



UFES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

ANDRÉ LUIS FAÇANHA DA SILVA

**TRABALHO DO/A PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO NASF NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES**

VITÓRIA

2022

ANDRÉ LUIS FAÇANHA DA SILVA

**TRABALHO DO/A PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO NASF NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Educação Física, na área de concentração Estudos Pedagógicos e Socioculturais da Educação Física.

Professor orientador: Dr. Ivan Marcelo Gomes

Professor coorientador: Dr. Ueberson Ribeiro Almeida

Linha de pesquisa: Educação Física, Sociedade e Saúde.

VITÓRIA

2022

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

S586t Silva, André Luis Façanha, 2901-
Trabalho do/a profissional de Educação Física do NASF na
Atenção Básica à Saúde no município de Vitória-ES / André Luis
Façanha Silva. - 2022.
246 f. : il.

Orientador: Ivan Marcelo Gomes.

Coorientador: Ueberson Ribeiro Almeida.

Dissertação (Doutorado em Educação Física) - Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Educação Física e Desportos.

1. Atenção Primária à Saúde.. 2. Educação Física.. 3. NASF.. 4.
Trabalho em Saúde.. I. Gomes, Ivan Marcelo. II. Almeida,
Ueberson Ribeiro. III. Universidade Federal do Espírito Santo.
Centro de Educação Física e Desportos. IV. Título.

CDU: 796

ANDRÉ LUIS FAÇANHA DA SILVA

**TRABALHO DO/A PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO NASF NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Educação Física, na área de concentração Estudos Pedagógicos e Socioculturais da Educação Física.

Linha de pesquisa: Educação Física, Sociedade e Saúde.

Aprovada em: 07 de Outubro de 2022.

Membros componentes da Banca Examinadora:

Orientador: Prof. Dr. Ivan Marcelo Gomes
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Coorientador: Prof. Dr. Ueberson Ribeiro Almeida
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Membro Interno: Liana Abrão Romena
Universidade Federal de Minas Gerais (UFES)

Membro Interno: Ana Carolina Capellini Rigoni (Suplente)
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Membro Externo: Sabrina Barbosa Garcia Albuquerque
Prefeitura Municipal de Vitória - SEMUS

Membro Externo: José Geraldo Soares Damico
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Membro Externo: Leonardo Trápaga Abib
Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG)

Local: UFES – Vitória, ES.

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, Ivan Marcelo e Ueberson Ribeiro, pela parceria e amizade, pelas grandiosas orientações e leituras no texto da tese, e pelos bons encontros. Aprendi muito com vocês!

Aos docentes da Banca: Sabrina Albuquerque, Liana Romera, José Damico, Ana Carolina e Leonardo Abib (um amigo de longa data).

Às equipes de funcionário]s/as, de técnicos/as e de professores/as do Centro de Educação Física e Desportos (CEFD), bem como do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGEF/UFES).

Aos/às Profissionais de Educação Física do NASF, da cidade de Vitória-ES, pela participação, disponibilidade e interesse em colaborarem com a pesquisa.

Aos/às colegas (estudantes e docentes) do LESEF/UFES – Laboratório de Estudos em Educação Física –, pela atenção, acolhidas, pelos cafés com biscoitos/bolachas, resenhas, aprendizados e diversões nos bons encontros.

Ao Leonardo Abib e ao Fábio Loureiro, pela amizade, parceria e a acolhida na Ilha de Vitória-ES. Foi importante o apoio de vocês.

Ao David de Souza, amigo de longas datas, pela tradução do resumo para o inglês. Grato! E-mail: davidbritto108@yahoo.com.br (recomendo).

À FAPES e CAPES, pela concessão da bolsa de estudo, pelo edital nº 02/2018 – PROCAP – doutorado.

SILVA, André Luis Façanha da. **TRABALHO DO/A PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO NASF NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES**. 2022. 292p. Tese (doutorado em Educação Física. Linha de pesquisa: Educação Física, Sociedade e Saúde) – Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, 2022.

RESUMO

O objetivo central desta tese é analisar como o Profissional de Educação Física (PEF) do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) desenvolve seu trabalho, bem como compreender quais saberes e conhecimentos são exigidos desses profissionais para atuarem no cuidado à saúde no território. Para desenvolver tal estudo, foram realizadas observações participantes, com o uso do diário de campo nos processos de trabalho de oito PEF do NASF, em seus respectivos territórios de saúde, no período de dois meses. Além das observações, foram organizados três Grupos Ampliados de Pesquisa (GAP), que discutiram os processos de trabalho da Educação Física no NASF. Após o primeiro GAP, foi realizada, de forma simultânea, a observação participante nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos bairros Jardim da Penha, Andorinhas, Santa Marta e Joana D'Arc, com uso do diário de campo. Os dados foram analisados à luz do debate sobre a saúde na área de Educação Física no campo da Saúde Coletiva. Como desenvolvimento da investigação, chegou-se a elaboração de três capítulos de análise, sendo: i) educação física e produção de saúde: entre tecnologias em saúde e os (des)encontros na atenção básica à saúde; ii) entre compreensões e repercussões da proposta do NASF na educação física na ABS/ESF; iii) o trabalho comum: o/a PEF do NASF diante da demanda e da organização da saúde mental na ABS. Em relação aos PEF do NASF, foram identificados: a produção tecnológica do trabalho em saúde do/a PEF nos encontros com os usuários, o trabalho em equipe em arranjos de agrupamentos e integração com a participação do PEF e fatores que facilitaram e restringiram a atuação intersetorial no trabalho de rede. No que se refere ao NASF enquanto política, existe uma continuidade e “mais” presença da Educação Física na ABS, mesmo entre diferentes formas de organização e do papel do PEF em “ser do NASF”. A proposta do NASF possibilitou também o trabalho comum do/a PEF no campo da saúde mental na ABS, mesmo sendo questionada qual a demanda da Educação Física, apontando ainda, assistência, abordagem e trabalho coletivo na organização da saúde mental na ABS. Concluímos que o modo de atuação do/a PEF do NASF apresenta uma continuidade das práticas de saúde já construídas pelos saberes estruturados pelo núcleo de Educação Física e saúde pública, bem como se encontra entre as práticas de saúde em construção, nas quais são encontrados os saberes em estruturação. Estes, por sua vez, são produzidos em ato pelas relações com as equipes de saúde, frente aos problemas e necessidades de saúde do usuário da Atenção Básica à Saúde da cidade de Vitória-ES.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Educação Física. NASF. Trabalho em Saúde.

SILVA, André Luis Façanha da. **WORK OF THE PHYSICAL EDUCATION PROFESSIONAL FROM NASF IN THE BASIC HEALTH CARE IN THE MUNICIPALITY OF VITÓRIA-ES**. 2022. 292p. Thesis (doctorate in Physical Education. Research Line: Physical Education, Society and Health) – Center for Human and Natural Sciences, Federal University of Espírito Santo (UFES - *Universidade Federal do Espírito Santo*), Vitória, 2022.

ABSTRACT

The main objective of this thesis is to analyze how the Physical Education Professional (PEF - *Profissional de Educação Física*) of the Family Health Care Center (NASF - *Núcleo de Atenção à Saúde da Família*) develops his work as well as to understand which learnings and knowledges are required of these professionals to act in health care in the territory. To develop such study participant observations were carried out using the field diary in the work processes of eight PEF of the NASF in their respective health territories in a period of two months. Besides the observations three Expanded Research Groups (GAP - *Grupos Ampliados de Pesquisa*) were organized which discussed the work processes of Physical Education at NASF. After the first GAP it was carried out simultaneously a participant observation at the Basic Health Units (UBS - *Unidades Básicas de Saúde*) of the Jardim da Penha, Andorinhas, Santa Marta and Joana D'Arc neighborhoods using the field diary. The data were analyzed in the light of the debate about the health in the area of Physical Education in its interfaces with the field of Collective Health. As a development of the investigation three chapters of analysis were prepared namely: i) physical education and health production: between health technologies and the (mis)matches in primary health care; ii) between understandings and repercussions of the NASF proposal on physical education in ABS/ESF; iii) the common work: the NASF PEF in face of the demand and organization of mental health at ABS. In relation to the NASF PEF the following were identified: the technological production of the PEF's health work in meetings with users, the teamwork in grouping arrangements and integration with the participation of the PEF and factors that facilitated and restricted the intersectoral performance in the networking. Regarding the NASF as a policy there is a continuity and “more” presence of the Physical Education at ABS even between different forms of organization and the role of the PEF in “being of the NASF”. The proposal of the NASF also made possible the common work of the PEF in the field of mental health at the ABS even being questioned what is the demand of Physical Education, also pointing out assistance, approach and collective work in the organization of mental health at ABS. We conclude that the way of acting of the NASF PEF presents a continuity of health practices already built by the learnings structured by the Physical Education and public health nucleus as well as being among the health practices under construction in which the structuring learnings are found. These in turn are produced in action by the relationships with the health teams facing the health problems and needs of the user of Primary Health Care (*Atenção Básica à Saúde*) in the city of Vitória-ES.

Keywords: Primary Health Care. Physical Education. NASF. Work on Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	–	Distribuição das regiões de saúde da cidade de Vitória-ES.....	76
Figura 02	–	Distribuição das atividades do núcleo da Educação Física e procedimentos específicos aos usuários na Atenção Básica à Saúde realizados pelos/as PEF do NASF, da cidade de Vitória-ES.....	101

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	– Distribuição das regiões de saúde com as respectivas UBS com equipe de NASF, da cidade de Vitória-ES.....	46
Quadro 02	– Caracterização dos Profissionais de Educação Física na saúde do NASF da SEMUS, Vitória-ES.....	53
Quadro 03	– Distribuição dos profissionais de Educação Física pelas UBS, bairros/áreas de cobertura dos/as PEF do NASF da cidade de Vitória-ES.....	86
Quadro 04	– atendimentos individual e coletivo aos usuários realizados pelos/as PEF do NASF na Atenção Básica à Saúde da cidade de Vitória/ES.....	99
Quadro 05	– Reuniões de equipes das quais os profissionais de Educação Física do NASF participam nas UBS da cidade de Vitória-ES.....	121
Quadro 06	– Ações conjuntas entre os profissionais de Educação Física do NASF e demais membros da EqSF e do NASF, da cidade de Vitória-ES (2019).....	130
Quadro 07	– Caracterização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e do território de abrangência para articulação e participação dos/as profissionais de Educação Física do NASF, da cidade de Vitória-ES.....	140

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	–	Divisão do quantitativo de Unidade Básica de Saúde e Equipe de Saúde da Família pelos Profissionais de Educação Física do NASF, Vitória-ES.....	59
Tabela 02	–	Cobertura dos serviços públicos de abastecimento de água, saneamento e esgotamento sanitário e coleta de lixo dos territórios de cobertura do/as PEF do NASF da cidade de Vitória-ES.....	244
Tabela 03	–	População residente por sexo, etnia e cor, referente aos territórios de atuação dos/as PEF do NASF da cidade de Vitória-ES.....	245
Tabela 04	–	Distribuição por domicílio, segundo classes de rendimento nominal mensal, dos territórios de abrangência dos/as PEF do NASF, da cidade de Vitória-ES.....	246
Tabela 05	–	Condição de alfabetização de pessoas de cinco anos ou mais de idade, nos territórios de saúde de cobertura pelos/as PEF do NASF da cidade de Vitória-ES.....	246
Tabela 06	–	Distribuição dos serviços e equipamentos públicos da rede socioassistencial da educação, assistência social e atividades físicas esportivas de lazer, dos territórios de saúde dos/as PEF do NASF.....	247

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMJAP	Associação dos Moradores de Jardim da Penha
APPI	Academia Popular da Pessoa Idosa
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBCE	Colégio Brasileiro de Ciência do Esporte
CCTI	Centro de Convivência para a Terceira Idade
CE	Ceará
CEFD	Centro de Educação Física e Desporto
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CMEI	Centro Municipal de Ensino Infantil
CID	Cadastro Internacional de Doenças
CMEV	Centro Municipal de Especialidades Médicas
CMSV	Conselho Municipal de Saúde de Vitória
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONFEF	Conselho Federal de Educação Física
CRAI	Centro de Referência em Saúde do Idoso
CRAMSV	Centro de Referência e Atendimento à Mulher em Situação de Violência
CR IST/AIDS	Centro de Referência em Infecções Sexualmente Transmissíveis e AIDS
DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EG	Estratégia Global
EMEF	Escola Municipal de Ensino Fundamental
EqSB	Equipes de Saúde Bucal
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETSUS	Escola Técnica do Sistema Único de Saúde
FACITEC	Fundo de Apoio à Ciência e Tecnologia
GAP	Grupo Ampliado de Pesquisa

GATT	Grupos de Apoio Terapêutico ao Tabagista
GTTAFS	Grupo de Trabalho Temático Atividade Física e Saúde
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano do Município
IES	Instituição de Ensino Superior
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IQU	Índice de Qualidade Urbana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
LESEF	Laboratório de Estudo em Educação Física
MS	Ministério da Saúde
NAISF	Núcleo de Apoio Integral à Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NISPI	Núcleo de Integração Social da Pessoa Idosa
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pronto Atendimento
PEF	Profissional de Educação Física
PELC	Programa Esporte e Lazer da Cidade
PESO	Promoção de Estilo de Vida Saudável na Obesidade
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNHS	Política Nacional de Humanização em Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
RMGV	Região Metropolitana da Grande Vitória
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família

RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SASVV	Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência em Vitória
SBASF	Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde
SEMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SGIRBE	Sistema Informatizado Rede Bem-Estar
SOE	Serviço de Orientação ao Exercício
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
VIEVS	Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	MOVIMENTOS METODOLÓGICOS.....	42
3	A CIDADE DE VITÓRIA E OS TERRITÓRIOS DE SAÚDE: por onde andamos.....	65
3.1	O cenário da cidade do estudo.....	65
3.2	Atenção à saúde e os modelos tecnoassistenciais na saúde pública de Vitória-ES	74
3.3	A Inserção da Educação Física e os territórios de saúde dos/as PEF do NASF.....	84
4	EDUCAÇÃO FÍSICA E PRODUÇÃO DE SAÚDE: entre tecnologias em saúde e os (des)encontros na atenção básica à saúde.....	96
4.1	Produção tecnológica do trabalho em saúde do/a PEF nos encontros com os usuários.....	99
4.2	Educação Física e o trabalho em equipe: o entre equipe, agrupamento e integração.....	118
4.3	Produzir o trabalho de rede: entre fatores facilitadores e restritivos na atuação intersetorial.....	138
5	ENTRE COMPREENSÕES E REPERCUSSÕES DA PROPOSTA DO NASF NA EDUCAÇÃO FÍSICA NA ABS/ESF.....	156
5.1	Entre continuidade e “mais” presença da Educação Física na ABS.....	159
5.2	Entre formas de organização e o papel do PEF em “ser do NASF”.....	164
6	O TRABALHO COMUM: o/a PEF do NASF à frente da demanda, da assistência e da organização da saúde mental na ABS.....	174
6.1	E por falar em demanda: por onde anda a demanda para a Educação Física do NASF?.....	178
6.2	Assistência e abordagem ao usuário de saúde mental.....	186
6.3	Trabalho coletivo na organização do serviço de saúde mental na ABS.....	193
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	204
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	214

APÊNDICE A	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	234
APÊNDICE B	– Roteiro e programação dos encontros do grupo ampliado de pesquisa.....	236
APÊNDICE C	– Formulário de informações individuais e de atuação.....	238
APÊNDICE D	– Roteiros de entrevista individual na confrontação dos dados.....	240
ANEXO A	– Dados dos territórios de saúde dos/as PEF do NASF sobre: [...].	244
ANEXO B	– Ranking dos IDHM dos bairros que compõem os oito territórios de saúde de cobertura pelos/as PEF do NASF, da cidade de Vitória-ES.....	245
		246
		264

1 INTRODUÇÃO

Esta investigação remete à minha¹ trajetória profissional, sobretudo, a partir de 2005, quando ingressei no programa de formação em serviço, na quinta turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), em uma Unidade Básica de Saúde que, pretensamente, buscava organizar o trabalho em saúde sob a égide da Estratégia Saúde da Família (ESF), na cidade de Sobral-CE. É relevante informar que, até a seleção do referido programa de RMSF, a minha formação inicial em Educação Física na Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, na cidade de Sobral-CE, durante o período de 1999 a 2003, não tinha o componente iniciação científica e, tampouco, projeto de extensão sobre saúde pública, ou seja, não havia nenhum dos eixos do tripé dessa Instituição de Ensino Superior (IES) em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS). Desde 1997, Sobral-CE iniciou sua reorganização e reestruturação dos serviços de saúde — os quais eram centrados na atenção especializada e hospitalar — voltados para a Atenção Básica à Saúde (ABS),² a partir do Programa Saúde da Família (PSF), que foi a estratégia ordenadora e orientadora da assistência à saúde local (ANDRADE; MARTINS JUNIOR, 1999). Na época, para a reorganização dos serviços de saúde, uma das estratégias foi a formação permanente dos profissionais, por meio da residência/especialização em saúde da família, inicialmente para profissionais de medicina e de enfermagem que atuavam nos PSF. Em seguida, no ano de 2000, a partir da segunda turma da RMSF, a Secretaria de Saúde e Ação Social da cidade de Sobral-CE inseriu a primeira turma Profissional de Educação Física (PEF) na ABS/PSF, junto às turmas de Farmácia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia (LUCENA, et al., 2004; COUTINHO, et al., 2013; RODRIGUES, et al., 2013; SILVA; OLIVEIRA, 2013).

A Educação Física, legalmente, insere-se no SUS por meio da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que reconhece os Profissionais de Educação Física como profissionais de saúde. Em consonância, surge a Estratégia Global (EG): alimentação, atividade física e saúde, bem como o Quadro do Controle de Tabaco. Esta

¹ Peço licença para, em alguns trechos desta introdução, utilizar a primeira pessoa do discurso, por tratar -se da minha trajetória pessoal no desenvolvimento deste estudo.

² O uso do termo Atenção Básica à Saúde (ABS) parte, nesta tese, do entendimento de que o objetivo desse nível de atenção à saúde é a construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada, que se alinha a outros sistemas de Atenção Primária à Saúde, em que ambos os termos podem convergir a uma proposição de sistema público universal de qualidade. Além disso, o cenário do estudo apresenta características de uma ABS de base territorial, comunitária e multiprofissional, com indução para sua estruturação permanente.

Estratégia foi proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, e reafirmada no Plano Estratégico para o enfrentamento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), lançado em 2011, pelo Ministério da Saúde (MS). Em 2006, o Ministério da Saúde pública a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), revisada em 2014, a qual reforça a atividade física e as práticas corporais como temas prioritários, bem como objetiva a atenção à saúde da população em situações de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e de outras causas psicossociais, propondo, assim, a redução da morbimortalidade por inatividade física e alimentação inadequada, sendo a Atenção Primária à Saúde caracterizada como *locus* privilegiado para essas ações pelos/as PEF.

A Atenção Básica à Saúde é caracterizada pelo Ministério da Saúde (2006) como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Nesse sentido, o mesmo documento trata dos princípios norteadores da ABS, os quais são: universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006). Sendo acrescentados seus princípios organizacionais, os quais são: (i) a descentralização, destinada ao repasse de recursos aos municípios, Estados e Distrito Federal, possibilitando a participação dessas esferas na definição de prioridades; (ii) a regionalização e a hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde, voltadas para as prerrogativas e as responsabilidades perante o SUS, direcionadas aos gestores estaduais e municipais, regionalizando, dessa maneira, a rede e os serviços prestados pelo SUS; e (iii) a participação e o controle social, sendo possibilitados, dentre outras maneiras, pela obrigatoriedade dos Conselhos de Saúde, instâncias privilegiadas para a participação popular nas decisões dos gestores (BRASIL, 2000).

Sem dúvida, a ABS foi adotada no Brasil como sendo basilar na saúde e, prioritariamente, a porta mais ampla de entrada do sistema, por atender cerca de 80% dos problemas de saúde. O modelo técnico-assistencial implantado na APS brasileira tem sido a Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto proposta para sua organização de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS. Trata-se de uma estratégia substitutiva, com aspectos técnicos, políticos e administrativos inovadores, caracterizando-se como uma estratégia estruturante que possibilita o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados em um território definido (BRASIL, 1997).

A ESF institui, como um dos pontos centrais, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilização entre profissionais de saúde e a população,

levando em consideração as condições territoriais, no sentido da compreensão ampliada do processo saúde-doença e cuidados (BRASIL, 1997).

A partir desse contexto de mudanças e novas perspectivas no modo de lidar com a saúde, há a necessidade de um suporte multi/interprofissional, bem como a inserção de novas categorias profissionais, para além da equipe mínima de saúde da família, composta por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS) e, quando extensa, conta ainda com dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental. A composição dessas equipes de saúde da família e a complexidade das necessidades de saúde na atualidade exigem diferentes composições de equipes multiprofissionais que possibilitem ampliação do escopo de intervenções na ABS. Esse entendimento veio fazer sentido quando passei a atuar, em 2005, em uma equipe multiprofissional — composta por um psicólogo, uma assistente social, uma fisioterapeuta e uma nutricionista, os quais atuavam em conjunto às equipes de saúde da família — sobre acompanhamento pedagógico em serviço, o qual era realizado por uma dupla de profissionais: um psicólogo e uma assistente social. Durante esse processo de formação em serviço, os questionamentos foram vários: “É possível um profissional de Educação Física trabalhar na ABS não tendo uma formação ‘mínima’ para atuar no SUS?”, “Como trabalhar em equipe multiprofissional na ABS em consonância com os princípios do SUS?”, “Como as práticas da Educação Física repercutiriam na saúde do usuário, do coletivo e do território?” e “Como atuar na ABS a partir dos princípios do SUS, como a Integralidade, a Equidade e a Universalidade?”.

Essas primeiras questões emergiram durante a formação na RMSF, pois era possível perceber que já existia um tensionamento entre profissionais da equipe multiprofissional, na qual eu estava inserido, quanto ao conceito ampliado de saúde e saúde como ausência de doença. Já os/as Profissionais de Educação Física (PEF) que formavam a categoria da Educação Física na RMSF defendiam a perspectiva da atividade física com enfoque na prevenção de doenças e no combate ao comportamento de risco sedentário. Perspectiva essa que foi reforçada pela primeira PEF da ABS, docente da RMSF do município, a qual também defendia a Educação Física no SUS pelo viés da clássica noção de atividade física para a mudança de comportamento e para o gasto calórico, com a finalidade de reduzir a incidência ou prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Vale ressaltar que o modelo operacional e pedagógico dessa turma seguia as orientações do Núcleo de Apoio Integral à Saúde da Família (NAISF)³, pois um dos eixos de atuação era a atividade física e a alimentação saudável.

³ O NAISF é decorrente de experiências municipais que inseriram outras categorias junto às equipes de saúde da família. Diante disso, para atender às reivindicações de gestores e das entidades de profissionais de saúde até

O enfoque da categoria da Educação Física no programa da RMSF sobre a Educação Física na ABS reforçava o modelo de saúde, voltado para o biológico e preventivo de doenças, com reforço à medicalização dos problemas de saúde, sobretudo, quando a promoção da atividade física era orientada via cânones da razão científica moderna, da biomedicina e da epidemiologia da atividade física como justificativa argumentativa para nossa inserção na ABS. Essa perspectiva foi bastante reforçada pelos PEF egressos das turmas de RMSF anteriores, que também publicaram um texto intitulado “A inserção do Profissional de Educação Física na Estratégia Saúde da Família de Sobral-CE” em parceria com uma médica (a qual era docente da RMSF). O texto descrevia as competências do PEF na ESF, com base nas resoluções do Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) e nos clássicos conceitos biólogos de atividade física e exercício físico (LUCENA, et al., 2004). Esse enfoque tem em sua base o modelo médico-hegemônico de intervenção na saúde, o qual prioriza a dimensão biológica em detrimento da dimensão social, desconsidera a experiência do sujeito e prioriza a cura da doença. Esse modelo ainda se propõe a reduzir o corpo a um conjunto de órgãos, ou seja, a saúde seria a harmonia orgânica em condições satisfatórias para o desempenho das atividades vitais e do cotidiano.

A lógica biomédica ou modelo médico-hegemônico gera um reducionismo no campo da saúde quando reforça sua prática de saúde centrada na clínica especializada e da produção do saber em torno das especialidades, organizadas ao redor da doença e das estruturas biológicas humanas, como órgãos, aparelhos e sistema, nas quais os cuidados nessa área se concentram na cura e no tratamento. Estas, por sua vez, são embasadas no imaginário mecânico da física clássica, que entende a doença como entidade concreta, através dos sinais e sintomas objetiváveis, corrigidos por alguma intervenção concreta (CAMARGO JUNIOR, 1993; TESSER; LUZ, 2008). Essa racionalidade reduz o sujeito a estruturas fisiopatológicas ou anátomo-clínicas biologicamente determinadas, bem como induz a medicalização dos problemas de saúde, por meio de práticas anti-integrativas, fragmentadas e centradas no profissional. Nessa concepção, o profissional de saúde, em sua intervenção, reduz o sujeito à doença, e suas práticas de saúde se restringem a procedimentos, diagnósticos e terapêuticas apenas medicamentosas.

Esse modelo de saúde transcendeu à área da medicina, invadindo e configurando também a área da Educação Física em seu processo de trabalho, impondo-se uma atuação profissional técnico-científica em saúde (CECCIM; BILIBIO, 2007). Tal modelo hegemônico

então não incorporados na ESF, o Ministério da Saúde publicou, em 2005, uma portaria propondo o que se reconhece como a primeira iniciativa de NASF (GUTIÉRREZ, 2014).

gerou limites e crises no campo da saúde, como a pouca efetividade no enfrentamento dos problemas de saúde psicossomáticos, neoplasias, violência e doenças crônicas não transmissíveis. A escalada dos altos custos financeiros dos sistemas de saúde e o raciocínio clínico biomédico estimularam os profissionais a recomendarem o consumo de exames complexos caros em detrimento do cuidado às pessoas doentes, bem como a centralidade tecnológica em aparelhos complexos. Tudo isso tornava difícil o acesso das populações economicamente precárias, acrescentando-se, ainda, a iniquidade na distribuição da oferta e dos benefícios do sistema de saúde. Esses aspectos provocaram a construção de propostas assistenciais com base territorial, identificação de problemas de saúde, integralidade, acesso universal, redes de saúde hierarquizadas, intersetorialidade, gestão democrática e atuação multi e interdisciplinar (SILVA JÚNIOR, 1998; MENDES et al., 1994; CAMPOS, 1992; MERHY, 2013). Esse movimento tem apontado para a necessidade de mudanças no trabalho e na produção de saúde frente aos processos saúde-doença e cuidado.

Nesse sentido, a concepção pedagógica e a dos docentes do programa RMSF apresentavam uma abordagem mais problematizadora, para que nossa atuação fosse orientada pela visão ampliada de saúde sobre o enfoque dos determinantes e condicionantes, como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1998). Esse estímulo problematizador de pensar o processo saúde-doença e atenção dava-se nos encontros dos docentes no acompanhamento pedagógico aos residentes nos territórios, nos espaços multiprofissionais e nas atividades pedagógicas do programa. Eram nesses espaços multiprofissionais que as tensões e a análise crítica sobre o trabalho em saúde eram postas em debate. Tal exercício reforçava a dimensão formativa do trabalho em saúde, em especial, quando as análises tinham como base a visão ampliada de saúde.

O conceito amplo de saúde como “[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso a serviços de saúde” aparece com a Constituição da República, em 1998, atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB)⁴, entre 1976 e 1988, o que representou uma nova fase de participação

⁴ A RSB é definida como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) a democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparências nos governos; democratização da sociedade, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção

social nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 1988; PAIM, 2009). Essa concepção de saúde destaca o papel central dos determinantes sociais de saúde na estruturação do processo saúde-doença e cuidado no reconhecimento da influência dos fatores socioeconômicos, culturais, políticos e ambientais sobre as condições de vida e de saúde das populações. Para além do estado de ausência de doenças, aponta, ainda, para a mudança do modelo assistencial e na tradução das necessidades de saúde como “[...] produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural” (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 12).

Essa ampliação ou alargamento do conceito de saúde, ainda que se destacasse como um salto de qualidade para pensar, sentir e agir no cenário da ABS, ao mesmo tempo se configura como uma nova problemática para os usuários, gestores, profissionais e, inclusive, para os profissionais de Educação Física. Lembro-me de que, nos encontros de categoria da Educação Física na RMSF, apresentávamos as nossas dificuldades de relacionar tal conceito com os processos de saúde que realizamos a partir da atividade física nos territórios. Tanto que, nessa época, estávamos mais preocupados em implantar outra atividade física/exercício físico para grupos específicos do que propriamente pensarmos em outras possibilidades de cuidar da saúde das pessoas com práticas não necessariamente restritivas à nossa especialidade. Diante disso, ao longo da formação na RMSF, nossa turma conseguiu implantar outra atividade física/exercício físico, a “Ginástica Comunitária”, que foi majoritariamente acessada por mulheres jovens adultas, mobilizadas em cerca de 15 grupos, distribuídos em 10 territórios. Esse foi o “boom” pra nós naquele momento, uma marca deixada na ESF (SOUZA, 2007). Nesse paradoxo, fundado na ideia da atividade física e saúde, havia, de um lado, a busca por uma afirmação da categoria na ABS, e, por outro lado, estava acontecendo por dentro de uma formação em serviço no SUS, que defendia e buscava operar a promoção da saúde e cuidado ao usuário como possibilidade construtiva e criativa de afirmação do SUS enquanto processo de ensino e aprendizado.

Para Westphal (2012), a promoção da saúde pode ser compreendida a partir de três visões diferentes: a primeira, como ausência de doença e de incapacidades restritas às condições biológicas e fisiológicas para as categorias específicas de doenças com gerenciamento profissional; a segunda é comportamental e compreende as capacidades físico-funcionais e o bem-estar físico e mental dos indivíduos, com vista à mudança de comportamento e adoção de estilo de vida saudável; a terceira socioambiental aborda a saúde no sentido positivo, com

de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, mediante uma reforma intelectual e moral (PAIM, 2008, p. 173).

realização, aspirações e atenção às necessidades individuais e coletivas que envolvem os determinantes sociais.

O conceito de saúde como ausência de doença tem enfoque na prevenção de doenças, restringindo-se a aspectos biológicos, à identificação dos riscos, e não considerando, nas suas ações, condições e maneiras de evitar as enfermidades. Além disso, esse conceito não inclui a dimensão histórico-social do processo de saúde-doença e, portanto, não aponta também ações de políticas saudáveis e intersetoriais (WESTPHAL, 2012).

A perspectiva da saúde comportamental tem como base a noção da prevenção de doenças, nas quais os seus determinantes são biológicos e comportamentais. Para isso, propõe como ação a mudança de comportamento e adoção de estilo de vida saudável, o que, por sua vez, reforça o gerenciamento sobre a vida dos indivíduos, a partir de prescrições com base nas ciências biológicas das diferentes áreas profissionais da saúde (WESTPHAL, 2012).

Na concepção socioambiental, Westphal (2012) aponta como uma nova forma de abordagem, que compreende saúde como estado positivo, envolvendo as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual, bem como os determinantes socioeconômicos, educacionais, culturais, políticos e ambientais. Para tanto, as estratégias envolvem a promoção de espaços saudáveis, empoderamento da população, desenvolvimento de habilidade, assim como conhecimentos e atitudes atrelados a uma ampla reorientação dos sistemas e dos serviços de saúde pública. Contudo, sob a égide da gestão entre comunidade, profissionais e instituições em franco diálogo crítico em torno das questões sociais locais (WESTPHAL, 2012).

Para Czeresnia (2009), a noção de promoção da saúde fundada sobre os determinantes sociais da saúde é tão ampla como a própria noção de vida. A expansão conceitual envolve dimensões objetivas (no âmbito global de um Estado) e subjetivas (a partir da singularidade e autonomia dos sujeitos), entretanto, é um erro atribuir a responsabilidade da promoção da saúde a uma área de conhecimento e de práticas (CZERESNIA, 2009). Portanto, as concepções podem causar uma confusão e indiferenciação em torno das práticas profissionais, pois a promoção da saúde implica transformações densas na forma de articular e de utilizar o conhecimento na operacionalização de suas práticas de saúde e raramente é alegada e/ou praticada de modo explícito (CZERESNIA, 2009).

Essa expansão conceitual também reservou suas críticas, principalmente quando se dialoga com o SUS. Para Pasche e Hennington (2006), embora a promoção da saúde requeira o envolvimento de outros setores, os autores chamam atenção para que essa proposta não seja efetivada, exclusivamente, por fora do setor e serviços de saúde, o que perderia sua

especificidade, por exemplo, na desvalorização da prática clínica, da gestão e dos processos de trabalho, impedindo a reversão do modelo de atenção sugerida pela promoção da saúde.

As concepções de saúde e diferentes visões da promoção da saúde são mote na Educação Física brasileira, sobretudo, nas práticas de saúde e nas narrativas discursivas acadêmicas da área com a Saúde Coletiva enquanto campo científico que se fundamenta em três núcleos: a epidemiologia, as ciências sociais e as humanas e, nas políticas, o planejamento e a gestão.

Sobre esse debate na Educação Física, Nogueira e Bosi (2017) fizeram um exercício reflexivo-analítico sobre os domínios da saúde coletiva e Educação Física. Ambas perceberam que a epidemiologia moderna inaugurou a vinculação da Educação Física ao campo da saúde. Vinculação esta seguida da constituição da epidemiologia da atividade física e saúde, a partir das transições epidemiológicas, como a demográfica e a nutricional, com estudos sobre doenças crônico-degenerativas associadas ao sedentarismo e aos níveis de atividade física e aptidão física, fundados nas ciências biológicas e ao comportamento de risco. Entretanto, ainda que minoritária na área da Educação Física, as autoras identificaram uma epidemiologia da atividade física com a visão da epidemiologia social (NOGUEIRA; BOSI, 2017).

Em relação ao núcleo das ciências sociais e humanas, as autoras apontam que os estudos sobre essa aproximação permitem “pensar” a Educação Física e a saúde como realização humana, a inserção da dimensão subjetiva, visão crítica sobre a formação e intervenção e a revisão dos paradigmas da ciência. Já sobre o núcleo das políticas, planejamento e gestão, as autoras observaram que as atividades físicas e práticas corporais tornaram-se prioridade nas políticas, estratégias e programas de enfrentamento às doenças crônico-degenerativas e de promoção da saúde, entretanto, observaram, também, uma maior visibilidade crítica quanto ao caráter intrinsecamente epidemiológico, individualista e reprodutor do capital na relação atividade física e promoção da saúde (NOGUEIRA; BOSI, 2017).

Os aspectos apontados por Nogueira e Bosi (2017) acerca da Educação Física na interface com a saúde coletiva e seus núcleos refletem também nas entidades político-científicas e acadêmicas da área da Educação Física. A partir do resgate histórico, presente em ambas as instituições GTTAFS e SBASF⁵ sobre as práticas corporais e atividade física no SUS, Andrade e colaboradores (2017) constataram uma tendência em pesquisas epidemiológicas em ambas as entidades, entretanto, nos últimos eventos do GTTAFS, houve um predomínio de produções voltadas às Ciências Sociais e Humanas. Há, todavia, uma divergência quanto às produções

⁵ Grupo de Trabalho Temático Atividade Física e Saúde (GTTAFS) do Colégio Brasileiro de Ciência do Esporte (CBCE) e a Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde (SBASF).

científicas dos respectivos coordenadores dessas entidades, pois na SBAFS predomina, majoritariamente, a abordagem biomédica-epidemiológica (ANDRADE, et al., 2020).

A questão da atividade física com base na prevenção de doença via mudança de comportamento (sujeito sedentário para sujeito ativo fisicamente) tem sido questionada a partir de estudos sobre a intervenção do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde. Carvalho (2006), por exemplo, critica a forma impositiva, cronometrada, no tempo da obrigação e o apelo que é dado à atividade física enquanto estratégia de controle e de prevenção de doenças. Já Freitas (2007) problematizou o restrito entendimento acerca dos conteúdos da Educação Física à questão da atividade física, destacando que a inserção do profissional nos serviços de saúde pública, ao considerar a política de saúde, ajuda a operar e ampliar os conteúdos da Educação Física. Mendes (2016), após uma revisão em periódicos da Educação Física e da Saúde Coletiva, evidenciou, nas pesquisas e intervenções do PEF, na Atenção Básica à Saúde, a atividade física com ênfase na racionalidade biomédica, o que chamou de uma BioEducação Física (MENDES, 2016).

Outro aspecto da área da Educação Física em relação à atividade física são os estudos populacionais de base epidemiológica e de caráter associativo à saúde (DAMICO; KNUTH, 2014). A sua aplicabilidade teórico-metodológica tem ganhado notoriedade, inclusive influenciando programas e políticas, entre elas a da Atenção Básica à Saúde. Entretanto, suas práticas (atuação e estudos) hospedam-se nas ciências duras, as quais têm origem no conceito clássico de atividade física com base na física newtoniana, na relação consumo-gasto calórico e no movimento, ou seja, qualquer ação musculoesquelética que gere perda calórica (DAMICO; KNUTH, 2014).

Sob outra perspectiva de relação entre Educação Física e atividade física, as autoras Freitas (2007) e Mendes (2016) operaram, em suas pesquisas, intervenções na Atenção Básica à Saúde, com o conceito de práticas corporais proposto por Carvalho, que diz (2006, p. 34): “[...] as práticas corporais são componentes da cultura corporal dos povos, dizem respeito ao homem em movimento, à sua gestualidade, aos seus modos de expressar corporalmente [...] são atribuídos diferentes valores, sentidos e significados”. Para as autoras, o conceito de práticas corporais colabora para a compreensão do que seja saúde e, quando operacionalizado nos serviços de saúde pública, aproxima-se das necessidades de saúde dos usuários, o que, por sua vez, possibilita perceber outras demandas por saúde e a construção de vínculos entre o PEF e a equipe de saúde (FREITAS, 2007; MENDES, 2016).

A tensão epistêmica da atividade física e das práticas corporais é encontrada nos marcos legais/documentos que orientam as ações nos serviços de saúde, com destaque para a

materialização das estratégias da Política Nacional de Promoção da Saúde⁶. Martinez et al. (2013, p. 143) “[...] afirmam que são projetos em conflitos de/na Educação Física”, embora as estratégias apontem para uma suposta promoção da saúde. Outra questão são os dilemas da promoção da saúde e da prevenção de doenças, pois são oriundos das práticas e saberes da saúde coletiva e do modelo biomédico. Segundo as autoras, há certa coesão entre os diferentes discursos, porém são, de fato, projetos sociais em disputa no campo acadêmico da Educação Física brasileira (MARTINEZ et al., 2013).

Carvalho e Nogueira (2016), em uma revisão de literatura com análise de dados do Ministério da Saúde, perceberam que os termos “promoção da saúde” ou “prevenção de doença” e “práticas corporais” ou “atividade física” são usados por vários segmentos da sociedade como sinônimos, bem como apresentam visões de mundo e projetos societários conflitantes, “[...] pois os usos dos seus conceitos manifestam e organizam diferentes discursos e práticas relacionadas aos saberes e conhecimentos” (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016, p. 1833). Ambas as autoras afirmam que a problemática das práticas corporais e da atividade física localiza-se na produção do conhecimento, nos saberes que desconsideram suas bases epistêmicas (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016). Dito isso, os conhecimentos científicos sobre atividade física e práticas corporais “[...] funcionam como crenças compartilhadas por determinados grupos, e que os campos de estudo e as comunidades que os integram e compõem podem ser entendidos como territórios e agentes de validação dessas crenças” (MEYER, 2016, p. 96 *apud* COSTA, 1990). Nesse sentido, a produção do conhecimento sobre a atividade física e as práticas corporais no campo da saúde marca e conforma as tensões entre os paradigmas biológico e social, bem como resistências sobre a lógica predominante do controle gerencial sobre o corpo, que legitima as práticas corporais e a atividade física no SUS (NOGUEIRA; BOSI, 2017; ANDRADE et al., 2020).

Como observado, os debates acerca das concepções de saúde, dos conhecimentos e das práticas de saúde da Educação Física no campo da saúde são tributários também dos profundos debates que se sucederam no campo da saúde pública e da saúde coletiva sobre saúde, doença, promoção da saúde, prevenção de doença e cuidado em saúde. Esse acúmulo de conhecimentos

⁶ As estratégias para a efetivação da promoção da saúde são: superação da perspectiva individualizante e fragmentária do processo de saúde-doença; ampliação de pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde, para além de estudos ligados ao comportamento e aos hábitos dos sujeitos; compreensão do processo saúde-doença a partir do conceito ampliado de saúde e enquanto produção social, propiciando o acolhimento da história, condições de vida e necessidades em saúde dos sujeitos; ampliação do comprometimento e da corresponsabilização de trabalhadores de saúde, usuários e território na produção de saúde, promovendo sujeitos críticos, autônomos e participantes das tomadas de decisões (BRASIL, 2006).

e de experiências só foi possível a partir do arcabouço político do SUS, que possibilitou a inserção do/a PEF nos serviços de saúde para o trabalho em saúde.

De modo geral, as atividades pedagógicas promovidas pelo corpo docente e as ações de saúde realizadas pelas equipes multiprofissionais de residentes eram dispositivos formativos permeabilizados pelos conhecimentos acumulados do campo da saúde coletiva, postos em debates para reflexões e problematizações acerca da atenção e gestão do trabalho em saúde. Esses processos formativos repercutiam nos debates internos nas reuniões dos/as PEF residentes, o que afluía as diferentes perspectivas acerca do saber fazer da Educação Física no SUS e na ABS. Predominava-se, portanto, o entendimento de que a função do/a PEF era a promoção da atividade física com fins de recuperação e melhoria nos níveis de saúde física das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, mas atrelado também, a produção de espaços coletivos para sociabilidades dos usuários e acompanhamento com participação e intervenção de outros profissionais nos grupos de práticas corporais e atividade física.

Decorrente da inserção de novas turmas de residentes no programa de RMSF, os debates acerca da Educação Física no SUS e na ABS eram retornados, considerando o acúmulo de experiências e conhecimentos que a categoria da Educação Física vinha agregando localmente. Esse processo é endossado com a institucionalização da preceptoria de categoria/núcleo⁷, segundo as definições do Ministério da Saúde e do programa RMSF do município de Sobral-CE, que passou a integrar o corpo docente da RMSF a partir de 2008.

A inclusão da preceptoria da Educação Física no programa de RMSF foi um avanço institucional, no sentido de garantir o profissional de referência, com enfoque nos processos de trabalho e formativos dos residentes, relacionados com saber e fazer da Educação Física. Esse processo ocorreu no início da 6^a e 7^a turma, passando por outras turmas (8^a, 9^a, 10^a, 11^a) da RMSF. Durante minha inserção na preceptoria da Educação Física, foi sancionada a portaria nº 154 de 2008 do MS, a qual cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dispendo sobre a organização, a operacionalização e as ações orientadas às equipes do NASF para realizarem em conjunto às equipes de saúde da família. Naquela época, foram iniciadas as primeiras

⁷ Função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento, especialidade, titulação acadêmica de especialização ou de residência, que exerçam, respectivamente, atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, em aperfeiçoamento, especialização, em estágio, vivência de graduação ou de extensão (BRASIL, 2005). Reconhecer as bases conceituais e a realidade sociocultural-epidemiológica do território; orientar o residente quanto às práticas específicas da categoria na Estratégia Saúde da Família; contribuir com os residentes no planejamento das ações a serem desenvolvidas; sistematizar juntamente aos residentes o fazer da categoria; avaliar o processo formativo de cada residente em conjunto com o tutor. (PARENTE, 2008).

discussões, no sentido de pensar a proposta do NASF para o programa da RMSF, uma vez que essa formação visualizava o NASF como possibilidade do egresso da RMSF em atuar na ABS. A orientação dada ao corpo docente e discente da RMSF foi a de nos apropriarmos da proposta do NASF. Da mesma forma, as categorias da RMSF (Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Nutrição, Fonoaudiologia e Psicologia) foram orientadas a pensar sobre o núcleo de atuação, a partir da proposta do NASF. No caso da Educação Física, levamos em consideração também a trajetória da Educação Física na ESF local. Inicialmente, observamos que os grupos de atividade física e exercícios físicos, as atividades de educação em saúde sobre vida ativa para diferentes públicos e campanhas de saúde, existentes desde 2000, atendiam, em certa medida, o eixo práticas corporais e atividade física da proposta do NASF (COELHO; OLIVEIRA; CANUTO, 2004; LUCENA et al., 2004).

Contudo, foi a partir das diretrizes do NASF do caderno nº 27 da ABS — lançado em 2009, pelo Ministério da Saúde, que orientava a utilização de metodologias de cogestão, em especial, o método Paideia, mais conhecido como método da roda⁸ — que, de certa forma, a RMSF já operava nessa lógica nos espaços formativos, como na roda de categoria⁹. Nesse período, passamos a problematizar a atuação dos/as PEF da RMSF sobre o trabalho em equipe no apoio às equipes de saúde da família, bem como nossas práticas de núcleo com base nas diretrizes do NASF. Assim, observamos que nossa atuação multiprofissional estava mais articulada às categorias da psicologia, da nutrição, da fisioterapia e do serviço social, tanto em ações de educação em saúde (no monitoramento e avaliação dos grupos de atividade física), quanto nas ações de mobilização e controle social no território, assim como nas atividades voltadas para a saúde do trabalhador/a (nesse caso, especificamente com ACS), visitas domiciliares e atendimentos compartilhados.

Em relação ao apoio dos/as PEF da RMSF às equipes de saúde da família, observamos mais aproximações com os/as ACS, especificamente por meio das visitas domiciliares para aconselhamento e busca ativa de usuários para os grupos de atividade física, acompanhamento e intervenção conjunta nos grupos de caminhadas orientadas, exceto nos matriciamentos em saúde mental que envolviam toda a equipe de saúde da família e da RMSF (SILVA, et. al.,

⁸ O método da Roda, para Campos, propõe-se a fortalecer a autonomia do sujeito e do coletivo a partir de solidariedade, integração, aprendizado e melhoria da qualidade dos serviços. O autor acrescenta que o método da roda deve ser um espaço em que a práxis concreta dos sujeitos, o agir profissional, a política e/ou a gestão propiciem relativo grau de autonomia. Isso envolve questões pedagógicas, administrativas, terapêuticas e políticas (CAMPOS, 2000).

⁹ “A roda de categoria é composta por residentes, sob acompanhamento do preceptor(a) de categoria, com periodicidade semanal, e tem como objetivo cuidar dos processos referentes ao núcleo de cada conhecimento na construção de práticas e saberes para a ESF, a partir das necessidades de saúde identificadas nos territórios em consonância com as habilidades e competências técnicas dos profissionais” (SILVA; MENEZES, 2010, p. 09).

2009). Essas ações corroboravam com as orientações do NASF, as quais eram de ampliar o escopo de atividades na ABS e garantir um apoio assistencial e técnico pedagógico aos integrantes das EqSF. Por outro lado, observamos como desafio ampliar nossa envergadura no apoio às EqSF em alguns ciclos da vida, como, por exemplo, nos cuidados à saúde da criança a partir da puericultura, da saúde da mulher na fase gestacional, da saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e da saúde mental para e com abordagem multiprofissional, uma vez que cada UBS já tinha uma dinâmica própria de organização desses cuidados pelos profissionais da enfermagem e da medicina.

Em relação às práticas de núcleo, as rodas de categorias eram arenas de debate sobre a Educação Física no SUS e sobre saúde coletiva. Nesses encontros de categoria, desde a 6ª e 7ª turmas, começamos a estudar algumas obras que, até então, não tivemos contato nas turmas anteriores da RMSF e, tampouco, na graduação. Foram os seguintes livros: “O mito da atividade física”, da professora Yara Maria Carvalho, publicado em 1995, e o livro “Educação Física e Saúde Coletiva”, organizado pelos professores Alex Branco Fraga e Felipe Wachs e publicado em 2007. Esses livros foram as produções que, *a priori*, provocaram novas reflexões acerca da Educação Física na saúde coletiva, no SUS e na ABS. Tanto que os cunhamos em nossas discussões e passamos a compreender e adotar o termo práticas corporais, embora em algumas atuações no território e nas rodas de categoria observássemos os/as PEF pronunciando o termo práticas corporais, mas sua atividade era orientada pela noção do exercício físico e atividade física. Outro aspecto era que, ao fomentar outras práticas corporais, por exemplo, a dança, as aulas tinham como metodologia a sequência de ginástica de academia (alongamento, aquecimento, exercícios físicos resistidos, abdominais e relaxamento). Diante disso, existia um entendimento na categoria em não restringir as práticas corporais à noção de atividade física, mas de diversificar as práticas corporais nos grupos, evitar nomenclatura de grupo ao nome da prática corporal específica (por exemplo, grupo de ginástica) ou ciclo de vida (grupo de caminhada para idosos), pois devido à conotação do termo, acabava delimitando o “perfil” do participante. Sabíamos disso, mas apresentávamos dificuldades na organização e operacionalização das atividades coletivas de núcleo para a noção ampliada de saúde e de atividade física como práticas corporais.

A cada turma nova que ingressava na RMSF, éramos provocados a refletir sobre nosso processo de trabalho em saúde em diálogos com essas concepções de saúde, as quais permeavam os espaços de formação e do território. Isso ocorria pelo simples fato de que, em sua maioria, os/as PEF não haviam tido contato com o SUS na formação inicial, o que reforçava a necessidade de discutir a Educação Física e suas interfaces com a saúde pública e, agora,

também com a saúde coletiva. Essa necessidade também se estendia quando tínhamos na categoria PEF egressos do Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde¹⁰ desde 2008 e o Programa de Reorientação da Formação em Saúde – PRÓ Saúde II¹¹, em 2010, conforme os respectivos objetivos de cada programa, definidos pelo Ministério da Saúde. Mas, ainda assim, esse avanço era tímido. Sobre a formação inicial, estudos acerca dessa temática identificaram o distanciamento entre a formação inicial e o Sistema Único de Saúde (SUS), expressos, por vezes, nas dificuldades de alinhamento dos currículos dos cursos de graduação em Educação Física com a ABS (RODRIGUES et al., 2013; FALCI; BELISÁRIO 2013; NEVES et al., 2015).

Diante desse desafio, a condição de docente em serviço possibilitou acompanhar e analisar, junto aos PEF residentes, os processos de trabalho na ESF. Os encontros eram agendados e pactuados previamente com o/a PEF nas práticas de saúde tanto de núcleo como de campo comum e multiprofissional. Essa função exigia um olhar minucioso para o processo de trabalho, de forma a que se fosse possível captar as tomadas de decisões, a dinâmica de organização do trabalho e as relações interpessoais e de poder que permeavam de modo singular na ação. Para Franco e Merhy (2013), analisar os processos produtivos de saúde é um desafio para os tempos atuais, pois os modos de produção de cuidado são permeados pelas relações estabelecidas consigo mesmo, com os usuários e com os demais profissionais dos serviços de saúde.

¹⁰ São objetivos do PET- Saúde: I - possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o país, de acordo com as características sociais e regionais; II - estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação III - desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar; IV - contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde; V - contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do país; VI - sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira; VII - induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e VIII - fomentar a articulação entre ensino e serviço na área da saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saud-elegis/gm/2007/pri3019_26_11_2007.html. Acesso em: 03 dez. 2018.

¹¹ São objetivos do Pró Saúde: Reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde de modo a oferecer à sociedade profissional habilitado para responder às necessidades de saúde da população brasileira e à consolidação do SUS; Estabelecer mecanismo de cooperação entre os gestores do SUS e as instituições de ensino, visando à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão, à integração da rede pública de serviços de saúde na graduação e na educação permanente; Incorporar, no processo de formação das áreas da saúde, maior compreensão do processo saúde-doença, da promoção da saúde e dos sistemas de referência e contrarreferência; Ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços de saúde com a integração de serviços universitários ao SUS. Disponível em: <http://www.prosaude.org/noticias/sem2011Pro/index.php>. Acesso em: 03 dez. 2018.

O acompanhamento pedagógico no serviço possibilitava mostrar ao PEF residente o que ele estava vivendo naquela atividade observada. Nessas atividades, os/as PEF residentes mobilizavam diferentes conhecimentos, tanto os técnicos do núcleo, oriundos da formação inicial, como também os que foram adquiridos durante a experiência com outras profissões, apropriações sobre fluxos e protocolos assistenciais da organização e estrutura da rede municipal de saúde. Para além disso, os/as PEF residentes estabeleciam diferentes relações com os usuários e os demais profissionais, o que permitia gerir os processos de trabalho. Todos esses saberes mobilizados e as relações construídas possibilitavam um “saber-fazer” de diferentes formas de operar os serviços de saúde, tanto nas práticas coletivas e individuais de núcleo quanto nas práticas multiprofissionais. Todavia, sempre em tensão ao conjunto de interesses dos modos de produzir saúde do/a PEF, da equipe, dos usuários e do serviço.

Portanto, os processos de acompanhamento e análises do trabalho junto ao/à PEF residente nos serviços da ESF aconteciam a partir dos encontros entre o/a PEF residente e o usuário. Nesses encontros, os/as PEF residentes mobilizavam seus conhecimentos e equipamentos materiais. Já os usuários, de modo singular, expressavam suas intencionalidades, conhecimentos e representações acerca do serviço, do profissional e do território, entre outros fatores. Diante dessa relação, a produção de saúde dava-se “[...] em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades” (MERHY, 2002, p. 49), configurando-se como trabalho vivo, com uso racional de tecnologias em saúde, como as duras, leve-duras e maximização das leves (MERHY, 2002; 2013). Sobre isso, Merhy (2002) discorre que:

As tecnologias em saúde são: leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalhos, leve-duras (como, no caso, os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) (MERHY, 2002, p. 49).

Com base nas formulações acima, Ceccim e Bilibio (2007) delinearão as três mochilas tecnológicas que o profissional da Educação Física porta em suas atuações. Na primeira, estão as indumentárias dos aparelhos, instrumentos de tempo, de mensuração, materiais esportivos, manuais de “1000 exercícios físicos”, ou seja, atualizando para a ABS, entra o aparelho de som, os *smartphones*, os aparelhos das academias públicas, enfim, tudo isso está na mochila das tecnologias duras. Na segunda mochila, que porta as tecnologias “leve-duras”, encontraríamos os saberes tecnológicos das ciências do movimento, da motricidade humana, das ciências

biofisiológicas, do treinamento esportivo, entre outras. Na terceira mochila, a das tecnologias leves, os autores apontam que nossas tecnologias são mais profusas do que a mochila do médico, são mais das interações, como o jogo, a recreação, o grupalismo, a equipe, entre outras (CECCIM; BILIBIO, 2007).

Na produção do cuidado, os profissionais de saúde utilizam-se das três tecnologias em saúde, em modos operacionais diferentes. Pode haver, pois, uma “predominância da lógica instrumental”, centrada nas tecnologias duras. De outro modo, pode acontecer uma atuação centrada nos “processos relacionais (intercessores)”, com processos de trabalho centrados nas tecnologias leves e leve-duras (MERHY; FRANCO, 2008, p. 431). Diante disso, a potencialidade da mochila das tecnologias leves do trabalho vivo em ato da Educação Física deve primar por “escutas qualificadas, acolhimento, responsabilização e autonomização – como qualidades relacionais para intervir positivamente nas necessidades de saúde dos usuários” (CECCIM; BILIBIO, 2007, p. 60).

Entendemos que os usos das práticas de saúde do núcleo pelo PEF na ESF no trabalho vivo em ato devem almejar a finalidade do trabalho em saúde e o cuidar do usuário (MERHY; FRANCO, 2008). Embora saibamos, também, que o trabalho vivo em ato interage, a todo tempo, com as tecnologias leve-duras e duras de qualquer área profissional da saúde. Dependendo da forma como o trabalho é modelado, é possível ter processos mais criativos e inventivos ou processos mais aprisionados aos instrumentos e às máquinas (MERHY; FRANCO, 2008).

Sobre tecnologia em saúde, observamos que, a partir do NASF, o apoio matricial, cujo objetivo é garantir um suporte técnico assistencial e técnico pedagógico às equipes de saúde da família, foi amplamente disseminado para ABS no Brasil, desde 2008. No caso de Sobral-CE, o apoio matricial era uma das ferramentas de organização dos serviços da atenção psicossocial e da rede de saúde mental junto às EqSF da ABS. Em relação ao programa de RMSF, embora não utilizasse essa terminologia “apoio matricial”, a função das equipes multiprofissionais de residentes era desenvolver tecnologias em saúde para a consolidação da ESF (DIAS, et al., 2015). Assim, concomitantemente à implantação do NASF no município, em 2009, a RMSF passou a fomentar e estimular o apoio matricial nas atividades pedagógicas e assistenciais dos residentes, em seus respectivos territórios de atuação. Em relação à Educação Física na ABS de Sobral-CE, os/as PEF do NASF e da RMSF desse município reconheceram a implantação e manutenção dos grupos de caminhada como parte dos serviços da ABS, o que só foi possível devido ao apoio técnico pedagógico e assistencial dos/as PEF com as ACS (OLIVEIRA;

WACHS, 2018). Contudo, sabíamos da necessidade de construir outras frentes de cuidado em saúde junto às EqSF que operassem na lógica do apoio matricial.

Nesse sentido, trata-se de uma retaguarda especializada às equipes de referência, tendo sempre o caráter assistencial, sanitário e técnico-pedagógico (CAMPOS; DOMITTI, 2007). O apoio matricial tem como reforço, em sua implantação nas ESF, seu aspecto institucional, ancorado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Humanização em Saúde (PNHS), bem como orientado por documentos, tais como as “Diretrizes do NASF” (2010), “Clínica Ampliada e Compartilhada – Humaniza SUS” (2009), “Equipe de Referência e Apoio Matricial – Humaniza SUS” (2004), “Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental” (CHIAVERINI, 2011) e o “Caderno n.º 39 NASF: ferramentas para gestão e trabalho cotidiano” (2014). As políticas e os cadernos orientadores contribuem para pensar o apoio matricial na reorganização da assistência pela ABS com a rede de atenção à saúde local.

Entendemos que todo o espectro teórico-conceitual, teórico-prático e político do apoio matricial correspondem à macropolítica dessa tecnologia em saúde, a qual tem como finalidade normatizar, regular e orientar o desenvolvimento do apoio matricial nos serviços da ABS brasileira. Além disso, o apoio matricial configura-se como uma reorientação para o modo de trabalho e de produção em saúde, o qual se propusera a distanciar-se do modelo médico hegemônico, indo em direção a uma produção de saúde voltada para a integralidade do cuidado, a ser desenvolvida pelo apoio interprofissional. Merhy e Franco (2013, p. 123) reforçam que quem concretiza o modelo tecnoassistencial com grande poder de definição é o “[...] trabalhador de saúde, a partir da sua micropolítica no processo produtivo e do seu exercício de decisão em ato, no acontecer a produção de saúde”.

Os diferentes processos de trabalhos vivenciados pelos/as PEF da RMSF produziram uma dimensão subjetiva ativa sobre a realidade de forma singular, uma vez que, a partir da ação dos sujeitos, não se estruturava como ato congelado no espaço-tempo. Isso era observado no dia a dia, a cada atividade, reunião, atendimento individual e compartilhado com o usuário e coletivo. Esses processos eram dinâmicos e complexos, modificando-se conforme os interesses por parte do serviço, dos trabalhadores e usuários, os quais interagem na atividade que lhe dá vida, o labor diário em torno da produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2013).

Ao passo que acompanhava os/as PEF na ABS, a dimensão do trabalho em saúde mostrava produções de saúde com atuações multi ou interprofissionais, bem como o compartilhamento e aprendizados de saberes e práticas entre os núcleos profissionais da ABS. Por outro lado, quando existia distanciamento entre os/as PEF dos demais membros das equipes

— por razões pessoais, relações interpessoais conflituosas, interesses individualistas ou corporativistas e incompatibilidade de agendas de trabalho —, este reforçava uma atuação isolada e fragmentada. Esses aspectos apontam o quanto o trabalho em saúde não é uma categoria isolada do contexto produtivo e relacional, ou seja, o trabalho é sempre coletivo (FRANCO; MERHY, 2013).

Por sua vez, o processo de formação da RMSF em operar o apoio matricial possibilitava ao PEF residente questionar, problematizar e refletir sobre o próprio trabalho, ao mesmo tempo que este se definia também por sua capacidade de criação, reinvenção, emancipação e superação das dificuldades colocadas pelo trabalho real (BENDASSOLI; SOBOLL, 2011). Dito isso, em cada turma de PEF residente que ingressava na RMSF, dava-se continuidade às análises acerca do trabalho do/a PEF no apoio às EqSF e aos demais profissionais da ABS. Esse movimento contínuo de análises do trabalho em saúde da categoria em tela configurava-se como processo pedagógico de implicação ético-político do/a PEF no seu agir em ato na produção do cuidado em saúde, seja individual ou coletivo, em si e em equipe (MERHY, 2005).

Motivado pela experiência da formação em serviço no modelo de Residência Multiprofissional em Saúde e pela baixa absorção de PEF egressos desses programas pelo SUS, optei por investigar as repercussões da formação pelo trabalho no exercício profissional dos/as PEF egressos de dois programas de RMSF no Ceará, no mestrado acadêmico em saúde da família, pela Universidade Federal do Ceará, campus Sobral-CE. Entre os resultados, observei o uso de metodologias pedagógicas, atuação intersetorial, visão ampliada de saúde, escuta qualificada e mobilização social, tanto em espaços formais quanto informais de atuação da Educação Física (SILVA, 2014).

Paralelamente, continuei atuando na docência em serviços junto aos processos de trabalho em saúde dos/as PEF na ABS. Nesse período, ingressei em uma IES pública local na condição de professor substituto no curso de Educação Física, com duas matrizes curriculares: bacharelado e licenciatura. Simultaneamente à docência na graduação, fui preceptor do PET Saúde, e esses trabalhos seguiram até o ano de 2016. Nesse período, as experiências com os estudantes nas atividades acadêmicas de sala de aula, nos projetos de extensão e no PET saúde, reforçaram a questão do trabalho em saúde. Isso se dava pelas interfaces que fomos construindo entre os estudantes e os profissionais de Educação Física no e do serviço na ABS. Nessa relação, conseguimos perceber as diferentes influências que os estudantes manifestavam (alguns mais e outros menos). Estas estavam ligadas ao treinamento físico, à aptidão física, ao bem-estar pelo movimento e, quando se tratava de ações educativas, o reforço era na mudança de hábitos, na prevenção ao sedentarismo e na alimentação equilibrada.

Durante esse período de atuação profissional junto aos estudantes de graduação e PEF da RMSF e do NASF, percebi, por um lado, um profundo distanciamento da graduação do trabalho no SUS e, por outro lado, a necessidade de refletir e problematizar sobre a educação física e saúde coletiva, a integralidade do cuidado e ABS com os PEF, tanto da RMSF como do NASF. Todavia, acumulávamos experiências e conhecimentos da educação física na ABS local, os quais contribuíam na formação e atuação dos/as PEF. Éramos produtos e produtores, no sentido proposto por Merhy (2013), ao pensar o trabalho em saúde como modo de produção de subjetividades.

Em 2017, ingressei no curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação Física (PPGEF), na UFES, na cidade de Vitória-ES. A escolha por esse curso de doutorado em Educação Física foi reflexo de uma maior concentração dos financiamentos e políticas de indução, os quais se concentram nas regiões sul e sudeste. Outro aspecto foi devido à característica do programa, com linhas de pesquisa voltadas para a saúde e à sociedade em interface com a política de saúde e outros temas correlatos, inclusive, característica pouco encontrada nos programas de pós-graduação em Educação Física nas IES públicas federais.

Trazia comigo uma mochila com ferramentas das experiências dos trabalhos desenvolvidos e os aprendizados da minha trajetória na formação e atenção na ABS no SUS de Sobral-CE. Ao mesmo tempo, percebia a produção de subjetividades a partir da interação entre sujeitos (profissionais e usuários) na produção de saúde, que é, ao mesmo tempo, singular, coletiva, dinâmica e multifacetada. Esses aspectos correspondem ao trabalho vivo em ato, o qual compõe a dimensão prescritiva e real do trabalho que acontece em/na atividade (MERHY, 2013).

Portanto, sentia vontade de aprofundar meus conhecimentos com investigações acerca do trabalho em saúde da Educação Física na ABS com mais rigor e implicação com os/as PEF. Essa vontade desdobrava-se em outras, as quais eram ampliar o debate e a produção de conhecimento acerca da Educação Física no campo da saúde pública e saúde coletiva, sobretudo, por dentro de um PPGEF, o qual tende a dar continuidade a distância em relação ao “chão do SUS”, já constatada na graduação em Educação Física.

Nesse sentido, em 2018, procurei conhecer o SUS da cidade de Vitória-ES com um olhar para a Educação Física na ABS local. Inicialmente, fiz um breve levantamento das produções acadêmicas locais, acessei o site da SEMUS e o plano municipal de saúde da cidade de Vitória-ES.

Entre as produções locais, observamos que a maioria dos estudos tinha como ponto de convergência o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE). Essas investigações versavam sobre

o programa em si, algumas práticas corporais ofertadas (ginástica e yoga), estudos experimentais sobre os efeitos de programas de exercício físico, outros acerca do uso e apropriação de espaços físicos (módulo) e equipamentos (aparelhos de Academia Popular da Pessoa Idosa – APPI) ligados ao SOE. Além desses, mais duas produções tematizavam o SOE em suas análises, uma sobre a intersetorialidade e outra acerca das desigualdades sociais e práticas corporais (VIEIRA, 2019; AMBROSIM, 2019; GOMES, 2018; CAMARGO, 2017; BECCALLI, 2012; BECCALLI; GOMES, 2016; BARCHETTI; BORGES, 2016; LAURINDO, 2014; BRAGRICHEVSKY, et al., 2013; VENTURI; MOLINA, 2005). Isso se deve à relevância e ao pioneirismo que o SOE tem para a Educação Física na saúde pública do município de Vitória-ES, tanto que foi uma das experiências avaliadas pelo Ministério da Saúde que colaboraram para criação, implantação e expansão do programa nacional Academia da Saúde, lançado em 2011 (BRASIL, 2011). Ainda sobre o levantamento, dois estudos abordam sobre educação em saúde para grupos específicos atendidos nas UBS, com a participação de PEF (ROBERTO, 2016; VARNIER, 2014; VARNIER; ALMEIDA, 2016). Embora os últimos estudos estejam relacionados à atuação do/a PEF na UBS, o que observamos foi uma ausência de estudos acerca da Educação Física que tragam, no bojo da investigação, o trabalho do/a PEF a partir da implantação do NASF da cidade de Vitória-ES.

No Brasil, a Educação Física ganha mais espaço no SUS a partir da implantação das equipes de NASF. Em Vitória-ES, as equipes de NASF foram definitivamente introduzidas em 2015, a partir da reorganização dos serviços das categorias profissionais em arranjos de NASF sobre a égide do apoio matricial (CALENTE, 2017). O que caracteriza uma implantação recente em relação ao ano em que foi lançado o NASF em nível nacional, em 2008. Outro aspecto foi a inserção do PEF nas UBS, a partir de 2004, pelo projeto PESO¹² e com o projeto SOE nas UBS, as quais foram ampliadas com concurso realizado em 2007, na função de Técnico Esportivo, já reconhecida em lei municipal. O que aponta um protagonismo do município antes da proposta do NASF, em 2008, pelo Ministério da Saúde.

Atualmente, existem oito equipes de NASF em Vitória-ES que fazem cobertura em treze UBS, que, divididas, compõem territórios em saúde com EqSF. Em cada equipe de NASF há um PEF, somando oito que fazem cobertura em onze UBS com equipes de saúde da família

¹² Estávamos no consultório, quando a PEF P2 relatou sobre a sua experiência no projeto PESO, quando foi inserido na UBS do bairro República, que fica próximo à UFES, campus Goiabeira. O “Projeto “PESO” (Promoção de Estilo de Vida Saudável na Obesidade – práticas e estilo saudáveis), implantado na UBS do bairro República, em 2004, financiado pela FACITEC – Fundo de Apoio à Ciência e Tecnologia da prefeitura municipal de Vitória-ES. Esse fundo municipal financiava pesquisas em parceria com universidades. O objetivo desse projeto era desenvolver atividades de educação em saúde voltadas para o estilo de vida saudável, como alimentação saudável, exercício físico e outros hábitos de vida adequados. (Diário de Campo, setembro, 2019).

(equipes de referência), as quais devem operar em conjunto a outros membros do NASF. Vale ressaltar que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Vitória não adotou a implantação de equipe de NASF em UBS que não são ESF, conforme alteração e revisão da Portaria nº 2346, de setembro de 2017¹³, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017).

A proposta do NASF na ESF de Vitória-ES foi implantada pelo grupo condutor¹⁴, desde a elaboração do projeto, submetido ao Ministério da Saúde, até o acompanhamento das equipes de NASF nas UBS. Conforme Calente (2017), as razões que levaram a SEMUS a implantar o NASF foram: a existência de vários profissionais de saúde de distintas categorias (Educação Física, Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia e Farmácia) inseridos na ABS desde 2005, bem como o histórico do município, com experiências de apoio matricial na ABS, por exemplo, os matriciamentos em saúde mental e saúde do idoso (VITÓRIA, 2018; CALENTE, 2017; IGLESIAS, 2015; MADUREIRA; BISSOLI, 2014).

Para Calente (2017), a proposta do trabalho em equipe aos profissionais do NASF tinha como intenção reduzir a verticalização, visando uma relação coletiva, participativa e dialógica entre a gestão e a assistência, bem como entre os membros do NASF e as equipes da ESF de Vitória-ES. Além disso, advém da iniciativa de qualificar o cuidado em saúde a partir do trabalho em equipe, da interdisciplinaridade e da visão ampliada de saúde, de forma que, “transformasse” as práticas dos profissionais do NASF e que ampliasse o cuidado da ABS mais resolutivo e integral, a partir da lógica do apoio matricial, enquanto proposta contra-hegemônica da lógica biomédica (CALENTE, 2017).

As pretensões com a implantação da proposta do NASF em Vitória-ES apresentavam-se como ambiciosas e desafiadoras, uma vez que tínhamos (e temos) ainda o distanciamento da formação dos profissionais de saúde das orientações do NASF, dos diferentes modelos de atenção que incidem na organização dos serviços da ABS, que por sua vez influenciam os processos de trabalho em saúde com abordagens que podem ser acolhedoras e integradas ou biomédicas (MÂNGIA; LANCMAN, 2008; MERHY, 2013). Acrescenta-se, ainda, que o intuito do NASF de Vitória-ES é o de atuar diretamente no apoio às equipes de Saúde da Família (não sendo prioritariamente porta de entrada e podendo atuar em mais de uma UBS), entretanto,

¹³ Entre as alterações na PNAB em relação ao NASF, identificamos que, o que era “Apoio”, passou a ser “Ampliado”, ou seja, as equipes de NASF não apoiarão apenas UBS com equipes de saúde da família, incluirão, também, UBS tradicional, sem equipe de saúde da família, assim como UBS só com Estratégia de Agente Comunitário de Saúde (EACS), ficando facultado ao gestor municipal definir para quais UBS serão designadas as novas equipes de NASF (BRASIL, 2017).

¹⁴ “Esse grupo de profissionais da Gerência de Atenção à Saúde propôs-se a planejar e a efetuar junto com os profissionais de apoio do NASF a transformação e a transposição dos processos de trabalho que alinhasse aos princípios e diretrizes do NASF” (CALENTE, 2017, p. 90).

essa atuação pode ser operacionalizada a partir de diferentes concepções e compreensões acerca da proposta do NASF, tanto pelo gestor quanto pelos profissionais do NASF e da EqSF, o que, por sua vez, podem gerar tensões que são, também, influenciadas pelas condições de trabalho, pela própria organização do serviço da UBS, da rede de atenção à saúde local e às demandas do usuário e do território.

Atento ao cenário de implantação do NASF de Vitória-ES quanto aos seus desafios, pretensões e tensões, tendo em vista a “transformação” das práticas de saúde (CALENTE, 2017), é pertinente pensarmos como os processos de trabalho, as tecnologias em saúde, as demandas de saúde e a produção de saúde vêm sendo desenvolvidos pelos/as profissionais de Educação Física do NASF.

Nesse sentido, a temática central desse estudo é o trabalho do/a PEF do NASF no cuidado em saúde no território. A escolha pela Educação Física no NASF deu-se em virtude da prévia inserção do/a PEF concursado nas UBS/ESF, desde 2005, o que aponta para o protagonismo e a valorização do município em relação à Educação Física na saúde pública. Outro motivo foi a recente implantação da proposta do NASF, com a inserção da categoria em tela que, de modo geral, no Brasil, apresenta-se como desafio, uma vez que a inserção da Educação Física na ABS foi inicialmente formalizada pela implantação do NASF, e ambos encontram-se em processo de sistematização. Acrescenta-se, ainda, o apoio pedagógico pelo grupo condutor na organização dos serviços das equipes de NASF, apoio este pouco encontrado no cotidiano das equipes de NASF. Esses aspectos, de modo singular e local, distinguem-se das demais formas de inserção do/a PEF na ABS que, em geral, foram inseridos a partir de 2008, sem atuação prévia na ABS, vínculos trabalhistas precários e sem apoio pedagógico permanente.

Dito isso, as observações integram um fecundo campo de investigação, o qual auxiliará na problematização crítica e reflexiva sobre Educação Física na ABS da cidade de Vitória/ES. Esses elementos levaram-me a formular a seguinte pergunta central deste estudo: **“Como o/a profissional de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família realiza o trabalho no território?”** Essa pergunta, elaborada de forma ampla, contribuiu para orientar as primeiras aproximações com o objeto de estudo, sendo, portanto, desdobrada durante o trabalho de campo e gerando, assim, novas questões, problemas, indagações e percursos, os quais foram explorados para a compreensão do trabalho de oito PEF do NASF nos territórios. Nessa perspectiva, **o objetivo geral desta tese é analisar como o profissional de Educação Física do NASF desenvolve o trabalho, bem como compreender quais saberes e conhecimentos são exigidos desses profissionais para atuarem no cuidado em saúde no território.**

Como desdobramento do objetivo geral, estabelecemos os seguintes objetivos específicos: a) Mapear e descrever como os/as profissionais de Educação Física do NASF organizam e realizam o trabalho nos territórios de sua cobertura; b) Investigar como os/as profissionais de Educação Física do NASF desenvolvem o trabalho comum com os demais profissionais da saúde nos territórios; c) Compreender como os profissionais de Educação Física do NASF lidam e fazem gestão das demandas comuns entre profissionais da saúde e dos demais setores do território; d) Entender as relações entre o trabalho comum realizado no NASF e a especificidade do trabalho inerente à área do conhecimento do profissional de EF.

A presente investigação justifica-se uma vez que permite problematizar e refletir acerca do trabalho vivo em ato desenvolvido pelos PEF na produção de cuidado em saúde, com vista às necessidades de saúde dos usuários que habitam um dado território (o qual é vivo, multifacetado, complexo, dinâmico, social e cultural, bem como político).

Na proposta NASF, o trabalho prescrito corresponde às tecnologias em saúde e às suas diretrizes (pensado teoricamente, antecipadamente), as quais são disseminadas aos seus trabalhadores e as quais, a *priori*, têm como objetivo orientar a atuação profissional. Já o trabalho real é o que, de fato, foi realizado pelo PEF do NASF em algum cenário de atuação no território. Para Merhy (2013), em qualquer que seja o contexto de trabalho (entre o estruturado e o em estruturação), haverá sempre disputas e tensões que são sempre imprevisíveis e parcialmente singulares, as quais remetem a um conjunto de valores que questionam o processo de trabalho. Nesse sentido, o debate de valores gira em torno da gestão do trabalho e do cuidado que acontecem na atividade, conforme os interesses, os saberes e os poderes produzidos em ato na atividade, a partir dos diferentes arranjos de encontro em que os/as PEF do NASF envolvem-se com outros profissionais de saúde, gestores e usuários.

Diante dessa perspectiva sobre o trabalho, a outra justificativa desse estudo centra-se na necessidade de se analisar como os/as PEF operam a gestão do trabalho diante das demandas comuns, tendo em vista que as equipes de saúde:

agem de modo singular, na produção do cuidado [...], mesmo que estejam sob a mesma diretriz normativa [...] o processo de trabalho não segue um padrão, pois as práticas de cuidado se dão pela singularidade de cada um (MERHY, 2013, p. 151).

Nessa esteira, entendemos que a inserção da Educação Física amplia o escopo de ações assistenciais na ABS. Nesse sentido, outra justificativa desse estudo atenta para a relevância de se analisar como os/as PEF operam suas práticas de núcleo no cuidado à saúde do usuário, levando em conta que a presença do PEF na ABS “[...] não garante contrapontos ou resistências

ao modo BioEducação Física” (MENDES; CARVALHO, 2015) e tampouco “ajuda a questionar, no cotidiano do trabalho, as políticas e as normas que das práticas emergem” (MENDES; CARVALHO; BRANDÃO, 2016, p. 30).

O caráter de multiplicidade dos/as PEF do NASF (podendo operar o trabalho comum e os específicos em saúde diante das demandas) nos remete à outra justificativa para este estudo, que é a natureza relacional que acontece no trabalho vivo em ato, a partir da implicação dos/as PEF com a produção do cuidado, em que ocorre, simultaneamente, uma produção pedagógica (MERHY, 2013).

Em direção aos argumentos dos autores/as acima, os processos de trabalho vivo em ato do/a PEF do NASF, em meio a coletivos de profissionais, gestores e usuários, constituem-se em atividade humana que produz diferentes formas de trabalho e cuidados em saúde, os quais são relacionais e, por isso, merecem ser investigados quanto à sua organização, participação, articulação, aos seus aprendizados, tensões, concepções, nuances, sofrimentos, dificuldades e potencialidade, bem como aos avanços e recuos dos/as PEF do NASF na ABS.

O que conduziu esta tese foi a dinâmica organizacional, institucional e territorial da Atenção Básica à Saúde. Dinâmica esta que tencionou, convocou e deslocou o/a PEF para diferentes processos de trabalho em saúde, em meio aos vários cotidianos dos serviços de saúde (os quais são multifacetados e complexos, regados de imprevisibilidades). Entretanto, foram essas imprevisibilidades que possibilitaram uma ampliação, valorização, avanços e limites da Educação Física nos territórios de saúde. É a partir do contexto da ABS da cidade de Vitória-ES que a presente tese apresenta como os/as PEF do NASF desenvolvem suas estratégias no trabalho em saúde frente às necessidades de saúde dos usuários, ora apresentando aproximações e distanciamentos do núcleo de práticas e saberes da área, mas também, demandas e tarefas das EqSF, dos membros do NASF e da SEMUS ao trabalho comum e coletivo.

Contudo, a manutenção e a expansão da categoria em tela na ABS brasileira, em arranjos de NASF, encontram-se ameaçadas. Em virtude de sucessivas mudanças econômicas e políticas no país que vêm agravando as políticas sociais, destaca-se a saúde pública, com a reestruturação e subfinanciamento para a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

Em 2016, a Emenda Constitucional 95 impôs um regime fiscal de 20 anos (até 2036) fundamentado na narrativa oficial falaciosa de diminuir gastos e investimento público nos serviços de natureza social (MARIANO, 2017; MASSUDA, 2020). Em 2017, decorrente do regime fiscal, a PNAB foi reformulada e flexibilizada nas dimensões funcionais, organizativa e na composição de diferentes equipes para a ABS, o que inviabilizou a expansão da ESF pelas EqSF e, no caso do NASF, a função “apoio” passou a ser “ampliada”, alterando para a

nomenclatura de NASF, o que contribuiu para reduzir a função Apoio Matricial, a qual já era um desafio entre o NASF (desde 2008) e as EqSF (MELO et al., 2018; MASSUDA, 2020).

Já em 2019, como se não bastasse a imersão do país na política de austeridade fiscal, o salto ideológico para a extrema direita, conduzido pelo governo Jair Bolsonaro, aprofundou mais ainda o subfinanciamento do SUS para/da ABS. Conhecido como Programa “Previne Brasil”, o financiamento da ABS deixa de ser universal e passa a ser restrito por cadastro de usuário. Além disso, o repasse financeiro intergovernamental via captação e avaliação de desempenho torna-se mais complexo, dadas a descentralização do SUS e a diversidade das realidades regionais e municipais de saúde (MASSUDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

O impacto do Programa “Previne Brasil” sobre o NASF foi, no primeiro momento, a explícita renúncia e seu desinteresse em manter o NASF como proposta de cuidado multiprofissional e territorialidade (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). No segundo momento, o MS recua, reinserindo a possibilidade de cadastro de equipes de NASF no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), entretanto, extingue o repasse financeiro direto (como era até a PNAB de 2017), deixando aos gestores municipais a decisão de (des)continuar com as equipes multiprofissionais (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). Além disso, acrescenta-se, ainda, o desinteresse por parte do atual governo federal na indução para a implantação de novas equipes de NASF-AB (MELO et al., 2018; MASSUDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

A continuidade em seguir com a escrita desta tese desde a construção do projeto e a elaboração do relatório final foi desafiada por atravessar a conjuntura política de retrocessos na política de saúde pública, a qual possibilitou a flexibilização da proposta do NASF, a redistribuição dos seus profissionais para outros níveis de atenção e a extinção dos profissionais do NASF. No entanto, no caso do NASF do município em tela, as equipes se mantiveram, provavelmente pelo expecto histórico de inclusão das demais categorias na ABS e a condição de serem profissionais efetivados via concurso público. No caso da Educação Física, deva-se pela trajetória, o pioneirismo e a presença que ela galgou nos 30 anos na SEMUS com o SOE (VIEIRA et al., 2020).

Nesse sentido, a escolha pela Educação Física no NASF de Vitória-ES justifica-se pela demarcação temporal acerca da Educação Física no SUS, a qual sobrevive nas equipes de profissionais do NASF que ainda resistem em seus cotidianos de trabalho diante dos retrocessos atuais nas políticas de saúde brasileira.

A presente tese está estruturada de modo a abordar, no capítulo 1, a metodologia e as técnicas de coleta. Descrevo, com informantes-chaves, as aproximações, as inserções no campo da pesquisa, as questões que foram formuladas, bem como descrevo a caracterização dos sujeitos da pesquisa. Ainda nessa parte, falo sobre a constituição do Grupo Ampliado de Pesquisa e os desdobramentos metodológicos decorrentes das pactuações com o grupo de profissionais de Educação Física do NASF.

O Capítulo 2 discorre sobre o cenário da pesquisa. Essa parte da tese tem como finalidade descrever os aspectos geopolíticos e econômicos, assim como a constituição socioespacial da urbanização da cidade de Vitória. Esse capítulo apresenta sobre a saúde pública do município, principalmente quanto à organização e à operacionalização pela SEMUS. Em seguida, discorremos sobre alguns marcadores sociais e aspectos históricos que constituíram o espaço urbano desses territórios. E, ainda, o processo de inserção da Educação Física na saúde pública e as mudanças que tem produzido desde a implantação do SOE. Em seguida, uma descrição da cena urbana dos bairros e os principais problemas de saúde apontados pelos/as PEF do NASF.

No Capítulo 3, abordamos o exercício profissional dos/as PEF do NASF na produção do trabalho em equipe, do trabalho em rede do território e da SEMUS, das práticas de saúde realizadas nos encontros com os usuários, apontando o uso e apropriações das tecnologias em saúde do campo da saúde pública e da Educação Física na produção do cuidado ao usuário.

No Capítulo 4, tratamos das compreensões e repercussões que a proposta do NASF produziu na categoria da Educação Física. De um lado, há continuidades no modo de trabalhar antes da proposta do NASF e mais presença do/a PEF nas Unidades Básicas de Saúde. Além disso, abordamos a percepção do modo de organização e concepções no papel de ser PEF do NASF.

O Capítulo 5 versa sobre a Educação Física e a saúde mental na Atenção Básica à Saúde. A saúde mental na ABS foi um mote que convocou o/a PEF do NASF para um trabalho comum e, sobretudo, frente à ampla e recorrente demanda de pessoas com problemas de saúde mental para o cuidado na ABS. Por fim, faço minhas considerações finais com apontamentos centrais das categorias de análises e limitações do estudo, com indicações para novas investigações.

Com esta tese, almejo contribuir com o debate acadêmico e para a educação permanente dos/as PEF do SUS, atentando para o trabalho em saúde na ABS, como um campo de produção de saberes e de práticas que possibilita o pensar e agir na interface entre a Educação Física e a saúde coletiva.

De modo geral, as análises tecidas nesta tese foram as tecnologias em saúde, as quais foram produzidas, aprendidas e ressignificadas pelos/as PEF, assim como as decorrentes dos encontros com os usuários e profissionais da saúde e da rede territorial.

2 MOVIMENTOS METODOLÓGICOS

A escrita desta seção é uma descrição do caminho metodológico, de modo a visibilizar a tessitura construída entre o pesquisador e os/as PEF do NASF, desde as escolhas que envolveram as técnicas de produção de dados, os territórios da pesquisa, os encontros e as questões, até a sistematização e a organização do material empírico. Dito isso, esse capítulo foi organizado através dos elementos conceituais que versam sobre o olhar para o campo; em seguida, os lugares e os/as interlocutores que compuseram essa tessitura; adiante, apresentamos as formas pelas quais as rendas foram organizadas e sistematizadas.

A escolha do campo, dos sujeitos do estudo e como produzir os dados colocava-se como desafio inicial deste estudo. Mesmo nos debruçando em várias literaturas acadêmicas e documentos oficiais e relevantes da SEMUS sobre a Educação Física na ABS local, estes foram insuficientes para realizarmos as escolhas metodológicas.

Nos primeiros encontros com os orientadores e diálogos com os demais colegas de Laboratório de Estudo em Educação Física (LESEF), existia “o chamado comum”, o qual apontava para uma valorização do campo. Nesse sentido, era recorrente ouvir “deixa o campo lhe afetar”, “você tem que conhecer o campo” e “o campo lhe ajudará apontar os caminhos da pesquisa”. Por vezes, soava estranho, por outras, instigava-nos a realizar uma investigação a partir desse “chamado comum”.

Ficou evidente que não coletaríamos dados no sentido de quem colhe informações preexistentes como se fossem recortes da realidade a serem analisados separadamente dos processos de trabalho e dos sujeitos participantes do estudo. Distante dessa intenção, fomos motivados a produzir dados e, para isso, a intervenção no campo investigado não seguiu uma prescrição metodológica rígida e tampouco tínhamos objetivos totalmente definidos.

Isso não significava que não existia “nada em mente”, pois desejávamos estudar o trabalho em saúde do profissional de Educação Física na ABS, pelo entendimento de que todo “trabalho em saúde se dá sempre no encontro, é sempre relacional” (FRANCO; MERHY, 2013, p. 14). Diante desse entendimento, sabíamos que teríamos que olhar para os encontros

relacionais nos processos de trabalho do/a PEF do NASF. Esse olhar foi possível a partir da ótica do trabalho vivo em ato, que é permeado por saberes, práticas, poderes, afetos e interesses que possibilitam experimentações e movimentos de mudanças implicadas com as ações de saúde (MERHY, 1997, 2002).

Essa produção de saúde dá-se no espaço da micropolítica da organização dos processos de trabalho (FRANCO; MERHY, 2003). Os encontros entre os diferentes profissionais de maneira individual e coletiva configuram-se como arranjos que agem de maneira interessada, por vezes, distintos ou de acordo com seus projetos próprios que podem ser oriundos de um coletivo, de uma corporação ou do próprio sujeito (FRANCO; MERHY, 2003).

Para Franco e Merhy (2013, p. 111), esses interesses de agir em saúde pelos profissionais são mobilizados por diferentes forças instituídas e instituintes, de modo que produzir saúde “[...] é ao mesmo tempo tenso na sua constituição, rico na capacidade inventiva, e pode ser tanto ‘generoso’ como ‘perverso’ em torno do cuidado sobre o ângulo das necessidades dos usuários dos serviços de saúde”. Nesse sentido, uma das recomendações dos autores que foi adotada nesta pesquisa é a de que o modo de produzir saúde pode ser percebido por meio de um olhar direcionado aos processos de trabalho. Os autores reforçam ainda que seja (2013, p. 111) “[...] no tempo e no lugar de onde realiza atividade produtiva, no agir cotidiano dos trabalhadores no seu trabalho, no seu fazer produção da saúde”. É no lugar do encontro entre trabalhadores e usuários que está a riqueza e a intensa atividade do cuidado (FRANCO; MERHY, 2013).

Entendemos que todo trabalhador faz gestão do seu trabalho. E a gestão do trabalho em saúde é uma tarefa de todos os atores envolvidos (in)diretamente com o serviço de saúde. Sobre essa dimensão da gestão, Gastão Wagner, em sua obra conhecida como o “Método para análise e cogestão de coletivos”, pontua três funções básicas da gestão. A primeira é sobre os processos de trabalho enquanto produção de valores de uso; a segunda, a cogestão como estratégia de alterar as relações de poder em direção à democracia nos espaços do serviço e; a terceira cumpre uma função pedagógica e terapêutica, a qual aponta o quanto os processos de cogestão influem na produção de subjetividades que, por sua vez, influem sobre a constituição dos sujeitos (CAMPOS, 2014).

Mesmo atentos ao trabalho vivo em ato e à cogestão do processo de trabalho, sabíamos que não acessaríamos a produção de saúde enquanto plano das experiências dos/as PEF na ABS, no sentido de quem escolhe um sujeito privilegiado, uma espécie de “guru” empírico das produções de saúde, tampouco identifica um território “rico” de práticas em saúde para produzir os dados desse estudo, uma vez que também sabíamos do desafio que era realizar a pesquisa

com um número relativamente grande de participantes e de territórios. Nesse sentido, corroboramos com a convicção sobre as práticas de pesquisa que devem ser engajadas em compreender as origens e as manifestações não apenas ao “traumático” no trabalho, como também subsidiar os processos de resistências e superação por parte dos/as PEF enquanto coletivo de trabalho em saúde (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

Com base nesses referenciais, lançamo-nos a conhecer e acompanhar o cotidiano de trabalho dos/as PEF do NASF. Sabíamos também que o processo de investigação colocado em análise com os participantes contribuiria para a produção de dados, para as discussões da gestão das práticas de saúde e da própria pesquisa durante o caminhar no campo. O uso dos recursos de apreender sobre os dados não era uma “camisa de força”, mas foi um instrumento que fez os/as PEF manifestarem-se pela fala, pela escrita e pelos gestos, com os quais expressaram os ruídos e as nuances (in)visíveis dos processos de trabalho.

A seguir, detalharemos os cuidados com o trabalho de campo, os passos iniciais, a escolha do cenário e dos sujeitos em seus campos de atuação, as estratégias e os instrumentos de produção dos dados e a forma de organização dos dados. Tudo isso foi possível devido aos encontros presenciais individuais e coletivos e nos encontros virtuais individuais.

O primeiro contato foi com um profissional de Educação Física da gestão da SEMUS, que aceitou um encontro presencial para conversamos sobre a Educação Física na ABS. Essa profissional foi indicada por um professor do curso de Educação Física da UFES devido à sua trajetória de atuação, desde 2007, na assistência da ABS em UBS e na gestão da SEMUS. Encontramo-nos na UFES, no Centro de Educação Física e Desporto (CEFD), na sala de reunião do LESEF. Na ocasião, conversamos brevemente sobre a Educação Física na saúde pública local. A partir dessa conversa, compreendi, de modo geral, que a inserção da Educação Física na saúde pública foi por meio do SOE e que, tempos depois, em 2007, foram inseridos novos PEF nas UBS com ESF. Em seguida, veio a proposta do NASF para essas UBS, quando os/as PEF passaram a compor e a organizarem-se em direção da função NASF. Ainda nessa conversa, a informante pontuou:

o desafio de sensibilizar e fomentar um alinhamento na atuação dos profissionais de Educação Física inseridos na ABS (lê-se do SOE e NASF), na perspectiva ampliada de saúde, nos princípios do SUS e nas linhas de cuidado em saúde (Diário de Campo, agosto de 2018).

Essa questão abordada em nossa conversa nos chamou a atenção e nos fez perceber o quanto ainda é necessário (re)pensar o papel do profissional e da Educação Física na Atenção Básica à Saúde.

Após o diálogo com a primeira informante, entramos em contato, via *Facebook*, e agendamos um momento com uma profissional da SEMUS que participou da implantação da proposta do NASF. A identificação por essa pessoa deu-se após a leitura de um trabalho de dissertação que abordou sobre a implantação do NASF em Vitória-ES. Em seguida, um professor do curso de Educação Física da UFES recomendou a conversa com essa pessoa. Esse momento aconteceu em uma sala de reunião na própria Secretaria Municipal de Saúde. Fomos bem recebidos, apresentamo-nos e falamos do interesse em pesquisar sobre a Educação Física na ABS de Vitória-ES. O momento levou em torno de uma hora, e dialogamos sobre os critérios de distribuição territorial do NASF, as capacitações iniciais na implantação NASF, os documentos norteadores, o processo de trabalho, bem como sobre os avanços e os aprendizados que, segundo a gestora: “são singulares entre as equipes de NASF e as equipes de saúde da família” (Diário de Campo, setembro de 2018), em especial, sobre a compreensão e a operacionalização da proposta do NASF entre os profissionais matriciadores com as EqSF.

Os diálogos com ambos os profissionais de saúde apontaram uma dada valorização da gestão municipal à Educação Física na saúde pública, além disso, as informações ampliaram nosso campo de visão sobre os diferentes arranjos em que o/a PEF estava inserido na ABS da cidade de Vitória-ES. Entretanto, precisávamos fazer algumas escolhas, tendo em vista como eram amplas as possibilidades de investigações sobre a Educação Física na ABS de Vitória-ES.

A escolha pela Educação Física no NASF (Vitória-ES) foi reforçada pela inserção de nove PEF nas UBS, em 2007, após o concurso nesse mesmo ano pela SEMUS — inclusive com a inserção de novas categorias, como psicologia, fonoaudiologia, serviço social e farmácia —, uma vez que as equipes de saúde da família (notadamente conhecidas como “equipes ampliadas”) eram compostas por médicos, enfermeiros, ACS, auxiliares de enfermagem, dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário e, também, por profissional de Educação Física, fonoaudiólogo, ginecologista, pediatra, sanitarista, psicólogo, assistente social e farmacêutico (BACHETTE; BORGES, 2016; IGLESIAS, 2014; BELLOTI, 2019). Como observado, a inserção da Educação Física nas UBS de Vitória-ES é anterior à portaria nº 154, de 2008, que orientava a implantação de equipes multiprofissionais em arranjos de NASF com apoio financeiro pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Ademais, outro aspecto que mobilizou a presente pesquisa foi o interesse da gestão da SEMUS em implantar a proposta de organização do trabalho do NASF nas “equipes

ampliadas”, através do grupo Condutor, um coletivo de profissionais de diferentes formações em saúde, os quais contribuíram na implantação, na formulação, na organização e operacionalização de oito equipes de NASF, no período de 2014 a 2015, para atuarem na perspectiva teórica e prática do apoio matricial às EqSF (CALENTE, 2017).

Outra singularidade é que, apesar de estar dentro das UBS, cada categoria seguia as orientações das suas respectivas áreas de referências ou programas. No caso dos/as profissionais de Educação Física, suas ações estavam vinculadas à coordenação do SOE, conforme falou P2: “realizávamos avaliação física, encaminhamento ao SOE, grupos de hiperdia (pessoas que convivem com hipertensão e diabetes) e gestantes, a visita domiciliar e as reuniões de equipe eram bastante pontuais, com o NASF ficou mais institucionalizado” (Diário de Campo, setembro de 2019). Isso reforçava, segundo Calente (2017), uma atuação fragmentada e centrada nas ações específicas da categoria ou de suas respectivas áreas técnicas.

Dado o passo na elaboração do objeto de investigação (sob o tema do trabalho em saúde dos/as profissionais de Educação Física no NASF da cidade de Vitória-ES), em outubro de 2018, protocolamos um projeto de pesquisa¹⁵ na Prefeitura de Vitória, o qual foi endereçado ao comitê de pesquisa da ETSUS/SEMUS. Seu resultado saiu três meses depois, em fevereiro de 2019, com a declaração de aprovação da pesquisa e autorização para a entrada no campo.

Antes de ir aos territórios, mapeamos o Plano Municipal de Saúde, a fim de sabermos em quais UBS havia equipes de NASF. Pelo site da Prefeitura Municipal de Vitória capturamos os endereços das UBS. Essa localização foi importante, uma vez que, em 2017, a portaria nº 2.436 estabeleceu uma revisão na PNAB de 2012. Na referida portaria, as equipes de NASF poderiam atuar em UBS que não fossem Estratégia Saúde da Família, o que não foi observado nos documentos da SEMUS. Contudo, a rede de ABS local é composta por 29 UBS. Destas, 23 possuem Saúde da Família com a composição de EqSF, 03 UBS são Estratégia de Agente Comunitários de Saúde (EACS) e 03 não possuem nem EqSF, nem EACS, conhecida como UBS tradicional. Ao todo, a ABS do município conta com 78 EqSF, que fazem a cobertura populacional estimada em 80%, e a cobertura com outras equipes na ABS em torno de 88% (VITÓRIA-ES, 2017).

A divisão das Regiões de Saúde assegura ao município, sob o ponto de vista técnico-operacional, a descentralização dos serviços, do planejamento e dos gestores locais, a partir das

¹⁵ O projeto encaminhado para obter autorização da ETSUS/SEMUS para a inserção do pesquisador no campo foi: “Análise das práticas de saúde do profissional de Educação Física enquanto apoiador matricial na estratégia saúde da família de Vitória-ES”.

necessidades mais relevantes para a obtenção de resultados positivos e resolutivos (VITÓRIA, 2018). Essa divisão corrobora as composições territoriais das redes de atenção à saúde com as 29 UBS, sendo que 43,8% têm a cobertura das 08 equipes de NASF, distribuídas em 05 regiões de saúde, conforme o Quadro 01.

Quadro 01 – Distribuição das regiões de saúde com as respectivas UBS com equipe de NASF, da cidade de Vitória (ES)

Região de saúde	UBS com NASF
Região Santo Antônio	UBS Santo Antônio
Região Maruípe	UBS Maruípe, UBS Consolação, UBS Santa Marta e UBS Andorinhas
Região São Pedro	UBS Conquista, UBS Ilha das Caeiras, UBS Nova Palestina, UBS Resistência e UBS Santo André
Região Continental	UBS Jardim da Penha
Região Centro	UBS Fonte Grande e UBS Vitória
Região Forte São João	-

Fonte: Plano Municipal de Saúde (2018).

Como observado no Quadro 01, há apenas uma região de saúde com ausência de equipe de NASF, entretanto, segundo o Plano Municipal de Saúde, era prevista a implantação de mais 08 equipes de NASF (VITÓRIA, 2018). Com base nos nomes das UBS acima, entre os dias 21 e 28 de fevereiro de 2019, localizamos os respectivos endereços, traçamos um *croqui* da nossa residência até as UBS e fomos fazer os primeiros contatos com os/as PEF do NASF. Os deslocamentos até as UBS foram a pé, de bicicleta e de ônibus. Os usos desses meios de deslocamento contribuíram para adentar nos territórios e observar os pontos fixos, os fluxos, as paisagens e um pouco da dinâmica dos arredores próximos às UBS. Todavia, sempre que chegávamos à UBS, procurávamos pela direção, apresentávamos a declaração da ETSUS sobre a pesquisa e, em seguida, quando o/a PEF estava presente, ele/a era apresentado/a a nós; quando estava ausente, éramos orientados a retornar em outra data.

Cada encontro com os/as PEF era sempre uma “caixa de surpresa” de um campo que poderia ou não se abrir para a pesquisa, pois reservávamos um grau de expectativa e ansiedade em relação à resposta do convite a participar da pesquisa. Procuramos desde o começo falar somente o necessário sobre a pesquisa, que se resumia em: estudar a Educação Física no NASF. Alguns até perguntaram querendo mais informações, outros já elogiavam a intenção da pesquisa e, ainda, houve aqueles que fizeram um breve silêncio; esses últimos deixaram-nos no “vácuo” por alguns instantes. Esses primeiros contatos com os/as PEF do NASF para convite e adesão à pesquisa duraram cinco dias. Foi quando observamos que, das 13 UBS de cobertura pelas 08 equipes de NASF, os/as PEF atuavam em apenas 11 UBS.

De todo modo, a pesquisa teve uma ampla aceitação dos/as diretores/as das UBS, os quais autorizaram a minha inserção no serviço de saúde. Já os/as 08 PEF aderiram totalmente e disponibilizaram-se a participar do estudo, inclusive, alguns ficaram surpresos com o convite e outros disseram ser relevante para a área. Todos/as confirmaram, por meio da assinatura do TCLE, sua inserção na pesquisa. Além disso, os primeiros contatos foram estratégicos para o agendamento e organização dos acompanhamentos em campo nos processos de trabalho dos/as PEF do NASF.

Na condição de “forasteiro” — embora com experiência no trabalho na ABS — e no decorrer da pesquisa, fomos adotando alguns cuidados nos encontros com os sujeitos e sempre levando em consideração o contexto da atividade. Nos encontros nos territórios, nas UBS e nos outros lugares, mantivemos uma atenção e preocupação de não incomodar, embora soubéssemos que nossa presença, de qualquer forma, gerava um “estranhamento” e já se constituía, de algum modo, como interferência. Nos espaços coletivos, como nas reuniões de equipe de saúde da família e do NASF, adotamos uma postura mais de escuta e só falava quando necessário ou convocado pelos sujeitos. Buscamos orientar a atenção à dinâmica do encontro em ato dos profissionais. Ficamos atentos sobretudo às falas, às expressões e aos gestos do/a PEF. Em momentos que ficava só com o/a PEF, quando tínhamos dúvida e inquietações sobre algum acontecimento relativo ao processo de trabalho e organização do serviço, perguntávamos e registrávamos no Diário de Campo.

Outros aspectos foram as pactuações prévias com os participantes do estudo, como, por exemplo, em relação à data, horário e tempo de atividade. Levamos em consideração as disponibilidades dos sujeitos e, atentos, mantivemos contato com a área de referência técnica do NASF na SEMUS e com os/as diretoras das UBS e, evidentemente, com as agendas dos/as PEF no serviço.

De início, buscamos conhecer o trabalho dos 08 PEF/NASF. Para isso, sem nos filiaros totalmente, fizemos escolhas metodológicas no decorrer do campo. Utilizamos como base a pesquisa etnográfica, a qual possibilitou colocar questões iniciais sem negar o surgimento de novos questionamentos, com um tempo mais ou menos prolongado com os participantes do estudo em sua vida real. A partir das primeiras incursões no campo e das anotações a partir das observações, elaboramos algumas questões iniciais sobre os aspectos que incidem na dinâmica do trabalho em saúde do/a PEF do NASF, na cidade de Vitória-ES. Assim, elaboramos algumas perguntas que orientaram a primeira investida na pesquisa direcionada aos/às PEF do NASF:

- a) Quais as atividades que o/a PEF do NASF realizam e participam nos territórios?
- b) Como se organizavam, quem participava e onde são realizadas suas atividades?

- c) Em que medida o/a PEF/NASF articula-se com os demais membros do NASF e das Equipes de Saúde da Família?
- d) Quais são os casos e demandas de saúde dos usuários em que solicitam a participação do/a PEF/NASF?
- e) Quais e como os/as PEF do NASF participam da gestão dos processos de trabalho?
- f) Quais as articulações que os/as PEF realizam no território de saúde?

As questões foram elaboradas *pari passu* ao caminhar durante a inserção nos territórios e nas UBS, considerando as atividades e diálogos a cada encontro com o/a PEF. Lembramos de que as questões “a e b” foram elaboradas em uma UBS, logo no primeiro acompanhamento, quando percebemos que havia ações em que o PEF era responsável direto, e outras em que o/a PEF era convidado/a ou convocado/a a participar (Diário de Campo, fevereiro de 2019).

Em relação às questões “c e d”, em certa medida, podemos dizer que elas são um desdobramento das questões “a e b”, que foram reforçadas quando o/a PEF mobilizava ou era mobilizado a trabalhar junto. Essas articulações davam-se nos corredores, na copa da UBS e nas salas, sem agendamento prévio (Diário de Campo, fevereiro de 2019). Já a questão “e” foi decorrente de algumas falas que apontavam para uma sistemática ou ausência de reuniões de equipes (Diário de Campo, março de 2019). A questão “f” deriva de um convite de uma PEF para acompanhá-la em uma reunião, na qual tematizava sobre problemas do território com outros gestores e profissionais dos serviços públicos, presentes no território para articulações intersetoriais (Diário de Campo, março de 2019).

Fizemos uso da técnica da observação participante e do Diário de Campo. Para Richardson e colaboradores (2012), a observação participante é indicada em fases exploratórias e requer alguns cuidados por parte do observador, como se apresentar e comunicar sobre a pesquisa. Já o Diário de Campo foi o instrumento de registro. Inicialmente, fizemos os registros em diferentes momentos dos encontros e, às vezes, durante o desenrolar da atividade e ao término dos encontros. Esses diferentes momentos de anotações eram decorrentes da dinâmica em que a atividade era desenvolvida. Por exemplo, quando havia mais de um profissional fazendo registros e anotações, escrevíamos durante a atividade. Do contrário, deixávamos para escrever logo após o momento. Entretanto, de todo modo, quando chegávamos do território, fazíamos a digitação e ampliávamos com mais informações e percepções acerca do encontro e da atividade propriamente dita. Com a combinação de ambas as técnicas, o período de inserção

nos permitiu adentrar na dinâmica dos processos de trabalhos dos/as PEF e uma maior aproximação com os participantes da pesquisa. Além disso, os encontros nos possibilitaram, ainda, observar os outros encontros entre os/as PEF do NASF com os usuários em ato e demais atores da UBS e de outros serviços públicos do território.

Seguimos essa premissa metodológica de fevereiro a abril de 2019, com o uso da técnica de observação participante e do Diário de Campo. Por meio dessas estratégias, buscamos anotar e sistematizar os encontros, as práticas de saúde realizadas e a organização da atividade, desde elementos formais, objetivos e organizativos, como o nome da atividade propriamente dita, a sistemática, quem participou, a frequência, a organização, as pautas abordadas e as temáticas discutidas. Além desses dados, conseguimos sistematizar as práticas de saúde — descritas do trabalho — em formato de situações, com acréscimo de falas, comportamentos e expressões dos sujeitos do trabalho. Embora não tenhamos conseguido escrever em sua extensão tudo o que a atividade e o encontro proporcionaram, sendo uma limitação do Diário de Campo e da observação participante, foi possível organizarmos as situações descritas no trabalho em formato de “cenas”. As descrições das cenas (Apêndice E) descortinavam os momentos com os/as PEF em suas atividades. Cada cena consistia nos participantes do encontro e falas principais, local e ambiência, organização da atividade, temas e assuntos que giravam em torno dos encontros, a participação do usuário, usos e apropriações de recursos tecnológicos, expressões e gestos de afetos, de insatisfação, os silêncios e, em certa medida, as relações de poder, usos e apropriações de conhecimentos durante a atividade.

Além disso, entre uma ação e outra, foram reservados os momentos de tomar um café na copa, lanches compartilhados e almoço junto com alguns PEF que ficavam no território e onde trabalhavam dois turnos. Ainda, em alguns retornos a residência, vínhamos de carona com os/as PEF. Nesses momentos, as conversas informais aconteciam sobre o serviço, a vida pessoal, política e outros. Assim, esses diferentes encontros permitiram uma maior aproximação entre o pesquisador e os participantes do estudo.

As atividades que acompanhamos foram: 12 aulas em Grupos de Práticas Corporais e Atividade Física; 07 reuniões de NASF; 09 reuniões de EqSF; 18 atendimentos individuais; 02 visitas domiciliares; 01 atendimento multiprofissional; 03 atendimentos conjuntos a outros profissionais do NASF; 02 reuniões intersetoriais; 02 grupos de educação em saúde com EqSF; 01 grupo de acolhimento de pais e filhos com membros do NASF; 07 atividades e atendimento com as PICS; e 01 articulação do PEF do NASF com o SOE. Além dessas atividades, acompanhamos os registros digitais das atividades, atendimentos com evolução do prontuário

eletrônico realizados pelos PEF, pois suas produções eram hospedadas na plataforma digital, conhecida como Rede Bem-Estar.

Contudo, no território de atuação do PEF P7, ocorreu um episódio que chamou atenção: não fomos autorizados a participar da reunião do NASF. Mesmo repassando, via *WhatsApp*, todos os documentos e o resumo do projeto pelo PEF P7 — o qual relatou que apresentou à equipe do NASF da qual faz parte —, isso não foi o suficiente, pois alegaram que o objetivo da pesquisa era voltado para a Educação Física e não para a equipe do NASF. Quando recebemos a notícia, ficamos perplexos, pois já tínhamos participado de outras reuniões do NASF com os demais PEF e nas quais fomos bem recebidos, exceto em equipe do NASF que, de fato, não estava realizando reuniões no período de aproximação do campo.

O acompanhamento a cada PEF do NASF durou, em média, de cinco a seis dias, no período de fevereiro a abril de 2019. Durante esse período, percebemos elementos que atravessam a organicidade do trabalho dos/as PEF em seus modos próprios de agir em saúde. Nesse sentido, identificamos apropriação, reconhecimento e resistência do/a PEF quanto à proposta do NASF de Vitória-ES; percebemos aproximações e afastamentos do trabalho em conjunto do/a PEF e membros das equipe do NASF e EqSF, entre tensões e vínculos; observamos presença e ausência de apoio por parte do grupo condutor e diretor/a da UBS nos processos de trabalho do PEF/NASF; desconhecimento, impasses, reconhecimento e aceitação por parte dos/as PEF do NASF quanto às normativas técnicas e operacionais da SEMUS; observamos diferentes usos das atividades de núcleo no exercício profissional do/a PEF/NASF; observamos envolvimento e limitações do/a PEF no enfrentamento de questões sociais e sanitárias do território, bem como de questões relacionadas aos processos saúde-doença, cuidado de usuário e família; verificamos, ainda, presenças e ênfases, tais como: dos saberes da formação inicial e continuada, dos processos formativos internos e externos à SEMUS, assim como da experiência do/a PEF no atendimento ao usuário e na relação com os demais membros das equipe de NASF e EqSF. Contudo, esses atravessamentos nos impulsionaram a elaborar novos questionamentos e argumentos, os quais foram direcionados aos/às PEF da seguinte forma:

- g) Em que medida a proposta do NASF orienta o trabalho em saúde do/a PEF do NASF?
- h) Qual o papel desempenhado pela(s) referência(s) técnica(s) da gestão central da SEMUS e direção da UBS nos processos de trabalhos do PEF do NASF?
- i) Quais os problemas e as demandas de saúde enfrentados pelo/a PEF do NASF?

Após esse período de observação participante com os 08 PEF do NASF em seus respectivos territórios, ocorreram 03 encontros com os/as PEF do NASF. Esses encontros foram denominados de Grupo Ampliado de Pesquisa (GAP), formado pelos PEF que foram acompanhados. O primeiro GAP foi realizado em maio, o segundo em outubro e o terceiro em novembro de 2019, sendo que todos foram realizados na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Realizamos esses encontros mediante articulação e colaboração da referência técnica do NASF da SEMUS, com a pesquisa e o apoio incondicional dos/as 11 diretores/as das UBS na liberação do/a PEF/NASF do horário de trabalho.

A comunicação para a organização desses encontros ocorreu da seguinte forma: primeiro, sondávamos com os/as PEF o melhor dia da semana e horário que não atrapalhasse o andamento dos seus respectivos serviços de saúde, em seguida, com bastante brevidade quanto à data e ao horário, encaminhávamos um e-mail para a referência técnica do NASF com a programação prevista do GAP. Após isso, a própria referência técnica enviava o e-mail com cópia para os/as 11 diretores/as. Feito isso, acompanhávamos, via grupo do *WhatsApp*, quem recebia a solicitação e se foi autorizado a participar. Esse fluxo contribuiu bastante para garantir, no tempo do trabalho, a participação do/a PEF no GAP, tanto que, quando algum PEF não tinha sido comunicado, nós acionávamos a referência técnica para reenviar e-mail à direção ou, como aconteceu uma vez, o PEF perguntava sobre o e-mail do GAP à sua direção da UBS. Essa articulação via gestão foi tão relevante que evitou a ausência do PEF no GAP, exceto quando o/a PEF estava de atestado médico ou de férias. Nesse último caso, ficava facultativa a sua participação.

Os GAP foram espaços de encontro para análise coletiva do trabalho do/a PEF no NASF. As cenas das situações descritas previamente, oriundas das observações e registros dos Diários de Campo, foram lidas de forma individual ou coletiva. Após a leitura, as cenas produziam debates que, por muitas vezes, remetiam às experiências singulares dos PEF no trabalho nos territórios. Ainda nos GAP, adicionamos as questões g, h e i, apresentadas na página anterior, as quais provocaram reflexões e problematizações acerca das experiências na ABS e que corresponderam à implantação da proposta do NASF, desde a inserção do/a PEF no serviço até os dias atuais.

O ambiente do GAP era organizado com uma mesa de alimentos (bolo, tapioca, cuscuz e biscoitos) e bebidas (café, água e chimarrão). Sentávamo-nos em círculo, cada PEF recebia a coletânea das cenas, apresentávamos, (re)formulávamos, pactuávamos a programação do dia, mantínhamos dois gravadores de voz ligados e, ainda, fazíamos uso de blocos de anotações durante todos os GAP. Essa ambiência contribuiu para o exercício da fala, da escuta, das

problematizações, das reflexões, das dificuldades, das facilidades, dos entraves, dos sofrimentos, dos avanços, dos desafios e das nuances relatadas a partir do plano das experiências dos seus respectivos cotidianos de trabalho. Nesse sentido, os processos de trabalho analisados no GAP não se limitaram apenas aos aspectos estruturais, organizacionais, funcionais da norma que a atividade exige; mais do que isso, os GAP potencializaram aspectos relacionais, simbólicos, afetivos, éticos e formativos intrínsecos ao trabalho em ato (FRANCO; MERHY, 2013).

A aproximação do pesquisador com os participantes durante as observações reforçou a investida no grupo ampliado de pesquisa, uma vez que os/as PEF manifestaram a relevância e interesse em discutir sobre a atuação e o trabalho da Educação Física no NASF. Por outro lado, alguns PEF relataram que “só aconteceu apenas uma reunião com a Educação Física do NASF, outros disseram que nem lembravam mais, e todos afirmaram ser importante a SEMUS garantir a reunião por categoria do NASF” (Diário de Campo, maio de 2019). Diante dessas falas, observamos que os GAP, mesmo em comparação com as reuniões de categoria, configuraram-se como espaços de reflexão-ação-reflexão acerca do trabalho em saúde e atendiam a uma necessidade dos/as PEF do NASF.

Ainda sobre os GAP, é relevante informar que, entre o primeiro e o segundo encontro, o pesquisador deste estudo passou por duas cirurgias, as quais foram decorrentes de problemas de saúde¹⁶. Ao retornar a Vitória-ES, após a primeira cirurgia, tive que rearticular os encontros com o grupo ampliado de pesquisa junto à área técnica do NASF. Foi quando surgiu um convite da SEMUS para apresentar a proposta da pesquisa em uma reunião do Grupo Condutor, realizada no dia 17 de setembro de 2019. A nossa participação nessa reunião ampliou os “ecos” da pesquisa na SEMUS, aproximou o pesquisador do coletivo que presta apoio ao NASF e ampliou o acesso na gestão. Foi nessa reunião que afirmamos os encontros do GAP, previamente já combinados com os/as PEF do NASF.

Foi no primeiro encontro do Grupo Ampliado de Pesquisa que solicitamos o preenchimento de um formulário com questões sobre a inclusão de práticas de saúde não identificadas no período de observação, bem como detalhamentos de todas elas. Além disso, solicitamos informações de aspectos pessoais, formativos e profissionais. A aplicação desse

¹⁶ A primeira cirurgia ocorreu por decorrência de uma apendicite com início de infecção e foi realizada no mês de julho de 2019. A segunda foi realizada como decorrência de uma hérnia inguinal à direita, em que o procedimento cirúrgico foi na terceira semana de setembro de 2019. Ambas as cirurgias foram realizadas pelo SUS da cidade de Iguatu-CE. Diante disso, ausentei-me do campo no mês de julho, retornando a Vitória-ES em agosto do mesmo ano. Depois, ausentei-me novamente trinta dias entre a terceira semana de setembro a outubro de 2019.

instrumento trouxe mais dados de como se organizam as práticas de saúde de forma individual, territorial e coletiva. Já os demais aspectos (pessoais, formativos e profissionais) contribuíram para conhecermos mais acerca dos participantes da pesquisa, conforme descrito no Quadro 02.

Quadro 02 - Caracterização dos Profissionais de Educação Física na saúde, do NASF da SEMUS, Vitória-ES

(continua)

PEF	Descrição
P1	<p>-Licenciada de atuação Plena em Educação Física por uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada, na cidade de Fortaleza-CE. Tempo de graduada e de experiência profissional soma-se 40 anos. Destes, há 12 anos vem atuando na ABS efetivada pelo concurso de 2007;</p> <p>-Especialista em Natação e Fisiologia do Exercício Físico;</p> <p>- Atuou como professor de ginástica em academia privada, professora de educa�o física escolar em colégio particular, atuou na secretaria de esporte como professora e em clube esportivo com nata�o.</p> <p>- Carga horaria de trabalho no NASF 40h por semana.</p>
P2	<p>Licenciada de atua�o Plena em Educa�o Física por uma institui�o pública, na cidade de Vitória-ES. Tempo de graduada 23 anos, concursada pela Secretaria Municipal de Educa�o que foi cedida para atua�o no SOE e em 2007 com o concurso ampliou sua carga horaria na SEMUS, atualmente atua no NASF e no SOE em horários e territórios diferentes;</p> <p>- Especialista em Educa�o Física Escolar Fisiologia do Exercício Aten�o Primária na Saúde Educa�o Permanente. Mestrado em Educa�o Física;</p> <p>- Atuou em academia privada como avaliadora física e <i>personal trainer</i>, e professora de educa�o física escolar.</p> <p>- Carga horaria de trabalho no NASF 30h por semana.</p>
P3	<p>- Licenciada de atua�o Plena em Educa�o Física por uma IES pública, na cidade de Vitória-ES, � também formada em bacharel de fisioterapia. Tempo de graduada e de experiência profissional soma-se 19 anos, destes 12 anos são de atua�o na SEMUS efetivada pelo concurso de 2007;</p> <p>- Especialista em Fisiologia do Exercício e Medicina Tradicional Chinesa;</p> <p>- Suas experiências profissionais foram em academia privada como professora de nata�o, hidroginástica, <i>personal trainer</i> e na muscula�o. Foi professora de educa�o física escolar e coordenadora de escola. Atuou como concursada no SOE – PMV, antes do NASF.</p> <p>- Carga horaria de trabalho no NASF 40h por semana.</p>
P4	<p>- Licenciada de atua�o Plena em Educa�o Física por uma IES pública, na cidade de Vitória-ES. Tem 13 anos de formada e experiência profissional, destes 5 anos são de atua�o na SEMUS na condi�o de concursada. Atua também em academia de ginástica privada com aulas de ginástica localizada e Zumba;</p> <p>- Especialista em Educa�o Física Escolar e Saúde Coletiva;</p> <p>- Trabalhou como professora de ginástica laboral, em escola de esporte, como professora de educa�o física escolar e na área da muscula�o em academias privadas.</p> <p>- Carga horaria de trabalho no NASF 40h por semana.</p>
(continua�o)	
P5	<p>- Licenciada de atua�o Plena em Educa�o Física por uma IES pública, � bacharel em Fisioterapia por uma IES privado, ambas gradua�es foram na cidade de Vitória-ES. Tem 13 anos de formada e de experiência profissional, concursada em 2007 na SEMUS;</p> <p>- Especializa�o em Educa�o Física escolar, Saúde Coletiva, Fisioterapia dermato-funcional Reeduca�o Postural Global e Yoga;</p> <p>- Foi professora de educa�o física escolar e atuou como fisioterapeuta na área da est�tica.</p> <p>- Carga horaria de trabalho no NASF 40h por semana.</p>
P6	<p>- Licenciado de atua�o Plena em Educa�o Física por uma IES pública, na cidade de Vitória-ES, � também bacharelado em direito. Tem 19 anos de atua�o profissional, concursado em 2007 com 12 anos de atua�o na SEMUS;</p> <p>- Especialista em Fisioterapia Desportiva e Traumato-Ortopedia;</p> <p>- Tem experiência como professor de muscula�o, <i>personal trainer</i> e gestor de academia de ginástica privada.</p>

	- Carga horaria de trabalho no NASF 40h por semana.
P7	- Bacharelado em Educação Física, por uma IES privada, no município de Vila Velha-ES, tem 11 anos de formado e experiência profissional. Concursado desde 2007, cedido pela guarda municipal da PMV, atuou na Rede de Atenção Psicossocial, atualmente na UBS; - Atuou como professor de matemática, de musculação, foi avaliador físico e <i>personal trainer</i> em academias, já na prefeitura de Vitória-ES foi guarda municipal. - Carga horaria de trabalho no NASF 40h por semana.
P8	- Licenciado, de atuação Plena em Educação Física, por uma IES pública, em São Paulo capital. Tem 15 anos de formação e atuação profissional, concursado em 2007, atua há 12 anos na SEMUS; - Especialista em Bioquímica, Fisiologia, Treinamento e Nutrição Desportiva; mestrado e doutorado em Ciências Fisiológicas; - Atuou como professor de musculação, de iniciação esportiva e <i>personal trainer</i> . - Carga horaria de trabalho no NASF 30h por semana.

Fonte: dados coletados por este pesquisador.

O perfil da formação inicial dos/as PEF do NASF de Vitória-ES corrobora o levantamento de Santos (2013), em que 74,7 % de 296 PEF vinculados às equipes do NASF, nas diferentes regiões brasileiras, eram formados em licenciatura de atuação plena. Quanto às IES onde os participantes desse estudo cursaram sua formação inicial, o resultado foi diferente do levantamento nacional, em que 163 (que equivale a 55,6%, a maioria) tiveram sua formação por IES privada (SANTOS; BENEDETTI, 2012). Acrescentamos, ainda, que a representação de um PEF bacharelado entre os participantes corrobora a portaria nº 256 de março de 2013, a qual entende que o PEF da saúde pode ser formado em licenciatura ou bacharelado (BRASIL, 2013). Quanto às pós-graduações, observamos uma predominância da área de biomecânica atrelada à fisiologia e treinamento esportivo, em seguida, à Educação Física escolar e, por último, à área da saúde pública, o que expressa alta capilaridade da subárea biodinâmica em detrimento das áreas pedagógica e sociocultural. Isso reflete também nas experiências profissionais pregressas, pois, em sua maioria, os/as PEF do NASF atuavam no mercado privado do *fitness* e na Educação Física escolar.

A questão da carga horária e a quantidade de EqSF em que uma equipe de NASF deve fazer o apoio sempre foi ponto de debate, desde a sua implantação da proposta do apoio matricial, a ser desenvolvido entre as equipes multiprofissionais para o NASF no país. Esse debate girava em torno de uma distribuição que garantiria o vínculo e a cogestão do trabalho entre as equipes. Em geral, é a gestão municipal que faz essa divisão, a partir dos parâmetros do Ministério da Saúde. Mesmo com a nova PNAB de 2017 que ampliou o NASF para UBS sem ESF e o programa Previne Brasil (2019), a SEMUS não fez alterações na distribuição, mantendo a orientação da PNAB de 2012. Sobre isso, a distribuição da carga horária dos/as PEF do NASF local corrobora o levantamento de Santos e Benedetti (2012), em que 88,5% de 269 eram 40h semanais.

Ainda nesse primeiro encontro, solicitamos que cada participante do GAP relatasse suas experiências no NASF. Essa questão abriu um fecundo diálogo, o qual girou em torno dos primórdios da inserção da Educação Física nas UBS, dos primeiros passos da implantação do NASF e das formas de organização dos trabalhos junto aos demais membros do NASF e as EqSF. Nesse diálogo, percebemos as repercussões da proposta do NASF de forma particular, territorial e coletiva, quanto à organização do serviço, do trabalho em equipe, do cuidado ao usuário e às demandas por saúde no âmbito individual e do território. Aspectos que são dinâmicos do cotidiano e que compõem o trabalho dos/as PEF.

No segundo encontro do GAP, estiveram presentes 07 PEF, e propusemos dois momentos: um debate sobre as situações descritas do trabalho e, no outro, discutimos sobre o entendimento da proposta do NASF na organização do trabalho da Educação Física no NASF e o papel desempenhado pela gestão da SEMUS por meio do Grupo Condutor, SOE e da direção da UBS na organização do serviço do PEF/NASF. Essa pergunta teve como base várias falas observadas, conforme registro de campo, pois a referência técnica do NASF é desenvolvida pelo grupo condutor. Entretanto, constatamos que os/as PEF do NASF participavam das reuniões ampliadas e ações coordenadas pela gestão central do SOE. Diante disso, emergiu a necessidade de compreender como esses diferentes segmentos da gestão da SEMUS incidem na orientação do trabalho em saúde do/a PEF do NASF.

No terceiro encontro do GAP, estiveram presentes 07 PEF. No primeiro momento, demos continuidade ao debate sobre as situações descritas do trabalho. Depois, discutimos sobre as demandas e as necessidades de saúde enfrentadas por cada PEF em seus respectivos territórios. Essa pergunta foi gestada a partir das observações registradas no Diário de Campo e das discussões de casos e situações-problema do território, as quais foram observadas nas reuniões de equipe de NASF e EqSF, como: “problemas de saúde mental, as violências, automutilação e *bulling* na escola, áreas de pobreza extrema, tentativa de suicídio e tráfico de drogas” (Diário de Campo, fevereiro de 2019). Eram demandas que chegavam às UBS e que, por várias vezes, o/a PEF era acionado(a) a compor com os demais membros das equipes para atuar sobre essas situações problemas.

Nos GAP, identificamos que as falas também circulavam em torno da política do NASF, da PNAB e dentre outras, bem como acerca da gestão e atenção à saúde adotadas pela SEMUS para ABS. Diante desses aspectos, as falas tinham sempre as seguintes afirmações: “no meu território ou na minha UBS é assim ou não é assim que o meu faz”. Havia também os pares nas formas de atuar, como: “eu faço desse jeito também” ou “o meu NASF faz desse jeito” (Diário

de Campo, GAP). As falas circulavam e ganhavam mais profundidade com as percepções e representações sobre como se dava o trabalho em saúde e assistência ao usuário.

Como mencionamos no início desta seção, a escolha pelo enfoque do estudo e do campo de pesquisa foi um desafio, o que se tornou complexo mesmo em posse das informações, dados e impressões produzidas do campo, desde os primeiros contatos com os “informantes-chave”, o período de acompanhamento das atividades realizadas e as formas de organização dos serviços dos 08 PEF do NASF. Além disso, o primeiro GAP se aprofundou acerca das experiências ocorridas antes e depois da implantação da proposta do NASF. Por outro lado, a orientação que seguíamos era a seguinte: “deixa o campo lhe afetar, olhe para o campo, vamos acompanhar pra ver o que o campo aponta, numa dessas, você encontrará”. Esse direcionamento tinha como finalidade não tomar uma decisão arbitrária ou uma escolha sem fundamentos, pois, se assim fizesse, seria uma contradição, sobretudo quanto à ideia de cogestão dos processos coletivos apontados no começo dessa seção, conforme proposto por Campos (2000).

Na direção de identificar o campo de pesquisa junto aos PEF do NASF, ao final dos primeiros contatos, identificamos que os 08 PEF do NASF se interessaram em participar da pesquisa. O que, juntos, correspondem às 11 UBS de suas coberturas. Entretanto, devido à distribuição das equipes de NASF, alguns dos PEF do NASF têm mais de uma UBS, o que totaliza 08 territórios de saúde. Dessa maneira, surgiu a necessidade de fazer uma difícil escolha: “Em qual desses territórios realizaria, de modo mais intenso, o acompanhamento da atividade dos PEF no NASF?”. Diante disso, discutimos, no primeiro grupo ampliado de pesquisa, em maio de 2019, quais critérios deveriam balizar a escolha dos territórios de saúde e, conseqüentemente, os/as PEF do NASF. Essa questão foi abordada por último e, dessa forma, observamos que as falas sobre as experiências individuais com o NASF levantaram um “panorama” de como os/as PEF têm atuado em arranjos de NASF. Isso colaborou na construção dos seguintes critérios para escolher os territórios em que acompanharíamos, com profundidade, o trabalho do/a PEF na ABS de Vitória:

- 1) Uma equipe em que “o comum” do NASF vem dando “certo” e outra equipe de NASF que “o comum” não está “andando legal”, para identificar problemas e saber por que não estão desenvolvendo o comum do NASF;
- 2) Dois territórios com perfis de classe social diferentes: um de classe média e outro (classe social com baixo poder aquisitivo);
- 3) Um profissional de Educação Física que trabalha em duas UBS e o outro que atua apenas em uma UBS. Nesse caso, um PEF que trabalha no Regime de 30h e outro, no de 40h, respectivamente (Diário de Campo, maio de 2019).

Os critérios elaborados foram produzidos no debate que fizemos sobre as experiências relatadas por cada profissional de Educação Física no primeiro encontro. No conjunto desse debate, percebemos avanços, dificuldades, resistências, desafios, conflitos, superações, (in)satisfações, implicações, potencialidades do território, entre outros fatores deflagrados por meio da fala. De modo geral, todos esses fatores giravam em torno da compreensão, (des)conhecimento, aceitação, rejeição e apropriação sobre a proposta do NASF. Todos esses aspectos eram sensíveis ao trabalho em equipe prescrito e orientado aos membros do NASF, devido às mudanças organizativas que aconteceram. Como relatou Calente (2017), a atuação dessas categorias, incorporadas desde 2007 e, no caso da Educação Física, desde 2005, era fragmentada e centrada nos seus respectivos núcleos de atuação. Conforme as falas dos/as PEF, isso se tornou “um desafio desde a sua implantação em ter que restabelecer outras rotinas de trabalho” (Diário de Campo, maio de 2019). Um desafio que se dá e que somente pode ser enfrentado no cotidiano do trabalho vivido.

Nesse sentido, um aspecto relevante destacado pelo grupo foi o “**comum do NASF**”, sendo uma preocupação da categoria com o trabalho de campo comum que é preconizado pela proposta do NASF. Esse “comum” diz respeito ao trabalho que o NASF deve operar junto às equipes de saúde da família, como o apoio matricial, a clínica ampliada e o uso das ferramentas tecnológicas para o cuidado, conforme consta nos cadernos da ABS de nº 27 lançado em 2010, que versa sobre as diretrizes do NASF, e do caderno da ABS nº 39, que aborda sobre as ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano do NASF publicado em 2014, ambos pelo Ministério da Saúde. Sendo o último lançado um ano após o início da implantação do NASF de Vitória-ES.

Ainda nessa esteira do “**comum do NASF**” e seus documentos normativos sobre o NASF, o município em tela elaborou, em 2016, as Diretrizes para a organização e o funcionamento dos núcleos de apoio à saúde da família local. Esse material escrito pelo grupo condutor descreve a gestão, organização e territorialização, registro e monitoramento das atividades do NASF (VITÓRIA-ES, 2016).

Um outro documento, de modo mais específico para a Educação Física, foi lançado em 2015, é intitulado de: “Diretrizes de atuação do profissional de Educação Física na atenção básica à saúde do município de Vitória-ES”, e foi escrito pelos profissionais de Educação Física da gestão e atenção do SOE. No começo do referido documento, existe uma descrição histórica dos PEF no SOE e, as páginas seguintes, tratam dos objetivos de atuação e prescrevem como realizar as seguintes atividades: práticas corporais/atividade física; atividade

educativa/orientação em grupo na atenção básica; participações em reuniões; consultas/atendimentos domiciliares; e abordagem cognitiva comportamental do fumante (VITÓRIA-ES, 2015).

Esses documentos reforçam uma emergente ampliação da Educação Física na ABS. Diante disso, no caso da Educação Física do NASF, evidenciamos que seus profissionais são, também, orientados pela coordenação do SOE. Uma demarcação dessa área técnica foi “a participação sistemática, uma vez ao mês, dos/as PEF/NASF nas reuniões organizadas e eventos pela equipe da área técnica do SOE” (Diário de Campo, novembro de 2019). Desta forma, entendemos a relevância e a importância dos documentos para as orientações gerais dos processos de trabalho, ou, como bem colocou o primeiro informante desta pesquisa, o “alinhamento da atuação do/a PEF na ABS” (Diário de Campo, setembro de 2018).

Em relação ao critério carga horária e à quantidade de UBS em que os PEF do NASF atuavam, optamos por focar em uma questão central, que é a dinamicidade organizativa do trabalho do PEF/NASF na cobertura de EqSF. Sobre esses aspectos, a gestão municipal local adotou o que é preconizado pelo Ministério da Saúde em 2012: entre cinco e nove EqSF para cada equipe de NASF. Com base nesse critério, a Tabela 01 apresenta a distribuição de EqSF e UBS por cada PEF.

Uma prerrogativa adotada no NASF de Vitória-ES foi que cada profissional do NASF era corresponsável direto por uma ou duas EqSF. Nesse caso, o profissional com 30h tinha uma EqSF, e o com 40h, duas EqSF de UBS diferentes. Cada EqSF é responsável por uma microárea adstrita em um determinado território de saúde. Essa distribuição exige do profissional o alargamento da interface entre as EqSF, a partir do acompanhamento sistemático dessas equipes em articulações com os demais membros do NASF, por meio dos processos saúde-doença, cuidado e outras demandas identificadas pelas EqSF.

Tabela 01 – Divisão do quantitativo de Unidade Básica de Saúde e Equipe de Saúde da Família pelos Profissionais de Educação Física do NASF, Vitória-ES

PEF	Nº Unidade Básica de Saúde	Nº de Equipe de Saúde da Família
P1	1	6
P2	1	5
P3	2	8
P4	2	6
P5	1	5
P6	1	3
P7	2	6

P8

1

4

Fonte: elaborada por este pesquisador (2021).

Em posse dos critérios e do acervo de material empírico construído coletivamente, identificamos 02 PEF (P2 e P4) que faziam cobertura em 03 UBS. A UBS do bairro Jardim da Penha tinha uma PEF com a carga horária de 30h e que fazia parte de equipe de NASF, bem como apresentava uma organicidade nas “ações comuns”. Sobre o NASF dessa UBS, foi recorrente nas falas dos/as PEF, no primeiro grupo ampliado de pesquisa, o quanto o NASF de Jardim da Penha apresentava uma organização do serviço mais “estruturado” em vista do que era preconizado pelas diretrizes do NASF.

As demais UBS foram as dos bairros de Santa Marta-Joana D’arc e de Andorinhas, com uma PEF com carga horária de 40h. A PEF “afirmou que o NASF apresentava ainda dificuldades em sua operacionalização, mesmo com avanços em uma das UBS” (P4, Diário de Campo, maio de 2019). A PEF apontou que um dos avanços foi justamente o papel de apoio técnico-assistencial que ela e os demais membros do NASF vinham desenvolvendo junto às equipes de saúde da família.

As 03 UBS também faziam cobertura a 03 bairros que apresentavam Índice de Qualidade Urbana (IQU) e renda média diferentes. Esses indicadores foram escolhidos pelo pesquisador e correspondem ao critério sobre bairros com classes sociais diferentes. Diante disso, temos o bairro de Jardim da Penha, o qual ocupa o 6º lugar do ranking com o IQU 0,79 e o valor de R\$ 6.191,80 como renda média. Os bairros Andorinhas, Santa Marta e Joana D’Arc, que são territórios vizinhos, ocupam 48º, 51º e 39º na classificação geral do IQU, com valores de 0,49, 0,47 e 0,53, com renda média de R\$ 1.673,92 e R\$ 1.943,75 e R\$ 2.474,42, respetivamente (LEGADO DE VITÓRIA, 2017)¹⁷.

Iniciamos o acompanhamento de P2 e P4 em todas as suas atividades. P2 atuava somente pela manhã, já P4 trabalhava pela manhã e à tarde. Conforme suas agendas, acompanhávamos P2 pela manhã e P4 em todas as tardes. A depender das suas rotinas de trabalho pela manhã, intercalávamos entre as atividades de P2 e P4. Essas intercalações decorriam de ações e atividades sinalizadas pelas PEF.

Inicialmente, fizemos um levantamento das atividades do trabalho comum de ambas as PEF, o qual apontou para as reuniões de NASF e EqSF. Os dias e horários das reuniões semanais

¹⁷ Legado de Vitória é um site que disponibiliza uma diversidade de informações sobre o município de Vitória, contendo dados, indicadores e descrições dos equipamentos, programas e serviços públicos existentes no município. Os dados estão disponíveis por município, região ou bairro. Disponível em: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/bairros.asp>. Acesso em: 20 mai. 2020.

eram diferentes, o que facilitou a nossa imersão nesses espaços. Nas primeiras reuniões, apresentamos, de forma detalhada, a proposta da pesquisa e a metodologia. Entregamos a declaração da ETSUS para as equipes e solicitamos a participação à direção. Informamos sobre o uso do Diário de Campo para anotações e reforçamos que esse material poderia ser acessado a qualquer momento. No geral, não tivemos impedimento para participar (como pesquisador) desses espaços coletivos. Pelo contrário, nossa presença nas reuniões e participação foram bem-aceitas pelas equipes de NASF e EqSF.

Contudo, aconteceu um fato inusitado. Em uma reunião de NASF, a diretora da UBS fez a seguinte fala:

Um profissional da SEMUS perguntou a mim por que o André [pesquisador] estava participando da reunião do NASF. Eu disse a ele [profissional da SEMUS] que sabia do estudo do André: é sobre Educação Física no NASF, mas na hora não soube responder qual o objetivo. Falei ao profissional da SEMUS que ele [André] tinha entregado toda a documentação da SEMUS e da ETSUS [declaração de autorização da pesquisa]. Afirmei ao profissional da SEMUS que o André falou sobre o estudo e a metodologia na reunião de NASF e nas reuniões ele [o André] não atrapalha. Pelo contrário, ajuda e colabora, pois caso ele atrapalhasse, eu já teria falado com ele [André] para não participar das reuniões (Diário de Campo, novembro de 2019).

No momento em que a diretora narrava o ocorrido, senti um “frio na barriga”, devido à surpresa. Afinal, não imaginava que seria interpelado assim em uma reunião. Confesso que ficamos preocupados. Por outro lado, essa fala reforçou os cuidados éticos e metodológicos, uma vez que estar na condição de pesquisador em serviço de saúde exige seguir as normativas e procedimentos adotados pela instituição. Na mesma hora, apresentamos novamente a proposta da pesquisa, reforçando sobre a metodologia e repetimos os critérios construídos pelo Grupo Ampliado de Pesquisa, os quais fizeram aquela UBS ser um dos campos da pesquisa escolhidos pelos participantes da pesquisa. Toda essa situação reforçou a nossa participação nas atividades da UBS, principalmente nos espaços multiprofissionais.

Além disso, as reuniões facilitaram a aproximação com os demais membros das equipes de NASF e EqSF, o que foi fundamental para construir uma agenda sistemática, sobretudo das atividades comuns, dos atendimentos e das intervenções junto aos usuários, os quais eram desdobramentos de discussões de caso e encaminhamentos dados pelas equipes às PEF/NASF.

Em relação aos atendimentos, as PEF solicitavam autorização aos usuários e profissionais sobre a nossa participação enquanto pesquisador. Para isso, explicava sobre a função de observar e acompanhar a PEF durante a atividade. Nos momentos de atendimento individual nos consultórios, procurava manter uma atenção, por meio da escuta dos diálogos entre PEF e usuário, evitando, ao máximo, direcionar o olhar ao usuário. Nas atividades de

grupo com usuário, fomos apresentados como estudantes da UFES e que estávamos acompanhando o trabalho da PEF do NASF, sendo que, em algumas ocasiões, interagimos com os demais participantes. Outras atividades que participamos, junto a uma das PEF, foram as reuniões de rede intersetorial dos bairros Andorinhas e Santa Marta. Essas reuniões aconteciam uma vez por mês, em equipamentos sociais diferentes, e contavam com a participação de representantes das instituições governamentais dos setores da saúde, da educação, da assistência social e outros. Nelas, eram discutidos assuntos e problemáticas do território.

De início, embora estivéssemos cientes sobre o “comum do NASF” – aspecto pactuado no grupo ampliado de pesquisa que orientou nosso retorno ao território de ambas –, deixamos nos levar pelas atividades e agenda das PEF do NASF. Assim, essa abertura possibilitou olhar para outros cenários de práticas que anteriormente apareceram nos encontros do grupo ampliado de pesquisa como, por exemplo, atividades fora do território e da UBS. Essas atividades que acompanhamos das PEF do NASF foram realizadas em 05 reuniões na SEMUS: 04 delas foram solicitadas pela coordenação do SOE e 01 pela área técnica da vigilância às Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT). Em relação às reuniões do SOE, 02 foram a convite para a discussão sobre os projetos, outra sobre a comemoração dos trinta anos do SOE e 01 foi a reunião ampliada, a qual versou sobre as experiências dos profissionais de Educação Física da ABS. A reunião da vigilância das DANT teve como enfoque o levantamento, a atualização, o monitoramento e o acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes.

Aconteceram, também, diálogos frequentes entre o pesquisador e as PEF/NASF, visando maiores esclarecimentos e dúvidas que emergiram durante as observações, sobretudo de situações que nos afetaram e que apresentavam relação com o “comum do NASF”.

A extensão do trabalho das/os PEF que participaram do estudo extrapolou as paredes das UBS e dos logradouros do território, uma vez que, ora eram solicitadas, convidadas ou convocadas a participarem, ora manifestavam interesses, disponibilidades e afinidades em colaborar com os processos de trabalho em saúde. Todas essas atividades compuseram o movimento do pesquisador nas atividades desenvolvidas pelas duas PEF do NASF, o qual foi iniciado no mês de setembro de 2019.

A continuação do campo estava prevista para março de 2020. No entanto, foi adiada para maio desse mesmo ano, alterando a forma inicial de realizar a confrontação dos dados presencialmente com as PEF do NASF P2 e P4. Essas alterações foram decorrentes da pandemia de Coronavírus (Covid-19) que assolou os estados brasileiros, inclusive o Ceará, pois, em março, alcançava alto índice de casos de pessoas infectadas pela doença. Diante desse quadro, uma das medidas do governo do Ceará foi fechar os aeroportos do estado, no sentido

de evitar a imigração de pessoas infectadas. Mesmo assim, foram várias tentativas frustradas junto à companhia aérea para conseguir voo para Vitória-ES, e a única opção foi remarcar. Nesse período, realizamos as transcrições e a organização dos dados do Diário de Campo, do formulário e dos encontros do GAP.

Contudo, tivemos que optar por uma alternativa para realizar a confrontação dos analisadores identificados. Antes disso, encaminhamos, via correio eletrônico, todos os Diários de Campo a cada PEF/NASF, no caso P2 e P4, respectivamente. A escolha pela entrevista individual enquanto estratégia de continuidade da pesquisa ocorreu devido a ela estar prevista e pactuada com as participantes. Além disso, a entrevista foi a técnica apropriada, uma vez que o roteiro consistia numa apreciação, pelas P2 e P4, dos Diários de Campo do pesquisador, no sentido de alterar, acrescentar ou suprimir dados. As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas em dias diferentes. Cada uma levou, em média, 120 minutos. Antes disso, foi solicitada a gravação a partir do recurso do *Google Meet* e o uso de um gravador digital de áudio como forma de garantir uma cópia a mais das entrevistas.

Ambas as entrevistas seguiram a proposta, a saber: primeiro, analisamos os diários de campo. Nesse momento, cada PEF (P2 e P4) entrevistada fazia suas considerações e alterações no que estava escrito nos diários. Ao passo que íamos lendo, acontecia também um processo de problematização e reflexão acerca da atividade, despertando o lembrar, o sentir e o pensar da PEF. É relevante informar que ambas fizeram poucas alterações, e não houve supressão de nenhum dado nos Diários de Campo.

Logo em seguida, iniciamos a segunda parte da entrevista, em que abordamos os seguintes analisadores: território; demanda comum; trabalhar junto; caso comum; ambiente domiciliar; ambiente do consultório; trabalho do PEF do NASF e as solicitações da SEMUS; e trabalhar junto a outros setores do território (Apêndices A e B). Esse exercício de “memória” e reflexão acerca da atividade colocava a própria PEF entrevistada em suspensão ao seu próprio processo de trabalho. Além disso, trouxe, para a análise, aspectos que são intrínsecos e que, *a priori*, são (in)visíveis aos olhos daqueles que operam o trabalho, mas que, em certa medida, interferem e orientam sua atuação e organização do serviço e do cuidado em saúde. De modo geral, ambas as entrevistas foram marcadas pela autoanálise do trabalho em saúde, a partir da lembrança que os diários remetiam e das experiências (antes, durante e depois do período que acompanhamos P2 e P4) em suas atividades nos serviços de saúde.

A organização da produção de dados foi realizada durante o processo, uma vez que também não tínhamos, a princípio, uma estrutura metodológica totalmente definida para seguir, coletar e enquadrar dados que só interessam ao pesquisador. Ao investigar sobre o trabalho em

saúde, é possível colocar em reflexão as funções que os/as PEF do NASF desenvolveram diante de seus diferentes contextos: modos de fazer e de se relacionar, produção de coletivos, os quais comportam a dimensão técnica, política e social do trabalho na ABS.

Dito isso, procuramos, a partir da produção dos dados, levantar: como os/as PEF do NASF atuavam na ABS; quais as formas de organização, as tensões, os conflitos, as mediações e acordos vividos no trabalho em equipe; que recorrências, particularidades, convergências e divergências dos trabalhos e atividades operadas pelos PEF do NASF; quais diferenças, mudanças, consensos, avanços e (in)satisfação do/a PEF com a implantação do NASF; que rupturas, aproximações, distanciamentos e continuidades em que os/as PEF do NASF operaram os modos de cuidar em saúde com o usuário; e, por fim, quais conhecimentos das formações e das experiências profissionais foram mobilizados pelos/as PEF do NASF no trabalho na ABS.

Com a produção do material empírico, observamos um grande volume de informações sobre os aspectos organizacionais e operativos acerca do fazer-saber no cotidiano da gestão do trabalho em saúde pelos/as PEF na ABS. A partir do próprio material, percebemos o trabalho em equipe, atenção à saúde da família, de indivíduo, de grupos e comunidade, organização da demanda, articulação com a rede do território e a rede SEMUS, espaços de cogestão, atuações com práticas corporais e atividade física, todas decorrentes do trabalho vivo, ora observado pelo pesquisador, ora narrado pelos participantes. A partir disso, percebemos uma diversidade, constância e recorrência presentes nas observações das atividades realizadas nos 08 territórios de saúde descritos em cenas e questões discutidas nos GAP, no formulário individual, no acompanhamento em atividade das PEF P2 e P4, nos seus respectivos territórios e, por fim, nas entrevistas de confrontação dos dados.

O conjunto dos dados foi exposto no plano horizontal, linear e extenso, o qual permite olhar e apreciar o conjunto de dados produzidos, mas também os detalhes localizados em pontos da renda. Inicialmente, agrupamos as perguntas e, em seguida, conforme a linha do tempo da pesquisa, ficamos atentos às recorrências e às regularidades dos dados nos Diários de Campo, das falas dos três encontros do GAP e das entrevistas individuais.

Após as várias leituras, reposicionamento de dados, volume, aproximações e distanciamentos entre os dados, a presente tese resultou em um capítulo sobre o cenário da pesquisa, o qual será descrito no próximo capítulo. Em seguida, os três capítulos correspondem às categorias de análise, a saber:

- No capítulo 4, a categoria de análise é sobre a **Educação Física e produção de saúde: entre tecnologias em saúde e os (des)encontros na Atenção Básica à saúde**. E as subcategorias elaboradas foram: Produção tecnológica do trabalho em saúde do/a PEF

nos encontros com os usuários; Educação Física e o trabalho em equipe: o entre equipe agrupamento e integração; e Produzir o trabalho de rede: entre fatores facilitadores e restritivos na atuação intersetorial.

- No capítulo 5, construímos a categoria que versa sobre o **Entre compreensões e repercussões da proposta do NASF na Educação Física na ABS/ESF**. Nessa categoria, abordamos as seguintes subcategorias: Entre continuidade e “mais” presença da Educação Física na ABS e Entre formas de organização e papel do PEF em “Ser do NASF”.
- No capítulo 6, a categoria elaborada foi sobre o **Trabalho comum: o/a PEF do NASF frente à demanda, assistência e organização da saúde mental na ABS**. Esse capítulo foi dividido nas seguintes subcategorias: E por falar em demanda: por onde anda a demanda para a Educação Física do NASF?; Assistência e abordagem ao usuário de saúde mental; e Trabalho coletivo na organização do serviço de saúde mental na ABS. Por fim, apresentamos as considerações finais desta tese.

3 A CIDADE DE VITÓRIA E OS TERRITÓRIOS DE SAÚDE: por onde andamos

Neste capítulo, apresentamos uma descrição sobre a cidade de Vitória e os territórios de saúde dos oito PEF do NASF, a partir dos seguintes materiais: documentos oficiais de dados e informações estatísticas do município e sistema de informação em saúde do Ministério da Saúde, matérias de jornais, registros nos Diários de Campo e falas dos interlocutores da pesquisa.

A organização desta seção está dividida em três tópicos. O primeiro aborda a geopolítica administrativa e demográfica sobre a cidade de Vitória-ES, a partir do processo de metropolização da Região da Grande Vitória (RMGV), com os principais indicadores sociais, econômicos e socioespaciais que caracterizam a cidade. No segundo tópico, contextualizamos a saúde pública gerida pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). No terceiro tópico, descrevemos a Educação Física nos Territórios da Atenção Básica à Saúde, em que destacamos o processo de inserção da Educação Física no SUS de Vitória-ES e as características dos territórios de atuação dos PEF do NASF.

3.1 O cenário da cidade do estudo

Neste tópico, descreveremos brevemente sobre a RMGV, a partir dos aspectos levantados que destacaram a cidade de Vitória-ES diante dos demais municípios e algumas repercussões desse processo na organização da cidade, como a urbanização e os contrastes sociais. A seguir, abordaremos sobre a constituição da rede SEMUS, pontuando as propostas e modelos de atenção à saúde, políticas de saúde implantadas, as áreas técnicas e a distribuição das Unidades de Saúde.

Dentre outras subdivisões, o Estado do Espírito Santo (ES), desde a aprovação da Lei Estadual de nº 9.768 – decretada em 28 de dezembro de 2011 –, foi distribuído em dez microrregiões de planejamento: Metropolitana, Sudoeste, Serrana Litoral Sul, Central Sul, Caparaó, Rio Doce, Centro Oeste, Nordeste e Noroeste. A microrregião Metropolitana¹⁸ compreende os municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Vila Velha, Viana e Vitória¹⁹ – conhecida como a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) ou Grande Vitória.

¹⁸ Lei Complementar (LC) no 58/1995 (Cariacica, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória), LC no 159/1999 (Guarapari) e LC no 204/2001 (Fundão).

¹⁹ Em relação à regionalização da saúde do Estado, a cidade de Vitória, *locus* dessa investigação, fica na região de saúde Metropolitana que, além dos municípios da microrregião de planejamento, acrescenta-se Marechal Floriano, Domingos Martins, Santa Leopoldina, Santa Tereza, Itaguaçu, Laranja da Terra, Itarana, Santa Maria

A metropolização da Grande Vitória foi potencializada na década de 1970, com o processo de migração de pessoas oriundas do sul da Bahia, leste de Minas Gerais, norte do Rio de Janeiro e do interior capixaba, devido à expansão do setor secundário, com a implantação de sítios industriais – usinas de minério de ferro da Companhia Vale do Rio Doce, a Companhia Siderúrgica de Tubarão, as obras portuárias na baía de Vitória e a construção do porto de Tubarão (CAMPOS JÚNIOR, 2002).

Decorrente desse processo de migração e de industrialização, estima-se que a população do estado do Espírito Santo, em 2020, era de 4.064.052 habitantes. Já para a Grande Vitória, no mesmo ano, a população era de 2.006.486, o que equivale a 49,37% da população geral do estado. Sua extensão territorial é de 5,05% (2.326,70 quilômetros quadrados) da área do estado e sua densidade demográfica é de 838,83 habitantes por quilometro quadrado (IBGE, 2018). A taxa de urbanização é de 98%, ou seja, acima da taxa do estado (83%). Em termos econômicos, detém 57,69% do Produto Interno Bruto (PIB) do Estado em 2010 (IJSN, 2020). Além disso, 47,5% da população possuem ocupação laboral e 60% correspondem ao trabalhador/a salarial, com a média de 42% a mais no valor salarial em relação às demais microrregiões (IBGE, 2010; LIRA; MONTEIRO, 2017). Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano do Município (IDHM) – o qual se baseia nos indicadores de longevidade, escolaridade e renda –, os municípios da Grande Vitória destacam-se no cenário estadual. Vitória (0,845) e Vila Velha (0,800) apresentam IDHM mais alto, enquanto Serra (0,739), Cariacica e Fundão (0,718) e Guarapari (0,731) apresentam IDHM alto, exceto Viana (0,686), que apresentou o menor IDHM, classificado como médio (ATLAS BRASIL, 2010). Uma das razões para o IDHM da RMGV ser alto é devido à sua alta taxa de urbanização, entretanto, isso não significa qualidade de vida, mesmo concentrando boa parte do PIB do Espírito Santo (LIRA; MONTEIRO, 2017).

Ainda sobre a RMGV e suas taxas e índices de urbanização de IDHM e do PIB, o estudo realizado por Lira e Monteiro (2017) indica que as características demográficas, econômicas e sociais de uso e ocupação do espaço urbano evidenciam um território complexo e dinâmico quando se trata de vulnerabilidade social. Por exemplo, em 2010, a Grande Vitória concentrou 64% dos 1.792 homicídios capixabas. As maiores taxas (62,9 a 109,3 por 100 mil habitantes) foram nos municípios de Fundão, Serra e Cariacica, enquanto Vila Velha, Vitória, Viana e Guarapari ficaram com taxas elevadas (41,9 a 62,9 por 100 mil habitantes). Com base no Índice

de Jetibá, Afonso Cláudio, Brejutuba, Venda Nova do Imigrante, Conceição do Castelo e Ibatiba (ESPÍRITO SANTO, 2016).

de Vulnerabilidade Social (IVS)²⁰, o município de Vitória apresenta um IVS muito baixo (0,178), o que indica baixa vulnerabilidade. Já as cidades de Vila Velha (0,254), Guarapari (0,255) e Fundão (0,268) apresentam um IVS baixo. Os municípios de Serra (0,329), Cariacica (0,362) e Viana (0,371) apresentam um IVS médio e são classificados, portanto, como os municípios de maior vulnerabilidade na microrregião.

O contexto social atual da Grande Vitória é reflexo das repercussões econômicas e demográficas ocorridas nas décadas de 1970, 1980, 1990 e anos 2000, período em que, progressivamente, foram-se intensificando o processo de urbanização que, em certa medida, definiu as bases socioespaciais e intramunicipais, sobretudo na elevação da taxa de urbanização, decorrente também da expansão econômica que ocorreu na RMGV.

Dito isso, outra leitura acerca do espaço urbano é a tipologia socioespacial²¹, que leva em consideração também os IDHM dos bairros que formam aglomerados ou *clusters*, conforme a seguinte classificação: superior-médio, médio, popular e popular-agrícola.

No contexto da RMGV, o nível superior-médio foi localizado predominantemente nos bairros na faixa litorânea de Vitória (Praia do Canto, Enseada do Suá, Ilha do Boi, Ilha do Frade, Jardim da Penha, Mata da Praia, Jardim Camburi, dentre outros) e em Vila Velha (Praia da Costa, Itapuã e Praia de Itaparica). Esses bairros apresentam alto nível de rendimento socioeconômico, os valores comerciais do solo são altos, sua população ocupa e exerce funções

²⁰ É calculado com base em três aspectos: infraestrutura urbana, capital humano, renda e trabalho. O indicador colabora no enfrentamento das desigualdades e oportunidades (IJSN, 2020). O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) é mensurado com base em três dimensões: Infraestrutura Urbana, Capital Humano, Renda e Trabalho. A dimensão **Infraestrutura Urbana** é composta por três indicadores: % de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados; % da população que vive em domicílios urbanos sem o serviço de coleta de lixo; % de pessoas que vivem em domicílios com renda *per capita* inferior a meio salário mínimo (de 2010) e que gastam mais de uma hora até o trabalho. Por sua vez, a dimensão **Capital Humano** é composta por oito indicadores, a saber: Mortalidade até 1 ano de idade; % de crianças de 0 a 5 anos que não frequentam a escola; % de pessoas de 6 a 14 anos que não frequentam a escola; % de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos; % de mães chefes de família, sem fundamental completo e com filho menor de 15 anos de idade; Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade; % de crianças que vivem em domicílios em que nenhum dos moradores tem o ensino fundamental completo; % de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e possuem renda domiciliar *per capita* igual ou inferior a meio salário mínimo (de 2010). E, por fim, a dimensão **Renda e Trabalho**, que é composta por cinco indicadores: Proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* igual ou inferior a meio salário mínimo (de 2010); Taxa de desocupação da população de 18 anos ou mais de idade; % de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal; % de pessoas em domicílios com renda *per capita* inferior a meio salário mínimo (de 2010) e dependentes de idosos; Taxa de atividade das pessoas de 10 a 14 anos de idade (IPEA, 2018).

²¹ A tipologia socioespacial é elaborada a partir da espacialização dos dados das variáveis relacionadas à ocupação, à renda, ao nível de instrução, ao setor de atividade econômica, aos cargos de trabalho público e privado, na escala de ponderação definidas pelo IBGE como agrupamentos censitários. A elaboração da tipologia socioespacial baseia-se em: análise fatorial de correspondência e a análise de *clusters*. Esses dois procedimentos constituem a base metodológica dessa abordagem sobre a estrutura social de classes, bem como possibilitam a composição dos tipos socioespaciais (superior, superior-médio, médio, popular-operário, popular, popular-agrícola, agrícola etc.), que podem variar de acordo com o contexto urbano estudado (RIBEIRO; RIBEIRO, 2013).

de destaque nos empreendimentos econômicos, possuem elevado grau de escolarização, entre outros fatores (LIRA; MONETIRO, 2017). Já a classificação média foi localizada em algumas porções, como na Serra (bairro Parque Residencial Laranjeiras), Cariacica (bairro Campo Grande) e Guarapari (bairros Centro, Praia do Morro e Muquiçaba) e a popular e a popular-agrícola são localizadas nas regiões periféricas, tanto dos seus próprios municípios como também em relação ao polo Vitória, ficando nos limites geográficos da RMGV (LIRA; MONETIRO, 2017).

Esses aspectos são justificados via polarização exercida pela capital, a cidade de Vitória, *locus* desta pesquisa. Uma dessas polarizações – por exemplo, o PIB *per capita* de Vitória-ES (R\$ 55.779,18) –, concentrou o dobro do PIB *per capita* do terceiro colocado da Região Metropolitana, que é Vila Velha (22.605,19) (IBGE, 2010). Em relação ao emprego e à renda, a diferença entre a média do salário do trabalhador/a formal entre municípios de menor rendimento médio (Guarapari) e o de maior (Vitória) é de 200% (IBGE, 2010). Já o índice Frijan²², sobre Emprego e Renda, coloca os municípios de Serra (0,650) e Vitória (0,624) classificados como de moderado desenvolvimento (de 0,6 e 0,8) (IJSN, 2020). No caso do município de Serra, isso se deve, provavelmente, devido à concentração de grandes plantas industriais e, em relação a Vitória, pela diversidade de comércios e de serviços. Já Vila Velha, Viana, Cariacica e Guarapari ficaram com desenvolvimento regular, diferente de Fundão, que ficou classificado como baixo (IJSN, 2020). Por outro lado, na cidade de Vitória, evidencia-se uma maior concentração de fluxo e deslocamento, sendo o principal movimento casa-trabalho, o qual corresponde a um aumento de 33% da sua população nos postos de trabalho que são de outros municípios em dias úteis, sendo Cariacica o maior ponto de partida de trabalhadores/as para outras cidades da RMGV, aproximadamente 70 mil pessoas (LIRA; MONETIRO, 2017).

Contudo, quando se olha para o índice Gini²³, o qual mede o grau de desigualdade entre os indivíduos, segundo a renda domiciliar, o que a série histórica aponta é que a cidade de

²² Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal é um estudo do Sistema FIRJAN, que acompanha anualmente o desenvolvimento socioeconômico de todos os mais de 5 mil municípios brasileiros em três áreas de atuação: Emprego e Renda, Educação e Saúde. De leitura simples, o índice varia de 0 (mínimo) a 1 ponto (máximo) para classificar o nível de cada localidade em quatro categorias: baixo (de 0 a 0,4), regular (0,4 a 0,6), moderado (de 0,6 a 0,8) e alto (0,8 a 1) desenvolvimento. Ou seja, quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento da localidade. Disponível em: <https://www.firjan.com.br/ifdm/>. Acesso em: 20 out. 2021.

²³ O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo, que aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1 (alguns variam de 0 a 100). O valor 0 representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor 1 (ou 100) está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza. Na prática, o Índice de Gini costuma comparar os 20% mais pobres com os 20% mais ricos. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28. Acesso em: 22 out. 2021.

Vitória, conforme os censos demográficos do IBGE em 1991 (0,5835), em 2000 (0,6083) e 2010 (0,6124), apresenta um aumento da desigualdade na distribuição de renda (LEGADO DE VITÓRIA, 2020).

Outra característica é em relação ao IDHM, pois, nos três últimos Censos (1991; 2000; 2010), Vitória ocupou o primeiro lugar no ranking dos municípios do ES. Entre as capitais do país, ficou em 3º, 2º e 2º, respectivamente, na posição do ranking nos anos dos censos. No ranking dos municípios do Brasil, Vitória manteve-se entre os sete primeiros municípios bem-colocados (IBGE, 2010). Esses resultados do IDHM da cidade de Vitória-ES colocam o presente município com classificação de IDH muito alta. Tanto que, em 2010, o município ficou com a segunda colocação entre as capitais e o quarto lugar entre os municípios brasileiros, sendo reconhecida, em 2015, pela Organização das Nações Unidas (ONU) como a segunda melhor cidade para se viver no Brasil²⁴.

Escolhida para a realização deste estudo, a área territorial do município de Vitória-ES é de 97,123km², sua população é de 365.855 pessoas (IBGE, 2020), a densidade demográfica é de 3.338,30 habitantes por quilometro quadrado, redistribuídos em 79 bairros (IBGE, 2010; VITÓRIA, 2018). A cidade de Vitória está localizada na Mesorregião Central Espírito Santense, cercada pela Baía de Vitória, fazendo limite intermunicipal, ao Norte, com o município de Serra, ao Sul, com Vila Velha, ao Oeste, com Cariacica e, ao Leste, com o Oceano Atlântico. Possui um clima predominantemente tropical úmido, com temperaturas médias máximas de 30,4°C e mínimas de 24°C (VITÓRIA, 2018).

É constituída por uma ilha principal fluviomarinha, outras 34 ilhas e uma porção continental (IBGE, CIDADES, 2017). A capital do ES está localizada na maior região urbanizada do Estado e apresenta uma transição demográfica que é uma redução da população de menores de dez anos e o aumento do número de adultos jovens (20 a 34 anos) e idosos (60 anos ou mais) (VITÓRIA, 2018).

Em relação à educação, a proporção, em 2010, nas faixas etárias de 5 a 6 anos e 11 a 13 anos, segundo o IBGE, era de 97,91% e 88,94% frequentando a escola. Entre os jovens de 15 a 17 anos e 18 a 20 anos com ensino fundamental e médio completo, a taxa era de 74,56% e 63,81%, respectivamente. Porém, em relação à população acima de 25 anos, entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 66,96% para 78,94% no município. Considerando a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 3,59% era analfabeta, 76,83% tinha até o ensino

²⁴ Notícia: **Vitória é classificada pela ONU como a segunda melhor cidade para se viver** (Portal G1). Disponível em: <http://g1.globo.com/espírito-santo/noticia/2015/06/vitoria-e-classificada-pela-onu-como-2-melhor-cidade-para-se-viver.html>. Acesso em: 25 out. 2021.

fundamental completo, 64,08% possuía o ensino médio completo e 31,86%, o superior completo (IBGE, 2010; VITÓRIA, 2018). Sobre o índice Firjan de educação da RMGV, Vitória possui um desenvolvimento muito alto (0,909), o que se destaca entre os demais municípios e, inclusive, da classificação do Espírito Santo (0,846) (IJSN, 2020).

Como observado, vários indicadores mostram que a cidade de Vitória-ES é tida como destaque na cena social da RMGV, do Estado e, até mesmo, do país. Por outro lado, tendo como reflexos também desses altos indicadores, da expansão econômica, da elevada taxa de urbanização, das transições migratórias, dentre outros fatores, a cidade apresenta seus contrastes sociais.

Nesse aspecto, com base nas informações contidas no Cadastro Único (CadÚnico), que subsidia Programas Sociais do Governo Federal voltados para as famílias das camadas de baixa renda, estavam cadastradas 77.685 pessoas, o que corresponde a 22% da população de Vitória. Dessas, 81% (62.984) encontravam-se na condição de pobreza e 56,5% (43.854) encontravam-se na faixa de extrema pobreza (IJSN, 2019).

Além das taxas acima, a cidade de Vitória registrou – com base no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) da base de dados do DATA SUS do Ministério da Saúde (2020), em um levantamento feito entre o período de 2009 a 2019 – 21.905 óbitos de causa original, conforme o Cadastro Internacional de Doenças (CID 10). Desses, a primeira causa de morte foi infarto agudo do miocárdio, com 1.434 casos (6,55%), a segunda maior causa foi agressão e disparo com arma de fogo ou de arma não especificada, com 937 (4,28%), em seguida vem a diabetes mellitus, com 835 (3,81%), depois, pneumonia por organismos não especificados e doença de Alzheimer, com 670 (3,06). Diante dos dados, observa-se que a cidade de Vitória-ES apresenta um acúmulo epidemiológico que envolve doenças crônicas não transmissíveis, doenças infectocontagiosas e causas externas.

Ainda conforme os dados do SIM/DATA SUS do MS, na capital do ES – no período de 2016 a 2019, conforme a classificação por capítulos do CID-10 –, foram registrados 8.250 óbitos, distribuídos por grupos de causa. Diante desse total de mortes, 2.414 (29,3%) foram relacionadas às doenças do aparelho circulatório como o primeiro fator de mortalidade, em seguida, as neoplasias (tumores/cânceres) somaram 1.873 (22,7%), já as causas externas de morbidade e mortalidade significaram 968 (11,7%) vidas perdidas e, depois, foram as patologias relacionadas ao sistema nervoso, com 642 casos (7,78%) e o quinto maior grupo de causas de doenças do aparelho circulatório, com 641 (7,77%) pessoas no período de quatro anos.

Considerando os dados apresentados de mortalidade de um período mais longo e outro mais curto, observamos que as primeiras causas, sejam originais ou por capítulo do CID, são doenças e problemas de saúde multifatoriais, que envolvem condições sociais, econômicas, culturais, estilo de vida, hereditariedade, idade, entre outros fatores. Já as causas externas têm relação direta com a vida na cidade, no bairro, conflitos nos territórios, engenharia de trânsito, entre outros fatores.

Como visto, a segunda maior causa de morte é decorrente da violência, sendo que, nisso, a cidade de Vitória já alcançou a segunda taxa (40,4%) de homicídios do país, ficando atrás somente do Rio de Janeiro (45,2%), embora houvesse uma redução com variação de 42,5% no número de casos na série histórica de 2007 a 2017 (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2019).

Em relação às notificações de violência contra a mulher, na faixa que compreende entre 15 e 29 anos, em sua série histórica dos últimos cinco anos 2015 (211), 2016 (336), 2017 (398), 2018 (412) e 2019 (488), o município de Vitória-ES apresenta um aumento significativo (OBSERVA VIX, 2020). Essa série acompanha outro dado em 2020, foram 412 registros de pedidos de ajuda ao Centro de Referência e Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CRAMSV), segundo matéria de jornal local²⁵.

Além dos aspectos acima apontados, outra causa de morte que tem chamado atenção da rede de saúde local é o suicídio. Com base também no SIM/DATA SUS do MS, a cidade de Vitória-ES, no período de 2016 a 2020, acumulou um total de 94 óbitos desse evento, isso representa uma média de 12 pessoas por ano. Do total de suicídios, 29 (30,9%) foram pessoas do sexo feminino, já o público masculino corresponde a 65 (69,1%). Ampliando mais os dados sobre suicídio, os dois principais meios e recursos que mais se destacaram para efetuar o suicídio no sexo feminino foram: do total de casos femininos, 27,6% ocorreram devido à lesão autoprovocada intencional por precipitação de local elevado; em seguida, com 24,1%, há os casos que fizeram autointoxicação por exposição intencional a drogas anticonvulsivantes (antiepiléticos), sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte. Já no grupo do sexo masculino, os dados apresentam que: 43,1% cometeram suicídio por lesão autoprovocada intencional, tais como enforcamento, estrangulamento ou sufocamento; em segundo lugar, com 24,6% de casos, estão as mortes por lesão autoprovocada intencional ocorridas por queda de local elevado. Esses foram os meios que mais se destacaram no grupo masculino.

²⁵Notícia: **Violência contra a mulher em Vitória tem mais de 400 pedidos de ajuda na pandemia** (A Gazeta). Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/es/cotidiano/violencia-contra-a-mulher-vitoria-tem-mais-de-400-pedidos-de-ajuda-na-pandemia-0720>. Acesso em: 01 nov. 2021.

Dito isso, percebe-se que, entre os dois meios de suicídio, a lesão por decorrência intencional de precipitação de local elevado foi evidenciada em ambos os sexos. Esses recursos foram os mais utilizados como mecanismo para realizar o evento do suicídio.

Contudo, observamos que, em Vitória, há um acúmulo de taxas de mortalidade, seja por doenças crônicas de longa duração (aquelas causadas por fatores externos, como acidentes de trânsito e violência), seja em decorrência de vetores infectocontagiosos. Sobre esse perfil das causas de mortalidade, é relevante destacar que, embora exista certa tendência quanto às mortalidades decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis, ao mesmo tempo, ainda evidenciam-se mortes por doenças infectocontagiosas que, *a priori*, poderiam ser controladas. Todavia, as causas externas expressam bem a expansão populacional que Vitória-ES tem sofrido ao longo das últimas décadas, principalmente quando agressão por disparo, no período de 10 anos, alcançou a terceira causa, aspecto que exige do poder público municipal políticas intersetoriais que visem à redução da violência.

Nesse sentido, a cidade de Vitória, assim como as outras capitais, também apresenta crescimento urbano desordenado e segregação socioespacial. Uma análise a partir da distribuição de renda, Índice de Qualidade Urbana (IQU) local e relações com segregação residencial, realizada por Araújo (2016), concluiu que a capital do ES apresenta uma desorganização social e espacial, reforçada no isolamento espacial entre os pobres e os ricos, brancos e a população negra e parda.

Isso foi observado pela elevada concentração das classes sociais de alta renda em bairros que se localizam, preferencialmente, na região litorânea ou faixa leste da ilha, onde se localiza a maior parte dos aterros, melhor infraestrutura viária e população predominantemente branca. Já na faixa noroeste, concentra-se a população de renda média e baixa ou beneficiária de programas sociais, que são predominantemente negra e parda, residentes nos bairros na parte geográfica central da cidade, com planícies elevadas, onde se concentram morros e favelas, bem como nos bairros periféricos que se localizam na faixa do mangue, os quais também já foram aterros sanitários (lixões) (ARAÚJO, 2016).

Para Landim (2010), a cidade de Vitória vivenciou uma urbanização típica das capitais brasileiras, em que o processo de habitação selecionou áreas para a moradia dos diferentes grupos sociais, o que manifesta as relações de exclusão e exclusividade na cidade. O mesmo autor, ao se debruçar sobre os dados do IBGE nas políticas de habitação, regulação fundiária e nos planos de desenvolvimento urbano, observou uma maior concentração de projetos sociais de urbanização de cunho social nas áreas “periféricas” e precárias da cidade e, na parte continental e porção leste litorânea da ilha, não observou políticas habitacionais, pelo contrário,

é onde se localiza o metro quadrado mais caro do município. Além do mais, nela encontram-se os aglomerados habitacionais verticais e concentram-se os maiores investimentos pela iniciativa privada da construção civil e mercado imobiliário, com a chancela do poder público local, mesmo que ainda se encontrem construções habitacionais desse segmento na porção noroeste da ilha (LANDIM, 2010).

Decorrente do processo de expansão e do aumento populacional, bem como seus contrastes sociais, a administração municipal de Vitória passou a investir em serviços e infraestrutura com vistas a atender às necessidades de saúde dos munícipes (CRUZ; WERNER, 2012). Nesse sentido, em 1989, no campo da saúde pública de Vitória-ES, iniciou-se o processo de municipalização da saúde e estruturação do modelo de atenção à saúde dos munícipes. Aspectos que serão tratados no tópico seguinte.

3.2 Atenção à saúde e os modelos tecnoassistenciais na saúde pública de Vitória-ES

O debate acerca da necessidade de transformação dos modos de organizar a atenção à saúde e os modelos tecnoassistenciais são indispensáveis para o SUS, sobretudo para atender às necessidades de qualificar o cuidado em saúde e adotar meios mais eficientes em otimizar os escassos recursos, considerando o modelo hegemônico de atenção à saúde – centrado nos procedimentos (FEUERWERKER, 2014).

As implantações adotadas pelos municípios do Brasil são um conjunto de estratégias dos vários modelos assistenciais, os quais encontram consonância com a “integralidade da atenção à saúde e o impacto sobre as condições de saúde da população e a concretização dos princípios e diretrizes do SUS” (PAIM, 2003, p. 570), que são os compromissos da saúde pública com a saúde de cada brasileiro.

A formulação e a implantação de modelos assistenciais com vistas à atenção integral em saúde emergem da crítica e da ineficiência de sistemas de saúde presididos pela lógica hegemônica e, predominantemente, pelo modelo biomédico nos serviços de atenção hospitalar, na assistência médica especializada, na medicalização dos problemas e procedimentos caracterizados por tecnologias duras.

Teixeira e Villasboa (2003) classificaram três perspectivas de conceituar “modelo de atenção”. O primeiro é como forma de organização de unidade de serviços de saúde, a qual presta assistência de acordo com o nível de complexidade, tais como: rede hospitalar, rede ambulatorial e rede de especialidades médicas, que operam com a referência e contrarreferência e que são voltados a problemas ou grupos específicos. O segundo conceito se baseia

principalmente em “consultação” e “programação/ações programáticas”. Um exemplo disso é a organização do serviço por demanda espontânea e programada, valendo-se de seleção, identificação e priorização de necessidade de saúde da população atendida (TEIXEIRA; VILLASBOAS, 2003). A valer, traz à tona a proposta da vigilância em saúde, compreendida como uma forma de organização das práticas de saúde com vista a ações de prevenção e controle do risco, assistência, reabilitação e promoção da saúde, de modo a operar uma atenção integral, conforme os determinantes, as necessidades e demandas de uma determinada área populacional (TEIXEIRA; VILLASBOAS, 2003). O terceiro refere-se aos modelos assistenciais e é voltado aos processos de trabalho em saúde. Dito de outra forma, ele foca nas relações entre sujeitos (trabalhador e usuário) sobre os usos e apropriações de tecnologias em saúde (materiais e imateriais) durante os encontros (TEIXEIRA; VILLASBOAS, 2003). São entendidos como uma combinação de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentais), os quais são utilizados em busca de resolver as demandas e necessidades, tanto individuais quanto coletivas, não se restringindo apenas a uma forma de organizar um serviço e, muito menos, a um modo de gerenciamento de um sistema de saúde (TEIXEIRA; VILLASBOAS, 2003).

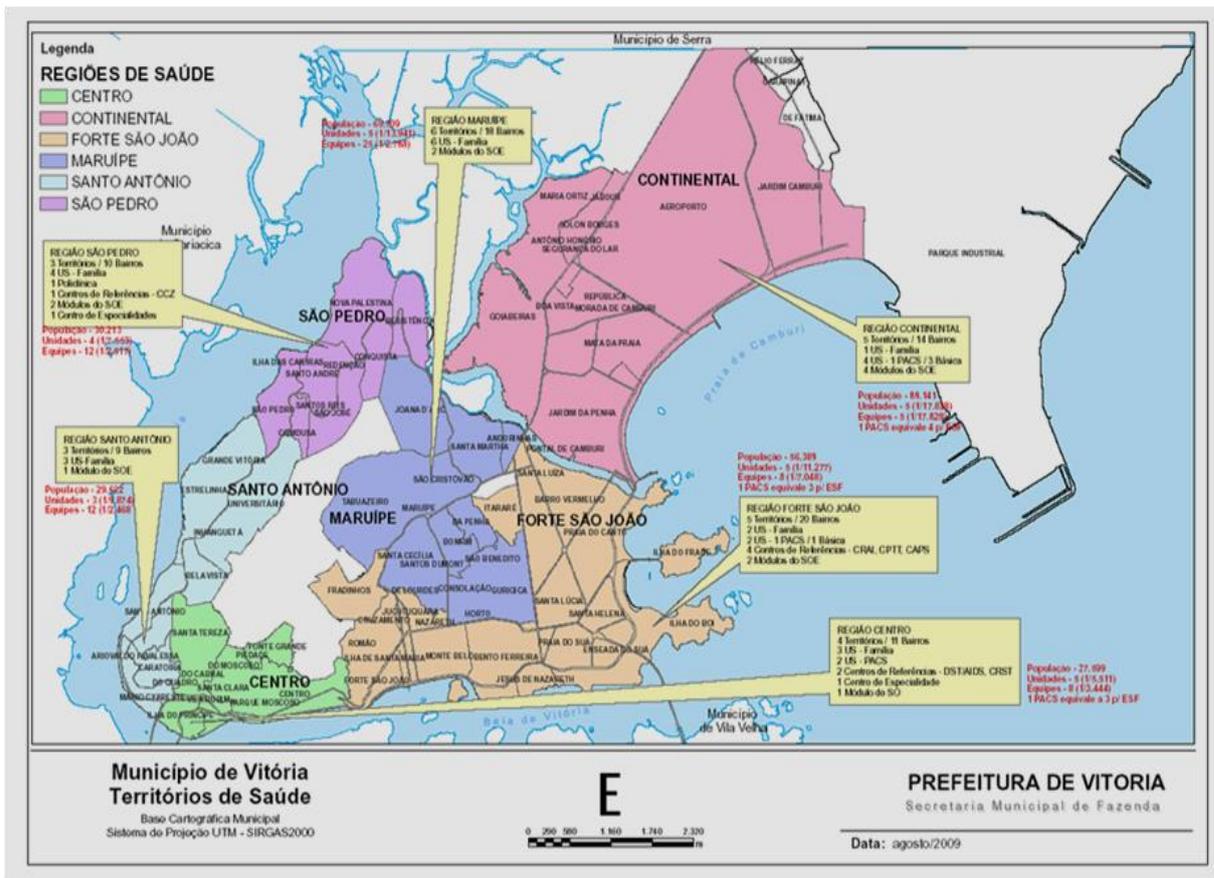
O fato é que, desde a década de 80, vários municípios brasileiros experienciaram diversas propostas de modelo de atenção e arranjos tecnoassistenciais, propondo uma reorganização das redes de serviços e dos processos de trabalho em saúde, mediante combinações tecnológicas com vistas ao cuidado mais integrado com saúde dos usuários, as diretrizes e princípios do SUS.

Conforme os aspectos citados acima, a cidade de Vitória-ES é um cenário que apresenta uma trajetória de sucessivas implantações de modelos ou características de propostas assistenciais já implementadas pelo SUS no Brasil. Em meios às diversas propostas alternativas existentes, a SEMUS, ao longo de sua trajetória organizativa, implantou vários arranjos assistenciais, como a oferta organizada, distritalização, as ações programáticas em saúde, a vigilância em saúde, o acolhimento, as linhas de cuidado e o apoio matricial (CALENTE, 2017).

Descreveremos, decerto, as propostas alternativas adotadas pela SEMUS no decorrer de sua implementação organizativa da atenção à saúde. Através dessa trajetória, podemos perceber um acúmulo de modelos e propostas assistenciais de atenção à saúde. O acúmulo se justifica pelo fato de que, mesmo a SEMUS tendo adotado a rede de atenção e a proposta da Estratégia Saúde da Família, pode acontecer que os modos de organização da atenção à saúde e do serviço da Atenção Básica à Saúde se operem em uma outra lógica avessa à que se propõem pela gestão.

Nesse sentido, uma das estratégias foi a divisão territorial em seis regiões de saúde. Essa divisão é decorrente da territorialização em saúde, com diagnósticos situacionais e reconhecimento das necessidades de saúde por comunidade (bairros), via participação social e planejamento em saúde. A organização da atenção à saúde no município de Vitória abrange seis regiões: Região 1: Santo Antônio (09 bairros); Região 2: Maruípe (16 bairros); Região 3: São Pedro (10 bairros); Região 4: Forte de São João (19 bairros); Região 5: Continental (14 bairros); Região 6: Centro (11 bairros). Abaixo, segue o mapa da regionalização presente no Plano Municipal de Saúde de Vitória.

Figura 01 – Distribuição das Regiões de Saúde da cidade de Vitória-ES



Fonte: Plano Municipal de Saúde da cidade de Vitória-ES (2018).

A divisão em regiões de saúde é uma estratégia técnico-operacional que colabora para o planejamento local e regional para as tomadas de decisões e alocações de recursos, com base nas características e problemáticas das regiões em seus aspectos sociais, demográficos, epidemiológicos e sanitários. Tais aspectos organizativos e políticos contribuíram para o acompanhamento da população capixaba da capital pelas UBS. Essa apropriação sobre a saúde

da população e dos territórios demandou uma organização das ofertas de serviços de saúde, em especial na Atenção Básica à Saúde como primeiro contato (SILVA, 2004). Essas características são decorrentes dos modelos de Vigilância à Saúde e Sistemas Locais de Saúde (SILVA, 2004).

Após a implantação de alguns aspectos do modelo de Sistemas Locais de Saúde²⁶, a SEMUS adotou, enquanto proposta para organizar a assistência à saúde das populações cadastradas e territorializadas, o modelo Ações Programáticas em Saúde na UBS. Essa proposta tem como objetivo a prevenção de doenças, o controle de agravos, o controle de epidemias e endemias, no sentido de superar a organização do serviço por demanda espontânea (COELHO, 2010; TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

A organização assistencial do modelo de Ações Programáticas em Saúde, nos primórdios de sua implantação, era voltada para doenças infectocontagiosas (hanseníase, tuberculose, malária e outras), entretanto foi incorporando uma programação voltada também para os ciclos de vida (saúde da criança, saúde do adulto, idoso etc.) e doenças crônicas não transmissíveis. Essa ampliação evidencia seu estatuto na organização e assistência a grupos de risco ou agravos que decorrem da transição epidemiológica e demográfica no município desse estudo (SILVA, 2004; COELHO, 2010; MENDES, 2010; VITÓRIA, 2018).

Coelho (2010) reforça que, ainda hoje, esse modelo apresenta influência nos municípios, mesmo naqueles que adotam outras estratégias de atenção à saúde. Essa influência constata-se na saúde pública de Vitória-ES. Segundo o relatório de gestão²⁷ referente ao período de 2006 a 2009, os grupos prioritários foram reescritos no plano municipal de 2018 a 2021 como linhas de cuidados na saúde da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, em relação ao

²⁶ O modelo de Sistemas Locais de Saúde tem como princípios a integralidade e a equidade do acesso aos serviços de saúde pautados pela gestão descentralizada dos entes federativos (Município, Estado e União), porém com orientações por parte do Ministério da Saúde (COELHO, 2010). Acrescenta-se, ainda, o estímulo à participação social, ações intersetoriais, a capacitação de pessoal, articulação entre os níveis de atenção hierarquicamente organizados, sobre o foco das necessidades de saúde e perfil da demanda, bem como maior suporte de fundos financeiros do Estado para o setor saúde (COELHO, 2010; TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

²⁷ Conforme o relatório de gestão 2006-2009, atenção a grupos prioritários nas UBS: atenção à saúde da Criança: puericultura, assistência às doenças prevalentes na infância, investigação de óbitos em menores de 01 ano, vigilância das crianças até 05 anos que tiveram alta hospitalar; investigação de doenças em crianças com 07 anos (saúde do escolar), combate à desnutrição infantil, saúde bucal, notificação de maus tratos; Atenção à Saúde do Adolescente: prevenção e tratamento das DSTs e drogadição, planejamento familiar, notificação de maus tratos, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase, saúde bucal, ações em grupos educativos e de autoajuda; Atenção à Saúde da Mulher: planejamento familiar, pré-natal, puerpério, climatério, prevenção do câncer de colo uterino e mama, prevenção e tratamento das DSTs, saúde bucal, investigação de óbitos, notificação de maus tratos, ações em grupos educativos e de autoajuda; Atenção à Saúde do Adulto: controle de hipertensão arterial e diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase, saúde bucal, ações em grupos educativos e de autoajuda; Atenção à Saúde do Idoso: controle de hipertensão arterial e diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, saúde bucal, notificação de vítimas de maus tratos, ações em grupos educativos e de autoajuda (RELATÓRIO DE GESTÃO DA CIDADE DE VITÓRIA, 2006-2009).

desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e outros riscos e agravos à saúde (VITÓRIA, 2018).

Apesar das propostas de modelos, tais como o Sistema Local de Saúde e as Ações Programáticas em Saúde, a proposta Vigilância à Saúde (SILVA, 2004) vem sendo implementada conjuntamente. A expressão disso é a inclusão, desde 2011, da vigilância ambiental e do Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (VIEVS), com o objetivo de fornecer resposta coordenada mais rápida aos agravos em saúde, a qual é articulada aos eventos em saúde coletiva, visando fortalecer a assistência e integrar a atenção à saúde com Sistema Informatizado Rede Bem-Estar (SGIRBE), que acompanha as consultas realizadas (SILVA, 2004; VITÓRIA, 2018).

A SEMUS, desde 2009, iniciou o processo de informatização e conectividade de todos os serviços da rede SEMUS de forma integrada entre os diferentes adensamentos tecnológicos. Conhecida como Rede Bem-Estar (SGIRBE)²⁸, essa tecnologia da informação em saúde hospeda a ficha da família, a agenda eletrônica e o histórico de evolução do prontuário eletrônico, bem como a produção dos atendimentos realizados pelos profissionais.

Para a SEMUS, a vigilância em saúde²⁹ é compreendida enquanto estratégia de integração do setor saúde, a partir do processo saúde-doença, com olhar para os determinantes sociais da saúde, os quais envolvem os riscos (ambientais, epidemiológicos e sanitários) com base na territorialidade. Além disso, a SEMUS entende que devem ser consideradas, de forma singular, as necessidades de saúde individuais, comunitárias e da família, assim como do sistema social e do ambiente (VITÓRIA, 2018).

A implementação da proposta Rede de Atenção à Saúde em Vitória-ES é expressa na sua forma de organizar a gestão das ações por ciclo de vida, conhecido localmente como área temática do cuidado (VITÓRIA, 2018). Para a SEMUS, a rede de atenção deve operar e organizar a assistência à saúde de forma lógica e singular no que diz respeito às relações entre os pontos da rede e as intervenções sanitárias, considerando a situação demográfica. Dito isso,

²⁸ O SGIRBE faz interface com a plataforma digital Minha Consulta e Agendamento *on-line*, que tem como função viabilizar agendamentos, remarcações e confirmação de consultas. Acrescenta-se, ainda, o sistema de avaliação por torpedos, no qual o usuário atribui uma nota de 0 a 10, após ter sido atendido nos CME, PA e UBS (VITÓRIA, 2018).

²⁹ A proposta da vigilância em saúde compreende os saberes e as práticas sanitárias com o olhar para o modo de vida (condições e estilos de vida) das pessoas, cuidado longitudinal, atuação intersetorial, adoção da noção de risco e articulação de intervenções e ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, curativas e reabilitadoras sobre seus territórios e regiões de saúde (VITÓRIA, 2018). Dito isso, a SEMUS tem, em seu organograma, os serviços de vigilância epidemiológica, serviços de vigilância em saúde do trabalhador, serviço de vigilância em saúde ambiental e serviços de vigilância sanitária (VITÓRIA, 2019). Todos esses serviços são distribuídos nas seis regiões de saúde do município.

as redes de atenção da SEMUS, em sua estrutura setorial, operam nas seguintes áreas temáticas do cuidado:

- i) saúde da criança;
- ii) do adolescente;
- iii) do adulto - incluindo a saúde da mulher, do homem e áreas de atuação (a saber: tabagismo, hipertensão e diabetes, tuberculose e hanseníase), bem como incluindo a carga dupla ou tripla de condições agudas e/ou crônicas e causas externas, conforme a definição de Mendes (2011)³⁰;
- iv) saúde do idoso;
- v) saúde bucal;
- vi) saúde do escolar;
- vii) saúde mental e as áreas de atuação das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/AIDS).

Todas essas linhas de cuidados apresentam interfaces entre atenção secundária e atenção primária à saúde.

Nesse sentido, a atenção à saúde adotada pela SEMUS, conforme o Plano Municipal de Saúde, organiza-se com base nos fundamentos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), os quais compreendem: disponibilidade de recursos, qualidade do acesso, territórios sanitários e níveis de adensamentos tecnológicos diferentes (rede de atenção à saúde secundária/especializada e atenção hospitalar³¹) e Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto ordenadora e coordenadora do sistema de saúde local (VITÓRIA, 2018).

O papel operacional dos técnicos responsáveis por essas áreas técnicas é acompanhar, assessorar e avaliar as ações na perspectiva do cuidado em saúde, envolvendo ações da promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde. Além disso, devem articular a integração dos níveis de atenção, rompendo com a fragmentação e o isolamento, ampliando

³⁰ Mendes (2011) propõe o modelo de rede de atenção a partir da crítica ao sistema de saúde fragmentado, que não consegue garantir respostas às necessidades de saúde, em conformidade com as situações e condições de saúde das pessoas, em especial na contemporaneidade, com uma transição demográfica em curso, usuários com três ou mais doenças, como as infecciosas e carências, causas externas (acidentes de trânsito e violência urbana, por exemplo) e doenças de condições crônicas de longa duração (hipertensão e diabetes, por exemplo) (MENDES, 2011).

³¹ A SEMUS mantém convênios com hospitais filantrópicos e particulares e com a rede SUS da Secretaria de Saúde do Estado (CRUZ; WERNER, 2012). Contudo, em caráter complementar, o município de Vitória firmou convênio com prestadores de serviços para: manutenção do Serviço Residencial Terapêutico; controle de HIV, Hepatites, IST, desenvolvendo atividades com agentes de prevenção oriundos das populações vulneráveis (VITÓRIA, 2018).

seu grau de comunicação e de responsabilização entre os serviços e os processos de trabalho (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2018).

Na seara da organização e da estrutura da assistência à saúde local, a SEMUS adotou também a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), de 2006, e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017, que buscam responder às condições crônicas e agudas, a partir de ações de vigilância e promoção da saúde para a consolidação da atenção primária em saúde como centro estruturante de toda a rede de atenção à saúde (VITÓRIA, 2018).

Em relação à promoção da saúde e prevenção de doenças, a SEMUS tem implementado os eixos da PNPS (2006, e revisada em 2014) em franco diálogo com as demais políticas e outros setores, levando em consideração as especificidades sanitárias. Dito isso, enfatiza os eixos: alimentação adequada e saudável; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, assim como do álcool e de outras drogas; promoção da mobilidade segura; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; fomento a fóruns intersetoriais; práticas corporais e atividade física (VITÓRIA, 2018).

Conforme o plano de saúde local (2018-2021), identificamos ações e estratégias com base na PNPS: formação e educação permanente; promoção de ações relativas à alimentação adequada e saudável (meta municipal: implantação das ações de Atenção Nutricional em 100% das UBS, conforme a Política Nacional de Alimentação e Nutrição até 2021); aconselhamento e divulgação de práticas corporais e atividades físicas, com a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local; o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), distribuído em 15 módulos do SOE/Academia da Saúde em praças, parques, calçadões na orla e outros espaços públicos da cidade; a implementação de hortas urbanas comunitárias e orgânicas; ampliação das PICS; Grupos de Apoio Terapêuticos ao Tabagista (GATT) nas UBS; e, por fim, o Programa Nacional de Imunização (PNI), distribuído em todas UBS.

A SEMUS ainda, a partir das UBS e a partir da adesão da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) ao Programa Saúde na Escola (PSE), celebrou o termo de compromisso com 49 Centros Municipais de Ensino Infantil (100% dos CMEI) e 47 Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF), com a finalidade de desenvolverem ações e estratégias em parcerias com as UBS, com foco na obesidade na adolescência e mais 12 temas prioritários³², escolhidos a partir do perfil epidemiológico (VITÓRIA, 2018).

³² Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas; Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos; Prevenção das violências e dos acidentes; Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; Promoção e Avaliação de Saúde Bucal e aplicação tópica de flúor (interface com o Programa Sorria Vitória); Verificação da situação vacinal; Promoção da segurança alimentar e

Para a SEMUS, cabe à ABS garantir uma cobertura à população de forma a articular, integrar e coordenar o cuidado, mediante os fluxos, contrafluxos de comunicação, pessoas e produtos em toda a extensão da rede local de saúde. Dessa maneira, segundo Cruz e Werner (2012), a SEMUS, desde 1998, implantou e vem implantando a proposta tecnoassistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo estruturante e orientador das práticas de saúde na atenção básica. Assim, a ABS corresponde a 80% de cobertura, com 78 Equipes de Saúde da Família (EqSF), a qual é composta por profissionais da medicina, da enfermagem, ACS, técnicos de enfermagem, e 67% de cobertura de Equipes de Saúde Bucal (EqSB), com 54% de EqSB ativas nas UBS com ESF.

É relevante informar que das 29 UBS, 22 são UBS com ESF, 03 UBS com Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) — composta por ACS e Enfermeiro/a; 04 UBS sem ESF e sem EACS — composta por Médico/a Clínico, Pediatra, Ginecologista, Enfermeiro/a, Auxiliar de Enfermagem, Cirurgião-dentista, Auxiliar e Técnico em saúde Bucal. Esses dois últimos modelos tecnoassistenciais contribuíram para a formulação e a reestruturação da atual proposta da ESF, sendo o modelo assistencial prioritário pelo Ministério da Saúde e do município em tela até a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica em 2017 (PNAB, 2017).

Em relação à atenção especializada, a SEMUS possui 02 Centros Municipais de Especialidades Médicas (CMEV) e 02 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Referência em Infecções Sexualmente Transmissíveis e AIDS (CR IST/AIDS), Centro de Referência em Saúde do Idoso (CRAI) e Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência em Vitória (SASVV).

Também dispõe da área da Saúde Mental, a qual corresponde aos Centros de Atenção Psicossocial (os CAPS), CAPS Infanto-juvenil, CAPS Álcool e outras Drogas e mais 02 CAPS Adulto e o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e 02 equipes de Consultório na Rua. Além desses, o município dispõe de 02 Prontos Atendimentos Municipais (PA) — o PA São Pedro (Região de Saúde São Pedro) e o PA Praia (Região de Saúde Forte de São João) — que são atendimentos de urgência e emergência. Conta também com o Laboratório Central Municipal de análises clínicas, com 28 (UBS), e, nos 02 PA, pontos de coletas de material, os serviços da Central de Ambulância, Central de Regulação de Consultas, Central de Exames especializados

nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração; Direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/AIDS; e Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração (VITÓRIA, 2018).

de média e alta complexidade e o Centro de Insumos de Saúde. Para a SEMUS, a implantação desses serviços visa apoiar e fortalecer a Atenção Básica, ofertar consultas e exames especializados (CRUZ; WERNER, 2012).

Ainda sobre a sua estrutura assistencial, a SEMUS tem a gerência de assistência farmacêutica, a qual trata do conjunto de ações que envolvem: a pesquisa; o desenvolvimento, a produção de medicamentos e insumos; a seleção, a programação, a aquisição, a distribuição, a dispensação e a garantia da qualidade dos produtos e dos serviços, com avaliação da gestão e consumo racional de medicamentos (VITÓRIA, 2019). A organização é descentralizada, com definição do elenco de medicamentos essenciais — conhecidos como Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) — em comum acordo com os profissionais da rede assistencial da SEMUS, mantidos nas 29 UBS, 03 CAPS e no CR IST/AIDS (VITÓRIA, 2019).

Outra área técnica que compõe o organograma da SEMUS é a área das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, conhecidas como PICS. As PICS desenvolvidas pelas SEMUS são: a Fitoterapia, em que seus medicamentos compõem a lista de remédios do Registro Municipal de Medicamento (REMUME) nas farmácias das UBS; a Homeopatia e a Acupuntura, que são especialidades ofertadas pelo Centro Municipal de Especialidade; e as Práticas Corporais Integrativas em grupo — como a ioga e o reiki —, as quais são ofertadas nos módulos do SOE, no CAPS adulto e em UBS e espaços públicos. Além dessas práticas, oferece também auriculoterapia em UBS (VITÓRIA, 2018).

Na esteira das áreas que compõem a SEMUS, existe a Gerência de Regulação, Controle e Avaliação, que trata da regulação do sistema de saúde local, da atenção e do acesso à assistência à saúde. Há também a Auditoria em Saúde, que tem operado no controle interno e contribuído na gestão da saúde, bem como a Ouvidoria, que busca aprimorar o acesso, pelos cidadãos, às informações sobre o direito à saúde e ao exercício da avaliação permanente dos serviços de saúde para o aprimoramento da gestão local da saúde (VITÓRIA, 2018). Sobre isso, a SEMUS opera um dos fundamentos do SUS, que é o controle e a participação social. O Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMSV) é constituído por várias representações dos seguintes segmentos: gestão, trabalhadores, usuários, ensino, bem como de 29 Conselhos Locais de Saúde, conforme a distribuição territorial das UBS (VITÓRIA, 2018).

Sobre a educação na saúde, Vitória implantou a primeira Escola Técnica do SUS no Espírito Santo, a ETSUS, que compõe a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS)³³, em

³³Entre as suas funções, a ETSUS é responsável pela integração entre ensino, serviço e pesquisas com instituições acadêmicas e IES, bem como regula as pesquisas por meio da Comissão Científica, a qual analisa os projetos de pesquisa que são realizados nos serviços de saúde (VITÓRIA, 2018). Também participa em parceira com as IES

âmbito nacional. Essa escola tem como finalidade cuidar dos processos formativos dos trabalhadores e dos gestores da Rede SEMUS, a partir de cursos (formação técnica e especializações) e não formais (aperfeiçoamento, capacitação e treinamento, entre outros).

Acrescentam-se, na saúde do município de Vitória-ES, as experiências com o apoio institucional, o apoio matricial em saúde mental e, depois, o apoio matricial na saúde do idoso e grupo condutor (destinado para implantação da proposta do NASF). Essas propostas buscam assegurar a reorganização dos serviços em linhas de cuidado, com vista ao cuidado integral, operando em rede de comunicação nos diferentes níveis de atenção à saúde. Essas propostas também são dispositivos que se propõem análise crítica, democrática e participativa dos processos de trabalho junto aos trabalhadores em seus contextos de práticas de saúde (FEUERWERKER, 2014).

Ao que se observa, há um acúmulo de modelos tecnoassistenciais, o que acarreta um tom inovador e necessário para a organização dos serviços, com novas normas e adequações das propostas e com as incorporações tecnológicas — seja no formato de estratégias, projetos, programas e políticas, seja na ampliação de pessoal nos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, tende a reproduzir práticas com procedimentos centrados no profissional, sem renovação no núcleo tecnológico da produção do cuidado das práticas de saúde, sobretudo de orientações biomédicas e centradas na lógica da doença. Mesmo com todos os avanços da implantação da Estratégia Saúde da Família e Rede de Atenção à Saúde, nem sempre o modo de organizar e efetivar o trabalho em saúde é condizente ao modelo de atenção à saúde que se segue (PAIM, 2008).

É nesse contexto que a Educação Física foi inserida na rede SEMUS, em meio às desigualdades sociais da cidade de Vitória-ES. Inicialmente, essa inserção ocorreu através da oferta de um rol de atividades relacionadas ao núcleo da Educação Física e, no decorrer da implantação das propostas, foram incluídas as práticas do campo da saúde pública. A seguir, descreveremos a estruturação do processo de trabalho da Educação Física na SEMUS nos territórios da Atenção Básica.

3.3 A Inserção da Educação Física e os territórios de saúde dos/as PEF do NASF

pública e privada e hospitais-escola nos projetos e programas de ensino na saúde, como as residências e os Programas de Educação pelo Trabalho (PET Saúde). Incluem também o Telessaúde Brasil Redes, que visa ao desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica (VITÓRIA, 2018).

Para essa seção, tomamos como ponto de partida o entendimento de que a inserção das práticas e saberes da Educação Física na Atenção Básica à Saúde, pela SEMUS, impreterivelmente corresponde com a implantação do programa municipal de atividade física, conhecido por SOE, que foi a “porta de entrada” do profissional de Educação Física na ABS da cidade de Vitória-ES. Nesse sentido, a intenção é compreender a relação do hibridismo dos modelos tecnoassistenciais que repercutiram no programa SOE e que influenciaram o trabalho dos/as PEF nos territórios de cobertura do NASF.

O SOE é considerado um programa contemporâneo ao SUS, no entanto, sua institucionalização ocorreu através do SOFRE (Serviço de Orientação Fisiológica ao Exercício), no ano de 1990, anterior à estruturação da implantação do modelo tecnoassistencial ESF pela SEMUS, desde 1998 (CRUZ; WERNER, 2012; VIEIRA et al., 2020). Após a institucionalização, em 1990, houve a inauguração do primeiro módulo (piloto), na orla marítima da praia de Camburi, em uma região localizada na porção do Bairro Jardim Camburi, o qual é considerado como um bairro de elevando Índice de Qualidade Urbana (IQU) e com excelentes condições de infraestruturas (BAGRICHESKY, et al., 2013).

Para Vieira e autores (2020), foi no período de 1990 a 2000 que foram identificados vários avanços do programa de atividade física. A ampliação de módulos implantados em parques, praças e praias, mais a inserção de profissionais — incluindo os da Educação Física, estudantes de Medicina, Enfermagem e Educação Física, bem como o curso de fisiologia do exercício — é que davam acesso ao SOE (VIEIRA et al., 2020).

Ainda sobre sua estruturação, destaca-se, nos 10 anos iniciais, a oferta de serviços — como ginástica localizada, ginástica aeróbica e alongamentos e, em seguida, a hidroginástica na praia, o *tai chi chuan* e a ioga, que ampliaram o escopo do SOE —, que inicialmente era restrita à orientação para a prática de exercícios aeróbios, como corrida e caminhada (VIEIRA, et al., 2020). O projeto inicial do SOE tinha como finalidade se consolidar como “[...] um programa para combater o sedentarismo por meio da massificação da atividade física, pautando-se nas discussões do campo que enfatizam os benefícios do exercício físico para a prevenção de doenças, sobretudo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) [...]” (VIEIRA et al., 2020, p. 03), razão a qual endossou a formação “fisiológica” específica para o SOE, implantação de mais módulos e maior cobertura assistencial aos usuários.

Ainda que o SOE seja um programa “precoce” na saúde pública, seus objetivos apresentavam relações com a perspectiva biomédica de promoção da atividade física, tanto que estudos, como os de Venturim e Molina (2007), apresentaram resultados satisfatórios, como mudança no estilo de vida, redução da frequência cardíaca de repouso e peso corporal. Ainda

que a perspectiva supracitada esteja presente nos serviços de saúde de modo geral, Vieira e colaboradores (2020) apontaram para a possibilidade de ampliar a compreensão acerca da atividade física na saúde por parte dos/as PEF da gestão e dos módulos do SOE.

Segundo Vieira e colaboradores (2020), a fase de consolidação do SOE na SEMUS foi um avanço para o programa e aos profissionais de Educação Física. No entanto, os autores apontaram para o distanciamento do SOE em relação aos demais serviços de saúde da rede SEMUS, o que demandou a construção de projeto piloto do SOE para a UBS, com a inserção de profissionais de Educação Física junto às equipes multiprofissionais de saúde da família. Segundo Vieira et al (2020), o projeto SOE na UBS tinha como objetivo potencializar e articular as ações nos serviços com as EqSF, visando fortalecer as atividades de promoção da saúde e de práticas corporais e atividade física.

Decerto, a inserção do PEF — com a implantação do projeto SOE nas UBS —, além de ser um marco para Educação Física local, foi um ponto de inflexão para proposta inicial do projeto SOE, o qual chamou a atenção de um grupo de profissionais e gestores para reflexões sobre atuação do profissional de Educação Física na saúde e para revisão dos objetivos, organização e funcionamento do SOE (VIEIRA et al., 2020).

Calente (2017) afirma que a inserção do PEF, com o projeto do SOE nas UBS, foi anterior a outras categorias, que foram inseridas entre 2005 a 2007. A autora relata, ainda, que a ampla cobertura de profissionais de Educação Física (técnicos esportivos) e de Fonoaudiólogos nas UBS ocorria em formatos e processos de trabalhos diferenciados entre si, aspecto que dificultava para a gestão e mesmo para melhor utilização desses recursos pelas equipes (CALENTE, 2017).

A inserção do PEF nas UBS foi um passo importante para repensar tanto o processo de trabalho do PEF quanto à finalidade do SOE, como também de repensar o próprio trabalho da Educação Física, com as equipes de saúde da família e demais categorias que foram inseridas a partir de 2007 (Fonoaudiologia, Educação Física, Psicologia, Farmácia, Serviço Social).

Nesse contexto, os/as profissionais de Educação Física passaram a ter uma presença dentro da UBS, operando as práticas de saúde da Educação Física nas ações programáticas de saúde da própria UBS, o que possibilitou uma maior aproximação com as equipes de saúde da família e outros profissionais, mesmo que ainda as ações fossem fragmentadas e focalizadas conforme as orientações das suas áreas técnicas, o que, no caso da Educação Física, era o SOE (CALENTE, 2017). Contudo, Calente (2017) observou que, no conjunto dos profissionais das “equipes ampliadas”, havia profissionais que realizavam seus trabalhos mais próximos, e outros que realizavam mais distantes do trabalho prescrito por suas áreas técnicas ou programa

vinculado. Nessa mesma esteira, a autora relata sobre as aproximações e distanciamentos das práticas de saúde alinhadas às propostas de modelo de atenção contra hegemônicos e biomédicos (CALENTE, 2017).

Conforme apresentado no tópico anterior, os modelos são portadores de combinações de tecnologias em saúde (leve, leve-dura e dura), as quais apresentam um modo de dispor por meio dos conhecimentos técnico-científicos do núcleo (no caso da Educação Física) e da própria saúde pública existente para atuarem sobre os riscos e danos à saúde. Contudo, no cotidiano do trabalho em saúde, essas práticas dos profissionais nem sempre são alinhadas às orientações, reforçando práticas privatizantes (PAIM, 2008; CALENTE, 2017).

Decorrente do avanço da inserção das diferentes categorias, o município de Vitória-ES atendia os critérios para a implantação do NASF tipo I, o qual cada equipe de NASF teria que ofertar um apoio entre 05 a 09 equipes de saúde da família e as cargas horárias dos profissionais somava-se, no mínimo, a 200h semanais (CALENTE, 2017). Essa conformidade entre as condições de carga horária e a quantidade de profissionais de Educação Física e outras categorias reforçaram o interesse institucional da gestão da SEMUS em credenciar o projeto do NASF de Vitória (CALENTE, 2013).

Dito isso, a SEMUS, em 2013, apresentava um contexto propício para o credenciamento de equipes de NASF junto ao Ministério da Saúde e a implantação da proposta do NASF, que foi operacionalizada pelo grupo condutor ligado à Gerência da Atenção à Saúde, enquanto projeto/proposta estruturante que possibilitasse a reorganização do processo de trabalho na atuação junto as equipes de saúde, mas que provocasse uma reestruturação nos projetos já desenvolvidos pelas categorias (CALENTE, 2013).

Foi neste cenário que a Educação Física (bem como as demais categorias) passou por mais uma reestruturação da sua forma de atuar na Atenção Básica à Saúde. Além das condições acima, a gestão da SEMUS evidenciou a necessidade de desenvolver um processo formativo, no sentido de realizar uma análise ampliada e crítica sobre os modos de atuação dos profissionais acompanhada de uma territorialização em saúde da área de cobertura das UBS (CALENTE, 2017).

É comum no campo da saúde pública a implantação de projetos, programas e políticas de saúde que levem em consideração as informações epidemiológicas, sanitárias, ambientais e sociais de risco e vulnerabilidades das áreas as quais a Estratégia Saúde da Família fazem cobertura e que demandam um suporte multiprofissional/interprofissional com ampliação de outras práticas de saúde complementares às desenvolvidas pelas equipes da saúde da família. Dito isso, com base no estudo realizado por Calente (2017), a implantação da proposta do NASF

nos respectivos territórios de atuação levou em consideração as condições institucionais já existentes, conforme os critérios do Ministério da Saúde e processo histórico de inserção da Educação Física (demais categorias), o que resultou na implantação do NASF nas respectivas UBS e territórios de saúde, a qual está apresentada no Quadro 03.

Conforme o Quadro 03, a distribuição dos 08 territórios dos PEF do NASF — além do exposto até aqui sobre como a Educação Física foi inserida nos territórios até a chegada da proposta do NASF — fez com que optássemos por caracterizar as áreas de cobertura que os/as PEF atuam. Para esse empreendimento, tomamos como base o documento intitulado “Vitória Bairro a Bairro”, elaborado pela Secretaria Municipal de Gestão Estratégica (SEGES) da PMV, lançado em 2013, e que foi construído a partir dos dados censitários do IBGE de 2010, em que apresentaremos um perfil simplificado dos bairros que orientam o planejamento das instituições públicas que atuam nos territórios. Contextualizaremos os territórios de saúde com alguns indicadores, tais como: a cobertura da rede de serviços sanitários, a caracterização demográfica, o percentual de pessoas alfabetizadas, a distribuição dos valores de renda domiciliar e a rede socioassistencial, os quais compõem os territórios. A organização dos dados resultou no Anexo A deste trabalho.

Quadro 03 — Distribuição dos profissionais de Educação Física pelas UBS, bairros/áreas de cobertura dos/as PEF do NASF da cidade de Vitória-ES

Profissional de Educação Física	UBS	Território de Saúde	Região de Saúde
PEF P1	UBS Consolação	Consolação, Horto, São Benedito, morro do Jaburu e morro da Floresta	Maruípe
PEF P2	UBS Jardim da Penha	Jardim da Penha	Continental
PEF P3	UBS Ilha das Caieiras	São Pedro, Comdusa, Ilha das Caieiras	São Pedro
	UBS Santo André	Santo André, São José e Redenção	
PEF P4	UBS Santa Marta	Andorinhas	Maruípe
	UBS Andorinhas	Santa Martha, Joana D’Arc e Mangue Seco	
PEF P5	UBS Santo Antônio	Santo Antônio, Bela Vista e Mário Cypreste	Santo Antônio
PEF P6	UBS Resistência	Resistência	São Pedro
PEF P7	UBS Fonte Grande	Fonte Grande e Piedade	Centro
	UBS Vitória	Centro e Parque Moscoso	
PEF P8	UBS Maruípe	De Lourdes e Maruípe	Maruípe

Fonte: dados da pesquisa³⁴.

³⁴ Um dos documentos que auxiliou na identificação das UBS e dos bairros em que as equipes de NASF faziam cobertura foi o Plano Municipal de Saúde da SEMUS (PMS, 2018 - 2021), elaborado pelos gestores da SEMUS e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMS/VITÓRIA) e o documento sobre a Organização da Rede de Atenção à Saúde do Município de Vitória, de 2019. Conforme ambos os documentos, as equipes de NASF foram organizadas para apoiarem as EqSF das seguintes UBS: NASF Santo André: UBS Santo André e

Sobre as regiões de saúde, os documentos da SEMUS apontam que a região de Maruípe é a segunda região que tem mais bairros (16), já a região de saúde de São Pedro é a terceira em número de bairros (10). Todavia, na região Forte São João, a que tem mais bairros (19), não encontramos equipes de NASF. Outro aspecto observado é que o número de UBS em que os/as PEF do NASF atuam é menor em relação à quantidade de UBS em que as equipes do NASF fazem cobertura, ou seja, das 13 UBS, a categoria da Educação Física atua em 11 serviços de atenção básica.

A respeito disso, observamos o relato de 02 PEF, que apontaram as razões pelas quais eles atuam em uma UBS: *“logo quando passei no concurso, fui lotado em uma UBS. Com a proposta do NASF ficou inviável eu atuar em duas UBS, mas pontualmente faço algumas ações quando sou convidado”* (P6, GAP 01). O outro PEF justificou: *“a minha carga horária é de 30h, por isso, ficava inviável atuar em duas UBS”* (Diário de Campo, abril de 2019). As razões postas pelos PEF apontam para os impasses entre a vinculação e a inserção prévia dos PEF nas UBS e as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para o NASF — as quais são de 05 a 08 EqSF, que podem ser distribuídas em mais de uma UBS. Cabe à gestão municipal fazer essa divisão. Sobre isso, provavelmente outro critério utilizado pela SEMUS tenha sido o fator distância entre as UBS e serem da mesma região de saúde, o que colabora com uma melhor mobilidade dos profissionais do NASF entre as UBS. Por outro lado, a inserção em uma UBS possibilita uma maior vinculação do PEF com os membros das EqSF, sobretudo no apoio aos processos de trabalho, embora possibilite, também, reduzir o acesso dos usuários ao PEF e dividir tarefas entre os membros do NASF.

Em relação à área da PCAF, observamos que 03 territórios apresentaram um total de 13 equipamentos e ofertas de atividade física e esportiva. Os territórios de saúde (Santo Antônio, Mário Cypreste e Bela Vista) dos/as PEF P5 são onde se localizam o complexo poliesportivo Tancredo de Almeida Neves (Tancredão) e a orla da Prainha. Os territórios de saúde (Andorinhas, Santa Martha e Joana D’Arc) da/o PEF P4, com 13 equipamentos, localizam-se, em sua maioria, nos 02 parques municipais: o Barreiro e o Mangue Seco. O território de saúde composto pelos bairros Ilha das Caieiras, Comdusa, Santo André, São José, Redenção e São Pedro é de cobertura da/o PEF P3. Em seguida, com 11 localidades, estão os territórios de saúde

Ilha das Caieiras; NASF Resistência: UBS Resistência e Conquista/Nova Palestina; NASF Centro: UBS Vitória e Fonte Grande; NASF Andorinhas: UBS Andorinhas e Santa Marta; NASF Maruípe: UBS Maruípe e São Cristóvão; NASF Consolação: UBS Consolação; NASF Santo Antônio: UBS Santo Antônio; NASF Jardim da Penha: UBS Jardim da Penha (VITÓRIA, 2018).

dos/as PEF P2 (Jardim da Penha) e PFE P7 (Centro, Parque Moscoso, Piedade e Fonte Grande), territórios que apresentam os melhores marcadores sociais apontados anteriormente. Isso se deve, também, aos planejamentos urbanos que foram investidos pela PMV nessas áreas, e, no caso do território do/a PEF P7, nos bairros Centro e Parque Moscoso. No outro extremo, os territórios de saúde de P1 (Consolação, São Benedito e Horto) e PEF P6 (o bairro Resistência) foram os que apresentaram quantidade inferior de equipamentos e serviços da área de PCAF em relação ao conjunto dos territórios dos/as PEF.

Além disso, são ofertadas, pela Secretaria de Esporte e Lazer (SEMESP), as escolinhas de esporte e o Programa Esporte e Lazer da Cidade (PELC), que são serviços voltados ao público em geral e realizados nos espaços públicos, tais como praças, parques e outros. As Academias Populares, instaladas em 03 territórios, são equipamentos que possuem aparelhos para aula de musculação e ginástica e decorrem de uma ação em parceria entre a SEMESP e SEMUS-SOE. No caso da Academia Popular da Pessoa Idosa (APPI), notamos que foram amplamente implantadas na maioria dos territórios dos/as PEF do NASF.

Em relação aos parques municipais, que são áreas verdes ao ar livre com equipamentos para PCAF, identificamos 03 territórios, sendo que 02 deles têm mais de um equipamento, como o território (bairros Andorinha, Santa Martha e Joana D'Arc) e os parques Mangue Seco e Barreiro da/o PEF P4. Já o território (bairros Centro, Parque Moscoso, Piedade e fonte Grande) do/a PEF P7 conta com um parque natural (Gruta da Onça e Parque Moscoso). Acrescenta-se, também, que 03 desses parques contam com um módulo do SOE.

Sobre o SOE/Academia da Saúde, dos 08 territórios de saúde dos/as PEF do NASF, 06 deles possuem módulos e PEF do SOE/Academia da Saúde vinculados às suas UBS, o que amplia a oferta de serviços pela Educação Física nesses territórios. Nas UBS de Jardim da Penha, são 04 PEF/SOE que atuam no módulo Praia de Camburi. Já na UBS Vitória, região do Centro, há 03 PEF do SOE que atuam no módulo Parque Moscoso. No módulo do Bairro de Lourdes, são 02 PEF (um pela manhã e outro, à tarde e à noite) vinculados à UBS Maruípe, que é território de PEF P8. No território de PEF P5, o módulo Prainha, que fica no bairro Mário Cypreste, atuam 02 PEF/SOE, um pela manhã e outro, à tarde. No território do PEF P4, o módulo Barretos, localizado no bairro Santa Martha, são 03 PEF/SOE, um pela manhã e dois, à tarde e à noite. Na Ilha das Caieiras e Santo André, território de PEF P3, cada módulo conta com a atuação de 02 PEF em cada equipamento.

A fixação de vários PEF no mesmo território amplia o acesso dos usuários às práticas e aos saberes de saúde desenvolvidos pela Educação Física na ABS, o que também pode produzir uma maior visibilidade ao PEF e ao núcleo na saúde pública local. Contudo, a concentração de

vários PEF no mesmo território de saúde pode provocar acúmulo ou redução de responsabilidades entre os PEF, o que exige uma construção coletiva e pactuada sobre as tarefas comuns e específicas com base no território, uma vez que todos são vinculados às UBS.

Sobre essa distribuição, dos 07 módulos do SOE/Academia da Saúde nos territórios do NASF, 03 deles somam 09 PEF do SOE/Academia da Saúde, o que representa um acúmulo de PEF em bairros privilegiados da cidade de Vitória-ES, tais como: Jardim da Penha, Parque Moscoso e Bairro De Lourdes. Como proximidade desses bairros há, ainda, Joana D’Arc, Centro e Maruípe, bairros que estão bem ranqueados, conforme os índices dos IDHM dos bairros da RMGV³⁵ (Anexo A). Além disso, reforça as iniquidades em saúde no tocante ao acesso dos municípios aos serviços de PCAF ofertados pelos/as PEF de ambas as políticas, favorecendo mais os territórios de saúde que apresentam melhor distribuição de renda e de equipamentos públicos.

Embora seja questionável usar o IDHM como parâmetro de análise do desenvolvimento humano nos bairros — por não considerar as diferenças e especificidades das realidades territoriais, bem como pelas iniquidades sociais e de saúde dos bairros —, a distribuição dos módulos e quantidade de PEF nos territórios de atuação dos/as PEF corrobora o estudo de Bagrichevsky e autores (2013), ao concluírem que quase 50% (6) dos módulos foram localizados em bairros que apresentam melhores Índices de Qualidade Urbana (IQU), tanto que em bairros que apresentaram maiores índices de violência urbana não foram implantados tais módulos. Os autores concluem que os critérios foram divergentes dos critérios que sempre orientam as políticas de saúde voltadas para a Atenção Básica à Saúde, como, por exemplo, os territórios com níveis baixos de desenvolvimento social e econômico.

Na esteira da relação entre os espaços e a promoção de PCAF com a classificação do IQU dos bairros de Vitória/ES, lançado em 2009 pelo jornal A Gazeta³⁶, observamos que, no conjunto dos equipamentos e na oferta de serviços de PCAF (Anexo A), totalizaram 74. E desses, 46% (36) estão distribuídos entre os bairros que apresentaram índice do IQU que estão acima da média de 0,59, são: Jardim da Penha, território da/o PEF P2; Parque Moscoso e

³⁵Publicado em 2014 por dois jornais locais, A Gazeta e A Tribuna, com base no Atlas do Desenvolvimento Humano e oriundos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro. Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/ConteudoDigital/20161007_aj15414_bairros_geral_idh.pdf. Acesso em: 02 de nov. 2021. Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/ConteudoDigital/20161010_aj15490_bairros_idhm.pdf. Acesso em: 02 de nov. 2021.

³⁶Publicada em 2009, a matéria intitulada “Onde é melhor (e Pior) de se viver em Vitória” teve como objetivo apresentar a qualidade de moradia entre os bairros sobre seus aspectos de infraestrutura urbana, serviços, condições de moradia e violência. Disponível em: http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2009/09/530007-onde+e+melhor+e+pior+de+se+viver+em+vitoria.html. Acesso em: 03 de nov. 2021.

Centro, território do/a PEF P7; De Lourdes e Maruípe, território do/a PEF P8; Consolação e o Horto, do território da/o PEF P1. Os 54% (38) dos equipamentos e serviços da área de PCAF estão distribuídos nos bairros com IQU abaixo da média, o que corresponde ao total de 16 bairros. Entretanto, identificamos, também, uma distribuição desigual entre os bairros. Diante dessa distribuição, os bairros do território (Ilha das Caieiras, Comdusa, Santo André, São José, Redenção e São Pedro) da PEF P3, Resistência (território de PEF P6) e Piedade e Fonte Grande (território do/a PEF P7), a média é entre 1 e 2 equipamentos. Já outros bairros, como Bela Vista e São Benedito — sendo este último classificado como o pior lugar para se viver em Vitória, como apontado pela matéria — são os que apresentam uma desatenção do poder público municipal quanto aos equipamentos de PCAF.

Diante do exposto nesse tópico, evidenciamos que, no conjunto dos equipamentos e serviços de PCAF, há uma oferta de serviços para diferentes públicos, disponibilizada tanto pela SEMUS quanto SEMESP. Por outro lado, a distribuição dos módulos do SOE/Academia da Saúde e seus PEF/SOE concentram-se nos bairros que apresentam porcentagens altas nos indicadores de renda e de alfabetização, com população de maioria branca.

Nisso, constatamos que, no conjunto dos territórios de saúde dos/as PEF do NASF, existem aglomerados ou *clusters* que são expressões das desigualdades sociais e que apresentam relação com o nascedouro de cada bairro e a própria constituição da cidade, o que reforça uma continuidade dessas desigualdades, mesmo apresentando avanços em infraestrutura urbana e de acesso à escola.

A quantidade e a capilaridade dos serviços públicos existentes provavelmente devam-se pela ampliação demográfica e pelas mudanças sociais e econômicas que afetaram a vida na cidade, nos territórios de saúde e no bairro. Como já mencionado desde o início desse capítulo sobre os aglomerados populacionais, observamos que os territórios de saúde de atuação dos PEF P1, P3, P4, P5 e P6 são *clusters* popular-operário; já os *clusters* médio são observáveis nos territórios de P8, P7; e o território de P2 destoa dos demais como *clusters* superior-médio. Assim, o conjunto das características dos territórios dos/as PEF do NASF é uma amostra das contradições geopolíticas e socioeconômicas das condições de viver que compõem a cena pública da capital capixaba.

Na esteira da contextualização dos territórios de saúde pelos dados “oficiais”, observamos, no conjunto dos dados produzidos com os/a PEF de NASF, questões sociais que compõem a cena pública dos bairros, as quais podem ser percebidas pelo conjunto dos profissionais de Educação Física do NASF. Tais problemas sociais apresentam uma dada relação com as condições estruturais, sociais e demográficas, mas, sobretudo, é relevante

entender o território de saúde como um espaço vivo, multifacetado, complexo, dinâmico, cultural e repleto de relações interpessoais. Para o geógrafo Milton Santos, trata-se de um “território usado”, em que expressam as diversidades culturais e se materializa pelas políticas públicas (SANTOS, 2000).

Nesse sentido, atuar em dado território de saúde evidencia a necessidade de não se limitar apenas à área geográfica, aos pontos fixos dos equipamentos e serviços em geral, mas sim como território vivo, que congrega pessoas e seus fluxos onde acontece a vida comunitária, vivendo em tempos e espaços singulares com suas dores e delícias. Contudo, atuar em um território com população cadastrada significa conhecer as suas características e seus recursos sociais, saberes e forças para os enfrentamentos das demandas e necessidades de saúde, identificadas pelas equipes da Atenção Básica ou percebidas pelo próprio usuário (GAZIGNATO; SILVA, 2014).

Compete ao profissional de Educação Física do NASF se apropriar do território e de sua população que o habita, no intuito de desenvolver o raciocínio clínico, epidemiológico e sociopolítico sobre a realidade social e sanitária do território, de forma que os dados, informações e narrativas sobre o território sejam levados em consideração para analisar e identificar meios e recursos mais apropriados para os enfrentamentos das situações limites, nas quais a realidade se apresenta. Em outras palavras, cabe ao PEF do NASF conhecer as fragilidades, problemáticas e desafios dos seus respectivos territórios de trabalho (RIBEIRO et al., 2014).

A partir da aproximação com os territórios e atuação dos/as PEF, observamos que as reuniões (EqSF e NASF) foram espaços de socialização dos problemas de saúde do usuário e do território. Percebemos que os problemas de saúde eram identificados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e pautados como discussão de caso, na maioria das vezes. Em linhas gerais, em todos os territórios, houve uma predominância de problemas de saúde mental leve, moderado ou persistente. Entretanto, ainda que fossem comuns, também foram encontrados problemas de doenças crônicas não transmissíveis e outras infectocontagiosas. Além desses, havia casos bem inusitados e não recorrentes, como Síndrome de Stevens Johnson e queda de cavalo.

Além da questão da saúde mental, identificamos casos de maior gravidade, como casos de violência física e sexual infantil, abuso sexual, violência contra a mulher, tentativa de suicídio e depressão, os quais, em parte, eram identificados pela Equipe de Saúde da Família. Com base na produção de dados, estes apontam para os problemas de saúde mental como uns

dos principais problemas de saúde, estando também relacionados com as condições sociais, econômicas e inter-relacionais.

[...] eu diria que é a saúde mental, a depressão, sem dúvida é um problema que pode levar as pessoas ao suicídio. A depressão e o suicídio são as palavras-chave nos problemas de saúde mental aqui no Jardim da Penha (Entrevista P2).

No meu território, a gente vê muita desigualdade social em bairros vizinhos, com condições sociais diferentes. Você que tem morador que tem boas condições moradia, alimentares, mas no bairro ao lado, pessoas que ainda passam por necessidade básica (P7, GAP, encontro 02).

Os registros acima reforçam os padrões de desigualdade social que ainda se apresentam na atualidade da cidade de Vitória-ES. Fica claro nas falas e na observação de campo, que os problemas de saúde apresentam uma correlação direta com as condições sociais. Além disso, estas coexistem com situações de abundância e miséria, sendo recorrentes não apenas em capitais brasileiras (BAGRICHEVSKY, et al., 2013). Por outro lado, tais necessidades de saúde chegam até às UBS, as quais funcionam como uma das portas de entrada para os casos de saúde mental, aspecto que descentraliza e não restringe a saúde mental à rede CAPS. Entretanto, entendemos também que são situações que exigem da equipe e de seus profissionais uma maior atenção e a construção de possibilidades, mas que, da mesma maneira, a depender do caso-problema, podem gerar imobilizações ou deflagrar as limitações no enfrentamento do problema pela equipe e pelos serviços de saúde.

Uma outra questão social é a violência que assola esses bairros. Os dados do Diário de Campo e a fala sobre o território pela PEF P4 reforçaram a questão dos conflitos entre grupos e a violência como problemas sociais, os quais são abordados em reunião intersetorial.

Durante a reunião foi socializado que houve tiroteio em Mangue Seco (uma faixa territorial que fica entre bairro Andorinhas e Santa Martha) com toque de recolher e evitar ficar nas ruas. Essa questão social é presente em ambas as comunidades, existem os grupos rivais que disputam os territórios para comercialização e consumo de drogas. Na ocasião relataram que foram poucos tiros, mas que não é bom confiar, afinal, não sabemos que horas pode acontecer novamente, embora tenha sido frequente essa semana. Uma profissional disse: *parece que voltou* [mencionando aos tiroteios]; a outra relatou que está chegando ao final do ano [provavelmente pode ser intensificado] (Diário de Campo, outubro de 2019).

Isso também era perceptível pelas matérias de jornais acerca dos bairros, tanto que, no ano de 2019, foram noticiadas várias matérias³⁷, e os conteúdos tinham como manchete os

³⁷Notícia: **Trocas de tiros entre policiais e criminosos assustam moradores em Andorinhas – Vitória (G1)**. Disponível em: <https://g1.globo.com/es/espírito-santo/noticia/2019/12/17/trocas-de-tiros-entre-policiais-e-criminosos-assustam-moradores-em-andorinhas-vitoria.ghtml>. Acesso em: 13 nov. 2021.

tiroteios seguidos de morte, assassinatos, disputas entre grupos de morros, prisões de líderes do tráfico e conflitos recorrentes com a polícia militar. Além disso, o relato de uma mulher que estava no grupo de práticas corporais fez o seguinte depoimento:

Estou indo para academia fazer musculação, puxar ferro para emagrecer. Me envolvi no problema de um filho adotivo, que acabou morrendo para o tráfico e ganhei muito peso, hoje estou querendo emagrecer (Diário de Campo, fevereiro de 2019).

A percepção acerca da violência nos territórios era compartilhada também por outros PEF, que associaram a questão da violência urbana com problemas de saúde e de outras dimensões.

O fenômeno da violência urbana e seus desdobramentos (família, social e comunitário) são reflexos das negações de acesso às oportunidades e condições sociais e humanas básicas para o crescimento pessoal e desenvolvimento social, produzindo, assim, via mídias de informações, os estigmas de bairros tidos como “violentos” ou “perigosos”. Isso dificulta a mobilidade de tráfego das pessoas e serviços, sendo também uma barreira para ocupação dos espaços públicos e, por vezes, a interrupção dos serviços públicos. Essa condição foi observada no bairro de atuação de PEF 04 por um período de 02 dias, em que a UBS só atendeu internamente devido ao toque de “recolher”, decorrente de um confronto com tiroteio entre a polícia e grupos rivais que gerenciam o tráfico nesse território.

Nos dias seguintes, o cotidiano da comunidade seguia seu fluxo, mesmo com o clima “tenso”, afinal, não se sabia quando e nem que horas poderiam acontecer novos tiroteios. Isso reduzia algumas atividades nos serviços públicos do bairro, como, por exemplo, eram suspensas na área da saúde as visitas domiciliares e grupos de PCAF.

Contudo, de modo geral, percebíamos que a comunidade não parava: as escolas seguiam funcionando, a UBS atendendo, a assistência social assistindo às famílias, o comércio seguia vendendo, as igrejas seguiam rezando, orando e clamando a Deus. Nas ruas, carros, motos, bicicletas e os pedestres seguiam se movimentando. Todavia, apesar do tiroteio no dia anterior e do clima tenso, a vida no bairro tinha que seguir, pois não parar as atividades era um ato de

Notícia: **Por medo, moradores de Andorinhas e Santa Martha evitam rua após as 18h (A Gazeta)**. Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/es/policia/por-medo-moradores-de-andorinhas-e-santa-martha-evitam-rua-apos-as-18h-0919>. Acesso em: 13 nov. 2021.

Notícia: **Grupo queima pneus e fecha rua após homem ser morto pela polícia em Andorinhas (G1)**. Disponível em: <https://g1.globo.com/es/espírito-santo/noticia/2019/12/14/grupo-queima-pneus-e-fecha-rua-apos-homem-ser-morto-pela-policia-em-andorinhas-vitoria.ghtml>. Acesso em: 13 nov. 2021.

resistência, de coragem e ousadia para viver, mesmo que por alguns momentos fosse necessário esconder-se para se proteger. Em outras palavras, os bairros de atuação dos/as PEF que tinham índices de pobreza elevada — sobretudo de baixo acesso às oportunidades de trabalho-emprego-renda, escolarização e profissionalização, bem como dificuldades das condições sanitárias básicas em suas constituições —, eram os territórios que, recorrentemente, apresentavam episódios de violência urbana.

Em síntese, a implantação da proposta do NASF, conforme a distribuição dos/as PEF em seus respectivos territórios, mostrou que alguns fatores contribuem de forma direta na constituição dos bairros, afetando o modo de viver nesses territórios. Percebemos que a estrutura urbana, demográfica, social e econômica do presente são desdobramentos dos processos históricos vividos por cada bairro. A quantidade e os tipos de serviços públicos implantados nesses territórios são decorrentes das características geográficas do espaço, da renda salarial e problemas sociais complexos, como a violência e a renda salarial por família. Foram os bairros que passaram várias décadas com suas habitações sem nenhuma infraestrutura urbana básica, como rede de esgoto, água encanada e eletricidade (SIMÕES, 2014).

Percebemos que a saúde mental, associada aos problemas sociais, apresenta-se como desafio assistencial comum a todos os territórios, sem distinção e independentemente das condições socioeconômicas. Isso ficou claro quanto ao aumento dos números de casos de saúde mental em Jardim da Penha — que detém o IDHM entre os melhores da capital Vitória-ES — e demais territórios — os quais têm níveis IDHM inferior ao Jardim da Penha, mesmo apresentando condições sociais diferentes. Talvez, o que provavelmente distingue são as formas de enfrentamento dos problemas, os quais não são apenas de ordem “mental”.

Nesse sentido, é relevante considerarmos que a proposta do NASF é uma ação pública de saúde, no sentido de induzir o enfrentamento dos problemas de seu território de maneira eficaz, levando em consideração as diferenças territoriais. Isso porque os bairros com maior probabilidade de seus moradores sofrerem danos ou segregação devem ter, por parte gestão da saúde, um cuidado e uma atenção diferenciados. Assim, a ação dos seus profissionais do NASF deve adotar estratégias de redefinição sociocultural do espaço urbano, que não se limitem apenas a identificar o problema, e sim a busca de novas possibilidades de estratégias e articulações (AKERMAN; BOUSQUAT, 1999).

O presente capítulo mostra que os territórios de saúde dos/as PEF do NASF são reflexos da própria constituição socioespacial da ilha de Vitória, sobretudo na forma como o poder público local interfere nesses bairros na implantação dos equipamentos e dos serviços públicos. Diante desses diferentes processos de urbanização dos espaços da cidade, observamos, também,

a constituição dos problemas sociais que assolam não apenas os serviços de saúde da ABS, exigindo dos seus profissionais e das Secretarias Municipais respostas que reduzam os problemas e ampliem a qualidade de vida dos munícipes. Nesse sentido, as diferenças entre os territórios de saúde e o conjunto dos problemas sociais convocam os/as PEF do NASF a desenvolverem seus processos de trabalho que, ora se aproximam dos saberes e das práticas do núcleo, ora exigem do/a PEF uma postura implicada para desenvolver práticas assistenciais comuns. Um chamado dos territórios da ESF à Educação Física capixaba da capital.

4 EDUCAÇÃO FÍSICA E PRODUÇÃO DE SAÚDE: entre tecnologias em saúde e os (des)encontros na atenção básica à saúde

Neste capítulo, trazemos as descrições e as análises elaboradas a partir da triangulação dos dados dos Diários de Campo junto ao formulário de detalhamento das atividades dos encontros do Grupo Ampliado de Pesquisa (GAP). Aqui analisaremos como os/as profissionais de Educação Física (PEF) desenvolvem seus trabalhos em saúde nos territórios, a partir do uso e apropriações das tecnologias em saúde do núcleo, da própria saúde pública, da SEMUS, da proposta do NASF e da rede dos territórios. Para tal empreitada, organizamos as análises em três tópicos, os quais emergiram como centrais durante o trabalho de campo e conjunto dos dados, a saber: **Produção tecnológica do trabalho em saúde do/a PEF nos encontros com os usuários; Educação Física e o trabalho em equipe: o entre equipe agrupamento e integração; Produzir o trabalho de rede: entre fatores facilitadores e restritivos na atuação intersetorial.**

A relação entre a Educação Física e a saúde pode ser entendida de diferentes formas. É possível que o PEF, ao se inserir nos campos de trabalho, desenvolva intervenções por diferentes abordagens na relação entre a Educação Física e a saúde, como treinar (caso do esporte e das ginásticas) e como habilitar (caso da educação escolar), que são abordagens de educação do corpo que valorizam a aptidão física (saúde física) como meio da Educação Física produzir saúde (LUZ, 2007).

Na Atenção Básica à Saúde, a relação da Educação Física com a Estratégia Saúde da Família pode ser atribuída ao combate e redução do sedentarismo, aconselhamento para adesão aos hábitos e estilo de vida ativo e saudável, redução e controle dos comportamentos de risco — como inatividade física, consumo de alimentos hipercalóricos, não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas e outros que são “nocivos” à saúde —, por vezes, através da atividade física e das práticas corporais, como um dos marcadores que previnem doenças e agravos crônicos não transmissíveis.

Essa concepção se apresenta ainda como “uma problemática necessária”, pois, de um lado, através da narrativa oficial, legitima a inserção da Educação Física via políticas de saúde, como a PNPS (2006; 2014) e o Planejamento Estratégico para Enfrentamentos das DANT (2011); e de outro, pelos demais profissionais da ABS, que reconhecem as atividades físicas e as práticas corporais como estratégicas para enfrentamento da “epidemia de DANT” (MARTINEZ, et al., 2013). Por outro lado, essa perspectiva reducionista e restrita sobre a função do/a PEF pode ser uma barreira no enfrentamento diante da complexidade do processo

saúde-doença e cuidado dos sujeitos, família e coletivos, sobretudo em territórios com expressões de iniquidades em saúde.

A função preventivista endereçada à área da Educação Física é também reforçada pelo conjunto dos seus profissionais desde a formação inicial e continuada. Assim, ao estabelecer essa função, o processo de trabalho do/a PEF pode ser entendido como uma proposta de colocar “o corpo biológico em movimento, por movimentar-se o corpo a Educação Física promete saúde, revelando a saúde como prática corporal e o corpo como aptidão física” (CECCIM; BILIBIO, 2007, p. 49). Esse entendimento, o de que a Educação Física na saúde é atividade física, pode gerar distanciamentos da área e dos seus profissionais das necessidades sociais de saúde, que são aqui entendidas como: ter boa condição de vida; poder consumir tecnologias em saúde capazes de qualificar e prolongar a vida; vínculos entre usuário, profissionais e equipe; e ampliar e ter graus crescentes de autonomia na sua maneira de conduzir a vida (CECÍLIO, 2006).

Entendemos que as práticas de saúde desempenhadas pelo conjunto dos/as PEF são influenciadas pelos saberes científicos de seu núcleo de conhecimento, bem como dos conhecimentos e práticas do campo da saúde pública, os quais são acumulados a partir da própria experiência com o trabalho em saúde e que, de todo modo, são decorrentes de sua finalidade social, em movimentos historicamente construídos. Estes, por sua vez, são intervenções que buscam modificar alguma coisa em direção de algo novo, que são postas como demandas ou necessidades de saúde pelo usuário, mas também percebidas pelo conjunto dos profissionais de saúde da ABS e pela própria gestão da saúde pública municipal, através de mecanismos de controle e monitoramentos epidemiológicos ou de indicadores de gestão (FEUERWERKER, 2014).

Nesse sentido, observamos diferentes tecnologias em saúde, as quais foram desenvolvidas pelos/as PEF do NASF e ofertadas na ABS da cidade de Vitória/ES. Encontramos PEF do NASF intervindo junto ao usuário com tecnologias em saúde do núcleo específico da Educação Física e dos programas de saúde pública implantados pela SEMUS na ABS. Outras tecnologias em saúde de campo comum também foram identificadas a partir da participação dos/as PEF do NASF nos espaços colegiados da própria UBS e nas articulações com outros serviços públicos dos territórios. Tratar de tais tecnologias em saúde foi importante, porque pudemos caracterizar os espaços, necessidades, tensões e, conseqüentemente, a pertinência do PEF na ABS.

4.1 Produção tecnológica do trabalho em saúde do/a PEF nos encontros com os usuários

Na Atenção Básica à Saúde da cidade de Vitória/ES, os 08 PEF do NASF apresentam semelhanças na sua organização e oferta de serviços à população adstrita dos seus respectivos territórios. Os atendimentos realizados aos usuários pela categoria da Educação Física geralmente são individuais no ambulatório e coletivos nos espaços como auditórios, praças, parques, corredores e estacionamentos da UBS que comportem aglomerados de pessoas.

As intervenções realizadas pelo profissional de Educação Física no NASF, em ato com os usuários, envolvem as práticas e saberes relacionados ao núcleo específico e outros que apresentam (in)diretamente uma estreita relação com a Educação Física e outros decorrentes de políticas e programas de saúde pública. Conforme o levantamento de dados, o Quadro 04 é uma síntese dos atendimentos que os 08 PEF NASF realizam com os usuários, sem a presença de outro profissional de saúde. Essas atividades compõem a rotina diária dos serviços ofertados pelas UBS, uma vez que essa demanda é construída pelo profissional a partir do seu interesse e de sua autonomia em poder ofertar, atrelada ao modelo assistencial, que orienta de modo geral o próprio serviço, bem como pelo usuário e demais profissionais da ABS.

Quadro 04 – Atendimentos individual e coletivo aos usuários realizados pelos/as PEF do NASF na Atenção Básica à Saúde da cidade de Vitória/ES

Intervenção e procedimentos em saúde	Atividades
Atendimento coletivo Práticas Corporais e Atividade Física (PCAF)	Ginástica (alongamento/aquecimento, exercícios físicos localizados e relaxamento)
	Ginástica na cadeira
	Ginástica para gestantes
	Circuito funcional
	Voleibol adaptado
	Dança
	Caminhada orientada
Atendimento individual	Avaliação física
	Aconselhamento sobre práticas corporais e atividade física
	Entrevista individual para avaliação do tabagismo para as sessões de apoio terapêutico ao tabagista (GATT)
Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)	Atendimento individual de auriculoterapia
	Manipulação e dispensação de produtos fitoterápicos e plantas medicinais
	Visita guiada ao jardim terapêutico sobre as plantas medicinais
	Oficinas de receitas fitoterápicas para grupos e instituições
	Distribuição de mudas de plantas medicinais e aromáticas para consumo ou plantio em domicílio.

Fonte: dados coletados pelo pesquisador.

As práticas corporais e atividade física (PCAF), avaliação física e aconselhamento para PCAF na ABS desses territórios são uma continuidade da implantação e do pioneirismo do

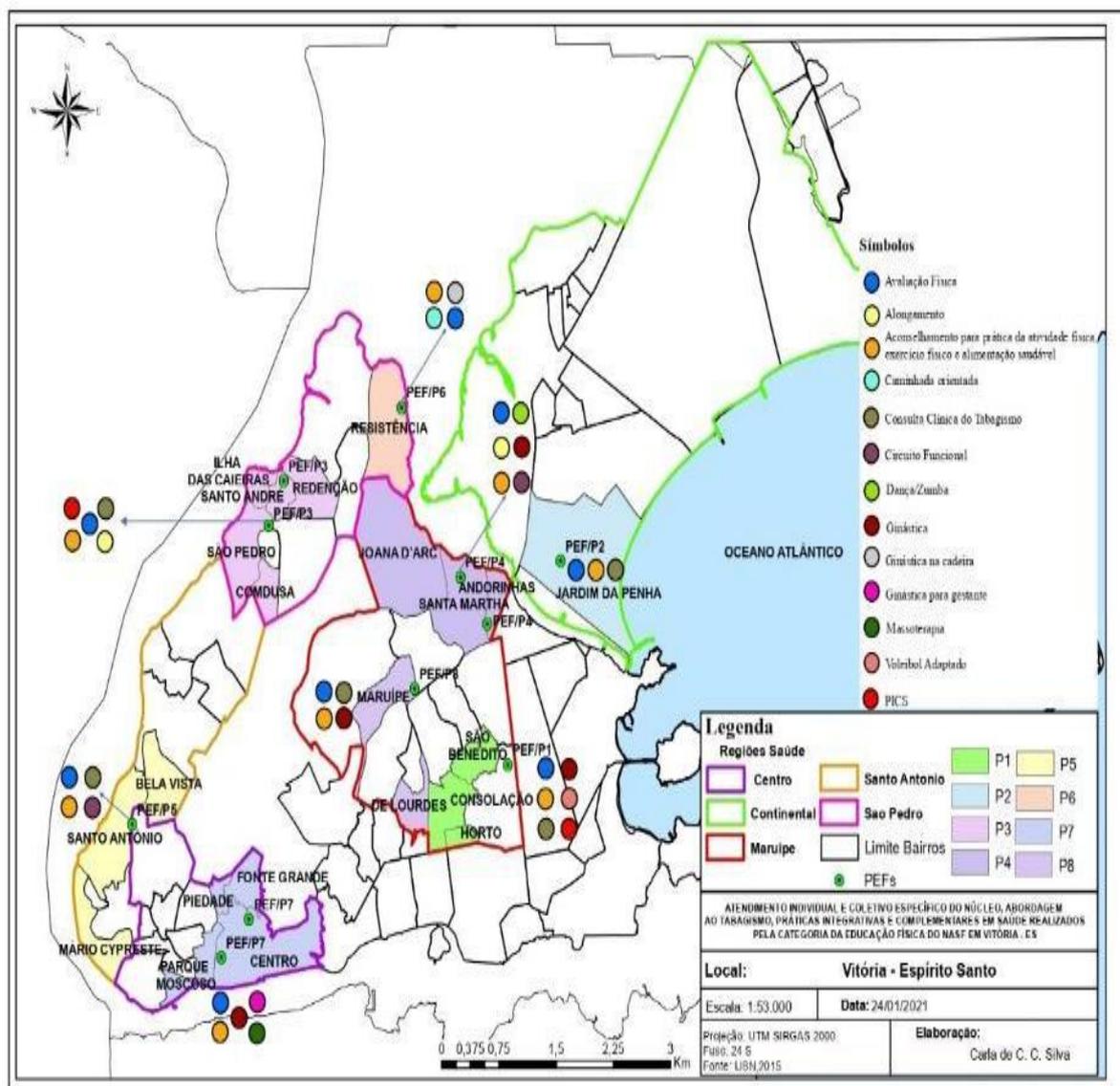
programa SOE, através da inserção de PEF nas UBS, a partir de 2005, (CRUZ; WERNER, 2012; VIEIRA et. al., 2020).

A entrevista individual de avaliação do tabagismo é um atendimento que faz parte do Programa “SEMUS Livre de Tabaco”, implantado em 1998, mas que foi introduzido nas UBS somente em 2001. No ano de 2006, aconteceram treinamentos e formações que motivaram profissionais de saúde a ofertarem essa modalidade de assistência, ampliando o acesso e a oferta de tratamento para pessoas com desejo de parar com o tabagismo (SATTLER, 2011).

Em relação às PICS, a fitoterapia foi a primeira prática implantada por profissionais homeopatas concursados, desde 1992. Esse passo foi um marco que impulsionou a criação de farmácias vivas, a política municipal de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, implantação de jardins terapêuticos, hortos comunitários, bem como outras PICS — como a arteterapia, musicoterapia e ioga — através de curso de pós-graduação para os PEF do SOE (SACRAMENTO, 2017).

Observamos que as intervenções dos/as PEF do NASF — identificadas no Quadro 04 e distribuídas entre os territórios conforme a Figura 02 — apontam para uma atuação com práticas de saúde de núcleo que demarca sua identidade profissional; já as demais foram sendo apropriadas e ofertadas pelos PEF, devido à própria estruturação assistencial da ABS pela SEMUS ao longo de sua municipalização. O Quadro 04 e a Figura 02 localizam e caracterizam as intervenções dos/as PEF do NASF (intervenções as quais foram distribuídas nos seus respectivos territórios em saúde) em ato com os usuários.

Figura 02 – Distribuição das atividades do núcleo da Educação Física e procedimentos específicos aos usuários na Atenção Básica à Saúde realizados pelos/as PEF do NASF, da cidade de Vitória-ES



Fonte: próprio autor. Própria desta pesquisa.

Na ABS dos territórios do NASF, identificamos que o acesso dos usuários aos grupos de PCAF acontecia via encaminhamento de outro profissional que compõe a EqSF, do NASF e do programa SOE. A forma de comunicação entre os profissionais de saúde, o usuário e PEF para os grupos de PCAF ocorria via prescrição de receituário (entregue ao usuário), no prontuário eletrônico e no compartilhamento direto ao PEF. Outro meio era a indicação pelos próprios usuários que participam dos grupos de PCAF a outras pessoas.

Em relação aos participantes dos grupos de PCAF, observamos públicos específicos por prática corporal. Nas aulas de ginástica, dança e circuito funcional predomina o sexo feminino,

com mulheres jovens, adultas e idosas. Já na caminhada orientada e ginástica na cadeira, percebemos uma predominância de pessoas idosas e baixa adesão de pessoas adultas, diferentemente do grupo de voleibol, que tinha participação de adolescentes, adultos e idosos. De modo geral, as pessoas que acessaram as PCAF são, em sua maioria, pardas e negras. Seguindo, há menor número de pessoas brancas, exceto nos grupos de PCAF dos territórios como Jardim da Penha, Centro e Maruípe, territórios que têm uma maior frequência de pessoas brancas. Outra característica dos grupos de PCAF, é a participação de pessoas acometidas por diabetes, hipertensão, problemas de saúde mental, bem como participantes que não apresentam nenhuma das doenças anteriores.

Os materiais utilizados eram referentes às especificidades de cada PCAF. De modo geral, nas ginásticas e dança, eram utilizados colchonetes e caneleiras industrializadas, halteres artesanais (garrafa *pet* com areia ou cimento dosado) e industrializados, como bastões de cabo de vassoura, caixas de som, *smartphone* e *playlists* de músicas. Além desses materiais, no circuito funcional, tinham mini cones, corda de pular e escada de agilidade. No voleibol adaptado continham bola de voleibol oficial, placar de pontos, rede e apito.

Outro aspecto é a garantia de condições básicas de recursos didáticos pela SEMUS para a realização das PCAF, para as quais eram adicionados materiais artesanais e alternativos. A construção desse tipo de material é decorrente também da quantidade de participantes nos grupos de PCAF, que variava de 30 a 40, sobretudo nas aulas de ginástica na execução de exercícios físicos resistidos.

Os grupos de PCAF são orientados exclusivamente por PEF, e as sistemáticas das aulas aconteciam entre duas a três vezes por semana, uma hora-aula era, em torno, de 45 a 50 min, pela manhã, entre os horários das 7h às 9h, ou à tarde, das 16h às 18h. Os locais eram nos auditórios da UBS e do CRAS, praças públicas, calçadão da orla fluvial, parques públicos municipais e associação comunitária. Observamos que existia uma dada orientação do PEF ao usuário, que era a de agendar avaliação física logo após seu ingresso no grupo de PCAF, bem como um monitoramento pela frequência diária e cadastros dos participantes dos grupos na Rede Bem-Estar de forma sistemática.

Conforme os dados do Quadro 04 e a da Figura 02, observamos que os grupos são conhecidos pelo nome da PCAF, o que, de alguma forma, pode atrair públicos específicos aos diferentes grupos de PCAF. Além disso, algumas práticas corporais carregam em si uma relação com gênero e ciclo de vida, por exemplo, a “ginástica voltada para mulheres”, e “caminhada orientada para idoso/a”. Dito isso, a nomenclatura pelo nome da PCAF pode ser uma barreira para o amplo acesso de diferentes públicos, como, em especial, o segmento masculino. Além

disso, a identificação do grupo pelo nome da PCAF possibilita um entendimento restrito à nomenclatura: se é grupo de ginástica, entende-se que as aulas são especificamente de ginástica na sua modalidade de condicionamento físico, o que contribui para a redução de experiências corporais com outras práticas corporais e distanciamentos (que foram construídos historicamente) de determinados públicos. Em sentido oposto, a prática esportiva do voleibol adaptado apresentava uma diversidade de gerações, como adolescentes, adultos e idosos de ambos os sexos, sendo que tal aspecto não é comum de se encontrar nas PCAF ofertadas por instituições públicas e privadas.

A ginástica foi a PCAF mais ofertada nos territórios. Entretanto, adaptações — como ginástica na cadeira e ginástica para gestante — foram ofertadas em alguns territórios, igualmente o esporte, a dança, a caminhada orientada, alongamento e circuito funcional. Quanto à organização das aulas de ginástica, de dança, de caminhada orientada e do funcional, estas eram realizadas da seguinte forma: alongamento, aquecimento, exercícios do ciclo ergométrico, exercícios localizados, alongamento e relaxamento. No caso do voleibol, inicia-se pelo alongamento, breve aquecimento e formação de equipes para coletivo propriamente dito, que segue ao seu término.

De modo geral, a organização dos grupos de PCAF pelos PEF do NASF era promover exercício físico enquanto serviço ofertado também pelo NASF, no sentido de garantir o acesso, informação, compromisso com o treinamento e controle pelo monitoramento da frequência diária e da avaliação física realizada.

O Quadro 04 e Figura 02 apontam para 03 práticas corporais, sendo a ginástica a mais recorrente nos diferentes territórios, seguida pela dança e o esporte, que aparecem como menor oferta aos usuários, embora se observe que as modalidades de ginástica reforçam um dado interesse de uso e oferta de serviços pelos/as PEF do NASF. As aulas de ginástica, de dança e de funcional eram exercícios físicos com repetição de movimentos, encadeados e sequenciados, por agrupamentos musculares dos membros superiores e inferiores do corpo, respeitando a estrutura de aula de ginástica de condicionamento físico, com ou sem a contagem numérica “1,2,3,4,5,6,7,8” ou no tempo da música. No caso do esporte voleibol e da caminhada orientada, estes apresentavam uma simetria com as demais PCAF, em que havia as etapas da atividade com exercícios físicos, embora tivesse uma ênfase no jogo de voleibol e na caminhada em grupo propriamente ditos.

Operar as PCAF com a noção de exercício físico centraliza a sua organização e a condução no profissional da área, o que (in)diretamente pode inibir ou reduzir a produção de autonomia coletiva dos usuários para organizarem, de forma autônoma, seus encontros e

promover outras PCAF que estejam mais alinhadas às suas histórias de vida e que considerem as vivências de lazer, a partir das experiências dos/as participantes. E, dessa forma, que sejam PCAF movidas pelo desejo, pelo poder de escolha, distantes das imposições de ordem físico sanitárias (FRAGA, 2006; PNUD, 2017). De forma semelhante, que os usuários se apropriem de outras práticas corporais que sejam de seu interesse, desejo e também vontade do coletivo, visando o aprendizado e o poder de organizar, de forma autônoma, seus próprios encontros, sem necessariamente serem ofertadas (as práticas corporais) exclusivamente pelo PEF do NASF.

Em relação aos atendimentos individuais — como a avaliação física e aconselhamento para PCAF, conforme a Figura 02 —, nota-se que esses serviços foram ofertados e realizados pela categoria em todos os territórios e, por sinal, a maioria dos interlocutores do estudo tinha turnos destinados para esses atendimentos. A avaliação física acontecia nos consultórios e consistia na tomada de medidas e dados antropométricos, perímetria, índice de massa corporal (IMC), histórico e antecedentes familiares sobre doenças e agravos não transmissíveis, fatores de risco cardiovasculares e prática regular de atividade física, todos com base nos protocolos científicos da ciência moderna. Após as tomadas de dados e medidas, todos os/as PEF faziam uma devolutiva ao usuário com base nos resultados. Em seguida, realizava-se o aconselhamento sobre atividade física, hábitos de vida saudável, como alimentação saudável e equilibrada, risco do sedentarismo/inatividade física, consumo de álcool e fumo, estresse e entre outros fatores de risco e proteção correlatos.

Sobre os aconselhamentos e avaliação, observamos que os conhecimentos os quais o PEF mobilizava eram oriundos dos estudos epidemiológicos sobre atividade física e saúde, com enfoque na mudança de comportamento — em especial do sedentário para um estilo de vida ativo —, mas também conhecimentos do núcleo das biodinâmicas. Além disso, dicas eram dadas com o intuito de alterações na dieta, como quando esta era hipercalórica, por exemplo, em que o aconselhamento era o de aumentar o consumo de hortaliças, frutas, legumes, tubérculos, reduzir alimentos ricos em lipídios, bem como evitar frituras, reforçando o modo de preparar grelhado e cozido, mas sem gordura.

A avaliação física consistia em uso de protocolos para levantamento de um dado diagnóstico acerca do usuário e os meios de prevenção de doenças através das prescrições normativas referendadas pela área e reproduzidas pelo PEF. De modo geral, esses atendimentos realizados pelos PEF com o usuário eram voltados para a adoção de um estilo de vida ativo e saudável, conforme as normativas prescritivas recomendadas a partir de pesquisas, as quais são validadas pela área da Educação Física, atendendo à lógica biomédica.

Na consulta de avaliação clínica aos usuários interessados em participarem do grupo de apoio terapêutico ao tabagista (GATT), são coletados dados sociodemográficos, história tabagista e aplicado o Teste de *Fagertrôm*, que avalia o nível de dependência de nicotina. É avaliada a motivação da pessoa em deixar de fumar; se há indicação ou contraindicação de uso do apoio medicamentoso, existência de patologias pregressas, histórico psiquiátrico, comorbidades autodeclaradas, pergunta sobre depressão e sua história clínica, bem como procurar obter informações do estado de saúde mental, a existência de rede de apoio e as dificuldades em parar de fumar (SATTLER, 2011). Após a consulta, conforme o protocolo, o PEF emite uns desfechos ao usuário, que é encaminhamento para o GATT. Em alguns casos, também é previsto apoio medicamentoso quando necessário, com atenção à mudança de comportamento. A medida farmacoterapêutica constitui-se na reposição de nicotina, por meio de adesivo e gomas prescritos por profissionais de saúde, os quais têm o curso completo sobre prevenção do tabagismo (BRASIL, 2001).

Em relação às PICS, dois dos oito PEF tinham formações específicas nas práticas mencionadas no Quadro 04 e distribuídas no mapa na Figura 02. Entre os atendimentos, identificamos a auriculoterapia em uma das UBS, onde os usuários eram encaminhados por outros profissionais de saúde e agendados pela PEF. Antes de iniciar, a PEF prepara as placas com sementes de couva cobertas por esparadrapo e depois cortadas com estilete. Durante o atendimento ao usuário, as sementes eram aplicadas na região da orelha, conforme os problemas de saúde apontados e identificados a partir do diálogo entre a PEF e a usuária em ato. Nesses atendimentos de auriculoterapia, a PEF buscava se aprofundar nos problemas identificados, no sentido de compreender quais outros fatores e determinantes sociais estavam relacionados (in)diretamente com o problema biológico e social relatado pelo usuário. A condução do atendimento dava-se a partir de perguntas relacionadas ao cotidiano, às relações e convivência familiar, ao trabalho, ao lazer e aos históricos de antecedentes familiares relacionados à saúde e apoios sociais do usuário. A partir dos elementos observados durante a auriculoterapia, eram combinados os encaminhamentos, considerando os serviços e profissionais de saúde disponibilizados, tanto pela rede SEMUS e a rede da Assistência Social quanto por outras que são ofertadas pela prefeitura de Vitória-ES.

Nesse caso, o uso do conhecimento e prática da auriculoterapia pela PEF em ato fluiu como um dispositivo que mobilizava uma compreensão mais ampliada de processo de saúde-doença, que não focava apenas no determinante biológico, mas buscava fazer uma escuta ampliada e perguntas estratégicas, estreitando a aproximação da PEF da realidade da usuária.

A outra atividade desenvolvida em uma das UBS era com as plantas medicinais e aromáticas. A PEF realizava os cuidados de plantio e poda das plantas para manutenção do jardim terapêutico. Além disso, a PEF fazia a coleta de plantas para realizar as manipulações e a produção de sabonetes, bombons e outros produtos para distribuição aos usuários na própria UBS, por recomendação de outro profissional ou própria. Além disso, foi notório o quanto a PEF dominava os conhecimentos acerca das propriedades e funções medicinais das plantas, tanto que, em seus atendimentos coletivos (grupos de PCAF) ou individuais (no consultório), era comum recomendar o uso e o plantio das plantas medicinais. No caso das PICS, se apresentam como uma dada incorporação tecnológica que não precede de uma formação acadêmica em Educação Física, por vezes, são de interesse do PEF pelas práticas e saberes das PICS e sua aplicabilidade no serviço.

Conforme apontam as práticas realizadas pelos PEF com os usuários, observa-se que são demarcadas pelo modelo assistencial, o qual compõe os serviços de saúde, que, geralmente, são organizados a partir dos problemas específicos (agravo à saúde, fator de risco, a doença e grupos prioritários). Isso é observável pelos encaminhamentos ou compartilhamento do problema de saúde com o PEF para atendimento individual ou nas PCAF, bem como na indicação de PCAF, com a finalidade de controle e monitoramento da doença ou redução de risco, expressas nos programas/ações programáticas (exemplo é o Hiperdia, programa voltado ao controle e monitoramento das pessoas com hipertensão e diabetes) de iniciativa do próprio município, do Estado e do governo federal. Igualmente, expressas, por vezes, pela centralidade e lógica dominante do trabalho da EqSF, que, (in)diretamente, se aproximam da lógica do profissional da medicina, o qual influencia, também, a lógica operacional do trabalho do/a PEF do NASF (FEUERWERKER, 2014).

A primeira caixa de ferramentas utilizadas aqui pelos PEF do NASF corresponde às tecnologias duras, que são os objetos (materiais) que permitem o PEF manusear, como *smartphones* (lista de música), microfone, caixa de som, balança, computador, fita métrica, materiais didáticos (esportivos e de exercício físico), bem como os instrumentos utilizados nos atendimentos de auriculoterapia e fitoterapia (CECCIM; BILIBIO, 2007).

A segunda caixa de ferramentas corresponde aos conhecimentos estruturados relacionados ao objeto da Educação Física. Como exemplo, temos a metodologia das aulas de PCAF, com base na ginástica de condicionamento físico, a qual tem ênfase no conceito de exercício físico. Este, por sua vez, é uma atividade física planejada, sistematizada, intervalada e que tem como base os conhecimentos da fisiologia humana, do esforço e, sobretudo, do

treinamento desportivo, no qual há intensidade e volume, sistematização e periodicidade do exercício físico.

Ademais, a avaliação física segue os protocolos e parâmetros métricos e matemáticos sobre o corpo “físico”, as informações sobre o risco da inatividade física, do comportamento sedentário e da alimentação saudável. Até mesmo as abordagens comportamentalistas utilizadas na avaliação clínica para o GATT são orientadas pelos conhecimentos da racionalidade epidemiológica do risco, da doença e de cunho comportamental.

A aplicabilidade dos conhecimentos regidos pelos protocolos e diagnósticos em saúde é apenas uma aproximação que busca, em certa medida, analisar e classificar os indivíduos a partir de parâmetros científicos ligados à racionalidade biomédica e à epidemiologia do risco, do agravamento e da doença (FEUERWERKER, 2014). Por vezes, esses conhecimentos tomam como base um perfil de “corpo” e de “saúde” destituído da realidade da vida e condições sociais complexas expressas do território dos usuários atendidos.

Observa-se que os recursos tecnológicos da primeira e da segunda caixa de ferramentas têm como base os conhecimentos científicos estruturados por um saber decorrente de um processo de trabalho morto, realizado anteriormente. Chamamos de trabalho morto nas práticas de saúde do/a PEF todos os recursos-meios envolvidos — ou como ferramenta ou como matéria-prima (FRANCO; MERHY, 2013) —, tais como o aparelho de som e o microfone, os quais são oriundos de um trabalho humano anterior. Acrescentam-se, ainda, os conhecimentos que estruturam didática e metodologicamente as aulas de PACAF, que são os saberes e práticas da ginástica de condicionamento físico, os quais apresentam saberes científicos estruturados, ancorado em diferentes conhecimentos da área biodinâmica, a qual tem suas matrizes teóricas nas ciências biológicas e da natureza.

Nas intervenções com as PACAF, as aulas apresentavam uma combinação tecnológica ligada às tecnologias duras e leve-duras, ou seja, são recursos e dispositivos oriundos de um trabalho morto realizado anteriormente, que são mobilizados no ato de sua utilização na relação do PEF com o coletivo de participantes. Aos núcleos das tecnologias leve-duras encontram-se terrenos que podem se impor sobre as tecnologias leves.

Merhy (2013), por sua vez, afirma que a produção de procedimentos que consomem tecnologias duras, acrescentando também as leve-duras, é reflexo do próprio modelo assistencial, o qual gera mais necessidade de produção de procedimento a ser consumido pelo usuário. Nesse sentido, o trabalho do/a PEF — orientado pela produção de procedimentos, o uso de instrumentos, protocolos, ferramentas e máquinas nos atendimentos coletivos e individuais — é repleto de saberes e práticas instituídas pelo setor da saúde, que alimenta uma

organização voltada para as práticas de saúde da Educação Física e da saúde pública, sendo reflexo da própria lógica organizacional dos serviços na ABS, ainda que seja de forma singular a maneira como cada PEF materializa seus conhecimentos para gerar um dado cuidado (FRANCO; MERHY, 2013).

Nesse sentido, podemos aferir que a composição técnica do trabalho dos PEF junto ao usuário foi alocada, disseminada, distribuída e ofertada majoritariamente através das práticas de saúde do núcleo das tecnologias leve-dura, com uso de recursos das tecnologias dura da área da Educação Física e da saúde pública. Por se utilizar da ginástica de condicionamento físico (exercício físico), dos instrumentos e protocolos da avaliação física, da epidemiologia da atividade física e da alimentação aplicada à saúde, bem como dos protocolos e procedimentos do campo da saúde pública, torna-se favorável ao trabalho morto, ou seja, um trabalho assistencial prescritivo e instrumental (FRANCO; N MERHY, 2013). Os olhares dos/as PEF, “cientificamente armados” pela epidemiologia da atividade física e saúde, tendem a delimitar tecnicamente o que são as necessidades de saúde, a partir do objeto de cada núcleo e na oferta de serviços de saúde disponíveis (FEURWERKER, 2014).

Os atos prescritivos e instrumentais do/a PEF, decorrentes do trabalho morto na assistência à saúde ao usuário, são justificados pela própria filiação histórica que a área da Educação Física tem com a instituição médica, sobretudo nos modos de agir clínico-prescritivos, da visão biomédica do processo de saúde-doença e das noções de corpo e saúde restritas ao “físico”, ênfases ainda presentes na formação inicial e nos diferentes cenários de práticas do PEF (MENDES; CARVALHO, 2016; OLIVERIA, 2018).

É pela decorrência desses atos que entendemos que cada PEF faz uso dos seus espaços de autonomia para tomada de decisões, conforme seus valores e interesses. Isso acontece cotidianamente, conforme o contexto onde está inserido e dos encontros com os usuários (FEURWERKER, 2014). Nesse sentido, a demanda, a oferta de ações e as atividades assistenciais são construídas pelo PEF conforme sua história de vida, cultura, religião e experiências prévias e atuais na profissão, mas também sobre negociações com as normas, as políticas, as possibilidades e limitações estruturais impostas e existentes com a dinâmica da equipe de trabalho (FEURWERKER, 2014). Nessa direção, observamos falas dos participantes desse estudo que possuíam ênfases nas ações de núcleo em indiferença com outras possibilidades assistenciais que compõem o escopo para o NASF, destacando um dado interesse em desenvolver as PCAF em detrimento de outros processos de trabalhos que exigem algo a mais do PEF.

No NASF, pra mim a melhor parte é só os 40% de carga horária de atividade de núcleo. É a parte que eu faço com maior prazer. Para ser sincero, reunião de equipe [saúde da família], reunião de NASF, reunião de rede, é massacrante. Então, quando eu chego na aula [grupo de PCAF], é a parte que me dá mais prazer de estar no NASF. Até porque a gente estudou pra isso! (P7, GAP, encontro 2).

Eu concordo com ele [P7], essa questão do grupo de atividade física que eu participo é bem diferente das reuniões. O prazer é muito maior do que das reuniões do NASF, não só do NASF, assim, mas da dinâmica no NASF. É ficar discutindo caso sobre saúde mental o tempo todo, é depressão, é suicídio, é um negócio que cansa. E é muita, muita demanda, muita coisa (P8, GAP, encontro 02).

Verificamos que as expressões “a melhor parte” e “o prazer é muito maior” ressaltam o valor que P7 e P8 atribuíram ao trabalho de núcleo em detrimento das reuniões de EqSF e de NASF. Essa mesma menção foi atribuída por outra PEF, como a P4: “se estivesse no SOE, era só atividade física”, em tom de comparação com um dos objetos de trabalho entre o SOE, que é oferta PCAF na ABS. O fato dessa valorização dos 40% da carga horária do trabalho com o núcleo ser decorrente da formação inicial em EF (graduação) — “a gente estudou pra isso” —, em certa medida, traz à baila o reforço da dimensão saúde como aptidão física e como reflexo da presença da dimensão biologizante, presente na formação inicial, o que reforça o distanciamento da Educação Física da realidade da ABS, das questões sociais mais amplas e da visão mais crítica dos problemas e necessidades de saúde, vividos pelos usuários (DAMICO, 2007).

Além do exposto acima, as narrativas reforçam um certo interesse por parte dos PEF pelas tecnologias leve-duras do núcleo da Educação Física, o que aponta a ginástica de condicionamento físico, o que, por sinal, foi a PCAF majoritariamente mais ofertada pela categoria, sendo que esse empreendimento pode reforçar (in)diretamente a perspectiva de que “exercício físico é saúde”.

O termo “cansa” é uma representatividade dos 60% da carga horária com atividades comum a todas as categorias e aparece como oposto à carga horária de núcleo que interessa aos PEF, o que leva a compreender uma inclinação dos PEF apenas para demandas de saúde de usuários relacionada diretamente com PCAF e uma inclinação ao distanciamento de problemas de saúde mais complexos, evitar as tensões do trabalho em equipe e, provavelmente, realoca as pessoas com sofrimento ou problema mental na lista dos “novos marginais” (FRAGA, 2005; CECCIM; BILIBIO, 2007).

Por outro lado, esse interesse dos PEF pelos 40% de ações do núcleo é reflexo também da quantidade de demanda frente às condições e limitações dos serviços de saúde, da própria equipe de saúde e da rede de atenção que é de responsabilização da gestão da SEMUS em

estruturar a rede de serviços de saúde para garantir uma maior atenção a esse perfil de usuário, mas também uma retaguarda técnica assistencial, sanitária e clínica ao PEF nas intervenções nesse campo, com ações mais integradas com a equipe de saúde e usuário.

Ainda que seja atribuição do/a PEF prestar um apoio no suporte à EqSF voltado para caso de saúde mental, essa condição significa também em compor, junto aos profissionais, outros modos de produzir cuidado, os quais priorizem a autonomia do usuário e coloquem-no no centro do processo saúde e doença, no sentido de pensar e criar novas composições e projetos de cuidados que privilegiem as tecnologias leves com o trabalho interprofissional.

O interesse pelos 40% da carga horária nas ações de núcleo, nas falas acima, leva-nos a entender que a PCAF, enquanto tecnologia aplicada, apresenta um certo objeto que justifica a atuação do PEF, objeto o qual pode distanciar ou isolar o PEF de ações mais complexas e emergentes, bem como reduzir as possibilidades de “fissuras” para intervenções mais criativas e inventivas, no sentido de romper com o “aprisionamento” tecnológico oriundo de um trabalho morto (MERHY, 2013).

A preferência pelas práticas do núcleo se aproxima da classificação que Ferreira (2013) cunhou, que seria a dos PEF como “tarefeiros”, que é o profissional designado a desempenhar tarefas que lhe cabem sem compor com outros profissionais e outros saberes. Wachs (2016), em diálogo com Ferreira (2013), complementa que o PEF “cumpridor de tarefas” pode ser reflexo, entre outras questões, “[...] do desconhecimento de saberes específicos do campo da saúde pública, [...] da dificuldade de conduzir atividades sem que todos os movimentos estejam previamente planejados [...]” (WACHS, 2016, p. 51). Esses aspectos podem reforçar mais ainda o interesse e “fugas” para ações profissionais de Educação Física centradas nas ações de PCAF, sem aberturas para práticas de saúde voltadas para outras demandas e necessidade de saúde (MERHY, 2007; CECILIO, 2006).

O trabalho em saúde, mesmo sendo instrumental — prescritivo e orientado pelo trabalho morto, estruturado antecipadamente —, dar-se-á de forma singular por cada profissional de saúde, ou seja, o seu modo de produzir saúde apresenta sua dimensão leve e relacional, o que possibilita uma dada construção de relação com o usuário (FRANCO; MERHY, 2013). Nesse sentido, observamos algumas narrativas de atendimentos individuais que se aproximam da dimensão mais relacional entre o PEF e usuário.

Eu mudei muito no atendimento individual do começo para agora. Antes eu ficava voltada para a parte prática [atividade física] que eu estava fazendo. Acho que por entender que eles [usuários] precisam muito de ser ouvidos. Então, assim, eu tenho tido esse olhar. Tenho procurado ser, apesar de eu ser uma pessoa grosseirona, eu tenho sido amorosa. Eu tenho tido uma visão muito amorosa, sabe? Eu abraço e beijo

paciente antes de ir embora, levo até a porta, é uma coisa para ele [usuário] se sentir acolhido. Então, assim, eu acho que hoje eu tenho uma conduta legal em relação ao atendimento individual, uma coisa que eu fui criando, não foi sempre assim, não (P1, GAP, encontro 02).

É avaliação física que acaba se transformando numa escuta! É avaliação física. E, às vezes nem sempre, a avaliação física acaba se tornando uma avaliação de escuta também, ou seja, é como se fosse ali o primeiro atendimento. É como se fosse o acolhimento também. Eu me sinto às vezes como também uma porta de entrada dessa pessoa ali naquele atendimento, para eu ofertar outros serviços da unidade. Porque, às vezes, quando você diz assim: “Olha, não é fácil, uma mudança de hábitos tem que partir de você e levar essa mudança de hábito para dentro da tua casa” [...] Daí vem uma resposta do tipo “Mas o meu marido nem dorme comigo na cama, então da parte dele, não vai, eu não vou conseguir ter mudança nenhuma, eu só vivo com ele dentro de casa”. E nessa situação, a pessoa começa a chorar, entendeu? Então, ela foi ali para fazer avaliação física porque em casa o marido está chamando ela de gorda, falando que ela é feia. E alguém disse para ela: “Vai lá fazer uma avaliação, porque talvez a professora consegue passar uma dieta para você”, falam assim. Então esse caso foi um caso que eu percebi que precisava de uma avaliação da psicologia. Outro exemplo: “Eu preciso professora, melhorar minha qualidade de alimentação, sim, mas eu estou sem trabalhar, sem receber”. O prontuário [eletrônico] me diz que ela é uma pessoa que pode, por exemplo, se encaixar no programa Bolsa Família, ela vai para o serviço social, entende? (Entrevista, P4).

As análises dessas falas relevam um atendimento mais ampliado, atencioso e receptivo pelos PEF ao usuário. Percebe-se, também, que a avaliação física foi um meio e não um fim em si mesma nesses atendimentos. Para isso, os/as PEF abordaram outros aspectos relacionados à saúde: uma postura mais afetuosa, identificação de necessidade de saúde para outros serviços ou atendimentos especializados. Diante disso, a relação estabelecida nesses atendimentos com o usuário não se restringiu aos dados da ficha de avaliação física, e sim a outros aspectos que, de forma indireta, têm repercussões na saúde do usuário. Tais abordagens proferidas pela P4 apontam para o acolhimento em saúde, que requer uma atenção com escuta ampliada e qualificada, bem como a capacidade do PEF em articular outros recursos disponíveis no serviço de saúde que sejam resolutivos, conforme os problemas de saúde do usuário. Na mesma direção, observamos uma abordagem ampliada, com uso das PICS (auriculoterapia) durante os atendimentos individuais. Vejamos o que descreveu P3:

Você consegue, na verdade, com auriculoterapia, ampliar o horizonte de atendimento dessa pessoa, que é estratégia de saúde da família, pelo menos o que eu faço. E vou perguntando tudo sobre a vida dessa pessoa, porque eu quero saber de verdade como é que ela está. Porque se ela não tiver bem, eu vou para a equipe de saúde da família à qual ela pertence e vou falar com esse enfermeiro, ou como médico, ou com alguém e dizer que essa pessoa não está bem e tem que ser feita alguma coisa. Então, para mim, a auriculoterapia foi uma ferramenta que eu usava para poder, além de melhorar a vida daquela pessoa, ainda enquanto estratégia de saúde da família, estar fazendo um atendimento de forma mais ampliada (P3, GAP, encontro 03).

De acordo com a fala acima, a auriculoterapia e o uso de perguntas (entrevista) conformaram-se como uma ferramenta no atendimento para uma abordagem em profundidade sobre a saúde do usuário. Tal abordagem colaborou para uma maior compreensão e análises das questões sobre a “vida dessa pessoa”, mediadas por um procedimento já estabelecido, mas que se permitiu ser capturado pela relação que foi produzida em ato, no sentido de investigar e buscar os possíveis desdobramentos e assistências, mesmo que seja em vista a ofertar o que está disponível na UBS e na rede SEMUS.

Ainda a respeito das falas acima dos PEF, os encontros marcados para atendimento individual entre o PEF e usuário se aproximam da compreensão das relações intercessoras, descritas por Merhy (2014, p. 50) como “um produto que existe para os dois em ato e não tem existência sem o momento da relação do processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro”. Nesse sentido, as narrativas de P3 e P4 evidenciam que o uso de tecnologias leve-dura e dura são capturadas e mediadas por relações que extrapolam os atos prescritivos do saber-fazer já posto, mas que, ao escaparem dessa estrutura leve-dura, a dimensão leve dar-se-á de forma singular e única. Ou seja, o encontro entre o PEF e o usuário pode ser marcado pela confiança, segurança, apoio e escuta implicada com a vida.

A abordagem referendada acima com uso da avaliação física — instrumento e técnica que, *a priori*, foca nos aspectos biológicos e biomecânicos do corpo — se amplia com a forma pela qual o/a PEF atende o usuário. Nesse sentido, evidencia-se, nesse atendimento, uma aproximação com o que é proposto pela Política Nacional de Humanização, como reconhecer o que o usuário aponta como real e singular necessidade de saúde, de forma que o profissional acolha e, conjuntamente, identifique meios de como atender aquilo que gera maior sofrimento no outro. Para tal, faz-se através de escuta ampliada atenta aos determinantes sociais e do acesso aos demais recursos e tecnologias dos serviços e profissionais de saúde, adequados às singulares necessidades de cada sujeito (PNH, 2008).

Os aspectos observados acima nos atendimentos individuais entre o PEF e o usuário no consultório foram evidenciados em três cenas. A primeira foi a ginástica, que acontecia na UBS; a outra foi a dança, que aconteceu no parque público municipal; a terceira cena foi o voleibol adaptado, que ocorreu na praça da comunidade. As três PCAF aconteceram de manhã cedo e a atividade durava em torno de 1h, e a média de pessoas nas aulas era no mínimo de 10, e no máximo de 30 pessoas. Tinham-se recursos didáticos suficientes para as aulas, como materiais esportivos e de ginástica, ambiência agradável, exceto no voleibol (em que a quadra não era coberta. Mesmo assim, não era barreira para atividade acontecer).

As cenas descritas a seguir tinham algumas características internas, como: o tempo de existência do grupo que, em média, era de 05 anos; a adesão de participante, a qual era proporcional ao tempo de existência do grupo; e usuários, que tinham uma frequência sazonal. As aulas descritas são uma representação singular de um dado grupo, mas que apresentam regularidades na forma como o PEF produz seu trabalho com as PCAF, ou seja, a dinâmica e metodologia de aula de cada grupo de prática corporal seguia uma dada rotina organizacional comum em todos os dias. Inicialmente, descrevemos a aula de ginástica, que era conhecida entre as mulheres como a “ginástica do posto”, provavelmente devido ao local de sua prática. Vejamos a cena.

Era uma manhã de segunda-feira, as mulheres já presentes no auditório se organizando no local com os materiais de ginástica. Quando chega a PEF, animada, empolgada, contagiante e sorridente, desejando em alto tom de voz: “Feliz dia das mulheres!”. Instala a caixa de som, o celular e faz as recomendações sobre aula. A cada fase da aula, a PEF explicava oral e gestualmente quais os exercícios físicos, ficava posicionada de frente às alunas, orientava a direção dos movimentos de deslocamento. Fazia observações, orientava de perto através da fala, gesto, exemplo e apoio a pessoa na execução do movimento. A PEF era como se fosse o “espelho” de uma sala ginástica. Atenta às execuções dos movimentos da turma, a PEF chamava pelo nome da aluna, trocava sorrisos, tirava uma prosa, perguntava pelas alunas ausentes e combinava visita domiciliar com o grupo, demonstrando uma dada “intimidade” com o grupo. Após a fase do relaxamento, ao concluir a aula, a PEF se despedia de algumas alunas, outras eram abraçadas, trocas de sorrisos, tiravam fotos coletivas e duplas, repasse de informes sobre a próxima aula. Já algumas esperavam para conversar com a PEF assuntos particulares relacionados. (Diário de Campo, março de 2019).

Nessa aula de ginástica, observamos uma participação ativa das mulheres, com autonomia para ocupar e organizar o espaço da aula, o que indicava uma apropriação por parte das mulheres sobre o espaço e a valorização da atividade ofertada pela UBS. A estrutura da aula seguia o formato tradicional de uma aula de ginástica propriamente dita. Por outro lado, observava-se uma atenção individualizada, considerando as particularidades das usuárias e uma atenção coletiva. Para isso, as posturas da PEF — como chamar pelo nome da pessoa, fazer-se de “espelho” na execução dos movimentos, orientar e adaptar os exercícios físicos e, quando necessário individualmente, emitir palavras de motivação e fazer devolutivas de resultados com PCAF — foram aspectos que demonstram atenção, segurança e cuidado com as mulheres através da ginástica.

Na cena seguinte, na aula de dança, percebemos aspectos semelhantes aos da aula de ginástica, ou seja, a própria metodologia da aula de ginástica de condicionamento físico, atenção com a turma, com o ensino e aprendizado das coreografias. Além disso, expressões de aproximações (a) efetivas entre a PEF e as mulheres.

Quando a PEF chegou, logo instalou seu *smartfone* na caixa de som amplificada, testou e usou o microfone. Era uma aula de dança com ritmos musicais latino-americanos, conhecida como zumba. A cada ritmo e estilo musical do *funk*, do samba, da salsa, do merengue e do mambo, era uma coreografia que a PEF demonstrava às alunas para acompanhá-la. A PEF orientava os movimentos básicos com deslocamentos simples, em seguida, mostrava os passos com movimentos conjugados e deslocamento. A PEF manifestava uma dada preocupação com a execução das coreografias, chamava as alunas pelo nome, realizava os movimentos pausadamente com e sem a música, mas mesmo assim, escapava a possibilidade “padronizar” a turma na coreografia, a tal ponto que as mulheres desenvolviam singularmente suas próprias coreografias. No meio de tantas coreografias, algumas mulheres ficavam conversando com as outras, outras davam uma paradinha, algumas eram focadas na coreografia, outras dançavam sem acompanhar a coreografia, em fim um “mosaico de movimentos dançantes”. Todas estavam se interagindo com as outras ouvindo e dançando o mesmo estilo musical, mas cada uma no seu próprio ritmo e compasso. Essa aula produziu uma ambiência dançante pelas mulheres, com diferentes manifestações de sensações, como animação e euforia, saudades e lembranças, disposição e cansaço. Já por final da aula, a PEF realizou um alongamento e caminhava entre as mulheres, perguntava se estava bem? Por fim, aos poucos, algumas mulheres foram se despedindo, umas ficaram conversando e expressões de afeto, como abraços, beijos, sorrisos e fotografias juntas entre as alunas e outras com a PEF, em seguida se despediam (Diário de Campo, fevereiro de 2019).

Percebemos que o ensino da coreografia ocorre através da repetição (que é uma das formas de ensino da dança). Por isso, repetir os movimentos mais simples e ir pouco a pouco, tende a tornar esses movimentos, às vezes, mais complexos. Todavia, observa-se que, nessa tentativa de coreografar o grupo, as participantes ressignificaram os movimentos propostos pela PEF. Sobre esse aspecto (a própria ocupação das mulheres no espaço da dança), encontramos diferentes envolvimento entre as mulheres e a PEF no momento das coreografias, o que leva a entender que há diferentes interesses pela aula de dança, sobretudo quando a coreografia é o meio de ensino da aula. Essa questão remete a outro aspecto, que é a forma como as mulheres se apropriam dos movimentos corporais produzidos social e historicamente; movimentos estes que são singulares, dinâmicos e simbólicos. Nesse grupo, há diferentes sentidos atribuídos à apropriação e ao ato de dançar pelas mulheres, configurando-se com um “mosaico dançante”. Nessa aula, podemos conceber que dançar é permitir e permite-se deixar o corpo expressar suas sensações, sentimentos, desejos e vontades em movimento, pouco importando a forma como o corpo reproduz a coreografia.

A outra cena foi o voleibol adaptado, atividade que apresentava um público diversificado: entre adolescentes, adultos e idosos de ambos os sexos. Essa atividade com voleibol emergiu devido ao interesse de pessoas que apresentavam problemas com alcoolismo, tabagismo e problemas de saúde mental. A organização didática do voleibol era o jogo coletivo, onde as regras eram adaptadas e a divisão era feita pela PEF, de forma que as equipes fiquem

equilibradas e os critérios utilizados sejam as habilidades motoras e o domínio dos fundamentos do voleibol por cada participante. Semelhante às aulas de ginástica e dança, a PEF também tinha uma aceitação e aproximação com os participantes.

A PEF estava na UBS, quando chega os usuários do grupo, cumprimentou cada um, em seguida, os mesmos ajudaram a PEF a levar o material da atividade e foram caminhando e conversando sobre a vida, como estavam se sentido e outros assuntos, até à praça do bairro. Além disso, procurava saber sobre os outros usuários, a depender das falas, tinha um desdobramento, como visita domiciliar, agendamento para consulta individual e outras articulações com a EqSF ou do NASF. Ao chegarem na praça, os participantes montaram toda a estrutura do voleibol, como a rede e o placar. A PEF inicia com um alongamento breve dos membros inferiores e superiores, depois faz a divisão das equipes, em seguida, iniciam as partidas, que são jogos similares ao pré-desportivo, denominado de “câmbio”, em que consiste os jogadores poderem recepcionar e passar segurando a bola com as duas mãos; em cada partida, a pontuação é até 15 pontos, as equipes são mistas e não se deve restringir o saque, a recepção e o bloqueio aos “habilidosos”. Essas regras e orientações, proferidas pela PEF e pelos/as participantes antes e durante as partidas, confere aos aspectos didáticos no sentido de garantir a participação ativa dos usuários. No decorrer das partidas, ouviam-se expressões de agradecimentos, reconhecimento ao outro, motivação, vibrações, euforia, concentração, abraços, apertos de mão, sorrisos, entre outras falas e gestos de satisfação pelo momento. Entre as partidas, chegou uma pessoa e pediu para jogar, a PEF prontamente incluiu, dando seu lugar na equipe; nessa hora, de forma bem discreta, orientou aos participantes interagirem com ele durante o jogo. Era perceptível o quanto a PEF conhecia cada usuário, onde moravam, as condições de sociais e os problemas de saúde. Além do voleibol, a PEF também acompanhava, de forma individual, os participantes, com atendimento no consultório ou em domicílio. Aos poucos, começaram a parar de jogar, uns foram reduzindo a participação, se despediam para ir embora, outros ajudavam a PEF levar o material (Diário de Campo, março de 2019).

Os aspectos destacados — a ocupação do espaço público, a organização e a desmontagem do espaço, conhecimento e efetivação das regras durante o jogo — evidenciam a participação ativa dos usuários com o voleibol, bem como o papel mediador da PEF na implantação dessa atividade e no estímulo à cogestão na organização da atividade. Observa-se que, tanto antes, durante e após o jogo de voleibol, havia ali uma abertura para o diálogo e escuta, aproximação e confiança; uma postura atenta e sensível entre a PEF e o(s) usuário(s), com aberturas para identificação de outras demandas e necessidade de saúde. Havia também a construção de vínculos. Além disso, havia o acesso livre dos usuários à prática do voleibol — sem a necessidade de cadastros tradicionais e burocráticos de acesso aos grupos, como são comuns na área da Educação Física e na saúde pública.

Sobre as cenas descritas da “ginástica do posto”, da aula de dança e do voleibol adaptado, aspectos relevantes para mencionarmos são: a sistemática dos encontros, a frequência dos participantes nas aulas, o tempo de existência do grupo e as ambiências dos espaços, que são características intrínsecas na promoção de PCAF. Incluem-se as abordagens dos PEF nessas

atividades, os diferentes interesses dos usuários que, de forma singular, também colaboram para a adesão e a própria existência e oferta da PCAF. Esses aspectos foram condições que colaboravam para a produção de interatividades entre os sujeitos.

Por outro lado, o trabalho vivo nas PCAF é apropriado por diferentes interesses. Tanto que, na dinâmica das aulas, havia uma dada presença de autonomia dos usuários enquanto sujeitos que incidiram e alteravam o “planejado” ou “pensado” pelos/as PEF para as aulas. Essa autonomia do usuário durante a vivência da PCAF é condição necessária para a construção de vínculos entre o/a PEF e participantes da aula. Dessa maneira, se configura como uma “fenda”, ou seja, algo que se abre mesmo enquanto demanda e oferta por PCAF, mas que, pode ser borrado pelos usuários — ao sentirem-se à vontade em compor com o/a PEF e os demais participantes, outros sentidos que não sejam restritos à saúde física, mas que também se relacionem com a produção de sociabilidades e os encontros dos sujeitos, como a produção de saúde (BECALLI; GOMES, 2014), que é simbólica e singular (FRANCO; MERHY, 2013).

Ainda que a lógica da doença — do risco do sedentarismo, da prevenção de doenças e a saúde física — regule a organização do serviço, o qual tem como oferta os objetos da Educação Física como práticas de saúde para ABS; por outro lado, observamos que, os encontros do PEF e usuário(s), tanto nas PCAF e nos atendimentos individuais, não se restringiram apenas à lógica que reforça a ideia de que exercício físico é saúde, mas também encontros que geraram relações de sociabilidade, escuta ampliada e indícios de vínculos entre PEF e usuários.

De modo geral, observamos que o conjunto dos dados discutidos até aqui sinalizam que a produção de saúde, realizada pelos/as PEF no encontro com os usuários, foi estruturada de forma macro e micro pelas tecnologias leve-dura e dura, com práticas de saúde tradicionais e corporativistas do núcleo da Educação Física (DAMICO, 2011) e do setor da saúde pública. Todavia, na “dureza” do conjunto dessa estrutura da organização dos atendimentos do PEF com usuário, observamos “fissuras” geradas pelas tecnologias leve em saúde, como a grupalidade, o jogo coletivo, a ludicidade, a sociabilidade, a escuta e diálogo do PEF com o usuário, que é o “instrumental do trabalho vivo que estão juntos no processo de trabalho, mas ao mesmo tempo, o trabalho vivo exerce hegemonia no trabalho morto” (FRANCO; MERHY, 2013, p. 142).

Nessa direção, podemos atribuir que o rol de PCAF, os atendimentos descritos no Quadro 03 e distribuídos nos territórios na Figura 02, de modo geral, são serviços que atendem a uma dada demanda, a qual são as necessidades moduladas pela própria oferta do serviço (CECÍLIO, 2006). Tanto que se assemelham à consulta médica, solicitação e entrega de medicamentos, solicitação e realização de exames (são as mais identificadas pelos usuários), que podem também ser uma demanda associada ao profissional de saúde. Por exemplo, a oferta

do profissional de Educação Física é associada ao exercício físico, avaliação física e atividade física.

Contudo, as “fissuras” de indícios de trabalho vivo — encontradas no atendimento individual e coletivo, estruturadas com uso e aplicações de saberes e práticas tradicionais da área da Educação Física — representam as especificidades da profissão da Educação Física para ABS, em meio ao trabalho vivo que, é antes de tudo, um acontecimento (MERHY, 2013). Dito isso, não se trata aqui de “abandonar” ou se “isolar” nas especificidades da área da Educação Física como os grupos de práticas corporais e avaliação física, por exemplo. Mas também, não se trata de centralizar a atuação do PEF no uso e aplicação das tecnologias leve-dura e duras, nem tampouco defender um corporativismo técnico-científico, de que só quem só pode promover PCAF na ABS é o PEF.

As “fissuras” do trabalho vivo nos acontecimentos em meio às práticas específicas do núcleo e da saúde pública são uma abertura potente e sensível para identificação de necessidades de saúde. Elas são o “chamado” para construção coletiva e autônoma para práticas de cuidados mais ampliadas, as quais não se restrinjam na superfície da demanda de saúde em conformidade com a especificidade da área em tela e da própria organização do serviço da UBS ou de interesse da SEMUS.

O trabalho em saúde, em sua totalidade, é sempre relacional, permeado também por tecnologias leves em saúde. Em diálogos com Merhy (2013, p. 142), o autor afirma que as tecnologias leves são ancoradas em “relações implicadas com produção do cuidado como, escuta qualificada, acolhimento, subjetividade expressa pela própria história e projetos terapêutico em direção a autonomia no modo de caminhar na vida”.

Contudo, ainda que o trabalho do PEF do NASF de Vitória-ES seja organizado e ofertado pelo trabalho morto da modelagem biomédica da Educação Física (CECCIM; BILIBIO, 2007), na sua totalidade, há indícios embrionários na ênfase do trabalho vivo no uso dos instrumentos das tecnologias leves da mochila da Educação Física. Em outras palavras, há, no trabalho assistencial do PEF com usuário, um entre trabalho vivo capturado pelo trabalho morto, e o trabalho morto capturado pelo trabalho vivo. O entre nas composições tecnológicas do trabalho do PEF na relação com usuário configura-se como um campo de tensão permeado pelos saberes e fazeres tecnológicos da Educação Física e da saúde pública, das condições de trabalho, dos jogos de interesses, desejos e conhecimentos que são produzidos no e somente no encontro com usuário em ato.

É a partir do relacionar-se consigo e com outro que é possível encontrar e reforçar as “fissuras” do trabalho vivo que acontecem nas relações entre o PEF e o usuário, ensejando

possibilidades de intervenções que aproximem-se das necessidades de saúde decorrentes das iniquidades, questões sociais e relacionais que constituem o cotidiano da vida do usuário. Em outras palavras, essa tarefa — a de aumentar o grau de importância e capacidade de escuta qualificada e atenção às subjetividades, com um olhar atento, com perguntas sobre a vida do usuário e uma escuta sensível por parte do PEF — caberia à gestão da SEMUS, à EqSF, à organização do serviço da ABS e ao PEF. Tais abordagens provavelmente consigam mais catalisar as necessidades de saúde, do que restringir apenas na adesão ao modelo de organização do serviço de saúde ou da própria Educação Física (CECÍLIO, 2006).

Para Feuerwerker (2014), Merhy e Franco (2007), são nos encontros entre trabalhadores e usuários no cotidiano do trabalho que transitam as chamadas “linhas de fugas”, que podem levar tanto a movimentos cuidadores ou a um agir automático de queixa-conduta aprisionado nas tecnologias leve-duras e duras, quando dela se espera, neste caso, do PEF, uma implicação e disposição para singularidade dos casos em direção a uma atenção integral em saúde, a qual acontece nos espaços singulares.

Sobre a crítica na distribuição da carga horária do NASF (as atividades do núcleo), é relevante afirmar que o papel do NASF comporta a dimensão do núcleo. Todavia, muitas vezes, as necessidades de saúde sentidas pelos usuários e percebidas pela EqSF, nem sempre demandarão tecnologias do núcleo da profissão e sim do profissional da saúde, que venha a intervir a partir do trabalho vivo, que é singular e imprevisível, atento às necessidades de saúde dos moradores e do território; necessidades estas que são social e historicamente determinadas (STOTZ, 1991).

Nesse sentido, as atividades do núcleo — entre outras práticas assistenciais — devem potencializar as relações, com uma postura sensível para acolher as demandas e as necessidades de saúde, que privilegiem a construção de cuidados singulares na intervenção, voltados para boas condições de vida. Ou seja, ter poder de acesso e consumo de todas tecnologias em saúde que sejam capaz de melhorar e prolongar a vida, aumentar graus de autonomia do usuário e a construção de vínculos (a)efetivos entre o profissional e a equipe de saúde com o(s) usuário(s) (CECÍLIO, 2006).

4.2 Educação Física e o trabalho em equipe: o entre agrupamento e integração

Após apresentar e discutir acerca da produção tecnológica do trabalho em saúde do/a PEF nos encontros com os usuários na subcategoria anterior, pretendemos agora analisar como os/as PEF participaram dos trabalhos em equipe multiprofissional na assistência ao usuário.

A Educação Física no trabalho em equipe é o objeto de análise dessa sub-categoria e foi analisado a partir das observações dos processos de trabalho entre os PEF na presença de diferentes profissionais das EqSF, compostas por ACS, enfermeira, médica, técnica de enfermagem e profissionais da saúde bucal; já as equipes do NASF eram compostas por psicólogas, assistentes sociais, fonoaudiólogas e farmacêuticas.

O trabalho em equipe na saúde pública remota desde a década de 70, quando os serviços de saúde já eram compostos pela presença de diferentes profissionais da saúde, sobretudo nos hospitais (PEDUZZI, 2010). É com a expansão da Atenção Básica à Saúde, ocorrida nas últimas décadas, que a equipe multiprofissional deixou de ser apenas um mero aspecto de organograma da atenção e passou a ser um componente estruturante para o trabalho na ESF, com o objetivo de tencionar mudanças nas práticas de saúde, sobretudo na atenção à saúde (ANDRADE, 2006; GOMES et al., 2010).

Nesse sentido, é relevante lembrarmos do papel social que as EqSF e de NASF devem desempenhar na Atenção Básica à Saúde: conhecer, identificar e intervir nos problemas e necessidades de saúde do território; construir vínculos de confiança com a população local pautados na conduta ética; garantir o acesso dos usuários à rede de serviços de saúde da SEMUS, de forma contínua e racionalizada; promover educação em saúde; articulações e planos de ações intersetoriais com instituições presentes e que atuam no território; fomentar a participação popular enquanto exercício de poder e de cidadania, com vistas ao direito à saúde; e estimular a organização do conselho local de saúde.

Para que o trabalho em equipe seja viabilizado é necessária uma relação de interação entre os trabalhadores das equipes, mediada pela troca e compartilhamento de conhecimentos e experiências. O compartilhamento de saberes e práticas específicas que compõem o “campo do cuidado” – que é a interação entre profissionais – possibilita o potencial criativo e criador na relação com usuário e demais integrantes da equipe, para que, juntos, efetivem um campo de produção do cuidado, que seja comum a todos (CAMPOS, 1994).

Notadamente, ainda que seja recomendada à equipe multiprofissional a saída milagrosa para alterar a fragmentação e a desresponsabilização decorrente da especialização em excesso por parte dos profissionais, a simples inclusão de equipes multiprofissionais não é suficiente

para que ocorram as mudanças desejadas no campo do cuidado. Para Campos (2000), existem dois modelos de trabalho em equipe que devem ser evitados e superados. O primeiro é aquele que se fundamenta no agrupamento de especialidades, articulação tecnocrata e burocrática do trabalho, com base nas tecnologias, tais como protocolos rígidos e a lógica de programas normativos, os quais reforçam o profissional a fazer apenas o que lhe é específico da sua categoria. O segundo é o que se regula numa falsa horizontalização em que “todos fariam tudo e ninguém seria pessoalmente responsável por nada em particular, já que a responsabilidade pelo projeto terapêutico seria sempre coletiva” (CAMPOS, 2000, p. 248).

Para que a Estratégia de Saúde da Família desencadeie um processo de construção de novas práticas, considera-se imprescindível que os trabalhadores, envolvidos nessa estratégia, articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe. Faz-se necessária a incorporação não apenas de novos conhecimentos, mas uma mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nas necessidades de saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Afinal, o compromisso do trabalho em equipe é com as necessidades de saúde e com as necessidades de seu usuário direto, que são atravessadas por componentes de ordem biológica, social, imaginária e entre outras (GONÇALVES, 1994).

No contexto do município em tela, Calente (2017) afirma que a atuação da Educação Física, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social e da Farmácia era isolada e fragmentada, o que reforçou a necessidade da reunião do NASF sem sobreposição de agendas de atividades e atendimentos ao usuário. Já a reunião de EqSF é bastante antecedente à proposta do NASF, conforme aponta Sarti (2015). Tanto que a participação dos/as PEF antes do NASF dava-se de forma esporádica, quando existia alguma demanda ou caso voltado para Educação Física.

A participação do/a PEF do NASF nas reuniões de EqSF e de NASF é o que se espera quando se implanta a proposta do NASF na ESF. Desse modo, a institucionalização da reunião de NASF implica, portanto, pactuar e negociar o processo de trabalho, compondo a rotina dos profissionais (BRASIL, 2010).

As reuniões de EqSF e NASF, em termos de estruturas organizativas, são semelhantes. Entretanto, os processos que acontecem em ambas são complementares. Desse modo, esses espaços são de escuta e circulação de informações, saberes, elaboração e tomada de decisões a partir da discussão dos estudos de caso e das questões do serviço. Ao acompanharmos o trabalho dos/as PEF, percebemos que as reuniões de EqSF e NASF são encontros em que se discutem o processo saúde-doença e cuidado de casos complexos dos usuários, mas também funcionam como espaço de gestão do trabalho em equipe, conforme sistematizados no Quadro 07.

Quadro 05 – Reuniões de equipes das quais os profissionais de Educação Física do NASF participam nas UBS da cidade de Vitória/ES

Reuniões de equipe	Descrição
Reunião de EqSF:	Realizadas semanalmente com turno reservado, geralmente à tarde, participam os profissionais da EqSF (médico, enfermeiros, agente comunitário de saúde), equipe de saúde bucal e um ou dois profissionais do NASF, às vezes, o/a diretor/a da UBS também participa. Em geral, começam com os informes, em seguida listam as pautas como: discussão de casos graves novos e/ou em andamento/evolução no prontuário eletrônico do usuário; matriciamento de saúde mental e saúde do idoso; debates sobre o perfil sanitário, epidemiológico e social do território; pactuações de fluxograma/organização do serviço de saúde, bem como planejamento de ações da área de cobertura da EqSF, campanhas de saúde ou ações solicitadas pela SEMUS. Além dessa atividade é um espaço para comemorações dos aniversariantes do mês, conversas livres e lanches.
Reuniões de NASF:	Acontecem semanalmente, com duração de duas a quatro horas. Quem participa são os profissionais do NASF, opcional e pontualmente o/a diretor/a da UBS, profissional do grupo condutor e convidados. Geralmente, são organizadas a partir de informes, discussões e devolutivas dos casos graves, planejamento de atividades solicitadas pelas EqSF para o território, debate de temáticas, agendamento de atividades, como visita domiciliar, atendimento compartilhado e cronograma de ação do NASF. Há ainda a sistematização das pautas da reunião no livro de ata e evolução dos casos discutidos nos prontuários eletrônicos dos usuários. Além dessa atividade, é um espaço para comemorações dos aniversariantes do mês, conversas livres e lanches.

Fonte: arquivos da pesquisa (2019).

As reuniões de EqSF e de NASF apresentam uma organização semelhante. Entretanto, nas situações descritas nas observações de campo, percebe-se que, em cada reunião, cada equipe centralizava suas demandas em pautas mais emergentes – por exemplo: reuniões com enfoque na discussão de caso, em que outras equipes focavam nos problemas de saúde do território. No entanto, também havia equipes que priorizavam o planejamento de ações e solicitações de interesse da SEMUS ou da/o diretor/a da UBS, bem como dividiam a reunião com duas pautas como, por exemplo, matriciamento em área específica da saúde mental e discussão de caso. Essa dinamicidade, decorrente das particularidades da EqSF em uma dada área de cobertura, demarcou uma autonomia relativa das equipes diante dos serviços da rede e a atenção às demandas e necessidades de saúde do usuário, da família e do território.

De modo geral, a dinâmica organizacional das reuniões das EqSF e NASF não disponibilizava um planejamento prévio, sistemático e cronologicamente com pautas e temas definidos. A organização da reunião dava-se no próprio encontro com quem estava na sala. A participação dos/as PEF nesses espaços era bastante mutável: ora conduziam a reunião, ora faziam o relatório da reunião; ora evoluíam o prontuário eletrônico do usuário, ora problematizavam; ora até faziam ligação telefônica ao usuário, ora também ficavam em silêncio e apenas observavam e escutavam.

O fato é que as interferências do PEF contribuíam na organização da reunião, da análise das pautas, organização do planejamento das ações e da assistência à saúde do usuário. As intervenções do PEF nas reuniões foram decorrentes de conhecimentos, informações e apropriação do serviço e da rede de saúde, do território – “as participantes dos grupos de PCAF sempre atualizavam o PEF sobre os acontecimentos do território e a saúde de alguns usuários” (Diário de Campo, novembro de 2019). Sobre as formas de organização das reuniões, as falas e expressões produzidas no encontro coletivo do GAP são sobre os desdobramentos na organização da agenda de trabalho dos/as PEF.

É na reunião de equipe de saúde da família que a gente consegue se inserir no serviço, estando na reunião de equipe de saúde da família, eu fico sabendo da data, público e quais atividades vamos realizar (P1, GAP, encontro 01).

Em relação à minha agenda, é na reunião de equipe de saúde da família que eu sei quantas visitas domiciliares tenho que fazer, se é urgentíssima, eu já marco para outro dia. Eu vejo qual é o paciente precisa urgente do atendimento do psicólogo, quem pode ser atendido por mim na auriculoterapia para fazer uma abordagem sobre o caso. Pego todos os encaminhamentos da escola sobre os alunos com problemas e avalio se precisa ser ou não atendido por outro especialista do NASF (P3, GAP, encontro 01).

Na minha UBS, cada profissional do NASF participa de uma reunião de equipe de saúde da família como representante do NASF. A gente faz rodízio, que é pra conhecer todas as equipes. Durante o período que estou naquela EqSF, eu faço a ata da reunião, eu me incorporo, eu me vejo participando da organização do serviço daquela equipe de saúde da família (P2, GAP, encontro 01).

Durante a discussão sobre reunião de EqSF, registramos expressões como “balançar a cabeça” para cima e para baixo com sinais positivos – concordando com a participação e organização da agenda e dos atendimentos na reunião de EqSF (Diário de Campo, GAP, encontro 01).

É notório que a mudança feita na organização do trabalho, com a inserção sistemática dos membros do NASF nas reuniões de EqSF, produziu impacto significativo na organização da agenda de trabalho do/a PEF do NASF. Essa mudança contribuiu para maior apropriação da demanda e dos atendimentos a serem realizados e para a aproximação entre o/a PEF e os membros das EqSF. Diante dessa constatação, a reunião de EqSF colaborou com a construção compartilhada e equilibrada da agenda do PEF, a partir da identificação da demanda e ações assistenciais postas pela EqSF. Essa forma de organizar a agenda de trabalho do PEF do NASF contrapõe modelos verticalizados, burocráticos e restritivos, especialmente na ABS (BRASIL, 2014).

A participação do/a PEF na reunião de EqSF fez com que ele/a se aproximasse de casos

complexos³⁸ identificados e que extrapolam a capacidade técnica assistencial dos membros da EqSF. Para efetivar sua função assistencial a partir do caso que necessita do suporte assistencial ampliado, a discussão de caso foi necessária para que a/o PEF possa ter uma maior apropriação para compartilhar com os demais membros do NASF.

Tenho que saber tudo do paciente, paciente por paciente. Sabendo de tudo para repassar para o NASF [membros da equipe] e saber qual conduta já foi tomada [...] (P3, GAP, encontro 01).

Temos que discutir o caso aqui na reunião de equipe de saúde da família, pois quando eu for para reunião de NASF, [necessito] levar o caso bem detalhado para saber se realmente precisa do psicólogo (P2, análise Coletiva, encontro 01).

[...] se você está na reunião de equipe de saúde da família, você se apodera do caso (P5, GAP, encontro 01).

A psicologia só vai atender o caso específico depois da gente discutir o caso [na equipe de saúde da família] [...], pegar o prontuário, ver as informações e observar se vai adiantar passar o caso para psicóloga, pois o caso pode ser resolvido em uma simples visita domiciliar (P4, GAP, encontro 01).

Às vezes, você [profissional de Educação Física/NASF] conhece mais o paciente do que o próprio agente comunitário de saúde (P5, GAP, encontro 03).

Conforme as falas, observamos a necessidade da discussão do caso em equipe para maior conhecimento e trocas de informações, no sentido de apropriar-se sobre a complexidade do caso. Esse aspecto aponta para uma discussão centrada e ampliada acerca da saúde do usuário referente ao caso. Esse levantamento de informações sobre o caso contribuiu na tomada de decisão de “passar” o caso ou não para outro especialista do NASF. A função assistencial sobre o caso, assumida pelo/a PEF, caminha na direção contrária da lógica do encaminhamento indiscriminado e prescritivo, uma vez que “classificar” se a demanda pode ser atendida com uma visita domiciliar ou compartilhar o caso são aspectos organizativos que diferem da lógica do encaminhar direto e prescritivamente para atendimento de um especialista do NASF.

As discussões de caso compõem o rol de atividades que o NASF é orientado a desenvolver junto às EqSF (BRASIL, 2014), e quando se apropria do caso ainda em meio à reunião de EqSF, demonstra-se a atenção e o interesse por parte dos/as PEF em colaborar na interface da EqSF, o caso e o NASF. Essa discussão dos casos complexos na reunião de EqSF com o PEF do NASF corrobora o princípio da equidade em saúde, que é garantir, priorizar e

³⁸O conceito de casos complexos utilizados neste trabalho são casos em que a EqSF já agiu sobre a problemática e não adquiriu resultados satisfatórios desejados, bem como usuário e famílias que enfrentam inúmeros problemas sociais, econômicos, violência, e a equipe não consegue estabelecer uma rede social e técnica que ajude a resolver os problemas (OLIVEIRA, 2010).

ofertar maior aporte assistencial pela equipe a quem precisa mais, atentos aos dispositivos profissionais e dos serviços da rede de atenção.

Como apontado anteriormente, um dos desdobramentos dos casos discutidos em reunião de EqSF é compartilhar o caso em reunião de NASF. Embora tenhamos constatado que as discussões de casos graves foram pautas recorrentes não apenas nas reuniões EqSF, e ainda nas reuniões de NASF organizadas pelos próprios profissionais. Observa-se uma dada fragmentação entre as equipes em operar o compartilhamento de conhecimento e prática do núcleo sobre o caso. Essa forma de organização impõe ao PEF maior envolvimento sobre o caso para mediar e tomar as decisões terapêuticas e assistenciais entre as equipes. Por sua vez, entendemos que tal envolvimento e mediação entre equipes amplia o aprendizado e a capacidade assistencial do PEF em gerir, reconhecer os limites, a possibilidade de sua intervenção e o papel técnico e assistencial dos demais núcleos do NASF.

O papel de mediador – desempenhado pelos PEF a partir de suas inserções ativas nas reuniões de EqSF e de NASF – não se limitou apenas aos saberes, métodos e técnicas provenientes da pluralidade das profissões, nem, tampouco, da profissão de Educação Física. O exercício do PEF – apontado nas falas como “conhecer o caso” em profundidade e propor outras intervenções junto à EqSF – demonstra que o trabalho em equipe realizado não se limitou a protocolos rígidos que direcionam ação, mas considerou a singularidade da situação, em condições específicas e possíveis desdobramentos com usuários diferentes. A discussão de caso contribuiu para uma melhor compreensão sobre este e maior capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário como para as intervenções da EqSF, com ou sem o PEF.

Contudo, embora o trabalho nas reuniões de EqSF e NASF apontassem para criação de estratégias, este foi também um dos espaços instituídos que possibilitaram um maior envolvimento do PEF em adentrar em situações adversas que se apresentavam com mais frequência pelas EqSF. A discussão de caso e a própria organização das reuniões apresentavam padrões habituais como algo rotineiro das equipes de saúde, ou seja, nesses espaços não operavam o tempo todo no modo fixo de produção de novidade e invenções criativas, tanto na condução da reunião como nos desfechos dos casos discutidos e ações coletivas.

As reuniões operavam no entre padrões habituais corriqueiros e produções de saúde inventivas, que são aspectos inseparáveis do modo de saber fazer. Dada essas características apontadas anteriormente, percebemos que tinham reuniões de EqSF e NASF que eram uma justaposição de diferentes profissionais. Nelas, a discussão do caso era centrada no aspecto biológico, o que reforçava o trabalho multiprofissional e fragmentado. Por outro lado, havia reuniões em que as abordagens operavam na lógica do trabalho interprofissional, com

discussões ampliadas sobre a saúde do usuário e definições de intervenções de forma colegiada, articulações intersetoriais, construção de cuidados em comum e acompanhamento longitudinal do caso.

Diante dos arranjos postos acima, as falas acerca de como os/as PEF participavam das reuniões de equipes apontaram para um comprometimento com o outro (usuário) e com os integrantes das equipes de saúde, fazendo com que o/a PEF também se sinta responsável pelo espaço em equipe e pela saúde do usuário em discussão de caso, o que supera a desresponsabilização, ou seja, o sucesso e o fracasso do trabalho em saúde não são só de um profissional de saúde (CAMPOS, 2000). Entre outras palavras, a realidade vivida pelos/as PEF nos espaços das reuniões possibilitou situações problemas que tencionam a pensar outros modos do PEF se reorganizar e operar atividades junto à EqSF, ou seja, um jeito de ser PEF, “[...] se constituiu principalmente, no agir em situação” (BARROS; BARROS, 2010, p. 79).

Para isso, por meio de falas evocadas, anotações nos Diários de Campo e levantamentos das atividades desenvolvidas, observamos que entre os/as PEF há uma clareza do trabalho em equipe junto aos membros da EqSF e da equipe do NASF, sobretudo em casos e demandas em que há limites impostos do próprio núcleo da Educação Física, ou seja, situações de demandas e necessidade de saúde em que os conhecimentos e práticas dos conteúdos da Educação Física não são suficientes ou que não apresentam relação direta com o caso, a demanda e a necessidade de saúde. Isso acaba exigindo maior participação e articulação do/a PEF com os demais membros do NASF e outros serviços de saúde.

Sabemos que os espaços de reunião do NASF são fecundos para atividades pedagógicas, avaliativas, terapêuticas, administrativas e de pesquisa e que estão no escopo do NASF (BRASIL, 2014). Diante das atividades que podem compor a reunião do NASF, a participação de gestor e de apoiadores no acompanhamento do NASF é uma prerrogativa da gestão municipal (BRASIL, 2014). No caso de Vitória/ES, a gestão municipal assegurou ao grupo condutor a implantação do NASF e o acompanhamento mensal por uma dupla de profissionais nas reuniões de NASF (CALENTE, 2017; VITÓRIA/ES, 2016). No entanto, observamos um breve diálogo entre o que os/as PEF relatam sobre o tempo de ausência e retorno do acompanhamento do profissional do grupo condutor, que é referência técnica do NASF:

[...] voltou novamente à referência técnica do NASF [grupo condutor], fazia tempo, eu acho que você [P3] falou que foi uns oito meses, tem uns oito meses que ninguém vinha! (P3, GAP, encontro 02).

Agora, pelo menos na sua UBS, voltou, acho que isso também ajudou (P2, GAP, encontro 02).

Embora tenha ocorrido um lapso temporal pelo grupo condutor em acompanhar as equipes do NASF, o retorno aponta para a relevância do trabalho, no sentido de acolher e acompanhar os desafios ainda enfrentados na organização do trabalho dos membros do NASF, sobretudo nos espaços coletivos. Isso é reforçado nos depoimentos a seguir, que apontaram para a ausência e a presença de apoiadores (gestor/a da UBS e grupo condutor) nas reuniões de NASF e EqSF.

Na reunião de NASF, eu acho que poderia ser mais aproveitado, porque falta uma condução ou da própria direção ou do grupo condutor. [...] Às vezes, as reuniões ficam soltas, discute os casos, mas quando acaba esse momento, e aí tem mais o quê? (P3, GAP, encontro 02).

Eu vejo a importância da direção na reunião de NASF. É nítido quando você vê a equipe enfraquecida devido à troca de funcionários; quando sai o psicólogo, você vê a diferença, e às vezes não tem reunião, entendeu? Fica muito a cargo dos profissionais, não tem caso para discutir, então não vamos fazer reunião porque não é cobrado [...] (P5, GAP, encontro 01).

Diante das falas acima, apresentou-se uma falha na proposta do NASF quanto à organicidade da reunião de NASF. A ausência do grupo condutor e do/a diretor(a) da UBS tiveram repercussões na própria organização e sistemática, direcionamento e representação da gestão na reunião de NASF, sobretudo em situações esporádicas, como na saída ou troca de profissionais no NASF. Diante disso, restringir à realização da reunião por não ser “cobrado” por alguém da gestão é, em certa medida, hierarquizar, delegar e centralizar o poder a alguém e, aparentemente, pode gerar uma dependência na equipe do NASF. De outra forma, a frequência do grupo condutor e da/o diretor/a da UBS nessas reuniões aproxima, de modo geral, a gestão da UBS dos problemas que atravessam os membros do NASF.

[...] Eu corro atrás da pessoa [usuário], vejo se dá para fazer uma visita domiciliar, se não der, vejo para consulta comigo, eu gosto disso? Não gosto! Eu acho que tinha que ser um atendimento compartilhado pelo menos com a enfermeira, mas como a enfermeira está sobrecarregada e ela não tem horário na agenda dela, eu acabo atendendo e eu não gosto disso. Eu deixo bem claro inclusive para o grupo condutor que ontem participou da reunião do NASF junto com as diretoras das UBS, juntamente com a psicóloga do meu NASF (P3, GAP, encontro 03).

A partir da fala acima, observamos a relevância que tem o PEF, o grupo condutor e a direção da UBS ao tomarem ciência dos problemas vividos devido à proposta do NASF e das adversidades decorrentes das reais condições em organizar e garantir assistência ao usuário, sobretudo em situações-limite nessa embrionária tarefa assistencial aos PEF do NASF. Dito

isso, as reuniões do NASF podem ser espaços potentes para identificação e enfrentamento dos problemas de forma colegiada.

Ainda sobre o grupo condutor, outro aspecto levantado pelos/as PEF do NASF foi quanto ao papel do grupo na organização do trabalho de núcleo. Foi observada uma dada ausência na organização das práticas de núcleo.

O grupo condutor, eu vejo que tentam organizar o trabalho de uma forma geral, assim, especificamente de um profissional de educação física, não (P8, GAP, encontro 02).

[...] NUNCA, NUNCA [tom de voz alto] discutiram a minha agenda. Nunca sentaram comigo pra organizar a minha agenda! (P1, GAP, encontro 02).

Pra mim também não! (P7, GAP, encontro 02).

Percebemos acima que o grupo condutor “tenta” colaborar na organização do “trabalho geral”, já o específico da Educação Física não é abordado. Sobre essa lacuna do grupo condutor, fazendo um contraponto com os dados acima, é relevante apresentar alguns dados identificados nos Diários de Campo que colocam “luz” nessa “lacuna”. A composição do grupo condutor se dá pela representatividade das diferentes categorias das áreas técnicas da Gerência de Atenção à Saúde (a GAS): “*no caso da educação física, era um PEF da equipe que coordenava o SOE, representante do SOE na reunião do grupo condutor*” (Diário de Campo, setembro de 2019). Outra constatação: “*todos/todas as PEF do NASF participavam assídua e mensalmente da reunião do SOE, juntamente com mais PEF da rede coordenados pelo grupo gestor do SOE*” (Diário de Campo, novembro de 2019). Além dos aspectos institucionais, fora mencionada como recordação “*a realização de duas reuniões com os profissionais de Educação Física do NASF, em meses diferentes, há muito tempo*” (P1, análise coletiva, encontro 01). Essa lembrança remete à existência de um espaço da categoria de Educação Física que atua como NASF.

A ausência de colaboração do grupo condutor sobre o trabalho de núcleo e sua organização individual do/a PEF aparentemente parece ser contraditória aos aspectos institucionais identificados que são favoráveis à retomada da reunião entre os/as PEF do NASF com a participação do grupo condutor. Outro aspecto que corrobora essa contradição é quanto ao histórico de apoio que o presente município apresenta. Por exemplo, o apoio institucional e o apoio matricial especializado (como da saúde mental e saúde do idoso) são iniciativas locais que apontam para uma dada experiência no sentido de desenvolver estratégias que ofereçam um suporte técnico e pedagógico aos profissionais de saúde a partir do trabalho que inclui atenção,

gestão e formação para organização do serviço.

De volta sobre a reunião do NASF com a participação da gestão, identificamos nas falas que valorizaram a participação da diretora de UBS, com vistas à colaboração mútua entre NASF e direção da UBS e na efetivação do NASF, o seguinte:

Quando a gente pega uma diretora igual a diretora Jandira³⁹, cara, é muito bom! A diretora, ela, quando passou pela minha UBS, fez o nosso NASF funcionar por muito tempo [...] (P1, GAP, encontro 02).

[...] Na unidade de onde eu atuo, a diretora praticamente participa de todas as reuniões do NASF, isso é muito importante porque a gente, às vezes, “manda quem pode, obedece quem tem juízo”, a gente precisa dela [diretora], às vezes para poder estar com a gente. Ela é muito participativa. Assim, ela tanto dá ideias como ela aceita as nossas ideias e compra as ideias (P2, GAP, encontro 02).

O poder de gestão – outorgado pela direção da UBS – foi valorizado nessas UBSs. Esse aspecto possibilita pensar que a presença da direção legitima e amplia o grau de autonomia do NASF, e não necessariamente se cumprem “ordens verticalizadas e centralizadoras”, algo comum em gestões de saúde com poderes hierarquizados. Para isso, provavelmente a diretora tinha uma apropriação da proposta do NASF, ao nível de “fazer uma equipe do NASF funcionar” e participar assiduamente das reuniões, o que representa uma valorização e interesse na efetivação da proposta do NASF. Entendemos que a participação sistemática da diretora contribuiu para tomada de decisões coletivas, uma via de mão dupla entre os interesses da equipe do NASF e da direção da UBS. Tal perspectiva corrobora com a próxima fala quanto à forma de participação do grupo condutor e do/a diretor/a da UBS junto à reunião do NASF.

Para dar a importância e incorporar o NASF, é importante o diretor e o grupo condutor no início estarem mais presente e direto, é que nem educar um filho, fica ali direto, e aos pouco vai dando corda. Então, eu acho que é isso que deve e pode ser feito na UBS que atuo. Como você falou, P3, se tiver alguém acompanhando, dando o apoio como o grupo condutor na reunião, conversando com todo mundo [profissionais de saúde], porque quando vem alguém de fora de uma instância acima [da SEMUS], dá na gente outra sensação e com o diretor em cima da gente. Porque se deixar normal quando a pessoa não quer, diz logo que você não manda em mim, você não é diretor, acaba deixando de lado. Eu acho que isso é importante, esse acompanhamento pelo menos no início ou então no NASF que ainda apresenta problemas na sua organização (P6, GAP, encontro 03).

Parte da fala acima aponta para produção de autonomia coletiva da equipe do NASF, mediante apoio sistemático com desligamento progressivo do grupo condutor por dentro das reuniões do NASF. Tal proposta corrobora a produção de coletivos e o exercício da cogestão,

³⁹ Nome fictício.

considerando os diferentes atores e seus interesses com a proposta e os sujeitos do NASF (CAMPOS, 2000). Por outro lado, nessa fala também existe uma contradição: quando destina a produção de autonomia sobre o controle e poder tutelar concentrado no/a diretor/a da UBS, o que nos remete a uma suposta e aparente ampliação de autonomia, uma vez que o apoio do grupo condutor e da direção da UBS representam um lugar de poder institucional (CAMPOS, 2000).

Podemos de forma (in)direta atribuir ao grupo condutor e à direção da UBS a função de apoio às equipes de saúde, sobretudo ao NASF, que também deve ofertar o apoio às EqSF. Contudo, as menções narradas pelos PEF quanto à necessidade de “apoio” nos espaços colegiados remetem que apoiar é produzir, em ato, modos de lidar com a emergência de situações problemáticas das equipes para sair da culpa e da impotência (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Contudo, ainda se faz necessário reforçar o papel preponderante do grupo condutor e da direção da UBS junto à Educação Física do NASF, no sentido de que reforce a dimensão da cogestão dos trabalhos em saúde. Assim, o debate travado no grupo ampliado de pesquisa contribuiu para uma maior análise crítica dessa atribuição acerca dos avanços, dos problemas e das tramas que aconteceram nessas reuniões de EqSF e de NASF, um aprendizado sobre gestão do trabalho.

Fica claro que as reuniões das quais os/as PEF participavam, mesmo imersos/as em várias nuances singulares nas suas formas de organizar, foram espaços estratégicos e necessários para organização da agenda de trabalho e acesso às demandas das suas respectivas equipes de saúde da família, as quais assumem o papel assistencial do NASF. Dito isso, os diferentes envolvimento dos/as PEF junto a outros profissionais apontaram para diferentes atividades na assistência à saúde do usuário e de coletivos, como atendimentos multiprofissionais no consultório, intervenções junto a grupos prioritários e visitas domiciliares. Por meio dos dados dos Diários de Campo e formulários de detalhamento elaboramos o Quadro 06, que é uma síntese geral quanto à sistemática, o público atendido e sua finalidade nas ações multiprofissionais, nas quais a categoria da Educação Física atuou.

Quadro 06 – Ações conjuntas entre os profissionais de Educação Física do NASF e demais membros da EqSF e do NASF, da cidade de Vitória/ES (2019)

Práticas conjuntas	Descrição
--------------------	-----------

Consulta	São atendimentos aos casos graves ou complexos em que o PEF participa com outros profissionais do NASF e/ou da EqSF. Esses atendimentos são agendados após discussão do caso nas reuniões de NASF e de EqSF e/ou solicitada por profissionais de ambas as equipes sem discutir o caso previamente.
Trabalho com grupos	Atividade de educação em saúde com temáticas voltadas para hábitos de vida saudáveis (alimentação, atividade física, combate ao sedentarismo) e a relação com doenças crônicas não transmissíveis para grupos prioritários. Acrescentam-se ainda temáticas sobre dengue, violência, sexualidade/doenças e infecções sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, <i>bullying</i> , bem como temas referentes às datas programadas da saúde, como agosto azul, outubro rosa, setembro amarelo. Participação do PEF nos atendimentos coletivos às pessoas com sofrimento mental leve e moderado; grupo de pais e filhos/as para mediação de conflitos familiares; e grupo de apoio terapêutico ao tabagista (GATT). A sistemática dos grupos consiste em um ou dois encontros e a frequência pode ser semanal ou quinzenal. Em geral, os grupos são facilitados e/ou coordenados entre profissionais de saúde do NASF e/ou em parceria com profissionais da EqSF. A mobilização começa nas reuniões de equipes, entrega de convite aos usuários pelo ACS e cartazes expostos no flanelógrafo da UBS. O público é específico, em conformidade com as demandas de saúde prioritárias identificadas pelos profissionais da UBS.
Atendimento domiciliar	A visita domiciliar é agendada a partir da discussão do caso previamente em reunião de equipes de saúde da família, de NASF e/ou solicitada e encaminhada pelos membros de ambas equipes sem discussão prévia. Nas visitas, realizam levantamentos de informações sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde do usuário visitado, que podem ser crianças, adolescentes, adultos e idosos com quadro de saúde grave ou complexo, bem como de pessoas em situações de risco e vulnerabilidade social. Por vezes, nessas visitas, os/as PEF, a depender do caso e dos membros da família, associam-se ao aconselhamento e à orientação-prescrição de exercício físico, ou conhece e participa do grupo de PCAF.

Fonte: arquivos da pesquisa (2019).

As práticas conjuntas descritas acima são organizadas geralmente a partir de pactuações entre o/a PEF e os demais membros das equipes EqSF e de NASF, nas respectivas reuniões abordadas anteriormente. Esse modo de organizar as práticas de saúde de campo faz referência ao papel técnico-assistencial que o/a PEF do NASF deve desempenhar junto às equipes, a partir de demandas e questões, planejamentos e intervenções na e para a ESF (BRASIL, 2010).

Sobre as consultas conjuntas, os casos agendados pelos PEF são os identificados pela EqSF para o apoio assistencial de outra categoria. A escolha de casos mais graves corrobora o papel do NASF, que é garantir um apoio especializado, sobretudo quando o processo saúde-doença do usuário extrapola limites das práticas da EqSF. Nesse sentido, como observado antes, é na reunião de EqSF que o/a PEF se apropria do caso e, em seguida, articula a consulta com/para outro profissional do NASF. Dito isso, em algumas falas dos/as PEFs, observa-se que esse fluxo e o atendimento conjunto, além de serem uma tarefa, produziram conhecimento e aprendizado.

[...] Muitas vezes eu já sei sobre o caso de muito tempo que estou acompanhando e me coloco à disposição no dia em que a fonoaudióloga vai atender. Já coloco na minha agenda. Até mesmo para eu aprender com esse atendimento, saber como ela

[fonoaudióloga] conduz. Então a coisa é assim, o caso eu já estou sabendo de muito tempo e já converso com ela [fonoaudióloga] e explico o caso e vou atender junto para saber a continuidade do caso [...]. Com a psicologia é a mesma coisa [...]. E normalmente, eu fico muito mais como ouvinte do que me colocando ou perguntando algo ao usuário (P3, GAP, encontro02).

[...] comecei a ver muitas outras coisas, discutir casos, às vezes que nem têm tanto a ver com a minha área específica, mas que eu senti que eu pude contribuir de alguma forma; ganhei muita experiência, porque a gente começa a ouvir os outros profissionais das outras áreas [...] (P2, GAP, encontro 02).

Diante das falas, observamos uma postura proativa por parte dos/as PEF e disponibilidade em dialogar, compartilhar, contribuir e aprender, a partir dos casos complexos com outro profissional do NASF. No contexto do estudo, entendemos que – quando o PEF está apropriado do caso da área da EqSF e participa do atendimento conjunto – passa a ser temporariamente profissional de referência do caso e outro especialista continua sendo apoiador, o que reforça a dimensão técnico-pedagógica e a colaboração interprofissional do NASF. Com isso, observamos que os PEF não se limitaram a atender apenas casos “vinculados” à Educação Física, como disse P2, pois assumiram uma atitude de profissional aprendiz (OLIVEIRA; WACHS, 2015).

Concordamos que a referência do caso são os profissionais da EqSF, e os do NASF são apoiadores matriciais (CAMPOS; DOMITTI, 2007; BRASIL, 2010; 2014). Nesse sentido, quando as equipes são estruturadas e organizadas em referência e de apoio, podem viabilizar um trabalho que gere uma colaboração mais interprofissional (FURTADO, 2007).

Sobre as consultas conjuntas, observa-se que a interação do PEF com outro profissional e conhecimento sobre o caso apresenta um grau de integração de forma compartilhada, com vistas à articulação das ações, pois se percebe, nas falas acima, uma interação do PEF com outro profissional de saúde nas intervenções realizadas, bem como o interesse pelo processo de trabalho e as intervenções dos demais profissionais (PEDUZZI, 2010). Peduzzi (2010) relata que a prática comunicativa pode se configurar como princípio organizador do trabalho integrado entre a(s) equipes e a recomposição dos trabalhos especializados, em direção da integralidade, do cuidado em saúde e do foco no usuário e na população de referência.

No entanto, alguns dados demonstraram distanciamentos e aproximações entre os/as PEF dos profissionais da medicina e da enfermagem nos atendimentos aos usuários. Essa constatação emergiu quando abordamos a seguinte situação descrita:

Idosa, 65 anos, após a aula de ginástica do posto [de saúde], sentiu tontura e ficou sentada no corredor da UBS. O PEF percebeu que a idosa não estava bem, logo perguntou o que estava sentindo. Idosa disse: “Uma tontura!”. O PEF logo aferiu a pressão arterial dela, que estava muito elevada; em seguida, foram ao consultório; a

médica fez a medicação, depois a idosa foi entrevistada por ambas as profissionais e, juntas, elaboraram um plano de cuidado (Diário de Campo, fevereiro de 2019).

Após a leitura da situação acima no segundo encontro do grupo ampliado de pesquisa, registramos um silêncio no grupo e olhares, com sinais de estranhamento entre os participantes do estudo acerca desse tipo de atendimento por este não compor, de forma sistemática, a agenda de serviço da Educação Física. O que foi reforçado pela fala do P2: *“Não acontecem, não é por falta de não querer, mas se o enfermeiro precisar é só chamar na boa”*. O distanciamento entre esses profissionais foi relatado por outros PEF do NASF de diferentes municípios brasileiros, como na cidade de São Paulo, João Pessoa/PB, no Crato/CE e no norte do Paraná. (SOUZA, 2013; FERREIRA et al., 2016; RODRIGUES, et al., 2013; SOUZA, LOCH, 2011).

Em relação às aproximações multiprofissionais, identificamos o encaminhamento de usuários para avaliação física, conforme registro no Diário de Campo: *“Foi recorrente encontrar os/as PEF atendendo usuários encaminhados por profissionais da medicina para avaliação física e aconselhamento para atividade física”*. A outra forma de aproximação foi apontada por P6: *“Em geral, eu acesso a médica quando preciso ali para um caso específico e converso com ela bem rápido e resolvo”* (GAP, encontro 01). Embora os atendimentos não fossem realizados conjuntamente, isso não impede o uso do encaminhamento ou outras formas de colaboração entre os profissionais, mesmo sendo pontuais e sem articulação prévia (BRASIL, 2014).

Outra aproximação multiprofissional que encontramos foi nos trabalhos de grupos prioritários. Diante das observações no campo e dos detalhamentos das práticas de saúde, destacaram-se o programa de cadastro e acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes (hiperdia) e o grupo de apoio terapêutico ao tabagista (GATT), conforme as situações que foram abordadas no segundo encontro:

Em outra ação, estavam duas enfermeiras, duas ACS e a médica. A PEF foi a mediadora das falas dos usuários sobre o consumo do cigarro e, simultaneamente, abordava sobre atividade física como estratégia para reduzir e/ou substituir a vontade de fumar, indicando sempre o Serviço de Orientação ao Exercício do município (SOE) (Diário de Campo, março de 2019).

Faz parte do conjunto das ações do NASF realizar ações educativas coletivas, o que compete também ao PEF, nesse caso, abordar temáticas convenientes ao núcleo, conforme as situações acima. Sobre essa mesma abordagem, o estudo realizado por Santos et al. (2015) com 296 profissionais de Educação Física do NASF concluiu que, em relação aos temas discutidos em palestra, a importância da atividade física foi o mais abordado; o segundo foi

prevenção/tratamento de comorbidades.

Essas aproximações do PEF com os membros da EqSF no contexto estudado corroboram os posicionamentos favoráveis de médicos e enfermeiros de Porto Velho/RO e Limoeiro do Norte/CE sobre a importância da Educação Física na ESF. Para esses profissionais, a tarefa/função da Educação Física é a de realizar ações para pessoas com hipertensão e diabetes, bem como grupos prioritários para promoção da atividade física (PEDROSA, LEAL, 2012; LIMA, OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2015). A atuação nos grupos com atividade de educação em saúde é também reconhecida pelos próprios PEF do NASF da cidade de São Paulo, é o que aponta o estudo de Ferreira et al. (2016). Já no estudo de Xavier e Espírito-Santo (2013), um dos significados atribuídos pela enfermagem ao PEF na ESF é o papel de educador. Diante dos estudos e as atuações do PEF do NASF de Vitória/ES, evidenciamos um reconhecimento da dimensão de educador em saúde que o PEF é convocado a desenvolver junto à EqSF. Essa habilidade, disponibilidade e interesse do PEF do NASF de Vitória/ES em realizar atividades educativas com grupos atende o papel da EqSF, que é o de desenvolver educação em saúde como parte da assistência aos usuários.

Ainda sobre os grupos prioritários, algumas falas apontaram para uma dada sazonalidade da oferta desses atendimentos coletivos. Cabe lembrar que os grupos de acompanhamento e monitoramento das pessoas com hipertensão e diabetes (o Hiperdia e GATT) já existiam antes da implantação do NASF, ou seja, eram ofertados pelas UBS.

Na minha unidade, não está tendo grupo de hipertensão e diabetes, já faz um tempo que não estão fazendo. Fazendo não, tão organizando os grupos na verdade pra consulta mesmo, a parte de educação e saúde faz um tempo que não está tendo (P8, GAP, encontro02).

[...] Então, a gente está tentando agora recuperar a questão de fazer grupo. E o hiperdia já teve, quando eu entrei na unidade tinha (P2, GAP, encontro 02).

A gente conseguiu, durante muitos anos, fazer lá na unidade de saúde, muitos anos, o grupo Sabor de Vida. Tinha uma época que bombava [participava muita gente], foram sete anos (P1, GAP, encontro02).

Percebemos que, junto à sazonalidade desses grupos prioritários, outros aspectos foram apontados, os quais reforçam o distanciamento dos/as PEF na continuidade desses grupos. Um é restringir o Hiperdia apenas às consultas para avaliação clínica, renovação de receita, solicitação de exames e atualização dos dados cadastrais do usuário, procedimentos padrão do programa Hiperdia. Ainda que os cuidados clínicos sejam importantes para as pessoas, restringir esses atendimentos de forma indireta, “afasta” o PEF de atuar junto aos grupos. Por

outro lado, no caso da fala de P3, observamos o contrário: uma ausência de profissionais para atuarem de forma coletiva junto ao PEF. Entretanto, em relação ao GATT em outras UBS, as narrativas dos/as PEF apontaram diferentes envolvimento de outros profissionais nessa atividade.

Então, lá na minha unidade eu sou coordenador agora, tinha uma enfermeira que fazia lá comigo e ela aposentou e agora só eu mesmo que faço (P8, GAP, encontro 02).

No caso da minha UBS, é igualzinho ao seu [referindo-se a P8], eu faço tudo sozinha. Estou na coordenação, às vezes eu consigo alguém, tipo psicólogo, naquele determinado encontro para poder estar junto comigo, eu tento puxar, mas quem organiza tudo sou eu também (P3, GAP, encontro 02).

Lá na minha UBS eu não coordeno, mas eu participava de todos os encontros, no momento eu não estou participando [...] (P2, GAP, encontro 02).

Lá na minha unidade [básica de saúde], cada um fica com uma parte, a gente faz um grupo, só que cada um fica responsável por falar um dia, descreveu (P5, GAP, encontro 02).

Verificamos uma atuação solitária, participação sistemática e ausência por parte dos/as PEF no GATT; acrescenta-se, ainda, uma colaboração pontual de outro profissional da UBS. Dito isso, o fazer junto se apresenta fragilizado, centralizando-se as tarefas do GATT na coordenação aparentemente “isolada” pelo/a PEF. A função de coordenar o GATT demanda do/a PEF se articular com outros profissionais da equipe de saúde da família, principalmente o profissional da medicina.

Eu já tenho um ano e meio, mais ou menos, que eu não faço [GATT], porque a gestão [direção da UBS] fica querendo que você faça grupo tempo inteiro, e eu falo, eu não vou fazer enquanto eu não tiver recurso humano que possa estar me dando apoio. Então, eu preciso ter um médico que tenha feito um curso, [...], é porque para passar a bupropiona [medicamento que ameniza sintomas de abstinência] ou mesmo a nicotina, tem que ter feito um curso nem que seja de prescritor (P3, GAP, encontro 02).

Nas condições narradas, observamos que o acompanhamento desses grupos, tanto o Hiperdia quanto o GATT, restringiu-se a uma tomada de decisão por parte do PEF em optar pela continuidade com as dificuldades ou negar, como forma de resistência, as ausências de apoio ao cuidado com saúde dos usuários. Tal condição compromete a participação e a manutenção dos atendimentos conjuntos aos usuários. Embora essas ações sejam de interesse público e da gestão, é comum nos serviços de saúde a ausência de condições políticas, de gestão e de estrutura que garantam a sustentabilidade das práticas de saúde, sobretudo naquelas que

exigem um maior envolvimento multiprofissional e aparatos tecnológicos assistenciais para atender e realizar as ações com qualidade.

Nesse contexto, os distanciamentos acima apontam para o entendimento e reconhecimento de assistência à saúde do usuário pelo trabalho em equipe, entretanto, o fazer ainda é permeado por práticas profissionais fragmentadas centradas na lógica da doença e, por vezes, subordinadas ao profissional médico. Essa condição fragiliza até mesmo uma ação multiprofissional, bem como inibe a possibilidade dos profissionais não-médicos de “repensarem” outros projetos assistenciais com saberes e ações de dimensão psicossocial, comunicacional, educativa e, até, preventiva que privilegiem o encontro, o diálogo, a escuta e que “escapem” da racionalidade biomédica (PEDUZZI, 2010).

Outra ação conjunta do PEF com as equipes de NASF e EqSF foram as visitas domiciliares. A visita domiciliar é considerada como um método, uma tecnologia e um instrumento que viabiliza a aproximação do profissional, a fim de realizar assistência à saúde do usuário em situações em que o ele apresente limites e dificuldades em se deslocar à UBS (LOPES, SAUPE, MASSAROLI, 2008).

A partir dos dados, percebemos que essa técnica assistencial típica da ABS apresentou um entre passos e impasses para o PEF em realizá-la. As características descritas no Quadro 06 representam os passos que a Educação Física têm dado nas visitas domiciliares quando o caso apresenta relações com as práticas do núcleo. Entretanto, devido à condição do PEF em ser corresponsável pelas demandas de uma ou duas EqSF, este se deparara com situações em que precisaram fazer visita domiciliar, mas que provocam neles impasses, como o medo e a insegurança, principalmente em casos com quadro clínico psíquico, social e sanitário complexos.

Comigo acontece uma coisa muito ruim, que é: eu acabo tendo que fazer a visita domiciliar sozinha [...]; como sou referência para EqSF, só vai eu e ACS, normalmente, para qualquer caso, porque os dias de visita domiciliar da enfermeira é o mesmo dia da reunião do NASF e o meu dia de visita é o dia da supervisão da enfermeira. Uma vez, chegou uma notificação da escola de uma adolescente com tentativa de mutilação [...], a ACS disse que essa família é toda complicada: “Não sei quem é pastor, a tia dela eu não consigo falar, aquela casa é uma loucura”. Eu disse: “Gente, eu não vou fazer visita domiciliar na casa dessa pessoa sozinha, não! E se for algo do serviço social, eu gostaria de ir acompanhada”. [...] Eu estou com receio de falar sozinha alguma coisa para essa família, a família se volta contra você, e caso aconteça alguma coisa, é só eu, pois a ACS normalmente nesses casos não se envolve com o caso, a conversa é mais com a gente do nível superior (P3, GAP, encontro 02).

Eu acho complicado ir na casa do paciente tomar decisão que não é da minha área de conhecimento; se não tiver o profissional [Serviço Social], eu nem vou, remarco para outro dia, me resguardo (P5, GAP, encontro 02).

Ambas as falas levantam aspectos, como a incompatibilidade de agendas, limitações dos profissionais em casos complexos e a necessidade de colaboração de outros profissionais, o que gerou medo, insegurança e precaução no PEF. Embora seja uma prática de saúde comum na ABS, a visita domiciliar requer planejamento. Para realizar a visita, inicialmente é necessário reunir um conjunto de dados e informações possíveis, avaliar se existem condições de manejar o problema em domicílio, bem como analisar qual o profissional ou serviço deve ser acionado para ofertar apoio. Nesse contexto narrado acima, evidenciou-se uma fragilidade da equipe do NASF quanto ao suporte técnico assistencial junto ao PEF e à EqSF, sobretudo demandas que escapam das capacidades práticas do núcleo – nesse caso, da Educação Física, que ainda conta com as lacunas da formação inicial – para atuarem em equipe de saúde e demandas complexas na ESF (ANJOS; DUARTE, 2009; FALCI; BELISÁRIO, 2013).

Por outro lado, a realização da visita domiciliar com outro profissional foi importante para o PEF, como narrado por P3: *“Adoro ir para visita domiciliar com a fonoaudióloga, psicóloga e assistente social, eu amo presenciar a minha fonoaudióloga atendendo, eu aprendo muito”* (GAP, encontro 02). O aprendizado entre profissionais de saúde dar-se-á em ato e a partir do cuidado ao usuário. Dito de outra forma, na saúde se aprende também fazendo de maneira multiprofissional.

[...] Era uma senhora acamada, a visita foi eu e agente comunitária de saúde. Antes da visita, a agente [comunitária de saúde] repassa todos as informações e dados da pessoa, e geralmente faço perguntas. Nisso eu compreendo o contexto familiar. Durante a visita a ACS entrou comigo e juntas atendemos a idosa acamada, dialogamos com a filha que cuida. Dessa visita eu e ACS fomos agilizar o CRAI, que era urgente, evoluímos o prontuário eletrônico juntas e fiquei acompanhando com a ACS (P4, GAP, encontro 02).

Diante disso, as experiências com outros profissionais e com o próprio usuário revelaram o quanto o atendimento em domicílio produziu conhecimento. A troca de informações e o observar o atendimento de outro profissional significam compartilhar saber do núcleo e conhecimentos singulares do contexto visitado. Apropriar-se desses saberes e conhecimentos produzidos a partir das situações reais é ampliar o escopo de habilidades, métodos e técnicas de outra profissão, no intuito de dar resposta adequada às necessidades de saúde do usuário. Nas falas acima, os núcleos de saber são conhecimentos de uma dada profissão, os quais demarcam sua identidade profissional. Já o campo é um espaço de conexões entre os saberes; espaço dos limites imprecisos, nos quais a socialização e o compartilhamento, através das práticas (no caso, a visita domiciliar), ampliam a capacidade de qualificar o cuidado

pelos profissionais ao usuário (CAMPOS, et al., 2014). Além disso, observamos nos/as PEF um desejo em ampliar suas práticas e uma atitude proativa em realizar visitas domiciliares, uma postura “aprendente”, a partir do aprender fazendo com profissionais de outras áreas/núcleos (OLIVEIRA, WACHS, 2015).

Observamos, nessa subcategoria, que a participação dos/as PEF nas reuniões de EqSF e de NASF, mesmo imersos em contextos com diferentes formas de fazer gestão do trabalho, ainda se apresenta embrionária. Todavia, produziu e contribuiu para maior apropriação por parte do/a PEF acerca da sua função assistencial, do papel do grupo condutor e da direção da UBS frente à proposta do NASF, aspectos preponderantes que incidem no trabalho em equipe, com vista ao cuidado em saúde.

É notório que a atuação dos/as PEF nas intervenções multiprofissionais é uma extensão da participação do PEF nas reuniões de EqSF, sobretudo quando o/a PEF assumiu a função de acompanhar as EqSF e participar da reunião de NASF frente às demandas de casos complexos e de grupos prioritários, os quais demandaram um certo apoio técnico assistencial e pedagógico. Mesmo que, em algumas dessas práticas analisadas, evidenciamos dificuldade, limites e resistências decorrentes do próprio trabalho em equipe, as quais afetaram a atuação do PEF. O que, de certa forma, é reflexo também da proposta do NASF.

Dito isso, a apropriação pelos/as PEF sobre as nuances que envolvem o trabalho em equipe e o cuidado com o usuário já aponta um considerável avanço da Educação Física no contexto estudado em relação ao que era antes: uma participação esporádica e a convite na reunião de EqSF, o que reforçava uma relação utilitarista com reforço à atuação fragmentada e isolada entre os profissionais de saúde (CALENTE, 2017).

Podemos afirmar que atuação do/a PEF nas reuniões – bem como o desenvolvimento do cuidado junto a outros profissionais de saúde enquanto proposta do NASF e da ESF – está para além das mudanças no campo organizacional e operacional. Para os PEFs participantes deste estudo, a participação da gestão ainda se faz necessária no trabalho entre as EqSF e do NASF, com vistas a desenvolver a autonomia coletiva entre as equipes e o trabalho interdisciplinar e compartilhado. Nesse sentido, é relevante uma maior articulação entre a proposta do NASF quanto às suas normativas técnico-instrumental e técnico-conceitual, criadas para nortear os trabalhos com as relações e as condições singulares de cada cotidiano do serviço, de forma a implantar processo de gestão e de trabalho coerentes com o cuidado ampliado, integral e atuação interdisciplinar (MERHY, 2002; FRANCO, 2006).

De modo geral, observamos nessa subcategoria, que atuação do PEF junto aos demais profissionais não-médicos e médicos operou entre o trabalho em equipe multiprofissional, ora

como equipe agrupamento e ora como equipe integração, operacionalizados entre as demandas de saúde e necessidade de saúde do usuário, no entre abordagens na racionalidade biomédica e abordagem de saúde ampliada e integral, frente às questões postas pelo usuário e família da população de cobertura. De toda maneira, os dados produzidos apontaram para a importância dada pelos PEF quanto ao trabalho em equipe, no reconhecimento da transversalidade de algumas ações em que existe algo em comum na atuação dos diferentes profissionais (ROSSI; SILVA, 2005); a atitude do PEF na busca de conhecer as demais categorias e suas disciplinas; e interesse na atuação dos outros profissionais (IRIBARRY, 2003).

Por fim, o debate no GAP – a partir das cenas das reuniões de equipes e de atividades multiprofissionais – endossou o reconhecimento do trabalho do outro, do próprio limite enquanto profissional de Educação Física, o interesse de aprender fazendo com outro, de se inserir em atividades assistenciais comuns da ABS, bem como questionar as condições de trabalho e a própria dinâmica institucional que ora (in)viabiliza atuação em equipe integrada.

4.3 Produzir o trabalho de rede: entre fatores facilitadores e restritivos na atuação intersetorial

Em alinhamento com a integração das políticas públicas locais, na esfera da saúde pública de Vitória/ES, a Rede SEMUS é operacionalizada a partir da concepção de Rede de Atenção à Saúde (RAS), da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, a qual é norteadas pelos princípios e diretrizes do SUS (VITÓRIA/ES, 2018).

Com base nisso, a Rede SEMUS é organizada por ciclos de vida na lógica do cuidado em saúde, composta por diferentes níveis de adensamentos tecnológicos, sendo a ABS a ordenadora e a coordenadora de todo o sistema local (VITÓRIA/ES, 2018). Além disso, é uma diretriz que designa ao profissional do NASF desenvolver articulações com os sujeitos em seus diferentes setores na saúde, na educação, na assistência social, entre outros setores, serviços e equipamentos, com vistas à intersetorialidade.

Neste sentido, abordaremos inicialmente aspectos conceituais sobre a intersetorialidade, dimensão teórica e organizativa orientada para todas as políticas estratégicas de conformação do SUS para Atenção Básica à Saúde. Como bem aponta Mendes e Akerman (2007), a intersetorialidade não se restringe apenas a um conceito, é uma prática social que vem despontando enquanto uma estratégia operacional, reflexo da insatisfação e incompletude da organização setorial no enfrentamento de problemas sociais complexos. Já as Rede de Atenção à Saúde, de modo similar à intersetorialidade, são uma estratégia com vista a superar a

fragmentação da atenção e da gestão à saúde, de modo a aperfeiçoar a organização e funcionamento dos serviços do SUS, logrando assegurar o cuidado integral. Logo em seguida, teremos as análises dos dados produzidos pelo conjunto dos participantes, que, de modo geral, se envolveram nas “teias” dos setores da SEMUS, da gestão pública e do território.

Entre as atribuições e princípios que devem orientar o trabalho do PEF do NASF na ABS, a atuação intersetorial é basilar para o enfrentamento das necessidades de saúde do usuário, da família e do território. O desenvolvimento do trabalho em rede – entre os profissionais da UBS com os demais setores da gestão pública em parcerias com as iniciativas privadas e da sociedade civil – pode potencializar e favorecer maiores articulações e resolutividade frente às questões sociais do território e do usuário.

Nesse sentido, a atenção básica à saúde é um cenário potente para desenvolver a intersetorialidade que, além de ser um fundamento da promoção da saúde, não se restringe apenas aos aspectos conceituais, é a categoria que radicalmente remete à ação, organização, gestão das políticas em direção à melhoria das condições e qualidade de vida (MENDES; AKERMAN, 2007).

A subcategoria que versa sobre o trabalho em rede abrange dados que foram produzidos via narrativas e situações descritas nos Diários de Campo e que dizem respeito ao trabalho do/a PEF do NASF em articulação com outros profissionais de diferentes setores. Decorrente da condição de NASF, das demandas de casos complexos, dos problemas sociais de saúde do bairro e da rede de atenção à saúde, os/as participantes deste estudo desenvolveram ações de caráter intersetorial com os diversos serviços, setores e equipamentos dos territórios. A organização do material (que evocou o trabalho intersetorial) foi sistematizada no Quadro 07, que é um levantamento geral da rede intersetorial do território e das redes de atenção à saúde. Em seguida discutiremos os diferentes envolvimento dos/as PEF com outros serviços frente às demandas e necessidade de saúde dos usuários e territórios, o que nos deu subsídios para analisamos as nuances deste trabalho.

Dito isso, as descrições do Quadro 07 são uma síntese da produção de dados sobre as redes com as quais os/as PEF relataram envolvimento, o qual se caracterizava como trabalho intersetorial.

Quadro 07 – Caracterização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e do território de abrangência para articulação e participação dos/das profissionais de Educação Física do NASF da cidade de Vitória/ES

(continua)

Rede	Descrição das ações
------	---------------------

Rede do Território	Reunião de Rede do Território: acontece sistematicamente uma vez ao mês e participam profissionais gestores das Unidades Básica de Saúde – UBS, dos Centro de Referência Assistência Social (CRAS), do Centro de Referência Especializada – CREAS da Secretaria Municipal da Assistência Social (SEMAS), das escolas do Centro Municipal de Educação Infantil – CMEI e das Escolas Municipais de Ensino Fundamental – EMEF, do Educação de Jovens e Adultos – EJA, do projeto Caminhando Juntos – CAJUN, Centros de Convivência da Terceira Idade – CCTI e o Núcleo integral à Pessoa Idosa – NISPI, Organizações não Governamental – ONGs, institutos sociais e outros setores à convite. São discutidos temas e questões sociais do território, planejamentos de ações, articulações entre serviços e discussão de casos. A participação do/da PEF se dá como representante do NASF da UBS. As ações com a participação do/a PEF são decorrentes dos planejamentos, como campanhas temáticas tanto da assistência social, da saúde e da educação, promoção de atividade física nas dependências física do CRAS, educação em saúde e PICS nos diferentes pontos da rede como Centro de Convivência da Terceira Idade (CCTI), Núcleo Integração Social da Pessoa Idosa (NISPI), ONG e outros quando solicitado.
Rede de Atenção à Pessoa em Situação de Violência	Articulações com o Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS), Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência de Vitória – SASVV, Conselho Tutelar e Vara da Infância e Juventude para discussão de casos complexos de violência que envolvem encaminhamentos e devolutivas presencial ou pela Rede Bem-Estar e outras vias de comunicações, elaboração de relatório dos casos que são das áreas de cobertura das equipes de saúde da família em que o/a PEF do NASF acompanha.
Rede Municipal de Atenção Psicossocial	Participam do matriciamento em saúde mental com profissional matriciador da rede de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS Álcool e Drogas, CAPS Infanto-Juvenil – CAPS I e CAPS II e III – Transtornos, que acontecem sistematicamente uma vez ao mês. Em geral para discussão e devolutivas de casos complexos de saúde mental de forma presencial e comunicações pela Rede Bem-Estar, bem como articulações com os serviços da rede de atenção psicossocial para casos de pessoas em sofrimento mental que chegam na UBS.

(conclusão)

Rede	Descrição das ações
Rede de Serviço para Pessoa Idosa	Participam das reuniões de matriciamentos com os profissionais de apoio do Centro de Referência de Atenção ao Idoso – CRAI para discussão, avaliação, acompanhamento e devolutivas de caso complexos de pessoas idosas.
Rede de Serviço a Criança e Adolescente	Programa Saúde do Escolar – PSE com realização de avaliações antropométricas como índice de massa corporal – IMC, acuidade visual, exame de tracoma, educação em saúde, verificação do cartão de vacina dos escolares nos Centros Municipal de Educação Infantil – CMEI e nas Escolas Municipais de Ensino Fundamental – EMEF. E tabulação dos dados coletados. Em alguns territórios, o/a PEF colabora junto aos membros do NASF com ações de educação em saúde com temas de interesse da escola.
Rede de Serviços de PCAF	Aconselhamento e encaminhamentos de usuário pelo PEF do NASF para PCAF nos módulos do SOE/Academia da Saúde e Academia Popular, e vice-versa, pelos PEF dos programas municipais de atividade física da rede. Orientação de exercício físico nas Academias Populares da Pessoa Idosa (APPI), visita domiciliar para busca ativa de usuário faltosos das atividades ofertadas pelo SOE/Academia da Saúde e Academia Popular; participações conjunta em eventos temáticos e campanha de saúde solicitadas pelos setores da SEMUS ou pela própria rede do território.
Rede Bem-Estar – Informações em Saúde	É uma plataforma digital que hospeda e evoluem os prontuários eletrônicos com dados e informações decorrentes dos atendimentos realizados na rede SEMUS. Hospeda e cadastra sobre a produção dos processos de trabalhos em equipe ou por profissional, como reuniões, visitas domiciliares e atendimentos individuais e coletivos. Além disso, tem a função de enviar e receber mensagens sobre informações em saúde e divulgação de notícias via e-mail entre os setores da SEMUS.

Fonte: dados coletados pelo próprio pesquisador.

Observamos no quadro acima a oferta de dispositivos que compõem as redes

socioassistenciais e de atenção à saúde, os quais são disponibilizados de forma diferente entre os territórios de saúde do NASF. A essa distribuição dos dispositivos das redes socioassistenciais, atribuímos, em função de alguns fatos e políticas: constituição e formação; reivindicações dos moradores e investimentos do poder público (abordados brevemente no capítulo anterior); ampliação dos serviços da ABS com EqSF e as reformulações técnico-assistenciais em rede de atenção à saúde; as políticas públicas do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), como os serviços do CRAS e CREAS, com programas sociais locais da SEMAS; a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde, com programas intersetoriais, como o Programa Saúde na Escola (PSE); a implantação do apoio matricial/matriciamento por área técnica específica; e iniciativas políticas locais, como o SOE/Academia da Saúde e Academia Popular. São dispositivos políticos e operacionais que têm em seu bojo normativo a intersectorialidade (VITÓRIA, 2017).

A atuação dos/as PEF com as redes, apontadas no Quadro 07, tinha diferentes envolvimento e intensidades que eram decorrentes de alguns aspectos organizacionais: participação sistemática nas reuniões de EqSF e de NASF, como diz a fala seguinte: [...] *“toda semana eu tenho que falar com outro [setor] para conseguir dar encaminhamento às coisas que vêm via reunião de EqSF e NASF”* (P3, GAP, encontro 03). Em relação à RAS, observamos a participação do/a PEF junto aos profissionais matriciadores de área técnica específica, como saúde mental e saúde do idoso na ABS, nas articulações com outros setores devido às solicitações pontuais da SEMUS ou da PMV para campanhas e eventos. Porém alguns PEF têm participação na reunião de rede de território.

Ainda que as condições organizacionais contribuam para a atuação intersectorial pelo/a PEF, outro aspecto foi a função assistencial e o reconhecimento por parte dos/as PEF quanto ao entendimento que parte das demandas e necessidades de saúde do usuário e do território exigiu, tais como de articulação com os demais setores internos e externos da SEMUS e do território. Uma das estratégias existentes em alguns territórios foram as reuniões de rede, que agregavam diferentes setores e atores, inclusive o/a PEF, para debater sobre os problemas do bairro e possíveis soluções. Sobre a reunião de rede, as falas apontaram para diferentes envolvimento e participações dos PEF nesse espaço.

Organizamos uma escala em duplas dos profissionais do NASF, já os profissionais da equipe de saúde da família não vão (P8, GAP, encontro 03).

Eu parei de ir por quê? [...] Porque parece, assim, que eu estou ali, a agenda dela dá para fazer mais alguma coisa, vamos colocar. [...] Eu estou cortando isso [...]. (P3, GAP, encontro 03).

É, eu vou para reunião de rede, mas não vou sempre. [...] Quem vai sempre para essas reuniões são assistente social e psicóloga, e tem uma médica que vai sempre. (P1, GAP, encontro 03).

A análise dessas falas revela uma incipiência na participação dos/as PEF nas reuniões de redes. Participação esta decorrente de escala, agenda “livre” e participação ativa de outros profissionais da ABS. Dito isso, percebe-se que existe certa resistência dos/as PEF em participarem sistematicamente das reuniões de rede, restringindo-se a uma participação pontual e secundária. De modo oposto, P4 relatou que “sempre participa das reuniões de rede, propõe pautas e participa das discussões como a violência do bairro” (Diário de Campo, setembro de 2019). Diante dessa fala, percebe-se uma participação ativa e sistemática com indícios de apropriação e intervenção junto a atores que participavam da reunião. Tal forma de ocupar o espaço da reunião de rede é um modo de tomar parte do trabalho intersetorial como parte da própria organização do trabalho em saúde.

Por outro lado, atribuímos o posicionamento acima à autonomia e ao poder de decisão dos/as PEF em participarem ou não das reuniões de rede. Além disso, independentemente da frequência e da quantidade de reuniões de rede de que já participaram, observamos que o exercício da participação como prática social nos espaços de representações intersetoriais se configura como desafio para o conjunto dos/as PEF do NASF. Dada a pouca participação ativa nas reuniões intersetoriais, percebemos um desinteresse pela maioria dos/as PEF, o que pode inviabilizar a ampliação do escopo assistencial intersetorial, limitando as necessidades sociais de saúde, seja de grupos, coletivos, individual ou familiar ao setor saúde.

Os dados apontam também como os/as PEF realizaram atividades e ações com outras instituições e equipamentos dos territórios. Essas atuações foram decorrentes da disponibilidade e do domínio de práticas corporais a convite ou por iniciativa própria.

Têm muitos anos que eu fico dizendo "Olha, eu estou aqui, eu faço isso [atividade de núcleo e PICS], se vocês quiserem", entendeu? Por exemplo, nas ONGs, eu me oferecia para fazer atividade, então assim, tem demanda pra mim hoje por conta disso, eu ficar informado o que faço. Essa semana passada eu fui no EJA [Educação de Jovens e Adultos] e no Horto, eu fiz oficinas, então assim, porque eu vou e me ofereço (P1, GAP, encontro 03).

Quando a rede [do território] resolve fazer uma atividade, no caso, uma ação ou um evento para o território, cada equipamento traz sua contribuição, a escola traz sua contribuição, a saúde também. A contribuição da unidade de saúde, em geral, são coisas que a saúde já faz, aferição de pressão arterial e medição de glicose. E quando tem alguma caminhada referente a alguma ação, por exemplo, sobre a violência contra criança, a gente participa também. Eu nunca tive uma demanda específica propriamente para educação física, a gente participa mais nas ações que são comuns mesmo (P8, GAP, encontro 03).

Verificamos que o trabalho intersetorial foi articulado a partir da disposição do/a PEF em disseminar e contribuir com práticas de saúde a partir das parcerias possíveis entre si, o que contribui na ampliação do escopo de ações conjuntas dos setores, mesmo que as ações aparentemente tenham sido pontuais.

No entanto, apesar dos/as PEF realizarem ações pontuais coletivas, também foi notório identificar falas que evidenciam práticas intersetoriais que ocorrem de forma mais frequente, como a realização de estudos-discussão de casos decorrentes de problemas complexos comuns entres os setores.

Normalmente, CREAS. Essa semana passada mesmo eu precisei de ligar para assistente social do CREAS, conversei com ela sobre um caso gravíssimo. A gente tem que articular um estudo de caso; para isso, eu articulo com o Conselho Tutelar, articulo com o CREAS, com o CRAS e com a unidade de saúde, mais alguém do NASF, que eu preciso de psicólogo também (P3, GAP, encontro, 03).

A gente trabalha muito em discussão de casos específicos da unidade de saúde, casos de risco e vulnerabilidade social que são comuns da unidade de saúde com o CRAS e CREAS (P8, GAP, encontro 03).

Ao que tudo indica, as situações reais e complexas de casos têm mobilizado os/as PEF junto com os outros profissionais e os serviços para produzirem uma assistência integral. Porém, trabalhar intersetorialmente requer a implantação de espaços e meios permanentes de diálogo e comunicação, negociação e acordos intersetoriais, que não se restrinjam e não dependam apenas de uma atividade, o que pode gerar descontinuidade e perda de potência criativa de produzir a intersectorialidade pelos profissionais e setores envolvidos (CARMO; GUIZARDI, 2017). Em meio aos dados sobre a recorrência na tentativa do trabalho multissetorial a partir de casos complexos, a fala do/a PEF levantou problemas e barreiras que dificultaram o andamento do caso complexo.

[...] Tipo assim, se eu já estou chamando o CREAS, o CRAS para uma reunião para um estudo de caso, porque é gravíssimo. A gente tem a reunião com eles [CRAS e CREAS], pedem o relatório do caso, ou seja, a gente já está discutindo sobre o assunto. Pede, faz um relatório, manda para mim, eu faço um relatório, mando o relatório para o CRAS e conselho tutelar, mando relatório para todo mundo. Quando eu ligo para lá [CREAS OU CRAS] e pergunto: “Alguém de vocês fez a visita domiciliar?”. A assistente social diz “não, olha, eu vou ver se agendo para o mês que vem”. Um caso discutido em setembro, mandei relatório, então em novembro vou ver se eu agendo para o mês que vem, para fazer uma visita domiciliar na casa de uma mãe que está querendo matar os dois filhos e se matar também. [...] (P3, GAP, encontro 03).

A análise dessa fala, ao que parece, revela uma dada burocratização associada a uma

transferência de responsabilidade, com limitação na agenda dos serviços envolvidos, acarretando uma desassistência prolongada junto ao caso, considerado e nomeado como “caso gravíssimo” (PEF P3) por envolver risco de morte e limitações das equipes de saúde junto ao caso. Como visto, essas dificuldades apontam fragilidades na construção de um trabalho intersetorial, uma vez que o caso necessitava de uma assistência especializada e, ao mesmo tempo, integrada e contínua. Além disso, as condições observadas produzem uma desmotivação no/a PEF, o que leva a uma fragilização e a uma distinção na relação entre o/a PEF com outros profissionais da assistência social básica e especializada.

Então assim, eu vejo que principalmente naquilo que é do CRAS nem tanto, mas CREAS, entendeu? E aí me dá até um desestímulo de ficar chamando esse pessoal para discutir, que você chama, chama, fala, pergunta e a coisa [ações sobre o caso] não anda, sabe, só me dá trabalho [...] (P3, GAP, encontro 03).

Nesse caso, fica evidente que o “desestímulo” fragiliza a construção de vínculos mais sólidos, gera uma imobilização quando “a coisa não anda”, o que pode, nesse contexto, sobrecarregar o trabalho do/a PEF diante do papel assistencial do caso comum, que requer confiança e credibilidade entre os profissionais e demais setores.

Os relatos acima reforçam alguns obstáculos, como ausência de resposta de outros setores aos problemas ou solicitações que lhe são endereçadas, compreendendo como desinteresse às solicitações do PEF da ABS, mesmo sendo caso complexo e urgentíssimo. Esse obstáculo pode ser decorrente da própria organização burocrática do outro setor frente à quantidade de casos e capacidade instalada da equipe dos serviços da assistência especializada, condições que comprometem o trabalho entre os profissionais dos diferentes setores e fragilizam o cuidado intersetorial.

No relevo sobre as relações entre setores, uma fala afluente ao debate entre os participantes do estudo, os quais apontaram que a relação entre o NASF e a escola foi através de encaminhamentos de casos, atuações sem apoio da EqSF e acordos.

O grupo de pais e filhos/as coordenado por mim, psicóloga e assistente social, chega muita demanda de escola, já vem até com diagnóstico, porque o pedagogo é médico também [crítica]. É muita coisa [caso] sem necessidade, que não tem necessidade nenhuma [de atendimento pelo NASF]. É como a escola mesmo consegue lidar com aquele tipo de coisa [com o caso], a gente identifica muito isso também. Com o encaminhamento formal da escola a gente faz a contrarreferência também explicando, a equipe toda assina, os três profissionais (P8, GAP, encontro 03).

P1: [...] O NASF de vocês ganhou uma escola?

P2: Como assim?

P1: *O nosso NASF ganhou uma escola de PSE.*

P2: *Mas a gente vai [o NASF vai à escola].*

P1: *Não, ir é uma coisa. A gente vai com uma equipe da Estratégia Saúde da Família. Só que no meu caso não, nós [NASF] não.*

P8: *É porque a equipe de saúde da família tem as escolas de referência.*

P1: *Isso! O nosso NASF ganhou uma escola, a maior escola do território.*

Todos: *[expressão de sorrisos].*

P1: *Gente, eles ocuparam assistente social e a psicóloga. Sabe quantas vezes nós fomos na escola? Três vezes de manhã e três vezes à tarde, uma escola que tem mais de 300 alunos ou mais.*

P7: *É só equipe NASF que faz o PSE nesse caso?*

P1: *Dessa escola, é, a maior escola do território, mandaram no dia que nós fomos fazer atividades [...] (GAP, encontro 03).*

A análise da fala e do diálogo releva uma embrionária realização de planejamentos entre as equipes de saúde com o corpo técnico-pedagógico da escola para definição de critérios de demandas de casos específicos e das intervenções do NASF com o espaço escolar. A relação entre o NASF e a escola ficou limitada ao uso do encaminhamento prescritivo, o que aponta claramente processos de trabalho regidos por pouca comunicação, procedimento historicamente típico de serviços de saúde fragmentados com repasse de demanda, algo semelhante a um sistema de referência e contrarreferência desprovido de canais de diálogos, pactuações, construção coletiva de fluxograma e classificação de risco e vulnerabilidade. O que aponta claramente a ausência de compartilhamentos de saberes e práticas entre os profissionais de saúde com os da escola.

Nesse sentido, o diálogo entre os PEF sobre o PSE aponta para um desequilíbrio de poderes entre os setores, o que reforça uma alta suscetibilidade aos desentendimentos e conflitos entre os setores e seus profissionais, bem como ausência de adaptações e ajustes das orientações prescritas do programa nacional para a realidade social e singular do contexto do território, da dinâmica escolar e da própria UBS, que considere suas condições reais operativas.

No outro contexto, “mandaram” o NASF realizar ações, postura típica de gestão que cumpre tarefas para alcançar metas preestabelecidas e solicitações verticalizadas. Ou seja, a escola encaminha os casos de escolares com problemas para o NASF; já a gestão da saúde encaminha uma escola do PSE para o NASF, o que reforça uma relação verticalizada. Tais posturas trazem consigo: a ideia de transferência de responsabilidade, de uma hierarquia de

poderes verticalizada; o reforço na ausência de compartilhamento responsável entre a saúde e a educação, revelando uma prática multissetorial, caracterizada pela presença de dois setores para resolução de problemas identificados, sem vínculo de reciprocidade, compartilhamento e devolutivas dos processos e resultados (ORNELAS; TEIXEIRA, 2015; BELLOTI, 2019).

A dificuldade de avançar na atuação intersetorial foi identificada também na fala de P4, em tom de “desabafo” sobre a operacionalização do trabalho em rede, a partir da dinâmica da reunião de rede, da qual participava sistemática e assiduamente.

P4 relatou que a rede [multissetorial] deveria ser mais objetiva, é muita subjetividade e discussão, mas não há operacionalidade, ficando nesse “empurra e empurra” entre os setores. Eu sou professora de Educação Física, eu sei como é o dia a dia da escola, não dá para exigir muito dos professores, o calendário da escola é todo “fechadinho” e programado. Pra mim as reuniões de rede é “enxugar gelo” (Diário de Campo, novembro de 2019).

O termo “empurra e empurra” – decorrente das diferentes formas de pensar o fazer em rede – e o termo “muita subjetividade” dificultam a atuação “mais objetiva” pelos profissionais que compõem a rede. Provavelmente isso aconteça devido às tensões e disputas que o espaço multissetorial pode produzir. No entanto, a compreensão acerca do cotidiano escolar da educação básica demonstra os limites e as condições de trabalho docente para ações de interesse dos participantes da reunião de rede do território. Ou seja, trata-se de uma necessidade coletiva que exige dos integrantes da rede uma busca de soluções compartilhadas que levem em consideração os limites e possibilidades de cada serviço para operacionalizar o trabalho intersetorial.

Na perspectiva da fala de P4, há um equívoco ao atribuir e restringir as relações dos profissionais de diferentes setores à ação propriamente dita, no sentido de desassociar os debates de valores, entendimentos, interesses e visões dos participantes sobre a ação prática em si. Se por um lado o debate pode representar um “enxuga gelo” abstrato; por outro lado, sem o debate na construção da atividade, a ação multissetorial pode caminhar para intervenções independentes ou sobreposições de ações setoriais. Por outro lado, no “desabafo” de P4 sobre a reunião de rede, constata-se alguns destaques dos seguintes fatores: o compromisso do PEF com a reunião de rede, visão do coletivo e não apenas das partes; conhecimento do cotidiano do outro setor; e a capacidade de refletir acerca das tramas produzidas nos espaços colegiados do território. Nas palavras de Dias e colaboradores (2014), a intersetorialidade no contexto da ABS requer respeito à diversidade e às particularidades de cada setor e participante.

No mais, percebemos que as formas de articulações e participações, envolvimento e

dificuldades vividas pelos/pelas PEF nas práticas multisetoriais são reflexos do papel social que cada política pública possui em suas responsabilidades, competências, burocracias, fluxos, recursos disponíveis e a dinâmica própria do trabalho setorial. Tais aspectos, indiretamente, direcionam e incidem na construção da intersetorialidade como uma prática local compartilhada de execução contínua, que abrange e integra o processo de trabalho na definição dos meios com objetivos comuns, que produzam resultado satisfatório frente aos problemas sociais que assolam a vida do território e do munícipe (AMARAL, 2015; BELLOTTI, 2019).

Os dados sugerem – como se constata neste e em outros estudos – que a intersetorialidade é algo que remete a um novo paradigma (ALMEIDA FILHO, 2000; INOJOSA, 2011; DIAS et. al., 2014; ORNELAS; TEIXEIRA, 2015). Nos contextos de atuações dos/as PEF, enquanto NASF e representante da ESF, têm prevalecido o trabalho fragmentado, a justaposição de setores e ações focalistas centradas nas ações específicas do setor e do profissional correspondente. Portanto, implica em serem adotadas outras perspectivas de trabalhar e enfrentar as demandas e necessidades de saúde; perspectivas estas que pautem, entre outros fatores, em assumir os pressupostos da intersetorialidade, como, por exemplo, otimizar a potencialidade do espaço colegiado da reunião de rede – a qual já garante o envolvimento de diferentes atores na definição de problemática de consenso do coletivo, a ser enfrentada de forma junta, com escolhas das estratégias, objetivos comuns e avaliação como parte do processo, de forma intercolaborativa. É, portanto, basilar caminhar na construção e desenvolvimento de projetos intersetoriais que avancem para um maior compromisso com ações para melhoria das condições de vida dos usuários, para a lógica da corresponsabilidade e que se articulem, além dos setores da gestão pública, a outros presentes no território.

Sobre esse aspecto, os apontamentos levantados pelos PEF sobre o trabalho com os demais setores frente às demandas corroboram a compreensão de Inojosa (1998) sobre o modelo de organização do aparato governamental, que “operam suas estruturas organizacionais, [...] departamentalizado por áreas específicas, [...], planejamento normativo, dicotomia entre planejamento e execução, burocratização e formalidade excessiva [...]”. Nessas condições, a autora endossa afirmando o “distanciamento do cidadão e assim do usuário, barreirando a participação social e controle social” (INOJOSA, 1998, p. 98).

Na esteira do trabalho em rede, conforme apresentado no Quadro 07, verifica-se também a presença de falas dos/as PEF com alguns serviços especializados que compõem a Rede de Atenção à Saúde. As articulações foram decorrentes dos desdobramentos de espaços multiprofissionais, como reunião de EqSF (abordada anteriormente), matriciamento e grupos específicos coordenados por profissionais do NASF.

Eu não tenho essas demandas direto, mas qualquer coisa que surge na reunião saúde da família ou matriciamento, eu dou encaminhamento em tudo. Por exemplo, se é pra levar [o usuário], eu levo, se for pra eu ligar, eu ligo, faço tudo que tem que ser feito [...]. Estes dias eu liguei para nutricionista do CRAI sobre a dieta de uma paciente que estava pra acabar os alimentos especiais [...]. Assim, dou todos os encaminhamentos quando a coisa chega para mim, entendeu? (P1, GAP, encontro 03).

Na minha UBS, existe um grupo que se chama "grupo de pais e responsáveis", a gente escuta os pais ou responsável da criança pela demanda que é trazida sobre a criança [...]. Então, são três profissionais que estão ali, a gente toma decisões tudo junto [pais e profissionais], para onde que vai encaminhar dependendo do caso. Tem caso grave que tem que encaminhar para o Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência de Vitória – SASVV, tem que encaminhar para outros serviços, como o CAPS, entre outros setores (P8, GAP, encontro 03).

Constatamos nas falas acima que o encaminhar é atribuído a dois sentidos. O primeiro confere ao compartilhar, acompanhar e agir sobre o caso com a profissional matriciadora do CRAI, referente à saúde do idoso. O outro confere a uma triagem dos casos de crianças, em que “dependendo”, faz-se o encaminhamento a outros serviços especializados. Dito isso, verifica-se ainda que, em ambas as falas, os membros do NASF assumiram o papel assistencial da equipe de referência. Tanto que um caso foi junto e o outro, separado da EqSF. No caso da saúde do idoso, a função do/a PEF foi a de apoio assistencial, assumindo, assim, tarefas assistenciais que são comuns também aos membros da EqSF. No caso da saúde da criança, uma decisão entre os membros do NASF reforça os “especialismos” profissionais entre adensamentos tecnológicos diferentes, mesmo sendo multiprofissional. No entanto, lembra-se que a equipe de referência do caso atribui à EqSF a responsabilidade devido à vinculação que seus profissionais possuem com os moradores de suas microáreas de cobertura. A equipe de apoio é composta por especialistas que devem prestar um apoio técnico-pedagógico ou clínico-assistencial com base no seu núcleo de saberes às equipes de saúde da família, a referência do caso (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Sobre essa questão, verificamos uma fala que levantou o papel da EqSF e a função de matriciador do NASF, a qual foi restrita à participação ou não nas reuniões de matriciamento do CRAI e rede CAPS com a EqSF.

[...] Têm algumas reuniões do CRAI ou CAPS que quem é o matriciador do NASF daquela equipe [saúde da família], por exemplo, a equipe um e dois, não pôde estar presente porque talvez tivesse outra demanda. Mas todas as demandas que sejam de saúde mental ou de saúde do idoso, eu já deixo claro para minha equipe que eu, enquanto apoio, eu não sou primordial nessas reuniões [matriciamento]. Porque a equipe [saúde da família] tem que se apropriar dos casos [...]. Então se eles [equipe de saúde da família] estiverem em reunião com CAPS I, CAPS AD, CAPS São Pedro ou CRAI, o que eu fiz ou eu deixei de fazer, tudo é discutido em reunião de equipe

[saúde da família]; *as minhas colegas também do NASF fazem a mesma coisa. E o que for mais de saúde mental grave, elas também sabem. Então eu não sou necessária, na verdade, porque a equipe tem que saber, enfermeiro, médico e agente comunitário de saúde* (P3, GAP, encontro 03).

Entendemos que o matriciamento pelo CRAI e Rede CAPS pode ser o apoio tanto técnico-pedagógico e clínico-assistencial às equipes diante de casos complexos de usuário, família ou coletivos. Com relação a isso, o caso complexo pode demarcar os limites da capacidade técnica assistencial do núcleo de saberes da Educação Física, deslocando o/a PEF para a função de corresponsabilização sobre o caso junto à EqSF. Pondera-se que essa função não se restringe a participar, ou não, da reunião de matriciamento especializado, ou discutir o caso previamente, o que pode ser também um entrave para avançar junto à EqSF nos cuidados com os casos de saúde mental e saúde do idoso.

Diante disso, fica evidente que a forma de organização entre a equipe do NASF, o/a PEF e a EqSF com os matriciadores, inviabiliza o movimento de coprodução do cuidado entre as equipes, bem como restringe o matriciamento exclusivamente à EqSF, ficando nítida uma dada divisão de tarefas a partir de ausência e presença do NASF em determinadas reuniões, “o que eu fiz ou o que eu deixei de fazer, tudo é discutido em reunião de equipe”, restringindo o papel do NASF à discussão de caso e a EqSF à execução sobre o caso com o matriciamento especializado. Ou seja, a participação nas reuniões de matriciamento deve ser compreendida como espaço capaz de favorecer a cogestão do cuidado de forma cooperativa e corresponsável, com compartilhamento e apropriação de conhecimentos entre os membros coparticipantes das equipes da atenção básica e atenção especializada.

No que se refere ainda ao matriciamento, outro dado demonstra que essa tecnologia leve colaborou na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), realizado na reunião de NASF. Tal situação ocorreu mesmo na ausência de um fluxo construído coletivamente para caso complexo, ficando ausente a EqSF da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) com CRAI e NASF.

Mas assim, é tudo muito atravessado, não funciona no modelinho assim [sente falta de um fluxo dessas demandas], faz pelo menos seis meses que não se discute um caso na reunião do NASF. Fizemos o PTS [Projeto Terapêutico Singular] no dia da reunião do NASF com o CRAI (P1, GAP, encontro 03).

Notamos aspectos que fragilizam a sistemática do trabalho em equipe nas discussões de caso, como ausência de um fluxo voltado aos casos complexos e fosso temporal da reunião do NASF. Constatamos também que a organização do PTS inviabilizou a coprodução entre a EqSF

e o NASF com matriciador do CRAI, já que o modo operado não possibilitou o trabalho colaborativo e o escambo de conhecimento entre as equipes de especialistas com a equipe de referência. O uso do PTS configurou-se como um procedimento protocolar, mecanicista, simplório e pontual, desprovido de uma elaboração mais orgânica e plural, reflexo da desorganização preestabelecida entre as EqSF e NASF. Mesmo diante dessa fragilidade, podemos atribuir que o matriciamento pelo CRAI foi indutor pelo menos na possibilidade de construir um PTS que “pressupõe o fazer junto e não pelo outro” (OLIVEIRA, 2010, p. 288), mesmo restrito aos apoiadores e distante da equipe de referência.

Todavia, a construção do PTS exige da equipe: o diagnóstico ampliado, a definição de metas claras e exequíveis, a divisão de responsabilidades e a reavaliação permanente para formulação do PTS (CUNHA, 2005; OLIVEIRA, 2010). Além disso, espera-se que a construção do PTS seja também na coprodução de problematização com reconhecimento da equipe, a autonomia e a capacidade de decisão do usuário sobre sua vida e doença (OLIVEIRA, 2010). A análise dos dados acima sobre RAS especializadas demonstraram que os/as PEF têm ciência das tecnologias leves que devem articular, participar e operar, como o matriciamento especializado, a discussão de caso e a construção do PTS. Mesmo com dificuldades impostas e decorrentes do trabalho entre equipes, observamos que os casos complexos deslocaram o/a PEF do apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial do núcleo da Educação Física para um apoio assistencial comum, o que reforça a dimensão do campo como comum, enquanto processo de trabalho que tem limites imprecisos (CAMPOS, 2000; CAMPOS; DOMITTI, 2013; CAMPOS et al., 2014).

Diante desses dados, a função assistencial comum desempenhada pelo PEF do NASF com RAS demonstra-se embrionária e com fragilidades em sua operacionalização. Percebe-se que as diferentes formas de comporem os espaços multiprofissionais e a utilização das tecnologias leves ficaram restritas às equipes apoiadoras, o que fragmentou um apoio à EqSF. Entretanto, dada a dinamicidade da rotina das equipes de saúde, é possível que o PEF e a equipe do NASF façam a mediação e o compartilhamento das decisões terapêuticas tomadas, o que produz a necessidade de definição metodológica do trabalho e pactuações de agenda, para que não ocorra o risco de se construírem práticas de saúde como o PTS de forma verticalizada e fragmentada entre as equipes de saúde.

Na esteira das Redes de Atenção à Saúde, outra tarefa desempenhada pela Educação Física do NASF – implantada pela SEMUS em 2013 e descrita no Quadro 07 – foi a Rede Bem-Estar. Para Mendes (2010), um dos elementos que apontam para constituição de RAS são os sistemas logísticos, os quais devem contribuir na operacionalização dos pontos de atenção à

saúde através de tecnologias de informação. Conforme o site da PMV, a Rede Bem-Estar (RBE)⁴⁰ é um ambiente virtual, hospedado na *Web*, e que interliga todos os serviços e equipamentos da rede municipal de saúde. Estes têm como objetivo reunir, no prontuário eletrônico dos munícipes, dados e informações dos atendimentos realizados, desde consulta, solicitação e resultados de exames, além disso, eles hospedam a produção realizada pelos profissionais de saúde, avaliação do serviço via mensagem e agendamentos de consultas. Tudo isso para ampliar agilidades da informação e comunicação entre os serviços de saúde. Dadas as funções e finalidades, a RBE foi projetada para auxiliar, agilizar, facilitar o fluxo e a troca de informações provenientes dos atendimentos aos usuários, realizados pelos diferentes serviços de referência e de apoio especializados à rede (MENDES, 2010), o que possibilita construir e hospedar uma linha do tempo do usuário quanto ao acesso aos serviços e atendimentos de saúde na rede SEMUS, bem como registrar as condições sociais e sanitárias dos usuários.

Conforme os dados, contatamos um uso sistemático da RBE pelos/as PEF em diferentes espaços de trabalho multiprofissional: nas reuniões de equipes e nos atendimentos, tanto individuais quanto coletivos; na frequência dos/as participantes dos grupos PCAF; na evolução de prontuário do usuário, decorrente da discussão de caso; na visita domiciliar, no matriciamento em saúde e na elaboração de relatórios específicos em caso de violência; no preenchimento de avaliação física; e, ainda, para registrar os procedimentos e atendimentos realizados.

Uma das falas reforçou o que tinha observado durante a fase de campo: *“Tudo que eu falo e tudo que eu faço está no prontuário [eletrônico da Rede Bem Estar], em todas as reuniões da equipe [saúde da família], eu passo para eles, tudo”* (P3, análise coletiva, encontro 03). Além dessa fala, identificamos também que alguns PEF “organizavam seus assentos em frente ao computador para acessar as informações e evoluir o prontuário do usuário da discussão de caso em equipe” (Diário de Campo, novembro de 2019). Tanto a fala quanto o registro de campo apontam para adesão, uso e acesso ao ambiente virtual da RBE durante os processos de trabalho na presença e ausência do usuário.

Neste sentido, evidenciamos, também, que o uso frequente dessa tecnologia dura pelos PEF “serviu para levantamentos de dados dos usuários para fazer uma triagem dos casos para outros serviços, ou profissionais do NASF, ou uma intervenção pelo próprio PEF” (Diário de Campo, setembro de 2019). A incorporação da RBE no cotidiano do/a PEF representa, além da

⁴⁰**Notícia: Rede Bem Estar é finalista em prêmio do banco Interamericano de Desenvolvimento.** Disponível em: <https://www.vitoria.es.gov.br/noticia/rede-bem-estar-e-finalista-em-premio-do-banco-interamericano-de-desenvolvimento-16440>. Acesso em: 15 out. 2021.

hospedagem, evolução e uso dos dados, e contribui para inserção e organização pelo PEF da dinâmica da própria EqSF, como pontuou P3.

Primeiro a demanda vem via agente comunitário de saúde ou vamos supor que seja uma demanda do Conselho [tutelar] que eu nem conheço a família, é nova no território. Eu e a enfermeira abrimos o prontuário eletrônico via Rede Bem-Estar, observamos como é que foi cadastrado, quem é a agente comunitária de saúde. Pela visita domiciliar, eu vejo como é a vida daquele ser humano e eu pergunto tudo, desde as escolas, se as crianças estudam, e, na hora, o que posso eu vou lembrando eu vou perguntando tudo. Depois vou para unidade de saúde, sento na frente do computador e abro o prontuário [eletrônico], jogo tudo no prontuário, se foi uma visita domiciliar ou uma consulta compartilhada, escrevo de forma mais detalhada possível. Porque aquilo vai me ajudar a fazer o relatório que já existe em um modelo na rede de bem-estar. Eu vou no prontuário e coloco identificação familiar, o endereço, o telefone para contato, a finalidade do relatório, a finalidade jurídica para o acompanhamento em família. No acompanhamento em família eu coloco bem direitinho, quando essa família foi cadastrada na unidade de saúde, se a criança estiver tendo atendimento psicológico, eu vou lá no prontuário vejo que foi atendido no CAPS I durante um certo tempo, mas abandonou o tratamento. Tudo isso eu jogo de acordo com a Rede Bem-Estar no prontuário eletrônico sobre essa criança [...] (P3, GAP, encontro 03).

Notadamente, nesse caso, o acesso prévio ao prontuário para planejar, organizar, registrar, hospedar dados e informações sociais, sanitárias e terapêuticos teve – além de ampliar e evoluir o histórico de saúde do usuário –, também a finalidade de integrar as informações, com vistas à construção de relatório social, o qual pode ser enviado a outros setores e disponibilizado na RBE para acesso e uso também por outros profissionais e serviços da SEMUS. Para Mendes (2010), o sistema logístico, enquanto componente das redes de atenção à saúde, deve organizar, de forma racional, os fluxos e contrafluxos de informações com base no prontuário eletrônico do usuário. Esse mesmo uso do prontuário eletrônico para dados e informações foi encontrado no estudo de Costa e Portela (2018) como um dos facilitadores dos registros eletrônicos de saúde e informações dos atendimentos, contribuindo na construção de relatórios que serão utilizados posteriormente.

Como observado, a implantação da RBE foi uma ferramenta que auxiliou os PEF na organização dos processos de trabalho. Entretanto, entre os dados, um diálogo entre cinco PEF salientou que a implantação da RBE gerou dificuldades em algumas ações de saúde no território, tendo as equipes de saúde que adaptarem suas práticas com grupos prioritários.

P3: *Quando você participava das ações do Hiperdia na comunidade, já tinha a RBE?*

P8: *Não.*

P3: *Porque, hoje em dia, de certa forma, apesar da RBE ser uma ferramenta muito boa, ela engessa, você tem que ter “X” atendimentos para você fazer as consultas, nos hipertensos leves, moderados e graves vão de tempo em tempo para trocar*

receita. Então, você tem que ter aquilo fechadinho. Antigamente, era melhor porque você não tinha esse número fechado, você só precisava de um número “X” e você fazia receita que precisasse, abordava mais coisa e mais gente também participava.

P5: Era anual?

P3: Era anual.

P5: Hoje, com a RBE, ninguém quer fazer, e depois passar para o computador, então assim, enfermeiro e médico saindo da unidade [básica de saúde] fica difícil.

P1: Tem uma médica lá na unidade de saúde que ela sempre fez assim mesmo com a Rede Bem-Estar.

P5: Normalmente, quando não era RBE, eles [profissionais de medicina e enfermagem] iam também, hoje, com a RBE, enfermeiro, médico colocam empecilhos para sair do posto (GAP, encontro 03).

Para alguns interlocutores deste estudo, a RBE burocratizou o atendimento coletivo, restringiu abordagem nas consultas individuais e inviabilizou a saída de membros da EqSF para o trabalho na comunidade. Ainda que para uma médica as condições da RBE não tenham alterado seu modo de organizar e atender grupos prioritários, nota-se, de modo geral, que a RBE reduziu o acesso e limitou assistência ao usuário. Em outras palavras, nas ações do Hiperdia, a RBE burocratizou para organizar e limitou para consultar.

Como observado, para os/as PEF, a ferramenta digital da RBE apresentou avanços significativos para organização, sistematização-hospedagem de dados, comunicação e tomada de decisões coletivas diante das demandas de saúde. Entretanto, para a atividade do Hiperdia, a RBE “engessa” o atendimento, o acesso, reduz abordagens e embarreirou a saída do profissional da UBS, engessando outras formas de acesso dos usuários aos atendimentos fora do espaço da UBS.

De modo geral, os dados expostos nesta subcategoria revelam que existe um envolvimento dos/as PEF com o trabalho multissetorial e com as RAS. Infere-se que a função assistencial no acompanhamento sistemático das EqSF – intervenção junto aos casos complexos, participação na reunião de rede, o matriciamento especializado, parcerias paralelas com setores, articulações com serviços da SEMUS e a apropriação da RBE – inclui condições que contribuíram para uma inserção e visibilidade do PEF no trabalho com os demais setores e RAS.

Os dados sugerem uma maior atenção dos/as PEF quanto ao papel da ABS na relação com os serviços de apoio matricial do CRAI e da Saúde Mental, RBE e articulações com outros setores, que é o de explorar todas as possibilidades de compreensão a respeito do caso e da população cadastrada, de forma que todos os integrantes das equipes de saúde da ABS possam

promover uma assistência acolhedora em direção ao vínculo entre profissional e usuário, para não prevalecer o processo de trabalho que desconhece o sujeito, o qual traz consigo não apenas o problema de saúde, mas subjetividade e história de vida, que são determinantes do seu processo de saúde e doença (MERHY, 2007).

Aparentemente, as situações complexas e práticas de núcleo mobilizaram os/as PEF nas articulações com os diferentes serviços da rede de modo geral. Porém, trabalhar a intersetorialidade, é integrar agendas coletivas, construção de objetivos comuns, potencializar espaços permanentes de comunicação que possibilitem a construção de diferentes e novos modos de agir e organizar o trabalho na construção de políticas públicas, visando impactos na qualidade de vida do usuário, família e comunidade (AMARAL, 2015; CARMO; GUIZARDI, 2017).

A produção de dados, distribuída nas subcategorias analisadas, aponta evidências sobre as atribuições que os/as PEF do NASF, participantes deste estudo, desempenharam na ABS. Notamos diferentes formas de envolvimento dos PEF, com implicações singulares, em meio a espaços de debates e tensionamentos, envolvidos com fatores restritivos e facilitadores, entre uma ampla atuação que envolve o trabalho de núcleo e de campo comum, participação nos espaços de gestão, atuação com outros profissionais e uso de ferramentas e tecnologias leve, leves-duras e duras.

As atribuições analisadas também apresentaram fragilidades e avanços que são decorrentes da própria proposta do NASF, das limitações e das condições impostas pelos serviços de saúde decorrentes da cultura institucional, da ausência e presença de apoio à gestão setorial, das limitações e possibilidades dos núcleos profissionais e do trabalho em equipe, dos passos e impasses dos setores que compõem a rede multissetorial e da RAS da própria SEMUS.

Infere-se que os modos de operar as tecnologias em saúde prescritas pelo NASF e pela própria SEMUS possibilitaram aos PEF experiências com a complexa tarefa de produzir e coproduzir o cuidado em saúde, sobretudo em contextos e territórios complexos. Isso exigiu uma maior articulação, participação e implicação do PEF do NASF junto às equipes de saúde e outros serviços e profissionais da rede.

Diante do cenário da pesquisa, ressaltamos que os participantes deste estudo apresentaram um fazer-saber acerca das suas atribuições tanto de núcleo e de campo decorrentes das interrelações que foram estabelecidas nos atendimentos com os usuário e nos momentos em equipe de saúde. Observamos também práticas de saúde fragmentadas e verticalizadas, condição que fragiliza o cuidado ampliado e integral. Percebemos uma maior apropriação pelos/as PEF sobre os serviços de saúde e as redes (inter)setoriais, condição estratégica para

cuidado mais ampliado e implicado com situações complexas de problemas e necessidade de saúde. Identificamos práticas de saúde mais acolhedoras, focadas nas relações e no uso das tecnologias leves produzidas em ato com os artefatos tecnológicos duro e leve-dura da própria Educação Física. Dito de outra forma, a ampliação das atribuições dada pelas ABS à Educação Física foi decorrente da implantação, das fragilidades, dos tensionamentos e dos avanços da proposta do NASF, o que atribuiu concepções e diferentes organizações pelos PEF do NASF, aspectos que serão explorados na próxima seção.

5 ENTRE COMPREENSÕES E REPERCUSSÕES DA PROPOSTA DO NASF NA EDUCAÇÃO FÍSICA NA ABS/ESF

Esta categoria organiza falas acerca das compreensões e repercussões da proposta do NASF no trabalho dos/as PEF na ESF, enquanto modelo tecnoassistencial de organização da ABS dos seus respectivos territórios. Inicialmente, apresentamos, de forma introdutória, notas sobre a ESF e a inserção do NASF no escopo assistencial da ABS para o cuidado integral. Contextualizaremos brevemente a Estratégia Saúde da Família enquanto proposta de organização da ABS brasileira e cenário de prática para inserção do NASF.

O contexto da pesquisa com os PEF do NASF na cidade de Vitória/ES deu-se em território das UBS com aspirações ao modelo da ESF, proposta indicada pela SEMUS para implantação da proposta do NASF. Ainda, a inserção da Educação Física e outras categorias ocorreu, nas UBS com ESF, antes da inclusão da proposta do NASF (CALENTE, 2017; BELOTTI, 2019).

Por meio das análises da produção de dados, foi possível identificarmos: os entendimentos e efeitos atribuídos pelo PEF com a proposta do NASF na Educação Física, a partir das relações com outros profissionais de saúde; os entendimentos acerca do papel-função ser do NASF; e a proposta do NASF institucional com os NASF do trabalho de cada PEF. Dito isso, os dados foram organizados em três temáticas: (1) entre continuidade e “mais” presença da Educação Física na ABS; (2) entre formas de organização e papel do PEF em “ser do NASF”; e (3) entre embaraços e problemáticas no trabalho do NASF, sob a ótica dos/as PEF.

Ao longo dos trinta anos do Sistema Único de Saúde, muitos foram os modelos assistenciais desenvolvidos e sistematizados que guardam coerência em suas formulações teórico-conceituais e práticas metodológicas com o projeto da reforma sanitária, sobretudo em superar o modelo médico-assistencial-hospitalocêntrico, considerado hegemônico (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014). Esse movimento foi acontecendo de forma isolada, com

uma relativa autonomia, a partir dos municípios que ousaram implantar proposta de “modelo” de organização de serviços de saúde que traduzisse, em suas práticas de saúde e de gestão, aos princípios do SUS.

A Estratégia Saúde da Família é uma proposta substitutiva, com aspectos técnicos, políticos e administrativos inovadores, caracterizando-se como uma estratégia que possibilita o enfrentamento e resolução dos problemas identificados em um território definido (BRASIL, 1997). Além disso, a rede básica deve desenvolver práticas de saúde voltadas para prevenção de doenças e promoção da saúde, acolhimento das demandas individuais e coletivas, com avaliação de risco e vulnerabilidade dos casos, garantindo a equidade, a universalidade e a integralidade do cuidado.

Acolhendo o posicionamento de Andrade *et al.* (2012), quando apontam para o mesmo sentido de Campos (2006), no que concerne à organização da ESF, a expansão impulsionou o acesso da população aos serviços da rede básica de saúde, a inclusão de outras profissões, com estímulo à interdisciplinaridade e à gestão participativa, em especial nos grandes centros urbanos.

Embora seja evidente a expansão da ESF, é importante ressaltarmos que cada UBS com ESF, em uma dada comunidade, é específica e distinta das demais (mesmo sendo no próprio município). Ou seja, suas ações são expressões das prioridades, potencialidades e limites desse território e sistema local de saúde. Essa multiplicidade é decorrente dos diferentes tempos de implantação, formação profissional, compromisso dos gestores, financiamento federal, instabilidade política e nível de empoderamento comunitário (ANDRADE *et al.*, 2012).

Essa multiplicidade reforça as desigualdades na qualidade e capacidade resolutiva dos serviços prestados pela ABS, como, por exemplo, as diferentes porcentagens de cobertura por EqSF por município, as condições estruturais das próprias UBS, dificuldades de integração com os serviços especializados e hospitalares, problemas com diferentes políticas de contratação de profissional, bem como o fato da população adscrita no território ser mista, abrangendo números de família, residências, indivíduos como conceitos similares, que geram uma dada confusão entre o que é domicílio e família, como se estes fossem a mesma coisa (CAMPOS, *et al.*, 2010). Nesse sentido, o vínculo entre as EqSF não é estabelecido pelo direito de escolha do usuário, seguramente independentemente de resultados e efeitos sanitários, dos afetos e desempenho do profissional (CAMPOS, *et al.*, 2010).

É nessa diversidade de condições políticas, estruturais e organizacionais que (em permanente estruturação) a ESF na ABS no Brasil incluiu, desde 2008, pelo Ministério da Saúde, o NASF, como arranjo organizacional constituído por equipe multiprofissional de

diferentes composições de categorias da saúde – as quais eram de distintas áreas de conhecimento, voltadas à concessão de apoio técnico-pedagógico e/ou clínico-terapêutico às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Tudo isso por meio do compartilhamento de práticas em saúde nos territórios cobertos pela ESF, com atividades focadas no cuidado integral à saúde dos usuários da rede e com um claro objetivo desses núcleos – o qual é ampliar a abrangência e o escopo das ações de ABS, com vistas ao aumento da resolubilidade nesse nível de atenção, trabalho interdisciplinar em saúde, envolvendo ações de núcleo e campo, conforme as necessidades de saúde da população cadastrada (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010; ALMEIDA, 2016).

Além dos aspectos acima, o desafio de operar e superar a lógica e modelo hegemônico biomédico de organização dos serviços de saúde – o qual, pretensamente, visava garantir a coordenação do cuidado em saúde de toda rede de atenção à saúde com mais suporte de apoio com saberes e práticas dos núcleos e de colaboração multiprofissional no campo comum – foi um pressuposto que reforçou, mais uma vez, a reestruturação da ESF com a implantação do NASF.

Para Campos (2006), a ESF deveria ser organizada de forma distinta, de tal maneira que fosse considerada a história, os recursos disponíveis e os quadros epidemiológicos, sanitários, ambientais, demográficos, devendo ser adaptada aos diferentes municípios e localidades com sistema de hierarquização da rede básica de saúde, com arranjos diferentes na composição das equipes. Nesse sentido, a atual multiplicidade de formas de organizar ABS com ESF permite uma multiplicidade de combinações, que deveria ser incluída como possibilidades e alternativas municipais e territoriais. Ou seja, o melhor arranjo será aquele que melhor atender e corresponder à singularidade do contexto local (CAMPOS, et. al., 2010).

Por sua vez, Merhy (2013) pondera que, fazer uma intervenção institucional na direção de mudanças de processos de trabalho e de sistemas de direção em centro ou serviço de saúde, não é só ter uma receita de programação para esse processo e segui-la, pois isso é muito mais complicado, particularmente nos ambientes organizacionais do tipo UBS, que institucionalmente é Estratégia Saúde da Família.

Um lugar como uma UBS saúde da família, que comporta cerca de duas a cinco EqSF, uma equipe de NASF e demais trabalhadores e trabalhadoras da saúde:

é complexa, sobretudo, quando se considera o conjunto dos autogovernos em operação, o jogo de interesses organizados como forças sociais, que atuam na micropolítica do processo de trabalho, cotidianamente, e as ‘cabeças presente neste cenário’ (MERHY, 2013, p. 51).

Conforme o entendimento acerca da complexidade que é induzir mudanças em processo de trabalho e práticas de saúde, as subcategorias a seguir colocam os debates no GAP dos PEF sobre o objetivo da implantação do NASF de Vitória-ES, que consistia em “transformar as práticas de saúde dos profissionais de apoio da Atenção Básica (outros e o profissional de Educação Física na saúde) em equipes de NASF [...] de acordo com a lógica do apoio matricial” (CALENTE, 2017, p. 08).

Contudo, os dados apresentados não versarão sob a égide de uma avaliação de implantação da proposta do NASF ou se o PEF realiza o apoio matricial, que é a finalidade operacional do NASF. O intuito é o de analisar as compreensões e repercussões induzidas pela prescrição normativa da SEMUS sobre a (re)organização do serviço, com a indução da proposta do NASF, realizada pelo grupo condutor, o qual, nas palavras de Calente (2017, p. 08) “tomou ao pé da letra” a tarefa de “transformar” as práticas de saúde, através do uso e aplicação de processos formativos que não fossem apenas uma formalização do credenciamento das equipes de NASF junto ao Ministério da Saúde para captação de recursos para o município de Vitória-ES.

5.1 Entre continuidade e “mais” presença da Educação Física na ABS

A presente subcategoria incorporou relatos dos/as PEF que se remeteram à Educação Física na ABS como era antes e depois da proposta do NASF. Conforme as narrativas, para alguns PEF, as práticas de saúde – como apoio às EqSF, ações coletivas, entre outras – já aconteciam. A inserção da proposta do NASF institucionalizou a atuação dos/as PEF que estava em curso nas UBS com ESF.

Quando entrei na unidade básica de saúde, não sei se vocês lembram, de apoio, porque nós não éramos de nenhuma equipe de saúde da família, isso eu estou falando nas unidades que têm Estratégia da Saúde da Família, que é onde o NASF foi implantado. Então a gente era o apoio, porque a gente apoiava todas as equipes, o psicólogo, o assistente social, técnico esportivo, fonoaudiólogo, farmacêutico. E isso já existia antes do ministério criar o NASF e implantar, então ele chegou aqui assim como a Academia da Saúde, a gente teve que fazer algumas mudanças pra algo que já existia aqui (P2, GAP, encontro 02).

O que acontece no modelo que eu vou chamar de modelo antigo. Nós tínhamos uma série de atividades que a gente desenvolvia dentro da Unidade Básica de Saúde, e todos os participantes hoje do NASF tinham as suas atividades (P1, GAP, encontro 01).

[...] o NASF não mudou nada. Porque, desde que eu estou na USB, a gente já fazia isso, todas as práticas que a gente faz no NASF, a gente só institucionalizou o nome.

Porque participar não só em função de dar aula [PCAF], mas as palestras nos grupos de gestantes, grupos de hipertensos, saúde do idoso, GATT (grupo de apoio terapêutico ao tabagista). Isso era uma coisa que quem ficava 40 horas já fazia [...] (P7, GAP, encontro 01).

Percebemos, entre as falas acima, um protagonismo do município, com a inserção de PEF e outros profissionais na UBS, compondo “equipes ampliadas”, o que ocorreu em 2007. Tal inserção, de fato, deu-se antes da publicação da portaria ministerial de nº 154, de janeiro de 2008, que cria o NASF (BRASIL, 2008). Notamos que os três PEF apontaram que, antes da proposta do NASF, existia um “modelo” de atuar, ou seja, cada profissional tinha suas ações e cronograma a ser seguido, o que remonta às atividades relacionadas aos conteúdos da Educação Física, tanto que as expressões “apoio” e “a gente já fazia isso, todas as práticas” de fato corroboram uma das premissas da proposta do NASF, que é a atuação e colaboração com as práticas e saberes do núcleo. Além disso, as expressões, “mas as palestras” e “participar de” demonstram uma clara divisão de atividades e condução nos grupos como especialista que atende ao perfil do grupo em detrimento dos sujeitos do grupo, o que fragmenta e inviabiliza um cuidado mais integral e interdisciplinar, ou seja, uma produção em série de palestras aos grupos, que pressupõem uma atuação independente centrada na relação atividade física e saúde. Diante dessas falas, identificamos um entendimento de que a “institucionalização do nome NASF” restringiu-se apenas às práticas de saúde de núcleo decorrentes do “modelo” que já se praticava. Todavia, não se trata de manter ou romper com o antes; pelo contrário, é possibilitar abertura para outras possibilidades sem abandonar o que se sabe fazer.

Apesar de algumas falas acima terem abordado que o NASF não mudou em nada e só institucionalizou o que os PEF faziam antes da portaria ministerial, cabe, porém, aos PEF do NASF não restringirem a intervenção em práticas (como palestra) com conteúdo específico da área da Educação Física para grupos prioritários, mesmo que seja necessária, importante, relevante e atenda as atribuições da ABS. Como se sabe, a implantação de equipes em arranjos de NASF propõe-se à ampliação do escopo das ações na ABS no desenvolvimento do trabalho, de forma compartilhada e integrada entre a equipe NASF e EqSF (BRASIL, 2014; FRAGELLI; SHIMIZU, 2014; RIBEIRO et al., 2014). Sobre isso, outras falas apontaram que o NASF “abriu” possibilidades de atuações, intervenções e aprendizados.

Com relação ao NASF, eu particularmente adorei, amei porque eu acho que abriu um campo muito grande pra nós dentro da unidade. É, eu não participava de reuniões de equipe, assim, esporadicamente, só se houvesse algum caso que precisava de um técnico esportivo, agora participando, abriu e comecei a ver muitas outras coisas, discutir casos, às vezes que nem tem tanto a ver com a minha área específica, mas que eu senti que eu pude contribuir de alguma forma, ganhei muita experiência.

Porque a gente começa a ouvir os outros profissionais das outras áreas (P2, GAP, encontro 02).

[...] eu acho que o NASF vem trazer uma aproximação entre os profissionais para você conhecer realmente a sua equipe [saúde da família], quem são os usuários da sua equipe [saúde da família]. Trabalhos comuns com o psicólogo, profissional de Educação Física, o enfermeiro. [...] Então eu acho que ele [NASF] deu aproximação, porque a reunião de equipe [saúde da família], antes a gente [PEF] não fazia nada, não sei na realidade de vocês (P5, GAP, encontro 02).

Eu percebo que o NASF abriu um leque de conhecimento que também, se a gente não tivesse no papel de NASF, eu acho que não iria entender. Por exemplo, qual é de fato um papel de um CREAS, de um CRAS, todo equipamento que tem ali próximo [território], sabe? O que fazer, do que a gente realmente pode encaminhar. Se eu não soubesse disso e chegasse de repente na reunião de equipe de saúde da família em casos como, de tentativa de suicídio, "manda lá para o grupo de atividade física", não é suficiente, sabe aquela visão do todo mesmo de enxergar. Não foi uma coisa que o serviço social me ensinou, talvez ali, junto com elas na visita [domiciliar], sim, mas aí você vai aprendendo a ter esses olhares que quanto somente professor de educação física eu não iria ter: o que é que eu vou fazer com esse rapaz acamado aí gente? (P4, GAP, encontro 03).

Os depoimentos acima revelam uma mudança organizacional no trabalho do/a PEF na condição de NASF, em que, antes, levou-se a compreender que era restrito à função “técnico esportivo”, o que provavelmente também dificultava sua atuação na reunião de EqSF. Notamos que a proposta do NASF induziu aberturas para intervir de forma conjunta com os membros do NASF e as equipes de saúde da família, visando conhecer os usuários, sobretudo sem restringir à atuação nas demandas da “área específica”, que era pontual, fragmentada e utilitarista. Da expressão “no papel de NASF”, pode-se inferir uma tentativa de operar com abertura sem restrições ao trabalho com grupo PCAF. Além disso, percebemos uma postura mais aberta, aprendente e atenta na convivência com outros profissionais e diante da complexidade da demanda de saúde – que requer uma deliberação conjunta e visão ampliada do processo saúde-doença e cuidado, sobretudo em situações que extrapolam o saber especializado.

Tais atitudes e posturas dos/as PEF correspondem ao que se espera quanto à função apoio do NASF, que é o compartilhar conhecimento e práticas de saúde comuns entre seus membros e a EqSF que ampliem a capacidade de análise e de ação do profissional na coprodução de saúde, ou seja, “aprender fazendo e produzir aprendendo” (OLIVEIRA, 2010, p. 274).

Assim, as falas até aqui levantaram um paradoxo na ampliação da atuação do/a PEF: de um lado, a implantação da proposta do NASF apenas institucionalizou o que já faziam (ou em nada mudou), atuando ainda com ações semelhantes; lado oposto é possível constatar mudança na relação do PEF com os membros do NASF e com EqSF, frente às demandas e práticas de saúde comuns, por meio de atitudes horizontais, capazes de favorecer a ampliação de

conhecimentos e experiências no trabalho vivo em ato. Todavia, apesar do paradoxo sobre antes e depois do NASF, o que ocorreu foi a continuação e a ampliação do trabalho profissional da categoria em tela. Outras falas apontaram uma mudança em como o PEF na UBS pode atuar, após a implantação dos NASF.

A gente pode mostrar, principalmente para mim foi assim, os profissionais mais antigos, principalmente, da área médica, que eu acho que na formação deles não tinha muito essa coisa da saúde pública do trabalho multiprofissional. Então eles não conseguiram ver o profissional de educação física ampliado. Eles viam profissional educação física assim para dar aquela aula de ginástica, alongamento e zumba [risos], ali acabou, a gente não tinha mais outras funções além disso. E com essa amplitude que a gente teve na unidade com o NASF, a gente conseguiu mostrar que a gente tem outras coisas a oferecer, a gente pode compartilhar com outras tarefas e funções que não só dar um alongamento ou uma ginástica (P2, GAP, encontro 02).

[...] Então eu acho que ele [NASF] deu aproximação, porque a reunião de equipe [saúde da família], antes a gente não fazia nada, não sei na realidade de vocês. Ninguém dava credibilidade ao profissional de educação física. E nisso a gente traz todos os profissionais [NASF e EqSF] para participar da atividade física junto à gente, conseguir desenvolver não só atividade física em si da educação física (P5, GAP, encontro 02).

Identificamos, nas falas acima, uma visão restrita e linear sobre o/a PEF e sua relação com PCAF pelos demais profissionais de saúde antes da institucionalização do NASF no município. Ainda que essa visão seja atribuída à ausência de formação multiprofissional nas escolas de medicina, provavelmente também seja decorrente da própria Educação Física e sua expansão na saúde pública, tanto local como nacional, através das PCAF. Por outro lado, os grupos de PCAF são espaços para ação multiprofissional (como educação em saúde), o que contribui para não restringir os grupos apenas às PCAF pelos PEF. Diante dessas falas, com a expressão “ver os profissionais de educação física ampliado”, fica claro que foi reflexo da indução da proposta do NASF, a qual possibilitou, estimulou e promoveu maior inserção, participação e interação do/a PEF junto às EqSF e dos membros do NASF na ABS. Outro depoimento revela que cabe ao PEF não restringir seu fazer apenas às especificidades das PCAF.

Falta a gente assumir e pode muito mais dentro da área da saúde do que simplesmente fazer atividade física. [...] Muitas vezes, a gente passa essa impressão mesmo. Então, pra mim quando a gente começa, a partir de você mesmo, correr atrás, mostrar projetos, coisas mais voltadas que não seja só para serviços especificamente da educação física. E isso vai dar mais uma visibilidade ou importância maior dentro do NASF (P6, GAP, encontro 03).

Diante da fala acima, nota-se que uma maior inserção da Educação Física na ABS compete, também, a se apropriarem acerca da saúde pública, de forma a que se permitam a transformarem-se em profissionais da saúde pública com vista ao saber fazer e aos conhecimentos acerca da saúde pública, para além do trabalho nas PCAF. Mesmo que seja importante tal postura, entende-se que o trabalho na saúde é coletivo e, por sua vez, depende também de pactuações e decisões institucionais e políticas conjuntas, conforme as reais necessidades de saúde local e da própria UBS, que levem em consideração a cultura institucional e organizativa do serviço e que evitem o isolamento profissional na sua especialidade (que são as PCAF). Todavia, desenvolver atividades de campo comum é garantir e propor o apoio assistencial tanto a uma equipe como a outro profissional de saúde, frente à necessidade de saúde individual ou coletiva dos usuários. Nisso, as PCAF podem ou não compor o rol de intervenção em saúde. Nesse sentido, “mostrar projetos” perpassa também por uma análise coletiva e pactuada com abordagens ampliadas e singulares, que considerem o território e a dinâmica do serviço da ABS.

Podemos atribuir, a partir das falas dessa subcategoria, um dado modo de fazer Educação Física pelos depoentes, já antes mesmo do NASF ser lançado pelo Ministério da Saúde. Por outro lado, percebemos que a implantação da proposta e da condição de NASF não só institucionalizou como também gerou mudanças nas relações e nos processos de trabalho do/a PEF, sobretudo naquilo que era esporádico, pontual ou quando necessitasse do PEF. Tais aspectos induziram aberturas para compor, conhecer, compartilhar e apreender com o trabalho junto às equipes de saúde – como nos espaços de reunião, práticas de saúde – mesmo sendo multiprofissionais de campo comum. Atrelado a isso, havia uma certa abertura pelo PEF para intervenções conjuntas com outros profissionais nos grupos PCAF.

Verifica-se, também, que as atitudes e posturas dos/as PEF sobre o fazer e conhecer favoreceram uma atuação mais próxima ao trabalho das EqSF, que não se restringiu apenas à troca de conhecimentos, e sim a mudanças significativas no cotidiano do trabalho junto às equipes, envolvendo-se com demandas que exigiram outros meios de repensar a ampliação do cuidado, frente à diversidade do usuário com os dispositivos existentes no território e na própria UBS. Com isso, também corroboram Oliveira e Campos (2015), quando afirmam que tanto o núcleo de saber quanto o campo de conhecimento são mutantes e imprevisíveis, não sendo possível detectar as fronteiras entre um e outro. Com outras palavras, o PEF passou a ser alguém que se colocou mais junto às demandas das EqSF e no desenvolvimento de outras práticas de saúde com membros do NASF, de forma a não se restringir e a não mais transparecer que a Educação Física é apenas PCAF.

A tudo isso, atribui-se uma dada visibilidade e presença aos PEF que atuaram com o núcleo e o campo. Ou seja, “a gente não faz só atividade física”, a Educação Física passou a fazer o “papel de NASF”, de forma que esses aspectos são indissociáveis, uma vez que são as necessidades de saúde do usuário que indicaram quais recursos e dispositivos o serviço de saúde e a rede intersetorial dispõem aos profissionais da EqSF e NASF para mobilizar e operar na garantia do cuidado em saúde. Sobre esse papel de NASF para a Educação Física, depende também de como o/a PEF percebe sua função e atuação diante da organização do trabalho entre as equipes, a forma como são operacionalizadas as relações entre os profissionais e outros aspectos que serão tratados a seguir.

A indução normativa – implementada pela SEMUS via grupo condutor para que os profissionais das equipes multiprofissionais operassem o NASF – possibilitou um passo necessário que foi, em meio à realização das atividades nos serviços de saúde, o de identificar como os PEF entendem sobre a proposta do NASF e como se constituem no cotidiano. Se, de um lado, o NASF não mudou em “nada” ou apenas “institucionalizou” o que já se fazia antes, para outros, a proposta do NASF produziu mudanças. Nesse sentido, entendemos que todos os PEF “constroem os serviços de saúde inventando formas de trabalho, de gestão, inventando novas formas de se relacionar [...] e que possui um poder de amplificação e de propagação” (LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2010, p. 39). É a partir das presenças nos trabalhos em ato que as funções, des(cumpridas) pelo PEF do NASF, podem se manifestar, de forma que cada PEF responde a essas atividades normativas antecedentes da sua maneira, conforme sua história e seus valores (LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2010).

5.2 Entre formas de organização e o papel do PEF em “ser do NASF”

A subcategoria repercussão sobre a organização e papel do PEF no NASF incorporou as falas que atribuíram sobre a organização das equipes de NASF junto às EqSF, bem como as funções que os/as PEF assumiram diante dessa organização, uma vez que o papel do NASF é apoiar as equipes de EqSF, as quais são conhecidas como referência de uma dada área e sua população de cobertura adstrita. A análise dos dados demonstra que os/as PEF têm ciência de que uma das mudanças foi a função de representante do NASF nas EqSF para prestarem um apoio matricial, enquanto meio de estabelecer contato entre as equipes. Entretanto, verificamos formas de organizações e apoio diferentes, os quais são reflexos da própria dinâmica organizacional da UBS e das modelagens que os profissionais operam nas propostas do NASF.

O meu é assim, eu sou responsável por duas equipes [equipes de saúde da família], eu vou na reunião [equipe de saúde da família] participo, onde é discutido os casos, o que é meu [demandas da Educação Física], eu pego, o que é de outros profissionais, eu escuto, anoto e levo para reunião do NASF, que é uma reunião maior, e ali a gente vai discutir o direcionamento (P5, GAP, encontro 02).

Eu sou a representante daquela equipe de saúde da família enquanto NASF, mas se naquela equipe de saúde da família surgiu um problema do Serviço Social, nós vamos pôr na reunião [NASF], e a assistente social, ela é de todas as equipes, nós somos de todas as equipes, a gente só está representando, mas como você falou, se o problema está ali, por exemplo, o Bolsa Família, eu não vou conseguir resolver o problema do Bolsa Família porque não é da minha área. Eu vou ter que colocar para assistente social. Você pode até resolver junto depois, vamos dividir, eu faço isso, você faz isso, faz aquilo, que você me explica e tal (P2, GAP, encontro 02).

Então, tipo assim, tem reunião de equipe de saúde da família, então equipe um, dois e três, então assistente social vai em uma, a psicóloga vai em outra e a farmacêutica vai em outra. O que acontece é que não é para resolver os problemas que são mandados para o NASF, são mandados para o NASF, para discussão em equipe aqueles casos e os devidos encaminhamentos que precisa da equipe de apoio [...] (P8, GAP, encontro 02).

Tudo que a gente faz é NASF, o nosso NASF existe, mas as ações são muito isoladas e individualizadas, cada um faz o seu trabalho. Às vezes, avisa de última hora. Às vezes, acontece ações na outra UBS e não acontece na UBS que atuo devido que uma profissional não fala com outra profissional (P6, GAP, encontro 02).

Conforme os depoimentos acima, fica nítido que a forma de organização implantada para a operacionalização da interface entre as equipes de saúde da família e NASF, em certa medida, inviabiliza a coprodução do cuidado frente às demandas, ficando restritiva às áreas profissionais dos respectivos especialistas. Nesses arranjos, percebemos que o/a PEF, ao efetivar a função de “representante” do NASF ao compartilhar o caso na reunião de NASF, a articulação pode se restringir a uma consulta ou encaminhamento ao especialista, de modo que o PEF faça uma transferência de conhecimento técnico das demais categorias do NASF a sua EqSF.

Além disso, a fragmentação se expressa também nas atividades isoladas por profissional. Essas atividades são decorrentes de relações conflituosas entre os membros do NASF; relações estas que geram atenção fragmentada em ações multiprofissionais e que fragilizam o cuidado e a própria equipe, restringindo a proposta do NASF apenas à sua nomenclatura (BELOTTI, 2019). Tal modo de organização contribui para a não operacionalização do trabalho colaborativo e compartilhamento de conhecimento entre as equipes NASF e EqSF, com distribuição da demanda (o que é da Educação Física é “meu”), privando, em certa medida, os conhecimentos e as práticas da Educação Física referentes ao caso; e os “outros” casos são discutidos e distribuídos aos especialistas do NASF.

De todo modo, fica claro que as organizações entre equipes acima reforçam a atuação especializada (restringir os cuidados ao profissional do NASF), o que elevou o distanciamento e a fragmentação do cuidado entre as equipes NASF e EqSF. Outra fala apontou para um problema que é de ordem institucional, que inviabilizou o/a PEF a atuar na função de “representante” do NASF: *“é porque eu não participo das reuniões [equipe saúde da família], porque acontecem à tarde, e eu não trabalho à tarde”* (P8, Análise Coletiva, encontro 02). Neste caso, há uma incompatibilidade dos turnos de trabalho do PEF com o horário da reunião de EqSF que, além de inviabilizar a participação e a apropriação das demandas direto com as EqSF, restringe o/a PEF ao que é discutido de casos no NASF. Essa questão do horário foi tomada como problema do NASF, o qual exigiu a participação da direção da UBS para mediar uma saída.

É, no meu caso é diferente, são duas unidades, minha equipe de NASF é dividida em duas UBSs. E cada equipe vai na sua unidade, a equipe que fica em uma UBS sou eu e a psicóloga, e a gente comparece na reunião [equipe de saúde da família] por causa do horário. Na outra UBS, as reuniões [equipe de saúde da família] era só à tarde, então quem era 30 horas não participava das reuniões [saúde da família], então começou a criar uma discussão na reunião do NASF que a gente devia ter representatividade em todas as equipes nas reuniões [saúde da família]. Convocamos a diretora para mudar o horário das reuniões [equipe de saúde da família] para que a gente pudesse participar das reuniões de equipe de saúde da família. [...] Ela vai mudar, agora vão ter reunião no contraturno, à tarde, e pelo menos uma na parte da manhã, para que todos do NASF realmente possam participar [...] (P7, GAP, encontro 02).

Na organização acima, notamos que a divisão entre os membros do NASF adequaram a estrutura organizacional das EqSF nas respectivas UBSs, o que, por sua vez, foi vista como problemática, pois reduziu a representatividade do NASF junto às EqSF. Para isso, a articulação do NASF com a direção da UBS viabilizou mudanças dos turnos de reunião de EqSF. Diante da problemática, espera-se que a implantação de equipes de NASF no apoio às EqSF requeira certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam os serviços, o que exige uma reorganização do serviço e do sistema de forma pactuada, dialogada e colegiada entre gestor e profissionais das equipes de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007). A capacidade de implementação de mudanças na estrutura organizativa no modo de produção de prática de saúde conjunta no cotidiano do trabalho contribui para a produção de possibilidades criativas entre as equipes e os acordos firmados (OLIVEIRA, 2010).

No que se refere como os/as PEF do NASF estão inseridos nos modos de organização para o apoio às EqSF, outros dados demonstram diferentes formas de relações que são estabelecidas entre as EqSF e os/as PEF. A depender da demanda, a participação do/a PEF é

necessária; já em outras, a EqSF articular outros profissionais de saúde. Há níveis de responsabilidades e intervenções que, em certa medida, flexibilizam o apoio do/a PEF do NASF.

Eu me sinto extremamente responsável na equipe um de uma UBS, e vou ser sincera com você, estou dando graças a Deus que na outra UBS e eles [a equipe de saúde da família] não estão me olhando com esses olhos, na equipe três, por quê? Porque eu ia ter demanda duplicada, sabe? Então assim, nessa última UBS, eu até vou, participo [da reunião] da equipe [saúde da família], dou opinião, mas é questão de opinião. Não é aquela da demanda minha que você tem conseguir desenvolver a demanda e fazer, executar porque tem que executar. Nessa UBS, fica a cabimento da assistente social e psicóloga, para mim é um luxo; agora na UBS da equipe um [saúde da família], me sinto totalmente responsável e praticamente tudo que acontece na equipe de saúde da família, eu participo (P3, GAP, encontro 02).

Gente, olha, na minha unidade, ainda está acontecendo, por exemplo, uma enfermeira de uma das equipes chama assistente social para a reunião: "Não, eu quero assistente social na reunião", e ela vai, aí o que é que eu estou fazendo aqui? PN [porra nenhuma]. Na minha UBS, é tudo muito atravessado, não funciona no modelinho assim. Sem falar que faz bom tempo que não tem a reunião de NASF; quando tinha, não vinha todos [...] (P1, GAP, encontro 02).

Nos trechos acima, ficam evidentes três maneiras de organizações da função apoio do NASF junto às EqSF. A primeira refere-se à expressão “extremamente responsável”, que implica um movimento de responsabilização do/a PEF ao que acontece na dinâmica e junto à EqSF. A segunda limita-se apenas à emissão de “opinião”, ou seja, semelhante a uma “consultoria externa”, sem maiores envolvimento, praticamente sem intervenção e produção de saúde junto ao caso e demanda, devido à divisão de UBS entre membros do NASF. Já a terceira infere-se à autonomia da EqSF em acionar o apoio especializado, por meio direto de comunicação, provavelmente devido à complexidade do caso ou à relação direta do caso com a especificidade de outra categoria (Serviço Social), o que não foi possível e não demanda contatar com o PEF, mesmo sendo representante do NASF na EqSF.

Conforme os dados, observamos uma heterogeneidade nos modos de organizar e manter o contato entre equipes de apoiadores do NASF com a EqSF, que são as equipes de referência. Entretanto, notamos alguns aspectos semelhantes entre as falas dos/as PEF, como: a combinação e a participação nos espaços para encontros com as equipes; a autonomia entre equipes e profissionais nas pactuações no modo de organizar o contato entre equipes NASF e EqSF, bem como EqSF com o profissional do NASF; e o envolvimento do/a PEF com demandas em que as EqSF apresentaram dificuldade em cuidar por conta própria. Esses aspectos corroboram os estudos de Campos e Domitti (2007), que mostram que, entre apoiadores-NASF e referência-EqSF, deve-se estabelecer espaços sistemáticos de encontro,

definição de problemas e intervenções com e para outros profissionais de saúde e acordos para intervenções dos profissionais.

Apesar de algumas UBS apresentarem os arranjos organizacionais entre EqSF e NASF, uma certa desintegração, provavelmente decorrente da limitação da função “representante” do NASF diante da proposta do NASF, das variabilidades organizativas entre as equipes e do repasse de casos e demandas para os especialistas, é crucial cultivar espaços de discussão e de cogestão para escuta e autoanálise entre gestores, profissionais do NASF e EqSF, para que, juntos, construam outras possibilidades organizativas e colaborativas, com aberturas a diferentes meios de contatos e comunicação (OLIVERIA, 2010).

No que tange à organização entre as equipes de apoiadores e de referência, dois depoimentos têm mostrado uma postura proativa e resolutiva junto aos problemas de saúde identificados pelas EqSF. Dessa forma, os/as PEF acolhem a demanda, analisam e organizam, e, dessa maneira, pode haver diferentes abordagens e desdobramentos perante o caso do usuário. Isso ocorre quando o/a PEF se propõe a atuar como NASF, ao ponto da EqSF perceber que a função do PEF não se restringe à atuação de núcleo, e sim de matriciador.

É que, quando se trata de NASF, você tem que parar de ver a questão de profissional específico para fazer certas coisas. Se você, daquela equipe de saúde da família, você precisa acolher aquele problema, aquela demanda e organizar. Se for pra atender, eu atendo, faço relatório [social], articulo a rede [ligar e chamar o CRAS, CREAS, Conselho Tutelar] e tal. Então se você é NASF, você tem que fazer isso, se você quiser trabalhar nessa lógica do NASF, claro. É claro que tem gente que não quer trabalhar na lógica do NASF, mas a lógica do NASF é essa: se eu sou apoio [da equipe de saúde da família] igual psicólogo, igual a assistente social e igual fonoaudióloga, igual farmacêutico, eu só apoio igual. Se tiver alguma coisa [demanda], tenho que acolher, não estou dizendo que é para eles [membros do NASF e equipe de saúde da família] darem aula de Educação Física, não (P3, GAP, encontro 03).

[...] Então assim, eu tenho ido [para reunião de equipe de NASF] com poucos casos sem respostas. Assim, nem que seja uma coisa que é na outra semana, a gente vai tentar dar resposta. E assim, gente, a psicologia entendeu que a gente está conseguindo fazer isso, realmente se a gente não correr atrás, eles [aos profissionais da EqSF] vão meio que só encaminhar, entendeu? Eu posso fazer o primeiro atendimento ali de ouvir, "Fala, criança, como está sua vida?". Assim, é o que eu estou entendendo que meu papel ali dentro da equipe de saúde da família. É assim, algumas equipes, principalmente em uma UBS, já me chamam, vem aqui, Ô NASF, [falou em tom alto], vem aqui agora, é caso urgente!", de repente nem é para eu dar uma resposta, mas para eu ficar sabendo do que está acontecendo e levar para reunião equipe NASF. Então assim, eu acho que isso deu uma visibilidade do profissional, esse nosso papel de matriciador [...] (P4, GAP, encontro 03).

Reparamos que a percepção dos/as PEF sobre apoio matricial com as EqSF diz respeito ao acolher a demanda no seu processo de trabalho. Entendemos esse acolher como uma escuta qualificada sobre e com o usuário, no sentido de levantar mais dados e informações sobre o

quadro de saúde e construir meios para atender o caso, para que se evite o encaminhamento desordenado aos especialistas do NASF. Constata-se também que o acolher não se restringe às demandas que porventura fossem relacionadas à Educação Física. Afinal, atuar no apoio às EqSF não difere entre categorias profissionais, embora existam as identidades de cada profissão, no caso apontado na fala: as “aulas da educação física” são restritas e privadas ao PEF, o que, aparentemente, reforça um corporativismo sobre as práticas de saúde e conteúdo da Educação Física.

Especificamente, ainda sobre os aspectos das falas acima, da atuação no apoio à EqSF e as atividades de núcleo, geraram-se alguns rebatimentos no grupo ampliado de pesquisa. As falas remeteram-se a diferentes entendimentos de apoio, a partir do próprio contexto e da forma de trabalhar junto à EqSF. Vimos que, para alguns PEF, o entrosamento do/a PEF com a EqSF foi elogiado, mas com certo impedimento. Já o outro entende que o apoio é algo que todos podem fazer e, portanto, prefere apoiar o que lhe compete ao núcleo.

Estou falando que vem a demanda da equipe de saúde da família pra mim, eu não estou dizendo que resolvo tudo e sim participo da demanda junto à equipe de saúde [família] (P3, GAP, encontro 03).

Se você [P3] liga para o CREAS, para o CRAS e para não sei aonde, você resolve tudo e mais, os relatórios você encaminha (P1, GAP, encontro 03).

Olha, eu só fico assim pensando que P3 está mais entrosada. Achei legal a ideia dela [de P3], mas eu tenho muito medo da gente pegar o que não é nosso, eu tenho muito medo dessas coisas, como fazer relatório, eu não sei, eu fico meio receosa. Não sei vocês. Eu vou para reunião de equipe [saúde da família] e passar os casos na reunião de NASF, a gente senta discute e cada um faz suas partes, eu tenho medo de pegar essa questão do relatório, eu decidi eu fazer porque eu não tenho domínio disso, mas, assim, eu não sei se o que está certo ou errado (P5, GAP, encontro 03).

[...] Eu vou falar agora do meu espaço. Então, assim, eu realmente participo de atividades, tenho participação em situações que não são comuns à área da Educação Física, mas que a minha participação é útil. E que qualquer pessoa poderia fazer. Agora eu realmente não faço, por exemplo, eu não tenho conhecimento e não quero ter dessas questões de legislação, eu faço questão de ter conhecimento das coisas que são pertinentes ao meu núcleo comum [educação física] e ter total competência naquilo, e nas outras questões eu dou apoio (P1, GAP, encontro 03).

Como visto nas falas, o exercício do apoio matricial à EqSF junto às demandas exige cautela, sobretudo, em situações-problema que requerem conhecimentos que são, “*a priori*”, atribuições do Serviço Social ou de outra categoria do NASF. Por outro lado, algumas tarefas foram apropriadas pelo PEF, as quais provavelmente sejam decorrentes da experiência entre o profissional de Educação Física e do Serviço Social nas tarefas em que aconteceu um apoio mútuo. Esse aspecto corrobora a função do apoio matricial, que é o compartilhamento de conhecimentos e práticas de saúde entre os profissionais das equipes, o que amplia a capacidade

resolutiva e o manejo sobre o caso pela equipe de referência com apoio do/a PEF do NASF (CAMPOS; DOMITTI, 2007; OLIVEIRA, 2010).

Mais à frente, com a expressão “que qualquer pessoa pode fazer”, entendemos que trabalhar com a EqSF nem sempre precisa ser na lógica do apoio matricial especializado. A colaboração do/a PEF dar-se-á também em tarefas simples que auxiliem a equipe na condução do caso ou na organização de uma atividade coletiva, como, por exemplo, fazer uma ligação e evoluir o prontuário durante a discussão de caso em equipe ou compartilhar, por meios eletrônicos ou digitais, o caso com outro profissional e fazer articulações com outro setor para atividades coletivas. Sobre o questionamento levantado: – “eu não sei o que está certo ou errado”, presente em uma das falas acima que discorre, em tom de dúvida, sobre o que é e como se deve operar o apoio matricial junto às EqSF –, dependendo da compreensão que orienta o trabalho, a função “representante do NASF” pode favorecer um apoio assistencial comum de tarefas simples, o apoio burocratizado de levar o caso para reunião de NASF ou o apoio a partir da experiência do trabalho coletivo. Essa dúvida, mesmo em meio às diferentes práticas de apoio às EqSF, provavelmente seja devido à ausência de compreensão sobre o amplo papel que o/a PEF do NASF pode desempenhar, que é construir de maneira compartilhada com outros interlocutores da rede, a partir das demandas e ofertas existentes e postas por um coletivo de atores, os quais emergem, tanto do seu quanto do outro saber de núcleo de conhecimento, da própria experiência e da visão de mundo (OLIVEIRA, 2010).

Como visto quanto aos aspectos citados acima, a partir dos depoimentos, podemos afirmar que a atuação do/a PEF como apoiador/a do NASF é reflexo das diferentes formas de organização do trabalho interprofissional e da compreensão que o/a PEF tem acerca da função do trabalho junto às EqSF. Outro elemento que endossa os aspectos anteriores são as demandas de saúde identificadas pela EqSF ao/à PEF do NASF em ato e que, por vezes, não exigem do/a PEF um apoio técnico-pedagógico de núcleo. Isso acaba por gerar um deslocamento do/a PEF para outras tarefas assistenciais simples ou complexas, mas que não couberam numa prática do núcleo. Dito de outra forma, os encontros entre os/as PEF com as EqSF requisitaram do/a profissional em tela uma postura mais aberta para compor o trabalho em saúde, diante de situações e problemas de saúde do usuário. Sobre isso, o diálogo seguinte entre dois PEF aponta aspectos institucionais e de visões diferentes frente à dinâmica do apoio às EqSF.

P3: Todos nós enquanto profissionais do NASF entendemos assim. E foi dividido dessa forma, cada profissional do NASF ser referência de uma ou duas EqSF.

P8: Porque dá a impressão que todo mundo, tipo assim, pode entrar assim dentro do núcleo e saber de todo mundo, e todo mundo pode saber coisas de todo mundo.

P3: Até certo ponto, é isso mesmo, tudo é uma saúde. Todos devem atender todas as coisas, se tiver alguma coisa específica, vai para o núcleo do saber que é para sua agenda, que 40% da sua carga horária de atendimento, o que é de todas as equipes [Saúde da Família] (GAP, encontro 03).

Diante do diálogo acima, notamos uma divergência acerca do limite de cada profissão e atuação profissional. Isso é reflexo também dos aspectos institucionais, induzidos pela proposta do NASF para a organização da equipe do NASF junto à EqSF. Além disso, a função do apoio assistencial à EqSF é comum e abrangente, por entender que a demanda por saúde compete à equipe do Saúde da Família e ao apoio do profissional do NASF representante. A depender do caso e das necessidades, pode-se articular uma intervenção direta do profissional especialista ou um apoio técnico-pedagógico à EqSF para conduzi-lo, sem necessariamente ir para sua “agenda de 40%”, que é uma carga horária definida institucionalmente e destinada para atendimentos individuais ao usuário, com demandas relacionadas com o núcleo, mas também ao profissional do NASF, direciona outras atividades para ampliar a oferta de serviços na UBS.

De certo modo, a atuação dos/as PEF NASF no contexto deste estudo aponta divergências na forma de organização do trabalho interprofissional, que consiste na atuação em equipe na definição dos meios e dos objetivos comuns, ao mesmo tempo, discordâncias sobre concepção e tarefas desempenhadas no e sobre o apoio. Tais aspectos são reflexos da embrionária implantação da função de apoio matricial, que é operada de forma singular e condizente com a dinâmica estrutural e organizacional das equipes de saúde nas respectivas UBS. Logo, o uso das formas de fazer ou tentar realizar apoio favorece aproximações do/a PEF com as equipes de saúde, o que, mesmo em meio às diferenças, é uma apropriação do debate de valores, de disputas e tensionamentos que vem a fomentar um movimento de apropriação dos/as PEF sobre suas corresponsabilidades, mas, sobretudo, sobre seus limites, possibilidades, interesses e implicações com a dinâmica complexa que é operar um apoio entre equipes de saúde.

Ainda que a implantação da proposta do NASF institucional na cidade de Vitória-ES seja fundamentada e orientada para as mudanças das práticas de saúde – sobretudo, nesse caso, do/a PEF com as EqSF –, deve-se perceber alguns aspectos nas ações instrumentais, como enfrentar situações de alta complexidade em termos qualitativos.

Induzir a mudança de um processo institucional em diferentes culturas institucionais influenciadas por um acúmulo entre modelos de atenção à saúde (biomédico e saúde ampliada, entre outros), sempre nos posicionará diante de uma situação de alta complexidade. Não basta

possuirmos o controle de uma receita para a ação, com técnicas puramente administrativas, prescritivas e norteadoras, mesmo considerando (que são necessárias e concordamos com sua existência) que deter o controle de tecnologias para realizar intervenções em organizações, que visam à mudança de processo de trabalho, seja um componente importante e básico da “caixa de fermentas” das tecnologias em saúde (saberes e práticas de núcleo e campo) dos envolvidos. Mas, sem dúvida, isso não é suficiente (MERHY, 2013).

Após analisarmos a organização do trabalho em equipe de NASF e do “SER NASF” no apoio às EqSF, a partir da produção e organização dos dados, na próxima subcategoria deste capítulo, serão discutidos aspectos que trouxeram marcas e lembranças que afetaram e incomodaram os/as PEF na operacionalização do trabalho em saúde no apoio às EqSF na condição e proposição de NASF.

Na realidade deste estudo, o envolvimento dos/as PEF com demandas do território e da EqSF levantou as peculiaridades de cada contexto que, ao mesmo tempo, tenciona para a ampliação do apoio assistencial multiprofissional. Embora, em alguns momentos, evidenciem-se como obstáculo diferentes entendimentos da função apoio por parte dos/as PEF. Esses diferentes entendimentos são decorrentes das condições institucionais e reais do trabalho na ABS na condição de NASF, a qual também exige maior atenção institucional por parte da SEMUS em conjunto com seus profissionais. Contudo, sabe-se que o trabalho com a proposta do NASF deve fomentar a cogestão do cuidado, de forma que amplie a capacidade resolutiva da EqSF com a incorporação tecnológica de conhecimentos e práticas de saúde, através de apoio e colaboração interprofissional, primícias que devem perseguir os profissionais da ABS.

Perante os dados que compuseram este capítulo, as compreensões e repercussões da proposta do NASF produziram efeitos que apontaram para um dado reconhecimento por e do PEF, uma maior participação nos processos de trabalho junto às EqSF e dos serviços de saúde ofertados pela UBS, embora, em algumas Unidade Básicas de Saúde, a implantação da proposta do NASF aparentemente “nada mudou” na realidade, mantendo, assim, uma continuidade da atuação e da organização do serviço do/a PEF anteriores à proposta do NASF.

Na esteira das repercussões da implantação do NASF para a Educação Física, conforme evidenciam os dados, o trabalho na perspectiva da proposta do NASF, o apoio matricial – como descrito e difundido por Campos e Domitti (2007) e para o NASF da cidade de Vitória-ES, conforme Calente (2017) – representou, de um lado, a manutenção do que já existia de apoios fragmentados, tarefeiros, prescritivos e pontuais; e do outro, mudanças micropolíticas e singulares, em que houve uma dada incorporação da função de “ser do NASF”, sendo uma condição que abriu “alas” para outras possibilidades de intervenções e uma maior inserção

interna nas atividades da UBS e de ampliar o que pode apoiar o PEF. Ainda que os/as PEF estivessem imersos em contextos culturais e institucionais diferentes, as diferenças identificadas pelos participantes da pesquisa merecem uma atenção da gestão central da SEMUS.

Mesmo que os PEF estejam imersos em diferentes organizações do trabalho em saúde, os debates sobre a implantação do NASF viabilizaram entender que existem tensionamentos entre o NASF do apoio matricial institucional (que é normativo e prescrito) e o NASF do apoio possível, o qual é o vivido em ato no trabalho, configurando-se em um trabalho dinâmico e complexo. De modo geral, o apoio do PEF às equipes de saúde acontece de forma muito peculiar em cada UBS, conforme as situações problemas, os interesses dos/as PEF, a gestão do trabalho, a gestão da SEMUS e a própria gestão da UBS. Ou seja, um conjunto de fatores que, ora mobilizam a produção do apoio ser NASF, ora remetem a outras funções de apoio que não necessariamente são apoio matricial.

6 O TRABALHO COMUM: o/a PEF do NASF à frente da demanda, da assistência e da organização da saúde mental na ABS

Este capítulo articula falas, diálogos e diários de campo que apresentaram as mudanças produzidas na atenção e assistência no processo de trabalho do/a profissional de Educação Física. Essas mudanças foram decorrentes do movimento antimanicomial, o qual resultou na reforma psiquiátrica e da política de saúde mental no Brasil para desinstitucionalização da saúde mental orientada para todos os entes da Federação, em conexão com a Atenção Básica à Saúde, a qual inclui também a proposta do NASF. Conforme a produção de dados, o trabalho do/a PEF com a saúde mental pôde ser interpretado a partir das seguintes subcategorias: 1) E por falar em demanda: por onde anda a demanda para Educação Física do NASF? 2) Assistência e abordagem ao usuário de saúde mental; 3) O trabalho coletivo na organização do serviço voltado à saúde mental.

Antes de discutirmos os demais pontos que compõem este capítulo, é relevante contextualizarmos a saúde mental no município em tela deste estudo. Esse passo consiste em trazer elementos históricos que impulsionaram a atual organização da rede de atenção psicossocial mais abrangente, em que se reconhece o lugar privilegiado para o trabalho terapêutico não se restringir no espaço institucional, mas sim no espaço social e nos territórios (RAMANHOLI; ANDRADE, 2012).

Ao considerar o território como espaço de cuidado, os serviços de Atenção Básica à Saúde se tornam pontos estratégicos e de referência ao acolhimento longitudinal às pessoas que necessitam de cuidados de saúde mental de forma conjunta com a Rede de Atenção Psicossocial – Rede CAPS. Essa racionalidade e ampliação dos serviços e formas de produzir o cuidado são fruto do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, encampado por trabalhadores/as da saúde mental. Estes afirmavam que tal “racionalização” e modernização dos serviços “[...] não seriam suficientes para transformação desejada sem assumir a luta por uma sociedade sem manicômios” (SILVA, 2003, p. 90).

Nesse sentido, o movimento da “reforma psiquiátrica” ganhou proporções que transbordaram a reducionista lógica de uma simples reforma de área de conhecimento da psiquiatria e da assistência e serviços de saúde. Isso quer dizer que a problemática central colocada pela reforma psiquiátrica é “delinear outro lugar social para a loucura em nossa tradição cultural” (BIRMAN, 1992, p.72).

Diante disso, Amarante (2003) propõe a seguinte definição acerca da reforma psiquiátrica:

[...] processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem processos, pessoas, conflitos e tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade (AMARANTE, 2003, p. 04).

Amarante ainda discorre sobre as dimensões que conformam a reforma psiquiátrica. A primeira, a dimensão teórico-conceitual, versa sobre as práticas e conhecimentos; a dimensão técnico-assistencial corresponde ao modelo assistencial organizacional, através do qual os serviços devem operacionalizar. A outra dimensão é a jurídico-política, que se refere às relações sociais e civis em termos dos cânones da cidadania, direitos humanos e sociais; já a dimensão sociocultural é a qual apresenta o objetivo maior, “[...] a transformação do lugar social da loucura” (AMARANTE, 2003, p. 49).

Para isso, não bastam mudanças reformistas nos serviços de saúde mental que se limitem aos aspectos técnico ou administrativo, mas que tenham como fundamento uma crítica ao modelo e saber psiquiátrico de racionalidade cientificista clássica e dos seus valores constitutivos. Contrária a essa lógica, a ideia força da tarefa da reforma psiquiátrica – ou a desinstitucionalização – consiste em “abandonar o paradigma racionalista que age sobre as causalidades lineares, restritas a problema-solução” (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 28).

Frente a isso, para Amarante (2007), a atenção psicossocial e saúde mental cunharam o termo “responsabilizar-se” pelas pessoas, de forma que o vínculo profissional com o usuário possibilite a construção de rede entre os diferentes profissionais da saúde, serviços à família e território, de forma que acolha, escute e cuide dos usuários que apresentam quadros de adoecimento mental. Ainda com o autor, tal perspectiva se diferencia da relação estabelecida na psiquiatria entre médico-paciente que, na prática, se restringia à relação médico-doença.

A partir dos apontamentos acima acerca da reforma psiquiátrica e da “desinstitucionalização”, observa-se que o município de Vitória tem implantado políticas, estruturado serviços e equipamentos, bem como processos de trabalhos que incidem na construção de rede de atenção psicossocial de base territorial e comunitária.

Foi a partir dos anos 2000 que a SEMUS da cidade Vitória elaborou sua política de saúde mental com base e atrelada à Política Nacional de Saúde Mental. Na sua constituição, a Política de Saúde Mental local apresenta como prioridade a integração entre setores e as ações

para a consolidação da integralidade, mesmo ainda apresentando ausência de governabilidade sobre alguns serviços de retaguarda especializada às pessoas em sofrimentos psíquicos, serviço de remoção em crise, atendimento em pronto-socorro e vagas para internações em situações de crise/urgências/emergência, as quais são geridas pela Secretária Estadual de Saúde (SESA) (ROMANHOLI, 2004; IGLESIAS, 2015).

Além da implantação de serviços de atenção psicossocial (apresentados nos capítulos anteriores), Iglesias (2015) identificou vários documentos ao longo da implantação da política de saúde mental de Vitória/ES que orientavam a organização dos serviços de saúde mental. Esses documentos são os seguintes: “Territorialização das ações dos CAPS”, em 2006, e “Saúde Mental na Atenção Básica”, em 2007. Ainda nesse ano, foi elaborado um documento sobre “Equipes Regionais de Saúde Mental: Apoio Matricial à Atenção Básica”. Tempos depois, foi elaborado a “Sistematização do Apoio Matricial em Saúde Mental”, nos anos de 2009 e 2012, respectivamente.

Nota-se uma contínua implementação de documentos norteadores que trataram sobre os aspectos técnico-assistencial e teórico-conceitual no município de Vitória. Segundo Iglesias (2015), o documento com o nome “territorialização” tinha como intenção estreitar parcerias através das práticas de saúde dos CAPS com as UBS. A autora salienta que existiam certas resistências à proposta de aproximações entre os profissionais, tanto da ABS quanto dos CAPS.

Contudo, com a inserção de novos profissionais de saúde na ABS – através do concurso, em 2007, como já sinalizado anteriormente neste estudo –, o documento “Saúde Mental na Atenção Básica” foi amplamente disseminado na ESF, o qual consistia em: realizar levantamento e cadastro dos usuários de saúde mental; conhecer a rede socioassistencial local; organizar os serviços de saúde mental com atendimentos coletivos, educação permanente com os/as ACS para identificar e abordar pessoas com sofrimento psíquico e consumo abusivo de álcool e outras drogas, com ações coletivas de acolhimento e atendimentos individuais (IGLESIAS, 2015).

Ainda em 2007, iniciaram-se os matriciamentos em saúde mental das seguintes formas: eram três regiões de saúde que contavam com duplas de “psi” (psicologia e psiquiatria) do CAPS e equipes regionais de saúde mental que envolviam diferentes profissionais de saúde de nível técnico e superior com sistemática de encontro (cada dia da semana uma UBS diferente), o que garantia a ampliação, por exemplo, da discussão de caso. Já as demais regionais eram apenas com os matriciadores dos CAPS, em que o matriciamento era realizado com profissionais da área técnica da saúde mental da UBS, sempre que solicitado para discussão de caso, construção de PTS, atendimentos e visitas compartilhadas, supervisão e orientação de

medicação e formações em serviço (IGLESIAS, 2015). Tal organização da saúde mental com ABS confere o caráter inaugural do matriciamento na rede SEMUS de Vitória.

Outra mudança relevante foi a descentralização da disponibilização de medicamentos psicotrópicos, antes restrita em algumas farmácias da rede de saúde local mediante cadastro no Programa Saúde Mental, passando a ser distribuídos nas unidades básicas de saúde, prescritos por qualquer médico do SUS, o que facilitou o acesso e maior circulação das pessoas em sofrimento psíquico (IGLESIAS, 2015).

Em 2009, a autora relata que foi feita uma reformulação no matriciamento em saúde mental. Entre as mudanças, encontra-se o desmembramento das equipes regionais de saúde mental, em que os profissionais passaram a compor e a atuar internamente nas equipes dos CAPS e no matriciamento junto às UBSs. Nisso, o matriciamento passou a acontecer no formato de dupla dos CAPS existentes nas regiões de saúde, onde cada dupla de profissionais do CAPS apoiava, em média, 12 EqSF. Isso gerou resistências e reclamações por parte dos profissionais dos CAPS. Entretanto a redução da frequência dos matriciadores na Atenção Básica tencionou que os profissionais das EqSF organizassem assistência em saúde mental aos usuários que circulavam na busca de cuidado também nas UBS (IGLESIAS, 2015).

No ano de 2012, foi lançada outra sistematização que apontava para condições básicas para realização das reuniões de atividades de matriciamento nas Unidades Básicas de Saúde, tais como: a garantia de reuniões de EqSF e debate prévio sobre o caso em pauta, com sistematização de relatório com histórico das situações e ações efetivadas. As intervenções junto ao usuário deveriam acontecer com membros das EqSF, e o atendimento do médico generalista e do psiquiatra, quando necessário para garantir a continuidade (IGLESIAS, 2015).

Nota-se um dado avanço da saúde mental no município nos aspectos técnico-assistenciais e teórico-conceituais, ao adotar a territorialização como um dispositivo para organização da assistência à saúde com base na realidade das comunidades e dos usuários acompanhados pelas UBSs. Além disso, atribui-se ao apoio matricial ou matriciamento como um dos “pilares” organizativos entre os serviços e profissionais dos CAPS e das UBS, na construção de uma rede de saúde mental, por entenderem que essa demanda é intersetorial e interdisciplinar e requer condições existenciais para operar o cuidado mais integrado, ampliado e singular.

Diante dessa contextualização sobre a rede de saúde mental, retomando as subcategorias apontadas acima, os dados do tópico a seguir – sobre a demanda para Educação Física – são decorrentes de uma ausência de clareza acerca dos casos-problemas que são identificados pela EqSF. Diante disso, a função de ser NASF demandou a assistência às pessoas com sofrimento

psíquico. Assim, a organização dos serviços na ABS para saúde mental passa a ser uma necessidade das UBS e, conseqüentemente, do NASF e do/a PEF.

6.1 E por falar em demanda: por onde anda a demanda para a Educação Física do NASF?

A subcategoria “demanda da e para educação física” incorpora falas e diálogos que dizem respeito à mudança no “perfil” da demanda que a Educação Física passou a atender após a implantação da proposta do NASF, sobretudo decorrente da função apoio junto aos problemas de saúde identificados pelas EqSF. A análise dos depoimentos revela que existe uma ausência de clareza sobre as demandas da Educação Física, entendendo a atuação do/a PEF no NASF em que as necessidades de saúde não se restringiram apenas a problemas de saúde que necessitem uma intervenção profissional com exercício físico.

P8: Não sei se você percebeu: o que vem de demanda da equipe de saúde da família que é relacionado com o exercício físico?

P4: Nada!

P1: Se a gente não ficar lembrando que a gente está aqui enquanto educador físico e que é para mandar, que é para encaminhar [demanda da educação física] (GAP, encontro 03).

P8: O que me chama atenção é a gente do NASF acaba tendo que resolver esse monte de coisa [demanda social e de saúde mental] que não está relacionada à nossa área enquanto núcleo [se referindo a Educação Física].

P3: Não! Mas está. Especificamente quanto núcleo não (GAP, encontro 03).

O diálogo demonstra que ainda existe uma dúvida quanto à demanda para a Educação Física do NASF. Além disso, notamos que a função das EqSF é a de “encaminhar” demandas relacionadas apenas com a identidade “educador físico” e que precisem de “exercício físico”, o que contradiz com a proposta do NASF, que é a de atuar a partir das demandas identificadas pelas EqSF. Todavia, a depender das limitações da EqSF e das necessidades de saúde da demanda-caso – por exemplo, o apoio, como já apontado nos capítulos anteriores – elas podem ser tarefas simples ou complexas de serem efetivadas junto à EqSF e ao caso. Dito isso, a narrativa de que “a gente do NASF acaba tendo que resolver” é compreensível, visto que as demandas “sociais e de saúde mental” extrapolam os conhecimentos e práticas, tanto das equipes de Saúde da Família quanto dos/as PEF, o que provavelmente exige um suporte profissional dos demais membros do NASF, ou até mesmo da rede.

Em relação à Educação Física, essas demandas aparentemente não apresentam uma relação direta com a prática do exercício físico. Isso também não significa dizer que o exercício físico não pode compor a terapêutica e o cuidado em saúde mental para isso. São necessárias análises ampliadas em equipe com vista às necessidades de saúde mental do usuário.

Percebemos, também, uma tentativa de classificação das demandas, ou seja, uma triagem com uma provável distribuição que apresente correlação com as áreas – por exemplo, o “monte de coisa” de saúde mental seria da Psicologia e do Serviço Social –, mas que, certamente, possa exigir intervenções assistenciais por esses núcleos. Isso exige atenção: confere-se em não reforçar a fragmentação do cuidado, o que compartimentaliza e isola o atendimento no especialista em detrimento do trabalho em equipe. Por outro lado, os dados indicam também certa limitação dos/as PEF diante das demandas sociais e de saúde mental, sobre o que, inevitavelmente, deva-se exigir do PEF maior articulação e meios de comunicação com membros do NASF ou da RAS. Afinal, a afirmação “Não! mas está” atribui a atuação e a intervenção do/a PEF ao que é comum da EqSF e, conseqüentemente, ao NASF.

O fato é que, embora parem sobre alguns PEFs a dúvida e a possibilidade de delimitação e distribuição das demandas apontadas pelas EqSF, evidencia-se, de fato, por vários interlocutores da pesquisa, um aumento de demanda de saúde mental e outros sofrimentos psíquicos que têm chegado na UBS e chamado atenção não apenas dos/as PEF.

O foco que o NASF, pelo menos na minha UBS, assim, é muita coisa voltada para questão de saúde mental (P8, GAP, encontro 03).

Tudo, a maioria dos problemas, são problemas sociais (P2, GAP, encontro 03).

Problema social é bem isso, uma coisa ligada com a outra, as duas coisas estão ligadas [problema social e saúde mental] (P3, GAP, encontro 03).

E está aumentando direto, essa questão de se matar, de suicídio, de ideação suicida (P8, encontro 03).

A questão da saúde mental que vem crescendo muitoooo no nosso território Jardim da Penha, questão do suicídio (Entrevista, P2).

Muitas pessoas mentalmente doentes. Eu acho que essa questão do tráfico [drogas] em si é que leva essa doença, principalmente nas mulheres, isso está igual nos dois territórios. E assim, a questão do suicídio também é uma característica bem presente, mais ainda no bairro Santa Marta também tem pelo fato de ser um território muito maior [...]. (Entrevista, P4).

Em uma reunião de equipe de Saúde Família da UBS Jardim da Penha, uma ACS relatou que na área de cobertura dela, nos últimos cinco anos, aumentou muito os casos de saúde mental (Diário de Campo, setembro de 2019).

Constatamos que existe uma percepção que indica uma tendência no aumento de casos de saúde mental que tem chegado na UBS. Diante disto, percebemos também uma visão ampliada que associa problemas de ordem “mental” enquanto um fenômeno decorrente ou atrelado diretamente aos problemas sociais. Ainda que não tenham sido apontados quais os problemas, há um entendimento pelos PEF de que a realidade desses problemas é complexa e preocupante – em destaque o fenômeno da ideação suicida⁴¹, o suicídio e a depressão, inclusive em ambos os territórios com classes sociais diferentes. Sobre a ideação suicida, esta se expressa de duas formas: a primeira, com planejamento, quando a pessoa tem organizado como vai efetuar o evento. Já ideação sem planejamento refere-se a quando a pessoa apresenta pensamentos de morte, ou seja, ela tem desejo e idealiza morrer, mas ainda não tem o plano para efetivar o evento.

Nesse sentido, torna-se relevante compreender, por exemplo, o contexto social e dos determinantes que resultam nos casos de tentativas de suicídio. Minayo e Cavalcante (2010) explicam que as motivações diferem entre as idades. No caso da população jovem, há um predomínio de questões interpessoais, com destaque para as amorosas, financeiras, legais, escolares ou profissionais. Na população idosa, outras razões são identificadas, tendo como exemplo, a morte de entes queridos, incluindo o cônjuge, doenças em estágio terminal com dores incontroláveis, a solidão durante a velhice, insegurança do prolongamento da vida sem dignidade, alterações no papel social, perda de reconhecimento e situações de dependência física ou mental em contextos onde as pessoas idosas se sentem humilhadas.

A capital Vitória-ES, no período de 2000 a 2003, registrou 828 óbitos decorrentes de todos os tipos de violências, de acidentes de trânsito e outras causas externas. Destes, 6% foram em decorrência do suicídio, e as vítimas acometidas eram residentes da área mais rica da cidade (BASTOS, et al., 2009). Em outro estudo sobre suicídios nas capitais brasileiras, a partir das causas de mortes por violência, entre 2002 e 2012, a capital Vitória-ES teve uma média de 18 suicídios, sendo que, entre 2011 (13 casos) e 2012 (18 casos), houve um aumento de 38,5% de suicídios referentes à população total. Maior do que a taxa do Espírito Santo, que foi de 25,7 %, e da média do Brasil, 20,3%, entre os anos de 2011 e 2012 (WAISELFISK, 2014).

É relevante destacar que, desde 2003, o Ministério da Saúde já apontava que 20% da população brasileira necessitaria de algum cuidado na seara da saúde mental. Sendo que 3% necessitariam de cuidados contínuos. Já os transtornos menos graves corresponderiam a 9% e

⁴¹ Sobre a ideação suicida, pensamento relacionado à intenção de cometer suicídio. Varia em gravidade, desde a simples vontade de desaparecer até a formulação de um plano de suicídio completo (ASSOCIAÇÃO PSQUIÁTRIA AMERICANA, 2002).

necessitariam de cuidados eventuais. 8% corresponderiam à população com transtornos decorrentes do uso abusivo e prejudicial de álcool e demais drogas, o que revelou a amplitude do problema a ser enfrentado também pela ABS (BRASIL, 2003).

A partir da contextualização da saúde mental na ABS, dos dados dos interlocutores e das pesquisas epidemiológicas na cidade em tela, infere-se um aumento no quantitativo de casos de saúde mental. A este aumento, explica-se também a ampliação e a descentralização do acesso dos usuários de saúde mental na UBS. Nisso, observa-se que a ideação suicida e o suicídio são fenômenos de alta recorrência e possuidores de diversos determinantes – muitas vezes desconhecidos, os quais necessitam de uma abordagem mais abrangente e de uma organização do serviço que consiga acolher e acompanhar, de forma que possa garantir a prevenção do suicídio.

Contudo, a abordagem desses casos de ideação suicida e tentativa de suicídio apresentou-se como algo relativamente novo e que não estava presente na rotina de atendimentos dos/as PEF antes da proposta do NASF. Por conta disso, seria comum que essa demanda fosse mais encaminhada ou solicitada para intervenção dos conhecidos profissionais da “saúde mental” do NASF, como a psicologia e o serviço social. Entretanto, como já sinalizado anteriormente, a aproximação dos/a PEF com as demandas de saúde mental é reflexo da proposta do NASF, sobretudo no acompanhamento e participação sistemática do/a PEF como referência do NASF nas reuniões de EqSF.

Contudo, as falas de duas PEF apontaram que a forma como a EqSF com o NASF se organizam frente aos casos de saúde mental pode levar ao isolamento do/a PEF e uma maior responsabilização individual nos atendimentos e nos serviços burocráticos nos casos complexos de saúde mental. Já a segunda fala nos chama a atenção para o grau de responsabilidade profissional que esses casos exigem, a ponto de não se sentir apropriada para atender casos de ideação suicida.

Porque eu não estava acostumada, por exemplo, na tentativa de suicídio, ideação suicida, automutilação, nunca tinha feito um relatório [psicossocial] pra nada na vida. Eu tive que sentar e fazer sozinha. Então eu comecei atender sozinha, fazer relatório sozinha, apesar de que, na configuração do NASF, a equipe [Saúde da Família] tem que sentar para fazer o relatório. Por exemplo, a equipe de Saúde da Família 1, o relatório é da equipe de Saúde da Família 1. Só que, na prática, eu não conseguia fazer isso, porque a enfermeira sempre tinha muita demanda e às vezes não tinha enfermeira, e tinha às vezes a médica, que também tinha muita demanda, tinha vez que não tinha nenhum profissional para ajudar. E que era eu sozinha e vinha demanda, ok! (P3, GAP, encontro 02).

Então, por isso que a ideação suicida, essas coisas, têm que ser mais urgente, ter um retorno mais consistente, é uma coisa que eu acho que eu não consigo, não que eu

não seja a pessoa para fazer, eu só acho que não consigo [fazer atendimento/abordar esses casos] (P1, GAP, encontro 02).

Constatamos que as dificuldades estão para além das condições dos casos – que por si já são complexos e requerem uma atenção assistencial ampliada, humanizada e rápida. Sobre isso, cabe citar que o exercício do/a PEF junto aos casos de tentativa de suicídio e ideação suicida tem relação direta com as garantias das condições organizativas do serviço, no sentido de garantir um fluxo para esses casos, o que envolve aspectos técnicos assistenciais de como acolher e abordar. Entretanto, para isso, exige da direção da UBS e dos profissionais uma gestão do trabalho que elabore e pactue os fluxos e os meios dos processos de trabalho em saúde mental na ABS, de modo que possa garantir um apoio assistencial para que se evite o isolamento do profissional (a exemplo do PEF), bem como da própria EqSF (que é a referência do caso), mas também que evite que o profissional do NASF, independentemente de qual área, fique restrito e sozinho junto ao caso.

As narrativas acima remetem à possibilidade de rever o modo de organização do atendimento – que é crucial para o exercício da cogestão do trabalho e a abertura para novas formas de criação e modo de gerir o trabalho em saúde – o qual não se restrinja a consultas ambulatoriais específicas e não segmente o cuidado, fragmentando dimensões humanas (OLIVEIRA, 2010). Além disso, o trabalho do NASF apresenta um rol de atividades que, nesse caso, em relação os casos citados na fala de P3 (tentativa de suicídio, ideação suicida e automutilação), pode-se incluir momentos pedagógicos temáticos com a elaboração de fluxos e instrumentos de avaliação de critérios de risco e vulnerabilidade para o atendimento especializado e construção de projetos terapêuticos singulares (OLIVEIRA, 2007; OLIVEIRA, 2010).

A garantia do suporte técnico assistencial especializado – tanto da rede psicossocial quanto de alguns núcleos especializados do NASF – nesses casos, não necessariamente precisa ser presencial, mas que se entende como apoio assistencial especializado ou generalista e que requer canais de comunicação e de abertura quanto à urgência necessária, uma vez que casos de ideação e tentativa de suicídio apresentam maiores riscos de morte.

A partir das reflexões sobre a demanda de saúde mental realizadas até aqui, houve, por parte de duas PEF, certo entendimento de que a inserção da Educação Física no NASF foi para suprir a limitação e a organização do serviço de outras categorias, especificamente Psicologia e Serviço Social. Tal entendimento levou também a comparações do fazer entre os/as PEF na ABS.

A gente foi para o NASF para pegar serviço [demandas] que era de outra pessoa [profissional de saúde]. Assistente social e psicólogo, agendas lotadas, só consulta, consulta, consulta. Vamos colocar esse pessoal [PEF] aqui, eu vejo assim, não sei se eu estou errado? Mas pelo que aconteceu comigo foi isso [...]. (P3, GAP, encontro 03).

E se eu tivesse no SOE no módulo, ou no Polo [Academia da Saúde] não estaria envolvida desse modo que você está querendo dizer [NASF, demandas complexas] função técnica assistencial, a gente estaria só com alongamento e exercícios físicos (P4, GAP, encontro 03).

Com certeza (P3, GAP, encontro 03).

Observamos que predomina a questão de tempo/excessos de agendamentos de casos de saúde mental para atendimento individual pelo serviço social e psicologia. Esse modo de organizar a agenda de atendimentos inviabiliza o apoio ou o atendimento compartilhado de casos de saúde mental referentes à EqSF na qual o/a PEF é referência do NASF. A essa desassistência do profissional da Psicologia, viabilizou-se e centralizou-se o trabalho isolado e solitário pelo PEF, exigindo de si maiores comprometimentos com as demandas de saúde mental. Especificamente sobre a questão “não sei se eu estou errado”, possibilita-se compreender que há dúvidas e limitações sobre a implantação e a organização do serviço do NASF frente às demandas de saúde mental. Além disso, limita-se à inserção do/a PEF em arranjos de NASF para suprimir a ausência de profissionais.

Sobre o entendimento na fala acima, sugere-se que seja reflexo da forma como algumas categorias organizam seus trabalhos de núcleo, o que, de fato, pode sobrecarregar o/a PEF em demanda que precisa de apoio especializado. Além disso, a dificuldade sentida pela PEF P3 em articular outro profissional reforça a fragmentação do cuidado e pode comprometer a resolutividade dos casos. Dada a limitação do apoio por outro profissional do NASF ao PEF no caso de saúde mental desse território, pode colocar em risco a saúde das pessoas que precisam ser atendidas e acompanhadas longitudinalmente, sobretudo nos casos de ideação suicida e tentativa de suicídio e depressão, que são problemas que requerem uma atenção mais singular, mais próxima e menos burocrática e formal, que exigem dos profissionais e das equipes formas de comunicação e organização do serviço que considerem e possibilitem a assistência e o cuidado necessários.

No discurso entre as duas PEF, tal aspecto apareceu como uma crítica ao trabalho do NASF, revelando uma comparação pessimista e uma total preferência ao trabalho com grupos de PCAF, provavelmente uma certa indisposição para enfrentar as dificuldades do trabalho do NASF junto à saúde mental na ABS. No caso da Educação Física, observamos que, de modo

geral, tanto a proposta do NASF quanto a desinstitucionalização da saúde mental na ABS foram indutores dos envolvimento do/a PEF com as EqSF e usuários de saúde mental, mesmo que para alguns PEF pairasse a dúvida, o desconhecimento, as limitações, as críticas e um desejo de fuga do fazer no NASF com a saúde mental.

Ainda que a estrutura organizacional do NASF e nas UBS apresente problemas em sua organização diante do aumento de demandas-casos de saúde mental na ABS, representa certa novidade dessa área de atuação para Educação Física, ao ponto que não chega a impedir o envolvimento dos/as PEF com os casos complexos de saúde mental e com a EqSF.

Fica evidente que as condições de intervenção do PEF do NASF, frente às demandas de saúde mental, provavelmente sejam reflexos da pouca experiência de trabalho multiprofissional nesse campo, um dado distanciamento e desconhecimentos de saberes e práticas específicas do campo da saúde mental na ABS, bem como da dificuldade de conduzir o cuidado em saúde mental de forma elaborada e planejada antecipadamente (WACHS, 2016).

Contudo, a demanda de saúde mental na ABS produziu um efeito implicador nos PEF, o qual ao mesmo tempo instiga e repulsa, avança e recua, que pode ser também desconfortável ou favorável para efetuar assistência ao usuário e apoio à EqSF. Tais aspectos observados nesta subcategoria relacionam-se com as características da própria área de produção de conhecimento da Educação Física, o que torna os/as PEF não tão familiarizados com a desinstitucionalização da saúde mental no contexto da ABS. Nesse sentido, em diálogo com Oliveira (2019) sobre a graduação em Educação Física, infere-se que a dimensão técnica e científica da formação na área, hegemonicamente, ainda é calcada no cientificismo moderno das ciências naturais e biológicas, mesmo que ainda exista ênfase emergente das subáreas das ciências sociais e humanas e da saúde coletiva, ou seja, os currículos ainda restringem, dificultam ou pouco ajudam na atuação profissional no campo da saúde mental nos serviços públicos. Essas características da formação inicial pouco se encaixam com as demandas e necessidades sentidas pelos usuários e pela organização do serviço de saúde mental.

Diante desse cenário, questiona-se: “Quais são os limites e as possibilidades de intervenção dos/as PEF nos casos de saúde mental e de usuários com predisposições para o suicídio?”, “Será que por serem PEF do NASF não deveriam intervir nos casos de saúde mental e usuário com ideação e tentativa suicida?”, “Os/as PEF deveriam acessar formações que os capacitem para saber acolher esses casos de saúde mental?”, “Quais as repercussões da intervenção do/a PEF nos cuidados ao usuário de saúde mental e na prevenção do suicídio na ABS?” e ainda “Ou os/as PEF seriam responsáveis restritamente por demandas de saúde mental que incluíssem as PCAF como parte dos cuidados em saúde?”.

Sobre isso, corroboramos os pronunciamentos de Barros e Jorge (2011), os de que todo trabalhador/a da saúde pode e deve ser estimulado e habilitado a atender pessoas com problemas de saúde mental. Assim sendo, os trabalhadores de saúde devem ser envolvidos em processos de educação permanente e que envolvam os especialistas em saúde mental – os quais, além de compartilharem seus conhecimentos, devem também se colocar à disposição do apoio aos profissionais da ABS (BARROS; JORGE, 2011).

No campo da saúde mental, torna-se imprescindível “[...] a superação da rigidez dos papéis e das especificidades profissionais, a flexibilidade para responder ao parâmetro fundamental da saúde mental, ou seja, o bem-estar da pessoa com problemas de saúde mental” (BARROS; JORGE, 2011, p. 141). Sobre isso, reforça-se a ampla necessidade de abordagens mais humanizadas, construção de projeto de intervenção coletivizado e singular, de modo que amplie a capacidade de apropriação da pessoa do seu processo saúde-doença, bem como de buscar soluções nas dimensões afetiva, material e social (SILVA; FONSECA, 2003).

De modo geral, a partir da proposta do NASF, os/as PEF passaram (como visto anteriormente) a intervirem na assistência aos usuários de saúde mental. Reflexo da notória ampliação do acesso dos usuários de saúde mental à assistência à saúde na ABS e da desinstitucionalização da saúde mental local, que se desdobrou em processos de trabalho entre a rede CAPS com as UBS.

Nesse sentido, a próxima subcategoria deteve-se brevemente na descrição de situações em casos de saúde mental não com fins de estudo de caso, e sim com o intuito de caracterizar as situações em que houve intervenção pelos/as PEF. A seguir, veremos como os/as PEF lidam com a assistência às pessoas com problemas de saúde mental.

6.2 Assistência e abordagem ao usuário de saúde mental

Esta subcategoria incorpora narrativas referentes aos dispositivos e das ferramentas de trabalho que são convergentes entre a desinstitucionalização da saúde mental com as atribuições do NASF, as quais indiretamente abriram passagem para a atuação dos/as PEFs com as demandas de saúde mental na ESF. Sem pormenorizar, as quatro situações revelam que os/as PEFs têm agenda flexível e que sua participação não se burocratizou na assistência direta ao caso com outros profissionais de saúde.

Na primeira situação, a narrativa aponta um desdobramento da visita domiciliar conjunta a uma família, que incidiu em um conhecimento prévio decorrente de um atendimento, em que se nota a identificação de outros serviços assistenciais com uso dos dados e informações no prontuário eletrônico, o qual deu suporte para tomada de decisão.

P3: [...] estava em uma visita domiciliar com a fonoaudióloga para atender uma criança. Quando entrou a mãe com o seu filho, eu reconheci a mãe. Eu lembrei, tinha ido já na casa dessa mulher. Como a fonoaudióloga estava ali e ela foi perguntar do menino especificamente, a gente foi ver a história de vida dessa mulher. A mãe desse menino já tinha ficado presa 10 anos; na gestação, usou cocaína e crack um tempão, praticamente toda a gestação. Claro, gente, uma vida infeliz! Muito difícil a parte social, muito ruim. Ela parou de usar [drogas]. Está usando a medicação psicoativa, duas medicações para não voltar a usar droga. Tanto que a primeira pergunta que eu fiz para ela, eu falei "Você está aguentando firme, não está usando droga?", ela falou: "Não, estou usando duas medicações para não voltar a consumir drogas, mas é muito difícil para mim, porque eu estou desempregada, meu filho não para". O menino não para por quê? Porque com certeza ele tem alguma sequela que, durante a gestação, a mãe usou droga e pode ter afetado a criança. A fonoaudióloga falou, parece autismo ou hiperatividade, tem alguma coisa. O que acontece? A gente abre o prontuário, vê que a criança já foi para o CAPS I três vezes. Eu falei: "Fonoaudióloga, tem como você encaminhar logo para APAE?". Porque ele já está para o neurologista, está esperando, ou seja, naquela consulta básica, eu vou ter que pedir para diretora para pedir com urgência para conseguir um neurologista, porque aquela mulher está numa situação horrível, ela vai pirar, e a criança está sofrendo, a professora está sofrendo, está todo mundo sofrendo [...] (P3, GAP, encontro 03).

Observamos que a abordagem se atentou para a história de vida. Nisso, identificaram-se os fatores citados com relação de possível determinação do sofrimento vivido por essa família, como o uso abusivo de substâncias psicoativas, desemprego e privação da liberdade. Nesse sentido, compreende-se que os problemas de dimensão social e mental são multifatoriais e complexos e que, provavelmente, indicam maiores suportes e apoios sociais para o enfrentamento do sofrimento à família e ao sujeito. Embora percebamos que houve um levantamento dos determinantes sociais, percebe-se que o desdobramento assistencial restringiu-se aos aspectos biológicos em articulação com a rede assistencial. Ainda que a assistência ao componente biológico seja necessária pelos profissionais de saúde, notamos uma ausência de medidas assistenciais que viabilizem a resolução dos demais fatores, como, por exemplo, o desemprego.

Por outro lado, a visita domiciliar colocou o/a PEF frente à complexidade da vida de uma família que vive em condições sociais precárias e indignas, que sofre sistematicamente os dramas da exclusão social. Um choque de realidades sociais entre os profissionais e a família, que, nesse caso, afetou e mobilizou o/a PEF a articular outros setores e a fazer os encaminhamentos possíveis diante da oferta de serviços disponibilizados e no alcance dos profissionais no enfrentamento e na redução dos sofrimentos percebidos. Embora as estratégias

não sejam suficientes (devido à complexidade social da família assistida), observamos que, nesse caso, haveria a necessidade de uma articulação intersetorial, familiar e comunitária, as quais garantissem um apoio social amplo a essa família, de modo que o serviço de saúde e seus profissionais coordenassem o cuidado, considerando os determinantes sociais e de forma a reduzir as iniquidades sociais.

De outra parte, de modo particular, o interesse em conhecer a magnitude do caso – ainda que as medidas técnicas operativas não venham a solucionar o problema – não isentou o/a PEF do compromisso com a produção de saúde, mesmo que alguns fatores “sociais” tenham sido colocados como algo externo ao setor saúde, o que pode comprometer os resultados que a atenção psicossocial e a desinstitucionalização almejam. Nesse caso, mesmo tendo em vista os desafios do enfrentamento desta e das limitações postas dos encaminhamentos assistenciais, a postura adotada pelo/pela PEF em se interessar e tomar o caso pra si, na busca de reduzir a cadeia de sofrimento, reforça a dimensão do fazer técnico, humano e solidário.

Ainda pela via da visita domiciliar (procedimento que aproxima profissionais da saúde do real contexto social das famílias adstritas), a narrativa seguinte demonstra que, através dos registros e hospedagens de dados e informações na Rede Bem-Estar acerca dos procedimentos e abordagens realizadas no domicílio do usuário do caso, viabilizou-se a participação do/a PEF na reunião de matriciamento em saúde mental.

Teve um caso de um rapaz de saúde mental tinha sido marcado matriciamento para sexta-feira. Na quinta-feira a gente foi visitar um paciente alcoolista; quando a gente desceu do carro a enfermeira falou: “P1, aquele é o paciente que vai ter um matriciamento amanhã”. A pessoa estava sentada na calçada, eu sentei do lado dele conversei e perguntei se ele tinha comido e tomado o remédio? Conversamos e depois fizemos uma visita até a casa, e como estava? Um “desastre” [condições precárias]! Então eu cheguei e relatei no prontuário [eletrônico - Rede Bem-Estar]. Quando foi no outro dia, na hora do matriciamento, um pouquinho depois, a enfermeira disse: “Estão querendo tua presença aqui na sala porque, porque o pessoal do CAPS leram seu relato no prontuário”. Então assim, quando a gente conhece o caso, a gente dá informações importantes, mas é aquela coisa: quando você se apropria quando, te dá uma chance também [participar do caso], às vezes elas [o caso] andam por outras vias mais rápidas (P1, GAP, encontro 02).

Nessa abordagem, identificamos o uso da entrevista no levantamento de dados e informações acerca dos aspectos relacionados à saúde como forma de construir um diálogo e aproximação com o usuário. Contudo, observamos que a participação do/a PEF na reunião de matriciamento ocorreu pela evolução do prontuário na Rede Bem-Estar. O que entendemos com isso é que a participação nesses espaços não necessariamente seja decorrente de uma organização de serviços com fluxos preestabelecidos com agendamentos prévios, e sim por

outros meios consequentes do trabalho coletivo, o qual acontece no singular, que afeta e mobiliza o profissional a agir. Além disso, o “pessoal do CAPS” que atua com a tecnologia do matriciamento em saúde mental não levou em consideração a categoria, e sim o profissional de saúde que interveio no caso.

Nesse caso, a participação do/a PEF do NASF no matriciamento ressaltou a importância da apropriação sobre o caso para discussão em reunião de matriciamento, respondendo, assim, as demandas observadas e percebidas. O matriciamento é uma tecnologia leve de trabalho em equipe, que busca contribuir com o cuidado em saúde a partir da interdisciplinaridade e da integralidade, as quais se propõem a prestar apoio-suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial às equipes de referências a partir das demandas identificadas em suas áreas de cobertura (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011). O participar do matriciamento não significa absolutamente atuar na lógica do matriciamento, uma vez que o convite ao PEF para reunião com matriciadores pode se restringir apenas ao repasse de informações, devido ao contato prévio com a pessoa que. Isso, além de favorecer o conhecimento, é importante para os profissionais matriciadores também conhecerem para tomadas de decisões terapêuticas, sanitárias, sociais e clínicas. De alguma forma, a postura da equipe do CAPS reforça a compreensão de que todos os profissionais de saúde podem participar dos processos de cuidado às pessoas que apresentam problemas de saúde mental.

A necessidade do trabalho em equipe multiprofissional nos cuidados em saúde mental emerge da “constatação segundo a qual não pode conhecer tudo sobre a pessoa que sofre com apenas uma disciplina, ou seja, somente com um campo de saber (seja a psicologia, a medicina ou outras categorias)” (GOLFFMAN, 1988; BARROS; JORGE, 2011). Na direção do trabalho em equipe, demanda dos seus integrantes um cuidado que busque contemplar não apenas aspectos clínicos relacionados com a doença, mas das dimensões sociais, culturais, econômicas, psicológicas e familiares inerentes ao contexto (BARROS; JORGE, 2011).

Nesse sentido, o compartilhar conhecimento em uma reunião de matriciamento não significa que seja sobre aspectos técnicos-pedagógicos e assistenciais do núcleo. Nisso entendemos que, nessa situação, o papel do/a PEF se aproximou de uma das características da equipe de referência, que é a de conhecer sobre as condições sanitárias e clínicas do caso em um dado território adstrito. Figueiredo (2006) resalta que a lógica trazida pelo matriciamento para o trabalho entre as equipes não aparenta ser tão simples ao ser efetivada através de suas diretrizes, o que exige processos de mudanças gradativas, de forma coletiva, pactuada, combinada e analisada no decorrer dos encontros nos processos de trabalho.

Uma das contribuições da proposta do NASF observada no capítulo anterior foi uma maior inserção dos/as PEF nas atividades e serviços que acontecem dentro da UBS, o que possibilitou também intervenção no campo da saúde mental. A próxima abordagem foi um atendimento a um caso de tentativa de suicídio, em que a condição de “ser NASF” favoreceu o acesso do/a PEF para compor, junto à profissional da enfermagem, o atendimento à assistência em ato.

Esses dias apareceu uma menina [Ana]⁴², com seus 20 anos, grávida de três meses. Ela chegou a ir pra terceira ponte com Uber, deu 100 reais para o cara [motorista] pra ele não abrir a boca, pra que largasse ela lá em cima [da ponte]. Quando ela estava em cima da [terceira ponte], um motoqueiro passou, conversou com ela e trouxe ela de volta. No dia seguinte, recebemos uma ligação de uma amiga. Ligou para UBS e falou que Ana estava querendo tentar de novo [suicidar]. Sei que conseguiram levar ela para UBS. Quando chegou na UBS, a enfermeira atendeu, a diretora foi chamar a assistente social [NASF] pra atender junto, não estava, então: “Vamos chamar outro profissional do NASF que esteja na UBS”, era eu, eu fui. A gente atendeu a menina, chamamos a mãe, conversamos no outro dia, a gente atendeu ela [Ana] de novo. A menina agora, ela está sendo acompanhada no pré-natal dela, toda vez que ela entra na unidade [básica de saúde], ela vem me abraçar, a gente conversa, aquilo foi [expressão de satisfação], se ela vai se suicidar ainda ou não (Deus queira que não!), não sei, mas, por um momento eu senti que a gente, a nossa fala fez a diferença. E eu estava lá, conversamos, fizemos o atendimento, pelo menos ela saiu mais feliz, aparenta estar mais leve. Então uma coisa assim, foi nada a ver com a minha área [educação física], não dei atividade [física], não dei nada, mas fez a diferença. Então, nossa, aquilo ali a gente fala: “Vale mais do que um salário!” (P2, GAP, encontro 02).

Observamos, no contexto descrito acima, uma vinculação da saúde mental com área do Serviço Social, em que, por vezes, junto à Psicologia, são os núcleos mais requisitados para intervirem nesse campo. Por outro lado, destacamos o chamado pelo “outro profissional do NASF”, o que, de certa forma, representa uma abertura na qual o serviço tem para incluir outras categorias profissionais, propiciando com que elas se envolvam e conheçam casos de saúde mental, podendo, se possível, ajudar, facilitar o acesso e atuar em conjunto aos demais profissionais.

Percebemos também na narrativa que a abordagem aponta para um atendimento humanizado, que é a responsabilização entre o serviço e usuário, o estabelecimento de confiança entre o profissional e a pessoa atendida. Diante disso, inferimos que a abordagem humanizada fortalece a dimensão atitudinal, e a atenção conferida à pessoa exigiu a escuta qualificada do problema pelos profissionais. Nesse caso, aponta-se uma iniciação na construção de vínculo. Tais aspectos corroboram a compreensão de Mendes acerca do acolhimento, como

⁴² Nome fictício.

“[...] uma dimensão atitudinal que exige uma atenção humanizada a todas as pessoas, a escuta qualificada dos problemas de saúde, a criação de vínculo entre a equipe e a população adscrita” (MENDES, 2002, p. 61).

Em outras palavras, a abordagem realizada foi efetiva e afetiva entre as profissionais e a pessoa, pois exigiu de ambas uma atenção solidária, não mecanizada, com escuta das demandas e os seus desdobramentos, criando um vínculo terapêutico entre a equipe e a pessoa (CAMPOS, 1999). Ademais, a forma como as profissionais atenderam a usuária corrobora o que é defendido por Sampaio e Barroso (1977): o atendimento as pessoas com sofrimento mental pressupõe uma atitude de acolhimento, receptividade e motivação. Em sentido aos atendimentos e aos posicionamentos dos autores, Maldonado e Canella (1981) afirmam que, no encontro entre o profissional de saúde e o usuário, muitos fenômenos se desencadeiam a partir do contato interpessoal. Ambos em ato têm, um em relação ao outro, desejos, expectativas, esperanças e exigências, ou seja, um conjunto de fenômenos que compõem o fundamento do vínculo estabelecido entre ambos os protagonistas. Contudo, as autoras salientam que uma relação de comunicação – quando esta é construída de forma adequada – pode resultar em ação terapêutica eficaz e favorável à saúde. Entretanto, quando essa relação é efetivada inadequadamente, ela se torna fonte de dificuldades, tanto para o vínculo em si quanto para o usuário.

Além disso, a forma como foi realizado o atendimento entre a PEF e a enfermeira corrobora a posição de Kunkel (2002) acerca de alguns fatores de implicação. O primeiro é considerar a pessoa em sua totalidade; afinal, as pessoas somente são pessoas e, portanto, humanas na sua inteireza. O segundo é a necessidade do/a trabalhador/a conhecer a realidade do usuário, suas preocupações, anseios e modo de viver. O terceiro aspecto é o profissional “ir mais fundo” no atendimento das pessoas adoecidas, buscar e identificar as situações limites que acentuam a gravidade do caso. Por último, temos a relação de igualdade no atendimento coletivo, dada a importância do trabalho e dos saberes de cada profissão, bem como da experiência profissional, no sentido da complementação das profissões e dos/as trabalhadores/as.

A questão da intervenção do PEF na saúde mental (conforme apontam os atendimentos acima) é reflexo da intensidade do campo da saúde mental, que, nesse caso, demanda do PEF apreender outras coisas que não são comuns na formação inicial e que favorecem, nesse sentido, a participação e a condução de intervenções que fujam do núcleo da Educação Física (WACHS, 2016).

Outra situação mostra que a inserção do/a PEF na assistência às pessoas de saúde mental é impulsionada por profissionais da área da “psi” para atuarem juntos e introduzirem o/a PEF no acompanhamento do caso. Portanto, também é um meio para não centralizar a demanda de saúde mental na Psicologia.

No corredor da UBS, a psicóloga chama a PEF [P4] para um atendimento compartilhado. Relata brevemente sobre o caso, P4 prontamente aceita participar do atendimento. Em seguida, a psicóloga disse que essa estratégia foi para não centralizar tudo na psicologia. A mesma falou que existe uma psicologização dos problemas de saúde. Disse assim: “Tudo era encaminhado para a psicóloga, parece que agora tudo se torna problema psicológico”. Em seguida, a psicóloga conduz a consulta compartilhada com a PEF a uma mulher que estava com sofrimento psíquico devido ao luto em decorrência da perda da mãe (Diário de Campo, março de 2019).

A crítica levantada acerca da “psicologização dos problemas de saúde” refere-se ao entendimento de que fazer saúde mental na UBS não é uma tarefa apenas do profissional da psicologia. Além disso, é um risco às equipes de saúde se acostumarem a atribuir a maioria dos casos à determinação psicológica, o que secundariza os determinantes sociais. Tal compreensão assemelha-se, por exemplo, com a psiquiatrização do sofrimento psíquico, que reforça a lógica medicalizante, fragmentada e centrada nas especialidades das profissões “psi” (SOUZA, 2004; IGLESIAS, 2015).

Entretanto, decorrente da dinamicidade do serviço e da sua organização na UBS, a forma como se articulou o atendimento compartilhado, visualizando uma flexibilidade na organização da agenda do/a PEF, seguramente garantiu o acesso desse profissional à vida da pessoa que busca uma atenção à saúde mental no atendimento na ABS. O fato de não ter uma agenda rígida não significa que não caibam negociações ou organizações prévias que possibilitem, minimamente, uma estruturação organizativa que estabeleça contatos do/a PEF com o profissional da psicologia e caso-atendimentos de saúde mental. Contudo, mesmo sendo o enfrentamento do sofrimento psicológico ou dos determinantes sociais diante do caso de saúde mental, os objetos de trabalho da Psicologia e da Educação Física se diferenciam entre si. Nisso, o cuidado requer o envolvimento com outro profissional, bem como envolver-se com o sofrimento da pessoa, o que requer disponibilidade para com o outro, para o inusitado, para a relação (SOUZA, 2004).

Pudemos constatar, nessa subcategoria, que a Educação Física cotidianamente estabelece contatos e abordagens aos diferentes casos de saúde mental, tais como os mencionados: o uso abusivo de drogas e álcool. Sendo estes decorrentes das condições sociais degradantes, tentativa de suicídio e sofrimento psíquico (devido à perda de ente querido). Como

observado, a finalidade das abordagens desempenhadas pelos/as PEF não está relacionada exclusivamente com as práticas e conhecimento do núcleo, o que revela o quanto o campo da saúde mental comporta outros profissionais que venham a contribuir de diferentes formas para solucionar os problemas identificados.

Foi perceptível entre as abordagens que os/as PEF são secundarizados e também se secundarizam, principalmente quando se tratam de casos de saúde mental e, por exemplo, em relação às demandas voltadas para PCAF – o que provavelmente seja decorrente ainda da centralização dos casos em psicólogos/as ou assistentes sociais, como também da pouca intimidade da categoria da Educação Física com a saúde mental na ABS. Como categoria, a nossa abordagem e aproximação com a saúde mental precisa avançar, com os fitos de: reconhecer a complexidade dos determinantes sociais das condições de vida na contemporaneidade; de identificar qual a importância de cada núcleo das equipes na atenção em saúde mental; entender acerca da dinâmica social do território; conhecer amplamente a rede de serviços do território e do município de modo geral; e no desenvolvimento de conhecimento a partir das experiências na ABS com assunto da saúde mental. Além disso, introduzir, na formação inicial, o ensino, a extensão e a pesquisa voltada para saúde mental na saúde pública e a ABS, de modo que amplie a inserção de graduandos de Educação Física nos serviços de saúde, ou formulações curriculares voltadas também para Atenção Primária à Saúde.

O trânsito dos/as PEF pelo território, no domicílio, no corredor e consultórios para o acesso dos casos de saúde mental aparentemente parece ser “novidade”, visto que a aproximação com essas pessoas e suas demandas de saúde mental exige construção de vínculos terapêuticos, de forma que o/a PEF, além de se envolver com a complexidade dos processos saúde-doença e cuidado, efetive também uma cultura de desinstitucionalização com atenção ao sujeito em seu território. Nesse sentido, o objeto do trabalho passa a ser a complexidade das condições sociais de vida, quando o que se busca é a produção de vida. Para isso, recomenda-se que as abordagens devem deslocar o usuário para a posição de agente ativo na produção de saúde, mediante encontros com profissionais, contrapondo a concepção que coloca o usuário na condição de objeto das ações de saúde (BERTUSSI, 2010).

Contudo, mesmo os casos de saúde mental sendo uma questão recorrente no trabalho do/a PEF, foi possível constatar nos esta subcategoria que, em vários contextos, os atendimentos foram acontecendo devido aos modos organizativos existentes da própria UBS, ou seja, os/as PEF foram “capturados” pela saúde mental, seja por interesse e iniciativa própria, seja também devido às atribuições que os/as PEF passaram a desenvolver devido ao “sobrenome” NASF. Mesmo assim, notamos também um dado distanciamento e desinteresse

profissional do PEF na saúde mental da ABS. A esse aspecto, atribuímos à formação inicial da graduação com a saúde mental as limitações de membros do NASF no apoio ao PEF e a extensa demanda de casos de saúde mental, inclusive os mais complexos.

Postos os deslocamentos de aproximações e afastamentos do PEF da saúde mental na ABS, na próxima subcategoria, observaremos movimentos de reorganização dos serviços de saúde mental na ABS, os quais contaram com a participação dos/as PEF na construção e na implantação de propostas operacionais voltadas a saúde mental na UBS.

6.3 Trabalho coletivo na organização do serviço de saúde mental na ABS

Esta subcategoria contém falas que ressaltam a participação dos/as PEF a partir das estratégias que foram implementadas para a organização do serviço de saúde mental na ABS, enquanto desdobramento da desinstitucionalização da saúde mental, da ampliação do acesso das pessoas da saúde mental e da proposta do NASF. Os depoimentos visualizados a seguir mostram que os/as PEF estão em processo de conhecimento e de apropriação do campo da saúde mental, sendo a discussão dos casos realizada nos espaços coletivos com as EqSF, o uso de recursos de apoio na organização do serviço em equipe, a construção de fluxogramas para casos prioritários, recursos tecnológicos que favoreceram a estruturação e fluxo organizativo, conhecimento e apropriação da saúde mental pelos/as PEF. No rol dos dados, algumas UBSs apresentaram uma sistematização na organização da saúde mental, porém uma delas avançou na implantação do atendimento voltado aos casos de suicídio.

A análise da produção de dados no Grupo Ampliado de Pesquisa e dos Diários de Campo apontou que as mudanças provocadas pela proposta do NASF favoreceram maior aproximação dos/as PEF na organização da saúde mental. Entre as mudanças (tratadas em capítulos anteriores), a condição de “SER NASF” e a participação sistemática nas reuniões com as EqSF foram dispositivos institucionais que facilitaram o envolvimento da categoria Educação Física com o campo da saúde mental.

Assim, os/as colaboradores desta pesquisa descreveram formas de organização da saúde mental na Estratégia Saúde da Família. De modo geral, os dados revelam que a organização do serviço de saúde mental em Vitória buscou descentralizar os casos de saúde mental da Psicologia, de forma que outros profissionais pudessem se corresponsabilizar pelos casos.

Agora não sei se você vai considerar isso, porque uma das estratégias que a gente adotou pelo NASF para desafogar a psicologia foi, por equipe, atender os casos leves, então pegava-se os casos leves e moderados [de saúde mental], nesse atendimento

participam o médico, o enfermeiro e o psicólogo e um outro participante pelo NASF com os usuários desta equipe [Saúde da Família]; desses casos, nós todos participamos. O que acontece: os usuários saem de cena, já passou, já passaram pelo médico, o médico já tem noção. Depois que todo mundo falou [os profissionais e o usuário], os usuários saem de “cena”, a gente discutiu o que a gente vai fazer com usuário? O que vamos fazer com os outros usuários? Em seguida, os usuários voltam e damos os encaminhamentos. “Olha, o que você acha? Tentar fazer uma atividade física no SOE, uma avaliação física com a P2, uma caminhada”; o usuário: “Então posso tentar”. Porém, tem caso que realmente precisa do atendimento do psicólogo individual. É uma avaliação em grupo: o médico, o enfermeiro, o psicólogo e o membro do NASF [da equipe de Saúde da Família] decidem o que fazer com usuário. Às vezes sai até um PTS [Projeto Terapêutico Singular] a depender do caso (P2, análise coletiva, encontro 03).

Evidenciamos, por meio da descrição acima, que o acesso à equipe de NASF perpassa por uma dada classificação dos casos de saúde mental, com abordagem multiprofissional, escuta ampliada, discussão e avaliação do caso em ato. A percepção dos profissionais de saúde sobre o caso os leva a ofertar aquilo que está na sua governabilidade e no que a rede de serviços oferta. Conforme o modo organizativo acima, percebemos um apoio na oferta assistencial de núcleo pelo/a PEF às EqSF, com atendimentos específicos da Educação Física. Para isso, o trabalho coletivo com uso de recursos tecnológicos – como a discussão, a avaliação do caso ou a construção do PTS – foi necessário para a tomada de decisão da equipe junto ao usuário. Entretanto, os diferentes olhares profissionais para o caso não significam, necessariamente, que a abordagem seja interdisciplinar, ou seja, a justaposição de profissionais de saúde pode também reforçar uma atuação fragmentada sobre a lógica da doença e na especialidade do núcleo.

O que fica claro diante desse modo de organização do serviço da saúde mental é o fomento de espaços para o encontro dos profissionais, compartilhamento de saberes e de práticas mediante o trabalho multiprofissional entre ambas as equipes. Neste contexto, o/a PEF, na condição de NASF, configura-se como apoiador/a da EqSF e corresponsável indiretamente pelo caso, a depender do desfecho terapêutico entre as equipes e usuário. Nessa maneira de atendimento coletivo, corroboram e fomentam aprendizados com a disseminação de conhecimento do núcleo em relação ao caso, o que, conseqüentemente, contribui na ampliação do acervo das ações em conjunto com as EqSF, bem como apropriações de conhecimentos relacionados à saúde mental, que, possivelmente em outra situação de caso de saúde mental semelhante aos casos da experiência vivida, o/a PEF pode fazer uso. Aprender algum conhecimento da Psicologia, do Serviço Social e da Farmácia relacionado à saúde mental não significa poder atuar no lugar desses profissionais.

Uma extensão desse modelo de organização da saúde mental foi apontada no diálogo entre dois PEF, o qual enfatizou a relevância desse modelo, especialmente quanto ao fluxo, a partir do quadro do caso e das ofertas de serviço da rede de saúde.

P8: Então, lá na unidade de saúde, foi feita uma organização dos atendimentos de saúde mental, inclusive até com ajuda dos profissionais de Jardim da Penha, que eles tinham organização legal do fluxo lá, no atendimento em Saúde Mental.

P4: Sim! É um atendimento bem interessante!

P8: Isso deu uma boa aliviada, por quê? Tipo assim, aconteceu isso, vai para aquilo, aconteceu aquilo, vai para aquilo [referindo-se às demandas dos casos], relatou P8 (análise coletiva, encontro 02).

É comum no campo da saúde pública a transferência ou o compartilhamento de tecnologias em saúde entre os entes da federação. No caso do estudo, isso ocorreu entre profissionais de Unidades Básicas de Saúde diferentes, o que demonstra o quanto as UBS buscam meios e experiências locais para organização da saúde mental na ABS. Embora notemos ainda um modelo “interessante” – provavelmente comparando outros serviços da UBS –, essa transferência dar-se-á de forma diferente do seu contexto de origem. Dessa maneira, por serem territórios diferentes em seus aspectos sociais, econômicos e sanitários, a cultura organizacional da UBS é distinta, podendo a composição das equipes de saúde e as apropriações dos profissionais sobre saúde mental serem divergentes ou convergentes. Por outro lado, o apoio na implantação da proposta de saúde mental em outra UBS evidencia o caráter estruturante da ESF local, por possibilitar a reorganização assistencial, mesmo que seja de um campo específico. Assim, tendo em vista a extensão municipal de uma capital (atrelada às particularidades dos bairros e territórios de saúde do NASF), podemos perceber a coabitação de diferentes conformações da ESF.

Os dados também apontaram outra estratégia de organização da demanda de saúde mental, realizada nas UBS de Andorinhas e Santa Marta, ambas escolhidas pelo GAP, nas quais P4 é a PEF do NASF. Especificamente nas reuniões de EqSF em que o/a PEF era referência do NASF, a organização dava-se a partir do uso de duas pastas de papelão com aba elástica: uma de cor vermelha, nomeada de “casos encaminhados para o NASF”; e a outra de cor cinza, a qual era titulada “casos discutidos pelo NASF”. Ambas eram utilizadas para juntar os casos de saúde mental identificados pela EqSF.

Eu acho que o uso das pastas dos casos de saúde mental naquele momento foi importante para gente, o uso da pasta. Naquele momento, foi uma forma da gente

melhorar e de descentralizar tudo que se chegava para a Psicologia absorver. A pasta, eu vejo como uma forma de descentralizar. Porque o profissional do NASF, independente da formação, no meu caso da educação física o que faz, vai naquela pasta, pega aqueles casos, a gente precisa ter uma leitura. Então essa leitura a gente faz no prontuário para ficar a par da situação, não tem como você dizer o que vai acontecer com determinado paciente se você não conhece, ou eu vou ao ACS. “ACS, o que você me diz dessa família?”, ou eu vou ao prontuário, ou eu vou ao prontuário e ao ACS, cruzo tudo. Com a autonomia que se criou através do NASF, nós iremos dizer se aquele caso daquela pasta é para encaminhamento médico, se ele definitivamente vai passar por uma consulta no psicólogo ou se ele, na verdade, precisa de outro desfecho. Eu vejo a pasta como uma questão de organização, entendeu? (Entrevista, P4).

É notório, mediante a narrativa acima, que existe uma aspiração para não restringir assistência à saúde mental à Psicologia, que, de modo geral, é operada pelo imediatismo do encaminhamento, fragmentação da assistência e ênfase ao atendimento individual. Para romper essa lógica, infere-se ao uso da “pasta” enquanto um meio para organizar e triar os casos, por entenderem também que a participação do/a PEF na discussão do caso é uma atribuição que compete ao PEF do NASF.

Quanto às atribuições, estas corroboram a produção de autonomia no exercício profissional do/a PEF frente aos “casos da pasta”. Além disso, elas favorecem um acúmulo de experiência a partir dessa atribuição do NASF e dos aprendizados no e pelo trabalho na ESF. Observamos que o apoio do/a PEF na discussão e na tomada de decisão sobre o caso contribui para um encaminhamento mais qualificado, na medida em que há uma apropriação pelo profissional e repasse de informações sobre as condições e necessidades do caso, assumindo, assim, um papel mediador na tomada de decisões do processo saúde-doença e assistência.

As propostas de reorganização, apontadas nas narrativas anteriores, vão ao sentido de envolver as equipes (NASF e EqSF), em busca de romper com procedimentos centrados nos profissionais. Conforme se depreende, as equipes apresentaram capacidade e abertura para se adaptarem às novas situações, modificando seus procedimentos e a rotina, no sentido de melhorarem o acesso dos usuários de saúde mental à atenção e à assistência pelas equipes e especialistas do NASF. Amarante (2003) defende que os trabalhadores, ao se envolverem com a saúde mental, têm que construir outras possibilidades de atuarem e se organizarem para lidar com o cotidiano dos serviços, sobretudo no contexto da ABS, o qual envolve também outras necessidades e problemas de saúde, diferindo radicalmente dos serviços especializados de saúde mental.

Uma das estratégias observadas que contribuía para a apropriação sobre o caso de saúde mental era acessar as informações do usuário a partir da Rede Bem-Estar. Para isso, observamos que P4, durante as reuniões de EqSF, sempre sentava à frente do computador para acessar o

prontuário eletrônico do caso em discussão. Nisso, o/a PEF analisava todo histórico assistencial do usuário. Após a discussão do caso, já fazia a evolução no mesmo prontuário e anotava em seus apontamentos o caso – se necessário fosse discutir o caso na reunião do NASF. Por vezes, o/a PEF também fazia ligações diretas do próprio celular ao usuário, ora para obter mais informações e saber como estava o estado de saúde da pessoa, ora para agendar uma consulta, a depender da urgência. Esse último contato telefônico ocorria em situações nas quais o/a ACS já tinha tentado o contato, mas não obteve êxito.

Os dados ainda apontaram que o/a PEF – a partir da convivência com uma médica da Saúde da Família que sempre usava o prontuário para discutir os casos – adotou o uso do computador para acessar os prontuários. A atitude e o uso desse recurso não tinham fins burocráticos; pelo contrário, colaboravam na atuação qualificada e na tomada de decisões junto à EqSF. Tal interesse e iniciativa indicam o protagonismo de agir com autonomia na organização da pauta sobre os casos e, conseqüentemente, na reunião de EqSF. Esta, por sinal, foi a pauta mais recorrente e que consumia mais tempo da reunião de EqSF, tanto que as ACS e enfermeiro/a solicitavam prioridade no caso da “pasta”, devido à quantidade e complexidade dos casos.

Ainda que se tenha uma organização para evitar o encaminhamento direto à Psicologia, o uso desse meio manteve-se ainda como um recurso. Entretanto, é possível que o encaminhamento faça com que o usuário passe de um profissional para outro sem que seu problema seja necessariamente cuidado, e isso também pode se caracterizar como transferência de responsabilidade. Decerto, o encaminhamento – ainda que seja ora evitado, ora efetivado – cria a possibilidade de se promover possíveis novos encontros entre profissionais do mesmo setor que, ao encaminharem para o “médico/a” ou “psicólogo/a”, podem produzir outro meio de comunicação e agir em saúde, modificado pela aproximação de conhecimentos e práticas de saúde.

Em uma das Unidades Básicas de Saúde escolhida, na qual o/a PEF usava a “pasta”, a produção de dados apontou que o matriciamento em saúde mental, realizado por profissional do CAPS, contribuiu na qualificação das discussões de casos de saúde mental na reunião de EqSF. Embora tenha sido pouca a recorrência dessa intervenção, em determinadas situações-problemas, foi possível notar que as intervenções do/a matriciador/a foram necessárias para a problematização e a reflexão acerca dos casos e seus determinantes sociais, sobretudo para reduzir o preconceito com a aparência física, estigmas do sofrimento psíquico, juízos de valor sobre a vida do usuário e a comparação entre casos com diagnósticos clínicos iguais, mas em condições sociais diferentes. Por outro lado, ao matriciamento especializado entre profissional

do CAPS e as EqSF com o NASF devem-se também incluir outras práticas de assistência, gestão do cuidado em rede junto ao usuário, família e território, bem como educação permanente com base nos processos de trabalhos (DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013).

Além disso, parte da EqSF atribuía os problemas dos casos de saúde mental à noção de famílias “estruturadas” e “desestruturadas” e à “ausência de Deus”. Quando atribuía ao que deveria ser feito, era sempre colocando o que seria melhor para o outro, desconsiderando a autonomia do usuário em decidir sobre sua própria vida. Diante dessas discussões, observamos um dado silêncio do/a PEF frente a essas discussões; entretanto, eram raras as vezes em que o/a profissional concordava com esse tipo de análise de juízo de valores. No entanto, quando a profissional matriciadora ou a Psicóloga do NASF faziam ponderações, reflexões e problematizações, produzia-se um silêncio na reunião ou alguém se manifestava concordando.

É problemático estabelecer de forma direta nas análises dos casos de saúde mental uma relação automática entre o sofrimento mental ou psíquico com aspectos religiosos e arranjos familiares. Haja vista que tais relações reforçam a perspectiva moralista e conservadora, fatalista e reducionista como meio de se distanciar dos reais problemas sociais e seus determinantes que produzem o sofrimento e as iniquidades em saúde. Além disso, tal compreensão acerca do usuário e de seu sofrimento mental pode reforçar estigmas relacionados à religião ou à característica familiar fora dos padrões de normalidade do aceitável, sendo os usuários estigmatizados por apresentarem características sociais e comportamentais diferentes dos grupos e comunidades ditos “normais” (GOFFMAN, 1998).

Ademais, destinar o que seja melhor para o outro pode ser um risco. Contudo, em certa medida, essa situação pode ocorrer, principalmente quando o sujeito do caso apresenta condições em que não tem mais autonomia sobre seu corpo e nem controle sobre a tomada de decisões sobre a própria vida; ou seja, em contextos em que a pessoa apresenta um nível de degradação da própria vida, necessitando de uma intervenção profissional para proteger e garantir os cuidados. Do contrário, podemos caracterizá-la como negligência do serviço.

Entretanto, quando se fala em abordagem em saúde mental sob a ótica do território, é relevante considerarmos, na análise terapêutica, os aspectos religiosos, as relações interpessoais na família, os costumes, os hábitos, a rotina, bem como a história de vida e os aspectos éticos e morais da comunidade inserida. Para Fontes (2001), o cuidado em saúde mental não deve ser pensado de modo simplificado para situações que são complexas e concretas. O autor endossa que o cuidado em saúde mental deve ser compreendido como uma possibilidade para uma visão de mutabilidade e de complementaridade entre o profissional, a equipe produtora da saúde e o eu-usuário – mas estando todos afetados pelo cuidado (FONTES, 2001).

Embora o/a PEF expressasse certo silêncio diante dessas questões, os dados revelam que as intervenções dos/as profissionais da psicologia colaboravam para a ampliação mais crítica acerca das condições do caso e acerca de saber como proceder com os cuidados de forma a não agravar e impor regimes de verdade religiosa. Com isso, observa-se uma extensão do exercício dos profissionais da saúde mental dos CAPS, que é oferecer um apoio matricial para que as EqSF e do NASF consigam ao máximo prestar uma assistência sem, necessariamente, enviar a pessoa para outros adensamentos tecnológicos mais complexos de recursos, em que o deslocamento pode ser uma barreira (AMARANTE, 2007).

Já em relação ao suicídio, uma das PEF relatou o processo de construção coletiva da organização do serviço para atendimento ao caso de suicídio, em que houve uma participação ativa do/a PEF no processo de construção, conforme o acervo dos dados, uma participação colaborativa na organização do serviço para acolher pessoas com ideação ou tentativa de suicídio na UBS. Essa iniciativa partiu de fatores que chamaram a atenção e a preocupação dos profissionais de saúde. O primeiro foi o caso de uma funcionária da UBS que realizou o evento. O segundo a recorrência de pessoas que já manifestaram ideação suicida. E, por fim, o último se refere a um caso planejado que foi interceptado a tempo e que veio até a UBS, revelando uma dada dificuldade dos profissionais de saúde em acolher a pessoa. Além disso, a diretora da UBS colocou que “o suicídio foi apontado com uma prioridade pelo conselho local de saúde” (Diário de Campo, novembro de 2019). Identificamos uma combinação de fatores que motivaram a UBS a iniciar um processo de construção coletiva, coordenada e sistemática, a qual envolveu diferentes atores da gestão e da equipe do NASF na construção, sistematização e disseminação da proposta junto às EqSF.

Atualmente, o NASF está discutindo o fluxograma para casos de suicídio que têm aparecido muito na UBS. Estudamos sobre o suicídio em equipe desde a classificação de risco e vulnerabilidade, para onde encaminhar e compartilhar com outros serviços. Depois, discutimos textos sobre o tema nas reuniões de equipe de saúde da família, cada profissional do NASF puxou a discussão. Tivemos apoio do profissional do grupo condutor que ajudou a gente na avaliação do fluxograma. Relatei o caso a qual fiz atendimento junto à enfermeira e discutimos o fluxograma construído, para entender como se daria na prática. Foi uma pauta que abordamos em várias reuniões de NASF. Tudo isso com apoio da diretora, que é muito participativa (P2, GAP, encontro 03).

Observamos, na narrativa acima, que a questão do suicídio foi o mote que desencadeou um processo de educação permanente para a organização da atenção à saúde, que consiste em uma estratégia de ensino e aprendizado, a partir do e pelo trabalho em saúde, o qual, nesse caso, foi decorrente de uma questão social do território percebida pela UBS e controle social local.

Outro aspecto que se destaca nos dados acima é a participação ativa da direção da UBS, articulando o apoio do grupo condutor com o NASF na avaliação do fluxograma, e, na sequência, o NASF facilitando e operando o apoio nas EqSF acerca do suicídio, sendo o envolvimento da gestão da UBS um aspecto relevante para garantir a construção e a implantação de novas formas de organização do serviço.

A narrativa aponta que, no contexto dessa UBS, o enfrentamento da questão do suicídio é transversal às categorias da saúde e corresponsabilidade de todas as equipes e da gestão, o que desmistifica a restrição do suicídio de algumas categorias da “saúde mental” e a rede CAPS. Além disso, contribuiu no sentido da complementariedade entre núcleos, no compartilhamento de conhecimento e experiência, com vistas a um alinhamento e construção coletivos de saberes. Dito de outra forma, um sequenciamento de apoios técnico-pedagógicos – entre os membros do NASF e entre estes e as EqSF – sobre a organização do serviço referente a uma questão social bastante delicada e emergente: o suicídio.

Evidenciamos uma sistemática de encontros que envolveram momentos de estudos acerca da temática pelo NASF, no sentido de alinhamento teórico-conceitual do suicídio, com apropriação de outros modelos de fluxogramas de atendimentos como meio para construção singular do fluxograma da UBS em tela. A questão do suicídio foi uma situação-problema que disparou um processo de educação permanente, o qual funcionou como uma ferramenta de trabalho para o NASF e teve como finalidade construir e disseminar um alinhamento teórico-conceitual e prático entre as EqSF voltadas ao atendimento à pessoa com ideação e planejamento suicida na ESF.

Ainda sobre o fluxograma acompanhado pelo pesquisador e voltado para o enfrentamento do suicídio, observamos que, nas reuniões do NASF, a participação do/a PEF se dava de várias maneiras. Destacamos o compartilhamento de atendimento em saúde mental realizado outrora pela profissional, no intuito de tirar dúvidas sobre como identificar alguém que tenha predisposição à ideação ou planejamento suicida – como, por exemplo, ficar atento quando a pessoa em atendimento aborda ou fala sobre morte. A outra intervenção ocorreu na problematização do seguimento do fluxograma, em que foram criados casos fictícios para compreender qual seria o fluxo da pessoa dentro da UBS, considerando o seguimento padrão da UBS, que era passar pelo preparo⁴³ e aguardar o atendimento. Entretanto, para casos voltados ao suicídio de pessoas, o fluxo necessariamente não passaria pelo preparo. A depender do caso

⁴³O preparo é um atendimento realizado por um/a técnica de enfermagem que afere a pressão arterial, temperatura, peso, estatura e anamnese sobre o motivo do atendimento. Em seguida, o usuário aguarda ser chamado pelo painel eletrônico, que é uma tela informando o nome e o consultório.

em ato, recomenda-se ser atendido por um profissional da EqSF de nível superior ou técnico da área e, caso necessário, com outro profissional do NASF. Além disso, outra participação ocorreu na sistematização por escrito do fluxograma descritor do processo de organização do serviço, que, ao mesmo tempo, era desenhado e alterado quando emergiam dúvidas ou questionamentos sempre em direção do alinhamento pelos profissionais e direção da UBS.

Já na reunião de EqSF, ainda dessa UBS, a atuação da PEF foi na facilitação do tema, com a proposição de leitura coletiva do texto na reunião de EqSF, dando exemplos, tirando dúvidas e anotando aquelas que não se sabia responder, sendo eminentemente uma postura didática e metodológica de conduzir um momento de grupo de estudo. Neste processo, percebemos que atuação do/a PEF revelou um movimento que, ao passo que se apropria do tema, também compartilha os conhecimentos prévios e adquiridos sobre suicídio.

Importante perceber que a inclusão do suicídio nas discussões dessa UBS, a partir da educação permanente, foi a estratégia que corroborou uma construção interdisciplinar, voltada à atenção e ao cuidado das pessoas em sofrimento psíquico decorrente das instabilidades da vida, com intuito de também serem acolhidas na ABS, sobretudo quando se entende que a questão e o atendimento sobre suicídio não devem se restringir aos profissionais da “saúde mental”, da área “psi” ou, meramente, para Educação Física. Sendo que esta, *a priori*, ainda apresenta distanciamento com essa questão desde a formação universitária dos/as PEF.

Conforme os envolvimento dos/as PEF nos processos de organização da demanda de saúde mental na ABS (uso da pasta e construção do fluxograma), corrobora-se a perspectiva de PEF “compositores” na acepção de Ferreira (2013), que é interagir junto à equipe de saúde para compor trabalho coletivo, conforme as necessidades do campo, nesse caso voltado para a organização da saúde mental.

Nesse sentido, os aspectos institucionais e operacionais (apontados acima) foram dispositivos que compuseram o cotidiano do trabalho de alguns PEF, o que corrobora a existência e uma dada coerência entre a proposta do NASF quanto às suas normas organizativas para orientar o trabalho e as relações diante das demandas que exigem uma organização, a qual envolva os diferentes profissionais. E, dessa maneira, de forma a descentralizar a atenção psicossocial com a ABS, sendo organizados os serviços que se pautam a partir de uma base territorial e da relação profissional da UBS com o usuário em sua comunidade. Esses são aspectos que contribuem para o projeto contemporâneo da saúde mental do SUS, que tem o território como importante indicador e marcador social para a mudança na lógica do cuidado, na qual não há mais somente a doença, mas sim o sujeito em seu território de vida.

Para todos os modos operacionais discutidos nesta subcategoria, a condição e a função de ser NASF foi *sine qua non* para que a Educação Física se envolvesse implicadamente com a saúde mental na ESF. Através dos dados, inferimos que a inserção do/a PEF nas reuniões de EqSF não centralizou a demanda de saúde mental na Psicologia e no Serviço Social. Além disso, os casos de saúde mental não foram demasiadamente encaminhados aos/às psicólogos/as e assistentes sociais. Nesse sentido, a participação ativa dos/as PEF no trabalho em saúde com os casos de saúde mental contribuiu para maior apropriação do campo em termos de conhecimento e desempenho sobre os casos, sobretudo, em certa medida, na operacionalização de algumas tecnologias em saúde e dispositivos institucionais implantados para garantir suporte assistencial às equipes e ao caso.

De todo modo, no presente capítulo, percebemos uma atenção e participação ativa dos/as PEF no trabalho comum com a saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Ainda que esse envolvimento implicado pela saúde mental na ABS se encontre em estágio embrionário para Educação Física do NASF local, compreendemos que as iniciativas de atendimento e abordagens aos casos de saúde mental, bem como a participação implicada e colaborativa na organização do serviço, despontam como “pista” de possibilidades para construção e efetivação de trabalho comum na ABS. Sobre isso, a busca pela produção de cuidado voltado à saúde mental, além de ampliar o escopo de conhecimento e experiência do/a PEF, é também como uma atitude de adentrar nessa seara a ponto de descentralizar e compartilhar uma demanda que é comum ao conjunto dos profissionais da ABS.

Contudo, percebemos também que há uma “esquiva” por parte do/a PEF para não incluir na sua rotina a demanda de saúde mental. Sobre isso, provavelmente podemos aferir que seja ainda reflexo do distanciamento da formação inicial com saúde mental no SUS, que inclui aí a reforma psiquiátrica, a desinstitucionalização da loucura e a própria política de saúde mental brasileira com (a reboque) o enfoque da categoria no fazer PCAF.

Em exercício de reflexão, podemos perceber que há uma dada resistência do/a PEF em adentrar nos cuidados ao usuário em sofrimento mental e construir processos terapêuticos diferenciados dos usados tradicionalmente pela área, ou seja, o uso e aplicação das especificidades da Educação Física (WACHS, 2016). Por outro lado, a saúde mental na ABS é necessária para o avanço da reforma psiquiátrica, ainda que pese a complexidade inerente ao contexto do serviço da ESF com o território como espaço de cuidado (FIQUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2008; DIMENSTEIN et al., 2009). Contudo, é o contexto de trabalho coletivo – frente às demandas e necessidade de saúde dos usuários de saúde mental – que indicará, entre as especificidades do núcleo da Educação Física e a necessidade do campo da

saúde mental qual, intervenção o/a PEF deverá realizar, evitando, assim, uma visão dicotômica do ser profissional de saúde (mental) e profissional de Educação Física (WACHS, 2016).

Visivelmente, no município em tela, a questão da saúde mental é uma problemática desafiadora para todas as redes – seja a de saúde, a intersetorial ou a territorial. Tanto o é, que percebemos o quanto os usuários com problemas de saúde mental vêm “batendo” na porta da ABS, o que, por sinal, é representativo no sentido de descentralizar e não restringir o acesso das pessoas apenas à unidade de saúde notoriamente conhecida de CAPS. Quanto a essa ampliação do acesso via ABS, do ponto de vista técnico-assistencial, apresenta-se como um avanço local, o que possibilita aberturas e construções terapêuticas, além de envolver diferentes profissionais e o serviço que está mais próximo do cotidiano das pessoas em seu território.

Diante de tudo isso, a saúde mental na ABS local convoca cotidianamente a Educação Física a não ficar de fora, e sim a se apropriar com apoio, bem como se implicar na construção de vínculos terapêuticos que cuidem não apenas da dimensão “físico-mental”.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais desta tese pretendem assumir o compromisso e o desafio que é “concluir” um processo de investigação que emerge de uma trajetória de formação e trabalho em saúde, na qual o pesquisador se interessou em estudar o trabalho da Educação Física na Atenção Básica à Saúde, na cidade de Vitória-ES. Não obstante, pretendemos enfrentar o desafio com o compromisso nas próximas laudas de colocarmos uma “lupa” no presente trabalho, focando e pontuando, assim, os aspectos entre dois modos de trabalhos da Educação Física no NASF e da Educação Física do NASF para a nossa composição argumentativa. E, nas linhas finais, apontamos os limites do estudo e as possibilidades de futuras investigações.

Com base no pensamento de Merhy (2007, 2013, 2014), partimos da compreensão de que a implantação da proposta do NASF para a Atenção Básica à Saúde é uma estratégia de incorporação tecnológica, composta por tecnologias duras, leve-duras e leves (presente em todas as profissões da saúde), na tensão e descontentamento do modelo técnicoassistencial, caracterizado como “médico-hegemônico/biomédico”, produtor de procedimento profissional centrado, com predomínio das tecnologias duras e nos saberes tecnocientíficos estruturados das tecnologias leve-dura, presidido pelo trabalho morto (MERHY, 2007; 2013; 2014).

Em oposição epistemológica antagônica ao modelo biomédico, o trabalho vivo desloca o centro tecnológico para o campo das tecnologias leves, as quais são relacionais. Nesse sentido, quando a produção de saúde é operacionalizada pelas relações, os processos de produção do cuidado em saúde são produtos “simbólicos”, existentes em ato - como acolhimento, vínculo, autonomia e corresponsabilidade com o usuário frente à demanda e necessidade de saúde.

Essa tensão epistemológica, assistencial e tecnológica dos processos produtivos do campo da saúde e do SUS é presente na relação da Educação Física com a saúde, na qual observamos uma Educação Física constituída e alicerçada nos postulados das Ciências Naturais e Biológicas. Estas conferem sua dimensão de movimento corporal humano - enquanto gasto calórico e aptidão física -, e compreendem as práticas e os saberes da Educação Física, os quais são fundados na noção de que atividade física é saúde e os quais entendem o corpo como biológico e a inatividade física como risco e causa de doenças da contemporaneidade - características estas que vinculam a Educação Física ao modelo biomédico.

A Educação Física, ao vincular-se com a perspectiva biomédica hegemônica, reduz a potência dela mesma sobre o movimentar-se humano, enquanto mais um aparato tecnológico em saúde restrito, prescritivo, normatizador e focalista nos saberes tecnocientíficos da atividade física (inclui-se o exercício físico) para obter saúde, sem considerar as condições sociais e

territoriais de saúde, as dimensões subjetivas e objetivas dos modos de como os usuários conduzem suas vidas. Em contraposição, observamos um movimento de aproximação da Educação Física com a saúde coletiva, no sentido de problematizar, por dentro do SUS, a própria área de formação e trabalho em Educação Física na perspectiva do núcleo das Ciências Sociais e Humanas, sobretudo quanto à formação e o trabalho em saúde sedimentado nos aspectos biofisiológicos, na lógica da doença e dos procedimentos profissionais centrados em ato e fragmentados.

Os processos de implantação e continuidade das tecnologias em saúde da proposta do NASF e da inclusão do aparato tecnológico da Educação Física se configuram como uma possibilidade de mudanças nas práticas de saúde endereçada à ABS e ao conjunto dos seus profissionais de saúde, de modo a operar alterações no processo de trabalho e, mais do que isso, sendo uma tentativa de inversão das tecnologias em saúde, o que Merhy (2013) denomina de reestruturação produtiva.

De fato, a inserção da Educação Física no processo de implantação das metodologias do NASF nas Unidades Básicas de Saúde se mostra complexa por ser em territórios de saúde distintos e paradoxais, com constantes tensões e conflitos entre as distintas perspectivas hegemônica e contra hegemônica do processo de trabalho em saúde dos/as PEF, os quais se apresentavam em arranjos de equipe de NASF e imersos em territórios com desigualdades sociais, nos quais se produzem diferentes demandas e necessidade de saúde.

É no centro deste contexto tecnológico, paradigmático, assistencial e territorial que emergiu a investigação entre o trabalho da Educação Física no NASF e o trabalho da Educação Física do NASF, na ABS com ESF. Na intenção de analisarmos como se estruturam os trabalhos do/a PEF na ABS, a aspiração investigativa desta tese ancorou-se na Saúde Coletiva.

Na extensão do campo de pesquisa com os recursos metodológicos utilizados e dos vários encontros entre o pesquisador e os/as PEF nos seus respectivos territórios de saúde, evidenciamos o quanto os processos produtivos da saúde são complexos, com alta implicação entre aqueles que estão inseridos neles. Foi durante a produção de dados nos territórios e nos encontros de debates e análises dos processos de trabalhos pelos próprios interlocutores da pesquisa que o referencial teórico do trabalho vivo, produção de cuidado, campo e núcleo corroboraram no sentido de observar e analisar o campo de investigação, a partir do núcleo tecnológico dos processos de trabalho desempenhados pelo conjunto dos/as PEF; processos estes que convivem, mutuamente, entre processos comandados pelo trabalho morto e processos comandados pelo trabalho vivo em ato (MERHY, 2013).

Em conformidade com os recursos metodológicos e o referencial teórico, compreendemos que os contextos de trabalho da Educação Física na ABS são realizados em condições tecnológicas em saúde. Essas condições favorecem o exercício profissional com diferentes modos de produzir saúde, a partir das relações entre os PEF e os demais sujeitos em ato, imersos em culturas institucionais singulares que reservam seu modo peculiar de organizar assistência à saúde ao usuário, o qual opera entre as especificidades do núcleo da Educação Física e as características e necessidades do campo da saúde pública.

No capítulo três da tese, os resultados encontrados demonstraram que, por vezes, há uma excitação pelos processos estruturados da Educação Física, e conseqüentemente, com a organização do trabalho coerente com as tecnologias leve-duras da Educação Física, fazendo operar as práticas orientadas pelo modelo biomédico. Em outras palavras, o processo de trabalho com a “caixa de ferramenta” da Educação Física com as tecnologias leve-duras e duras revelou uma manutenção e continuidade das práticas de saúde hegemônicas da área, ora com breve distanciamento do paradigma biomédico, ora com mais aproximações na manutenção das características do modelo hegemônico biomédico.

Diante dessa oferta de práticas de saúde, guiando-se pelas tecnologias leve-duras e duras, torna-se necessária abertura para novas relações por dentro das práticas tradicionais do núcleo que atentam para tecnologias leves, a fim de conseguirmos reestruturar as práticas ofertadas e ressignificar as experiências vivenciadas pelo/a PEF nos encontros com o usuário. A respeito disso, observamos indícios de atendimentos com as práticas do núcleo (atividades sistemáticas e pontuais), das PICS e da saúde pública, em que os/as PEF operaram por atitudes que primaram por uma relação com maior atenção e escuta ampliada ao usuário, perspectiva que, sendo enfatizada e potencializada, possibilita aberturas para práticas de saúde implicadas com as necessidades de saúde e construção de vínculos com usuário.

Quando os processos são produzidos por tecnologias leves, os produtos são “simbólicos” (MERHY, 2013). Nesse sentido, nos dados, observamos sinais de sociabilidades produzidas nos encontros e expressões de autonomia dos usuários nos espaços de PCAF, bem como escuta ampliada em atendimentos individuais. Assim, deve-se buscar conhecer a saúde do usuário para além dos protocolos técnico científicos/normativos - que são expressões de uma dada materialidade que tem valor de uso pelo usuário, as quais devem ser vistas como produto/resultados das tecnologias enquanto indicadores de cuidado produzido (MERHY, 2013).

Ainda sobre os resultados do capítulo três, estes demonstraram que, por vezes, há uma hesitação dos/as PEF em operacionalizar a proposta do NASF e, conseqüentemente, o

desdobramento prescritivo institucional do NASF local, que foi a participação sistemática do/a PEF nas reuniões de EqSF e de NASF. Quando os PEF participavam desses espaços, observamos as mudanças e apropriações na organização do trabalho da ESF com a EqSF, articulação com outros setores com inclinações para o trabalho em rede, ainda que a pauta, majoritariamente, fosse voltada para discussões de casos. Agregamos, também, o fato de a metodologia usada para a organização das reuniões de EqSF e de NASF, por vezes, ter se mostrado limitada ou centralizada na discussão de caso, o que apontou para a necessidade e relevância da participação da gestão da UBS e do grupo condutor em participarem com mais frequência desses espaços.

Em outras reuniões de EqSF e NASF, os dados revelam a burocratização e transferência descritiva pelo PEF sobre o caso para outro especialista do NASF, correspondente direto devido à relação de aproximação do caso com o núcleo de saber específico. Ao mesmo tempo, em outras equipes, havia PEF que conseguia coordenar a discussão de caso: propunha a busca de mais informações para intervir sobre estes; realizava triagem e regulação, conforme as demandas colocadas pela EqSF; articulava, com prioridade, outro especialista; utilizava recursos tecnológicos digitais; e dava seguimento aos cuidados entre as equipes e o usuário.

A implantação da proposta de criar duplas de profissionais responsáveis pelo acompanhamento sistemático das EqSF e a institucionalização da reunião entre os profissionais do NASF (CALENTE, 2017) é um marcador que gerou mudanças na organização do processo de trabalho dos/as PEF. Isso porque, em sua maioria, todos/as participavam assiduamente e com diferentes implicações nos processos de trabalho da EqSF com o NASF. Em outros contextos, essa proposta não gerou mudanças significativas no cotidiano de trabalho do PEF. Ou se mantinha como era ou, em alguns locais, a reunião de NASF não acontecia. No entanto, o/a PEF estava ciente de que precisava retomar, justamente por compreender a relevância das reuniões.

Evidenciamos mudanças significativas nos processos de trabalho dos/as PEF, em que estas favoreceram uma apropriação da dinâmica do espaço para cogestão dos processos de casos, com vista à atenção à saúde dos usuários, com participação ativa dos/as PEF nesses espaços, induzindo, assim, a integração e articulação de saberes, práticas e conhecimentos da experiência. Entretanto, as reuniões eram operadas de forma burocrática, hierarquizada, fragmentada, com atuação multiprofissional seguida pela lógica da doença e do profissional de saúde do NASF (ou de membros da EqSF) centrado – quando não centrado, o/a PEF não participava, por escolha e por não acontecer a reunião. Sobre essa questão, observamos um paradoxo na função de responsabilidade do/a PEF com as reuniões de EqSF e de NASF: o

mesmo espaço que pode dominar e impor um modo de agir, é o lugar que possibilita a negação, de modo a produzir o cuidado ou desconstruí-lo (MERHY, 2013).

A educação em saúde – realizada pelos/as PEF com profissionais do NAFS e da EqSF nos grupos de Hipertensão e GATT – era centrada nos conhecimentos acerca da doença e do comportamento de risco à saúde; tanto que o tema abordado pelo/a PEF foi acerca da atividade e sedentarismo, enfoque na saúde física e no controle da doença. Nessa esteira do trabalho multiprofissional entre a EqSF e o PEF, constatamos a ausência de uma rotina de atendimento coletivo direto ao usuário (o que ocorria, mas somente em casos de urgência e para tirar dúvidas de algum procedimento com outro da EqSF). Além disso, há grupos prioritários conduzidos entre o PEF e outros especialistas do NASF, mesmo sem participação da EqSF, semelhante aos grupos de PCAF onde a atuação do PEF era solo. Isso ocorria exceto na visita domiciliar multiprofissional, em que era comum o acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS), independentemente do contexto domiciliar e da complexidade do caso. Entretanto, raras foram as vezes em que o PEF realizou a intervenção no domicílio sozinho.

Contudo, os dados sobre o trabalho de equipe foram operados na lógica multiprofissional e fragmentada. Em geral, o/a PEF operava sua parte – que consistia em uma atuação concentrada nos saberes técnico-científicos, seguindo as normativas e protocolos dos programas de saúde –, com raras evidências de rupturas com o modelo biomédico. Exceto, mais precisamente, em alguns casos complexos com apoio da rede especializada (como, por exemplo: apoio matricial da saúde mental), a qual consistia em formatos de equipes integradas, visão ampliada sobre o caso, com definições de tarefas e avaliação da evolução do caso pela equipe.

No contexto do trabalho multiprofissional, ainda que o NASF seja orientado para o apoio matricial, acreditamos que outros recursos que coloquem em análise o trabalho real possam ser utilizados para induzir o trabalho interdisciplinar e colaborativo. Tudo isso de modo que este trabalho passe a apostar na capacidade de, no coletivo, pactuar e construir uma relação de colaboração interprofissional, a qual privilegie o diálogo e a co-gestão, suprimindo as relações verticais, burocratizadas e de mando (típicas do modelo biomédico) por propostas que privilegiem ações pautadas pelas relações dialógicas entre os profissionais. E, dessa maneira, primando pela autonomia dos usuários, com ênfase nas tecnologias leves, no agir comunicativo e na equipe interação (PEDUZZI, 2010). Nesse sentido, de qualquer mudança que o NASF venha a propor para os/as PEF realizarem no trabalho em equipe, necessariamente devemos compreender as tecnologias em saúde (leve, leve-dura e duras), que são operacionalizadas nos processos de trabalho em equipe, com vista a inverter o núcleo das tecnologias de trabalho,

levando, ou não, aos processos de transição ou reestruturação produtiva na saúde (MERHY, 2013).

Ainda no capítulo três, especificamente sobre a intersectorialidade e Redes de Atenção à Saúde, o estudo identificou uma inclinação dos/as PEF para e com o trabalho em rede, visto que foi possível identificarmos diferentes formas de atuação dessa prática e de inserção nos espaços colegiados. Entre as formas de agir do PEF com os demais setores, independentemente da concepção que os orientam, observamos ações pontuais – ou seja, um aglomerado de profissionais onde cada setor faz sua parte –, articulações multissetoriais e articulações que apontaram timidamente para o trabalho intersectorial.

Como base na identificação das facilidades e restrições na atuação entre setores, o estudo indica que há uma compreensão crítica por parte dos PEF sobre essa questão; uma corresponsabilidade e disposição para atuação intersectorial, ao mesmo tempo em que há indícios de desmotivação, decorrentes dos impasses próprios do trabalho multissetorial e da ausência de um alinhamento teórico e metodológico sobre intersectorialidade e trabalho em rede, de forma que potencialize a corresponsabilidade de todos os setores e os adensamentos tecnológicos da SEMUS, implementando-se, assim, uma outra lógica organizacional entre os serviços de saúde e da rede do território.

Diante dos dados do capítulo quatro, verificamos que a hesitação dos/as PEF com a implantação da proposta do NASF, atrelada a uma mudança no processo de trabalho, conferiu mais presença do/a PEF dentro da UBS junto às EqSF, especificamente na reunião de EqSF. Ao que indica, a presença do/a PEF na reunião de EqSF alterou a visão restrita nos profissionais dessa equipe, de que os PEF “só” ofertam atividade física por passarem a atuar em outras frentes de trabalhos que não eram vistas anteriormente e outras que já aconteciam, mas não com tanta frequência antes da implantação do NASF. Entretanto, houve também o entendimento de que a proposta se limitou apenas à sua nomenclatura “NASF” e que agora “tudo é NASF”, já que desenvolviam e continuavam fazendo as mesmas ações de núcleo no modo isolado, por encaminhamentos e solicitações pontuais.

Entre essas compreensões citadas, as repercussões foram distintas quanto às formas de organizarem o trabalho do/a PEF, enquanto “Ser NASF”. Sobre as diferenças, notoriamente podem ser reflexos dos modelos technoassistenciais que foram incorporados ao longo da reorganização da ABS do município, a qual aponta para um acúmulo de modelos hegemônicos (como o biomédico) e propostas “contra” hegemônicas (como a ESF e Rede de Atenção à Saúde). Acrescenta-se, ainda, (e de forma singular para a Educação Física) o hibridismo entre a proposta do trabalho de núcleo do NASF ao que se deva operar na lógica do apoio técnico-

pedagógico e assistencial em equipe – voltado ao usuário, quando necessário – e o modelo assistencial do SOE, organizado na promoção da atividade física (VIEIRA, et al., 2020).

Diante desse contexto, identificamos divergências acerca do papel do PEF na condição de NASF pelos seus agentes, ao ponto de ser questionada a corresponsabilização que foi intensificada no enfrentamento de necessidade de saúde que envolvia a realização de tarefas simples até as mais complexas, as quais não apresentaram nenhuma relação com as práticas e saberes da Educação Física. Tal questionamento – ainda que seja reflexo do trabalho do PEF, o qual, antes da implantação do NASF, era caracterizado por atender as demandas de modo de urgência com ênfases nas atividades de núcleo – também é reflexo da própria história da Educação Física; história na qual é envolvida a formação inicial, ainda distante da realidade e da sua inserção no SUS.

Os resultados do capítulo cinco partiram de um consenso dos interlocutores da pesquisa em identificarem o “trabalho comum” no NASF com a Educação Física. A recorrência dos dados apontou para a saúde mental na Atenção Básica à Saúde, uma vez que essa categoria (“saúde mental”) era comum em vários processos de trabalhos em equipe, sendo perfil comum nos casos complexos e um mote que “desestabilizava” o PEF e as equipes, impondo desafios ao SUS de Vitória-ES.

Por ser recorrente nos dados, a saúde mental levantou o questionamento quanto à “qual a demanda da Educação Física?”, o que se evidenciou claramente como a ausência de entendimento por parte de alguns PEF sobre a(s) demanda(s) que são da ABS. Por outro lado, ainda que pairasse o questionamento supracitado, foi possível observarmos PEF realizando abordagens assistenciais centradas no usuário e nas suas condições sociais de saúde através de atuação interprofissional com membros da EqSF e do NASF em ato, bem como processos cooperativos para construção de organização do serviço voltado para problemas e demandas de saúde mental que ‘batem’ à porta da ABS. A análise realizada acerca da saúde mental nos permite afirmar que esta foi um dispositivo indutor, capaz de capturar o PEF para dentro do campo da saúde mental, com porosidade para atuação (ora como apoio, ora apoiado), para educação pelo trabalho na coprodução de uma atenção mais ampliada e integral ao usuário, com uso de dispositivo como a educação permanente em saúde e compartilhamento de tecnologias em saúde na reorganização da atenção à saúde mental na ABS.

Nesse sentido, a participação e a implicação por parte dos/as PEF na organização e assistência em saúde mental da ABS, provocou tensões e mudanças no modo de pensar e agir dos/as PEF, compondo processos de trabalho em equipe na realização de intervenções simples às mais complexas. Assim, podemos afirmar que as experiências constatadas nos dados sobre

o/a PEF na saúde mental da ABS demonstraram uma instauração de processos e arranjos tecnológicos com apoio institucional e matricial na reorganização do serviço de saúde, que é reflexo da própria história de reforma psiquiátrica local, do cuidado com base no território, apoio de matriciadores e descentralização da assistência dos serviços especializados em saúde mental.

A análise nos permite afirmar que a proposta do NASF se apresentou como um dispositivo capaz de tencionar a organização dos processos de trabalho, orientados anteriormente pela proposta do SOE na UBS, sem se distanciar das especificidades tecnológicas em saúde da Educação Física e dos programas de saúde pública consolidados com abordagem ainda biomédica. Apesar disso, apresentou, também, vestígios de assistências aos usuários com práticas de escuta qualificada, implicadas e acolhedoras mais próximas da saúde ampliada e integral.

De fato, podemos dizer que o que corre é um processo de indução de reorganização produtiva da forma de se desenvolver o trabalho dos/as PEF na ABS nos diferentes contextos territoriais da ABS com tensionamentos, para manutenção da forma de trabalhar da Educação Física no NASF. Isso em meio aos processos de estruturação das práticas de saúde da proposta do NASF no trabalho da Educação Física, com resistências e adesão, conforme os interesses das EqSF, da gestão da UBS e da SEMUS pela atuação do NASF, em contexto de instabilidade no apoio por parte do grupo condutor aos profissionais do NASF. Isso se deve ao fato da coexistência das características do modelo hegemônico técnico-assistencial biomédico em tensão e disputa paradigmática entre as propostas dos modelos assistenciais contra-hegemônicos de saúde integral e ampliada.

Nesse contexto de mudanças e tensões, os resultados deste estudo demonstraram que os/as PEF se movimentam no sentido de conservar os objetos e tradição do núcleo específico e da saúde pública, sendo capturados pelo trabalho morto com as práticas tecnológicas (leveduras e duras) com abordagem do modelo biomédico. Entretanto, os resultados também apontaram que os/as PEF também conseguem operar o trabalho com uma visão mais ampliada de saúde, ancorada nas relações e tecnologias leves do trabalho vivo e em direção ao acolhimento em saúde, tanto nas ações de núcleo como de campo comum.

Ao mesmo tempo, observamos a virtualidade a partir dos espaços institucionalizados e dos encontros regidos pelas relações produzidas em ato entre os/as PEF e os usuários (com e sem a participação de outros profissionais da ABS). Nesse sentido, percebemos PEF buscando intervir nas necessidades de saúde do usuário, no enfrentamento de situações limites complexas, através de uma visão mais ampliada e corresponsável sobre o usuário.

Em relação aos espaços de gestão do trabalho (reuniões, por exemplo), há um

protagonismo dos/as PEF em conduzir os casos, as pautas e as organizações do espaço; sendo uma participação ativa que colaborou para reduzir a visão restrita acerca do que o/a PEF pode compor em EqSF e de NASF na ABS.

Por outro lado, há limitações para enfrentar as dificuldades, problemáticas, impasses e conflitos decorrentes da tensão entre as proposições implantadas pela proposta do NASF, a cultura institucional e a organização do serviço da ABS. Nessa direção do trabalho coletivo, os/as PEF conseguiam articular, negociar, compartilhar e corresponsabilizar com demais profissionais, compondo uma corresponsabilização no trabalho em equipe – tanto para reorganização do serviço quanto para assistência à saúde do usuário –; embora, em alguns contextos e casos complexos de usuário, as condições de trabalho em equipe dificultassem o cuidado em saúde, sobrecarregando o papel assistencial do/a PEF no enfrentamento de demandas sociais que requerem um apoio especializado e em rede.

Por isso, vemos o trabalho dos/as PEF do NASF em meio a uma tensão das práticas e saberes mais próximos da formação inicial na organização do serviço entre as necessidades do campo com práticas e saberes do trabalho que emergem a partir dos encontros em ato, os quais se voltam aos cuidados em saúde do usuário e para organização do serviço da Atenção Básica Saúde.

Podemos afirmar que a atuação do/a PEF do NASF apresenta uma continuidade das ações em saúde desde a sua inserção na ABS de Vitória-ES – já construídas pelos saberes estruturados do núcleo da Educação Física e saúde pública –, bem como se insere entre as práticas de saúde em construção pelos saberes em estruturação, os quais são produzidos em ato pelas relações com as equipes de saúde, frente aos problemas e necessidades de saúde do usuário da Atenção Básica à Saúde.

O contexto do estudo é marcado por resistências e mudanças pela proposta do NASF na forma de trabalhar e produzir saúde pela categoria da Educação Física. Tal condição revelou um cenário híbrido: de um lado, um dado interesse pela afirmação da identidade profissional de Educação Física, com suas práticas e saberes para organização do trabalho no NASF; por outro lado, a condição de “Ser NASF” passou a fazer parte da identidade do profissional de Educação Física, com interesse nos conhecimentos produzidos pela experiência na organização do trabalho do NASF da ABS.

Contudo, esse cenário híbrido é marcado por ambiguidades, tensionamentos, conflitos e implicações, os quais tornam viável a possibilidade de produzir saúde com uma visão ampliada, e frente às necessidades de saúde do usuário. Ou seja, o NASF caracterizou-se como um dispositivo tecnológico em saúde, capaz de fomentar e produzir novas composições entre a

Educação Física e seus profissionais com os demais profissionais de núcleos, tendo como base as necessidades do campo da ABS, que é comum a todas as formações em saúde.

Por fim, a empiria produzida mostra que a presente pesquisa poderá favorecer o fomento ao debate relacionado à produção de saúde e trabalho da Educação Física diante da complexidade que é a reestruturação produtiva, enquanto um desafio necessário e emergente, frente às tensões paradigmáticas no campo da saúde e seus rebatimentos no cotidiano dos serviços de saúde e na formação inicial em Educação Física. Esperamos, também, que este texto possa repercutir para o pensar e o agir em saúde dos/as PEF, para o aperfeiçoamento das políticas de saúde e processo de cuidados na Atenção Básica à Saúde.

Contudo, é necessário um olhar retrospectivo para o processo deste estudo. Tornando-se necessário apontarmos as limitações da investigação realizada, que foi reflexo das intercorrências que atravessaram o processo de campo, produção de dados e análise. Em seguida, também é necessário sugerirmos possibilidades de investigações, considerando que o estudo apontou “pistas” para estudos futuros.

Inicialmente um limite, que se deve ao fato de pesquisar a Educação Física no processo de implantação de uma política que ainda estava em movimento, sendo afetado por mudanças políticas vigentes no período, em movimento de consolidação. Outro aspecto foi que a pesquisa atravessou o início da pandemia de Covid-19, condição que dificultou a inserção do pesquisador no campo de pesquisa.

Fica para outros estudos futuros que venham a desenvolver investigações que tematizem o ‘trabalho e a saúde’, a partir das relações entre os/as PEF com o usuário, gestores e demais profissionais da ABS. Ademais, a proposição de uma agenda de pesquisa como ato de resistência na defesa do SUS (sem nenhum direito e política a menos) é o que o momento exige de nós, estudantes e profissionais de Educação Física.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, M.; BOUSQUAT, A. Mapas de risco de violência. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 112-120, 1999.

AMARAL, L. M. **A intersetorialidade na gestão de políticas sociais: o contexto da produção científica brasileira**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas e da

Saúde). Programa de Pós-Graduação em terapia ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232007000200022>>. Acesso em: 14 ago. 2020.

ARAÚJO, G. V. **Segregação socioespacial em Vitória-ES: uma análise das transformações do bairro de Goiabeiras**. 4º Colóquio Brasil – Portugal. Estratégias de Projetos e Intervenção nas Metrôpoles Contemporâneas: Experiência e Perspectiva. 2016.

ALVES, J. N.; NASCIMENTO, D. C. Dança de Zumba como instrumento em prol da saúde e do bem-estar para comunidades periféricas do município. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Julho de 2016, vol.10, n.30, Supl. 3, p. 07-15.

AMBROSIM, M. F. **Saúde cardiovascular, nível de atividade física e qualidade de vida de adeptos do Serviço de Orientação ao Exercício**. 2019. 76 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019.

AMARANTE, P. Saúde mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. _____ . A constituição do paradigma psiquiátrico. In: _____ (Coord.) **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EaD/FIOCRUZ, 2003.

AMORIM, T. C.; *et al.* Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, Pelotas, v. 18, n.1, p. 63-74, 2013.

ANDRADE, L. O. M.; *et al.* Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da família. In: GASTÃO, W. de S. C.; *et al.* 2 ed. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.

ANDRADE, L. O. M. **A Saúde e o Dilema da Intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ANDRELLO, E.; *et al.* Atividade física e saúde pública sob o olhar de secretários municipais de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 3, p. 206-211, 2012.

ANJOS, T. C.; DUARTE, A. C. G. O. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1127-1144, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a12.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2020.

AKERMAN, M. et al. Intersectorialidade? Intersectorialidades! **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014.

BACHETTI, J. de R.; BORGES C. N. F. Políticas públicas de saúde no município de Vitória/ES: práticas corporais como estratégia. In: WACHS, F.; ALMEIDA, U. R.;

BRANDÃO, F. F. F. **Educação Física e Saúde Coletiva**: cenários, experiências e artefatos culturais. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. Cap. 3 p. 63 a 86.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e participativa. Departamento de Apoio Gestão participativa. **Cadernos de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BAGRICHEVSKY, M.; *et al.* Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p.497-510, abr./jun. 2013.

BAGRICHEVSKY, M. A formação profissional em educação física enseja perspectivas (críticas) para atuação na saúde coletiva? *In*: FRAGA, A. B.; WACHS, F. **Educação Física e Saúde Coletiva**: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRS, 2007.

BARROS, M.M.M; JORGE, M.S.B. **Concepções e práticas de atenção à saúde mental**: discurso do sujeito coletivo. Fortaleza-Ceará. Editora, UECE, 2011.

BECALLI, M. B.; GOMES, M. I. Práticas corporais/atividade física e saúde: da mobilização do sujeito ao movimento de constituição de espaços. 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.

BECCALLI, M. B. **Mais que atividade física**: os usos e atendimento da saúde entre usuários do Serviço de Orientação ao Exercício da Prefeitura Municipal de Vitória. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física - Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), 2012.

BECCALLI, M. B.; GOMES, I. M. Mais que atividade física: usos e entendimentos da saúde e do Serviço de Orientação ao Exercício da Prefeitura Municipal de Vitória entre usuários do serviço. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 36, n. 2, p. 26-43, abr./jun. 2014.

BENDASSOLLI, P. F; SOBOLL, L. A. P. **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011.

BONATELLI, M. J. **As rendas**. Florianópolis: Faculdade Catarinense de Filosofia, 1956.

BORDENAVE, J. **O que é participação**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretária de Atenção Básica à Saúde. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília, MS; 2009.

_____. **Avaliação de programas de atividade física no Brasil**: uma revisão de evidências em experiências selecionadas. Brasília, MS; 2010

_____. Ministério da Saúde (MS). **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília;1986.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Lei 8.080 – Lei Orgânica da Saúde**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília; 2009.

_____. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria GM/MS Nº 648**, de 28 de março de 2006. Brasília; 2006.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria n.2436**, de 21 de setembro de 2017. 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

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**. Brasília; 16 fev. 2004.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF 07 nov. 2013. 2.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Programa de Saúde da Família: Saúde dentro de casa**. Brasília; 1994.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília; 1997.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília; 2010.

_____. Ministério da Saúde (MS). 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.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **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; 2012.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília; 2009

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** / Brasília; 2009.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Avaliação de efetividade de programas de atividade física no Brasil**. Brasília; Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_fisica.pdf>. Acesso em: 6 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial** / Brasília; 2004.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas**. Brasília; 2000.

_____. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**. Brasília; 2008.

_____. Ministério da Saúde (MS). Decreto nº 6286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE. *In. Presidência da República, Casa Civil –Subchefia para Assuntos Jurídicos*. Brasília-DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.html>. Acesso: 06 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Anexo I da **Portaria de Consolidação nº 2**, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília; 2018.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)**. Brasília; 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização– HUMANIZASUS**. Documento de base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2008.

_____. Cartilha da PNH: **Acolhimento nas práticas de produção e saúde**. Brasília, 2006.

BRUNGNEROTTO, F.; SIMÕES, R. Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde. **Physis**, v.19, n.1, p.149-172, 2009.

BUENO, A. X. **Entre o fazer e o registrar da Educação Física no NASF: a relação conflitante entre a classificação brasileira e ocupações e os procedimentos possíveis de registro pelo profissional de Educação Física**. 2012. 106 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano). Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Escola de Educação física do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CAMPOS JUNIOR, C. T. **A construção da cidade: formas de produção imobiliária em Vitória.** Vitória: Florecultura, 2002.

CARMO, M. E; GUIZARDI, F. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis: Revista de Saúde coletiva**, 27(4), 2017.

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Ed. HUCITEC, 2003.

CALENTE, D. S. **A experiência do grupo condutor na implantação do NASF em Vitória-ES.** Vitória, 2017. 124 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.

CAMARGO JUNIOR, K. R. **Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe.** 2 ed. CEPESC-IMS/UERJ - ABRASCO. Rio de Janeiro, 2010.

CAMARGO, L. P. **Relações intersetoriais no SOE enquanto política pública que atua com práticas corporais para a população idosa.** 2017. 85 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.

CAMPOS G.W.S. Considerações sobre a arte da ciência da mudança: revolução de coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO L.C.O, organizador. **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec; 1994. p. 29-87.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida.** 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **Saúde Paidéia.** 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** A constituição dos sujeitos, a produção e valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000a.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

_____. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, sup. 12, p. 1865 - 1874, 2007.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000400007&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerência do trabalho em equipe de saúde. In: MERHY, Elias. Emerson; ONOKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 2000.

_____.; *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 18, supl.1, p. 983-95, 2014.

_____.; *et al.* Reflexões sobre Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família. *In*. CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 132-153.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 18, supl.1, p. 983-95, 2014.

CAPONI, S. **A saúde como abertura ao risco**. (Org.). CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e perspectivas. Rio de Janeiro: 2ª Edição. Fiocruz, 2009.

CARVALHO, F. F. B.; NOGUEIRA, J. A. D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da promoção da saúde na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1829-1838. jun. 2016.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. As instituições privadas poderão participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde... ou será o contrário? **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 92, p. 11-20, 2012.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. *In*: CAMPOS, G. W. S.; *et al.* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.149-182.

CARVALHO, Y. M. Práticas corporais e comunidade: um projeto de Educação Física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. *In*: FRAGA, A. B.; WACHS, F. **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007, v. 1, p. 63-73.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n.16, p.161-77, 2005b.

CECCIM, R. B; BILIBIO, L. F. Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. *In*. BRANCO, A. F; WACHS, F. (Orgs.). **Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenções**. 2 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 47-62.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. Singularidades da Educação Física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. *In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. Educação Física e Saúde Coletiva*. Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRS, 2007.

CHIAVERINI, D. H. (Org). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF/ Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COELHO, I. B.. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. *In. CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo, Editora Hucitec, 2010, p. 96 a 132

COELHO, M. A. A. **A aranha vive do que tece**: quando o educador físico e o idoso tecem a promoção da saúde na estratégia saúde da família. Sobral, 2003, f. 150 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Vale do Acaraú, 2003.

CONILL, E. M. Ensino histórico-conceitual sobre Atenção Primária à Saúde: desafios para organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em Centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S7-S27, 2008. Suplemento 1.

COSTA, J. F. R; PORTELA, M. C. Percepções de gestores, profissionais e usuários acerca do registro eletrônico de saúde e de aspectos facilitadores e barreiras para a sua implementação. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(1).

COUTINHO, S. da S. **Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde**. 2011. 208 f Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CRUZ, C. H. **Competências e Habilidades**. Rio de Janeiro: Edição Loyola, 2002.

CRUZ, S. C. de S; WERNER, R. C. D. Panorama atual da atenção à saúde do município. *In: CRUZ, Sheila Cristina de Souza et al. Saúde pública em Vitória: vários olhares*. Vitória: Aquarius, 2012. Cap. 16. p. 09-264.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CUNHA, G. T; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária à Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

CUNHA, R. C. L.; *et al.* Efeitos de um programa de caminhada sob os níveis de autonomia funcional de idosas monitoradas pelo programa saúde da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 255-265, 2010.

CZERESNIA, D. F. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In: CZERESNIA, D. F.; MACHADO, C. (Orgs.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e perspectivas*. Rio de Janeiro, 2ª Edição. Fiocruz, 2009.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DAMICO, J. G. S.; KNUTH, A. G. O des(encontro) das práticas corporais e atividade física: hibridizações e borramentos no campo da saúde. **Movimento**, v. 20, n. 1, p. 329- 350.

DIAS, M. S. de A, et al. **Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11):4371-4382, 2014

DIAS, M. do S. A.; et al. **Tecnologias leves em saúde: saberes e práticas da Residência Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família [recurso eletrônico]** – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2015. 385 p. (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

DONNAGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho.** 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

DIMENSTEIN, M; LIMA, A.I; MACEDO, J.P. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. (ORG). PAULON, S; NEVES, R. Saúde mental na Atenção Básica. Porto Alegre: Editora Sulina. 2013.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v.18, n.1,p. 63-74, jan.-mar. 2009.

FEURWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede Unida, 2014. 175 p.

FERREIRA, T., *et al.* A inserção do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família: visão dos profissionais. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 3, p. 228-236, maio/jun. 2016.

FERREIRA, L.S. **O trabalho da Educação Física na composição de equipes de saúde mental especializada em álcool e outras drogas.** 2013. Dissertação (Mestrado) – escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

FILHO, N. A. "Intersetorialidade, Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva: Atualizando Um Debate Em Aberto." **Revista De Administração Pública** 34.6 (2000).

FIQUEIREDO, M. D.; ONOCKO CAMPOS, R. **Saúde mental e Atenção Básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica.** *Saúde Debate*, Londrina, v.32, n.78/79/80, p. 143-149, jan-dez 2008.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro, R; Matos, Rubens Araújo (Orgs). **Gestão em Redes** Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO. 2006, p.459-473. Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/ConteudoDigital/20170505_aj19602_bairro_maruipe_vitoria.pdf. Acesso em: 15 mar 2022.

FRANCO, T. B; MERHY, E.E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Textos reunidos. São Paulo: Hucitec. 2013.

FRAGA, A. B. **Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa**. Campinas: Autores Associados, 2006.

FREITAS, F. de F. **A Educação Física no serviço público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

FURTADO, G. V. N; KNUTH, A. G. Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF) em Rio Grande/RS: percepção sobre o trabalho realizado pela educação física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas/RS, v. 20, n. 5, p. 514-523. Set/2015.

GAZIGNATO, E. C. S., SILVA, C.R.C. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde Debate**, 38 (101), 296-304, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0296.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

GOMES, L. R. e S. G. **O yoga no Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) em Vitória: ambivalências acerca dos significados atribuídos a uma prática corporal oriental**. 2018. 226 f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2018.

GOMES, M. A. **Orientação de atividade física em Programa de Saúde da Família: uma proposta de ação**. Florianópolis, 2007. 200 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

GOMES, M. A.; DUARTE, M. de F. da S. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela Estratégia Saúde da Família: Programa Ação e Saúde Floripa – Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Londrina, v. 13, n. 1, p. 44-56, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1998.

GONÇALVES, J. P. P.; *et al.* Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate** Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 43-50, jan./mar. 2013.

GUTIÉRREZ, A. C. **Núcleo de apoio à saúde da família do Território Escola Manguinhos: análise sob a perspectiva do apoio matricial**. Campinas, 2014. 135f. Tese (doutorado em saúde coletiva). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. Panorama das microrregiões capixabas: desenvolvimento regional sustentável. **Região Metropolitana**. Governo do Estado do Espírito Santo. 2020. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/images/files/projetos/desenvolvimento_regional/Panorama_Microrregiao_Metropolitana.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2020.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Perfil da pobreza no Espírito Santo: famílias inscritas no CadÚnico 2019**. Vitória, ES, 2019.

IPEA. Atlas da violência: retratos dos municípios brasileiros 2019. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/downloads/7047-190802atlasdaviolencia2019municipios.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2020.

IPEA. **Relatório de pesquisa a nova plataforma da vulnerabilidade social: primeiros resultados do índice de vulnerabilidade social para a série histórica da Pnad (2011-2015) e desagregações por sexo, cor e situação de domicílio**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9477/1/A_nova_plataforma_da_vulnerabilidade_social.pdf. Acesso em: 13 dez. 2020.

IBGE. **Censo Demográfico 2010** - características gerais da população. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao>. Acesso em: 30 ago. 2018.

IGLESIAS, A. **O matriciamento em saúde mental sob vários olhares**. 2015. 361 f. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória-ES, 2015.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Perfil da pobreza no Espírito Santo: famílias inscritas no CadÚnico 2017**. Vitória, ES, 2018. 87p.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Perfil da pobreza no Espírito Santo: famílias inscritas no CadÚnico 2016**. Vitória, ES. 2016. Disponível em: <http://www.ijns.es.gov.br/artigos/4812-perfil-da-pobreza-no-espírito-santo-familiasinscristas-no-cadunico-2016>. Acesso em: 18 set. 2018.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Síntese dos indicadores sociais do Espírito Santo - PNAD 2017**. Análise das condições de moradia no Espírito Santo. Vitória, ES, 2018.

IRIBARRY, I. N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicologia: Reflexão e Crítica** [online]. 2003, v. 16, n. 3 [Acessado 19 Abril 2022], pp. 483-490. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000300007>. Epub 31 Maio 2004. ISSN 1678-7153.

INOJOSA R. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos Fundap** 2011; 22:102-110

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de Gestão na Saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, v. 2, n. 6, p. 31-46. 1997.

LIRA, P.; MONTEIRO, L. L. Violência, urbanização e desenvolvimento humano: uma análise espacial nos municípios capixabas. *In*. BÁRBARA, O. M.; COSTA, M. A.; FAVARÃO, C. B. **Territórios em números: insumos para políticas públicas a partir da análise do IDHM e do IVS de UDHS e regiões metropolitanas brasileiras**. Livro 2 /. – Brasília: IPEA : INCT, 2017

KNUTH, A. G.; *et al.* Avaliação de programas de atividade física no Brasil: uma revisão de evidências em experiências isoladas. *In*. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília - DF; Ministério da Saúde; 2011. 372 p.

KNUTH, A. G.; *et al.* Rede nacional de atividade física do Ministério da Saúde: resultados e estratégias avaliativas. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.15, n. 4, p. 229-233, set. 2010.

LARISSA, R. P. C; BARBIERI; A. R. SANTOS, M. L. de M. dos S. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.514-524, Abr.-Jun. 2015

LAZZAROTTI FILHO A.; *et al.* O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da Educação Física. **Movimento**. Porto Alegre, v.16, n.1, p. 11-29, jan/mar. 2010.

LEFEVRE, F. LEFEVRE, A.M.C. **Promoção da saúde, ou a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LUCENA, D.; *et. al.* A inserção da educação física na estratégia saúde da família em Sobral/CE. **Sanare: revista de políticas públicas**. Sobral, v. 5, n. 1, jan./mar. 2004.

LUZ, M. T. Educação Física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. *In*: FRAGA, A. B.; WACHS, F. **Educação Física e Saúde Coletiva**. Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRS, 2007.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social**; razão médica e racionalidade científica moderna. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2017.

MADUREIRA, R. M. S; BISSOLI, S. M. Apoio Matricial em Saúde do Idoso: a experiência do Município de Vitória – ES. *In*: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C.; SILVA, F. H. da; SILVA JUNIOR, A. G. da. (Orgs.). **Experienci(ações) e práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa**. Rio de Janeiro: EPESC/ABRASCO, 2014. p. 135-147.

MADUREIRA, R. M. S.; BISSOLI, S. M. Apoio Matricial em Saúde do Idoso: a experiência do município de Vitória – ES. *In*: SILVA, A. G. da. **Experiência(ações) e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: EPESC/ABRASCO, 2014. p. 135-147.

MAFRA, L. de P. V. **A trajetória do NASF no município de Pirai**: uma análise para além da gestão. Rio de Janeiro, 2012. 53f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MALTA, D. C. *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 79-86, jan.-mar. 2009.

MATTOS, R. A de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, R.; ROSA, T. Segregação socioespacial e ambiental em São Pedro (Vitória – ES /Brasil). In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 2012, 7. Portugal. **Anais...** Portugal: Universidade do Porto, 2012. p. 2-16.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO. 2001. p. 39-64.

_____. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ**, v. 13, p. 1, p. 781-95, 2009.

MÂNGIA, E. F; LANCMAN, S. (2008). Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. 19 (2). Recuperado de: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14030/15848>.

MARTINEZ, J. F. *et al.* Práticas Corporais e SUS: Tensões teóricas e práticas. In: FRAGA, Alex Branco; CARVALHO, Yara Maria; GOMES, Ivan Marcelo. (Orgs.). **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MARTINEZ, J. F. N. **Educação Física e Saúde Pública**: a inserção do profissional de Educação Física em um núcleo de apoio à saúde da família. Goiânia/GO. Goiânia, 2014, 289 f. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Goiás, Programa de Ciências da Saúde, 2014. Goiás Goiânia, 2014.

MARTINEZ, J. F. N.; SILVA, A. M.; SILVA, M. S. As diretrizes do NASF e a presença do profissional de Educação Física. **Motrivivência**, v.26, n.42, p.222- 237, jun. 2014.

MATHIAS, R. L.; et al.,. Apontamentos para a atuação do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde: um ensaio. **Rev Bras Ativ Saúde**.2019;24:e0069. DOI: 10.12820/rbafs.24e0069s

MEDEIROS, M. **Competências**: diferentes lógicas para diferentes expectativas. Recife: EDUPE, 2006.

MENDES E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010. Disponível: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2010.v15n5/2297-2305/pt>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000500005>>. Acesso em: 21 ago. 2020.

MENDES, V. M. **As práticas corporais e a clínica ampliada:** A Educação Física na Atenção Básica. São Paulo, 2013, 178f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MENDES, V. M.; CARVALHO, Y. M. Sem começo e sem fim... com as práticas corporais e a Clínica Ampliada. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 603-13, 2015.

MENDES, V. M.; CARVALHO, Y. M.; BRANDÃO, F. F. F. Nós, com os outros e o SUS: uma perspectiva micropolítica do cuidado para além da atenção básica. *In*. WACHS Felipe; ALMEIDA, U. R.; BRANDÃO, F. F. F. (Orgs) **Educação física e saúde coletiva:** cenários, experiências e artefatos culturais. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

MENDES, V. M.; CARVALHO, Y. M. Práticas Corporais e Clínica ampliada: experimentando tessituras para a composição de outros modos de cuidado. *In*: WACHS, F; ALMEIDA, U. R; BRANDÃO, F. F. de F. **Educação Física e Saúde Coletiva:** cenários, experiências e artefatos culturais. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. Cap. 16. p. 6-379.

MENDONÇA, A. M. **Promoção da saúde e processo de trabalho dos profissionais de educação física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.** Londrina, 2012 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina – PR, 2012.

MENDONÇA, M. L. P. **Algumas considerações sobre rendas e rendeiras do nordeste.** Fortaleza: Imprensa Universitária, 1961.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: micropolítica do trabalho vivo em saúde do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec / Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. O desafio que é a educação permanente tem em si: pedagogia da implicação. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

MERHY, E. E.; FEUERWEKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colect**, v. 2, n. 2, p. 147-60, 2006.

MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71 – 111.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: 2 ed. Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 427-432

MERHY, E. E., et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. 296 pp.

MEYER, D. E. E. Processos coletivos de produção de conhecimento em saúde: um olhar sobre o exercício de enfermagem no hospital. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 1, p. 95-99, jan./fev. 2006.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

NASCIMENTO, D. D. G; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O mundo da saúde**. São Paulo, 34(1), 92-96. 2010. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf. Acesso em: 12 maio. 2021.

NASCIMENTO, J. T.; BACHETTI, J; CARMO, S. do; PIMENTA, A; BORGES, C. F. **Práticas Corporais perspectivadas na Saúde Pública: Investigações sobre ações conjuntas na gestão da Prefeitura de Vitória - ES**. 66ª Reunião Anual da SBPC, CBCE - Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte, 2014

OLIVEIRA B. N.; WACHS, F. Educação física, atenção primária à saúde e organização do trabalho com apoio matricial. **Rev Bras Ciênc Esporte**. 2018a.

OLIVEIRA B. N.; WACHS, F.. Educação Física e atenção primária à saúde: apropriações acerca do apoio matricial. **Movimento**, Porto Alegre, v. 24, n. 1., p. 173-186, jan./mar. de 2018b.

OLIVEIRA, G. N. de. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. Campinas, 2011. 168f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

OLIVEIRA, I. L. **Voleibol adaptado para Melhor Idade**. Conexão Itajubá: Itajubá, 2009.

OLIVEIRA, V. J. M. **Sobre as presenças e ênfases dadas ao tema da saúde na formação inicial em educação física no Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo**. Vitória, 2018. 394 f. (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Centro de Educação Física e Desporto, Universidade Federal do Espírito Santo, 2018.

ORNELAS, A. L.; TEIXEIRA, M. G. C. Intersetorialidade ou diálogos setoriais? Reflexões a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Manguinhos, Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 39, n. 106, p. 659-670, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151060003008>>. Acesso em: 15 mai. 2022.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto Terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. [Dissertação]. Campinas, 2007. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

OLIVEIRA, N. G. O projeto terapêutico singular In.: CAMPOS Gastão Wagner Sousa GUERRERO, André Vinicius Pires. (Orgs.). Organizadores. **Manual de práticas da atenção básica**. Saúde ampliada e compartilhada. 2ª ed. São Paulo: editora hucitec; 2010. p. 283-297.

- Oliveira, M. M; Campos, W.G.S. (2015). Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20(1), 229-238.
- PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 473-87.
- PAIM, J. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008.
- PARANAGUÁ, T. T. B; *et al.* As práticas integrativas na Estratégia Saúde da Família: visão dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, 2009 v. 17(1), p. 75-80. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a14.pdf>. Acesso em: 18 set. 2020;
- PARENTE, J. R. F. Preceptoria e tutoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Revista de Políticas Públicas- Sanare**, Sobral, v.7, n.2, p.47-53, jul./dez. 2008.
- PASQUIM, H. M. A Saúde Coletiva nos Cursos de Graduação em Educação Física. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 193-200, 2010.
- PEREZ, G; *et al.* A adoção de inovações tecnológicas na área de saúde: um estudo sobre sistemas de informação sob a ótica da teoria de difusão. **Revista de gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação Journal of Information Systems and Technology Management** vol. 7, n. 1, p.71-94, 2010.
- POZENA, R.; CUNHA, N. F. S. Projeto “Construindo um Futuro Saudável através da prática da atividade física diária”, **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.1, 2009.
- PRADO, A. R.; CARVALHO, Y. M. Formação em Educação Física: experiências de integração ensino-serviço na atenção básica em saúde. **Movimento**, v. 22, n. 2, p. 635-646, abr./jun. 2016.
- PUSTAI, O. J. O sistema de saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- RAMOS, A. **A Renda de Bilros e sua aculturação no Brasil** / com Luiza Ramos Rio de Janeiro, Publicações da Sociedade Brasileira e Antropologia e Etnologia, 1948.
- RIBEIRO, M.D.A., BEZERRA, E.M.A., COSTA, M.S., BRANCO, C.E.C., NETO, J.D.A., MOREIRA, A.K.F., FILGUEIRAS, M.C. (2014). Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Bras Promoç Saúde**. 27(2), 224-231. doi: 10.5020/18061230.2014.
- ROCHA, V. R. CENTURIÃO, C. H. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. **Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenções**. 2.ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007 p.17-33.
- RODRIGUES, J. *et al.* Perfil e atuação do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 4, p. 352-365, jul./ago. 2015.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. da. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 39, n. 4, p. 460-468, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342005000400013>. Acesso em: 20 ago. 2022.

ROMANHOLI, A. C.; ANDRADE, A. N. Na corda bamba: saúde mental e atenção primária. In: CRUZ, Sheila Cristina de Souza *et al.* **Saúde pública em Vitória: vários olhares**. Vitória: Aquarius, 2012. Cap. 16. p. 09-264.

ROMANHOLI, A. C. **Na corda bamba: reforma psiquiátrica e saúde mental na atenção primária**. Vitória, F. 304. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES – 2004.

RUSCHI, G. E. **Metodologia de gestão do trabalho em saúde e a qualidade da assistência pré-natal e seus desfechos perinatais no município de Vitória, Espírito Santo**. Vitória, 201. F.133. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, 2018.

RIBEIRO, L.; RIBEIRO, M. **Análise social do espaço urbano-metropolitano: fundamentos teórico-metodológicos e descrição dos procedimentos técnicos**. Rio de Janeiro: INCT-Observatório das Metrópoles, 2011.

SANCHOTENE, V. C. Voleibol Sentado: uma revisão da literatura. **Revista Thema**. Volume 15, Nº 2, Pág. 563 a 574. 2018

SANTOS, A. L; RIGOTTO, R. M. Território e Territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 8, n.3 p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011.

SANTOS, M. **O país distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania**. In: RIBEIRO, W.C. (org.). São Paulo: Publifolha, 2002.

SANTOS, S. F. da S. dos; *et al.* Apoio Matricial e a atuação do Profissional de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 22, n. 1, p. 54-65, jan./fev. 2017.

SANTOS, S. F. da S. dos; BENEDETTI, T. R. B. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 3, p. 188-194, jun. 2012.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. de; GOMES, R. da S.. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 603-613, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832009000500012>.

SARMENTO, H. T. Vitória (ES): experiência exitosa em PICs. MPHIC. **Journal of Management and Primary Health Care. J Manag Prim Heal Care**. 2017; 8(2):333-342.

SARMENTO, H. T; GENTILLI, R. M. L. Mundialização do capital e política de saúde: desafios para as práticas integrativas e complementares no SUS. **Revista de Política Pública**. São Luís, v. 20, n 1, p.103-120, jan./jun. 2016.

SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, abr. 2008.

SCHWART, Y; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia**: conversa sobre atividade humana. Niterói-RJ. Universidade Federal Fluminense. 2007.

SILVA, A. L. F. da S; OLIVEIRA, B. N. A trajetória da educação física no sus em Sobral-CE: Um resgate histórico. **Conexões**: revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas, v. 11, n. 2, p. 193-207, 2013.

SILVA, A. L. F. da S. SOUSA, R. M. A roda como espaço de co-gestão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do município de Sobral-CE. **Revista Sanare**

SILVA, V. C. **O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória – ES**: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde. Rio de Janeiro, 2004. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro-RJ, 2004.

SILVA, A. L. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. Os nexos entre a concepção do processo saúde/doenças mental e as tecnologias de cuidados. 2003. Acessado em: 03 de julho de 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/8zMC6L66PzSjtLykDf9nSCz/?lang=pt>>. Acesso em: 14 ago. 2021.

SIMONETTI, M. G.; ALVES, G. S. Subjetividades da dor: lugar de toda pobreza, de Amylton de Almeida. **Domínios da Imagem**. Londrina, v. 8, n. 15, p. 123-138.

SOUSA, I. M. C.; *et al.* Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad. Saúde Pública**, 2012, 28(11):2143-2154. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012001100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2020.

SOUSA, F. D. B. **Ginástica comunitária**: uma tecnologia em saúde da família. Sobral, 2007, 100 f. Trabalho de Conclusão do Curso (Especialização) - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Vale do Acaraú, 2007.

SOUZA, F. dos R. **Processo de construção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na Atenção Básica do Estado do Ceará**. 2013. 221f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

SOUZA, S. C; LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 5-10, 2011.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito** (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: mudança ou conservação? *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 287-301.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância no contexto da regionalização da assistência à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento):153-162, 2002.

TESSER, C. D; SOUSA, I. M. C; NASCIMENTO, C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde debate** | Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 174-188, setembro 2018.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p 296-357.

UBS JARDIM DA PENHA. Prefeitura Municipal de Vitória (PMV). **Um novo olhar sobre o território de Jardim da Penha: Estudo realizado para atualizar informações das equipes de Estratégia Saúde da Família da Unidade de Saúde Otaviano Rodrigues de Carvalho, sobre o território de abrangência sob a responsabilidade da unidade**. 2017. Vitória-ES.

VARNIER, T. R; ALMEIDA, Q. F. “Afiml, o que procuro?” – a busca dos usuários de um programa de educação em saúde da cidade de Vitória-ES para o cuidado com o corpo obeso. WACHS Felipe; ALMEIDA, Uebrson Ribeiro; BRANDÃO, Fernanda Freitas Fernandes. (Orgs.). **Educação física e saúde coletiva: cenários, experiências e artefatos culturais**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

VENTURIM, L. M. de V. P.; CADE, N. V. Efeitos do programa “Peso” (promoção de estilo de vida saudável na obesidade) sobre variáveis antropométricas, hemodinâmicas e bioquímicas. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 12, n. 1, p.19-29, set. 2007.

VENTURIM, L. M. V. P.; MOLINA, M. D. C. B. Mudanças no estilo de vida após as ações realizadas no serviço de orientação ao exercício: Vitória/ES. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. 2005; 10(2). Disponível em: <file:///H:/constru%C3%A7%C3%A3o%20do%20projeto%20de%20tese/textos%20marcados%20para%20introdu%C3%A7%C3%A3o/venturim%202005%20vix%20soe.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2018.

VIEIRA, L. A. **Análise do desempenho e da influência da força e potência muscular dos membros inferiores no equilíbrio postural de idosos ativos e sedentários**. 2019. 153 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019.

VIEIRA, L. A; ALBUQUERQUE, S. B. G. de; VENTURIM, F. O; CARVALHO, F. F. B. de; ALMEIDA, U. R. 30 ANOS DO SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO AO EXERCÍCIO EM VITÓRIA/ES: pioneirismo nas práticas corporais e atividades físicas no sistema único de

saúde. **Movimento (Esefid/Ufrgs)**, [S.L.] Porto Alegre, v. 26, p. 01-20, 9 dez. 2020. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <http://dx.doi.org/10.22456/1982-8918.103142>.

VITÓRIA. **PLANO DE SAÚDE DA SECRETARIA DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2018**. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Vitória/ES. 2018.

VITÓRIA. Prefeitura de Vitória. Vitória on line. Vitoria-ES. Disponível em: <https://www.vitoria.es.gov.br/noticia/seminario-discute-atuacao-e-importancia-das-camaras-territoriais-3357>. Acesso em: 12 ago. 2020.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria municipal de saúde. Diretrizes do matriciamento do município de Vitória-ES. 2019. Disponível em: http://neipc.ufes.br/sites/neipc.ufes.br/files/field/anexo/diretrizes_do_matriciamento.pdf Acesso em: 18 ago. 2020.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória (PMV). Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. **Plano Municipal de Saúde: 2018-2021**. Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20171229_plan_mun_saude_2018-2021.pdf. Acesso em: 02 mar. 2018b.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória (PMV). **Vitória em dados**. Disponível em: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/bairros/regiao3/consolacao.asp>. Acesso em: 28 out. 2019.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória (PMV). **Santa Martha**. Disponível em: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/bairros/regiao4/santamartha.asp>. em: 28 out. 2019

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória (PMV). Andorinhas. **Vitória em dados**. Disponível em: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/bairros/regiao4/andorinhas.asp>. Acesso em: 28 out. 2019

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória (PMV). **Vitória Bairro a Bairro**. Secretaria municipal de gestão estratégica – SEGES. 2013. VITÓRIA, ES.

WACHS, F. **Educação física e Saúde mental**: uma prática de cuidado emergente em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Porto Alegre, 2008 130 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) - Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Porto Alegre, 2008.

WACHS, F. Educação Física e Saúde Mental: algumas problemáticas recorrentes no cenário de práticas. WACHS Felipe; ALMEIDA, Uebrson Ribeiro; BRANDÃO, Fernanda Freitas Fernandes. (Orgs.). **Educação física e saúde coletiva**: cenários, experiências e artefatos culturais. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

WARSCHAUER, M.; *et al.* As escolhas das práticas corporais e dos profissionais que as conduzem nas unidades básicas de saúde do distrito Butantã-SP. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 15.; CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 2., 2007, Recife. **Anais...** Recife, 2007.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Caro Participante:

Você está sendo convidado para participar como voluntário da pesquisa: **PRÁTICAS DE SAÚDE DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO NASF NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA-ES**, que se refere a uma tese de doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Espírito Santo – Vitória – UFES – Campus Goiabeiras no qual o pesquisador principal, **André Luis Façanha da Silva**, encontra-se inscrito. Você foi selecionado porque é profissional de saúde (NASF, equipe de SF e gestor) da Atenção Básica à Saúde, do estado do Espírito Santo, Vitória, está empregada, no serviço público de saúde, especificamente na Estratégia Saúde da Família. Porém sua participação não é obrigatória. Os objetivos do estudo consistem em: Analisar as práticas de saúde do profissional de Educação Física a partir da interface produzidas com os profissionais do NASF, a equipe de referência e o usuário, em particular os dispositivos que atravessam o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória-ES. Identificar quais os dispositivos que operam nas práticas de saúde do profissional de Educação Física, em particular no apoio matricial junto ao NASF, Equipe de Saúde da Família e usuários; Compreender como se dá a prática de saúde do profissional de Educação Física na relação com profissionais do NASF, equipe de Saúde da Família e usuários, particularmente no trabalho em equipe; Problematizar as práticas de saúde do profissional de Educação Física, em particular no trabalho em equipe no enfrentamentos de demandas e questões sociais.

A pesquisa pretende contribuir para a qualificação da educação física na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família, evidenciando as macro e micropolíticas existentes nas práticas de saúde no exercício profissional a serem trabalhadas e socializadas. Tem ainda a intenção de colaborar no processo de transformação da atuação do profissional de Educação Física, além de fortalecer o repertório científico do Saúde da Família e da Educação Física enquanto área de conhecimento.

Sua forma de participação é voluntária e não receberá nada, mas caso tiver eventual despesa para sua participação haverá garantia de ressarcimento. Se houver eventual dano ao participante decorrente da pesquisa é garantido o direito de buscar indenização. A previsão de tempo para a entrevista é de um hora, grupo focal duas horas e as observações participantes entre três a quatro horas por período no seu local de trabalho. As entrevista e grupo poderão ser outro local que lhe for conveniente, de acordo com sua disponibilidade. Em termo de entrevista e grupo focal serão gravadas em áudio, e que não haverá divulgação da sua voz. Em relação a observação participante farei anotações de campo, entretanto, seu nome não será divulgado em qualquer fase da pesquisa.

Os riscos relativos à participação na pesquisa são mínimos, caracterizados pela possibilidade de cansaço físico durante a realização da entrevista. Para tanto, serão oferecidos garantia de que a mesma poderá ser interrompida a qualquer momento, caso essa possibilidade se concretize. Ressalta-se novamente que se garante o anonimato dos participantes, bem como serão assinados e entregue as partes interessadas uma via original do TCLE para cada participante e pesquisador Durante a realização da pesquisa você poderá solicitar quaisquer esclarecimentos que julgar necessário acerca dos procedimentos adotados, visando eliminar dúvidas que porventura venham a surgir sobre sua participação na mesma.

Ressalto que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação, se assim o preferir, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou prejuízos em sua relação com as instituições

envolvidas no estudo. Ressalto ainda que sua possível recusa não implicará em prejuízos de qualquer ordem em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais sendo assegurado sigilo sobre sua participação. Seu nome não será divulgado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários e/ou os serviços de saúde envolvidos.

Desde já agradeço sua participação e coloco-me à disposição para maiores informações. Caso concorde em participar, o termo de consentimento livre esclarecido será assinado e rubricado em todas as páginas, em duas vias, por ambos, garantido que uma delas ficará em sua posse.

Em caso de denúncias e ou intercorrências na pesquisa o comitê de ética poderá ser acionado e que o contato poderá ser feito: pelo telefone (27) 3145-9820, pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com, pessoalmente ou pelo correio, no seguinte endereço: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória- ES, CEP 29.075-910.

Assinatura do Pesquisador: _____

Avenida Fernando Ferrari, 20,
Apartamento 101 Bairro Pontal de
Camburi, Vitória-ES Fone (88)
9927, 15 44 (27) 981469513
Email: andre_facanha@hotmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou os objetivos da pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento. O pesquisador declarou ainda que o projeto foi submetido a Prefeitura Municipal de Vitória – ES, que foi encaminhada para Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), comitê de ética em pesquisa da UFES via Plataforma Brasil.

_____, _____, de _____ de 2019.

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE B – Roteiro e programação dos encontros do grupo ampliado de pesquisa

Primeiro encontro

DATA: maio de 2019

LOCAL: CEFD UFES

HORÁRIO: 8h30min

Objetivo: discutir sobre os processos de trabalho em saúde, tendo as cenas sistematizadas e questões norteadoras como meio para o aprofundamento singular e coletivo das intervenções do PEF na ESF.

Programação do encontro

8:30h: acolhida dos/as PEF

Primeiro momento:

Aplicação das planilhas de detalhamento e formulário de dados pessoais, profissionais, formativos e de experiência de trabalho.

Segundo Momento: roda de conversa

Relate sua experiência no NASF.

Terceiro Momento: elaboração dos critérios de escolha dos territórios do NASF

Quarto Momento: Avaliação do encontro.

Segundo Encontro

DATA: agosto de 2019

LOCAL: CEFD UFES

HORÁRIO: 8h30min

Objetivo: discutir sobre os processos de trabalho em saúde, tendo as cenas sistematizadas e questões norteadoras como meio para o aprofundamento singular e coletivo das intervenções do PEF na ESF.

Primeiro Momento: roda de conversa

Em que medida a proposta do NASF orienta o trabalho em saúde do PEF na ESF?

Segundo Momento: apresentação e discussão das cenas

Reunião de equipe de NASF; reunião do PEF com Equipe do Saúde da Família; Atendimento do PEF com profissional do NASF no consultório; Atendimento do PEF com profissional da Equipe de Saúde da Família no consultório.

Terceiro Momento: roda de conversa

Como a proposta do NASF orienta a organização do trabalho em saúde do PEF?

Terceiro Encontro

DATA: novembro de 2019

LOCAL: CEFD UFES

HORÁRIO: 8h30min

Primeiro Momento: roda de conversa

Quais os problemas de saúde em que o PEF do NASF acompanha e intervém na ESF?

Segundo Momento: apresentação e discussão das cenas

Visita Domiciliar; Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista; Atendimento Individual; Articulação com outros setores; Educação em Saúde e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

Terceiro Momento: roda de conversa

Qual o papel que a gestão da GAS-GAB-NASF da SEMUS e da direção da UBS têm desempenhado nos processos de trabalhos do PEF do NASF?

APÊNDICE C – Formulário de informações individuais e de atuação

DADOS E INFORMAÇÕES PESSOAIS E PROFISSIONAIS E DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES EM SAÚDE

Sexo:
Data de Nascimento:
Idade:

LEGENDA:

A.I: Ano de Ingresso
A.C: Ano de Conclusão
IES: Instituições de Ensino Superior
M.C: Matriz Curricular
T.A: Tempo de Atuação
Esp. Especialização
Ms. Mestrado
Dr. Doutorado
PhD. Pós-doutorado
TCC: Trabalho de Conclusão de Curso

Tabela 01: Sobre a Graduação

Graduação / IES	A.I	A.C	M. C

Tabela 02: Sobre a Pós-Graduação

Nível (marque um X)				Nome da pós-graduação e qual a área de concentração
Esp.	Ms.	Dr.	PhD	

Nível (marque um X)				Nome da pós-graduação e qual a área de concentração
Esp.	Ms.	Dr.	PhD	

Nível (marque um X)				Nome da pós-graduação e qual a área de concentração
Esp.	Ms.	Dr.	PhD	
X				Yoga

Nível (marque um X)				Nome da pós-graduação e qual a área de concentração
Esp.	Ms.	Dr.	PhD	

Nível (marque um X)				Nome da pós-graduação e qual a área de concentração
Esp.	Ms.	Dr.	PhD	

Nível (marque um X)				Nome da pós-graduação e qual a área de concentração
Esp.	Ms.	Dr.	PhD	

--

Tabela 03: Outras formações de curta duração pela SEMUS/SUS

Curso	Instituição/Ano	C.H

Tabela 04: Outras formações de curta duração de interesse pessoal e profissional

Curso	Instituição/Ano	C.H

Tabela 05: Experiências profissionais antes do concurso e durante o período de concursado

Campo de Trabalho	Função/Período (ano de início e termino)	T.A

Tabela 06: Atuação profissional em andamento seja na SEMUS ou outro campo de trabalho

Campo de Trabalho	Função/Período	T.A

DESCRIÇÕES DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA CATEGORIA DA EDUCAÇÃO FÍSICA DO NASF NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA CIDADE DE VITÓRIA.

Objetivo: ampliar com mais informações e dados sobre as atividades desenvolvidas, além das que foram identificadas, como outras.

Grupo de Atividade Física e Práticas Corporais
Reunião de NASF
Reunião Equipe de Saúde da Família (EqSF)
Grupo de apoio terapêutico ao tabagismo
Atendimento Individual
Visita domiciliar
Atendimento com Equipe Saúde da Família
Atendimento com NASF
PEF e outra secretaria do município
PEF NASF e SOE
Educação em saúde
Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
Registros (digital e manual) de atividades na Rede Bem-Estar
Outras Atividade que não foram identificada na observação participante e que o/a PEF realiza.

APÊNDICE D – Roteiros de entrevista individual na confrontação dos dados

Roteiro de entrevista individual sobre temáticas do campo

Entrevistada: P4

1 O território

- 1.1 Você poderia descrever/falar sobre o território onde você atua? Que territórios de saúde são esses de Andorinhas e Santa Marta?
- 1.2 Como é para você trabalhar nesses territórios?
- 1.3 Fique a vontade para, caso queira, falar mais alguma coisa sobre o território onde você trabalha.

2 DEMANDA COMUM: processo saúde-doença do usuário, família e coletividades, bem como questões sociais/situações limites do território que demanda cuidado em saúde.

- 2.1 Você poderia apontar os problemas de saúde do território?
- 2.2 Quais desses problemas são mais ou menos recorrentes no território?
- 2.3 Você poderia dizer as causas e consequências desses problemas de saúde do território?
- 2.4 O que você mobiliza para atuar nas causas e nas consequência dos problemas de saúde apontados acima? Abordar por problema de saúde identificado.
- 2.5 Quer acrescentar ou enfatizar alguma coisa, algum fato ou experiência que lhe marcou ao intervir em alguma demanda comum?

4 Trabalhar Junto

- 3.1 Como é para você trabalhar junto com membros do NASF?
- 3.2 Como é para você trabalhar junto aos membros da Equipe de Saúde da Família
- 3.3 O que é necessário para conseguir trabalhar junto aos outros profissionais da saúde?
- 3.4 Na sua opinião, o que é exigido de você (competências/conhecimentos/saberes) nessas reuniões?
- 3.5 O que se aprende nesse trabalho junto? Qual a importância desse “junto” para a intervenção?
- 3.6 Como você percebe e sente a relação (de poder) entre as áreas do conhecimento (Educação Física, Medicina, Enfermagem, farmácia, Psicologia e Serviço Social, Agente Comunitário de Saúde, Dentista e Técnico de Saúde Bucal) e seus respectivos profissionais nas reuniões de NASF e debate dos casos? Como você percebe e sente a relação dos profissionais do NASF e das EqSF com os demais profissionais como o segurança, serviços gerais, da recepção?
- 3.7 Quais contribuições você acha que a EF tem dado a esse trabalho coletivo/junto?
- 3.8 Se você tivesse que instruir um estudante de EF (estagiário) que não conhece nada sobre o NASF, como você o prepararia para participar das atividades do NASF no seu território?

5 Caso comum

- 4.1 Como é atuar junto aos casos das “pastas do NASF” dos casos encaminhados e discutidos pelo NASF ou Caso de NASF?
- 4.2 O que é um “caso bomba?” Como se caracteriza um caso bomba em seu território

- 4.3 Quais as motivações e razões em participar mais ou menos em determinados casos “bomba” ou “casos de NASF”?
- 4.4 Como seus conhecimentos de professora de EF te ajuda a intervir nos casos?

6 Ambiente Domiciliar

- 5.1 Como é atuar junto com membros do NASF ou Equipe de Saúde da Família no ambiente domiciliar?
- 5.2 Como você avalia sua contribuição nessas visitas?
- 5.3 Qual papel/função que a EF tem desempenhado na preparação e atuação nessas visitas/atendimentos compartilhados?

7 Ambiente do Consultório – Atendimento individual

- 6.1 O que você faz no atendimento individual?
- 6.2 Como é atuar sozinha no consultório junto ao usuário?
- 6.3 Quais os motivos, razões e fatores que fazem o usuário vir ao seu atendimento?

8 Trabalho do PEF/NASF e as solicitações das referências técnica da gestão central da SEMUS. A extensão da SEMUS no trabalho do PEF/NASF

- 7.1 Você poderia apontar atividades solicitadas pela coordenação do SOE?
- 7.2 Como você lida com as atividades solicitadas pelo coordenação do SOE?
- 7.3 Quer acrescentar ou enfatizar alguma coisa essas solicitações?

9 Trabalhar juntos a outros setores do território

- 8.1 Como é trabalhar junto a outros setores onde as reuniões tem se caracterizado, como você mesma diz, como um “enxugar gelo”?
- 8.2 Quais “gelos” tem sido enxugados nessas reuniões?
- 8.3 Em sua avaliação, por que o trabalho com outros setores tem pouco progredido?
- 8.4 O que você tem mobilizado/feito para interferir no “enxugar gelo”?
- 8.5 Depende de quê para que a as reuniões entre setores não sejam um “enxugar gelo”?
- 8.6 O fato de ser PEF em que interfere no trabalho com outros setores?

10 Profissional de Educação Física: um profissional “Severino”

- 9.1 Como é trabalhar na ABS como o “Severino”?
- 9.2 Você acha que o Severino tem a ver com o fato de ser PEF e modo como o PEF é olhado na ABS? Se sim ou não, por quê?

Roteiro de entrevista individual sobre os tema do campo

Entrevistada: P2

1 O território

- 1.1 Você poderia descrever/falar sobre o território onde você atua?
- 1.2 Que território de saúde é esse de Jardim da Penha?
- 1.3 Como é para você trabalhar nesse território de Jardim da Penha?
- 1.4 Fique a vontade para, caso queira, falar mais alguma coisa sobre o território onde você trabalha.

2 DEMANDA COMUM: processo saúde-doença do usuário, família e coletividades, bem como questões sociais/situações limites do território que demanda cuidado em saúde.

- 2.1 Você poderia apontar os problemas de saúde do território?
- 2.2 Quais desses problemas são mais ou menos recorrentes no território?
- 2.3 Você poderia dizer as causas e consequências desses problemas de saúde do território?
- 2.4 O que você mobiliza para atuar nas causas e nas consequência dos problemas de saúde apontados acima? Abordar por problema de saúde identificado.
- 2.5 Quer acrescentar ou enfatizar alguma coisa, algum fato ou experiência que lhe marcou ao intervir em alguma demanda comum?

3 TRABALHAR JUNTO: se refere ao processo de trabalho entre profissionais

- 3.1 Como é para você trabalhar junto com membros do NASF?
- 3.2 Como é para você trabalhar junto aos membros da Equipe de Saúde da Família?
- 3.3 O que é necessário para conseguir trabalhar junto aos outros profissionais da saúde?
- 3.4 como você percebe e sente a relação entre as áreas do conhecimento (Educação Física, Serviço Social, Fonoaudiologia, Farmácia, Psicologia, Medicina, Enfermagem, Odontologia e as áreas técnica como Agente Comunitário de Saúde, técnicos de enfermagem e de saúde bucal) acrescenta-se ainda os demais profissionais que compõem a UBS como os da recepção, serviços gerais e segurança, nos espaços de reunião de NASF e de EqSF, bem como nos encontros entre profissionais nos diferentes espaços da UBS nos debates sobre trabalho e demandas de saúde?
- 3.5 Na sua opinião, o que é exigido de você (competências/conhecimentos/saberes) nessas reuniões?
- 3.6 O que se aprende nesse trabalho junto? Qual a importância desse “junto” para a intervenção?
- 3.7 Quais contribuições você acha que a EF tem dado a esse trabalho coletivo/junto?
- 3.8 Se você tivesse que instruir um estudante de EF (estagiário) que não conhece nada sobre o NASF, como você o prepararia para participar das atividades do NASF no seu território?

4 CASO COMUM

- 4.1 O que é um “caso bomba”? Como se caracteriza um caso bomba em seu território?
- 4.2 Como é para você intervir no(s) “caso(s) bomba”? O que você faz diante desses casos?
- 4.3 Quais as motivações e razões a participar mais ou menos em determinados casos “bomba”?
- 4.4 Como seus conhecimentos de professora de EF te ajuda a intervir nos casos?

5 AMBIENTE NO CONSULTÓRIO – ATENDIMENTO JUNTO

- 5.1 Como é atuar junto com membros do NASF ou Equipe de Saúde da Família no ambiente do consultório?
- 5.2 Como você avalia sua contribuição nesses atendimentos?
- 5.3 Qual papel/função que a EF tem desempenhado na preparação e atuação nesses atendimentos junto?
- 5.4 O que faz você atuar junto com outro profissional para atender o usuário?

6 AMBIENTE DO CONSULTÓRIO – ATENDIMENTO INDIVIDUAL

- 6.1 O que você faz no atendimento individual?
- 6.2 Como é atuar sozinha no consultório junto ao usuário?
- 6.3 Quais os motivos, razões e fatores que fazem o usuário vir ao seu atendimento?

7 O TRABALHO DO PEF/NASF E AS SOLICITAÇÕES DAS REFERÊNCIAS TÉCNICA DA GESTÃO CENTRAL DA SEMUS. A EXTENSÃO DA SEMUS NO TRABALHO DO PEF/NASF

- 7.1 Como você lida com as solicitações da coordenação da Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT)? Como você realiza essas solicitações?
- 7.2 Como você lida com as solicitações da coordenação do SOE? Como você realiza essas solicitações?
- 7.3 Qual o peso ou papel do profissional do grupo condutor no seu trabalho?

8 Trabalhar juntos a outros setores do território

- 8.1 Como é trabalhar junto a outros setores?
- 8.2 Quais as demandas são articulados com outros setores?
- 8.3 O fato de ser PEF em que interfere no trabalho com outros setores?
- 8.4 Como você avalia o trabalho com outros setores?

9 Caso você perceba que eu não tenha feito alguma pergunta importante sobre o trabalho do PEF no NASF e queira falar sobre um assunto, fique à vontade!

ANEXO A – Dados dos territórios de saúde dos/as PEF do NASF sobre:[...]

Tabela 02 – Cobertura dos serviços públicos de abastecimento de água, saneamento e esgotamento sanitário e coleta de lixo dos territórios de cobertura do/as PEF do NASF, da cidade de Vitória-ES.

Profissionais de Educação Física	Bairro/Território	Nº de Domicílios	% Rede Água	% Esgotamento Sanitário	% Coleta de Lixo
PEF P1	Consolação	855	99,9	99,36	97,43
	Horto	27	100	100	98
	São Benedito	789	99,9	100	99,28
	Morro do Jaburu*	-	-	-	-
	Morro da Floresta*	-	-	-	-
PEF P2	Jardim da Penha	11,445	99,9	100	99,86

Profissionais de Educação Física	Bairro/Território	Nº de Domicílios	% Rede Água	% Esgotamento Sanitário	% Coleta de Lixo
PEF P3	Santo André	914	99,9	99,45	100
	São José	1260	100	99,6	99,3
	Redenção	960	99,9	98	99,7
	Ilha das Caieiras	536	100	98,69	100
	São Pedro	1295	100	99,77	99,72
	Comdusa	283	100	100	98,88
PEF P4	Andorinhas	652	100	96,01	99,85
	Santa Martha	2,747	100	98,47	100
	Joana D'Arc	888	100	99,66	99,9
	Mangue Seco	---	---	---	---
PEF P5	Santo Antônio	1881	99,9	99,42	99,9
	Bela Vista	1317	100	98,48	99,77
	Mario Cypreste	385	100	100	99,74
PEF P6	Resistência	1983	100	98,34	99,80
PEF P7	Centro	3767	99,9	99,50	99,98
	Parque Moscoso	663	100	99,70	100
	Fonte Grande	353	99,9	98,30	97,81
	Piedade	85	100	96,47	100
PEF 8	Maruípe	1,294	100	99,92	99,85
	De Lourdes	630	99,9	99,68	99,84

Fonte: VITÓRIA, (2013).

*Nota: Localidades em que não foram encontrados dados no documento da fonte da tabela.

Tabela 03 – População residente por sexo, etnia e cor, referente aos territórios de atuação dos/as PEF do NASF da cidade de Vitória-ES

Profissional de Educação Física	Bairro/Território	Sexo			% Cor e Etnia				
		Total	% Homem	% Mulher	Branca	Preta	Amarela	Par-da	Indí-gena
PEF P1	Consolação	2,766	46,42	53,58	34,38	12,51	0,36	52,53	0,22
	Horto	98	48,98	51,02	40,82	15,31	0	43,88	0
	São Benedito	2,789	47,97	52,03	22,27	18,90	0,47	58,12	0,25
PEF P2	Jardim da Penha	30,571	44,82	55,18	70,69	3,54	0,48	24,78	0,15
PEF P3	Santo André	3.054	47,84	52,06	27,21	12,80	0,10	59,63	0,26
	São José	4,480	48,88	51,12	21,23	11,92	1,07	65,11	0,67
	Redenção	3,125	47,23	52,77	22,24	16,32	1,6	59,65	1,9
	Ilha das Caieiras	1,845	49,11	50,89	15,72	5,91	0,27	77,78	0,33
	São Pedro	4,294	47,55	52,45	25,38	15,81	1,23	57,20	0,37
	Comdusa	894	48,99	51,01	12,19	7,61	0	79,64	0,56
PEF P4	Andorinhas	2,031	48,10	51,90	29,54	13,84	0,69	54,90	1,03
	Santa Marta	8,456	48,45	51,55	29,36	12,98	0,44	56,65	0,57
	Joana D'Arc	2,853	48,86	51,14	44,06	11,88	0,56	43,32	0,18
PEF P5	Santo Antônio	5947	45,60	54,40	33,08	14,23	0,55	51,14	0,10
	Bela Vista	4371	48,09	51,91	24,55	13,89	0,16	61,11	0,30
	Mario Cypreste	1,145	49	51	35,28	17,64	1,14	45,76	0,17
PEF P6	Resistência	6,620	48,25	51,75	23,01	14,76	0,62	61,03	0,59
PEF P7	Centro	9,839	44,89	55,11	60,26	5,71	1,06	32,76	0,21
	Parque Moscoso	1,173	44,61	55,39	61,31	5,53	1,02	31,70	0,45
	Fonte Grande	1,231	48,09	51,91	27,29	14,70	1,14	54,91	1,95
	Piedade	323	46,13	53,13	19,81	46,13	0,31	33,44	0,31
PEF 8	Maruípe	3,859	46,36	53,64	50,82	7	1,71	40,79	0,23
	De Lourdes	1,920	46,67	53,33	61,35	6,56	0,57	30,94	0,57

Fonte: VITÓRIA (2013).

*Nota: Com base nos dados censitários do IBGE (2010).

Tabela 04 – Distribuição por domicílio, segundo classes de rendimento nominal mensal, dos territórios de abrangência dos/as PEF do NASF da cidade de Vitória-ES

Classe de rendimento nominal mensal domiciliar	Território de Saúde							
	PEF P1	PEF P2	PEF P3	PEF P4	PEF P5	PEF P6	PEF P7	PEF P8
Até ½ salário mínimo	25	17	58	36	32	23	16	6
Mais de ½ a 1 salário mínimo	241	210	718	409	395	335	175	86
Mais de 1 a 2 salários mínimo	382	480	1341	926	750	528	502	176
Mais de 2 a 5 salários mínimos	583	1955	2278	1759	1529	848	1.389	509
Mais de 5 a 10 salários mínimos	205	3229	554	778	600	171	1.438	533
Mais de 10 a 20 salários mínimos	92	3486	78	218	160	19	942	412
Mais de 20 salários mínimos	15	1744	4	31	42	2	313	158
Sem rendimento	128	344	217	130	75	57	93	44
Total de domicílios por PEF	1671	11.445	5248	4287	3583	1983	4868	1924
Total de domicílios	35009							

Fonte: VITÓRIA (2013).

Tabela 05 – Condição de alfabetização de pessoas de cinco anos ou mais de idade, nos territórios de saúde de cobertura pelos/as PEF do NASF da cidade de Vitória/ES

Território de Saúde	Bairro	População	Alfabetizados %	Não Alfabetizados %
PEF P1	Consolação	2766	94,66	5,64
	Horto	98	98,94	1,06
	São Benedito	2789	88,13	11,87
PEF P2	Jardim da Penha	30571	98,74	1,26
PEF P3	Santo André	3054	91,66	8,34
	São José	4480	92,38	7,62
	Redenção	3125	90,57	9,43
	Ilha das Caieiras	1845	95,29	4,71
	São Pedro	4294	91,62	8,38
	Comdusa	894	97,20	2,80
	PEF P4	Andorinhas	2031	94,55
PEF P5	Santa Marta	8456	94,55	5,45
	Joana D'Arc	2853	94,72	5,28
	Santo Antônio	5947	95,02	4,98
PEF P6	Bela Vista	4371	92,17	7,83
	Mario Cypreste	1145	96,17	3,83
	Resistência	6620	92,46	7,54
PEF P7	Centro	9839	98,14	1,86
	Parque Moscoso	1173	98,30	1,70
	Fonte Grande	1231	92,47	7,53
	Piedade	323	91,84	8,16
	Maruípe	3859	97,68	2,36
PEF 8	De Lourdes	1920	97,75	2,25

Fonte: VITÓRIA (2013).

Tabela 06 – Distribuição dos serviços e equipamentos públicos da rede socioassistencial da educação, assistência social e atividade físicas esportiva de lazer, dos territórios de saúde dos/as PEF do NAFS

Área	Equipamento	Território de Saúde dos Profissionais de Educação Física - PEF							
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Educação	EMEF	3	3	5	4	4	2	1	3
	CMEI	2	1	5	3	3	1	3	-
Assistência Social	CCTI	1	1	-	-	-	1	-	1
	CREAS	-	-	-	-	-	-	1	1
	CRAS	1	-	1	1	1	1	1	1
	NISPI	1	-	-	-	1	-	-	-
	Cajun	1	-	1	1	1	-	-	-
	Conselho Tutelar	-	-	-	-	-	1	-	1
Práticas corporais e Atividade física	Equipamento esportivos*	2	4	6	6	5	2	3	2
	Praças	1	3	1	1	2	-	2	4
	Escolinhas de esportes	-	1	1	-	2	-	1	-
	PELC	-	-	-	1	-	-	1	-
	Academia Popular	-	-	1	1	1	-	-	-
	APPI	2	2	2	1	2	-	2	-
	Parques Municipais	-	-	-	2	-	-	2	1
	Módulo SOE	-	1	2	2	1	-	1	1

Fonte: VITÓRIA (2013 e dados da Pesquisa).

Nota: *Equipamentos Esportivos: campo de futebol, quadras poliesportivas, miniquadra, pista de skate e cancha de bocha.

ANEXO B - Ranking dos IDHM dos bairros que compõem os oito territórios de saúde de cobertura pelos/as PEF do NASF, da cidade de Vitória-ES

Território de Saúde	Bairro	Colocação IDH
PEF P1	Consolação	66°
	Horto	66°
	São Benedito	184°
PEF P2	Jardim da Penha	12°
PEF P3	Santo André	157°
	São José	157°
	Redenção	157°
	Ilha das Caieiras	157°
	São Pedro	157°
	Comdusa	157°
PEF P4	Andorinhas	128°
	Santa Marta	128°
	Joana D'Arc	94°
PEF P5	Santo Antônio	88°
	Bela Vista	158°
	Mario Cypreste	121°
PEF P6	Resistência	177°
PEF P7	Centro	21°
	Parque Moscoso	43°
	Fonte Grande	124°
	Piedade	124°
PEF 8	Maruípe	41°
	De Lourdes	38°

Fonte: Jornal A tribuna e Gazeta, ambos da cidade de Vitória-ES.