



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA JUNIOR

FLORIANÓPOLIS  
2019

João Batista de Oliveira Junior

**PRÁTICAS CORPORAIS E O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO SOCIAL NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Márcia Grisotti

Florianópolis  
2019

Oliveira Junior, João Batista de

Práticas Corporais e o Processo de Medicalização Social na Atenção Primária à Saúde / João Batista de Oliveira Junior; orientadora, Márcia Grisotti, 2019.

p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Medicalização Social. 4. Práticas Corporais. 5. Biopoder e Biopolítica. I. Grisotti, Márcia . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

João Batista de Oliveira Junior

Práticas Corporais e o Processo de Medicalização Social na Atenção Primária à Saúde  
O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora  
composta pelos seguintes membros:

Prof. (a) Márcia Grisotti, Dr<sup>a</sup>.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. (a) George Saliba Manske, Dr.  
Universidade do Vale do Itajaí

Prof. (a) Rodrigo Otávio Moretti Pires, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado  
adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

---

Prof. Dr. (a) Marta Inez Machado Verdi  
Coordenador (a) do Programa

---

Prof. Dr. (a) Márcia Grisotti  
Orientador (a)



Florianópolis, 16 de julho de 2019

**“Seja qual for a liberdade pela qual lutamos,  
deve ser uma liberdade baseada na igualdade”**

**Judith Butler**

## AGRADECIMENTOS

De tantas pessoas que devo agradecer, devo iniciar por meu pai João Batista de Oliveira, que não mediu esforços para que eu pudesse chegar até aqui, propiciando oportunidades e caminhos, pelos quais ele não pode trilhar, e que hoje, com muito pesar, não estará aqui em materialidade para compartilhar esse momento tão especial, mas sempre permanecerá em minha memória nas melhores lembranças e será minha eterna saudade. Em seguida, devo agradecer a minha mãe Maria Aparecida Feitoza de Oliveira, que além de uma mão incrível, sempre foi uma grande amiga e que fez de tudo para que eu pudesse conquistar meus sonhos e objetivos, e que juntamente com meu pai e irmãos estiverem mais do que presente em toda minha trajetória, sendo a pessoa pelo qual mais me inspiro em minha vida, uma mulher batalhadora que apesar de todos os obstáculos sempre foi símbolo de força e determinação para que seus três filhos pudessem alcançar seus objetivos. A minha irmã Jaqueline Aparecida de Oliveira (Tatá) e meu irmão Jaquesson Batista de Oliveira (Didi) por serem meu porto seguro, minhas referências e por terem tido obstáculos ainda maiores que os meus durante toda a vida, vocês são e foram fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui, e ao meu sobrinho João Pedro por trazer muita luz a mim e a nossa família, você é minha força para lutar todos os dias.

Agradeço também a todos meus grandes amigos, que ficarão representados em nomes aqui por Thays, Ramiro e Jeferson, nomeio vocês a representarem todos os meus grandes amigos que por anos me dão suporte e força em todos meus caminhos, esse agradecimento vai para todos vocês, que estiverem ao meu lado em minha trajetória de vida e que sem vocês não teria chegado até aqui.

Agradeço também, e de maneira muito especial, ao meu namorado e companheiro de vida, Fernando Henrique Prado, que esteve ao meu lado em todos os momentos, desde os mais felizes, até os mais difíceis, e sem o seu apoio, essa conquista não seria possível, obrigado por tornar a minha vida mais leve, mais doce e mais feliz. Essa conquista é nossa.

Sou grato também por todos os professores que passaram por minha vida, em especial ao professor Dr Rodrigo Otávio Moretti Pires que foi muito mais que um professor durante a trajetória do mestrado, que auxiliou para que eu me entendesse e lutasse ainda mais por quem eu sou, e pelos que estão ao meu redor. Agradeço também a minha orientadora Márcia Grisotti por todo apoio prestado nesse trajeto. Ainda agradeço ao professor Mathias Roberto Loch e George Saliba Manske que foram fundamentais para minha inserção nesse caminho da Saúde Coletiva durante a graduação e a residência. Aos professores do PPGSC, que compartilharam seus conhecimentos e me inseriram ainda mais no campo da Saúde Coletiva.

Não poderia deixar de agradecer o grupo de estudos EPICENES e a todos aqueles que participam, que me acolheram e foram muito importantes no meu crescimento pessoal e profissional nestes dois anos de mestrado.

Ao investimento do governo Federal das bolsas que desfrutei e da possibilidade de realizar uma pós-graduação em uma universidade ainda pública e de grande qualidade e reconhecimento como a UFSC.

Agradeço ainda todos os profissionais que participaram dos grupos focais da pesquisa, pela troca e pela disponibilidade, bem como a Secretária Municipal de Saúde do município de Itajaí por viabilizar a Pesquisa.





## RESUMO

A Promoção da Saúde surge como uma proposta de um novo modo de olhar e fazer saúde, deste modo, as Práticas Corporais aparecem como uma das estratégias para promover saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde, porém, as controvérsias relacionadas às racionalidades que regem o fazer profissional, faz com que tais práticas sejam muitas vezes utilizadas como técnicas de controle dos corpos, diminuição da responsabilidade do Estado e culpabilização das pessoas e comunidades. Deste modo a seguinte dissertação tem o objetivo de analisar as Práticas Corporais enquanto elemento do Processo de Medicalização Social na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, onde foi realizado cinco grupos focais com profissionais que compõem quatro Estratégias de Saúde da Família e uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica com o foco de verificar como as práticas corporais estão inseridas no cotidiano da APS. A pesquisa revela uma aplicação das práticas corporais predominantemente pautada em uma matriz biomédica, tanto pelos profissionais do NASF como da ESF, onde essas ainda são voltadas para prevenção, controle e tratamento de doenças, com foco nas doenças crônicas não transmissíveis, prescritas com o intuito de mudança dos hábitos e comportamentos dos indivíduos e famílias, sendo um instrumento de controle dos corpos e um componente estratégico de medicalização social.

**Palavras Chave:** Práticas Corporais, Atenção Primária à Saúde, Medicalização Social, Biopolítica, Biopoder

## ABSTRACT

The Health Promotion appears as a proposal of a new way to look and to make health, in this way, the Corporative Practices appear like one of the strategies to promote health, however, the controversies related to the rationalities that govern the professional doing, makes that such practices are often used as techniques for controlling bodies, reducing state responsibility and blaming individuals and communities. Thus, the following dissertation aims to verify the relationship between corporal practices in Primary Health Care and the Social Medication process. This is a qualitative research, where five focus groups were carried out with professionals that make up four Family Health Strategies and a team of the Expanded Nucleus of Family Health and Primary Care with the focus of verifying how corporal practices are inserted in daily life of Primary Health Care. The research reveals an application of corporal practices still based on a biomedical matrix, both by team of the Expanded Nucleus of Family Health and Primary Care and Family Health Strategies professionals, where these are still focused on prevention, control and treatment of diseases, focusing on chronic non-communicable diseases, being an instrument of control of bodies and a strategic component of social medicalization.

**Keywords:** Social Medication; Primary Health Care; Body Practices; Biopolitics; Biopower

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1- Principais achados da Pesquisa

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitária de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PC	Práticas Corporais
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PS	Promoção da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> .....	<b>17</b>
1.1.1 Estratégia de Saúde da Família .....	18
1.1.2 Núcleos de Apoio a Saúde da Família .....	19
<b>1.2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE E PRÁTICAS CORPORAIS NA APS</b> .....	<b>21</b>
1.2.1- Controvérsias sobre Promoção da Saúde .....	21
1.2.2 Reflexões sobre as Práticas Corporais .....	22
<b>1.3 MEDICALIZAÇÃO SOCIAL</b> .....	<b>23</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>26</b>
2.1 Geral .....	26
2.2 Específicos .....	26
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>26</b>
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>29</b>
4.1 RESUMO EXECUTIVO .....	30
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>34</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>38</b>
APÊNDICE A – Roteiro para condução do Grupo Focal com profissionais da ESF.....	38
APÊNDICE B – Roteiro para condução do Grupo Focal com profissionais do NASF.....	39
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	40
<b>ANEXOS</b> .....	<b>43</b>
Anexo 1 – Aprovação CEP .....	43

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um modelo de ações públicas e serviços de saúde no Brasil, caracterizando assim uma grande conquista social por promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população. A conquista desse sistema, se dá a partir de um movimento social que defendia a democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços, formado por diferentes atores sociais que resultaram no movimento de Reforma Sanitária. Por meio dela, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, a partir da constituição de 1988 e implantado no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro 1990) (MENICUCCI, 2014; RONCALLI, 2003).

O SUS tem na Atenção Primária à Saúde (APS) sua principal porta de entrada, onde orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012). Em 1990 é criado o Programa de Saúde da Família (PSF), primeiro programa a se inspirar e operar com preceitos da Promoção da Saúde (PS), depois transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo uma das principais apostas de reorientação do modelo assistencial em saúde. (ANDRADE et al, 2006)

No ano de 2006, o governo aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da portaria nº 648. A PNAB descreve a AB como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a manutenção da saúde. Também no ano de 2006, a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) reafirma as estratégias adotadas pela Carta de Ottawa (1986), adotando ações públicas que superem a ideia de cura e reabilitação (BRASIL, 2006). A PS consolida-se na APS reforçando os princípios do SUS, especialmente o da integralidade na atenção à saúde e o da participação social.

Com o intuito de consolidação da APS e das ESF, foram criados através da portaria 154 de 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de contribuir para a integralidade da atenção e interdisciplinaridade nas ações em saúde da população visando melhorar a qualidade da assistência da Atenção Básica. (ARCE e TEIXEIRA, 2017; ANJOS et al, 2013).

A proposta de atuação do NASF se baseia na metodologia do apoio matricial e na clínica ampliada, de forma a possibilitar a corresponsabilização, a gestão integrada do cuidado e a integralidade na atenção básica. (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Este núcleo vem com o

intuito de romper com a lógica dos modelos convencionais de prestação de cuidados, que são baseados na assistência curativa, especializada, fragmentada e individual.

Deste forma, a principal diretriz a ser desenvolvida pelos profissionais do NASF é a Integralidade, suas ações também devem ser pautadas na educação em saúde da população; na interdisciplinaridade; na participação social com foco na gestão participativa; na educação permanente em saúde buscando a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho; na humanização, a partir de construções coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários e na promoção da saúde (BRASIL, 2008).

Apesar de se configurar como uma proposta de consolidação da APS tanto nas equipes de ESF quanto nas de NASF, a PS ainda se mostra pouco inserida no cotidiano das ações, onde os profissionais ainda reproduzem práticas reduzidas aos aspectos técnicos e descontextualizadas, privilegiando as práticas clínicas, em detrimento das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, continuando assim, subalternas ao modelo médico hegemônico. (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

O momento político de redemocratização vivido pelos brasileiros, evidenciado pela queda do regime militar e conquista de uma constituição cidadã, com grande fertilidade para movimentos sociais foi sendo destruída por seguidos governos neoliberais que retiraram aos poucos o espaço da organização popular (TESSER JÚNIOR et al, 2016). A saúde e os direitos sociais básicos também se tornaram mercadorias e os investimentos em políticas públicas tornam-se cada vez menores (BERLINGUER, 1999).

Os profissionais de saúde tendem a trabalhar em função de uma cultura medicalizante, cujas origens advêm de um movimento de ressignificação da dor e do sofrimento, formando uma medicina voltada à analgesia (ILLICH, 1975), essa cultura medicalizante passa a valorizar a anestesia e sedação dos sintomas, e a partir disso, o julgamento médico tem o poder de decidir sobre a verdade. Dessa forma, a medicalização passar a ser entendida como um processo pelo qual a vida cotidiana passa a ser submetida ao domínio, influencia e supervisão médica (ZOLA, 1983), expandindo suas intervenções para os comportamentos e estilo de vida. Essa cultura medicalizante não é exclusividade da profissão médica, e pode representar uma forma de controle médico social. (CONRAD, 1992).

Neste contexto, as ações de PS que acontecem, devem ser analisadas com cautela, pois estas, também estão expostas a controvérsias, muitas vezes carregando em sua concepção valores neoliberais. Nesta lógica, a PS corresponde a um modelo culpabilizador, centrado na mudança de comportamentos e estilo de vida, desconsiderando a determinação social do



processo saúde/doença e desresponsabilizando o Estado, construindo sujeitos dóceis e mão de obra para o capitalismo. (CARVALHO, 2004; STOTZ, ARAUJO, 2004; PAIM, 2013).

Para esse trabalho, será considerada a concepção de promoção à saúde:

Parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, estando associada a um conjunto de valores que inclui: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, entre outros. Apresenta como elementos essenciais a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde (BUSS, 2000. p.23).

Em consonância com os ideais da reforma sanitária, os princípios do SUS e os valores dos movimentos sociais que estiveram na luta por uma sociedade mais equânime.

As ações de grupo em saúde são uma ferramenta importante para abordagem de questões referentes ao processo saúde doença na APS, especialmente as ações que priorizam intervenções de suporte social, na medida em que por diferentes estratégias, permitam a produção de autonomia nas ações de saúde, permitindo o enfrentamento do processo de medicalização, tanto em âmbito individual quanto no coletivo na APS, bem como nos serviços do SUS em geral. (TESSER, 2006a)

Uma das ações de PS que vem sendo incorporadas pelos profissionais do NASF são as Práticas Corporais (PC), se caracterizando pela formação de grupos comunitários com práticas que vão muito além do gasto energético:

Essas práticas ampliam as possibilidades de encontrar, escutar, observar e mobilizar as pessoas adoecidas para que, no processo de cuidar do corpo, elas efetivamente construam relações de vínculo, de corresponsabilidade, autônomas, inovadoras e socialmente inclusivas, de modo a valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde, que podem ser os parques, as praças e as ruas. (CARVALHO, 2006, p.33-34).

Vale ressaltar ainda que o conceito de práticas corporais adotado neste trabalho ocorre a partir da concepção epistemológica baseada na saúde coletiva, visto que este conceito admite interpretações diversas.

## 1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O debate sobre a atenção primária à saúde é intensificado internacionalmente a partir dos anos 1970, resultado dos questionamentos a respeito da organização da atenção à saúde, que trazia pouco impacto na melhoria de saúde da população e se baseada em um modelo médico hegemônico especializado e intervencionista, que fragmentava a assistência. A lacuna existente entre o estado de saúde nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, foi outro fator importante para fomentar esse debate, pois chamava atenção para a desigualdade no acesso aos serviços de saúde desses países (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A valorização do tema pode ser observada nos planos político e acadêmico, em debate nacional e internacional, nas propostas das agências internacionais e nos processos de reformas dos sistemas de saúde nos anos 1980 e 1990 (CONILL, 2008).

No Brasil, o tema passa a ser difundido principalmente a partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal garantindo saúde para todos e dever do Estado através do Sistema Único de Saúde (SUS) que se constitui como um modelo de ações públicas e serviços de saúde no Brasil. O SUS é considerado uma grande conquista social, pois sua conquista se estabelece a partir de um movimento social formado por diversos atores sociais, resultando no movimento de Reforma Sanitária. (MENICUCCI, 2014).

Esses atores, reunidos na VIII Conferência Nacional de Saúde colocaram em pauta uma proposta bem definida e clara de reforma à saúde. Dessa forma, o SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e implantado no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro 1990) colocando a saúde (no seu sentido ampliado) como direito de todos, dever do Estado, e um sistema com princípios universalistas e igualitários. A possibilidade de expandir a APS segundo o paradigma da determinação social da doença implicava organizar o sistema e os serviços de saúde em função das necessidades da população, em que a APS se colocaria como a porta de entrada ao sistema de saúde, organizado hierarquicamente. (MENDONÇA et al, 2008).

Deste modo, o SUS propõe que a relação com o cuidado à saúde seja realizada por níveis de atenção, sendo elas Atenção Básica, de Média Complexidade e de Alta Complexidade (BRASIL, 2006).

A APS pode ser caracterizada como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o

intuito de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas envolvidas e nos determinantes e condicionantes de saúde nas coletividades. (BRASIL, 2011).

Existe a utilização dos termos, AP e AB, para a Política Nacional de Atenção Básica, os termos são correspondentes, associando a ambos os princípios e as diretrizes definidos no documento da política. (BRASIL, 2011).

Em 1986, aconteceu a Conferência Internacional de Cuidados Primário de Saúde, em Alma-Ata, e dessa conferência se oriunda alguns achados sobre a APS, onde já se discutia sobre cuidados essenciais em saúde, com tecnologias acessíveis, levando a saúde próxima das pessoas. (GOMES et al, 2011).

A APS, também é entendida como o primeiro contato na rede de assistência no SUS, podendo ser compreendida por quatro atributos essenciais: o acesso, (definido como o primeiro contato da pessoa com o sistema), a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado. (BRASIL, 2010).

### **1.1.1 Estratégia de Saúde da Família**

O Programa de Saúde da Família (PSF), foi criado em 1994 para ser a principal estratégia de implementação e organização da APS. (GOMES et al, 2011).

Atualmente o PSF é conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), trazendo a lógica do enfoque coletivo, onde a equipe deve ter conhecimento do território de abrangência, discutindo os conceitos de cidadania, enfatizando os direitos da saúde a participação da comunidade. A ESF tem ainda como objetivo uma reorganização e reorientação do modelo de atenção à saúde a partir da APS, garantindo aos cidadãos o acesso aos serviços de saúde, que devem ser baseados na promoção da saúde e no fortalecimento do vínculo com a comunidade, considerando a família como uma unidade de intervenção. (BRASIL, 2006; BARBOSA, 2010).

As equipes de ESF têm como composição pelo menos um médico geral, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde; podendo a ser ampliada por uma equipe de Saúde Bucal com a presença de um dentista, um auxiliar em Saúde Bucal (BRASIL, 2010).

A equipe é responsável por acompanhar pelo menos quatro mil usuários da sua área de abrangência. A ESF tem como característica ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde em um território definido, com população delimitada, conhecendo o perfil epidemiológico e demográfico da área, e assim tendo como interferir nos fatores de riscos

ao qual a comunidade atendida possa estar exposta e com isso oferecer atenção integral, permanente e de qualidade para os mesmos (BRASIL, 2010).

### **1.1.2 Núcleos de Apoio a Saúde da Família**

Com o intuito de consolidar e fortalecer a APS e as ESF, o Ministério da Saúde (MS) vem nos últimos anos realizando iniciativas e programas, entre os quais o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 (BRASIL, 2008) e revisado no ano de 2011, pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro do mesmo ano (BRASIL, 2011). O NASF faz parte da Atenção Básica, porém, não se constitui como unidade física independente ou especial e também não é porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio as ESF. (BRASIL, 2010a)

Os NASF são equipes compostas por profissionais de diferentes categorias que apoiam as equipes ESF, as equipes de atenção básica, as equipes de consultório na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, além do Programa Academia da Saúde. Estes, devem atuar de maneira integrada e colaborativa, trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes. (BRASIL, 2017).

Os profissionais que podem compor as equipes de NASF são os seguintes: Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional da Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista/Obstetra, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Médico Geriatria, Intensivista, Médico do Trabalho, Veterinário, profissional com formação em Arte e Educação e Sanitarista (BRASIL, 2011).

As diretrizes nacionais mostram que a organização do trabalho no NASF segue os conceitos da AB, destacando a territorialização e responsabilidade sanitária, trabalho em equipe, ação interdisciplinar e intersetorial, integralidade, participação social, aumento da capacidade de autonomia individual e coletiva da população. O NASF apoia as equipes para o desenvolvimento de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na lógica

da integralidade. No limite, também produz a atenção individual na mesma direção (BRASIL, 2010a;2011).

Tendo como objetivo a ampliação das ofertas de ações e a resolubilidade da AB, bem como de integrar suas ações com a redes de serviços e intersetoriais, a portaria de criação do NASF relaciona algumas ações a serem desenvolvidas, e considera sua potencialidade em diversas políticas e programas, tais como: Promoção da Saúde; Integração da Pessoa com Deficiência; Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; Atenção Integral à Saúde da Mulher; Práticas Integrativas e Complementares; Assistência Farmacêutica; Pessoa Idosa; Saúde Mental; Humanização em Saúde, Política Nacional de Assistência Social e Saúde do Homem (BRASIL, 2008).

A proposta de atuação do NASF é baseada na metodologia do apoio matricial e na clínica ampliada, de forma a possibilitar a corresponsabilização, a gestão integrada do cuidado e a integralidade na atenção básica. (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

O apoio matricial tem o intuito de assegurar a retaguarda especializada (assistencial e de suporte técnico pedagógico) as equipes e profissionais que são apoiadas que são responsáveis pela coordenação e condução dos casos individuais, familiares e comunitários, de maneira longitudinal. (CUNHA; CAMPOS, 2011). Na prática, o matriciamento ocorre com a utilização dos saberes e habilidades dos profissionais especialistas como suporte para as equipes de referência, aumentando seu poder de clínica, diminuindo os números indiscriminados de encaminhamentos para especialistas e aumentando a resolubilidade dentro do próprio território, atuando com compartilhamento e corresponsabilização das ações, garantindo a utilização adequada dos recursos especializados e aumentando a capacidade de cuidado. (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). O apoio matricial prevê uma relação horizontalizada e desburocratizada, e traz uma função pedagógica por meio de encontros presenciais ou não (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Neste mesmo sentido, a clínica ampliada, preza pela priorização a pessoa, a família e considera o contexto, com o objetivo de promover saúde e autonomia. Na clínica ampliada, o trabalho utiliza a integração e interação da equipe multiprofissional, o conhecimento do território, a construção de vínculo, a elaboração de projetos terapêuticos singulares (PTS) entre outros, sendo necessário, a apropriação dos casos, da história de vida e do modo de viver dos usuários, com a elaboração conjunta de intervenções voltadas a integralidade do cuidado. (FIGUEIREDO; FURLAN, 2013).

## **1.2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE E PRÁTICAS CORPORAIS NA APS**

### **1.2.1- Controvérsias sobre Promoção da Saúde**

Por se tratar de uma prática de promoção da saúde (PS), as práticas corporais são atravessadas por controvérsias, assim como a PS que são atravessadas por diferentes valores, concepções e lutas.

Refletindo um pouco sobre o conceito de Promoção da Saúde, percebemos que este encontra um atravessamento de valores neoliberais e das lutas sociais e de equidade. A PS da saúde passa a ser discutida na Declaração de Alma-Ata que surgiu da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978. Nesse contexto, a saúde passa a ser discutida para além de um “problema” individual, mas também social e político. Colocando o foco de atendimento à saúde na atenção primária, e considerando os determinantes sociais como importantes protagonistas no processo de saúde e doença (PAIM, 2013). Ampliando a discussão voltada para uma saúde reducionista, que considera somente processos biológicos, favorecendo a “hegemonia médica” no qual o saber médico é o único capaz de estabelecer a “verdade” sobre o doente, a doença e o tratamento. (MOREIRA et al, 2009).

A PS após a conferência no Canadá, encara o processo saúde/doença na sua forma ampliada, afirmando o social e buscando a superação do modelo biomédico e o compromisso da saúde como direito de cidadania. (CARVALHO, 2008). Trazendo uma definição mais concreta, segundo Buss (2000, p.23) a PS:

Parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, estando associada a um conjunto de valores que inclui: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, entre outros. Apresenta como elementos essenciais a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde.

Se tratando das controvérsias acerca da PS, além do modelo baseado no conceito ampliado de saúde, se observa ações pautadas em valores neoliberais, em uma sociedade onde a coletividade, a solidariedade, a construção conjunta e democrática, e as relações horizontais não são valorizadas, mas que há uma responsabilização direta sobre o indivíduo, o saber científico como verdade absoluta, o autoritarismo e a culpabilização são valorizados. (CARVALHO, 2004). Neste contexto, a promoção da saúde vem como uma ferramenta de controle do corpo. (CASTIEL; DIAS, 2007). Analisando através de uma noção foucaultiana de biopoder, o discurso científico, exerce domínio e controle sobre as pessoas, pois através deste discurso elas são examinadas, classificadas, e é estabelecida por outros a sua verdade.

(FOUCAULT, 2004; MOREIRA et al, 2009). Através destes discursos, as pessoas passam a ser culpabilizadas e responsabilizadas por sua situação de saúde que na maioria das vezes são de cunho social, e estão fora de sua governabilidade, deste modo, ‘criou-se’ uma educação em saúde autoritária, onde os técnicos e profissionais transmitem seus saberes biomédicos e reducionistas por meio de uma imposição vertical sobre o que consideram saudável e verdade científica (CARVALHO, 2004; MOREIRA et al, 2009).

### **1.2.2 Reflexões sobre as Práticas Corporais**

Assim como as ações de PS, as Práticas Corporais no âmbito do SUS, são atravessadas por diversas controvérsias.

Nos últimos anos, houve um aumento da inserção das práticas corporais e atividade física (bem como do profissional de Educação Física) no SUS, esse fato se deu principalmente pela criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006, Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Programa de Educação pelo trabalho em Saúde – PET Saúde em 2008 e pelo Programa Academia da Saúde em 2011. (MENDES; CARVALHO, 2016).

As práticas corporais inseridas no campo da Saúde Coletiva vão muito além do gasto energético.

Essas práticas ampliam as possibilidades de encontrar, escutar, observar e mobilizar as pessoas adoecidas para que, no processo de cuidar do corpo, elas efetivamente construam relações de vínculo, de corresponsabilidade, autônomas, inovadoras e socialmente inclusivas, de modo a valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde, que podem ser os parques, as praças e as ruas. (CARVALHO, 2006, p.33-34).

Apesar das grandes possibilidades das práticas corporais no SUS, elas ainda são predominantemente orientadas de maneira prescritivas, culpabilizadoras e moralistas, partindo de um modelo centrado na dimensão biológica, isso se dá pelo fato de que esse modelo é fortemente reproduzido na formação de grande parte dos cursos das áreas da saúde. (FÉLIX et al., 2014). Estando associadas ainda, as estratégias de culpabilização das vítimas, das teorias de condicionamento comportamental e absolutamente avessas a qualquer pedagogia da problematização. (STOTZ; ARAUJO, 2004). Pensar em ações de Práticas corporais reproduzindo este modelo é reduzir as possibilidades desta ferramenta em favorecer a consolidação do SUS e a afirmação de seus princípios. (BUENO, 2016)

Com base nisto, os profissionais que atuam com as práticas corporais, incluindo o profissional de educação física, não precisa desconsiderar as maneiras prescritivas relacionados a aptidão física, pautada no modelo biológico, porém, as discussões devem ser

predominantemente baseadas pelas ciências humanas e sociais, pautando sua atuação de modo a perceber os interesses, desejos e necessidades das pessoas, entender as condições sociais e os elementos que fazem parte da vida delas, para que assim possa construir uma estratégia de cuidado, ligadas no real sentido das práticas corporais na saúde coletiva (BUENO, 2016).

Além disso, as práticas corporais no campo da Saúde Coletiva têm o papel de fazer com que as pessoas se apropriem dos espaços sociais presentes no território, como praças, parques, calçadas entre outros. E muito além disso, que essa apropriação se dê para muito além do espaço geográfico propriamente dito, mas sim como um espaço de produção de sentidos e subjetividades, sendo um espaço de promoção de saúde (BECCALLI; BORGES, 2016).

### **1.3 MEDICALIZAÇÃO SOCIAL**

A expressão medicalização social era utilizada como uma ampliação dos limites da medicina para a normatização sobre a vida cotidiana, do corpo e do comportamento. A medicalização da vida e da sociedade é um fenômeno em crescimento em todo mundo, seu marco inicial se dá com o surgimento da medicina moderna, entre o final do século XVIII e o início do século XIX, no mesmo momento em que se vivia o processo de industrialização e reorganização da maneira de viver nas cidades à época da constituição de alguns Estados Europeus. A expansão deste conceito avançou muito, ganhando destaque principalmente a partir de publicações de Ivan Illich (1975) com “A expropriação da saúde: nêmesis da medicina” e de Irving K. Zola (1972) com “Medicine as an Institution of Social Control”, entre outros autores que tinham como foco de suas discussões o contexto do século XX e a pós-guerra. (NYE, 2003; CONRAD, 2005).

Illich (1975, p. 6) chegou a afirmar que esta era uma grande ameaça à saúde dos indivíduos, dizendo que “a empresa médica ameaça à saúde, a colonização médica aliena os meios de tratamento, e o seu monopólio profissional impede que o conhecimento científico seja compartilhado”. Nesta mesma obra, ele traz três formas de iatrogênese: a clínica, cultural ou estrutural e social. A iatrogênese clínica acontece pelos próprios cuidados que causam danos, resultantes à falta de segurança e abuso das tecnológicas médicas e das drogas. A iatrogênese cultural se trata de uma perda do poder cultural das pessoas e das comunidades em enfrentar as enfermidades e o sofrimento (ILLICH, 1975). A iatrogênese social, se mostra como uma forma de medicalização social, onde o indivíduo perde sua autonomia, disseminando o seu papel de doente, ficando dependente do poder médico. (GAUDENZI & ORTEGA, 2012).



Outra contribuição importante nesta temática, é a de Michael Foucault (1984) que utilizou do conceito de biopolítica, para compreender as raízes da medicalização, ou seja, a ideia de uma estratégia que incluiu o biológico como componente das preocupações de gestão da sociedade pelo Estado moderno a partir do século XVIII.

Para entender o ponto de partida desse processo, pensamos ser importante recorrer à uma análise breve do momento histórico que desencadeou esse processo.

No século XVIII houve uma modificação na abordagem do Estado sobre o processo saúde-doença, através de uma revisão do significado de saúde, e de uma extensão das normas e da intervenção médica na organização social e sobre suas condições de vida. (FOUCAULT, 1984; ROSEN, 1979).

O contexto dessa modificação se dá em uma urbanização desordenada e a proletarização com excesso de exploração, jornadas excessivas e péssimas condições de trabalho, formando um quadro de miséria e precárias condições de vida para a recente força de trabalho urbana, o que gerou tensões sociais, revoltas populares e altas taxas de morbimortalidade. Neste contexto, o Estado realizou reformulações importantes neste ambiente urbano, com o intuito de preservar as relações sociais, tais como: medidas de reordenação urbana (saneamento, retirada de espaços insalubres dos centros das cidades), alargamento das ruas, aplicação de uma série de normatizações e fiscalizações dos espaços públicos e privados, bem como a normatização das condições de trabalho (ROSEN, 1979).

Além disto, era necessária disciplinar a mão de obra para as condições de trabalho industrial. Isto se deu através de várias ações de normatizações ideológicas, tais como, práticas higiênicas morais voltadas a família, comportamentos, moradia, educação, infância, sexualidade entre diversos outros, colaborando desta forma para a constituição dos padrões da família e da sociabilidade impostos pelas relações capitalistas (FOUCAULT, 1984). Aqui se tem o início do processo de extensão da normatização médica sobre a vida.

Foucault (2004), indica que o discurso médico passa a criar realidades, práticas e discursos incitando os indivíduos a adoção de certas formas de se comportar, pensar e viver. De acordo com o autor, essa produção perpassa pelas relações de poder, para ele, essa relação de poder com os corpos, é construída através da disciplina, com a finalidade de extrair dos corpos sua máxima capacidade produtiva, tal disciplina esteve presente especialmente nas instituições (famílias, escolas, fábricas etc.), as quais se tem o controle e sujeição dos corpos, que se tornam dóceis e úteis, através de uma vigilância hierárquica e normalizadora, sendo fator impulsionador do desenvolvimento do capitalismo (FOUCAULT, 1983).

Outro polo de poder sobre a vida, se formou a partir da segunda metade do século XVIII, onde as estratégias de poder passam a se preocupar com o que diz respeito a população (taxas de natalidade e mortalidade), passando a se preocupar com a saúde, com a duração da vida e tudo que possa interferir nesses processos biológicos, passando a ser estratégias e alvos das intervenções e controles reguladores. Deste modo, surge para Foucault o biopoder, onde o exercício da disciplina, vai se voltar para o corpo da massa da população, passando a visar a regulação da vida, e cujo exercício se desloca das instituições para o Estado, que passa a assumir o controle da população. (FOUCAULT, 1982).

O biopoder se constitui como uma tecnologia de poder sobre a vida, se caracterizando pela disciplina que exerce poder sobre os corpos individuais (anatomo-política do corpo humano), e outra que atua sobre o corpo como espécie, o corpo biológico (biopolítica da população) (FOUCAULT, 1983).

A vida, se torna um objeto de controle, realizado pelo saber que sobre ela se forma, sendo transformada em objeto de intervenção do poder. Através do saber e do poder, busca-se transformar a vida por meio das criações de tecnologias políticas, que vão a partir da biopolítica, se voltar aos diferentes campos da vida, como o corpo, as formas de administrar a saúde, moradia, hábitos de higiene entre outros. A biopolítica tenta intervir em todos os modos de expressão da vida humana. (FOUCAULT, 1983).

Através da disciplina, a medicina passa a exercer um papel de controle, determinando as condutas individuais e coletivas, não somente com relação à doença, mas também nos comportamentos, como sexualidade, fecundidade, fertilidade entre outros (GAUSENZI & ORTEGA, 2012). Desse modo, a medicina passa a ter controle sobre diversos acontecimentos do campo social, coletivo, individual e até mesmo político.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar as Práticas Corporais enquanto elemento do Processo de Medicalização Social na Atenção Primária à Saúde.

### **2.2 Específicos**

- Identificar a percepção dos profissionais da ESF e NASF quanto as práticas corporais na APS.
- Analisar os elementos discursivos relacionados a Biopoder e Biopolítica;

## **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

Este estudo produziu conhecimentos a respeito das ações de PC, em especial aquelas realizadas na APS, e refletir sobre sua relação com o processo de medicalização social. Caracterizamos este estudo como qualitativo, por responder as questões sociais envolvendo diretamente os sujeitos da pesquisa no processo de levantamento de dados, também por investigar fenômenos de grupos humanos: seus significados, motivos, aspirações, crenças, valores, sentimentos e suas práticas, tendo como matéria prima cenas e cenários da vida desses sujeitos. (MINAYO, 2014).

É preciso estudar os próprios sujeitos envolvidos no contexto estudado para compreender a realidade subjetiva, ao refletir sobre a abordagem qualitativa entende-se que essa se conforma melhor para pesquisas de grupos e segmentos delimitados e focalizados, investigações das relações e para análise de discursos e documentos e se caracteriza pela empiria. Segundo Minayo (2010, p. 57):

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam.

A abordagem qualitativa foi escolhida porque acredita-se que ela é capaz de incorporar aspectos sociais e subjetivos necessários para compreender os processos de saúde tanto no âmbito individual quanto no coletivo. Segundo Minayo (2010, p.31):

É preciso entender que, ao ampliar suas bases conceituais incluindo o social e o subjetivo como elementos constitutivos, as ciências da saúde não se tornam menos “científicas”, pelo contrário, elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam.

Outra contribuição encontrada na abordagem qualitativa, é contar com a subjetividade do participante, e também com a subjetividade do pesquisador, considerando suas observações, reflexões e impressões em relação aquele contexto local (FLICK, 2004).

O estudo também se caracteriza como estudo de caso, pois além de possibilitar conhecimento aprofundado de uma realidade, seus resultados costumam gerar hipóteses ou pressupostos para o encaminhamento de outras pesquisas. (YIN, 2005)

Foram incluídos no estudo profissionais que compõe as Equipes de ESF e profissionais da equipe de NASF de uma unidade básica de saúde (UBS) do município de Itajaí. O município está dividido em trinta e nove áreas de Estratégia de Saúde da Família e duas áreas de Estratégia de Agente Comunitários da Saúde com abrangência e geoprocessamento definidos. Cada área possui uma equipe de saúde que é responsável pela vigilância e acompanhamento da situação de saúde da comunidade de abrangência. O NASF deste município foi implantado no ano de 2015, contando hoje com duas equipes registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que dão apoio a aproximadamente dezoito ESF. Por contar com o programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família da Universidade do Vale do Itajaí, o NASF é constituído por profissionais efetivos e por profissionais residentes. Compõem estas equipes, profissionais de Educação Física, Farmácia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Médico Psiquiatra, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional.

O estudo foi desenvolvido nas dependências de uma UBS do município de Itajaí-SC.

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de Grupo Focal.

O grupo foi escolhido por se tratar de um método utilizado para o entendimento de como se formam diferentes percepções e atitudes sobre um fato, prática, produto ou serviços. Pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo, o intuito do grupo consiste em se apoiar na interação dos participantes para colher dados. Uma das maiores riquezas do grupo focal é se basear na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos, diferente das entrevistas e questionários individuais. (CARLINI-COTRIM, 1996). Pode ser caracterizada também como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (VEIGA & GONDIM, 2001).

Na técnica de grupo focal o moderador do grupo é um facilitador do processo de discussão, e seu foco está nos processos psicossociais que emergem, ou seja, no jogo de interinfluências da formação de opiniões sobre um determinado tema. A unidade de análise do grupo focal é o próprio grupo. Quando uma opinião é esboçada, mesmo não sendo compartilhada por todos, para efeito de análise e interpretação dos resultados, ela é referida como do grupo. (GONDIM, 2003)

Com os profissionais da ESF foram realizados quatro grupos focais abrangendo todas as equipes da UBS pesquisada, no grupo 1 participaram seis profissionais, sendo um médico, uma técnica de enfermagem e quatro Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), no grupo 2 participaram também seis profissionais, sendo uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e três ACS, no grupo 3 participaram sete profissionais, sendo quatro ACS, um médico, um enfermeiro e uma técnica de enfermagem e no grupo 4 participaram oito profissionais, sendo seis ACS, uma técnica de enfermagem e um médico.

Foi realizado também um grupo focal com a equipe de NASF que prestava apoio para as quatro ESF, participaram do grupo 11 profissionais, sendo dois fonoaudiólogos/as, três psicólogas, dois fisioterapeutas, uma farmacêutica, uma nutricionista, um profissional de educação física e uma terapeuta ocupacional.

Os grupos foram norteados por um roteiro de debate dividido em duas partes: a primeira envolvendo questões relacionadas ao perfil dos participantes; e a segunda, abordando discussão coletiva quanto a percepção dos participantes em relação as PC. (APÊNDICES A e B). As intervenções foram registradas por meio de gravador digital e transcritas na íntegra.

Foi realizada a leitura dos materiais, transcrição na íntegra, identificação e agrupamentos de unidades de significado e construção de categorias de análises temáticas.

Para a apreciação dos dados transcritos será utilizado o método da Análise Temática, que pode ser compreendida como o conjunto de técnicas de análise de comunicações, que visa obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e captação das variáveis presentes nestas mensagens. (MINAYO, 2010). Conforme apresentado por Minayo (2010) a análise temática compreende três etapas: 1ª se constitui da pré análise que se dá pela escolha dos documentos que serão analisados; retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, podendo reformula-las confrontando com o material coletado, e na formulação de indicadores que possam orientar a interpretação final dos dados; a 2ª etapa se dá pela exploração do material, onde o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras com significados em relação ao conteúdo de uma fala, essa categorização consiste em um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas; a 3ª etapa consiste no tratamento dos resultados obtidos e em sua interpretação.

Durante o percurso da análise as seguintes etapas foram seguidas: leituras flutuantes das fontes de pesquisa (conjunto de gravações/transcrições dos grupos focais); Identificação de núcleos temáticos; Discussão de temas encontrados com o referencial teórico trabalhado anteriormente; Estabelecimento de conclusões com base nos resultados do estudo.

Esta pesquisa foi realizada com seres humanos (profissionais de saúde que atuam na Atenção primária à Saúde) respeitando e considerando os aspectos éticos para o desenvolvimento eficaz da pesquisa, conforme previsto na Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde-CNS. Portanto, esse projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) através do parecer (CAE 02787718.7.0000.0121).

Todos os participantes voluntários dos cinco grupos focais receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Foram entregues duas vias do documento que foram assinadas após os participantes terem sido esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodo que a pesquisa possa acarretar-lhes, à medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades. Uma via foi entregue ao pesquisador e a outra permaneceu com o participante.

O pesquisador informou aos participantes que o estudo não prevê riscos à saúde, no entanto caso algum participante tivesse desconforto no decorrer da aplicação de qualquer um dos instrumentos, esse poderá solicitar a interrupção da coleta. Foi enfatizado que a participação era voluntária podendo o participante desistir de participar do estudo a qualquer momento, da mesma forma foi garantido o sigilo dos dados coletados, a fim de preservar a privacidade dos sujeitos. Todo o material da coleta de dados será alocado no Departamento de Saúde Coletiva da UFSC e serão armazenados por 5 (cinco) anos após a coleta, os participantes poderão retirá-los caso não queiram que os dados sejam utilizados depois da coleta.

#### **4. RESULTADOS**

Conforme o regimento interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, os resultados da presente dissertação foram apresentados em formato de artigo. Na medida dos interesses dos pesquisadores, respeitou-se a normatização da Revista Saúde e Sociedade. No presente arquivo o artigo será apresentado em forma de resumo executivo para evitar o risco de plágio quando for publicado pela revista.

## 4.1 RESUMO EXECUTIVO

O aumento da inserção das práticas corporais (PC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) fez com que surgisse a necessidade de uma reflexão crítica sobre a maneira com que essas práticas estão sendo orientadas no cotidiano dos serviços, com atenção especial a Atenção Primária à Saúde.

As PC acabam sendo pautadas através de dois grandes modelos, um viés que entende o processo saúde doença com resultando dos determinantes sociais em saúde, deste modo, tem um olhar ampliado para o modo em que as pessoas vivem e adoecem. Outro grande modelo é o biomédico, que parte de uma lógica biologicista, com o intuito de controle dos corpos, onde as intervenções são voltadas para os hábitos e estilo de vida das famílias e comunidades. Essa concepção se atrela a discussão de medicalização social, pois o modo de vida das pessoas passa a ser objeto de intervenção do saber médico, neste caso, das práticas corporais.

Com base nisso, o objetivo do presente trabalho foi de analisar como as ações relacionadas as práticas corporais na APS podem ser dispositivos de controle dos corpos analisando através dos conceitos de biopoder e biopolítica de Michel Foucault.

Trata-se de um estudo qualitativo, caracterizado como um estudo de caso. Foram realizados cinco grupos focais, um com a equipe de NASF e quatro com as ESF, participando no total 38 profissionais que atuam na APS, sendo 27 da ESF e 11 do NASF. Para a apreciação dos dados foi utilizado o método da Análise Temática. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAE 02787718.7.0000.0121) (ANEXO 1).

Quadro 1: Principais achados da pesquisa

Utilização das PC com predomínio de uma matriz biomédica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atrelada ao controle, tratamento e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis</li><li>• Através de comportamentos passíveis de mudança (biopolítica)</li><li>• Formação dos profissionais pautada na doença, na clínica e no biológico</li></ul>
Ferramenta para saúde do trabalhador (biopoder)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Corpos dóceis e produtivos</li><li>• Controle e disciplina sobre jovens e adolescentes</li></ul>

Concepção ampliada de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perspectiva ampliada das PC apontada por profissionais do NASF, demonstrando a importância desses profissionais para a qualificação do serviço e consolidação ad APS</li> </ul>
-----------------------------	--

Fonte: Elaborado pelos autores

A pesquisa revelou uma concepção das práticas corporais predominante pautada em uma matriz biomédica, sendo atrelada principalmente ao exercício sistemático, relacionado ao tratamento e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como ferramenta que deveria ser utilizada na saúde do trabalhador e para controle e disciplina de adolescentes e jovens. Nesse sentido, as PC se mostram como técnicas de controle sobre a vida das pessoas, com uma função normalizadora com um efeito de regulamentar a vida da população.

A formação dos profissionais foi apontada como um ponto importante nessa discussão, pois ainda é pautada na doença, na clínica tradicional e no especialista. Deste modo, repensar na formação dos profissionais de saúde, bem como em estratégias de educação permanente se mostram como imprescindíveis para que se possa pensar em uma maneira ampliada de fazer saúde, tendo profissionais que considerem os aspectos sociais e humanos, ampliando de fato as possibilidades de intervenção e adequando as mesmas as verdadeiras realidades das pessoas e comunidades.

Apesar do predomínio de uma concepção das PC em uma perspectiva biomédica, os profissionais do NASF trouxeram algumas reflexões atrelando as PC em uma perspectiva pautada em um conceito ampliado de saúde, salientando as mesmas como dispositivos que promovem a apropriação e valorização do território, fortalecendo a autonomia e protagonismo dos sujeitos e o vínculo entre as pessoas. Mostrando assim a importância dos profissionais do NASF no sentido de consolidar a APS, não só ampliando as ações e serviços, mas também qualificando o trabalho, através de um olhar ampliado em saúde, e de um suporte as ESF pautados nos princípios da APS.

Através dos achados deste trabalho, foi possível verificar que as ações que envolvem as PC ainda são realizadas predominantemente voltadas para o biológico, com o intuito de controle e prevenção das doenças, regulando assim a vida das pessoas, normatizando seus comportamentos, seus hábitos e suas práticas de vida, se restringir a esses parâmetros, utilizando as PC de forma prescritiva e reducionista, é tornar tal ferramenta como dispositivo do biopoder, controlando os indivíduos e os culpabilizando por seu processo de saúde doença.



Além disso, as PC se mostraram como técnicas de controle sobre a vida das pessoas, com uma função normalizadora e um efeito de regulamentar a vida da população.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho relacionou a utilização das PC com o processo de medicalização social na APS na perspectiva de Michel Foucault, relacionando com os conceitos de biopolítica e biopoder, problematizando ainda como essa ferramenta vem sendo utilizada na maioria das vezes em desacordo com os princípios do SUS e da APS.

Através dos achados deste trabalho, foi possível verificar que as ações que envolvem as PC são realizadas sob uma matriz biomédica, com o intuito de controle e prevenção das doenças, regulando assim a vida das pessoas, normatizando seus comportamentos, seus hábitos e suas práticas de vida.

Os profissionais da APS, tanto que compõem as equipes de NASF quanto das equipes de ESF tem uma compreensão das PC relacionadas ao exercício físico e atividade física, utilizando-as para fins biológicos, e desconhecendo outra perspectiva das PC considerando as ciências sociais e humanas e que vão em consonância com os princípios da APS e do SUS.

A formação dos profissionais de saúde ainda pautada no modelo biomédico favorece a fragmentação dos problemas de saúde das pessoas, pouca formação interdisciplinar e com foco mais especializado, dificultando um olhar integral e voltado para o trabalho em equipe.

É importante salientar que não desconsideramos a importância da dimensão biológica na saúde das famílias e comunidades, os parâmetros fisiológicos são fundamentais e devem fazer parte do trabalho em saúde na APS, porém, não se restringir a esses parâmetros, utilizando as PC de forma prescritiva e reducionista é tornar tal ferramenta como dispositivo do biopoder, controlando os indivíduos e os culpabilizando por seu processo de saúde doença, além disso, as PC se mostram como técnicas de controle sobre a vida das pessoas, com uma função normalizadora com um efeito de regulamentar a vida da população

Os discursos sobre a aplicação das PC se assemelham muito a uma estratégia biopolítica, com o intuito de normatização e controle dos corpos em massa, com uma recomendação geral a fim de controle e combate de doenças, para manter uma população saudável do ponto de vista econômico. Discursos relacionados ao biopoder também foram encontrados, pautando em uma utilização das PC para controle dos indivíduos, onde esses interiorizam as recomendações populacionais e passam a se vigiar para tentar se enquadrar nas normatizações de saúde proferidas pelos profissionais.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M; BARRETO I. C. H. C; BEZERRA, R. C. **Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família**. In: CAMPOS, G. W. S; MINAYO, M. C. S; AKERMAN, M;

DRUMOND JÚNIOR M; CARVALHO, Y. M; organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2006. p. 783-836.

ANJOS, K. F; MEIRA S. S; FERRAZ, C. E. O; VILELA, A. B. A; BOERY, R. N. S. O; SENA, E. L. S. **Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680. Dezembro 2013.

ARCE, V. A. R; TEIXEIRA, C. F. **Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA)**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 228-240, Set. 2017.

BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R. **Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG**. Fisioter. Mov. v. 23, n. 2, p. 323-30, abr/jun. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde, Vol. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. **Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 25 de janeiro de 2008, Seção 1, Col. 2, p. 47.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, Diário Oficial da União, Seção I, p. 48, Col. 1, de 24 de Out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 22 de setembro de 2017.

BRASIL. **Políticas Públicas para as Mulheres. Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República, Paraná: Editora do Ministério da Justiça e Cidadania, 2012.** Disponível em: < <http://www.spm.gov.br/central->

deconteudos/publicacoes/publicacoes/2012/politicas\_publicas\_mulheres>. Acessado em: 12 maio de 2018.

BERLINGUER, G. **Globalização e saúde global**. Estudos avançados, v. 13, n.35, p. 21-38, 1999.

BUENO, A. X. **A educação física na saúde: reflexões acerca do fazer da profissão no SUS**. In WACHS, F.; ALMEIDA, U. R.; BRANDÃO, F. F. F. Educação física e saúde coletiva: cenários, experiências e artefatos culturais. P. 169-198, 2016. (pdf on line)

BUSS, P. M. **Saúde, Sociedade e qualidade de vida**. Ciência e Saúde coletiva. 2000;5(1): 163 – 77.

CAMPOS, G. W. S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. Ciênc. Saúde Coletiva [Online]. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em: 10 de Junho de 2018.

CAMPOS, G. W.S; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, Fev. 2007.

CARVALHO, S. R. **As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social**. Ciência e saúde coletiva, 2004.

CASTIEL, L. D; DIAZ, M. C. R. G. **A saúde persecutória: à espera dos riscômetros portáteis**. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.11, n.21, p.145-63, jan/abr 2007.

CONILL, E. M. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil**. Cad Saúde Pública 2008; 24 Suppl 1:S7-27.

CONRAD, P. **Medicalization and Social Control**. Annu. Rev. Sociol. 18:209-32, 1992

CUNHA, G. T., CAMPOS, G. W. S. **Apoio matricial e atenção primária em saúde**. Saúde Soc. [Online]. São Paulo, v. 20, p. 961-70, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>>. Acesso em: 10 Junho de 2018.

DESLANDES, S.F., GOMES, R., MINAYO, M.C.S (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31 ed, Vozes. Petrópolis, Rio de Janeiro, 2012.

DURAND M; HEIDEMANN I.T.S.B. **Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família**. Rev Esc Enferm 2013; 47(2):288-295

FÉLIX, J. et al. **As diretrizes do NASF e a presença do profissional em Educação Física**. Motrivivência, Florianópolis, v.26, n.42, p.222–237, jun. 2014.

FIGUEIREDO, M. D.; FURLAN, P. G. **O subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia**. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.) Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p.154-78.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1983.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

GAUDENZI, P. & ORTEGA, F. **O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização**. Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 16(40), 2012.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária em saúde**. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575-626

GOMES, K. O. et al. **Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde**. Ciênc. Saúde Coletiva. São Paulo, v. 16, Supl. 1, p. 881-92, 2011.

GONDIM, S. M. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: Desafios metodológicos**. Paidéia. Cadernos de Psicologia e Educação, 12(24), 149-161, 2003.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

MENDES, V. M. CARVALHO, Y. M. **Práticas corporais e clínica ampliada: experimentando tessituras para a composição de outros modos de cuidado**. In WACHS, F.; ALMEIDA, U. R.; BRANDÃO, F. F. F. Educação física e saúde coletiva: cenários, experiências e artefatos culturais. P. 169-198, 2016. (pdf on line)

MENDONÇA, M.H.M.; VANCONCELLOS, M.M.; VIANNA, A.L.A. **Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Cad. Saude Publica, n.24, sup1, p.S4-S5, 2008.

MENICUCCI, T. M. G. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual**. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, Mar. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. Hucitec-Abrasco. São Paulo/Rio de Janeiro, 2010.

MOREIRA, Janine et al. **Educação popular em saúde: a educação libertadora mediando a promoção da saúde e o empoderamento**. Revista Contrapontos, v. 7, n. 3, p. 507-521, 2009.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, C.M.A. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96. 2010.

PAIM, Marina Bastos. **Ações de promoção à saúde desenvolvidas pelo nutricionista ligado ao núcleo de apoio à saúde da família, na atenção primária no município de Florianópolis/SC**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. 2013.

STOTZ, E. N.; ARAUJO, J. W. G. **Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso.** Saúde e sociedade, v. 13, n. 2, p. 5-19, 2004.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. **Modelos de Atenção à Saúde no SUS: mudança ou conservação?** In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 287-301.

TESSER, C. D. **Social medicalization (I): the exaggerated success of modern ‘epistemicide’ in health.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006.

TESSER JÚNIOR, Z. C.; TABORDA, L. R.; SCHAEFER, M. I.; KOVALESKI, D. F. **Associativismo civil e saúde: uma revisão de literatura.** In: Jornadas Bolivarianas XII Edição, 2016, Florianópolis.

ZOLA, I. K. **Medicine as an institution of social control.** Sociol Rev. Nov; 20(4):487-504, 1972.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Roteiro para condução do Grupo Focal com profissionais da ESF

1. Quem sou eu? (Traçar o perfil dos participantes, profissão, tempo de experiência na APS)
2. Qual minha concepção sobre as Práticas Corporais?
3. Quais são as potencialidades e desafios das ações de Práticas Corporais na rotina da ESF?
4. Como as práticas corporais aparecem na minha atuação profissional? (Individuais e/ou Coletivas).
5. Durante a dinâmica de trabalho da ESF (consultas individuais, aconselhamentos, visitas domiciliares, grupos terapêuticos, ações nas escolas) como aplico os conhecimentos referentes as práticas corporais? Quais as potencialidades delas para a equipe?
6. Existe algum público específico no qual as aplicações das práticas corporais são mais utilizadas? (Gênero, faixa etária, população específicas como diabéticos e hipertensos)
7. Como o NASF pode dar suporte em casos que envolvem as práticas corporais? Quais profissionais geralmente são acionados nesses casos?

## **APÊNDICE B – Roteiro para condução do Grupo Focal com profissionais do NASF**

1. Quem sou eu? (Traçar o perfil dos participantes, profissão, tempo de experiência na APS)
2. Qual minha concepção sobre as Práticas Corporais?
3. Quais são as potencialidades e desafios das ações de Práticas Corporais na rotina do NASF?
4. Como as práticas corporais aparecem na minha atuação profissional? (Individuais e/ou Coletivas).
5. Quais as principais ações realizadas pelos profissionais do NASF que geralmente envolvem as práticas corporais?
6. Em que contexto as ESF solicitam o apoio do NASF em situações que necessitam da utilização das práticas corporais? Existe a solicitação para um público específico (Gênero, faixa etária, hipertensos, diabéticos)?
7. Geralmente, quais profissionais são mais solicitados para casos ou ações que necessitam da utilização das práticas corporais?



## APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (CCS)  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSC)

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### **Informações sobre a pesquisa:**

Sou estudante de mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, realizarei uma dissertação envolvendo um estudo cuja proposta é pesquisar a medicalização das ações envolvendo as Práticas Corporais na Atenção Primária à Saúde. A pesquisa terá como título: *“Práticas Corporais e o processo de medicalização social na Atenção Primária à Saúde.”*. A partir dos resultados obtidos com este estudo, pretendo contribuir com a reflexão sobre como essas práticas estão sendo aplicadas e as potencialidades delas para a Promoção da Saúde dos usuários do SUS.

O estudo é qualitativo, os procedimentos práticos do estudo irão envolver: a realização de 4 grupos focais, no qual irão participar os profissionais da ESF e profissionais do NASF e iremos discutir e refletir sobre o tema proposto. O grupo focal é um debate aberto e acessível a todos, por isso te convido para participar do grupo e peço sua permissão para gravá-las (áudio) e transcrevê-las.

Riscos e Benefícios: sua participação é voluntária, o estudo pode trazer desconforto pelo tempo exigido e/ou constrangimento com os outros participantes da pesquisa (conflitos decorrentes de opiniões divergentes), mas o pesquisador atuará como mediador das discussões. Ressaltamos que os pesquisadores serão os únicos a ter acesso às informações das entrevistas e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, todavia sempre existe a possibilidade, mesmo que remota, da quebra do sigilo involuntário e/ou não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. As datas dos grupos focais serão acordadas previamente com os participantes e com a coordenação do local para liberação dos profissionais. A sua participação será uma oportunidade de aprofundar seus conhecimentos sobre o tema proposto. Os registros ficarão sob posse do pesquisador, os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada e serão divulgados em forma de dissertação, artigos científicos em revistas especializadas e resumos em eventos científicos.

Informamos que a legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Ressaltamos que você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa, mas, em caso de despesas com transporte e/ou alimentação, decorrentes da participação da pesquisa, você será ressarcido integralmente pelos pesquisadores. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Ressalto ainda que a sua participação não é obrigatória e que, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo quanto a sua relação com o pesquisador. Caso haja dúvidas a respeito do estudo, o pesquisador estará à disposição para esclarecê-las.

Em caso de necessidade, a qualquer momento que julgar necessário, você poderá contatar o coordenador da pesquisa, Prof<sup>o</sup>. Rodrigo Otávio Moretti Pires, através do telefone de número +55 (048) 3721-4869, pelo e-mail: rodrigo.moretti@ufsc.br ou ainda presencialmente na Sala 130 do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, no Centro de Ciências da Saúde localizado na Rua Delfino Conti, Bairro Trindade, Florianópolis, Santa Catarina. Poderá também contatar ou dirigir-se ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) no Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400, ou pelo e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br, ou ainda pelo número: + 55 (48) 3721-6094.

O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Duas vias deste documento, que possui duas páginas estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável, lembre-se de guardar cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A presente pesquisa é autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, vinculada à Pró-Reitoria de Pesquisa e localizada no Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

**Consentimento pós-informação**

Eu, \_\_\_\_\_  
portador da identidade (RG) \_\_\_\_\_, fui esclarecido (a) sobre a  
pesquisa “Práticas Corporais e o processo de medicalização social na Atenção Primária à  
Saúde” e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir  
esclarecido e optar por livre e espontânea vontade e concordo em participar desta pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável (Prof<sup>o</sup> Rodrigo Otávio Moretti Pires)

## ANEXOS

### Anexo 1 – Aprovação CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Práticas Corporais e o processo de medicalização social na Atenção Primária à Saúde

**Pesquisador:** RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 02787718.7.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.230.229

##### Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

##### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as relações entre Práticas Corporais e o Processo de Medicalização Social na Atenção Primária à Saúde.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Possibilidade de certo tensionamento em relação as expectativas dos trabalhadores com relação a ausencia ou presença das praticas corporais enquanto intervenção

Benefícios:

avaliar uma tecnologia leve para atenção básica

##### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-400

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-6094

**E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.230.229

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta TCLE. Apresenta carta de anuência de instituição participante.

**Recomendações:**

1) Em relação ao TCLE, recomendamos:

- a) Não consta informação sobre quanto tempo será necessário para sua aplicação. Orientamos inseri-lo.
- b) Quanto ao direito de desistência é necessário enfatizar que o participante não sofrerá nenhum prejuízo nas suas atividades laborais em virtude da sua desistência.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto não apresenta pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A presente aprovação refere-se à versão do projeto (08/03/2019) e TCLE (19/10/2018).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1182908.pdf	08/03/2019 11:42:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto-versaofinal.docx	08/03/2019 11:41:58	RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/10/2018 08:50:58	RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	18/10/2018 16:15:36	RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoprefeitura.pdf	19/07/2018 16:16:46	RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.230.229

Não

FLORIANOPOLIS, 28 de Março de 2019

---

**Assinado por:**  
**Maria Luiza Bazzo**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br