃO, Luis Otávio Teles. Formação e intervenção profissional em Saúde Pública: percepções de Profissionais de Educação Física. **Movimento (ESEFID/UFRGS)**, Porto Alegre, p. 201-212, mar. 2017.

NEVES, Ricardo Lira de Rezende *et al.* Educação Física na saúde pública: Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, [Brasília], v. 23, n. 2, p. 163-177, 2015.

OLIVEIRA, Braulio Nogueira de; WACHS, Felipe. Educação Física e Atenção Primária à Saúde: o apoio matricial no contexto das redes. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [S. l.], v. 23, p. 1-8, 6 ago. 2019.

REIS, Mary Lopes *et al.* Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e2810014, 2016.

SAPORETTI, Gisele Marcolino; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro; BELISARIO, Soraya Almeida. O profissional de educação física e a promoção da saúde em Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 523-543, ago. 2016.

SCABAR, Thais Guerreiro. **A Educação Física e a Promoção da Saúde: formação profissional e desenvolvimento de competências**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SOUZA NETO, Samuel de *et al.* A formação do Profissional de Educação Física no Brasil: uma história sob a perspectiva da legislação federal no século XX. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 113-128, jan. 2004.