

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DANÇA
BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Vitória Souza Andrade Vilas Boas

PRÁTICAS CORPORAIS, ENVELHECIMENTO E SAÚDE:
um estudo sobre as atividades desenvolvidas em um Centro de Saúde de Goiânia

GOIÂNIA

2018

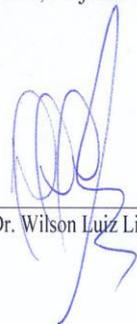
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

**PRÁTICAS CORPORAIS, ENVELHECIMENTO E SAÚDE: um estudo
sobre as atividades desenvolvidas em um Centro de Saúde de Goiânia**

Trabalho apresentado para obtenção do título de
Bacharel em Educação Física pela Universidade
Federal de Goiás, sob orientação do Professor
Doutor Wilson Luiz Lino de Sousa.

Esta Monografia foi revisada após a defesa em banca e está aprovada.

Goiânia, 16 julho de 2018.



Prof. Dr. Wilson Luiz Lino de Sousa

AGRADECIMENTOS

Sobre este trabalho quero agradecer a DEUS, que por todo o caminho da minha formação sei que me acompanhou, e me proporcionou tudo que sei hoje, todo pequeno aprendizado que me trouxe até aqui.

Quero agradecer a cada um que comigo compartilhou um pouco de seu conhecimento, que ajudou a formar meu pensamento como o tenho hoje, seja sobre a sociedade, sobre família, sobre o próprio conhecimento, sobre o Yoga, a minha área de formação e sobre mim mesma.

Quero agradecer ao corpo docente da minha faculdade, todos aqueles com quem tive contato, e principalmente aqueles que me trouxeram a luz do que é o nosso sistema de saúde brasileiro, e me ajudaram a compreender o olhar humano sobre a saúde.

E assim agradeço ao meu orientador Prof. Wilson que me auxiliou na reflexão sobre exercício profissional dos Professores de Educação Física na Atenção Básica de saúde. Agradeço por toda paciência e tempo dispendido em me ajudar e orientar.

Quero agradecer também ao prof. Francisco que também muito auxiliou na construção deste trabalho - também agradeço pelos momentos de discussão sobre a sociedade em que vivemos, e sobre como cada coisa está interligada, como nos traz o viés ampliado de compreensão de saúde.

Agradeço agora a Universidade, por proporcionar o estágio curricular obrigatório ao meu curso. No primeiro ano de estágio eu ainda não havia compreendido a total importância desse momento e somente no segundo ano fui capaz de perceber tal importância e a tal importância coube escrever este trabalho.

Agradeço ao campo de estágio do Centro de Saúde da Família do setor Crimeia Oeste, pela oportunidade de assim conhecer uma profissional de Educação Física que se tornou exemplo para mim.

Agradeço a profissional Ana Carolina, por me mostrar que é completamente possível realizar um trabalho de qualidade dentro da saúde pública, e me mostrou como fazer esse excelente trabalho dar certo: fazendo o que se ama. Muito obrigada pelas muitas lições passadas no ano de 2017, não foram lições apenas sobre fisiologia, mas lições humanas.

É muito emocionante lembrar de cada momento que pude viver trabalhando ao seu lado dentro do Centro de Saúde, e fiquei imensamente feliz no dia que percebi que estou conseguindo

nos locais que trabalho incorporar um trabalho que em muito se parece com o seu. Muito obrigada, DEUS por ter te encontrado no meu caminho! Também agradeço a cada aluno da unidade, todos, pois todos me acolheram talvez mais do que eu mesma fiz a cada um deles.

Agradeço também as minhas colegas de estágio, que fizeram parte dessa experiência maravilhosa de estágio. Que se empenharam durante o ano, e ainda mais no momento de construir o trabalho final.

Agradeço a cada amigo meu que me acompanhou neste longo e ao mesmo tempo curto caminho, vocês fazem parte de mim. Agradeço ao Vinicius, pois você me acalmou sempre que eu não sabia o que fazer, e o faz até hoje. Obrigada por ter me feito ver que sou uma boa profissional, e obrigada por compartilhar comigo seus conhecimentos, e por recepcionar tão bem o meu. Sem você eu com certeza teria passado muito mais tempo perdida; você é um dos melhores amigos que eu poderia ter! Obrigada por ter me feito aquele convite anos atrás, ele mudou nossas vidas.

Obrigada Matheus, você tem me acompanhado a muitos anos também, e obrigada por toda a paciência e calma comigo, eu sei que sou uma pessoa bem difícil quando quero. Muito obrigada por cada vez que me escutou, e foram muitas. Obrigada por confiar em mim para tantas coisas.

Obrigada Gustavo, que compartilhou também muito desta caminhada comigo, me ajudando a reclamar, me ajudando a me acalmar; e por todas as outras conversas sobre o futuro, nossa profissão, a vida, o mundo, a política e afins. Muito obrigada por essa amizade que eu não esperava.

Agradeço também Ana Kelly, que sempre tenta me ajudar, principalmente em orações, você foi uma amiga que pedi a DEUS. Agradeço também a outras amigas que estiveram talvez não tão presentes no que diz respeito a este trabalho, mas que fazem parte da minha vida, e me ajudam sempre que podem, da maneira que podem: Aline, Paulianny, Tafnes, Juliana.... Pelas orações e amizade, também agradeço a minha nova amiga Elida. E ao Heberth pela ajuda, na reta final deste trabalho.

Por fim e muito mais importante, agradeço a minha família. Que desde o começo me ensinaram tudo que eu precisei para ser quem sou. Vocês estiveram comigo desde antes de nascer, e ainda mais a minha mãe, Nely, que me ensinou todas as coisas que são a base do que sou, e de quem quero ser. Sem você e sem o meu pai, André, tanto não seria a mesma pessoa,

como não estaria onde estou e também não olharia para as coisas como olho hoje. Vocês são a base de mim, são quem cuida de mim, e me fazem ter motivos para ir além.

Agradeço também a paciência, companheirismo, amizade, cuidado, aos seus ouvidos, tempo, notebook, mas principalmente pela sua presença, Talita, minha irmã. Tal qual nossos pais você é peça fundamental em quem sou.

Agradeço a minha vida, minha existência e a DEUS mais uma vez.

RESUMO

O objetivo neste estudo foi analisar um Programa de Atividade Física desenvolvido em um Centro de Saúde no Município de Goiânia. Para tanto, foi necessário a realização de um estudo de caso, articulado pelas técnicas de pesquisas bibliográfica, documental e de campo. Identificou-se o Programa, suas diretrizes e seus os conceitos estruturantes e acompanhou-se, *in loco*, o exercício de uma profissional de Educação Física no decorrer do ano de 2017, e a prática de Estágio de acadêmicas de um Curso de Bacharelado em Educação Física, pelo período de sete semanas, entre os meses de setembro e novembro do mesmo ano. Inicialmente procurou-se identificar o território no qual o Centro de Saúde está localizado, bem como reconhecer sua estrutura física e material. O seu funcionamento e a local onde ocorre a oferta do serviço da Profissional de Educação Física também foram pesquisados. Na sequência a atenção recaiu sobre os munícipes que aderiram ao Programa e o exercício profissional da Professora de Educação Física responsável pelo desenvolvimento do Programa. Para o desenvolvimento da intervenção do grupo de estagiárias o grupo de idosos e idosas foram avaliados em sua capacidade funcional, por meio de uma bateria de testes (IMC, Perímetro de Panturrilha Esquerda, Teste de Sentar e Alcançar, Time up and go e POMA- Brasil). Partindo dos testes realizados foram encontrados, para a primeira e segunda avaliação, respectivamente: IMC de 28,69 kg/m² e 30,9 kg/m² para mulheres, 23,05 kg/m² e 22,65 kg/m² para homens; Perímetro de Panturrilha Esquerda de 33,75 cm e 33,45 cm para mulheres, 30,8 cm e 30 cm para homens; Teste de Sentar e Alcançar de 28,5 cm e 29,79 cm para mulheres, 16,3 cm e 16,4 cm para homens; Time up and go de 11,61 s e 13,34 s para mulheres, 11 s e 11 s para homens; POMA- Brasil, de 37,5 pontos e 38,65 pontos para mulheres, 37 pontos e 39 pontos para homens. Dando continuidade ao trabalho, foram realizadas quinze aulas ao todo (com a última aula ocorrendo após a segunda avaliação), com duração de 45 minutos; os materiais utilizados foram halteres, colchonetes, bolas suíças e bolas dente de leite; as aulas objetivaram equilíbrio, trabalho metabólico e cardiorrespiratório, e fortalecimento muscular. Evidenciou-se que os diversos membros do grupo atendido pelo programa apresentaram melhoras no seu processo de saúde-adoecimento, ainda que em diferentes níveis. Considerando alguns resultados pouco significativos, avaliou-se que esses podem estar associados ao pouco tempo estabelecido pela intervenção. No entanto, ao considerar-se os dados sobre a aderência ao Programa observa-se melhoras significativas dentre os participantes. O trabalho da profissional acompanhada, contempla as diretrizes do NASF, uma vez que a mesma se orienta pela perspectiva da clínica ampliada e da saúde coletiva. Quanto ao seu exercício profissional observou-se que quanto

maior o rigor na consideração e utilização das diretrizes e conceitos estruturantes do SUS/NASF para orientar o trabalho em saúde, maior probabilidade de êxito na atuação profissional. Percebeu-se isto, pois a profissional concretiza em seu trabalho conceitos como atenção integral, no acompanhamento de seus alunos; assim como tem um trabalho pautado na promoção, prevenção e recuperação da saúde, levando a seus alunos aumento da qualidade de vida. A profissional ainda trabalha no sentido de levar autonomia a seus alunos, tornando-os críticos quanto a alimentação, e levando-os a buscarem por si mesmos melhoras em sua qualidade de vida. Além disso seu trabalho é fruto de uma ação intersetorial entre agentes do município. Para estudos futuros é indicado que com relação à avaliação do grupo, haja maior quantidade de aulas, pois talvez assim se alcance melhores resultados.

Palavras-chave: SUS; NASF; Educação Física; Práticas Corporais.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Relação percentual de categorias de patologias

Tabela 2. Resultado das avaliações para mulheres

Tabela 3. Resultado das avaliações para homens

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACSM - Colégio Americano de Medicina do Esporte

AF- Atividade Física

AGETUL - Agência Municipal de Turismo, Eventos e Lazer

AMBEX - Ambulatório do Exercício Físico

APS - Atenção Primária de Saúde

AV1 - Avaliação Pré-Intervenção

AV2 - Avaliação Pós-Intervenção

CAB - Cadernos de Atenção Básica

CEPEC - Conselho de Ensino, Pesquisa, Extensão e Cultura

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CRDT - Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica "Cândido José Santiago De Moura"

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF - Estratégia Saúde da Família

FEFD - Faculdade de Educação Física e Dança

FLEX - Teste de Flexibilidade

IAP - Institutos de Aposentadoria e Pensão

IMC - Índice de Massa Corporal

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão Arterial

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

PEF - Profissional de Educação Física

PNH - Política Nacional de Humanização

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PPE - Perímetro de Panturrilha Esquerda

PSE - Programa Saúde na Escola

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SEMEL - Secretaria Municipal de Esporte e Lazer

SETEL - Secretaria Municipal de Turismo, Esporte e Lazer

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUDS Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Compromisso Livre Esclarecido

TUG - Time Up and Go

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFG - Universidade Federal de Goiás

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA E A OFERTA DE PRÁTICAS CORPORAIS.....	4
3. SOBRE O PROGRAMA VIDA ATIVA NA MELHOR IDADE: a experiência de uma ação Intersetorial.....	20
3.1 O PROGRAMA VIDA ATIVA.....	21
3.2 O TRABALHO DESENVOLVIDO NO CENTRO DE SAÚDE.....	22
3.3 O EXERCÍCIO DA PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA.....	25
3.4 A INTERVENÇÃO REALIZADA.....	36
3.4.1 Resultados.....	40
3.4.2 Análise dos resultados.....	40
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	53
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	54
ANEXO A – PLANOS DE AULA (EXEMPLO).....	56

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi e tem sido construído dentro de uma lógica contra a corrente, formando um sistema que procura observar o ser humano antes de pensar apenas na doença. Nesse sentido, a Atenção Básica (AB) vem tentando cumprir seu papel como porta de entrada do sistema, se baseando em um atendimento humanizado, tratando os sujeitos não apenas no sentido de tratar da doença, mas tentando compreender que são mais que corpos acometidos por patologias.

Para tornar real esse formato de atenção em saúde, o Governo Federal criou em 1991 o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), expandindo o atendimento de saúde à população, encarando o cuidado com todas as famílias e não apenas no caráter individual. Três anos mais tarde, 1994, regulamentou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que modificou de fato a atenção em saúde, trazendo maior resolutividade às questões de saúde; e com o tempo passou a ter papel de reorganização da AB (MACHADO *et. al.*, 2007).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o atendimento se caracteriza por um trabalho que apanhe o individual e o coletivo, traga proteção e promoção e prevenção da saúde. O trabalho da AB deve se pautar na atenção integral de forma a impelir não somente na saúde, mas na autonomia das pessoas, para que se tornem participantes de seus tratamentos de saúde e do SUS.

Partindo de tais objetivos, a AB tem papel crucial no SUS, e se tornou necessário trazer apoio para as ações da ESF, objetivo base da criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); que ocorreu no ano de 2008. O NASF legalizou a participação de outros profissionais além daqueles vistos como essenciais e de costume (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, odontólogos e afins) dentro de hospitais.

Com isso, dentre outros profissionais, o profissional de Educação Física (PEF) passou a ser considerado como profissional da saúde, do ponto de vista legal. Sua entrada no SUS era uma possibilidade dada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), formulada no ano de 2006, por tratar das Práticas Corporais (PC) e Atividade Física (AF) como importantes para um trabalho efetivo da promoção da saúde no país.

Deste ponto parte a importância de se observar e discutir o trabalho do PEF dentro no SUS, especificamente na AB. O NASF tem como foco de seu trabalho, reunir profissionais de diferentes áreas de formação, buscando com esses diferentes saberes, encontrar soluções para problemas mais complexos de saúde, não partindo apenas do viés da saúde como ausência de

doenças, mas tratando como um processo contínuo, que depende de fatores não apenas do organismo, mas de suas condições de vida, ao que teve acesso e como vive.

Com um trabalho de apoio matricial, o NASF pretende aumentar a resolutividade da AB, e auxiliar o trabalho dentro das Unidades Básicas de Saúde e Centros de Saúde da Família (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014). Fortalecendo ou buscando ações intersetoriais, interdisciplinares e multiprofissionais, o que já deve acontecer na AB, mas com o NASF acontece de forma mais comum (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

O processo de envelhecimento é um processo contínuo, que ocorre de maneira particular a cada pessoa, havendo modificações funcionais, morfológicas, bioquímicas e psicológicas, fazendo com que o indivíduo possa se tornar mais vulnerável à processos patológicos (MARCHI NETTO). Além disto, a população idosa é a que mais vem apresentando doenças crônicas não transmissíveis, e isto é uma questão de saúde pública, tratar esta população, no sentido de um processo que não seja apenas curativo, e preventivo de tais patologias, mas um processo que leve à promoção da saúde (DA SILVA *et. al.*, 2015).

Considerando o exposto identificou-se a importância da realização de um estudo que oportunizasse: a análise de um Programa Vida Ativa, desenvolvido em um Centro de Saúde da Família no Município de Goiânia; a análise do exercício da PEF dentro da AB e a partir das contribuições consignadas nos documentos do NASF; compreender as dimensões de um trabalho a ser desenvolvido com os idosos, visando promoção da saúde e, conseqüentemente, em suas vidas.

Para tanto, foi necessário a realização de um estudo de caso, articulado pelas técnicas de pesquisas bibliográfica, documental e de campo (entrevistas semiestruturadas, e observação). O exercício profissional da PEF foi observado e analisado entre abril e junho, seguido setembro a novembro de 2017, quando da realização do Estágio Profissional Obrigatório¹, oportunizado às discentes de sétimo e oitavo períodos, do Curso de Bacharelado em Educação Física, da Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Goiás (FEFD – UFG). Os dados registrados no Portfólio de Estágio foram utilizados na elaboração deste.

¹ O estágio curricular obrigatório, segundo a Resolução nº 1230 (2013), do Conselho de Ensino, Pesquisa, Extensão e Cultura (CEPEC), da UFG, é um espaço de formação e preparação dos alunos para a realidade do trabalho, envolvendo experiências de planejamento, intervenção e pesquisa.

O lugar de pesquisa e do estágio, além de ser um espaço de aproximação da experiência profissional durante a formação, possibilitou o levantamento de dados e a discussão sobre a intervenção desenvolvida pelas estagiárias que atuaram junto da PEF nesse Centro de Saúde da Família. A intervenção teve como interesse principal a oferta de práticas corporais aos idosos participantes do programa Vida Ativa, do Centro de Saúde da Família Lucas Faria.

2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA E A OFERTA DE PRÁTICAS CORPORAIS

Neste capítulo será apresentada uma revisão de literatura a respeito do Sistema Único de Saúde (SUS), do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e sobre as Práticas Corporais (PC). Para esta revisão de literatura foi realizada buscas por artigos e documentos que dialoguem e apresentem sobre os temas propostos, trazendo luz a discussão desta monografia.

Com relação ao SUS buscou-se apresentar breve contextualização histórica, seus conceitos estruturantes e o processo de formação de políticas e programas integrantes do sistema. No que tange o NASF, buscou-se a contextualização do mesmo, desde sua recente formação até suas diretrizes e desdobramentos para a participação e ação da Educação Física. Quanto às PC, buscou-se apresentar a contextualização de sua elaboração conceitual.

Para se pensar o SUS, considerando seu processo de constituição, faz-se, inicialmente, procurar compreender o que vem a ser um sistema de saúde. Para Paim (2009), um sistema de saúde é um conjunto de agências e agentes que juntos objetivam garantir a saúde de uma população. As agências se configuram como as instituições e empresas, que no Brasil podem ser estabelecimentos e serviços públicos ou privados; os agentes são os profissionais e trabalhadores em saúde que agem mais diretamente com a população. Ainda assim, pensar um sistema de saúde como apenas uma soma dessas partes o torna muito reduzido (PAIM, 2009).

O trabalho, cuidado em saúde, não deve ser considerado apenas técnico e científico. É um trabalho entre indivíduos que necessita do estabelecimento de vínculos para se estabelecer confiança, e viabilizar a integração de toda a sociedade no processo de constituição de um sistema de serviços de saúde (PAIM, 2009). Esse sistema de serviços de saúde é um subsistema, uma parte, do sistema de saúde que trata da atenção à saúde da população; entretanto este pode não ser simplesmente seu objetivo final que pode incluir a visão de lucro, por exemplo, e sua melhor compreensão depende da construção desse sistema, assim como cada país se constrói histórica, social, cultural e economicamente (PAIM, 2009).

Para cada país pensar e construir sua forma de tratar a saúde, dentro de seu processo histórico, social, cultural e econômico, é necessário considerar três tipos de proteção social: a seguridade social, o seguro social e a assistência (PAIM, 2009). A seguridade social traz a saúde como um direito de cada cidadão, financiada pelos mesmos por meio de impostos. O seguro social se configura como um direito daqueles que contribuem com a previdência social, ou seja,

um direito daqueles que estão vinculados ao mercado de trabalho formal. A assistência, por sua vez, é para aqueles que possam comprovar seu estado de pobreza ou total falta de condições de bancar o atendimento particular (PAIM, 2009; FLEURY, 2009).

Partindo de tão diferentes possibilidades, como pensar a saúde para a população, com suas mais diferentes necessidades em variados níveis de complexidade? Segundo Paim (2009), a saúde pública brasileira se deu por três vias, que a partir do século XX se dava de forma concomitante: medicina do trabalho, medicina previdenciária e saúde pública, sendo que na República Velha (1889 – 1930) havia uma organização que pouco poderia ser chamada de sistema tamanha era sua desorganização.

A saúde para os trabalhadores urbanos começou a ser colocada pela medicina previdenciária, com a organização de Caixa de Aposentadorias e Pensões, partindo da Lei Eloy Chaves (1923), enquanto aqueles que não o tinham acessavam poucas ofertas de atendimento, vinculadas a medicina liberal e a filantropia; e assim havia uma separação clara entre saúde pública e assistência médico-hospitalar (PAIM, 2008; PAIM *et. al.*, 2013). Em 1933 as Caixas de Aposentadoria e Pensão começaram a serem substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), que se formaram partindo de cada profissão (PAIM *et. al.*, 2013).

A Ditadura Militar (1964) se inicia e em 1966 os Institutos de Aposentadoria e Pensão são unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reforçando que somente aqueles vinculados ao mercado formal de trabalho teriam acesso aos serviços médicos da previdência (PAIM, 2009; PAIM *et. al.*, 2013). No período da Ditadura haviam regras para sua organização: centralização e concentração do poder e privatização; a população foi retirada das decisões, e a saúde permaneceu precarizada (FLEURY, 2009).

As mobilizações sociais se iniciaram na década de 1970, tomando forma até 1980, como a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). A mobilização partia de todas as camadas da sociedade, seja do próprio povo, como de movimentos sindicais, políticos, estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde que se uniram a fim de alcançar a RSB (FLEURY, 2009; PAIM, 2009).

O movimento defendia a saúde como um direito de todos e destacavam os determinantes sociais impostos no processo saúde-adoecimento, e em 1986, em um momento de redemocratização e, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi debatida a RSB e aprovado que a saúde seria um direito de todo cidadão e começou a se delinear o que seria o SUS (PAIM, 2009; PAIM *et. al.*, 2013). Toda a mobilização até aquele momento foi direcionada para a Assembleia Constituinte de 1987, momento propício para reivindicar a RSB; o relatório final

da 8º CNS deu partida para o capítulo “Saúde” na Constituição (PAIM, 2008; FLEURY, 2009; PAIM, 2009; PAIM *et. al.*, 2013).

Para se chegar a implementação do SUS de fato, foi necessário passar pelos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), reconhecido como estratégia-ponte para o SUS, isso até que finalmente se promulgasse as Leis Orgânicas de Saúde, que permitiram a implantação do mesmo e eram: 8.080/90 e 8.142/90 (PAIM, 2008; PAIM, 2009). Conclui-se que a RSB e o SUS foram conquistas históricas da sociedade civil e não uma proposta do Estado; o SUS nasceu e é direito de todo cidadão (PAIM, 2008; PAIM, 2009).

Partindo da ideia de seguridade social na qual se ancora o SUS, este é um direito de todo cidadão, e esta é a ideia central do mesmo, que se move por princípios e diretrizes. No Art. 196, da Constituição Federal diz que a:

saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p. 116-117).

Aqui se percebe que o acesso e as ações em saúde são dever do Estado para com a população, que deve ainda realizá-las com o intuito de que se crie uma atenção integral em saúde, que ainda tenham um trabalho de promoção, proteção e recuperação (PAIM, 2009). Sendo assim, não se atente somente na cura ou em tratamentos, mas promova ações no que diz respeito a totalidade da saúde; contudo, e ainda, se permite que a iniciativa privada atue livremente no mercado oferecendo serviços de saúde, compondo também o sistema de saúde (PAIM, 2009).

E ainda de acordo com a Constituição Federal, em seu Art. 198,

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (EC no 29/2000, EC no 51/2006 e EC no 63/2010) I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p. 117).

Isso diz sobre a organização do sistema, em todo o país, que se dá de forma hierarquizada e regionalizada, partindo de uma descentralização que atenda as diferenças regionais presentes no país, e também se organizem de forma que tudo siga dos Conselhos de Saúde em uma direção única a cada esfera governamental (GERSCHMAN, 2006; PAIM, 2009). A organização do atendimento deve ser integral, com foco em atividades que previnam o adoecimento, mas que ainda assim não abandonem aquelas que já estão acometidos pelo adoecimento (PAIM, 2009).

Para Paim (2009), a participação da comunidade condiz com a democratização dos serviços e decisões, e também se relaciona com a indicação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Retirar o autoritarismo e substituí-lo pela participação consciente e ativa tanto na construção do sistema, quanto no acesso, oferecimento e posterior atendimento nos serviços de saúde; é propor que a comunidade e os indivíduos se tornem sujeitos autônomos no seu processo de saúde-doença (PAIM, 2009).

Um questionamento surge: dentre toda essa organização, como estabelecer prioridades se as necessidades são demasiadamente heterogêneas e o direito do cidadão é único? Para tal, foi estabelecido para o SUS princípios-meta para seu desenvolvimento: universalidade, integralidade e equidade; e isto se busca atingir em todo serviço prestado pelo SUS (PAIM, 2009; PASSOS; CARVALHO, 2015).

A universalidade compreende que o acesso como direito de todos, em todos os níveis de assistência. A integralidade diz sobre o sistema, que deve ser articulado e contínuo em suas ações e serviços de saúde sejam preventivos e/ou assistenciais, tanto para o coletivo como para o indivíduo, em cada nível de si mesmo. A equidade, por fim, diz sobre as ofertas que em seus mais variados níveis devem se adequar a cada caso, sem discriminar nenhum indivíduo (PAIM, 2009; PASSOS; CARVALHO, 2015).

A formulação do SUS, como a apresentada até o momento, propõe um modelo contra hegemônico, que abandona a lógica da atenção em saúde voltada apenas para o entendimento médico e hospitalar (FLEURY, 2009). Ela abrange a participação da população e provoca que o indivíduo tenha autonomia no que tange seu processo de entrada e utilização dos serviços do SUS, possibilitando que a sociedade se modifique e se adéque a uma nova forma de se relacionar com a saúde e a doença (FLEURY, 2009).

E assim, tanto a RSB quanto o SUS se formaram na dependência de três processos: a subjetivação, a constitucionalização e a institucionalização. Os processos de subjetivação compõem de forma intrínseca a formação de um sujeito político, necessário para a construção do SUS seguindo seus princípios, para a sociedade. A constitucionalização é o tornar e compreender a saúde como um direito; e a institucionalização compreende o aparato de saberes e práticas que efetivem as políticas de saúde (FLEURY, 2009).

Percebe-se que o SUS depende não somente de políticas de saúde ou de sua efetivação entre aqueles que legislam, e sim de uma sociedade composta por cidadãos politizados que não simplesmente saibam seus direitos, mas que sejam proativos na busca dos mesmos. Logo, o

sujeito verdadeiro do SUS é o usuário, o cidadão; aquele por quem o SUS existe e se mantém. Esse usuário é protagonista dos processos do SUS, é aquele que passa por processos de subjetivação para que assim seja um protagonista; o que, por fim, ocorre é a aquisição de autonomia e esse sujeito passa a ser corresponsável do SUS (PASSOS; CARVALHO, 2015).

Para além, o SUS é o movimento entre o que é constituído de fato, sua estrutura e o que se tem formado até hoje, e que é constituinte, ou seus princípios-meta, sua base formadora (PASSOS; CARVALHO, 2015). Entre seus principais problemas está a concepção das formas de pensar o trabalho em saúde e suas organizações; e para solucioná-las é necessário não focar em um modo certo de fazer, mas entender que existem vários modos, e que cada um se adequa a uma realidade e local específicos, e logo procurar compreender o que melhor cabe na realidade vivida (PASSOS; CARVALHO, 2015). Faz-se necessário, ainda, considerar os problemas relativos ao financiamento do programa, que afeta todo o sistema, em todos os seus níveis de atendimento e serviços oferecidos.

Para se melhorar a realidade presenciada é necessário que todos os participantes do processo estejam cientes e serem participantes reais, pois a integração dos saberes é mais que necessária e assim surge a intersetorialidade. A intersetorialidade é a soma ou conexão de saberes de distintas áreas de conhecimento, que quando compartilhados e conectados possibilitem enfrentar os problemas de forma a levar os melhores resultados para o indivíduo, ou para o coletivo (WARSCHAUER; CARVALHO, 2014). Na lógica de ações intersectoriais vem sendo possível extrapolar as formas hegemônicas do trabalho em saúde, sendo possível atender melhor às necessidades de uma população de um determinado espaço geográfico (WARSCHAUER; CARVALHO, 2014).

Porém, segundo Warschauer e Carvalho (2014) para que a intersetorialidade se efetive, é necessário ainda garantir que os sujeitos estejam tão envolvidos quanto os próprios trabalhadores do sistema nas práticas/ações de saúde. Sendo assim, o protagonismo dos sujeitos no processo saúde-doença é garantido, transformando a prática de saúde que seria sobre os sujeitos, em uma prática com os sujeitos, uma prática com sujeitos não somente protagonistas, mas conscientes e ocupados consigo. (WARSCHAUER; CARVALHO, 2014).

A lógica de existência de sujeitos participantes do processo, traz as demandas que RSB procurou apresentar: onde antes haviam doenças, órgãos e uma ideia fragmentada de ser humano, aparecem pessoas, sujeito; onde haviam monólogos e prescrições, surgem diálogos

necessários para que se compreenda o que está se passando; conseqüentemente, onde tudo parecia muito dividido, passou a haver sentido (WARSCHAUER; CARVALHO, 2014).

Esse tipo de atenção em saúde em que se percebe o sujeito como uma totalidade, é caracterizada como uma atenção integral. A atenção integral vai além da estrutura proposta para o SUS, ela possibilita compreender o sujeito, o coletivo como um ente social, histórico e cultural, além de político e inserido em uma realidade familiar. Essa compreensão mostra a importância da educação em saúde, para emancipar o sujeito (MACHADO *et. al.*, 2007).

Com base no que já foi colocado percebe-se que o SUS mantém seu trabalho baseado em um conceito de saúde. Uma visão de saúde que não seja reducionista, que não encare que apenas a ausência de doenças, nem um conceito que seja tão amplo que a torne inalcançável, como pode-se observar no conceito proposto pela OMS (NOGUEIRA; PALMA, 2003). O conceito de saúde que vêm nas raízes do SUS é o do viés social, discutido durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Portanto, a saúde deve ser compreendida como é o resultado do somatório de diversos processos, tais como: condição de habitação, alimentação, educação, lazer, trabalho transporte e acesso a serviços de saúde (NOGUEIRA; PALMA, 2003). Identificar a saúde como um processo dinâmico que é afetado por toda e qualquer mudança e condição de momento de um sujeito modifica a forma de se trabalhar e de se tratar o processo saúde-doença, uma vez que esta deixa de ser apenas uma questão de trato unicamente biológico (NOGUEIRA; PALMA, 2003).

Ainda com relação a discussão do conceito de saúde, pelo viés ampliado, os Determinantes Sociais de Saúde também permitem identificar a insuficiência de práticas curativas guiadas apenas pelo risco de adoecimento. Assim sendo, identificar o que determina socialmente a situação de saúde-adoecimento de uma população passa a ser importante do ponto de vista de procurar e aprimorar ações para erradicar tais determinantes. (BRASIL, 2015).

No ano de 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Comissão sobre "Determinantes Sociais de Saúde", demonstrando não apenas o interesse em estudos que possibilitem a compreensão de diferentes determinantes, como a importância na realização de pesquisas sobre a temática. No ano seguinte, 2006, acompanhando a tendência mundial, criou-se no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), seguido de amplo estudo sobre o assunto. A CNDSS, (BRASIL, 2015), opôs duas abordagens para o estudo

de ações sobre esses determinantes, são elas: os modelos de Dahlgren e Whitehead (1991) e de Solar e Irwin (2010).

Resguardando suas singularidades, estes modelos, de maneira geral, buscam colocar os determinantes em escala, de acordo com sua relação com a sociedade em questão econômica, social e cultural, considerando ainda os elementos que afetam as condições de vida: fatores biológicos, comportamentos individuais e estilo de vida (BRASIL, 2015).

Segundo o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991, *apud*, BRASIL, 2015), os determinantes se colocam de acordo com sua abrangência, seguindo do mais diretamente relacionado ao indivíduo, ao mais distante, dispostos na seguinte sequência: fatores individuais (idade, sexo e fatores hereditários); estilo de vida; suporte social e comunitário; condições de vida e trabalho; condições socioeconômicas, culturais e ambientais.

Partindo disto, a produção de saúde deve se dar por um contínuo de ações, que atinjam os indivíduos desde o primeiro e mais individual nível, ao mais distante; compreendendo que o nível mais individual depende de todos os outros níveis, pois são estes que oferecem aos indivíduos as condições que atenuem ou não sua situação de saúde (BRASIL, 2015). Neste ponto, o Governo deve criar e favorecer políticas que auxiliem tanto a educação contínua da população, quanto garantam boas condições de vida, trabalho e afins; uma vez que todos os níveis da escala proposta por Dahlgren e Whitehead (1991), atuam sobre os sujeitos simultaneamente (BRASIL, 2015).

O modelo de Solar e Irwin (2010), propõe que o contexto socioeconômico e político é o mais importante ao se considerar a situação de saúde de um sujeito; isto se dá pois são estes elementos que indicarão a posição socioeconômica do sujeito, que se dá por meio de outros elementos que são a renda, educação, ocupação e afins (BRASIL, 2015). Estes elementos anteriormente citados, formam os determinantes estruturais que afetam diretamente os determinantes intermediários, aqueles que dizem sobre "as circunstâncias materiais, os fatores comportamentais e/ou biológicos, os fatores psicossociais e o próprio sistema de saúde" (BRASIL, 2015, p. 58).

Partindo disso, é necessária a implementação de ações que sejam coerentes e coordenadas, de modo a influenciar os determinantes estruturais e intermediários, o que irá atingir diretamente a situação de saúde da população; e atingindo a saúde, melhorando a qualidade de vida é considerado que os determinantes como um todo sejam atingidos (BRASIL, 2015). Considerando a estrutura inicial do SUS, ainda se encaminhando, e toda a discussão

sobre saúde em volta, devido a RSB, o SUS precisava se organizar ainda mais para atender todo o país.

E para a melhor organização do atendimento, assim como sua ampliação, criou-se no início da década de 1990 a Atenção Primária à Saúde (APS), que indicava a divisão de níveis de atenção em saúde, entre primária, secundária e terciária. A APS seria a porta de entrada no sistema; e para facilitar o atendimento e administração para os municípios, criou-se ainda o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que são o elo entre o sistema e comunidade, sendo a parte mais próxima da comunidade (PAIM, 2009; MITRE *et. al.*, 2012).

É na APS que a integralidade se coloca de forma mais efetiva, sendo a primeira opção de atendimento e sendo prioritário sanar as necessidades básicas de saúde, ainda que lide com sérios agravos da saúde – principalmente doenças crônicas – e assim tratar os sujeitos em seu meio social, histórico, cultural e econômico (AYRES *et. al.*, 2012).

Aqui a atenção integral e trabalho assistencial dizem não somente sobre o formato de trabalho ligado a criação de vínculos entre usuários e trabalhadores em saúde, mas também sobre a lógica em que se inserem os níveis de atendimento em saúde. Na rede básica deveria haver maior resolutividade dos problemas de saúde, assim, encaminhando usuários para o próximo nível de atendimento apenas quando houvesse maior complexidade no caso; o que levaria a melhor qualidade no atendimento dos usuários (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

Em 2006, foi formalizada e aprovada – e em 2011 foi revisada – a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que organizaria as diretrizes e os programas e estratégias ligados à atenção básica (AB). A PNAB se dá por um conjunto de ações de saúde, tanto no coletivo quanto no individual, lidando com a promoção, prevenção e tratamento da saúde, no intuito de desenvolver uma atenção integral em saúde; considerando o sujeito em sua individualidade e em seu local de inserção na sociedade (BRASIL, 2012).

Esta se liga a todo o sistema de forma descentralizada, sendo a entrada preferencial do usuário do SUS. Para a PNAB se efetive é necessário que se amplie as ações intersetoriais e de promoção da saúde (BRASIL, 2012). E não somente se liga a todo o sistema, como também é a porta de entrada do mesmo, e compreende a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado, tudo isso indicando o formato inovador da atenção em saúde proposta para o nível básico de atendimento (BRASIL, 2010).

Nesse formato, a continuidade do cuidado compreende que não apenas se acompanha a pessoa quando ela se apresenta na unidade de atendimento, e sim acompanhando a realidade familiar, o cotidiano do sujeito. A integralidade da atenção se coloca como o atendimento/cuidado integral dos sujeitos, atendendo suas demandas e necessidades. A coordenação do cuidado é a possibilidade de levar o mesmo a ser encaminhado a um próximo nível de atendimento do sistema, de acordo com a necessidade, e se esgotando a possibilidades de resolução na AB.

Com a ampliação e reordenação da rede primária de atendimento, em 1994, o Ministério da Saúde criou uma das mais abrangentes propostas de atenção primária, o Programa Saúde da Família – hoje conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) -; nesta proposta, não se procura tratar apenas um sujeito, a atenção de cuidado e saúde é voltada a toda a família (MACHADO *et. al.*, 2007). A ESF realiza seu trabalho por meio do mapeamento territorial da comunidade, e as equipes que cuidam de cada comunidade são compostas por ao menos um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), auxiliares de enfermagem e agentes comunitários (PAIM, 2009).

A ESF é considerada um modelo inovador, que vem tornando real os ideais da promoção da saúde, no âmbito da qualidade de vida da população, e também atua na educação em saúde e autocuidado dos sujeitos, dentro de cada família, com um tratamento humanizado (MACHADO *et. al.*, 2007). Segundo Machado (*et. al.*, 2007) ainda a muito a se fazer, ampliando as relações intersetoriais e efetivando o trabalho interdisciplinar na assistência, prevenção e promoção da saúde.

E se assim considera os sujeitos é necessário que se criem vínculos entre estes e as equipes que deles tratarão. A criação do vínculo é essencial para a continuidade do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2012). Assim como, a integralidade deve ser realizada, e logo só sujeitos devem ser estimulados a participarem, tanto para ampliarem sua autonomia, quanto para ampliarem sua capacidade de participação na construção do cuidado/atenção a sua saúde (BRASIL, 2012). E dada a descrição se constata que não existe diferenciação nos termos “atenção primária” e “atenção básica”.

A PNAB se relaciona com a ESF fazendo dela sua estratégia prioritária para expandir e consolidar a atenção básica no país. Para que se realizem as suas ações, é necessária uma estrutura física, a Unidade Básica de Saúde (UBS), que podem se relacionar com a ESF; e se enquanto sem a ESF, uma UBS pode atender a uma população local de até 18 mil habitantes,

com a ESF este número diminui para no máximo 12 mil habitantes na região que atenderá (BRASIL, 2012).

Contudo, o que mais dificulta a real implementação da ESF é encontrar profissionais que atendam a nova dinâmica de trabalho em saúde: que tenham uma formação generalista e ainda sejam capazes de atuar de acordo com as demandas dessa realidade (FIGUEIREDO, 2010). Os principais programas da Atenção Básica que a ESF deve atender são: Atenção à Saúde da Criança; Atenção à Saúde da Mulher; Controle de Hipertensão e Diabetes; Controle de Tuberculose; Eliminação da Hanseníase; e Ações de Saúde Bucal (FIGUEIREDO, 2010).

Em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) ou Humaniza-SUS, com intuito de fazer a da humanização uma política transversal dentro sistema. Política esta que deve se encontrar presente no modelo de cuidado e atenção para com o usuário do sistema, e que atravessasse todos os níveis de atendimento; presente entre os trabalhadores, gestores e usuários (BRASIL, 2010; SOUZA & MENDES, 2009).

A humanização, como política, implica em confrontar o modelo de cuidado enraizado nos serviços de saúde, um modelo técnico e iatrogênico; modelo o qual é contraposto no trabalho da ESF, que busca usuários participantes, educação permanente em saúde, sendo um trabalho contínuo que une trabalhadores da saúde, gestores e usuários (SOUZA; MENDES, 2009). A PNH, tal qual a ESF, indica um caminho no qual o trabalhador da saúde seja valorizado; os atores do SUS (usuários, trabalhadores da saúde e gestores) sejam inclusos nos processos, protagonistas de suas situações e responsáveis pelo sistema (CASATE; CORRÊA, 2005; SOUZA; MENDES, 2009).

E para que haja devida inclusão, protagonismo e participação, é imprescindível que haja a criação de vínculos, que também é valorizada na ESF. Essa criação de vínculos depende da forma de se conceber a saúde, da forma de se conceber as relações; e assim deve se dar por um olhar ampliado, como traz a clínica ampliada. A clínica ampliada observa o sujeito não apenas pelo viés da doença, mas o compreende em sua totalidade, como indivíduo único (BRASIL, 2010).

A clínica ampliada afeta o modo de trabalho, que passará a criar vínculos entre usuários e trabalhadores da saúde, e para tal, os trabalhadores da saúde devem realizar a escuta, sem julgamentos prévios, na tentativa de observar na fala o que pode ser importante para a o acompanhamento, superando a fragmentação entre o que supostamente é biológico e social, encontrando caminhos que aproximem as subjetividades do processo de adoecimento

(BRASIL, 2010, FREITAS *et. al.*, 2013). E assim também há o acolhimento, da equipe de saúde para com os usuários, que deve acolher as queixas e falas do usuário por meio, mais uma vez, da escuta qualificada (BRASIL, 2010).

A PNH veio a complementar o trabalho da AB, defendendo os direitos dos usuários, que não limita a gestão da saúde apenas para aqueles ditos especialistas, mas para todos que participem dos processos de saúde (BRASIL, 2010). E vai além da AB, se direcionando as todos os níveis de atendimento do SUS, na tentativa de tornar o cuidado em saúde, não somente mais humano, mas de aproximar os atores do SUS que parecem tão distantes diante do modelo hegemônico de saúde.

O SUS tem ainda em sua base ideológica a promoção da saúde, e como forma de autenticar seu compromisso com a ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde, tanto em seus serviços quanto em sua gestão (BRASIL, 2015). Essa promoção da saúde se referencia na Carta de Ottawa, que a identifica como: “A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (1986, p.1).

No ano de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que busca modificar a organização, planejamento, realização, análise e avaliação do trabalho em saúde, se relacionando com todas as políticas de saúde que formam e organizam o funcionamento do SUS (BRASIL, 2015). Para além, a PNPS visa a melhoria da vida, estendendo as potencialidades de saúde e diminuindo os riscos à saúde, decorrentes dos determinantes da saúde (BRASIL, 2015). A PNPS tem eixos prioritários de suas ações, que são:

alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável (MALTA *et. al.*, 2014, p. 2).

Na lógica da promoção da saúde e conseqüentemente da PNPS, a questão central não se limita apenas na doença, mas no que a causa, no que agrava a situação de saúde do indivíduo (CARVALHO, 2006). E seus princípios gerais são: equidade, instersetorialidade, participação social e estabelecimento de melhorias para a vida e justiça social (CARVALHO, 2006).

Para auxiliar a ESF a superar seus desafios de integrar-se à rede assistencial, aumentar sua capacidade de solucionar as situações de saúde e de realizar o cuidado, o Ministério da Saúde criou, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e um de seus principais

pressupostos é do território (FIGUEIREDO, 2010; RODRIGUES *et. al.*, 2013). Segundo a descrição do Ministério da Saúde:

(...) os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas (BRASIL, 2014, p. 17).

O NASF tem como ponto principal de seu trabalho o apoio matricial, que nada mais é que um modo de organização do trabalho em saúde, que lida com equipes de referência (aquelas não diretamente ligadas ao cotidiano dos usuários da ESF), e que trabalham de forma a compartilhar seus conhecimentos diversos para aumentar a capacidade de cuidado, a abrangência de ações, realizando concretamente a intersetorialidade e a interdisciplinaridade (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014). Esse apoio não exclui que os profissionais do NASF possam atuar diretamente com os usuários.

O trabalho assistencial do NASF se desenvolve em duas dimensões: o trabalho clínico-assistencial, que reflete sobre a ação clínica para com os usuários; e a assistência técnico-pedagógica, que é o apoio educativo com/para as equipes (BRASIL, 2014). Esse trabalho clínico ou ação clínica, como diz Merhy (1998), é realizada por todo trabalhador da saúde, isso porque a ação clínica implica na relação de vínculo, responsabilização e acolhimento; o fazer clínico não é apenas entregar diagnósticos e estabelecer processos curativos.

É um processo dinâmico, tal qual o processo saúde-doença; depende de um jogo de necessidades (usuário) e tecnologias de trabalho (trabalhador da saúde) (MERHY; CAMPOS, 1998). As tecnologias de trabalho são uma parte do que seria o trabalho em si, considerado como "trabalho vivo" - aquele realizado em ato, feito pelo sujeito – havendo ainda o "trabalho morto" - aquele que chega em forma de produtos (MERHY; FRANCO, 2005).

Falar em trabalho em saúde é falar de suas tecnologias também, como as "tecnologias duras" que indicam o instrumental do trabalho, o que é material, os objetos do trabalho; "tecnologias leves-duras", que indicam os saberes envolvidos na realização daquele trabalho, o conhecimento teórico; e por fim as "tecnologias leves", que são as relações produzidas na/para a realização/efetivação do trabalho, as relações coletivas que permeiam o trabalho em saúde -

relação entre os próprios trabalhadores e entre trabalhadores e usuários (MERHY; FRANCO, 2005).

Com esse exposto sobre o trabalho em saúde que reflete a forma de trabalho do NASF, vale ressaltar que as diretrizes deste núcleo são as mesmas da AB, então este deve apoiar ações que produzam integralidade, cuidado continuado e proximidade com a população (BRASIL, 2014). Suas "referências-diretrizes" se apresentam pelos conceitos de território; trabalho em equipe; integralidade; autonomia dos indivíduos e coletivos (BRASIL, 2014).

Cada equipe do NASF é responsável por um território e população, e no SUS, o pressuposto do território adquire lugar de categoria, e pode ser compreendida não apenas como o espaço físico, mas como também o que se apresenta no cotidiano que mediante modificações em si, podem influenciar na vida geral de quem o habita assim como na saúde dos mesmos (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

O NASF, assim como a ESF, faz forte uso do território em que se encontra, para que assim possam atender às necessidades de saúde da comunidade; o mesmo vale para a integralidade, com atendimento humanizado, tratando dos indivíduos em suas singularidades, mas compondo um projeto que siga os princípios da Atenção Básica (FIGUEIREDO, 2010). Partindo do território, é necessário lidar com manejo de riscos, situações de vulnerabilidade e identificar as potencialidades coletivas (BRASIL, 2014).

O trabalho em equipe é favorecido dada a composição profissional do NASF, com profissionais que possuem saberes específicos distintos, e que reunidos possibilitam trocas não apenas de saberes para a resolução de situações, mas também olhares diferentes para uma mesma situação, atendendo demandas/problemas/necessidades de saúde no espectro individual e coletivo (BRASIL, 2014).

A equipe do NASF se subdivide em três tipos, NASF 1, NASF 2 e NASF 3. O NASF 1 é composto por profissionais com formação superior, com no mínimo 20 horas semanais de trabalho e no máximo 80 horas; estando vinculado a no mínimo cinco e no máximo nove equipes de ESF ou AB. O NASF 2, é composto por profissionais com formação superior com carga horária semana de no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas semanais, estando vinculado a no mínimo três e no máximo quatro equipes de ESF ou AB. O NASF 3, por sua vez, também composto por profissionais com formação superior, com também carga horária semanal entre 20 e 40 horas semanais, vinculadas a uma ou duas equipes da ESF ou AB (FIGUEIREDO, 2010; BRASIL, 2014; SILVA, 2016).

As possibilidades profissionais previstas para a formação de equipes do NASF, são as seguintes: profissional de educação física (PEF); farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico nas especialidades: ginecologista/obstetra, homeopata, geriatra, clínico geral, acupunturista, médico do trabalho; profissional de saúde sanitaria, sendo profissional graduado na saúde, com pós-graduação em saúde pública ou coletiva (FIGUEIREDO, 2010; BRASIL, 2014; SILVA, 2016).

Sobre a integralidade, este é um princípio de trabalho do SUS e é parte de todos os níveis de atendimento e políticas do sistema. A concretização da integralidade depende que as equipes do NASF tenham alta capacidade de análise e intervenção, cuidando para que a população alcance autonomia, se reduzam os danos/riscos/vulnerabilidades e se aumente o potencial de vida. Para além, são necessárias políticas que apoiem e organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Por fim, a autonomia dos indivíduos e coletivos, este é a consequência mais esperada para o cuidado/trabalho da AB. Os sujeitos devem ser acolhidos, ter a possibilidade de construir relações de vínculo e responsabilização, de forma que alcancem autonomia de si. Tal autonomia não pode ser oferecida, mas por meio do trabalho em saúde os sujeitos devem encontrar caminhos para alcança-la (BRASIL, 2014).

Além da possibilidade de entrada do PEF no SUS pelo NASF, este também foi considerado profissional da saúde, por meio da Resolução CNS – nº 218, de 6 de março de 1997 ao perceber que para pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a falta de atividade física se apresenta como um dos fatores de risco para o aumento da morbimortalidade deste grupo (RODRIGUES *et. al.*, 2013).

A atividade física já havia, antes de 2008, sido considerada parte das ações a serem empreendidas pelo SUS através da aprovação da PNPS, em 2006, e esta estrutura que se formava no SUS levou a real inserção do PEF na AB (RODRIGUES *et. al.*, 2013). Essa entrada coloca o PEF dentro de uma equipe multiprofissional, que atua na intenção de aumentar a saúde e qualidade de vida da população, incentivando um estilo de vida ativo na mesma (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

A AB é o local, do SUS, em que melhor se pode atuar com o ideal de prevenção e promoção da saúde, uma vez que a AB busca justamente isso, para a melhoria da qualidade de vida da população e diminuição de riscos (DA SILVA *et. al.*, 2009). E assim é necessário que

várias pessoas trabalhem em conjunto, pensando nos determinantes dos processos saúde-doença e redefinindo as práticas, e nesse local que o PEF se insere trazendo não somente atividades ou exercícios físicos, mas levando seus conhecimentos de encontro a outros para o alcance dos objetivos dos princípios e diretrizes do SUS, ESF, NASF e suas políticas (DA SILVA *et. al.*, 2009).

Como deve ser o exercício do PEF no contexto da saúde pública? Como e onde ele se insere? Inicialmente, se tinha que o foco da EF era a atividade física (AF), que é a primeira expressão que vem ao se considerar o movimento humano, e pode se exemplificar por uma caminhada de trinta minutos que geraria um gasto energético suficiente para a manutenção da saúde (CARVALHO, 2006). Entretanto, o meio científico logo percebeu que não era a realidade, dado o fato que para um efetivo gasto energético é necessária uma prática sistematizada, com repetições e sobrecarga; e isto se configura como exercício físico (CARVALHO, 2006).

E ainda que se sigam pesquisas, é necessário reconhecer as diferenças entre as populações e saber trabalhar com estes dados, uma vez que cada uma delas tem diferenças sociais, econômicas e culturais, que moldam o ser social em questão (CARVALHO, 2006). E não somente diferenças de populações, mas também diferenças no que e em que se trabalha com cada população. Podendo ser um exercício físico ou uma prática corporal (PC); sendo o exercício como foi dito acima, gera um gasto energético e é uma prática sistematizada.

As práticas corporais, segundo Carvalho (2006):

as práticas corporais são componentes da cultura corporal dos povos, dizem respeito ao homem em movimento, à sua gestualidade, aos seus modos de se expressar corporalmente. Nesse sentido, agregam as mais diversas formas do ser humano se manifestar por meio do corpo e contemplam as duas racionalidades: a ocidental (ginásticas, modalidades esportivas e caminhadas podem ser exemplos) e a oriental (tai-chi, yoga e lutas, entre outras) (CARVALHO, 2006, p. 34).

Segundo Lazzarotti Filho (*et. al.*, 2010):

de maneira geral, nota-se que o termo "práticas corporais" (...) indica diferentes formas de atividade corporal ou manifestações culturais, tais como atividades motoras, de lazer, ginástica, esporte, artes, recreação, exercícios, dietas, cirurgias cosméticas, dança, jogos, lutas, capoeira e circo (LAZZAROTTI, *et. al.*, 2010, p. 24).

O termo PC tem sido conceituado como algo mais abrangente e cada vez mais recorrente na literatura científica da EF. A área de conhecimento da EF tem se dividido no uso dos termos exercício físico/AF e PC, que indicam conceitos diferentes, sendo o primeiro um conceito

ligado às ciências biológicas e exatas, e o segundo ligado às ciências humanas e sociais (LAZZAROTTI FILHO, *et. al.*, 2010). Esse uso pelas ciências humanas e sociais, mostra quão mais amplo é o conceito de PC, sendo uma forma interdisciplinar de tratar o que a AF tem como conceito (WARSCHAUER, 2008).

A PNPS traz em seu texto os termos de AF e PC, indicando que ambas sejam incentivadas e promovidas no país, como forma de melhorar a qualidade de vida dos sujeitos (BRASIL, 2015). Essa intenção de melhoria da qualidade de vida se deu por já se ter percebido o quanto o sedentarismo é prejudicial à saúde dos sujeitos, o que influencia diretamente a qualidade de vida dos mesmos (MALTA, *et. al.*, 2009).

Para a concretização das PC/AF dentro do SUS, é necessário que haja maior articulação intersetorial, no compartilhamento de experiências no planejamento de ações e compartilhamento na avaliação dos resultados das ações realizadas (MALTA, *et. al.*, 2009). Articulação intersetorial esta que é o mesmo que se pede para a melhor efetivação da ESF, e se dá entre muitos atores da sociedade, sejam eles ligados ao Governo, em suas escalas (federal, estadual e municipal) e setores (saúde, sanitário e afins), assim como o setor privado (WARSCHAUER, 2008).

Assim sendo, a articulação e ações intersetoriais são essenciais para o desenvolvimento das práticas corporais dentro do SUS, tanto quanto dependem de ações diretas do NASF no apoio da ESF. A intersetorialidade por se apresentar como uma estratégia que articule em diferentes níveis (local e regional) pode trabalhar com ações que objetivem a melhora da saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2015). O NASF, por ser o amparo legal para o exercício da EF dentro do SUS, no nível mais básico de atendimento: AB.

3. SOBRE O PROGRAMA VIDA ATIVA NA MELHOR IDADE: A Experiência De Uma Ação Intersetorial

Esta pesquisa tem caráter analítico-descritivo, sendo um estudo de caso descritivo, a respeito do trabalho exercido pela PEF, do Centro de Saúde da Família do setor Crimeia Oeste. O estudo de caso se configura como uma pesquisa que em muito se aproxima da pesquisa histórica, pois seus dados partem da história de seu objeto de pesquisa, e de que se relaciona a este (THOMAS & NELSON, 2002).

A pesquisa se baseou em entrevistas (apêndice – roteiro) realizadas com funcionários da unidade de saúde e com uma conselheira do Conselho de Saúde Local. As entrevistas eram semiestruturadas, seguindo um roteiro que buscava saber sobre a unidade, o atendimento realizado no local, as atividades oferecidas na mesma. Uma entrevista a saber dados gerais da unidade (história, atendimento e estrutura) foi realizada com uma funcionária que estava disponível no dia e horário propostos.

As demais entrevistas, sobre as atividades oferecidas na unidade, foram realizadas com os funcionários que as comandavam, e apenas pediu-se a descrição da atividade. Apenas uma usuária foi entrevista, por ser conselheira do Conselho de Saúde local; a tomada de decisão de entrevista-la foi por conveniência, além do fato da mesma ser conselheira local. Os nomes das entrevistas foram preservados. E todos os dados apresentados sobre a unidade partiram das entrevistas realizadas.

Realizou-se observação do trabalho da PEF da unidade, assim como sua relação com os usuários e profissionais da mesma. E aproveitando a experiência profissional das estagiárias, também foi realizada intervenção com o grupo de usuários que participaram das aulas coletivas vinculadas ao Programa Vida Ativa. Para embasamento teórico, realizou-se pesquisa documental, junto aos documentos dos SUS², e da Prefeitura de Goiânia³.

A observação da unidade, feita com anotações a mão (sem uso de roteiro), sobre o que fosse considerado relevante, principalmente no que diz respeito ao trabalho da PEF, e dos usuários percorreu o ano de 2017, dividida de acordo com o semestre letivo da Universidade Federal de Goiás, iniciando no mês de abril até o mês de junho, e depois entre setembro e

² Documentos consultados: Cadernos de Atenção Básica nº 19; 27; 29; 30; 35; 36 e 37; Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; assim como Política Nacional de Atenção Básica; Política Nacional de Humanização e Política Nacional de Promoção da Saúde.

³ Documentos consultados: Lazer em ação - Planos de Ações, documento da AGETUL. E também a Apresentação Institucional da SEMEL, pelo site: <http://www.goiania.go.gov.br/html/semel/>

novembro de 2017. E assim se divide a pesquisa, em dois momentos, com o que se observou do trabalho da PEF, e com o que se realizou durante a experiência profissional das estagiárias.

No desenvolvimento do capítulo será apresentado, inicialmente, o Programa Vida Ativa. Na sequência o trabalho da PEF; e o Plano de Ação desenvolvido, como parte do Estágio Profissional Obrigatório no Centro de Saúde da Família.

3.1 O PROGRAMA VIDA ATIVA

Essa monografia foi realizada levando em consideração o desenvolvimento do trabalho profissional em Educação Física dentro do Programa Vida Ativa, desenvolvido no Centro de Saúde da Família Lucas Faria – Crimeia Oeste.

O programa Vida Ativa na Melhor Idade foi criado em 1992, pela Coordenadoria do Desporto e Turismo, para atender a população goianiense, principalmente idosos, objetivando a prática de atividade física e o convívio social, em núcleos em diversas regiões de Goiânia (GOIÂNIA, 2018). Esses núcleos, que somam dezesseis unidades, estão espalhados pela cidade, são oferecidas atividades de alongamento, ginástica localizada, treinamento funcional, natação, dança e outros (GOIÂNIA, 2018).

As dezesseis unidades são: Associação das Mulheres Deficientes Auditivas e Surda de Goiás, no setor Vila Nova; Associação dos Moradores Castelo Branco, na Vila Santa Teresa; Associação dos Moradores Conjunto Riviera, no Conjunto Riviera; Associação de Idosos do Bairro Feliz, no Jardim Moema; CAIS Curitiba, no Jardim Curitiba; Centro Esportivo Morada Nova, no setor Morada Nova; Centro Comunitário João XXIII, no setor Crimeia Leste; Centro de Saúde da Vila Canaã, Vila Canaã; Clube do Povo, setor Alto do Vale; CSF Lucas Faria de Souza, setor Crimeia Oeste; Centro de Trabalho Comunitário, no setor Perim; Núcleo de Assistência Social Setor Pedro Ludovico, no setor Pedro Ludovico; Escola Municipal Paulo Teixeira de Mendonça, setor Negrão de Lima; Rhema Vila Nova, setor Vila Nova; Vila Isaura, setor Vila Isaura (GOIÂNIA, 2017).

Contudo o programa não é assim desde o começo, em 1992. Para chegar ao que se tem hoje o programa passou por inúmeras modificações, e as mais significativas a partir de 2009, com a posse do primeiro quadro de servidores, da então SEMEL (GOIÂNIA, 2017). As ações passaram a ser diversificadas, no sentido de haver maior diversidade nas modalidades trabalhadas. As ações intersetoriais entre esferas do poder público (como atualmente entre

Secretaria Municipal de Saúde e Agência Municipal de Turismo, Eventos e Lazer), e parcerias com órgãos entidades públicas e privadas, auxiliaram no avanço e permanência deste programa (GOIÂNIA, 2017).

Contudo, no ano de 2014, o extinta Secretaria Municipal de Turismo teve suas funções transferidas à SEMEL, que se tornou Secretaria Municipal de Turismo, Esporte e Lazer (SETEL). No ano seguinte, 2015, a Agência Municipal de Turismo, Eventos e Lazer (AGETUL) passou a tratar das políticas públicas de lazer (GOIÂNIA, 2017).

O programa Vida Ativa se desenvolve em espaços "fechados", dentro de auditórios e afins que se encontram em associações de moradores, CAIS, centros de saúde da família, centros esportivos ou comunitários; trazendo o "lazer ativo"⁴, que abarca a prática de exercícios físicos, como também diversas modalidades de práticas intelectuais (GOIÂNIA, 2017).

Até o mês de agosto de 2017, de acordo com dados do Plano de Ação da AGETUL, o programa conta com dezesseis unidade ativas e somando 27700 atendimentos de janeiro a julho do referido ano. Tais atendimentos se apresentam em diversas categorias de atividade/ ação: aulas coletivas; avaliação física; atividades de turismo; eventos; orientação e/ ou prescrição de exercícios físicos; palestras e outros (GOIÂNIA, 2017).

3.2 O TRABALHO DESENVOLVIDO NO CENTRO DE SAÚDE

O Centro de Saúde Lucas Faria, espaço onde foi desenvolvida esta pesquisa, se localiza na esquina da Av Goiás Norte com C. Domingos L Prado, St. Criméia Oeste, em Goiânia, e unidade funciona das 07:00 horas da manhã às 17:00 horas da tarde. O período em que as observações e intervenções foram realizadas de setembro a novembro de 2017, pela manhã.

Quanto a estrutura física, o Centro de Saúde é composto por vinte e duas salas e quatro banheiros (dois para público e dois para funcionários), sendo estas: três salas para enfermagem, três para médicos, uma para ginecologia, uma para vacina, uma para triagem, um auditório usado pela PEF para as aulas coletivas, uma sala para odontologia, duas lavanderias, uma sala de expurgo, uma sala para esterilização e uma sala para curativos, uma sala para diretoria, uma

⁴ Lazer, segundo Dumazedier (1979, *apud*. AQUINO; MARTINS, 2007), o lazer se constitui como atividades a serem realizadas fora das obrigações sociais, como o trabalho. Sendo assim, neste tempo se pode fazer o que for de escolha pessoal, e a quantidade deste tempo varia de acordo com o tempo que se ocupa com as obrigações sociais.

O lazer ativo então abarca um formato de lazer que busca ser ocupado por atividades mais específicas, como exercícios físicos ou práticas intelectuais (GOIÂNIA, 2017).

cozinha, uma sala para higienização e limpeza, dois vestiários (estes na realidade, exercem a função de depósito).

No que diz respeito ao financiamento, o Centro de Saúde recebe diretamente apenas os materiais para a continuação do seu trabalho, pois como parte do SUS, os recursos financeiros, do Governo Federal, são direcionados ao Ministério da Saúde, e este para o SUS. Como relatado pela entrevistada X⁵ os materiais necessários são recebidos por meio de pedidos que são feitos a partir de mapeamento do que está em falta para o mês, tanto de insumo (remédios, soro, gases) quanto de materiais (materiais da cozinha, limpeza, etc).

Não foi possível fazer um levantamento completo a respeito da história da unidade, e tão pouco um levantamento patrimonial da mesma, pois de acordo com a entrevistada X, os documentos, que oportunizariam tal ação, não ficam na unidade e a cada troca de gestores, os mesmos se perdem ou somem. Isso demonstra falta de cuidado para com os documentos a respeito da história do Centro de Saúde, e que não há um outro local que resguarde a história das unidades de saúde, pois ficam sob responsabilidade dos gestores e não um controle superior dos documentos.

A unidade faz parte da Estratégia Saúde da Família, que não leva o seu trabalho de cuidado e atenção à saúde, voltado apenas para o sujeito e sim no sentido que este faz parte de um círculo familiar, e todo este deve ser levado em conta no tratamento/ cuidado com a saúde (MACHADO *et. al.*, 2007). O objetivo da unidade está relacionado a prevenção de doenças, logo o esperado é que o paciente não procure o serviço quando estiver doente, e sim para fazer acompanhamento periódico.

Sendo a família a base para o trabalho do Centro de Saúde, para que a mesma tenha acesso ao atendimento ali oferecido, é necessário que esta esteja cadastrada na unidade e tenha o cartão do SUS. O cadastro é realizado por meio de um agente de saúde que vai até a residência e faz o recolhimento de dados pessoais dos residentes (nome, idade, nome da mãe etc.), e na unidade é feito o cadastro da família, e seguido isto, a família pode se dirigir à unidade e receber atendimento ao apresentar o cartão do SUS. O trabalho dos agentes de saúde é contínuo, indo uma vez por mês visitar cada residência de sua "área" de trabalho.

Na unidade analisada, cada agente tem cerca de 133 famílias cadastradas, e apenas 7 agentes. As visitas mensais dos agentes são para fazer um acompanhamento de cada família,

⁵ A entrevistada X é Agente Administrativa do Centro de Saúde. A escolha de se referir a mesma desta forma foi para a proteger sua identidade.

saber como e certificar-se se os mesmos ainda residem lá; cada agente é responsável por cerca de 19 quadras, dentro do território que abrange o atendimento da unidade.

Para fazer a orientação do trabalho desenvolvido na unidade, os profissionais se reúnem uma vez por semana, para discutir o acompanhamento dos pacientes e se o que estava proposto para ser realizado foi alcançado. Nestas reuniões são discutidos casos como pacientes que não foram a consultas e não deram motivo da falta, pacientes que precisam de atendimento domiciliar, saber de famílias que se mudaram ou novas famílias que estão na região atendida pelo Centro de Saúde.

Além do atendimento médico, a unidade conta com outras atividades, como o Programa de Hanseníase, o Programa de Tuberculose, a Ação do Tabagismo e o Programa Saúde na Escola (PSE). Os Programas de tratamento para hanseníase e tuberculose parte mais da ação dos agentes de saúde, que fazendo as visitas aos pacientes, identificam sintoma (s) da hanseníase ou tuberculose e assim se inicia a investigação.

Caso confirmados a hanseníase ou a tuberculose começa o tratamento com medicamentos e acompanhamento médico, realizados na unidade. A depender do quadro do paciente o tratamento gira entre seis meses a dois anos, se porventura o paciente precisar, o mesmo é encaminhado para outra unidade como o Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica "Cândido José Santiago De Moura" - CRDT.

A Ação do Tabagismo é um programa coordenado pela entrevistada Y⁶, que faz encontros semanais com o grupo, o tratamento pode durar entre seis e nove meses, a depender do paciente. O programa conta com a participação da médica, nutricionista, PEF, psicólogo e farmacêutico que fazem palestras a respeito. O Programa Saúde na Escola, é realizado fora do espaço do Centro de Saúde, diretamente em uma escola pública que fica no território de abrangência do Centro de Saúde.

O Programa Saúde na Escola atende os alunos de acordo com sua faixa etária, com atividades montadas de acordo com a sua faixa etária. As atividades são de avaliação bucal, avaliação dermatológica, avaliação médica e clínica. Os alunos têm sua ficha sempre atualizada e somente são avaliados aqueles que tiverem permissão dos pais. E quando algum aluno aparece com vermes ou piolhos, por meio da ação de agentes de saúde são enviados remédios para o tratamento. Os alunos fazem parte de reuniões sobre educação em saúde, e aprendem sobre

⁶ A entrevistada Y é médica do Centro de Saúde. A escolha de se referir a mesma desta forma foi para a proteger sua identidade.

higiene pessoal. O programa é coordenado e realizado pela enfermeira chefe da unidade, a entrevistada T.

E como ação intersetorial, entre o Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia e a AGETUL, também são oferecidas outras atividades dentro do Centro de Saúde, que são o Programa Vida Ativa e o Caminhando com Saúde, realizados pela PEF. O programa Caminhando com Saúde se dá como uma ação de levar aos caminhantes acompanhamento de profissionais para oferecer aulas e atividades específicas voltadas ao público; como prática de caminhada/ corrida, indicados individualmente, exercícios em grupo voltados para a iniciação esportiva. Todas as atividades do Caminhando com Saúde são oferecidas em uma praça próxima ao Centro de Saúde, conhecida como Praça do Jacaré

3.3 O EXERCÍCIO DA PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

A primeira parte desta pesquisa, foi a observação do exercício profissional da PEF, Ana Carolina Neto Cardoso foi observado entre os meses de abril a junho, e depois de agosto a novembro de 2017, a saber se este compete ao que é indicado pelo SUS e o NASF. A profissional é concursada pelo AGETUL, e trabalha dentro do Programa Vida Ativa, e trabalha em ambos a 9 (nove) anos, que tem a premissa do "lazer ativo" para suas atividades.

A PEF tem formação em Educação Física (Licenciatura Plena), pela Universidade Estadual de Goiás, no ano de 2005. Sendo especialista em Fisiologia Clínica, pela Escola Federal de Medicina de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, no ano de 2007. Ela também tem especialização em Saúde do Trabalhador, pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, no ano de 2011.

O caminho percorrido pela PEF principalmente na primeira especialização, corroboram o trabalho atual da mesma, que trabalha com aulas de acordo com as diretrizes do Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM), observando a fisiologia do exercício para o atendimento individual entre os sujeitos do Programa. Mas também de acordo com as indicações propostas pela PNPS, observando ações que sejam de proteção, prevenção, promoção e reabilitação em saúde.

O Programa Vida Ativa se desenvolve dentro do espaço da Unidade de Saúde, no auditório da mesma, com aulas coletivas, educação em saúde. Há uma demanda enorme pelo programa (com cerca de cinquenta pessoas na lista de espera) contudo, mesmo sendo aberto à

comunidade, a preferência é dos(as) usuários(as) da Unidade. O programa acontece às segundas, quartas e sextas, no horário da manhã, das 07h15 às 07h55; das 08h às 08h45; e das 09h00 às 09h45. Para cada turma a PEF faz uma chamada para saber da frequência dos alunos.

No ano de 2017 o programa teve 88 (oitenta e oito) alunas(os) cadastradas(os) e frequentes nas aulas. Como mencionado há uma lista de espera com mais de cinquenta nomes. Os usuários que fazem acompanhamento na unidade têm preferência em entrar no programa. E quanto a lista de espera, citada acima, é realizado um remanejamento dessas pessoas, tanto para as atividades ministradas pela PEF no Caminhando com Saúde (que acontecem em uma praça do setor), quanto para a unidade do setor Urias Magalhães, onde ocorrem outras atividades próximas das que acontecem no Centro de Saúde.

Dentre esses 88 (oitenta e oito) alunas (os), 55,68%, ou seja, 49 (quarenta e nove) delas (es) eram idosas (os), considerando que a referência é a atual legislação em vigor, portanto, eles/elas apresentavam mais de 60 (sessenta) anos de idade. Os demais tinham idade entre trinta e dois anos e cinquenta e nove anos. O perfil epidemiológico dos alunos, separados por categorias de patologias segue abaixo:

Tabela 1: Relação percentual de categorias de patologias

Distúrbios/Patologias	Total (%)
Cardiocirculatórios	16,31
Cognitivos, sensoriais e emocionais	6,46
Imunológicos	1,54
Metabólicos	21,54
Ósteo e neuromusculares	36,31
Pulmonares	4,62
Outros	13,23

As três turmas se encontravam em sua capacidade máxima de alunos, tanto pelo espaço físico da sala quanto pela quantidade de materiais, e pela possibilidade de atendimento por parte da profissional. A PEF relatou que ainda com um espaço maior não aumentaria a quantidade de alunos nas turmas, pois isto descaracterizaria seu trabalho, impossibilitando o atendimento feito de forma individualizada - fazendo modificações adequadas a cada aluno, acompanhamento de pressão arterial, correções individuais e afins.

Praticamente todos os alunos chegam ao programa por indicação médica, o que denota o reconhecimento do trabalho da profissional pelos médicos que trabalham na unidade. É muito

frequente entre os alunos distúrbios/patologias como: hipertensão arterial sistêmica, osteoartrite, osteoartrose, diabetes, osteopenia, osteoporose, distúrbios da tireoide e outros.

Quando um usuário da unidade busca o atendimento dentro do grupo, a PEF realiza uma avaliação clínica: anamnese, estratificação do risco e avaliação física. Dessa forma a PEF reúne os dados de seus alunos e os acompanha individualmente, e com isto fundou um banco de dados com os dados que teve acesso dos alunos, como data de nascimento, peso, altura, família, assim como dados sobre cirurgias e patologias. Esse banco de dados, recebeu o nome de Ambulatório do Exercício Físico (AMBEX), um projeto experimental criado em 2009.

Com o AMBEX, a PEF faz uma triagem na qual coleta os dados pessoais dos alunos, e antes que inicie as atividades do programa, é necessário que o aluno apresente atestado médico que comprove a liberação médica para que o início da prática de exercícios. E assim o AMBEX não apenas é um banco de dados, mas o que regula todo o programa ocorrido na unidade, acompanhando os alunos e seu progresso, de forma individual.

Todo atendimento por ela realizado se baseia em documentos do Ministério da Saúde, que são os Cadernos de Atenção Básica (CAB); sendo os utilizados pela PEF os de número 19, voltado ao envelhecimento; número 35, voltado para DCNT, com indicações gerais; e os específicos sobre DCNT de número 36, voltado para diabetes mellitus, e o número 37, voltado para hipertensão arterial sistêmica. Cada caderno traz indicações para o trabalho em saúde com essas populações específicas, aliado ainda ao que é preconizado pelo ACSM.

Sendo estes a base para o trabalho da PEF, seu exercício profissional dentro do programa faz acompanhamento de acordo com o indicado por estes cadernos, sendo inclusive o próprio trabalho com PC indicado em cada um dos CAB utilizados pela PEF. No quesito de acompanhamento e avaliação, a PEF ainda utiliza outros documentos do Ministério da Saúde, a exemplo da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Este documento, faz indicações para a avaliação, acompanhamento e cuidado da pessoa idosa. Além de uma ficha a ser preenchida com todos os dados da pessoa idosa, o documento traz testes para acompanhar a capacidade funcional e a vulnerabilidade do sujeito, tais como: Perímetro de Panturrilha Esquerda, tabela para acompanhamento do peso, Índice de Massa Corporal, e avaliação de incapacidades (fazer compras, cuidar do próprio dinheiro e banhar sozinho), assim como avaliação de limitação física (agachar-se, segurar pequenos pesos, ou caminhar).

Esse tipo de avaliação considera não apenas doenças para dizer sobre a saúde, mas toda a condição física do sujeito, assim como os remédios, sua rotina, família pois isto conta em como o sujeito vive e como pode se melhorar a capacidade de vida da pessoa.

As aulas do programa são baseadas no treinamento funcional, método de treinamento resistido, que segundo Monteiro e Evangelista (2015) é indicado para idosos, por utilizar exercícios integrados, que mobilizem mais de uma parte do corpo, exercendo um trabalho/movimento global, com ativação dos músculos do *core*⁷ que auxiliam na manutenção da estabilização e mobilidade da coluna, trazendo fortalecimento geral para o corpo daquele que o realiza.

De forma geral, o treinamento funcional traz exercícios que podem se parecer com movimentos utilizados no dia a dia, o que leva a melhoras da capacidade funcional, a qual se perde potencialmente com o avanço da idade, tornando-se deveras interessante o uso deste método com idosos (MONTEIRO; EVANGELISTA, 2015).

Mas o foco desta metodologia de treinamento, não está nos exercícios e sim nas ativações corretas dos músculos necessários a cada movimento, configurados como músculos estabilizadores, que querem dizer sobre o *core* (BOYLE, 2015). Tais músculos ativados corretamente, tem por função proteger o corpo de lesões, fortalecendo de forma segura o corpo daquele que pratica exercícios estes exercícios (BOYLE, 2015).

A finalidade do trabalho realizado nos programas que contemplam a educação física é a atenção primária (atenção básica de saúde no SUS, sendo a porta de entrada no SUS, com tratamentos preventivos) de educação em saúde e prevenção. Porém, a realidade do atendimento está mais voltada para a atenção terciária (um dos últimos níveis de atenção em saúde, com tratamento específico a patologias, sendo um tratamento curativo), uma vez que 90% ou mais dos alunos estão em diagnóstico e tratamento de alguma patologia.

De acordo com o modelo de atendimento proposto para Centros de Saúde da Família, estes devem tratar da saúde da população com função de prevenir doenças, e não simplesmente trata-las (BRASIL, 2012). Ainda que o trabalho da professora esteja dentro das possibilidades

⁷ O *core*, em tradução literal significa centro, núcleo. No corpo humano, o *core* refere-se aos músculos encontrados no tronco: na parte anterior, os músculos abdominais, e na parte posterior, os músculos paravertebrais e glúteos; ainda composto pelo diafragma, assoalho pélvico e cintura pélvica. Podendo ser chamado de complexo lombopélvico, onde ao todo se encontram cerca de vinte e nove músculos e é onde se encontra o centro de gravidade. (MONTEIRO & EVANGELISTA, 2015).

do atendimento da AB, o ideal seria que não houvessem tantos casos de doenças instaladas, a serem acompanhadas; para serem tratadas pela AB.

Isto indica um problema dentro da ordem de atendimento do SUS, que a população provavelmente não sabe desta ordem, e/ ou busca o atendimento apenas quando já se encontra com sintomas mais agravantes em seu estado de saúde. E o trabalho se torna um trabalho preventivo e curativo.

Para que o banco de dados permaneça atualizado, a PEF realiza periodicamente avaliações nos alunos para aferir pressão arterial (PA), glicemia; além disto todos os alunos levam para ela os exames que realizaram a pedido médico. A avaliação periódica de PA e glicemia é realizada como um trabalho multiprofissional, no qual a PEF conta com a ajuda da enfermeira chefe da unidade. Esta avaliação é indicada nos CAB nº 36 e 37.

A avaliação é considerada uma prática multiprofissional pois a PEF realiza a avaliação concomitante às aulas, e assim necessita de auxílio externo e assim otimiza o atendimento. Marcado o dia em que a enfermeira possa realizar a avaliação, os alunos são avisados para irem preparados, de preferência em jejum, devido ao teste de glicemia, mas caso se alimentem antes da aula, a PEF avisa que há parâmetros para tal situação e o indica para os alunos.

Assim, cada aluno vai sendo chamado para realizar a avaliação, e aula vai tendo sua continuidade. Contudo, cada aluno pode escolher se faz ou não o teste de glicemia. Eles têm essa liberdade tanto por ser uma escolha pessoal, quanto por já terem realizado o exame poucos dias antes ou por irem realiza-lo poucos dias depois da avaliação com o grupo (sendo um exame pedido pelo médico). A PEF organiza cada aluno que será chamado, de acordo com a vontade deles, por às vezes terem ido apenas para realizar a avaliação, ou quererem ser atendidos antes ou depois da aula.

A PEF avalia os exames, assim como os resultados aferidos de PA e glicemia, e não apenas acompanha a situação de saúde deles, como os informa sobre o que quer dizer os resultados dos exames, e os valores indicados para PA e glicemia. Indicando os parâmetros colocados pela literatura, mas explicando a eles na linguagem que eles compreendam. Quanto aos exames, ocorreu inclusive um caso presenciado durante o período desta pesquisa.

Um aluno entregou a ela os exames, os quais a PEF identificou que não eram dele os resultados do raio-x, pois a densidade dos ossos no exame indicava ser de um adolescente e jamais de um idoso. Ela explicou isso ao aluno e pediu que ele retornasse ao médico ou à clínica

que realizou o exame para que desfizessem esse erro. A PEF relatou que o senhor já havia entregado os exames ao médico, e este não percebeu o erro dos exames, o que ela disse poderia ser pela correria no atendimento e assim gerou a desatenção.

Contudo, a mesma relatou que esse tipo de erro não pode acontecer, pois o paciente recebe um diagnóstico que não o pertence, e segue como se o problema que ele relatou ao procurar o médico não fosse real, e assim ficaria sem tratamento adequando. A PEF indicou ainda que o local em que se realizou o exame é comum haver esse tipo de erro, e que o caso deste aluno não foi o primeiro.

Com os dados de cada exame entregue à PEF, e de cada avaliação periódica realizada dentro do programa, a PEF acompanha cada aluno individualmente durante as aulas, fazendo algum tipo de modificação nos exercícios, ou até mesmo acompanhando fatores específicos. Isso ocorreu com duas alunas, uma delas, chegou na aula sentindo um pouco de mal-estar, e a PEF a acompanhou para aferir a PA, constatando que estava bem elevada naquele momento, mesmo com o uso de medicamento, por parte da aluna.

A aluna estava até antes com o quadro de PA estabilizando, fazendo acompanhamento com o médico para o tratamento medicamentoso. A PEF e a aluna retornaram após aferir a PA e a mesma participou da aula, com a PEF mais próxima a ela. Ao fim da aula elas saíram para aferir novamente a PA e esta havia reduzido e a aluna foi pra casa. Em outro dia de aula, a PEF acompanhou novamente a aluna para aferir a PA e estava muito mais elevada, e a aluna foi impedida de participar da aula.

Na semana seguinte a PEF continuou com o mesmo procedimento com a aluna que já estava com o valor de PA dentro do considerado normal e esta retornou a participar das aulas. Outro caso foi com uma aluna, uma idosa que retornou às atividades dentro do programa somente no segundo semestre do ano de 2017. Ela havia se afastado, temporariamente, por estar em uma rotina de muitos exames e ter passado por um acidente doméstico (uma queda, ao se levantar muito rápido da cama), e assim não conseguia andar.

Esta aluna ainda não estava apta a realizar atividades no solo, e então seus exercícios eram todos adaptados, e realizados em uma poltrona que havia na sala. A poltrona era do modelo específico para realizar coletas de sangue e/ou hemodiálise, por ser reclinável, a cadeira era excelente para o caso desta aluna. Acompanhada/auxiliada por uma das estagiárias, a aluna

conseguia realizar toda a aula. Com o passar de semanas, quase dois meses, a aluna passou a fazer as atividades no solo, ainda sendo acompanhada de perto por uma das estagiárias.

Ainda sobre o formato de trabalho multiprofissional, e também ações que a PEF realiza com todo o grupo, a mesma organiza palestras de acordo com algumas ações do Ministério da Saúde, como ocorreu no ano da pesquisa relativo ao Setembro Amarelo (prevenção ao suicídio) e ao Outubro Rosa (prevenção ao câncer de mama). A PEF organizou um "aulão" com todas as turmas, para ocorrer antes da palestra relativa a cada assunto.

Desta forma, se garantiria que os alunos fizessem a aula, e ainda participassem da palestra, que é aberta a comunidade. As duas palestras foram realizadas pelo médico da unidade, que falou sobre cada assunto em uma palestra, trazendo informações sobre suicídio e como preveni-lo, assim como sobre o câncer de mama e de colo de útero. Essas ações tanto se configuram como educação em saúde, como podem ajudar a trazer autonomia para os alunos/pacientes.

No quesito da educação em saúde, a PEF ainda leva aos alunos o "minuto da saúde", no qual a mesma traz informações sobre alimentação saudável, e sobre os riscos em volta de produtos alimentícios. Estes alimentos são aqueles que passaram por algum tipo de processamento que modificou sua forma natural, desde processos de limpeza/ moagem/ pasteurização, à adição de conservantes, ou mesmo sequer possuem alimento natural em sua fórmula.

E trazendo informações como esta acima, a PEF indica formas simples de melhorar a alimentação, como em evitar tais produtos ou adicionar mais alimentos saudáveis; assim como formas mais saudáveis de se alimentar, no dia a dia, dando dicas para trocar ingredientes de algumas receitas por outros que tornem o resultado final da receita mais saudável.

Esta atitude da PEF, é indicada em diversos documentos do Ministério da Saúde (Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, CAB nº 19), nos quais se explica sobre o trabalho com idosos, dentro da AB, e a necessidade deste cuidado para com esta população. Além disto, a PEF ainda relembra os alunos, de acordo com o clima da cidade, outros hábitos, como a hidratação, pois o clima na cidade é muito seco, o que pode acarretar mais doenças vinculadas ao aparelho respiratório dos alunos.

Ainda vinculado ao que é indicado pelos documentos do Ministério da Saúde, a PEF mantém os alunos informados sobre o período de vacinação, explicando com o auxílio de um

funcionário da unidade – como a enfermeira chefe, ou a assistente administrativa, citadas anteriormente – indicando o dia em que devem ir, o horário. Isso é importante pois o idoso, que compõe a maior parte do grupo dos alunos atendidos pela PEF, precisa manter a vacinas em dia, o que pode ajudar a impedir que algumas doenças surjam.

Durante as aulas, a PEF traz a importância de se fazer os exercícios sempre, não abandonando as aulas. Ela cita como isso importa para a manutenção de uma vida com maior qualidade de vida, impedindo que doenças avancem ou surjam no organismo dos alunos. Ela cita os benefícios para a manutenção da PA em níveis considerados bons, assim como controle do diabetes, doenças osteomusculares – que também são frequentes no grupo atendido –, hipertensão, entre outras, trazendo até mesma a importância do exercício para as crianças e jovens e adultos.

Partindo disso, algumas alunas levam, por vezes, seus netos, filhos para conhecer o programa. A PEF além de levar benefícios para aqueles a quem atende diretamente, acaba por levar outros benefícios secundários aos familiares de seus alunos. Isso demonstra que aqueles que participam do programa levam para casa a mudanças e benefícios ganhos dentro das aulas.

Além do que já foi apresentado, a PEF realiza um trabalho de cidadania dentro do programa. Ela mantém "um caixa" o qual é mantido pelos próprios alunos, que semanalmente ou sempre que tem condições, levam uma quantia em dinheiro para ser guardada nesta caixa. O nome da pessoa que levou a quantia é anotado, junto do valor que foi entregue, e assim a PEF regula o dinheiro que entra e que pode ser feito com esse.

Esse caixinha é feito, principalmente para a manutenção do trabalho realizado no programa, com isto, os alunos melhoram as condições do atendimento que recebem. Essa manutenção é a compra de materiais para melhorar e aumentar a possibilidade de exercícios dentro das aulas, e até mesmo organizar a sala. Já foi comprado com este dinheiro: bolas suíças, halteres, bolas dente de leite, aros para colocar as bolas suíças, ventiladores para a sala, uma mesa para a sala.

A PEF que realiza as compras, e para isto, ela faz orçamento, e encontrando o que se precisa, com valor justo, ela avisa os alunos e depois efetua a compra. Quando a compra é finalizada, e os produtos chega, ela leva a nota fiscal da comprar e coloca em um mural, permitindo que os alunos não somente olhem a compra, mas também acompanhem a rotatividade do caixa. Permitindo que eles façam controle social sobre isso.

Contudo, o caixa não serve apenas para isso. Ele também atende a demandas trazidas pelo grupo, como conhecidos da região que estão com alguma dificuldade em casa. Foi acompanhado um fato, de uma família que mora no bairro, na qual o marido estava desempregado, a mulher estava internada em um hospital e o casal tinha filhos pequenos, um recém-nascido, inclusive. Com o dinheiro do caixa foi comprado alguns alimentos, e até mesmo os alunos levaram por conta própria alimentos, e o leite apropriado para o recém-nascido.

Além deste caso, ocorreu outro, em que um dos alunos que tem diabetes estava impossibilitado de ir para as aulas por não ter como fazer o controle de sua glicemia. Tentaram fazer o pedido do aparelho para aferir pela SMS, contudo devido não haver sido atendido, a PEF usou do caixa para realizar a compra com aparelho e das fitas para que o aluno pudesse fazer o acompanhamento devido da diabetes, seguido disto o aluno voltou a frequentar as aulas.

Toda compra realizada é feita com o consentimento dos alunos, e como dito anteriormente, eles fazem o acompanhamento de todos os gastos realizados. Ainda outra forma de fazer arrecadação de dinheiro junto dos alunos, é por meio de rifas, com o sorteio realizado ao finalizar a venda da rifa. Há de se citar que quando não foi possível arrecadar o valor necessário, a PEF ainda auxilia na compra que foi programada, utilizando de seu próprio dinheiro para conseguir finalizar a compra.

No tocante à frequência dos alunos no programa, a profissional indica que aqueles que iniciam sua participação nas aulas não tem falta frequentes, e quando as tem, são justificadas junto à profissional. Logo, em termos de adesão e aderência, segundo Veríssimo e Rodrigues (2016), os participantes do programa aderem ao programa pela junção da indicação médica e da própria vontade, assim como permanecem no programa, que não apresenta abandono por parte dos alunos, que saem do mesmo apenas por motivo de mudança de moradia ou falecimento.

No que diz respeito os alunos do programa, vale ressaltar que a conselheira do Conselho de Saúde local é uma aluna do programa. Em entrevista, a entrevistada Z abordou que os alunos do Vida Ativa são muito satisfeitos com o trabalho oferecido pela PEF. Ela comentou sobre fato da profissional transmitir aos alunos os benefícios do programa, e a importância da prática de exercícios físicos, e ser isso o que promove a aderência dos alunos, como também a forma que a profissional trata e acompanha os alunos.

O trabalho da profissional não apenas gera aderência dos alunos, como traz ao grupo um vínculo social e afetividade entre os mesmos, devido a ser um programa com aulas em grupo. Este formato de trabalho, não é apenas indicado pelo NASF, como é um modo de concretizar a clínica ampliada, num trabalho que socializa os usuários, e os considera além da saúde, mas em suas singularidades e as trabalham com todo o grupo.

No decorrer das observações, era perceptível a unidade do grupo, a amizade entre eles, não apenas por serem vizinhos, mas por serem amigos, se ajudarem. Ao acompanhar as turmas, os próprios alunos contavam que iam a casa um do outro para chamar, e irem juntos para a aula. Sendo assim, tendo eles apreendido a importância da prática de exercícios físicos, estes passam a fazer outro controle social. Este controle social diz respeito a participação de cada um nas aulas. Eles cobram a presença uns dos outros nas aulas; e também se cobram durante as aulas, puxando um aluno ou outro que pareça desanimado.

Ainda segundo a entrevistada Z, a mesma também abordou outro ponto relacionado à sua função de conselheira, que é fazer o controle social junto ao SUS, levando ofícios à SMS, quando há necessidade de algo na unidade. Contudo, todo o trabalho como conselheira tem ajuda de apenas um outro morador do bairro, que a auxilia na elaboração dos ofícios, e nas reuniões mensais com a gestora da unidade.

Segundo a entrevistada Z, isso dificulta que se alcancem maior suporte por parte da SMS, pois é necessária mais participação da população para fazer cobranças. Ainda segundo ela, não há mais participação porque é um trabalho totalmente voluntário, não há nenhuma remuneração e realmente é feito um trabalho; com reuniões, buscar saber o que é de interesse de todos, o que está em falta e afins.

A entrevistada Z indicou que a população não entende que é necessário esse tipo de ação por parte dela, e que somente assim haverá mudanças significativas dentro do Centro de Saúde, como a própria segurança. Ela discorreu que enquanto ocorreu a onda de assaltos em 2016, durante a reforma do Centro de Saúde, mesmo com o ofícios e pedidos de aumento de segurança na região e na própria unidade, nada foi feito por parte da SMS, pois seria necessária maior mobilização popular.

Partindo deste exposto a respeito do trabalho realizado pela PEF, foi possível identificar que a premissa do seu trabalho se volta para o que é indicado pelo SUS, Ministério da Saúde, NASF, e também pelo que indica a formação acadêmica da PEF. A formação da PEF indica e

modela o trabalho nas bases fisiológicas, montando as aulas para o grupo, e lidando com as diferenças individuais, pensando nas necessidades dada idade, quadro de patologias e afins.

E ainda atende ao que é indicado pelo NASF, como diretrizes mais próximas para o trabalho, tanto pela origem de seu trabalho ser uma ação intersetorial, quanto por realizar clínica com seus alunos, e dar apoio aos alunos, e trabalhar em conjunto com a equipe que está presente na unidade. A PEF acompanha os alunos tanto dentro quanto fora das aulas, sabendo de suas consultas, exames, e até mesmo da rotina diária, oferecendo um cuidado integral, de acordo com as necessidades apresentadas por cada aluno.

A PEF ainda faz uso do conceito de território, por ainda dar aulas em uma praça que fica nas proximidades da unidade, conhecida como Praça do Jacaré. Estas atividades da PEF não foram acompanhadas, mas devem ser citadas, por esta não faz uso do território apenas durante as confraternizações com o grupo (as confraternizações, no ano de 2017, ocorreram fora da unidade). Ela se utiliza do território como indicado nas diretrizes do NASF.

Contudo, pode se considerar que a profissional tenha limites em seu trabalho. Limites dados talvez pela perspectiva da fisiologia do exercício, pois ao se fazer o planejamento da intervenção, a PEF demonstrou resistência com a ideia de trazer outra prática para os alunos, neste caso, o yoga. Assim como, é percebido que a PEF leva muito a si as responsabilidades do trabalho, sendo que talvez seja possível abranger em parte o atendimento com o auxílio de algum outro profissional da unidade.

Ainda assim, é necessário levar em conta a qualidade do trabalho da PEF, no sentido de uma ação que não seja apenas curativa e preventiva, mas por se colocar como uma ação que traz educação permanente e a educação em saúde. Mesmo que não realize tudo que é indicado pelo NASF, a PEF extrapola a visão pouco clara da AB pela AF e PC, e faz um trabalho de qualidade para o grupo que atende.

Além disto, a PEF ainda realiza trabalho em equipe, nas ações multiprofissionais propostas por ela, para abranger o atendimento com o grupo. Com isto ela estabelece um trabalho em equipe. Assim como promove autonomia entre os indivíduos, a começar pelo acolhimento realizado com cada aluno, a criação de vínculo com e entre os sujeitos que passam a ter responsabilidade a autonomia, tendo uma vida com mais qualidade, e maior capacidade de cuidarem.

Isto se materializa em momentos como cada aluno querer saber quais seus resultados a cada avaliação, no sentido de quere compreender e alcançar cada vez mais melhoras para a sua vida. Os alunos elogiam o cuidado e a atenção da PEF, mas também deixam claro os muitos benefícios que eles tiveram, como melhoras físicas, melhoras na saúde. Há casos que a própria PEF indica, como um dos alunos que foi diagnosticado com Parkinson, e atualmente não demonstra nenhum sintoma visível da patologia.

Então, é visto que a PEF aglutinou as premissas e diretrizes a ela dispostas, e optou por um trabalho voltado para o que indica a AB, e não apenas ao que é indicado pelo programa da AGETUL. A PEF apresenta um trabalho que contemple o proposto para esta profissão dentro do NASF, avaliando e acompanhando os alunos, estimulando hábitos saudáveis, tratando os alunos de acordo com a clínica ampliada, tratando seus alunos não apenas pela doença, mas sabendo que são pessoas com necessidades, que vem de um contexto histórico e familiar único e sabendo que isso interfere e transforma a relação de cada sujeito com sua saúde, com as PC, e com os outros.

3.4 A INTERVENÇÃO REALIZADA

Esta segunda parte da pesquisa deu-se durante o período de Estágio Curricular Obrigatório do curso de graduação de Educação Física - Bacharelado, pela Faculdade de Educação Física e Dança (FEFD) da Universidade Federal de Goiás (UFG). O estágio curricular obrigatório se divide em dois momentos, de acordo com o calendário da Universidade, de abril a junho de 2017, com caráter de observação, para coleta de dados a respeito do campo e assim estabelecer a intervenção a ser realizada no período seguinte. O segundo período se deu de setembro a novembro de 2017, realizando a intervenção planejada.

Com ideia de estabelecer não apenas uma intervenção, foi proposto realizar um processo de avaliação da intervenção realizada em campo. A esse processo de avaliação coube também escrever esta segunda parte da monografia abordando o período de intervenção e quais resultados obtidos com a mesma. A intervenção teve como interesse principal os idosos participantes do programa, sem deixar de atender os participantes que não se encontravam na idade que delimita o grupo idoso.

Estabeleceu-se este objetivo de desenvolver a intervenção voltada para tal grupo, dado o interesse pessoal, em trabalhar com esse grupo específico, assim como por ser uma

oportunidade de experiência direta de realizar uma pesquisa a saber se o treinamento funcional traria resultados para esta população.

O interesse da pesquisa também se coloca pelo fato que a população idosa estar em grande crescimento em todo o mundo, o processo de envelhecimento é cercado de várias modificações no aspecto físico e psicológico, e a literatura tem demonstrado como o exercício físico bem direcionado e acompanhado pode trazer melhoras significativas para a vida do idoso.

A intervenção foi planejada e apresentada à PEF. O planejamento e execução da intervenção foi organizado de forma a não sair da linha de trabalho já desenvolvido pela PEF. Esta decisão foi tomada dada a qualidade das aulas oferecidas, assim como para não trazer bruscas modificações para o grupo e assim manter toda a lógica de trabalho existente.

Dada a proposta de realizar um processo avaliativo, a PEF recomendou ao grupo a realização de uma avaliação que apontasse a capacidade funcional dos sujeitos. Esse tipo de avaliação pode ser realizado de forma rápida, e também atende melhor ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde, na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Os testes escolhidos foram: peso corporal e estatura, e conseqüentemente o teste de IMC (Índice de Massa Corporal); Perímetro de Panturrilha Esquerda (PPE); teste de flexibilidade (FLEX), de sentar alcançar; teste Time Up na Go (TUG) e o teste de POMA- Brasil. Cada teste é voltado para a população idosa, e foram escolhidos por levar a uma avaliação completa da capacidade funcional.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o índice de massa corporal (IMC) difere quanto aos valores de referência dos pontos de corte entre indivíduos adultos e idosos. Nos idosos, ocorre algumas mudanças fisiológicas que justificam essa diferença, como por exemplo o declínio da altura dos idosos, como consequência da compressão vertebral, perda do tônus muscular, transformação da massa muscular em gordura intramuscular, entre outros. Os valores de referência para a classificação do estado nutricional são: $< 22 \text{ kg/m}^2$ (baixo peso), entre 22 e 27 kg/m^2 (peso adequado), $> 27 \text{ kg/m}^2$ (sobrepeso) (BRASIL, 2014).

A importância de mensurar o perímetro da panturrilha se dá por ser um bom parâmetro de avaliação da massa muscular do idoso. Segundo a Caderneta da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (2014), medidas de panturrilha menores que 31 cm são indicativos de diminuição da massa muscular juntamente com a perda de força, o que pode acarretar em maiores riscos de quedas.

Realizamos o teste de flexibilidade (FLEX) de sentar e alcançar da bateria de teste da *American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance (AAHPERD)*. Para realização do teste, foi colocado uma fita adesiva fixada no solo e uma fita métrica de metal, posicionada perpendicularmente com uma marca de 38 cm, diretamente colocada sobre a fita adesiva. Foi realizada duas marcações de 15 cm de distância.

Os participantes deveriam se encontrar descalços e sentados com os joelhos estendidos, com os pés afastados cerca de 30 cm, com os calcanhares no centro da marcação da fita adesiva. O zero da fita métrica ficou apontado para os participantes e os mesmos com as mãos sobrepostas alcançavam o máximo possível mantendo-se na posição por 2 segundos. Cada aluno teve duas tentativas. O resultado obtido é determinado pelo maior valor alcançado dentre as duas tentativas (PETREÇA, 2011).

O teste TUG foi escolhido com o intuito de avaliar a mobilidade e o equilíbrio funcional. O protocolo consiste em realizar o movimento de passar de sentado (na cadeira) para a posição de pé tendo que realizar o movimento de caminhar cerca de 3 metros virar, e voltar rumo à cadeira, dê a volta no corpo e sentar-se novamente.

O teste quantifica em segundos a condição do estado de equilíbrio funcional do avaliado, marcando o tempo gasto para realizar essa tarefa. Para idosos com independência parcial e com baixo risco de quedas os valores de tempo referentes para normalidade são entre 11 e 20 segundos; o tempo gasto acima de 20 segundos é considerado que o idoso apresenta maior risco de quedas (KARUKA et al., 2011). É um teste bastante prático e útil da avaliação do equilíbrio e pode ser realizado em qualquer ambiente.

O movimento de levantar da cadeira, apesar de simples, é de grande importância no dia a dia das pessoas, contando que dificuldades na realização deste movimento podem ser comuns nos idosos, que podem gerar limitações na independência na vida diária. Esse movimento exige ativação de músculos importantes: tibial anterior, sóleo, gastrocnêmio, quadríceps, isquiotibiais, glúteo máximo, abdominais, paravertebral lombar, trapézio, esternocleidomastódeo (GOULART et al., 2003).

O teste de Poma - Brasil foi realizado com a finalidade de avaliar as condições da marcha, equilíbrio e o risco de quedas, conseguindo avaliar pequenos riscos dentro das atividades diárias (MATSUDO, 2010; PALHÊ; FARENSENA, 2012). É constituído por 13 tarefas de equilíbrio, e para cada tarefa é atribuída uma pontuação; a somatória dessas

pontuações foram feitas para avaliar as condições de equilíbrio e risco de quedas, considerando que quanto menor a pontuação maior o indício de problemas.

As categorias de respostas para a pontuação das tarefas são as descritas a seguir: a categoria considerada normal corresponde a 3 pontos; categoria adaptativa corresponde a 2 pontos; categoria anormal corresponde a 1 ponto. As tarefas referentes a marcha são constituídas somente por duas categorias com as seguintes pontuações: normal corresponde a 2 pontos; anormal corresponde a 1 ponto (KARUKA et al., 2011).

A pontuação máxima para as tarefas de equilíbrio e marcha são de 39 pontos e a mínima são de 13 pontos. No geral pontuações menores que 19 pontos indicam risco de queda 5 vezes maior, com isso valores muito baixos indicam que seja necessária uma avaliação fisioterápica (BRASIL, 2006).

Definiu-se que a avaliação seria colocada em dois momentos, uma antes do início das intervenções e outra ao fim destas, e assim ao início saberíamos qual (is) ponto (s) da capacidade funcional dos idosos estaria defasado e assim a intervenção teria um cerne do qual partir; e ao fim da intervenção saberíamos se foi alcançado melhoras no que estava inadequado na primeira avaliação e se foi alcançado melhoras além.

Os alunos foram previamente avisados a respeito do dia de avaliação e foram orientados a ir cada um em seu respectivo horário de aula. Chegando o dia da avaliação, cada turma foi recepcionada com a explicação do que aconteceria, e como deveriam proceder.

Para os alunos idosos, deveriam se sentar e esperar cada um, sua vez – isto se quisessem ir participar da bateria de testes – e aos que não eram idosos, foram levados a uma área externa e participaram de uma aula. Cada aluno que faria os testes somente após assinar um Termo de Compromisso Livre Esclarecido (TCLE).

Os testes foram dispostos na sala em que se ocorrem as aulas, e estavam montados em estações, aproximando-se de um circuito. Todos foram colocados de forma a não haver interferência entre os testes, avançando na seguinte sequência:

Posto 1. IMC

Posto 2. PPE

Posto 3. Teste de sentar e alcançar

Posto 4. TUG

Posto 5. Teste POMA-Brasil.

A avaliação pré-intervenção (AV1), foi realizada dia 13 de setembro de 2017, e a avaliação pós-intervenção (AV2) no dia 22 de novembro. As intervenções aconteceram por duas vezes na semana, somando catorze aulas de treinamento funcional. O estágio sendo realizado em grupo, cada estagiária teve sua turma para dar aula, as quais foram planejadas em conjunto pelas estagiárias, para manter proximidade nas aulas planejadas.

Dentre os idosos avaliados, apenas dezenove compareceram nas duas avaliações, sendo dezessete mulheres, e dois homens. Todos os idosos que comparecem em ambas as avaliações foram avaliados, contudo, por algum motivo não conseguiram comparecer nas duas avaliações. Essa avaliação individual importou, pois, a profissional Ana Carolina devolveu aos alunos a mesma, apresentando os resultados de cada um, a saber o que poderia ser melhorado, individualmente.

3.4.1 Resultados

Tabela 2: Resultado das avaliações para mulheres

MULHERES (17)	IMC (KG/M ²)	PPE (CM)	FLEXIBILIDAD E (CM)	TUG (S)	POMA
AV1	28,69	33,75	28,5	11,61	37,5
AV2	30,9	33,45	29,79	13,34	38,47

Tabela 3: Resultado das avaliações para homens

HOMENS (2)	IMC (KG/M ²)	PPE (CM)	FLEXIBILIDAD E (CM)	TUG (S)	POMA
AV1	23,05	30,8	16,3	11	37
AV2	22,65	30	16,4	11	39

3.4.2 Análise dos Dados

As análises foram realizadas separadamente entre os sexos. A média de idade das mulheres era de 72 anos, 1,62 m de estatura e peso de 63,82kg, e dos homens de 79 anos, 1,56m de estatura e peso de 55,75kg. Após a AV1, realizamos 7 semanas de intervenções com treinamento funcional, somando 14 sessões, que foram iniciadas no dia 15 de setembro, e a

última sessão no dia 17 de novembro de 2017, considerando que cada sessão teve a duração de 40 minutos.

Na AV1, a média do IMC para as mulheres foi de 28,69 kg/m², considerando que 29,4 % das mulheres se encontraram no peso adequado, 58,8% foram classificadas com sobrepeso e 11,8% estavam abaixo do peso adequado. Ao comparar o IMC na AV1 e AV2, houve um aumento de 2,21 kg/m² da média, considerando que 23,5 % das mulheres se encontraram no peso adequado, 70,7% foram classificadas com sobrepeso e 5,8% estavam abaixo do peso adequado.

Esse aumento da média do IMC entre as avaliações pode ser justificado pelo fato de que uma das duas alunas saiu da classificação de baixo peso para peso adequado. Em relação aos homens na AV1, a média do IMC foi de 23,05 kg/m². Ao comparar o IMC na AV1 e AV2, houve uma diminuição de 0,40 kg/m² do valor médio do IMC.

Buzzachera *et. al.* (2008) com um grupo de mulheres idosas (média de idade de 65.5 anos), com 12 semanas de treinamento de força, 3 vezes por semana; as idosas mesmo com diminuição do índice, não apresentaram diferenças significativas de IMC, entre avaliação pré (29,3 kg/m²) e pós (28,8 kg/m²). Em uma avaliação em idosos institucionalizados, Segalla e Spinelli (2011), encontraram que dentre os idosos 50,5% deles estavam abaixo do peso indicado e não foi se estes realizavam algum tipo de exercício.

Neste segundo estudo, estavam avaliando o a condição nutricional dos idosos, indicando que ela estava desfavorável para a manutenção do peso adequado. Outro estudo fez comparação entre desempenho motor (com teste de "sentar e levantar" e de equilíbrio) com o peso (IMC), encontrando que entre mulheres idosas enquadradas com obesidade, tinham menor equilíbrio (BARBOSA *et. al.*, 2007).

Na AV1, a média do perímetro da panturrilha esquerda (PPE) foi de 33,75cm para as mulheres, considerando que 100% das mulheres se encontraram na classificação de normalidade. Ao comparar o PPE entre AV1 e AV2, houve uma redução em média de 0,3cm. Para os homens, na AV1 o valor médio do PPE foi de 30,8cm e reduziu 0,8cm na AV2.

Segundo Carvalho *et. al.* (2017), um grupo de idosas submetidas a 12 semanas de treinamento de força – 3 vezes na semana – antes da intervenção não apresentavam indícios de perda de massa muscular (PPE: 38 cm) e não tiveram ganhos significativos na segunda

avaliação (PPE: 39 cm), mantendo a mesma projeção da primeira avaliação. Cada sessão de treinamento teve duração de 50 minutos.

Quanto ao teste de flexibilidade, as mulheres apresentaram um alcance de 28,5cm em média na AV1, considerando que houve um aumento de 1,29cm na AV2. Em relação aos homens, a média do alcance na AV1 foi 16,3cm, havendo um aumento de 0,1cm na AV2. Buzzachera *et. al.* (2008) além dos dados de IMC, também avaliou a flexibilidade do grupo, por meio do teste de sentar e alcançar em cadeira, e durante o tempo de intervenção com o grupo, foram alcançados ganhos significativos junto do grupo.

Na primeira avaliação a média do grupo foi de 1,7 cm e na segunda foi 4,1 cm, demonstrando que o treinamento de força tem boas influencias sobre componentes da aptidão física de idosos. Ueno *et. al.* (2000) acompanhou 38 idosos por 12 meses, para avaliar a efetividade de um programa de exercícios na flexibilidade destes. Foram realizadas avaliações em três momentos, antes de iniciar a intervenção (28,8 cm), no sexto mês (29,4 cm) e último mês (26,2 cm).

Os autores observaram que após seis meses houve aumento da flexibilidade dos idosos, mas ao fim da intervenção não foi nem mesmo mantido o ganho anterior; houve perda na média da flexibilidade dos participantes. E em conclusão perceberam que o programa proposto não foi suficiente para garantir a manutenção da flexibilidade nos participantes.

As mulheres realizaram o teste TUG com uma média de 11,61 segundos, considerando que 94% delas foram classificadas com baixo risco de quedas e 6% com médio risco. Na AV2 todas elas foram classificadas com baixo risco de quedas com uma diminuição de 1,73 segundos na AV2, em que todas foram classificadas com baixo risco. Quanto aos homens, realizaram o TUG na AV1 em uma média de 11 segundos, apresentando baixo risco de quedas tanto na AV1 como na AV2.

Guimarães *et. al.* (2004), comparou idosos praticantes de exercícios com idosos sedentários, a saber da propensão de quedas entre os dois grupos. Considerando que o teste TUG realizado em até 10 s como baixo risco de quedas; entre 10 e 20 s como médio risco e acima de 20 s como alto risco de quedas. O grupo de idosos praticantes teve média de tempo no teste de 7,75 s, enquanto o grupo de sedentários teve média de 13,56 s.

Entre os praticantes apenas 5% deles apresentavam médio risco de quedas, enquanto entre os sedentários, 80% deles apresentavam médio risco, indicando a importância do exercício

físico para a manutenção da estabilidade postural e impedir quedas. De acordo com Guimarães *et. al.* (2004) a velocidade lenta de marcha está relacionada com a instabilidade postural e possibilidade de queda.

Hernandez *et. al.* (2010) realizou um programa de atividades físicas com idosos com Alzheimer, por seis meses, três vezes na semana e 60 min de duração. Os idosos avaliados foram separados em dois grupos, que se diferenciavam por seus indivíduos estarem em estágios diferentes da doença, e assim participarem ou não da intervenção. Antes do início da intervenção os grupos apresentavam médio risco de queda, e ao fim, o grupo que não participou da intervenção apresentou grande aumento do tempo de realização do teste. Demonstrando mais uma vez a importância do exercício para a prevenção de quedas.

A somatória da pontuação em média do teste de POMA para as mulheres na AV1 correspondeu ao valor de 37,5, considerando que houve um aumento de 0,97 na AV2. Para os homens, a soma da pontuação em média na AV1 correspondeu ao valor de 37, considerando que houve um aumento de 2 pontos na AV2.

Quanto a esse teste, a maior dificuldade das mulheres na AV1 foi de manter o equilíbrio em apoio unipodal, que apresentou o menor valor médio na pontuação sendo de 2,56, em que foi aumentado para 2,71 na AV2. Essa observação na AV1 nos levou a inserir exercícios de equilíbrio unipodal nas intervenções. Quanto aos homens, a somatória da pontuação em média do teste de POMA apresentou o valor de 37, considerando que houve um aumento de 2 pontos na AV2.

Abreu e Caldas (2008) avaliaram 40 mulheres idosas, com idades entre 65 e 89 anos, com 20 mulheres que não realizam atividade física, e as outras 20 realizam exercícios terapêuticos, durante 30 min (alongamentos, exercícios para equilíbrio e coordenação motora). Os autores indicam que velocidade de marcha reduzida tem se mostrado associada com a queda do nível de equilíbrio. Para saber se houve melhora no equilíbrio, foi utilizado o teste POMA-Brasil.

O grupo que participou dos exercícios terapêuticos apresentou melhora no equilíbrio de acordo com o teste POMA-Brasil, não houve melhora na marcha e os autores indicam que para melhora da marcha é necessário um programa de exercícios voltados para o fortalecimento muscular. O grupo que não participou dos exercícios, não apresentou melhoras significativas no teste.

Ponderando sobre a avaliação percebe-se que os pontos em que houveram avanços mais significativos foram no teste relacionado ao equilíbrio, o POMA-Brasil, tanto para homens quanto para mulheres. Esse avanço é indicado pela pontuação que aumentou para ambos os grupos; e assim, pode se reafirmar quão importante é a realização de avaliações pois assim é possível estabelecer quais os pontos mais críticos e trabalhar em cima deles, como foi o caso.

Quanto ao TUG, teste relacionado ao risco de quedas, equilíbrio e mobilidade; os homens permaneceram com o mesmo tempo de realização do teste, e dado o tempo de 11 s, permanecem com médio risco de quedas. As mulheres apresentaram aumento, de 1,73 s, no tempo de realização do teste, contudo ainda permanecem distantes da zona de alto risco de quedas, como apresentado por Karuka (*et. al.*, 2011). Sendo assim, mesmo com o aumento no tempo de realização do teste, o grupo permaneceu em zona de normalidade.

O teste de flexibilidade apontou diferenças extremamente mínimas no ganho de flexibilidade, 1,29 cm para mulheres e 0,1 cm para homens, entre AV1 e AV2. Sem diferenças significativas, aponta-se apenas que os sujeitos conseguiram manter o nível de flexibilidade, não havendo piora na condição da flexibilidade.

Para o PPE, ambos os grupos apresentaram perdas de 0,3 cm para mulheres e 0,8 para homens. Entretanto, as mulheres ainda se mantiveram acima da média de risco, que seria 31 cm de PPE. Os homens que apresentaram risco, pois na AV1 a média foi de 30,8 cm e na AV2 foi de 30 cm; sendo que um PPE inferior a 31 cm é indicativo de perda de massa muscular e aumento do risco de quedas (BRASIL, 2014).

Relativo ao IMC, os homens se mantiveram dentro do peso adequado, indicado pela OMS, ainda com a diminuição de 0,40 kg/m². O grupo de mulheres apresentou diversas informações, sendo que em ambas avaliações o grupo teve valor médio que indicava sobrepeso (AV1: 28,69 kg/m² e AV2: 30,9 kg/m²). Na AV2, percebeu-se que duas mulheres saíram da faixa de baixo peso, e em linhas gerais: 23,5 % das mulheres se encontraram no peso adequado, 70,7% foram classificadas com sobrepeso e 5,8% estavam abaixo do peso adequado.

Assim, observa-se a importância da avaliação para realizar um trabalho de qualidade, com qualquer que seja o público para acompanhar o mesmo. E os dados ainda que, como apresentado acima, não indicam melhoras significativas, em grande parte o grupo conseguiu manter os resultados nas avaliações.

Além disso, como o trabalho com o grupo é contínuo, dentro do programa, as avaliações deixam informações para a profissional dar continuidade no trabalho, focando nos pontos que estão em baixa. Contudo, é de se considerar que o tempo de intervenção entre cada avaliação foi curto, e assim é indicado que haja maior tempo entre uma avaliação e outra, para assim tentar alcançar melhores resultados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho observou-se o exercício da PEF, a saber se a mesma cumpre os conceitos estruturantes/diretrizes do programa no qual ela trabalha. Contudo, como já citado no texto, o programa em si que a PEF trabalha, tem como conceito estruturante apenas um conceito que devido as necessidades do local, não era suficiente, e assim foi aglutinado e a PEF apropriou-se dos conceitos estruturantes relacionados ao SUS, especificamente do NASF.

A profissional trabalha de acordo com conceitos do apoio matricial, do viés ampliado de saúde, considerando os sujeitos como foco do tratamento, não simplesmente a doença. No trabalho da PEF, é clara a relação dela com o sentido fisiológico/biológico do tratamento, conduto, ela não se limita a isto, e trabalho refletindo sobre o impacto que sua ação tem na vida geral de seus alunos, e também em como a vida dos alunos interfere em suas aulas, avaliações e ações.

O trabalho da PEF além de vir de uma ação intersetorial, o que é apoiado pelo NASF, ela também realiza ações multiprofissionais, efetivando um trabalho em equipe. Outra ação da PEF se dá com o acompanhamento além dos exercícios, fazendo indicações sobre a alimentação de seus alunos, indicando como fazer melhorias nos hábitos alimentares e como isso pode fazer diferença na vida geral deles.

E assim a profissional realiza o que é indicado pela PNPS, PNAB, PNH, e NASF, em um trabalho voltado pra diferentes pessoas, conseguindo atende-las no aspecto que vai além de cuidar da saúde, mas trazer um sentido maior para o seu trabalho, formando um grupo sólido com seus alunos.

Além disso, no que concerne a experiência profissional no acompanhamento, intervenção e avaliação, contemplou um olhar mais fisiológico, com uma avaliação morfofuncional. A avaliação obteve poucos resultados significativos, provavelmente dado o

pequeno tempo de intervenção, entre uma avaliação e outra. Ainda assim, o alcançou o objetivado a partir da primeira avaliação, que foi a melhora no equilíbrio.

Contando que o equilíbrio está associado à marcha, e assim ao risco de quedas, essa melhora alcançada, indica outras melhoras subsequentes no organismo dos alunos avaliando. Para outras pesquisas, seja no mesmo local, ou partindo dos mesmos pressupostos – grupo de idosos, avaliação da capacidade funcional – fica como indicação maior tempo de intervenção com o grupo, para assim alcançar melhores resultados.

Observou-se que além disso, o trabalho com a visão ampliada de saúde traz uma perspectiva mais completa do ser humano, colocando-o não como simples paciente, mas participante de seu tratamento e ciente de sua saúde. Essa visão ampliada afeta também a forma da Educação Física se inserir dentro do cuidado e atenção em saúde, de forma a perceber que apenas lidar com exercícios pelo viés do condicionamento físico é insuficiente, pois é necessário observar todo o contexto do sujeito para compreendê-lo.

O viés do condicionamento físico indica uma visão reducionista, que culpabiliza o indivíduo por não fazer exercícios ou não perder peso. O viés ampliado trata que o sujeito deve tornar-se autônomo e protagonista de sua vida, assim, o sujeito compreendendo o que lhe acontece, e tendo acesso ao conhecimento básico necessário para por si mesmo modificar em seus hábitos e rotinas diárias. E em casos de tratamentos de doenças, isso possibilita que o tratamento tenha maior resolutividade.

É necessário considerar que no caminho de se construir um sistema de saúde que se utiliza do viés ampliado de saúde, é imperativo que se trabalhe a consciência individual para a compreensão de toda a máquina social. E assim, será possível que cada um compreenda o lugar do outro, e o próprio, e também entenda como toda a situação em volta afeta as condições de vida de uma pessoa.

REFERÊNCIAS

- ABREU, S. S. E.; CALDAS, C. P. Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 12, n. 4, 2008.
- AQUINO, C. A. B.; MARTINS, J. C. O. Ócio, lazer e tempo livre na sociedade do consumo e do trabalho. **Revista mal-estar e subjetividade**, v. 7, n. 2, 2007.
- AYRES, J. R. D. C. M., CARVALHO, Y. M. D., NASSER, M. A., SALTÃO, R. M., MENDES, V. M. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 16(40), 67-82, 2012.
- BOYLE, M. Avanços no treinamento funcional. **Editora Artmed**. Versão traduzida. 2015.
- BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica, n. 19**. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica, n° 27**. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - O que é? Como implementar? (Uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas)**. Brasília - DF, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB - Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília - DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 3ª edição. Brasília – DF. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família-Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Brasília. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. **Revisão da Portaria MS/GM. N° 687, de 30 de março de 2006**. Brasília. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de aperfeiçoamento: implementação da Política de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde**. Ministério da Saúde; Universidade Federal de Santa Catarina. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BUZZACHERA, C. F., ELSANGEDY, H. M., KRINSKI, K., COLOMBO, H., de CAMPOS, W., da SILVA, S. G. Efeitos do treinamento de força com pesos livres sobre os componentes da aptidão funcional em mulheres idosas. **Journal of Physical Education**, v.19 n. 2, p. 195-203, 2008.

CARVALHO, Y. M. de. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. **Revista Brasileira**, 2006.

CARVALHO, N. S.; CARVALHO, S. S.; MENDES, L. K. B.; PACHECO, D. F.; CAMPOS, L. L. Efeito dos exercícios resistidos realizado nos pontos de encontro comunitário sobre a pressão arterial de idosa hipertensa. **Revista de Saúde da Fiaciplac**, v. 4, n. 2, 2017.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, 2005.

GOIÂNIA, Agência Municipal de Turismo, Eventos e Lazer. **Lazer em Ação - Plano de Ações**. Goiânia, 2017.

GOIÂNIA, Secretaria Municipal de Esporte e Lazer. **Apresentação Institucional**. Goiânia, 2018. Disponível em: <http://www.goiania.go.gov.br/html/semel/>. Acesso em: 29 de março de 2018.

FALCI, D. M.; BELISÁRIO, S. A. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 885-899, 2013.

FIGUEIREDO, E. N. de. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. **Módulo Político Gestor**, 2010.

FIGUEIREDO, E. N. de. A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS. **Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS| UNIFESP**, 2012.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Cien Saude Colet**, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FRANCO, T. B.; & MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**, v. 2, p. 125-34, 2003.

FREITAS, F. F.; CARVALHO, Y. M.; MENDES, V. M. Educação Física e Saúde: aproximações com a “clínica ampliada”. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 35, n. 3, 2013.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 61, p. 177-227, 2006.

GUIMARÃES, L. H. C. T., GALDINO, D. C. A., MARTINS, F. L. M., VITORINO, D. F. M., PEREIRA, K. L., CARVALHO, E. M. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Rev Neurocienc**, v. 12, n. 2, p. 68-72, 2004.

GOULART, F et al. O movimento de passar de sentado para de pé em idosos: implicações para o treinamento funcional. **Acta fisiátrica**. V. 10, n. 3, p. 138 – 143, 2003.

HERNANDEZ, S. S., COELHO, F. G., GOBBI, S., STELLA, F. Efeitos de um programa de atividade física nas funções cognitivas, equilíbrio e risco de quedas em idosos com demência de Alzheimer. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 1, 2010.

KARUKA, A.H.; SILVA, J.A.M.G. NAVEGA, M.T. Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 15, n. 6, p. 460 – 06, 2011.

LAZZAROTTI FILHO, A., SILVA, A. M., ANTUNES, P. D. C., SILVA, A. P. S. D., & LEITE, J. O. O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da Educação Física. **Movimento**, 16(1). 2010.

MACHADO, M. D. F. A. S., MONTEIRO, E. M. L. M., QUEIROZ, D. T., VIEIRA, N. F. C., & BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & saúde coletiva**, 12(2), 335-342, 2007.

MALTA, D. C., CASTRO, A. M. D., GOSCH, C. S., CRUZ, D. K. A., BRESSAN, A., NOGUEIRA, J. D., MORAIS NETO, O. L. D.; TEMPORÃO, J. G. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 18(1), 79-86. 2009.

MALTA, D. C., SILVA, M. M. A., ALBUQUERQUE, G. M., LIMA, C. M., CAVALCANTE, T., JAIME, P. C., SILVA, J. B. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**. 19(11), 2014.

MARCHI NETTO, F. L. de. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. 2004.

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). Tese de Doutorado. 2014.

MATSUDO, S. M. M. **Avaliação do idoso: física e funcional**. 3º Edição, 2010. São Paulo.

MERHY, E. E.; CAMPOS, C. R. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**, p. 103 - 120, 1998.

MERHY, E. E., & FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. Rio de Janeiro: **EPJV/FIOCRUZ**, p. 1-6. 2005.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, 2012.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: **EPSJV/Fiocruz**, p. 177-224, 2007.

MONTEIRO, A. G., EVANGELISTA, A. L. **Treinamento funcional – Uma abordagem prática**. Phorte Editora, 3º ed. 2015.

NOGUEIRA, L.; PALMA, A. Reflexões acerca das políticas de promoção de atividade física e saúde: uma questão histórica. **Revista Brasileira de ciências do Esporte**, v. 24, n. 3, 2003.

DE OTTAWA, A. C. A Promoção da Saúde. 1º Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. 1986.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. 2008.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

PAIM, J., TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L., MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios, 2011 377 (9779): 1778-97, 2013.

- PALHÊ, J.; FARENSENA, B. Aplicação do teste de Poma para avaliar risco de quedas em idosos. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 6, n. 2, p. 200-211, 2012.
- PASSOS, E.; CARVALHO, Y. M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. suppl. 1, p. 92-101, 2015.
- PETREÇA, D.R.; BENEDETTI, T.R.B.; SILVA, D.A.S. Validação do teste de flexibilidade da AAHPERD para idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. Florianópolis, v. 13, n. 6, p. 455 – 460, 2011.
- RODRIGUES, J. D., FERREIRA, D. K. S., SILVA, P. A, CAMINHA, I. O., de FARIAS JUNIOR, J. C. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, 18(1), 05-15, 2013.
- SEGALLA, R.; SPINELLI, R. B. Avaliação nutricional de idosos institucionalizados na Sociedade Beneficente Jacinto Godoy. **Erechim, RS. Perspectiva, Erechim**, v. 35, n. 129, p. 189-201, 2011.
- DA SILVA, A. L. F., DE SOUSA, A. M. M., LOPES, C. E. T., PONTES, F. C., DE SOUSA OLIVEIRA, F. C., TEIXEIRA, M. N., PAIXÃO, J. E., BARBOSA, M. I. S., ALVES, V. J. P. Educação física na atenção primária à saúde em Sobral-Ceará: desenhando saberes e fazeres integralizados. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, 8(2), 2009.
- DA SILVA, J. V. F.; DA SILVA, E. C.; RODRIGUES, A. P. R. A.; & MIYAZAMA, A. P. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, 2(3), 91-100. 2015.
- SILVA, P. S. C. da. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Aspectos legais, conceitos e possibilidades para a atuação dos profissionais de Educação Física. **Ed. Unisul**. 2016.
- SOUZA, L. A. de P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, 2009.
- THOMAS, J. R. & NELSON, J. K. Métodos de Pesquisa em Atividade Física. Tradução: Ricardo Petersen. **Porto Alegre: Artmed, 3º ed.** 2002.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. Conselho de Ensino, Pesquisa, Extensão e Cultura da Universidade Federal de Goiás - CEPEC. **Resolução do CEPEC nº 1230**. 2013.

UENO, L. M., OKUMA, S. S., MIRANDA, M. L., JACOB FILHO, W., LEE HO, L. Análise dos efeitos quantitativos e qualitativos de um programa de educação física sobre a flexibilidade do quadril em indivíduos com mais de 60 anos. **Motriz**, v. 6, n. 1, p 9-16, 2000.

VERÍSSIMO, M. P. A. & RODRIGUES, C. C. M. Adesão ao Tratamento. **Orientações para o diagnóstico tratamento das talassemias beta**. 1º ed. Brasília - DF. 2016.

WARSCHAUER, M. **Lazer e saúde: as práticas corporais no sistema público de Santo André**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2008.

WARSCHAUER, M.; DE CARVALHO, Y. M. O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 191-203, 2014.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

ESTRUTURA

- Localização e funcionamento
- Caracterização do espaço
- Documentação sobre a unidade
- Financiamento do trabalho da unidade

EQUIPES

- Funcionários
- Caracterização

ATIVIDADES OFERECIDAS

- Quais as atividades
- Caracterização

EDUCAÇÃO FÍSICA

- Atividades relacionadas a Educação Física
- Caracterização
- Atendimento

USUÁRIOS

- Caracterização do público

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, da pesquisa que objetiva analisar do nível de atividade física, composição corporal, desempenho muscular, qualidade de vida, transtornos de humor, depressão, e respostas cardiovasculares de homens e mulheres participantes do Projeto Vida Ativa na Melhor Idade”. A pesquisa justifica-se pois grande parte desse público enfrentam desgastes físicos e mentais devidos as alterações metabólicas e psíquicas que o público idoso enfrenta, dentre outros fatores que podem comprometer sua saúde e qualidade de vida. Nesse sentido, estudos investigativos com essa população podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias que possibilitem gerar subsídios e informações a cerca dessa população, ajudando a desenvolver ações que melhorem a saúde e qualidade de vida desses idosos. Este projeto será desenvolvido no auditório do Cento de Saúde Lucas Faria, unidade Crimeia Oeste, em Goiânia. Antes de início do estudo os voluntários deverão assinar o TCLE, posterior a isso responderão a anamnese e realizarão as medidas antropométricas. Adicionalmente, responderão aos seguintes questionários, em ordem aleatória: internacional de atividade física (IPAQ) e de qualidade de vida – SF-36. Para além disso serão realizadas as medidas de força, flexibilidade, equilíbrio e coordenação. Todos os voluntários serão supervisionados durante todo o processo de intervenção por um professor de Educação Física. Os horários de sua participação serão agendados para o momento da sua respectiva aula. Você deverá estar nos locais designados nos dias e horários marcados e informar aos pesquisadores qualquer desconforto que por acaso venha a perceber. O estudo não envolve gastos aos participantes. Todos os materiais e equipamentos necessários para os testes serão providenciados pelos pesquisadores. A princípio, estes exercícios não têm contraindicações à população considerada no estudo, contudo, exercícios físicos podem gerar dor muscular tardia que desaparece em poucos dias. Este estudo não deverá ser aplicado em pessoas com condições de qualquer contraindicação para a realização de exercício físico. Com os resultados do estudo poderemos obter informações sobre os níveis de atividade física e sua associação com as respostas neuromusculares, cardiorrespiratórias, níveis de fadiga, qualidade de vida, transtornos de humor dos usuários do projeto Vida Ativa na Melhor Idade, definindo seus benefícios ou não a população estudada, esse conhecimento será útil aos profissionais da área da saúde e/ou profissionais que atuam diretamente com essa população. As informações obtidas neste experimento poderão ser utilizadas como dados de pesquisa científica, podendo ser publicados e divulgadas, sendo resguardada a identidade dos participantes. Você poderá ter acesso aos seus resultados por intermédio do pesquisador responsável. O pesquisador responsável suspenderá a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à saúde do participante, tanto os previstos quanto os não previstos neste termo. Este projeto está relacionado ao estágio obrigatório, vinculado ao curso de Educação Física da Universidade Federal de Goiás. A sua permissão para participar desta pesquisa é voluntária. Você estará livre para negá-la ou para, em qualquer momento, desistir da mesma se assim desejar. No caso de aceitar fazer parte do estudo, após ter lido e estar esclarecido sobre as informações acima, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra ficará com o pesquisador responsável. Todas as folhas deverão ser rubricadas pelo sujeito da pesquisa ou responsável e pelo pesquisador responsável. Em caso de dúvida ou reclamação, você poderá entrar em contato com o professor responsável Wilson Lino - (62) 98136-4385

assinatura Goiânia, ____ de _____ de _____

Nome / assinatura
Professor Responsável - Nome /

ANEXO A – PLANOS DE AULA (EXEMPLO)**PLANO DE AULA Nº 03****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Estagiários: Vitória Souza Andrade Vilas Boas	
Data: 15/09/2017	Turma/Horário: 07:15 – 07:55
Duração da Aula/Atividade: 40 min.	
Campo de Estágio: Centro de Saúde da Família Lucas Faria – Criméia Oeste	
Professor (a) Supervisor (a): Ana Carolina Cardoso	

CONTEÚDO / AVANÇO PROGRAMÁTICO

TREINAMENTO FUNCIONAL – TRABALHO METABÓLICO COM EXERCÍCIOS RESISTIDOS

OBJETIVOS

TRABALHAR FORÇA, LATERALIDADE E FORTALECIMENTO DO CORE

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nome da Atividade	Objetivos	Descrição / Estratégias	Recursos Físicos e Materiais
TREINAMENTO FUNCIONAL	TRABALHAR O FORTALECIMENTO MUSCULAR DE FORMA GLOBAL, AS LATERALIDADES E FORTALECIMENTO DO CORE.	ALONGAMENTOS INICIAIS: SENTADOS NO CHÃO, ALONGAMENTO DE CADEIA POSTERIOR; ALONGAMENTO LATERAL DO TRONCO; EXTENSÃO DE COLUNA. EXERCÍCIOS FUNCIONAIS (MANTÊ-LOS POR 30 SEGUNDOS, SEQUENCIADOS EM	COLCHONETES, BOLAS DENTE DE LEITE, HALTERES.

		<p>DOIS EXERCÍCIOS E REPETIR 4X):</p> <ul style="list-style-type: none"> - ELEVÇÃO PÉLVICA/ “BICICLETA” (ABDOMINAL) - AGACHAMENTO SUMÔ/ CRUCIFIXO - TRÍCEPS FRANCÊS/ PANTURRILHA <p>ALONGAMENTOS FINAIS: EM PÉ, ALONGAMENTO DE CADEIA POSTERIOR COM BASE ABERTA; “ESPREGUIÇAR-SE”; ALONGAMENTOS PARA O PESCOÇO; E PUNHO.</p>	
--	--	---	--

AVALIAÇÃO

A AULA FOI REALIZADA COM SUCESSO, E A INTERVENÇÃO FOI BEM ACEITA PELOS ALUNOS.

REFERÊNCIAS

GOULART, F et al. O movimento de passar de sentado para de pé em idosos: implicações para o treinamento funcional. **Acta Fisiátrica**, v. 10, n. 3, p. 138 – 143, 2003.

BROWN, M. et al. M. Low- intensity exercise as a modifier od physical frailty in older adults. **Arch Phys Med Rehabil**. v. 81, p. 960 - 965, julho 2000.

NOVIKOFF, C.; MUNIZ, R. D. F.; TRIANI, F. S. Os benefícios do treinamento de força em idosos. **Revista digital EFDesportes**, Buenos Aires, v. 17, n. 175, dezembro 2012.

GONÇALVES, R.; GURJÃO, A. L. D.; GOBBI, S. Efeitos de oito semanas do treinamento de força na flexibilidade de idosos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho humano**, Rio Claro, v. 9, n. 2, p. 145 – 156, 2007.

FARIA, J. C; MACHALA, C. C.; DIAS, R. C.; DOMINGUES, J. M. A importância do treinamento de força na reabilitação da função muscular, equilíbrio e mobilidade de idosos. **Acta Fisiátrica**. v. 10, n. 3, p. 133 – 137, dezembro 2003.