



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

VICTOR FELIPE DE ASSIS

**PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADES FÍSICAS RELACIONADAS AOS  
PRINCÍPIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE:**

Discursos de profissionais de Educação Física atuantes na Atenção Primária à Saúde

Florianópolis

2023

VICTOR FELIPE DE ASSIS

**PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADES FÍSICAS RELACIONADAS AOS  
PRINCÍPIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE:**

Discursos de profissionais de Educação Física atuantes na Atenção Primária à Saúde

Trabalho de Conclusão de Residência a ser apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do grau de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech  
Coorientador: Prof. Me. Francisco Timbó de Paiva Neto

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Assis, Victor Felipe de

Práticas corporais e atividades físicas relacionadas aos princípios da promoção da saúde: : discursos de profissionais de Educação Física atuantes na atenção primária à saúde / Victor Felipe de Assis ; orientador, Cassiano Ricardo Rech, coorientador, Francisco Timbó de Paiva Neto, 2023.

50 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Educação Física. 3. Saúde Coletiva. 4. Política Nacional de Promoção da Saúde. I. Rech, Cassiano Ricardo. II. Neto, Francisco Timbó de Paiva. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. IV. Título.

**Victor Felipe de Assis**

**Práticas Corporais e Atividades Físicas relacionadas aos**

**Princípios da Promoção da Saúde:**

Discursos de Profissionais de Educação Física atuantes na Atenção Primária À Saúde

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para a integralização do curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e aprovado em sua forma final.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Renata Goulart Castro  
Coordenadora do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech  
Orientador  
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

---

Prof. Dr. Mathias Roberto Loch  
Avaliador  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. Rodrigo Sudatti Delevatti  
Avaliador  
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha família e amigos por todos momentos passados que me fizeram chegar até aqui. Agradeço também aos meus orientadores e amigos, Cassiano e Timbó, os quais me deram todo suporte necessário para o desenvolvimento do trabalho.

Por fim, agradeço aos profissionais do Centro de Saúde Novo Continente e Jardim Atlântico de Florianópolis, à REMULTISF e à UFSC, pela ótima recepção em “terras catarinas” e pela oportunidade de aprender com vocês. Obrigado.

## RESUMO

**Introdução:** a inclusão das Práticas Corporais e Atividades Físicas como eixo na Política Nacional de Promoção da Saúde foi fundamental para inserção dos Profissionais de Educação Física no Sistema Único de Saúde. Recentemente, um instrumento para avaliação da aproximação aos princípios dessa política foi validado, o que permite explorar como esses profissionais poderiam desenvolver ações mais efetivas para a população no SUS. **Objetivo:** analisar a aproximação das ações de Práticas Corporais e Atividade Física, desenvolvidas por profissionais de Educação Física na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis, quanto aos princípios da Promoção da Saúde. **Metodologia:** Esta pesquisa apresenta sua caracterização baseada em métodos mistos, apresentando utilização tanto de dados quantitativos como de dados qualitativos. Foram convidados a compor a amostra deste estudo, todos os profissionais de Educação Física atuantes na APS de Florianópolis no momento da pesquisa (n = 9). Estes foram solicitados a indicar um horário disponível para aplicação de questionários de caracterização, aplicação do instrumento de avaliação de uma ação em saúde quanto à sua aproximação com os princípios da Promoção da Saúde e por fim, para gravação de áudio de respostas a partir de uma entrevista semi-estruturada, para exploração de motivos e estratégias relacionados à maior ou menor aproximação com os princípios. Os dados descritivos foram expressos em frequências absolutas (%), enquanto que as entrevistas foram transcritas para análise de conteúdo. **Resultados e Discussão:** todos os PEF foram entrevistados, e estes revelaram trabalhar na APS a mais de 10 anos e serem os pioneiros desta profissão no município de Florianópolis-SC, com ações que perduram por todo esse período. Quanto ao instrumento de avaliação dos Princípios da Promoção da Saúde, Autonomia e Integralidade aparecem como os princípios com os maiores níveis de aproximação entre os PEF (88,9%) no que diz respeito a presença destes princípios no desenvolvimento de ações de PCAF. Já a Intersetorialidade (22,2%) é o princípio com menor nível de aproximação. Diversos motivos e estratégias para as aproximações com Princípios da Promoção da Saúde foram discutidos em nossa análise, com destaque para as reflexões em torno das PCAF enquanto oportunidades para vivenciar sentimentos e emoções positivas e contribuir para uma vida plena e prazerosa, fortemente associado com os princípios de Integralidade e Autonomia destacados. Já quanto aos princípios com menor aproximação, os motivos referidos para esses distanciamentos estavam relacionados à hegemonia da perspectiva biológica na área da saúde, alta demanda de trabalho, dificuldades de entendimento sobre os significados dos Princípios da Promoção da Saúde e avaliações/planejamento. **Conclusão:** as primeiras impressões sobre as ações de PCAF em relação aos Princípios da Promoção da Saúde revelam uma maior aproximação com os princípios de Integralidade e Autonomia, e ao mesmo tempo, maior distanciamento dessas ações com o princípio de Intersetorialidade, confirmados também pelas análises de conteúdo. Novos estudos são necessários para explorar as ações na APS em relação aos princípios da Promoção da Saúde, com vistas ao fortalecimento do SUS.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva; Políticas Públicas; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** the inclusion of Body Practices and Physical Activities (BPPA) as an axis in the National Health Promotion Policy was fundamental for the insertion of Physical Education Professionals in the Unified Health System (SUS). Recently, an instrument to evaluate the approximation to the principles of this policy was validated, which allows exploring how these professionals could develop more effective actions for the population in the SUS. **Objective:** to analyze the approximation of the actions of Corporal Practices and Physical Activity, developed by Physical Education professionals in Primary Health Care in Florianópolis, regarding the principles of Health Promotion. **Methodology:** This research presents its characterization based on mixed methods, using both quantitative and qualitative data. All Physical Education professionals working in PHC in Florianópolis at the time of the survey were invited to compose the sample for this study (n = 9). These were asked to indicate a time available for the application of characterization interviews, application of the instrument to evaluate a health action regarding its approximation with the principles of Health Promotion and, finally, audio recording of answers from an interview semi-structured, for exploring motives and strategies related to greater or lesser approximation with the principles. Descriptive data were expressed in absolute frequencies (%), while interviews were transcribed for content analysis. **Results and Discussion:** all PEF participated in the study, and they revealed working in PHC for more than 10 years and being the pioneers of this profession in the city of Florianópolis-SC, with actions that lasted throughout this period. As for the instrument for evaluating the Principles of Health Promotion, Autonomy and Integrality appear as the principles with the highest levels of approximation among the PEF (88.9%) with regard to the presence of these principles in the development of BPPA actions. Intersectoriality (22.2%) is the principle with the lowest level of approximation. Several reasons and strategies for approaching the Principles of Health Promotion were discussed in our analysis, with emphasis on the reflections around the BPPA as opportunities to experience positive feelings and emotions and contribute to a full and pleasant life, strongly associated with the principles of Integrality and Autonomy highlighted. As for the principles with less approximation, the reasons mentioned for these distances were related to the hegemony of the biological perspective in the health area, high demand for work, difficulties in understanding the meanings of the Principles of Health Promotion and evaluations/planning. **Conclusion:** the first impressions about the BPPA actions in relation to the Principles of Health Promotion demonstrate a greater approximation with the principles of Integrality and Autonomy, and at the same time, greater distancing of these actions from the principle of Intersectoriality, also confirmed by the analyzes of content. New studies are needed to explore PHC actions in relation to the principles of Health Promotion, with a view to strengthening the SUS.

**Keywords:** Collective Health; Public policy; Health Unic System.

## **LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS**

APS - Atenção Primária em Saúde

CGPROFI - Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais

CS - Centro de Saúde

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DEPROS - Departamento de Promoção da Saúde

DS - Distrito Sanitário

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESP - Escola de Saúde Pública

IAF - Incentivo financeiro federal de custeio destinado à implementação de ações de Atividade Física

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF - Núcleo de Apoio  Saúde da Família

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

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAS - Programa Academia da Saúde

PCAF – Práticas Corporais e Atividade Física

PEF – Profissional ou profissionais de Educação Física

PNPS - Política Nacional de Promoção de Saúde

SUS - Sistema nico de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	10
1.2 PERGUNTA DE PESQUISA .....	11
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>12</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, PROMOÇÃO DA SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA.....	13
3.2 EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PRINCÍPIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE; .....	14
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>17</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO E CENÁRIO DE PRÁTICA .....	17
4.2 AMOSTRAGEM E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	18
4.3 PARTICIPANTES .....	18
4.4 COLETA DE DADOS .....	18
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	19
4.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	19
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>21</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA E AÇÕES.....	21
5.2 APROXIMAÇÕES COM OS PRINCÍPIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	26
5.3 MOTIVOS E ESTRATÉGIAS.....	27
5.3.1 Aspectos biopsicossociais relacionados às ações de AF na APS;.....	27
5.3.2 Necessidades em Promoção da Saúde e AF no território.....	29

5.3.3 Prática profissional do PEF em relação à PNPS.....	31
5.3.4 Estratégias para operacionalização das ações de AF na APS.....	32
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>42</b>
<b>8 APÊNDICES .....</b>	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O termo “promoção de saúde” carrega consigo evoluções no entendimento do processo saúde-doença. No Brasil, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde se afirmou à saúde enquanto direito garantido pelo estado, e junto ao conceito ampliado de saúde, se afirmou também a necessidade por uma prática não mais médico-centrada, bem como a necessidade de intersetorialidade para a melhora das condições de vida e trabalho (CZERESNIA, 2009). Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e a insistência em seus princípios, políticas públicas foram sendo desenvolvidas buscando a promoção de saúde a nível nacional.

Um importante marco dos anos que se seguiram, foi a aprovação da portaria nº 687 que estabelece a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) em 30 de março de 2006. Com a sua publicação, o conceito ampliado de saúde foi novamente afirmado, uma vez que a PNPS tem por objetivo geral “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes [...]” (BRASIL, 2010, p.17).

Nesse documento, estabeleceram-se diretrizes, estratégias para implementação, responsabilidades das esferas de gestão, além ainda de ações específicas, as quais continham dentre elas o eixo de Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF) (BRASIL, 2010). A inclusão das PCAF na PNPS foi fundamental para inserção dos Profissionais de Educação Física (PEF) no SUS junto a outras iniciativas que materializaram essa inserção, como por exemplo a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), posteriormente denominado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (SILVA, 2016). Assim, apesar de diversas outras portarias e ações no contexto brasileiro que também vem sendo indispensáveis para os PEF no contexto da PCAF no SUS, pode-se afirmar que a PNPS abriu caminhos para a inserção da área profissional da Educação Física, considerando sua atuação na Saúde Pública.

Apesar de grandes avanços, a forma relativamente recente com que se mostram esses acontecimentos, não vem sendo acompanhada por um desenvolvimento da área no que diz respeito, por exemplo, a um aumento do número de PEF no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) (SILVA et. al. 2022), ou por reformulações na formação desses profissionais (CARVALHO; GUERRA; LOCH, 2022; LOCH; RECH; COSTA, 2020). Além disso, estudos já apontam a urgência da real aproximação da Educação Física com

a Saúde Coletiva na perspectiva da Promoção da Saúde (LOCH; DIAS; RECH, 2019; CARVALHO; NOGUEIRA, 2016). Esta aproximação pode resultar no aperfeiçoamento da práxis do PEF que atua na APS, bem como fomentar a utilização de estratégias, instrumentos e outros materiais em seu cotidiano.

Assumindo a saúde enquanto fenômeno ampliado, que supera a prevenção focada em doenças (CZERESNIA, 2009), a PNPS passa a ser o principal documento orientador das intervenções de todos profissionais da saúde, e deveria ser, portanto, apropriado pela área da Educação Física. Essa política se propõe a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, mas não se limita a esses objetivos, e também vislumbra além disso, provocar mudanças nos modos de planejar, organizar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde (MALTA *et al.*, 2016).

Dessa forma, existem princípios da Promoção da Saúde que podem ser orientadores das ações de PEF na Saúde Coletiva (LOCH *et al.*, 2021), tal qual a busca pelo aumento dos níveis de atividade física das populações, de acordo às atuais recomendações nacionais e internacionais (BRASIL, 2021b; WHO, 2020) e/ou as recomendações para práticas exitosas em atividade física (BRASIL, 2021d).

### 1.1 JUSTIFICATIVA

Para além da noção de acúmulo de minutos de atividade física para se ter saúde (KNUTH; ANTUNES, 2021) e das PCAF como fator exclusivamente de prevenção à doenças crônicas (CARVALHO, 2016), as ações conduzidas pelos PEF inseridos no SUS apresentam potencial de aperfeiçoamento, tendo como premissa a aproximação aos princípios da Promoção da Saúde.

Construídos a partir de contextos sociais, econômicos, ambientais, políticos e culturais, esses princípios são importantes marcadores para identificar se uma ação ou política está voltada à promoção da saúde, e como essas influenciam à produção da vida (BRASIL, 2021c). É preciso conhecer com quais princípios já existe uma maior aproximação do PEF e com quais há maiores dificuldades para essa aproximação, já apontando possíveis barreiras e facilitadores para esses aspectos.

“Os diversos atores envolvidos nas intervenções que buscam promover saúde precisam considerar e buscar promover certos princípios” (LOCH *et al.*, 2021, p. 2) pois tendo esses princípios como referência fundamental, aumentam-se as possibilidades de alcançar as metas e objetivos estabelecidos pela PNPS. Ressaltando também a inserção

relativamente recente do PEF no SUS, se faz necessário investigar a aproximação entre princípios da Promoção da Saúde e as intervenções em saúde desses profissionais.

## 1.2 PERGUNTA DE PESQUISA

Como as ações de Práticas Corporais e Atividade Física, realizadas por Profissionais de Educação Física na Atenção Primária à Saúde, se aproximam dos princípios da Promoção da Saúde?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a aproximação das ações de Práticas Corporais e Atividade Física, desenvolvidas por profissionais de Educação Física na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis, em relação aos princípios da Promoção da Saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar profissionais de Educação Física e ações de Práticas Corporais e Atividade Física no contexto da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis;
- Investigar a aproximação dos princípios da Promoção da Saúde no planejamento e na execução das ações de Práticas Corporais e Atividade Física.
- Explorar motivos e estratégias referidos pelos profissionais para a maior ou menor aproximação com determinados princípios da Promoção da Saúde, presentes no desenvolvimento de ações de Práticas Corporais e Atividades Físicas.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, PROMOÇÃO DA SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física começou a ser discutida no âmbito de promoção da saúde, considerando o contexto do SUS, a partir das transições demográfica, epidemiológica, nutricional e tecnológica da sociedade (NAHAS; GARCIA, 2010). Essas transições impactam os países por conta da diminuição da força de trabalho; redução da mortalidade precoce; redução do consumo, gerando uma menor movimentação econômica; aumento dos custos com previdência; aumento de doenças e incapacidades funcionais, com consequentes custos com saúde pública; aumento dos anos de dependência de assistência em saúde; e, por conta das mudanças sociais, comportamentais e econômicas que impactam os modos de viver da sociedade, no aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BLOOM *et al.*, 2015; DUARTE; BARRETO, 2012).

Nas últimas décadas, a atividade física é considerada importante componente para promoção da saúde, sendo reconhecida para além das dimensões físicas e funcionais inerentes da área (OLIVEIRA, 2018). Devido ao comportamento de inatividade física da população estar associado a diversas doenças (KOHL *et al.*, 2012), estratégias de promoção da atividade física vêm sendo incluídas em planos referentes à saúde da população (HEATH *et al.*, 2012). Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou as recomendações de atividade física para prevenção de DCNTs em nível populacional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

O histórico de promoção da atividade física no Brasil possui como marco importante a proposição da OMS da Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004). Esse documento tem como objetivo promover e proteger a saúde orientando a criação de um segmento favorável para a adoção de medidas sustentáveis em nível individual, comunitário, nacional e mundial. Esperava-se que essas medidas, em conjunto, dessem lugar à redução da morbidade e da mortalidade associadas a uma alimentação pouco saudável e a falta de atividade física.

Desde a criação da PNPS, o Ministério da Saúde, possibilitou o desenvolvimento de projetos em municípios e estados para implementação de programas de promoção da saúde com ênfase em atividade física. Criando-se assim a Rede Nacional de Atividade Física (MALTA *et al.*, 2014). A inclusão dos PEF no NASF-AB impulsionou a oferta de ações de atividade física nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em outros locais da área

adstrita. Esses estabelecimentos são locais privilegiados para a implantação de ações de promoção de atividade física, já que atendem parte da população que não possui acesso a outros programas de atividades físicas ou que pertencem a minorias altamente suscetíveis a um estilo de vida inativo (KOKUBUN *et al.*, 2007).

Outro marco importante na promoção da atividade física na saúde pública é o Programa Academia da Saúde (PAS) que surgiu com a publicação da Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011 (BRASIL, 2011b). Esta portaria foi revogada posteriormente pela Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 (BRASIL, 2013c). O PAS tem como foco contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados (BRASIL 2013). Seus objetivos estão baseados no fortalecimento da promoção da saúde, no desenvolvimento do cuidado integral, na promoção da educação em saúde e de ações intersetoriais.

Diante das estratégias e experiências apresentadas, é possível destacar que a atividade física tem sido atribuída uma maior participação na promoção da saúde da população brasileira. No entanto, é necessário refletir sobre a formação acadêmica e profissional, assim como amadurecer estratégias de compartilhamento das experiências já desenvolvidas. Esses aspectos são necessários para fundamentar e delinear novas perspectivas de promoção da atividade física e da saúde no contexto brasileiro.

### 3.2 EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PRINCÍPIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE;

A área da Educação Física vem enfrentando dificuldades com relação à formação profissional na Saúde Coletiva. Estudo documental recente de estruturas curriculares de programas de graduação, ementas e programas das disciplinas ofertadas em mais de 170 currículos ativos e regulares de Educação Física, constatou grande defasagem na formação destes profissionais no que se refere à atuação no SUS (BARBONI; CARVALHO; SOUZA, 2021). Esta constatação veio ao encontro de outros estudos que já haviam evidenciado uma tendência biologicista da Educação Física, apesar de não estar diretamente ligada à clínica (PASQUIM, 2010), e [...] “a necessidade de mudanças na formação inicial para que a EF possa assumir de forma consciente e qualificada, esse campo de atuação” (FALCI; BELISÁRIO, 2013, p. 897).

A distância da formação acadêmica para a atuação profissional na saúde coletiva representa um dos principais desafios para o PEF na saúde coletiva, juntamente com a

instabilidade e a falta de estrutura física e material (OLIVEIRA *et al.*, 2022). A inserção deste profissional para atuar no SUS ainda é pequena (CANDIDO; ROSSIT; OLIVEIRA, 2017) e dados nacionais apontam que apenas 4 a cada 10 unidades de Atenção Primária à Saúde ofertam programas de promoção de atividade física no Brasil (GOMES *et al.*, 2014).

Apesar de todas barreiras para o PEF e a Promoção da Saúde no SUS, há de se ressaltar a potência da Educação Física inserida no SUS não apenas por seus efeitos fortemente estabelecidos à saúde, mas também por privilegiar o conceito ampliado de saúde (LOCH; DIAS; RECH, 2019), pelos possíveis impactos no desenvolvimento humano e contribuições para uma vida mais prazerosa, por seu caráter interprofissional e capacidade de envolvimento de distintas profissões na construção de cuidado compartilhado, dentre outros (CARVALHO; GUERRA; LOCH, 2020).

Em estudo realizado com profissionais de Educação Física atuantes na APS de Minas Gerais, observou-se por meio de grupos focais, as concepções destes profissionais acerca da Promoção da Saúde. Constatou-se um entendimento amplo do conceito de Promoção da Saúde e a existência de ações que buscavam esse objetivo, entretanto, os autores ressaltam as limitações metodológicas e apontam a necessidade de novos estudos sobre a temática (SAPORETTI; MIRANDA; BELISÁRIO, 2016).

Buscando aprimorar a capacidade de avaliação de programas de promoção da saúde, recente pesquisa realizada com especialistas de diferentes categorias profissionais e de diferentes regiões do país, buscou elaborar um instrumento que fosse capaz de: “[...] avaliar a proximidade de intervenções que buscam promover saúde em relação aos princípios da PNPS do Brasil” (LOCH *et al.*, 2021, p. 2).

Dentre os resultados da pesquisa, foram elencados nove princípios da Promoção da Saúde: Equidade; Participação Social; Autonomia; Empoderamento; Intrasetorialidade; Intersetorialidade; Sustentabilidade; Integralidade e; Territorialidade, sendo que cada um desses princípios demarcam um critério a ser analisado (LOCH *et al.*, 2021). Com este estudo, os pesquisadores validaram um instrumento que possui potencial para avaliar diferentes intervenções no âmbito da Promoção da Saúde e contribuir para que novas formas de pensar o planejamento, organização e ações em saúde venham à tona.

Esse instrumento se soma a diversas outras iniciativas brasileiras no âmbito das PCAF que vem ganhando força nos últimos anos. Destacamos o Guia Brasileiro de

Atividade Física e Saúde em sua versão para a população (BRASIL, 2021b) e para gestores e profissionais da saúde (BRASIL, 2021a), que traz apontamentos para a prática de atividade física nos seus quatro domínios (lazer, deslocamento, doméstica e no trabalho), nos diferentes ciclos de vida e ainda orientações específicas a gestantes, pessoas com deficiências e para a atividade física no contexto escolar.

Desenvolveu-se também as Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, a partir de oito estratégias que visam contribuir com profissionais da saúde no planejamento e avaliação de programas de atividade física, para torná-los replicáveis e sustentáveis no SUS, bem como garantir maior participação e autonomia dos usuários. (BRASIL, 2021d).

Por fim, destacamos também a criação em 2019, da Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais (CGPROFI), inserido no Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS), da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), que representa um marco para a área de atividade física e saúde (BRASIL, 2022a).

O órgão é responsável pela gestão do PAS e da promoção da atividade física no SUS, e vem contribuindo para avanços da área com diversas ações, como na recente portaria GM/MS nº 1.105, de 15 de maio de 2022, com o incentivo financeiro federal de custeio destinado à implementação de ações de Atividade Física (IAF) na APS, que tem como objetivo, implementar ações de atividade física e melhorar o cuidado das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis na APS (BRASIL, 2022b).

## 4 MÉTODOS

Nesta seção, são apresentados os procedimentos metodológicos do estudo. O trabalho de campo referente à coleta de dados é apresentado de maneira detalhada bem como outros elementos relacionados ao delineamento do estudo, estratégias de análise de dados, aspectos éticos e outros aspectos de caracterização da pesquisa.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO E CENÁRIO DE PRÁTICA

Este projeto apresenta sua caracterização baseada em métodos mistos, apresentando utilização tanto de dados quantitativos como de dados qualitativos (WHIPPLE *et al.*, 2019). Os dados quantitativos identificam aspectos como informações descritivas da pesquisa. Já as técnicas qualitativas foram utilizadas para a coleta das informações a respeito de percepções dos participantes relacionadas à PNPS. Em outras palavras, as coletas e análise dos dados foram combinadas entre técnicas qualitativas e quantitativas no mesmo desenho de pesquisa (JOHNSON; ONWUEGBUZIE, 2004). Acredita-se que a triangulação de dados coletados a partir de diferentes estratégias com abordagens distintas possa garantir que os resultados encontrados não sejam relacionados exclusivamente à natureza dos dados ou à natureza do método escolhido (PARANHOS *et al.*, 2016).

Pesquisas de método misto tem ganhado destaque no âmbito da saúde pública. A utilização dessa estratégia é fortemente defendida por teóricos e pesquisadores, uma vez que a integração de diferentes tipos de dados pode resultar em uma compreensão que investiga problemas complexos que compõem a pesquisa em saúde pública (TARIQ; WOODMAN, 2013). Dessa forma, além das questões metodológicas, a abordagem de métodos mistos oferece oportunidades para envolver significativamente as iniquidades existentes e que não podem ser desconsideradas na sociedade atual (GREENE, 2008).

O estudo foi realizado na Rede de Atenção Primária à Saúde de Florianópolis-SC, durante o segundo semestre de 2022. Atualmente o município possui quatro Distritos Sanitários de Saúde que se distribuem conforme a região, sendo eles norte, sul, centro e continente, abrangendo 49 Centros de Saúde (CS), o que representa alta capilaridade e cobertura da APS pelas equipes de Saúde da Família (PINTO; CAPELETTI, 2019; GEINFO, 2022). Florianópolis possui aproximadamente 516.524 habitantes, e apresenta Índice de Desenvolvimento Humano de 0.847, maior que a média nacional de 0.755 (GEINFO, 2022; IBGE, 2022).

Este cenário foi escolhido de forma intencional por se tratar do espaço de prática de pós-graduandos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que ocorre por meio da parceria entre Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Escola de Saúde Pública (ESP) da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

#### 4.2 AMOSTRAGEM E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A amostragem ocorreu de forma não probabilística por conveniência. Foram convidados a compor a amostra deste estudo, nove profissionais de Educação Física atuantes na APS de Florianópolis durante o período de realização das entrevistas. Os critérios de inclusão foram: 1- estar desenvolvendo suas atividades profissionais no município de Florianópolis; 2- ser responsável por alguma ação em grupo de Práticas Corporais e Atividade Física na APS do município e; 3- ser profissional efetivo contratado pela Prefeitura Municipal de Florianópolis.

#### 4.3 PARTICIPANTES

Os participantes foram os profissionais de Educação Física atuantes na APS de Florianópolis que se enquadraram nos critérios de inclusão do estudo e aceitaram participar do mesmo. Foi solicitado ao participante que sinalizasse melhor local, dia e horário para realização da entrevista; ou seja, todas as entrevistas foram agendadas previamente e aconteceram em janelas de oportunidade sugeridas pelos próprios profissionais.

Os participantes poderiam desistir a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum ao mesmo. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (APÊNDICE I). Com relação ao registro de voz dos participantes da intervenção, a autorização para o uso foi solicitada de forma incorporada ao TCLE. Ainda, as verdadeiras identidades dos nove participantes foram resguardadas, sendo substituídas pelos termos referentes aos nove princípios da Promoção da Saúde.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta se deu por meio de entrevista face-a-face, estruturada de forma individual e em um único encontro, com duração aproximada de 40 a 60 minutos cada participante, em ambiente calmo e resguardado para gravação e posterior transcrição. Todos os participantes assinaram termo de cessão de voz e tiveram informações sócio demográficas coletadas, como sexo (masculino e feminino), a formação acadêmica (graduação; especialização; mestrado; doutorado), o tempo de atuação no serviço (em meses) e o

vínculo com a secretaria municipal de saúde (efetivo; temporário/comissionado; residente).

A entrevista foi dividida em dois momentos. Em um primeiro momento, o participante era solicitado a selecionar uma ação de caráter coletivo e que promove PCAF, da qual ele fosse o responsável na APS e a partir disso, houve a aplicação do questionário desenvolvido por Loch et al. (2021) para avaliação dos princípios da Promoção da Saúde (ANEXO 1). Esse instrumento consiste na avaliação de uma ação de saúde quanto à aproximação com cada um dos nove princípios da Promoção da Saúde e propõe para isso, uma auto avaliação do PEF através de escala *Likert* de quatro níveis (discordo pouco, concordo, concordo muito), para análise da descrição de cada princípio apresentado (LOCH et. al., 2021).

No segundo momento foi realizada entrevista semi-estruturada, pedindo aos respondentes que apontassem em cada item os motivos para o conceito atribuído (número/escala de 1 a 4) e pensassem estratégias viáveis para melhoria dos itens com avaliação mais baixa. Ao fim desta etapa, a coleta era encerrada.

#### 4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Apresenta-se entre as principais variáveis, os níveis de concordância dos PEF em relação a aproximação dos princípios de Promoção da Saúde e as ações de PCAF. Esta foi avaliada de forma politômica (quatro níveis – categórica ordinal), que indicou a aproximação da prática com cada princípio. Já as variáveis “motivos” e “estratégias” para as aproximações com princípios da Promoção da Saúde, foram avaliadas por meio de análise de conteúdo.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados, as variáveis quantitativas foram exportadas e organizadas em planilha eletrônica do Microsoft Excel® com o intuito de gerar informações para análise e discussão. Houve dupla checagem dos resultados para verificar possíveis erros de digitação e padronização de escalas de respostas. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva com frequências absolutas e relativas para a variável qualitativa ordinal (escala de 1 a 4) mensurada por meio do questionário.

Para análise das entrevistas, foram realizadas transcrições na íntegra em documentos Microsoft Word® para as análises de conteúdo, conforme as 3 etapas (BARDIN, 1977).

1ª etapa - Organização: Os materiais foram reunidos em uma pasta virtual contendo os arquivos de áudio e o arquivo de texto da transcrição respectiva a cada entrevista. Foi realizada a leitura flutuante do material por um dos pesquisadores corrigindo possíveis erros de transcrição e grifando destaques importantes de cada entrevista.

2ª etapa - Exploração do material: Definimos a Unidade de Registro como: Tema - Operacionalização das ações de PCAF, e a Unidade de Contexto como: Aproximação com princípios da Promoção da Saúde (Motivos e Estratégias). As regras de enumeração utilizadas foram: Frequência ponderada por direção (impressão positiva e/ou negativa a respeito da unidade de registro) e as aparições tinham peso 1 a cada vez que se repetiam nas falas de diferentes profissionais; se o tema se repetisse várias vezes, porém na fala de um mesmo profissional, este não recebia pontuações adicionais. Esta regra buscava levar em consideração os temas de interesse que fossem representativos de todo o grupo de profissionais.

Para análise quantitativa seguiu-se a Codificação: Utilizou-se de uma planilha para verificação da frequência com que as unidades de registro (temas) se repetiam entre o grupo de PEF e suas direções (impressões positivas e/ou negativas). Para análise qualitativa, realizou-se a Categorização: Estabeleceu-se ponto de corte que considerava a latência da unidade de registro para aquelas com impressões positivas em mais da metade das entrevistas com os profissionais (mínimo de 5), excluindo 8 unidades de registro citadas. Além disso houveram duas junções de duas categorias relacionadas a um assunto semelhante (4 unidades de registro se tornaram 2). Após essas alterações, as 14 unidades de registro latentes foram agrupadas em categorias de acordo à critérios semânticos (temáticos), sendo as categorias denominadas como: “1. Aspectos biopsicossociais relacionados às ações de PCAF na APS”; “2. Necessidades em Promoção da Saúde e AF no território”; “3. Prática profissional do PEF em relação à PNPS”; “4. Estratégias para operacionalização das ações de AF na APS”.

3ª etapa - O tratamento dos dados, a inferência e a interpretação: Ao final da categorização, deu-se início ao processo de inferência e interpretação, utilizando-se das unidades de registro e respectivas categorias para organização do texto e discussão, revisão das falas dos profissionais entrevistados e busca na literatura científica sobre o assunto abordado.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA E AÇÕES

Participaram deste estudo nove profissionais (77,8% mulheres) de Educação Física efetivos atuantes na APS de Florianópolis no ano de 2022, especificamente nos Centros de Saúde, onde todos se autorreferiram como brancos (100%), e a maioria vive com companheiro(a) (77,8%).

A caracterização dos participantes da pesquisa com relação ao gênero e à raça/cor é semelhante à forma como outros grupos de profissionais de saúde são apresentados no Sul do Brasil, maioria mulheres cisgênero e brancas. Um estudo que verificou características de cursos da área da saúde ao longo de 16 anos, verificou que a grande maioria das pessoas que ingressam e concluem cursos da área da saúde são mulheres (HADDAD *et al.*, 2010). Na linha de frente, as questões de gênero moldam as experiências das mulheres, considerando que são maioria no setor e que desempenham, historicamente, o trabalho do cuidado, fortalecendo o fenômeno conhecido como “a feminização da saúde” (HIRATA, 2020; ONU MULHERES, 2020).

Em relação as características de escolaridade e processos relacionados à formação dos profissionais participantes, a maioria possui trajetória acadêmica em instituições público e privada (77,8%), concluíram a graduação em Educação Física há mais de 10 anos (100%), possuem pós-graduação *latu sensu* (55,3%), apresentam alguma formação em Saúde Pública/Saúde da Família (66,7%) e atuam no SUS há mais de uma década (100%). Informações mais detalhadas sobre as características dos participantes podem ser acompanhadas na Tabela 1.

Em relação as características contextuais e processuais relacionadas à práxis do profissional de Educação Física na APS, a maioria dos profissionais atua entre quatro e seis Centros de Saúde (66,7%) e apoia entre 15 e 20 eSF. No que tange à carga horária de trabalho, a maioria dos profissionais cumpre 30h por semana. Foi possível ainda verificar que 55,6% dos participantes realiza algum tipo de planejamento em relação à operacionalização de suas atividades no território. Além disso, 77,8% dos participantes consideram que existam atividades combinadas com a prática de atividade física como educação em saúde ou programações que envolvam outras áreas profissionais da saúde. Mais informações sobre características contextuais e processuais dos profissionais de Educação Física efetivos que atuam na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis podem ser verificadas na Tabela 2.

**Tabela 1.** Características dos profissionais de Educação Física efetivos que atuam na Atenção Primária à Saúde. Florianópolis, 2022 (n=9).

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	7	77,8
	Masculino	2	22,2
<b>Faixa etária</b>	31 a 40 anos	5	55,6
	41 a 50 anos	4	44,4
<b>Cor da Pele</b>	Branca	9	100
<b>Relacionamento</b>	Com companheiro	7	77,8
	Sem companheiro	2	22,2
<b>Trajectoria Acadêmica</b>	Instituição pública	2	22,2
	Instituição privada	0	0
	Pública e privada	7	77,8
<b>Tempo de conclusão da graduação</b>	> 10 anos	9	100
	< 10 anos	0	0
<b>Escolaridade</b>	Especialização	5	55,6
	Mestrado	3	33,3
	Doutorado	1	11,1
<b>Formação em Saúde Pública, Saúde da Família e afins</b>	Não	3	33,3
	Sim	6	66,7
<b>Tempo de atuação no Sistema Único de Saúde</b>	> 10 anos	9	100
	< 10 anos	0	0

Os resultados apresentam aspectos diretamente relacionados à rotina de trabalho dos profissionais, que podem influenciar positiva ou negativamente na autossatisfação do mesmo bem como no próprio processo de trabalho. Uma investigação realizada na Índia evidenciou menor nível de satisfação no trabalho entre os profissionais em unidades de cuidados primários (KUMAR *et al.*, 2014). Os fatores ligados ao trabalho, como: relações interpessoais; ambiente de trabalho; organização do trabalho em saúde; plano de desenvolvimento de carreira e questões de recursos humanos, influenciaram a satisfação e o desempenho do profissional no sistema da APS (TRINDADE; ELVIRA; PIRES, 2013; ZHANG *et al.*, 2013). Evangelista e colaboradores (2011) apontaram que aspectos do trabalho em profissionais da APS influencia a execução das tarefas e o atendimento e

acolhimento aos usuários. Com isso, o processo de trabalho pode ficar fragilizado ou fortalecido e assumir-se como prática assistemática já instituída, o que não se relaciona apenas com motivação de mudança de comportamento do profissional, mas também estabelece uma ideologia de desenvolvimento das suas atividades laborais que pode ser positiva ou negativa.

**Tabela 2.** Características contextuais e processuais dos profissionais de Educação Física efetivos que atuam na Atenção Primária à Saúde. Florianópolis, 2022 (n=9) .

<b>Variáveis</b>	<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Quantitativos de Centros de Saúde em que atua</b>	1 a 3	2	22,2
	4 a 6	6	66,7
	7 ou mais	1	11,1
<b>Equipes da Estratégia Saúde da Família que apoia</b>	10 a 14 equipes	5	55,6
	15 a 19 equipes	2	22,2
	20 equipes ou mais	2	22,2
<b>Carga horária de trabalho</b>	30 horas/sem	7	77,8
	40 horas/sem	2	22,2
<b>Planejamento periódicos das atividades</b>	Não	4	44,4
	Sim	5	55,6
<b>Previsão de ações combinadas</b>	Não	2	22,2
	Sim	7	77,8

A Tabela 3 apresenta a proporção de estratégias utilizadas pelos profissionais de Educação Física efetivos que atuam na APS de Florianópolis, no que diz respeito à prática de atividade física acompanhada pelo profissional. É possível destacar que a maioria dos profissionais não utiliza algum instrumento para avaliação dos usuários (88,9%) e que a maioria das experiências apresentam alguma atuação multiprofissional (88,9%).

Além disso, 55,6% dos profissionais participantes sinalizaram que planejam e obedecem a um cronograma de execução em relação às práticas que acompanha. A maioria dos profissionais não realiza uma previsão orçamentária das práticas que conduzem (88,9%), por outro lado, grande parte dos profissionais realiza projeção da quantidade de participantes na ação de atividade física (77,8%).

Ainda em relação as estratégias, com foco no público-alvo etário da ação selecionada por cada profissional, apresenta-se uma pluralidade no direcionamento da ação, resultando em 44,4% das ações de atividade física direcionada para todas as faixas

etárias e a mesma proporção de 44,4% de ações direcionadas a adultos/idosos. Além disso, em todas as práticas há pelo menos um usuário que apresenta três condições crônicas ou mais (100%). Por fim, a maioria dos profissionais realiza controle de assiduidade dos usuários participantes (77,8) e monitora as desistências dos mesmos (55,6). Como último aspecto que caracteriza as estratégias para condução das ações de atividade física, os participantes foram questionados se conseguiam perceber a aplicação da PNPS no contexto das ações de atividade física, apresentando uma maioria (55,6%) de participantes que consegue perceber esses elementos em seu cotidiano de trabalho, direcionado à prática selecionada.

Em relação às estratégias apresentadas, estudos demonstram que o uso de estratégias sistemáticas e específicas possuem maior sucesso nas ações relacionadas à promoção da saúde, a exemplo do modelo “cinco As” (5As) que engloba aspectos como planejamento, operacionalização e avaliação da ação (AINSWORTH; YOUMANS, 2002; SMITH et al., 2088; VERWEY *et al.*, 2016). Esses aspectos destacam a importância de pensar em estratégias de operacionalização das ações de promoção da saúde a partir da perspectiva de profissionais de saúde com formações diversas. Nesse quesito, APS brasileira tem potencial para explorar modelos estratégicos de operacionalização de ações, pois conta com equipes multiprofissionais que ampliam os cuidados em saúde, no entanto, mudanças recentes na política de financiamento da APS podem fragilizar essa estrutura (SALES *et al.*, 2020).

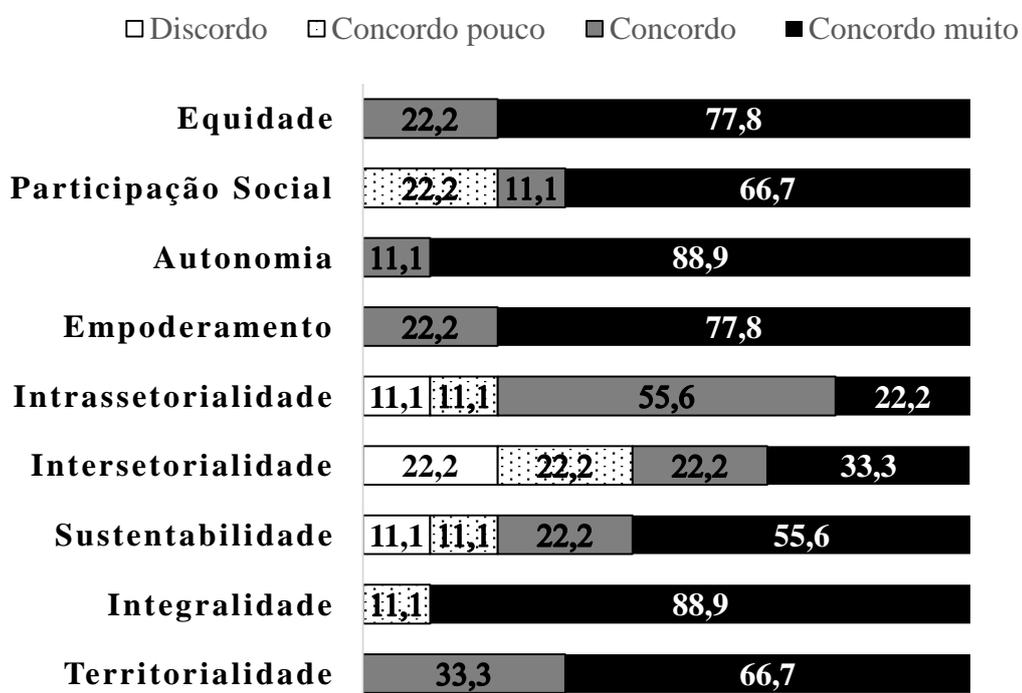
**Tabela 3.** Prevalência das estratégias utilizadas pelos profissionais de educação física efetivos que atuam na APS. Florianópolis, 2022 (n=9).

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Utilização de algum instrumento de avaliação</b>		
Não	8	88,9
Sim	1	11,1
<b>Apresenta atuação multiprofissional</b>		
Não	1	11,1
Sim	8	88,8
<b>Previsão orçamentária</b>		
Não	8	88,9
Sim	1	11,1
<b>Projeção para a quantidade de participantes</b>		
Não	2	22,2
Sim	7	77,8
<b>Público-alvo etário o qual o grupo é direcionado</b>		
Todas as faixas etárias	4	44,4
Adultos/Idosos	4	44,4
Idosos	1	11,1
<b>Atendimento a pessoas com condições crônicas</b>		
Nenhuma condição	0	0
Até duas	0	0
Três ou mais	9	100
<b>Controle de assiduidade dos participantes</b>		
Não	2	22,2
Sim	7	77,8
<b>Monitoramento das desistências dos participantes</b>		
Não	4	44,4
Sim	5	55,6
<b>Aplicação da PNPS nos processos de trabalho</b>		
Não	4	44,4
Sim	5	55,6

## 5.2 APROXIMAÇÕES COM OS PRINCÍPIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Quanto ao instrumento de avaliação dos Princípios da Promoção da Saúde, Autonomia e Integralidade aparecem como os princípios com os maiores níveis de aproximação entre os PEF (ambos com “concordo muito” em 88,9%) no que diz respeito a aproximação com estes princípios no desenvolvimento de ações de PCAF. Já a Intersetorialidade (22,2% “discordo”) é o princípio com maior nível de discordância. Todas as informações referentes à essa etapa da coleta estão sintetizadas na Figura 1.

**Figura 1.** Percentuais de concordância com os Princípios da Promoção da Saúde de acordo ao instrumento de coleta (valores expressos em porcentagem %).



Sendo este estudo o primeiro a utilizar da ferramenta proposta por Loch e colaboradores (2021), os achados da figura acima se tornam as primeiras impressões acerca de princípios da Promoção da Saúde que mais se aproximam das ações do PEF, assim como daqueles com menor aproximação. Nesse sentido, no próximo tópico do estudo buscamos refletir melhor sobre os motivos para essas aproximações e distanciamentos, certificando ainda mais os resultados acima ou refutando-os. Também buscamos explorar estratégias possíveis para o cenário da APS.

## 5.3 MOTIVOS E ESTRATÉGIAS

### 5.3.1 Aspectos biopsicossociais relacionados às ações de AF na APS;

Foi possível observar nos relatos profissionais a relação entre a prática do PEF e princípios da PS em diferentes contextos. Em alguns casos, revelaram-se visões que associavam as ações profissionais no momento de contato com os usuários com os motivos para se alcançar determinados princípios como equidade, autonomia e integralidade. Ajustes de intensidade, orientações sobre respeitar os limites do corpo, princípios do treinamento físico como a especificidade e a individualidade biológica estiveram presentes na maioria dos relatos:

*“[...] Então eu adapto, todos os exercícios são adaptados. Na verdade, eu até nem falo tão especificamente com cada um, porque a maioria dos pacientes eu conheço, então eu já sei quem tem dor no ombro, quem não. Então eu já falo: ‘Ó hoje o primeiro exercício é o agachamento. Quem não pode agachar, quem tá com dor no joelho, quem tem dor no joelho não vai agachar, vai fazer isso’. Então todos os exercícios eu faço isso. Entendeu?”* (Participante Intrasetorialidade)

Entendemos que ajustes biomecânicos e fisiológicos podem não ser suficientes para a aproximação com princípios de equidade, autonomia e/ou integralidade. A menção a esses motivos está de acordo à história e origens da Educação Física, que continua refletindo em diversos aspectos da atuação e formação dos PEF, em função da hegemonia da perspectiva biológica existente na área (BARBONI; CARVALHO; SOUZA, 2021; CAMPOS; DOMITTI, 2007). Entretanto, dentre os vários relatos, também estiveram presentes associações da prática profissional com visões mais ampliadas da saúde.

Pesquisadores da área tem argumentado que não se ignore todos os incontestáveis benefícios biológicos à saúde das PCAF, mas que para além disto, essas práticas não se transformem em vivências realizadas “de forma acrítica, caracterizada por movimentos mecânicos e estereotipados, sem produzir qualquer sentido para as pessoas” (MACIEL *et al.*, 2018, p. 1240). Dentre as potências das PCAF na perspectiva de uma compreensão mais ampla e aglutinadora, que não busca separar ou hierarquizar seus benefícios socioculturais e biológicos, está o entendimento de que as PCAF também podem estar relacionadas ao prazer, fruição, satisfação, alegria, entre outros sentimentos positivos de valorização da vida (CARVALHO; GUERRA; LOCH, 2020).

Essas potentes perspectivas das PCAF estiveram presentes nos relatos de quase todos profissionais entrevistados, justificando suas aproximações com diferentes princípios da PS, com destaque para Integralidade e Autonomia:

*“Então eu tenho um trabalho de organizar e tudo mais, mas é muito gratificante de ver a felicidade que eles têm. Até um outro passeio que a gente fez, que a gente foi pra Urussanga, que é um município aqui no sul do estado de colonização italiana, a gente foi visitar uma vinícola e tinha música. Então o pessoal dançando e se divertindo e a Agente Comunitária que foi a esse passeio veio me falar: ‘Poxa, aqui o pessoal não sente dor, não... não, está sempre está rindo, está feliz.’ Então é um momento deles também de esquecer um pouquinho isso, né? Eles não reclamam, eles estão bem felizes. Então é promoção de saúde que a gente está fazendo. Quando eu organizo um passeio, é para promover saúde, e claro, se for pensar e ler friamente as atribuições do profissional de Educação Física, é promover saúde, e na minha opinião, uma viagem é promoção de saúde, porque, dentro daquela lógica do professor Markus Vinícius Nahas, do pentáculo do bem-estar, a saúde também é a questão das relações. Então, quando a gente está num passeio, a gente brinca, a gente se diverte e as pessoas vão se conhecendo, e isso traz também mais saúde e se sentem mais acolhidos.” (Participante Participação Social)*

Os “passeios” estiveram entre as estratégias citadas por vários profissionais e serão discutidas em um tópico específico na sequência do texto. Além dos passeios, os relatos que associavam as PCAF a uma vida plena, digna e prazerosa também muitas vezes denunciavam as desigualdades sociais no acesso à essas práticas:

*“[...] já estou na prefeitura há um bom tempo, eu já tive academia, já trabalhei desde a terceira fase, já fui fazer estágio. Então assim, é uma, uma... São várias pessoas falando: ‘Profissional Territorialidade, mas eu não, eu não quero ficar forte, eu quero viver bem, eu quero ser feliz’, sabe? Então a gente começa a mudar um pouquinho o pensamento com o passar do tempo.” (Participante Territorialidade)*

*“Teve um, agora com a pandemia faz pouco que a gente retornou, mas teve um ano que a gente foi ao cinema, tinha idoso que nunca tinha ido a um cinema no shopping, né? Então é um, são coisas assim.” (Participante Empoderamento)*

*“Então, por que o foco da atividade é a gente tirar um pouquinho daquela ne... da ideia de dia a dia de trabalhar, cuidar da casa e voltar. Então a gente amplia as possibilidades de modos de vida ne. Então quando as pessoas são tocadas, são sensibilizadas para tal, elas vão trabalhando um pouquinho a sua autonomia de decidir, ‘olha isso é muito legal pra mim, eu quero continuar com essa questão pra mim’ ou não: ‘não, isso não é bom’[...]” (Participante Sustentabilidade)*

As falas reforçavam a noção das PCAF como direito e que, portanto, não necessitam estar exclusivamente relacionadas à prevenção de doenças, a emagrecimento e estética e nem para fins de melhoras de desempenho e capacidades físicas, mostrando assim, um potencial de ampliação dos objetivos das práticas no que diz respeito à contribuição para a equidade de acessos à momentos de vida e lazer prazerosos, associados à interação e cooperação, às comunidades e culturas, ao riso e à descontração, ao jogo e à dança, a arte e a música. O que não significa excluir os demais benefícios à saúde tradicionalmente enfatizados e pelo contrário, colocam no PEF a oportunidade de explorar diferentes PCAF e não padronizar assim, uma única forma de “se manter ativo

fisicamente” e ter saúde, geralmente acessível apenas à pequena parcela da população por meio do mercado *Fitness* (KNUTH; ANTUNES, 2021).

### 5.3.2 Necessidades em Promoção da Saúde e AF no território

Além dos desafios existentes no contexto da EF, pesquisadores vem problematizando a educação em saúde e as intervenções em saúde, ressaltando a influência de acontecimentos históricos e políticos na forma como os profissionais da saúde em geral, modificaram suas formas de trabalho ao longo dos anos. (MENEZES; PEREIRA, 2010).

Com as concepções tecnicistas da saúde, por exemplo, o profissional de saúde atua como detentor do conhecimento, que impõe o seu saber ao usuário (FEIO; OLIVEIRA, 2015). A educação popular em saúde é a principal alternativa crítica para o contexto do SUS, a qual propõe uma relação mais horizontal entre os envolvidos, partindo das necessidades do território e interesses da comunidade. Esses conceitos apareceram de diversas formas nas falas dos PEF:

*“Porque eles (participantes dos grupos de PCAF) são os detentores daquele saber ali também, né? Não são meros participantes assim. Eu acredito muito nisso, então sempre tô estimulando essa prática, né?”* (Participante Integralidade)

*“Atividades conjuntas, é tudo construído, né? A gente faz rodas de conversa e a própria atividade física fortalece também, né? [...] As rodas de conversa é conforme os assuntos que eles vão propondo como ponto de partida. [...] Eu não faço articulação no papel de planejamento, né? É claro, à medida que a gente vai traçando, eu vou escrevendo, mas eu não faço assim: “No próximo dia eu vou falar de tal coisa”. Não. À medida que vai surgindo, à medida que vão acendendo luzinhas, digamos assim, de que eu consigo pescar a ideia de algum paciente, de forma que, que ela possa ser valorizada e generalizada no grupo, aí eu foco naquela ideia, eu procuro que haja um debate em cima daquilo ali e que a gente faça uma construção.”* (Participante Empoderamento)

Na lógica da Promoção da Saúde, entende-se a territorialidade partindo do pressuposto de que território é diferente de espaço; “permeado pelas relações de poder, que fundam o território, portanto dependem da ação de sujeitos, mas sujeitos de carne e osso, vida e sentimento, com rotinas, cotidianos e um determinado lugar social” (STÜRMER; PINÓS; COSTA, 2017). Assim, em diversos momentos, os relatos da maioria dos profissionais reconheciam também a influência mútua que pode ocorrer entre território e as ações de PCAF:

*“[...] É uma comunidade que, pensando no território, não tem, não tem um bom deslocamento, a questão do trânsito é bem complicado na região. Enfim, elas não têm área de lazer, não têm um mínimo de área de lazer, tanto que o conselho comunitário acaba sendo um local para, para isso, elas têm o conselho comunitário*

*como uma referência, mesmo porque realmente não, não tem uma praça, não tem um espaço adequado para as pessoas. Então eu acho que nesse sentido, acaba que essas questões de saúde mental elas acabam se sobressaindo, né? Se a gente for fazer uma comparação com o bairro do lado em que já tem praia, já tem ciclovia ou ciclofaixa, que seja, já tem mais esse contato com a natureza, com as trilhas, enfim, né?” (Participante Intersetorialidade)*

No contexto do SUS, a promoção do encontro entre as pessoas são oportunidades para o desenvolvimento de princípios como a territorialidade, participação social, sustentabilidade entre outros, e as ações de PCAF devem na medida do possível, fazer jus também à essas características. Esses momentos de vida em comunidade, foram motivos citados em muitas oportunidades para a maior aproximação com a Promoção da Saúde.

*“Então a presença de espaços de educação em saúde para que o conhecimento seja uma arma ali, para que eles possam tomar as decisões mais corretas na vida deles. Então a gente sempre possibilita espaços de educação em saúde dentro do grupo. Eu acho que esse é um ponto bem importante, a hora que eu conheço, a hora que eu entendo, o porquê das coisas eu tenho uma facilidade maior de colocar em prática, mesmo quando eu não estou junto de um profissional atuando, né?” (Participante Integralidade)*

Naturalmente, para que o trabalho com as ações de PCAF sejam mais efetivos no contexto do SUS, as ações e o tempo destinado ao planejamento se tornam ainda mais importantes. No planejamento de ações de PCAF seria essencial que os objetivos, metodologias utilizadas e participantes estivessem definidos e claros para os PEF, mas não é esse cenário apontado em uma recente revisão (MANTA *et al.*, 2020).

*“Eu acho que a gente teria que intensificar mesmo essas ações de, enfim, de não só focar na parte da atividade física, que é o que acaba sendo o carro chefe do grupo e talvez trabalhar umas outras questões mais ampliadas e que a gente pudesse realmente perceber uma evolução em todos os sentidos e não só a questão específica sobre atividade física. Então acho que precisaria sim de um planejamento nosso, um planejamento melhor de tempo, de ações diferenciadas [...]” (Participante Intersetorialidade)*

Algumas barreiras e limitações também foram conteúdos latentes nos relatos profissionais, dentre os motivos para não se alcançar maior proximidade com Princípios da Promoção da Saúde. Com os PEF em sua maioria trabalhando em pelo menos quatro Centros de Saúde e todos eles sendo referência para 10 ou mais equipes ESF, a alta demanda de trabalho por exemplo, também afeta as relações com a população e a capacidade de trabalhos em sinergia com as equipes multiprofissionais e da ESF:

*“A gente planejou ne, eu e a psicóloga, a gente sentou, conversou e planejou isso, de trazer a fisioterapia pra esse espaço também ne, mas ai enfim, as circunstâncias de desistência da preceptora ali, acabou que não deu. Mas a gente tenta assim, eu tento, já tive uma médica muito tempo participando comigo aqui do grupo, já tive uma agente comunitária também, mas infelizmente assim, a demanda vai tomando*

*conta ne, na unidade, a gente vai ficando com dificuldade de trazer os profissionais né.” (Participante Equidade)*

No próximo tópico, discutiremos outros aspectos da prática do PEF nesse contexto de alta demanda da APS.

### 5.3.3 Prática profissional do PEF em relação à PNPS

*“E eu vejo que grande parte dos profissionais também tem essa visão, compartilha dessa visão de que o centro de saúde é um lugar para resolver problemas e trabalhar a saúde imediata. E essa preocupação de promoção, prevenção é colocada nem em segundo plano, mas em quinto plano digamos assim. Eu vejo que é um plano de concepção da gestão dos profissionais.” (Participante Autonomia)*

A fala do PEF acima reflete obstáculos estruturais no que diz respeito a atenção a saúde na lógica das equipes de referência e apoio matricial, as quais são metodologias de trabalho próprias da APS brasileira, pensadas dentre vários objetivos, para diminuir a fragmentação imposta nos processos de trabalho, para se trabalhar numa perspectiva interdisciplinar e para aderir a um paradigma mais complexo e dinâmico do processo saúde-doença (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O “encaminhamento” apareceu de forma frequente nos relatos dos profissionais e mesmo a participação em reuniões (essencial para o apoio matricial) também tem sido dificultada:

*“Em relação ao Centro de Saúde aqui, é reunião de planejamento, essa é a única reunião que eu consigo participar, que é a reunião geral da unidade, que acontece duas vezes no mês.” (Participante Intrasetorialidade)*

Assim, reforçamos a noção de que “a implantação do SUS é parcial” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 404), e mesmo após 15 anos da publicação da PNPS, ainda temos diversas ações políticas que trazem retrocessos na defesa da saúde enquanto um direito universal (ARAÚJO VIEIRA; CARVALHO, 2021). A saúde dos trabalhadores também deve ser levada em consideração neste contexto, uma vez que sem espaços coletivos que permitem entendimento do contexto histórico-político e tendo de lidar com o excesso de demanda e carência de recursos, dedicar-se e colaborar com o SUS pode tornar-se uma experiência frustrante e desmotivadora.

A maioria dos PEF demonstrou em algum momento da entrevista, não haver entendido os significados atribuídos a algum Princípio da Promoção da Saúde. Intersetorialidade e Intrasetorialidade estiveram entre aqueles com maior dificuldade de entendimento, e esses também foram princípios com menores níveis de concordância com as afirmações, como abordado nas sessões anteriores (Figura 1).

É importante que PEF reconheçam as particularidades dos seus campos de atuação e modifiquem suas práticas de modo a adequar-se a cada um desses espaços da melhor maneira possível. Para isso, acreditamos que as reformulações nos currículos se fazem urgentes, a fim de minimizar a hegemonia de disciplinas relacionadas ao Treinamento e conteúdos ligados às áreas biológicas, contemplando de maneira mais equânime as áreas da Saúde e Lazer, e contribuindo para diminuição da distância entre a formação e a área de Saúde Coletiva (BARBONI; CARVALHO; SOUZA, 2021; LOCH; RECH; FERREIRA, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2022).

#### 5.3.4 Estratégias para operacionalização das ações de AF na APS

Apesar das dificuldades citadas nos capítulos anteriores, há de se ressaltar que, muitas das vezes, essas apesar de serem percebidas pelos PEF, não se configuravam como um fator completamente impeditivo para as suas atividades. Pelo contrário, foi possível perceber a insistência e criatividade desses profissionais em utilizar de práticas transformadoras para a APS enquanto estratégias para não aceitar as imposições produtivistas e estruturais no campo da saúde, e também por acreditar nos princípios que fundamentam essas práticas.

Por exemplo, embora houvessem dificuldades percebidas, a articulação multiprofissional não deixou de existir também enquanto estratégia utilizada para a aproximação com diversos princípios da PS:

*“E eu não sei se eu comentei contigo, mas no nosso grupo, ele é interdisciplinar, então sempre tem um agente comunitário, um assistente de saúde bucal, sempre assim, via de regra tá? Profissional de educação física e nutricionista, um dia da semana é um, no outro dia é a outra, é a residente, né? E aí tem os convidados, né? Que conforme o assunto, a gente, ou a gente desenvolve ou traz alguém diferente assim, que pode ser tanto daqui da unidade como pode ser alguém externo também.”* (Participante Empoderamento)

*“E eu fico pensando que ele é um grupo multi assim, né? É multiprofissional. Então, em diversos momentos a gente teve ação de outros profissionais atuando também no nosso grupo. Então, desde nutricionistas, enfermeiros, médicos e até a própria coordenação já esteve em alguns momentos com a gente [...]. A gente tem essa presença multiprofissional que eu acredito que, que contempla a intrassetorialidade.”* (Participante Integralidade)

Com a transição demográfica e aumento da prevalência de doenças crônicas, o trabalho em equipe e multiprofissional contribui para a organização das redes de atenção à saúde e para o acompanhamento longitudinal de anos e décadas requerido nessas situações, melhorando os resultados para a população e a satisfação dos profissionais no

trabalho (PEDUZZI *et al.*, 2020). Outras estratégias citadas pelos PEF foram as divulgações (de atividades comunitárias e de outras categorias profissionais), e a articulação intersetorial, que trazia outros tipos de demanda de trabalho, mas parecem gerar também efeitos surpreendentes:

*“[...] Então aí aciona a Guarda Municipal e a gente faz um trabalho nesse sentido, né? A questão das bicicletas, formação das ciclofaixas, ciclovias, diferenciar e entender. Outra de intersetorialidade, com a educação a gente faz uma aproximação, às vezes com as escolas. Então a gente vai, procura uma aproximação junto com crianças para juntar as diferentes faixas etárias. Depois eles dizem que foram reconhecidos no supermercado, um exemplo, e se sentem fortalecidos. Eu acho.”* (Participante Empoderamento)

*“[...] Então, eu tenho pessoas que vieram encaminhadas e lá pelo CRAS, por exemplo. Eu tenho alunos da escola básica aqui do bairro que não tem, ou têm vergonha ou se sentem, não se sentem à vontade de fazer atividade física na escola, mas que aqui no grupo se sentem mais acolhidos. Então, tanto nós da saúde quanto a educação, a assistência social, essa intersetorialidade, a gente consegue trabalhar bastante.”* (Participante Participação Social)

Entendemos que a articulação intersetorial das ações de PCAF é um desafio para os PEF com potencial para se desenvolver de várias formas. Vale novamente a reflexão em torno do conceito de intersetorialidade, que traz consigo explícita evolução do entendimento do que é saúde enquanto direito universal, e de como a PNPS preconiza à sua promoção:

Não há como assegurar o direito à saúde integral sem que outros direitos sejam assegurados também, porque estes são indivisíveis. Assim, é essencial promover territórios e cidades saudáveis, priorizando ambientes alimentares adequados e protetores da saúde, da nutrição e da cultura alimentar; ambientes promotores da atividade física, da mobilidade e da locomoção segura; ambientes livres do tabaco, do álcool e de outras drogas; espaços de lazer e convivência harmoniosa e segura; locais saudáveis para o desempenho de atividades laborais e educativas; espaços de manifestação cultural, artística e de lazer; e preservar e garantir a cultura da paz e a resolução pacífica de conflitos – o que requer atuação integrada e articulada de outras políticas setoriais com o SUS (BRASIL, 2022c).

Outro princípio que merece destaque neste momento, é o de Sustentabilidade. Para maioria dos PEF avaliados, as entrevistas constataram que essas ações de PCAF selecionados vêm acontecendo em média à  $11 \pm 4$  anos ( $n = 6$ ). Essa capacidade de manutenção das práticas com continuação independente às mudanças governamentais e de profissionais, está relacionada à práticas exitosas no contexto do SUS (BRASIL, 2021d):

*“Nossa esse grupo aqui, eu comecei a trabalhar na Prefeitura em 2011, eu fiquei dois anos trabalhando no leste, quem trabalhava aqui era a Profissional Integralidade. Aí depois que a Profissional Integralidade saiu eu consegui minha*

*transferência para o norte né. Então, acho que foi 2013, ainda acontecia lá no centro de saúde, a gente não tinha o auditório aí...”* (Participante Equidade)

Tivemos exemplos também da relação entre ações de PCAF e os Conselhos Locais de Saúde, a principal ferramenta de garantia de participação social no SUS. Esta aproximação também parece contribuir para a sustentabilidade:

*“Não é um grupo aqui que foi criado ontem, então já está na cultura local, reunião do Conselho Local de Saúde, eles sempre perguntam como está o grupo e se estão precisando de alguma coisa. Então a conversa, ela vai longe. Ela não tá só aqui, né? E agora com a criação do grupo de dança que saiu por exigência deles, de dentro desse grupo, tem que ver o espaço que ele toma na reunião do Conselho local de saúde, né? [...]”* (Participante Empoderamento)

*“A lona que você tá vendo, tem uma lona ali na onde a gente faz, tem um toldo gigante ali, a gente que conseguiu. A gente não, uns pacientes que conseguiram. Eu falei pra eles assim olha, a gente não... a gente perdeu o auditório que tinha, o auditório foi reformado aqui, daí em dia de chuva a gente não podia fazer e com sol muito forte, era bem quente a gente fazia do mesmo jeito, mas era muito quente, né? Ai daí eles falaram: ‘ah era bom se tivesse uma lona’. Falei: ‘pessoal, vamos correr atrás disso...’ Daí eu coloquei pra eles assim, depois, deles correrem atrás, eles foram na Secretaria de Saúde, conseguiram.”* (Participante Territorialidade)

De maneira geral, todos os PEF entrevistados apresentaram estratégias resolutivas (e criativas) para a operacionalização de ações de PCAF, mesmo com a percepção de barreiras e dificuldades impostas à APS do SUS. A Tabela 4. traz exemplos de valiosas aplicações práticas na operacionalização das ações desses profissionais, que logicamente não são orientações a serem seguidas, mas podem servir de inspiração para ampliação das possibilidades de trabalho e superação de barreiras.

**Tabela 4.** Aplicações práticas de estratégias operacionais de ações de PCAF no SUS.

<p style="text-align: center;"><b><i>Lian Gong (PICs)</i></b></p> <p><i>“Isso, é, e aí assim inicialmente quando eu mudei a prática, teve bastante resistência assim porque o grupo estava muito acostumado a aquela prática de pezinho, caneleira, colchonete né. Só que eu ficava com muitos pacientes sem poder fazer, pelas limitações que tinham né, e também uma coisa que me incomodava muito, quando a gente utiliza o material a gente tem um número limitado de pacientes no grupo. Então isso era uma coisa que me incomodava, tinha lista de espera, enfim.[...] E essa prática que eu trabalho hoje é uma prática que consigo acolher um maior número de pessoas por ser uma prática que contempla essa parte emocional e física né.[...] É e eu consigo carregar o meu som no meu pen drive numa bolsa e dá aula em qualquer lugar então assim, as vezes acontece de ter algum evento grande no espaço e ele me avisar: ‘hoje não dá para dar aula lá porque tá sujo, não dá tempo de limpar’. Eu consigo ir para um campo, uma praça, uma praia né e não... sem ter muita dificuldade de dar continuidade no trabalho.” (Participante Equidade)</i></p>
<p style="text-align: center;"><b><i>Passeios e Camisetas</i></b></p> <p><i>“E lá a gente tinha muito essa questão de trazer pessoas pro grupo, criando uma identidade para elas. A primeira é a camiseta. Eles dão muito valor a isso. O sentido é um sentimento de pertencimento. Tanto que eu fiz nos grupos onde eu trabalho, eu elaborei uma camisa, fiz, desenvolvi uma arte, e essa camisa identifica os grupos e cada centro de saúde escolheu uma cor. [...] A outra é o sentimento de pertencimento quando a gente organiza passeios, eu tenho essa também, isso é da minha formação, de oportunizar esses passeios com os grupos. Então a gente faz passeios pra fora de Florianópolis. Eu me preocupo em ir lá, alugar o ônibus e organizar esses passeios.” (Participante Participação Social)</i></p>
<p style="text-align: center;"><b><i>Formação de vínculos</i></b></p> <p><i>“Eu vejo que alguns participantes a única interação deles ou uma das poucas interações que ele tem fora de casa é ali no grupo. Eu vejo amizades sendo feitas entre os participantes e eu vejo que uma grande parte deles ali é até um lazer, coisa que eles não teriam. É um lazer que eles têm. Então eu vejo que o grupo funciona bem para esse objetivo.” (Participante Autonomia)</i></p> <p><i>“Primeiro, como grupo, ele é voltado um pouco mais para o idoso, eles gostam bastante dessa parte social, da sociabilização que acontece nos grupos, né? Então, tanto que tem vários que vem que falou assim, ao invés de dizer: ‘ai, eu venho aqui por causa do grupo.’ Não, vem aqui pra conversar, pra encontrar os amigos. ‘Ah, tem vizinho que eu só vejo no grupo, então eu vou’, vou no grupo, começa a conversar bastante. Então isso acontece bastante.” (Participante Intra-setorialidade)</i></p>
<p style="text-align: center;"><b><i>Relação com outras categorias profissionais</i></b></p> <p><i>“Eu acredito que a discussão constante do que que é o grupo junto das equipes de Saúde da Família, qual é o grupo? Objetivo? De que maneira cada profissional pode estar atuando no grupo? Esse espaço de discussão é importante para que esse planejamento e essa ação aconteça.” (Participante Integralidade)</i></p>

*“Com relação ao profissional daí é assim, o profissional pode optar entre trabalhar, entre participar como profissional ou como paciente. Se trabalhar sem ajudar no apoio aos pacientes, aí ele paga hora em outro horário. Então, se ele ficar 01h00 aqui durante o horário de serviço, depois ele vai sair 01h00 mais tarde para pagar aquela hora. Mas se ele participar enquanto profissional, ele vai estar usufruindo e trocando e vai estar dando um apoio também, com relação a pegar frequência, fazer registros, fazer a ata, o que for necessário dar um apoio, conversar com os pacientes que às vezes o paciente precisa de um apoio, que é uma conversa, enfim. Então tem duas formas de, de participação.” (Participante Empoderamento)*

#### ***Diferentes estruturas dos grupos de PCAF***

*“A gente se encontra, faz a tal da roda de conversa e o que a gente falou até agora (15 minutos). Aí a gente faz um aquecimento articular de 15 minutos e antes de sair a gente já vê a frequência cardíaca inicial.[...] Depois cada um faz a sua atividade individualizada, tem gente que corre, corre, caminha, pedala e, cada um tem que conhecer o seu objetivo e os passos básicos para atividade física, para ir se auto monitorando. Então tenho um objetivo que às vezes é traçado no meu nível de consultório, às vezes é ali enquanto a gente caminha, a gente vai traçando a meta e vai conversando sobre, né? Depende do objetivo de cada um. E aí a gente marca 15 minutos no final para o alongamento. Só que ninguém é obrigado a participar de tudo, só ver conforme seu objetivo.” (Participante Empoderamento)*

*“Então o grupo, ele acontece de forma bimestral, são atividades bastante diferentes entre si, mas que a gente trabalha vários determinantes para a promoção da saúde. [...]Então a gente tem isso muito forte de empoderamento e também de apropriação dos espaços públicos, então visita locais talvez que sejam muito distantes daquelas pessoas, por exemplo atividades culturais ne, teatro, cinema, são coisas que são bastante distante, principalmente populações de comunidades que não tem isso, que não, dentro da sua história ne, não foi oportunizado ne, então a gente coloca nesses espaços. [...] não é simplesmente uma visitação, a gente traz essa participação deles e a gente já planeja junto as próximas atividades. Então, tem essa parte da participação social pelo planejamento, mas também por causa dessa apropriação dos espaços também tem.” (Participante Sustentabilidade)*

*“O grupo acontece às segundas e quartas. São três grupos, então um grupo às 08h15, um às 9 e 15, um as 10 e 15.” (Participante Intersetorialidade)*

*“Eu gosto muito de grupo de caminhada. Eu não gosto de coisas em locais fechados e que dependam só de mim. Então assim, se eu tivesse um grupo, sei lá. Não que eu acho ruim esses grupos. Não é que eu acho ruim, mas eu gosto do grupo de caminhada porque é uma coisa que eles podem fazer sozinhos. Eu não gosto de coisas que dependam de mim, né? Que nem fazer um grupo só no centro de saúde. Se tivesse auditório só no auditório e daí de repente eu saio, não tem mais, eles não podem entrar aqui e fazer, né? Então eu acho que é importante ter local, fazer em locais, ter grupos em locais que as pessoas possam dar segmento. Então por isso que eu gosto muito do grupo de caminhada, porque é uma coisa que eles podem fazer, e outra coisa que eu gosto e que dá tempo, a gente sai pra caminhar e cada dia eu saio com alguma pessoa diferente, né? Não sai sempre pra caminhar com a mesma pessoa, claro. Mas daí é um tempo que a gente tem ali, 40 minutos pra a gente ficar conversando sobre alguma coisa, né?” (Participante Territorialidade)*

### ***Protagonismo dos participantes***

*“Então, em várias atividades a gente estimula que eles tragam ações, eles trazem atividades para que o que, os saberes deles sejam valorizados. E assim a gente estimula isso, a gente valoriza e estimula, né?”* (Participante Integralidade)

*“Aí eu converso com eles assim, eu sempre, algumas vezes eu peço pra cada um fazer um exercício ou explicar, explicar: “pessoal, no começo vamos fazer o aquecimento”; o que é importante? qual são os tipos de movimento? Então, pra eles lembrarem quando eles estiverem sozinhos, para lembrar o que que pode ser feito, que não pode ser feito, os cuidados tem que ter o que que é, o que é tranquilo. Então eu sempre fico, volta e meia eu fico falando disso.”* (Participante Territorialidade)

*“Como a gente está falando de um grupo específico, de um grupo de atividade física, de ter... de eles acharem que eles só podem realizar atividade ou determinados movimentos, enfim, só com a presença do profissional. Então, nesse sentido, a gente tenta conversar um pouquinho com eles da importância, nesse caso específico, de se manter ativo, né?”* (Participante Intersetorialidade)

A seguir, as estratégias das quais trataremos trazem reflexões que colocam sob tensão algumas crenças e concepções inerentes à Educação Física, as quais não temos a pretensão de esgotar o debate com este trabalho. Entre as estratégias utilizadas, algumas diziam respeito ao estímulo às PCAF fora dos momentos das ações (não supervisionado) e aconselhamento, o que dialoga com a noção de que a temática da AF na saúde não é de responsabilidade apenas do PEF e que mais ainda, pessoas podem e devem praticar AF independentemente do PEF.

*“Para essa prática eu vejo assim que autonomia e empoderamento tem um impacto total na integra... na sustentabilidade, porque a partir do momento que eles são autônomos e têm esse empoderamento, eles conseguem perceber que eles são atores principais daquela prática. Quando uma pessoa ali a coordenação não está presente, outras pessoas conseguem manter aquela prática. Então eu já me afastei de diversas maneiras. Licença maternidade, pandemia e o grupo nunca acabou, nunca parou. Outras pessoas assumem. Às vezes alguns profissionais de outros, dentro da saúde. Outros profissionais da equipe multiprofissional assumiram, as vezes da equipe básica de saúde, assumiu. Em outros momentos, os próprios participantes assumiram. Então, quando eles sentem que aquele grupo, que eles não fazem só parte, eles são, eles são responsáveis também pela organização do grupo, a tendência é que eles também se sintam preparados para manter esse grupo quando é necessário.”* (Participante Integralidade)

Como abordado no primeiro tópico, existe uma predominância dos saberes biológicos nas áreas da saúde em geral, e a Educação Física ainda conta com a influência do esporte de alto rendimento, do treinamento e do *Physical Fitness* na constituição de

suas teorias pedagógicas (BRACHT, 1999). É possível que essas influências estejam interferindo também até nos dias de hoje no trabalho do PEF na APS?

*“A estrutura que eu digo é um grupo de atividade física mesmo, relacionado a toda a estruturação de uma sessão de exercícios com ênfase em parte inicial, parte principal, volta à calma. Enfim, essa estrutura de grupo ela fica, acaba ficando dependente do profissional, né? Não tem como. Se fosse uma outra atividade, talvez uma caminhada ou uma atividade de prática corporal em que estivesse mais... menos relacionado a esses princípios do exercício físico e do treinamento esportivo, acho que daí seria mais, mais tranquilo. Mas da forma com que ela se desenvolve hoje, ela depende do profissional.”* (Participante Intersetorialidade)

Nas ações de PCAF, trabalhamos predominantemente com prescrição de exercícios para treinamento ou com atividades físicas de lazer? É claro que essas ações poderiam coexistir de acordo também aos seus respectivos objetivos sem maiores problemas. Mas ao que nos parece, diferentes concepções e abordagens profissionais podem facilitar (ou impedir) a percepção de barreiras para o trabalho na APS. Em várias entrevistas, podemos perceber a forma como vários princípios da Promoção da Saúde começam a se retroalimentar, culminando em visões alternativas do trabalho do PEF na APS:

*“E, é tanto que eu saí de férias e eles continuaram vindo direitinho e vem, eles mandam fotos, tem o grupo daí depois tem as fotos lá, eles mandam pra eu faltando ou não faltando. Eles vêm e eles recebem as pessoas também, que vem da primeira vez, né? Às vezes eu não estou por algum motivo, mas se a pessoa vem eles acolhem, explicam como funciona o grupo e eu acho bem legal assim. Acho que a autonomia deles eu falo que é assim. Pelo menos o meu trabalho, eu acho que não é a gente querer que eles venham e se fixe a mim e tem que fazer o que eu faço e tem que ser essa quantidade de séries, tem que ser isso. Eu acho que não. Acho que eles têm que incorporar a atividade física na vida deles, para a vida, não é aqui no grupo em si, que, de repente, não tem mais o profissional de Educação Física, de repente.”* (Participante Territorialidade)

*“É sim, eu penso que sempre que um grupo ele consegue perceber que enquanto grupo eles conseguem se organizar melhor e enquanto grupo é para além de mim. Eu vejo muito isso, quando as próprias pessoas se organizam, fazem coordenações de grupo, quando eles se formam com força enquanto grupo, é muito mais fácil que eles consigam perceber essa identidade deles e ir atrás desses espaços assim. Então é uma coisa que eu estímulo, que eles se organizem enquanto grupo, mesmo quando eu não estou presente. E eu acho que é isso, vai dando força. Então eles vão, acabam participando, da horta comunitária, do Conselho Local de Saúde e eles vão vendo que tem voz nesses espaços, principalmente quando eles estão em grupo. Então diminui um pouquinho as inseguranças pessoais e eles conseguem se comunicar melhor nesses espaços de voz, né?”* (Participante Integralidade)

Com o aumento da desigualdade social e o acesso à prescrição de exercícios por PEF cada vez mais restrito (KNUTH; ANTUNES, 2021); com a crescente de evidências

científicas apontando a segurança de se praticar AF e os inúmeros malefícios do comportamento sedentário (BRASIL, 2021b; RIEBE *et al.*, 2015; WHO, 2020); com teorias modernas da motivação e aderência às PCAF ressaltando necessidades psicológicas básicas como autonomia, competência e vínculo (SANDRI; DELEVATTI; MATIAS, 2022); somados a urgência das PCAF estarem comprometidas com as diretrizes do SUS, acreditamos em ações dos PEF que, atuando na saúde, se aproximem (logicamente) mais de princípios da promoção da saúde do que princípios do treinamento. Essa noção pode modificar nossas práticas profissionais e inclusive as nossas avaliações:

*“[...] E tem gente que eu sei que questiona sobre ‘ah, mas eles estão conversando’, não estão fazendo, tipo, não estão fazendo e não estão atingindo a frequência, e não sei o que. E eu vim, eu vim da reabilitação cardíaca. Então, eu vim de um local que a gente verificava a pressão sempre, antes e depois, que a gente verificava a frequência, que a gente via zona alvo, que a gente pegava testes ergométricos, calculava zona alvo sem perguntar no meio do exercício, eles usavam frequencímetro, então eu vim, eu vim meio fechadinha, né? Daí quando eu cheguei aqui, eu vi que não é bem isso assim, não é só estimular que a pessoa atinja o normal. A gente tem que estimular outras coisas e a conversa dos participantes às vezes fazem as pessoas mais felizes do que atingirem a zona alvo, por exemplo.”* (Participante Territorialidade)

Deve ser levado em consideração que, além da sustentabilidade dos grupos de PCAF avaliados com média em torno de 11 anos, as falas citadas neste trabalho são todas de profissionais com um acúmulo de trabalho na APS de mais de 10 anos, sendo eles os pioneiros nessa função da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Por fim, a utilização de avaliações definidas por eles como “subjetivas” esteve também presente em vários relatos:

*“Então, quando eu organizo esses passeios é porque eu fico realmente imaginando o benefício para estas pessoas. Muitas pessoas, e aí eu vou dar um exemplo aqui do outro Centro de Saúde, são pessoas humildes que são aposentados e trabalharam a vida toda como faxineira, por exemplo, e nunca tiveram a oportunidade de fazer uma viagem. Então elas vêm e falam comigo: ‘Poxa, esse passeio foi muito bom. Eu não saía de casa, só vivia pros filhos, pra casa, pro trabalho. E esse passeio me trouxe um sentimento de liberdade. Eu fiquei muito feliz.’ Então, essa, é essa questão qualitativa que a gente conversou, que não, isso não, não se mensura isso. Mas a pessoa, os olhos, os olhos delas dizem o quão importante o passeio foi, foi para ela.”* (Participante Participação Social)

*“Acredito que muito no sentido bem de a gente está se comunicando com cada participante, de como se sente, sempre avaliando, mesmo que de maneira subjetiva, como que ele se sente, como que está a saúde naquele momento. Ele sempre tem essa liberdade de nos trazer as questões de saúde.”* (Participante Integralidade)

Não é nossa intenção esgotar essas discussões e apresentar um formato ideal para os grupos de PCAF; pelo contrário, reconhecemos também limitações discutidas ao longo

dos tópicos e por último, com relação à necessidade de melhora na forma como são planejadas as atividades para a APS, assim como seus processos de avaliação, monitoramento e reavaliação, uma vez que 88,9% (n = 8) dos entrevistados declarou não utilizar de instrumentos validados para avaliações e 44,4% (n = 4) não realizam um planejamento para as ações, conforme a Tabela 3 apresentada nos tópicos anteriores.

Somemos esforços para pensar e agir em direção às ações profissionais que fortaleçam cada vez mais o SUS, com a consciência dos vários obstáculos (estruturais, epistemológicos, éticos etc) e da luta histórica por garantia da saúde (e lazer) como direitos constitucionais:

*“Eu acho que isso é uma coisa que a gente constrói, né? Aos pouquinhos, não é? Não é uma coisa que você vai falar, ou uma, eu não sei uma dica, eu acho que é uma coisa que tem que ir construindo aos poucos [...]”* (Participante Territorialidade)

## 6 CONCLUSÃO

Foi possível caracterizar os voluntários da pesquisa e suas PCAF, destacando que todos os PEF entrevistados trabalham na APS a mais de 10 anos e foram pioneiros no município de Florianópolis-SC, com ações que perduram por todo esse período. Esses profissionais indicaram uma maior aproximação das ações de PCAF com os princípios da Integralidade e Autonomia enquanto que o princípio de Intersetorialidade foi aquele com menor aproximação.

Diversos motivos e estratégias para as aproximações com Princípios da Promoção da Saúde foram discutidos em nossa análise, com destaque para as reflexões em torno das PCAF enquanto oportunidades para vivenciar sentimentos e emoções positivas e contribuir para uma vida plena e prazerosa, fortemente associado com os princípios de Integralidade e Autonomia destacados. Já quanto aos princípios com menor aproximação, os motivos referidos para esses distanciamentos estavam relacionados à hegemonia da perspectiva biológica na área da saúde, alta demanda de trabalho, dificuldades de entendimento sobre os significados dos Princípios da Promoção da Saúde e avaliações/planejamento.

Novos estudos são necessários para explorar os Princípios da Promoção da Saúde em ações de PEF em diferentes contextos, como o de Residentes Multiprofissionais em Saúde, além da possibilidade de que outras categorias profissionais também avaliem suas ações, com vistas ao fortalecimento do SUS.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AINSWORTH, B. E.; YOUMANS, C. P. Tools for physical activity counseling in medical practice. *Obesity research*, v. 10 Suppl 1, p. 69S-78S, 2002.

ARAÚJO VIEIRA, L.; CARVALHO, F. F. B. DE. As práticas corporais e atividades físicas nos 15 anos da política nacional de promoção da saúde: a defesa da equidade em um contexto de austeridade. *Pensar a Prática*, v. 24, 2021.

BARBONI, V. G. DE A. V.; CARVALHO, Y. M. DE; SOUZA, V. H. DE. A formação em saúde coletiva nos currículos de Educação Física: um retrato atual. *Movimento (Porto Alegre)*, v. 27, p. 16, 2021.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 1977.

BRACHT, V. A constituição das teorias pedagógicas da educação física. *Cadernos Cedes*, v. 19, p. 69–88, 1999.

BRASIL. Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais : gestão da atividade física no Ministério da Saúde do Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, p. 4, 2022a.

BRASIL. Guia de Atividade Física Para a População Brasileira: recomendações para gestores e profissionais de saúde. *Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde*. – Brasília, v. 4, p. 18, 2021a.

BRASIL. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. *Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde*. – Brasília :, p. 54, 2021b.

BRASIL. Manual de Credenciamento ao Incentivo Financeiro Federal de Custeio para Ações de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde: Versão Preliminar. *Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde*. – Brasília, p. 41, 2022b.

BRASIL. Promoção da Saúde: aproximações ao tema: caderno 1 [recurso eletrônico]. *Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis - Brasília*, p. 60, 2021c.

BRASIL. Recomendações para a Operacionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde. *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde.*, p. 49, 2022c.

BRASIL. Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. *Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde*. - Brasília, n. 34, 2021d.

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

CANDIDO, L. DE O.; ROSSIT, R. A. S.; OLIVEIRA, R. C. DE. Inserção Profissional Dos Egressos De Um Curso De Educação Física Com Ênfase Na Formação Em Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 1, p. 305–318, 2017.

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

CZERESNIA, D. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

EVANGELISTA, A. I. B. *et al.* Health worker in primary health care: the nurse's perspective. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 12, p. 1011–1020, 2011. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=108117681&lang=es&site=ehost-live&scope=site>>.

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: Communication, Health, Education*, v. 17, n. 47, p. 885–899, 2013.

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde Conceptual convergences and divergences in health education. *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 703–715, 2015.

GOMES, G. A. DE O. *et al.* Características de programas de atividade física na atenção básica de saúde do Brasil. *Cadernos de Saude Publica*, v. 30, n. 10, p. 2155–2168, 2014.

GREENE, J. C. Is mixed methods social inquiry a distinctive methodology? *Journal of Mixed Methods Research*, v. 2, n. 1, p. 7–22, 2008.

HADDAD, A. E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 3, p. 383–393, 2010.

HIRATA, H. Comparando relações de cuidado: Brasil, Franca, Japao. *Estudos Avancados*, v. 34, n. 98, p. 25–40, 2020.

JOHNSON, R. B.; ONWUEGBUZIE, A. J. Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, v. 33, n. 7, p. 14–26, 2004.

KNUTH, A. G.; ANTUNES, P. DE C. Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. *Saude e Sociedade*, v. 30, n. 2, p. 1–11, 2021.

KUMAR, P. *et al.* A comparative study of job satisfaction among regular and staff on contract in the primary health care system in Delhi, India. *Journal of Family and Community Medicine*, v. 21, n. 2, p. 112, 2014.

LOCH, M. R. *et al.* Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar intervenções em relação aos princípios da Promoção da Saúde. *Epidemiologia e serviços*

*de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*, v. 30, n. 3, p. e2020627, 2021.

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

LOCH, M. R.; RECH, C. R.; FERREIRA, F. A urgência da Saúde Coletiva na formação em Educação Física : lições com o COVID-19 The urgency of Public Health in Physical Education training : lessons from COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3511–3516, 2020.

MACIEL, M. G. *et al.* The humanization of physical activity in a governmental program: A necessary look. *Interface: Communication, Health, Education*, v. 22, n. 67, p. 1235–1245, 2018.

MALTA, D. C. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 21, n. 6, p. 1683–1694, 2016.

MANTA, S. W. *et al.* Planejamento em saúde sobre práticas corporais e atividade física no Programa Academia da Saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 25, p. 9–14, 2020.

MENEGHIM, M. D. C.; PEREIRA, A. C. Educação em saúde : uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 2539–2550, 2010.

OLIVEIRA, V. H. DE *et al.* Desafios do profissional de educação física nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica : uma revisão sistemática da literatura brasileira. *Cad Saúde Colet*, 2022; *Ahead of Print*, p. 71–77, 2022.

ONU MULHERES. Gênero e COVID-19 na América Latina e no Caribe. *ONU Mulheres Brasil*, v. 37, n. março, p. 1–3, 2020. Disponível em: <[www.onumulheres.org.br%0AONU](http://www.onumulheres.org.br%0AONU)>.

PARANHOS, R. *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. *Sociologias*, v. 18, n. 42, p. 384–411, 2016.

PASQUIM, H. M. A saúde coletiva nos cursos de graduação em Educação Física. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 1, p. 193–200, 2010.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, p. 1–20, 2020.

RIEBE, D. *et al.* Updating ACSM’s recommendations for exercise preparticipation health screening. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, v. 47, n. 11, p. 2473–2479, 2015.

SALES, W. B. *et al.* A importância da equipe NASF/AB - encontros e multidisciplinariedade: uma revisão narrativa/crítica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 48, p. e3256, 2020.

SANDRI, A.; DELEVATTI, R. S.; MATIAS, T. S. Techniques to promote motivation for physical activity in the context of primary healthcare. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 27, p. 1–7, 2022.

SAPORETTI, G. M.; MIRANDA, P. S. C.; BELISÁRIO, S. A. O Profissional De Educação Física E a Promoção Da Saúde Em Núcleos De Apoio À Saúde Da Família. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, n. 2, p. 523–543, 2016.

SMITH, B. J. et al. Encouraging physical activity: five steps for GPs. *Australian Family Physician*, v. 37, n. 1–2, 2008

STÜRMER, A. B.; PINÓS, B.; COSTA, D. Território : aproximações a um conceito-chave da geografia. *Geografia, Ensino & Pesquisa*, v. 21, p. 50–60, 2017.

TARIQ, S.; WOODMAN, J. Using mixed methods in health research. *JRSM Short Reports*, v. 4, n. 6, p. 204253331347919, 2013.

TRINDADE, L. D. L.; ELVIRA, D.; PIRES, P. DE. Implicações Dos Modelos Assistenciais Da Atenção Básica. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 36–42, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf)>.

VERWEY, R. D. S. et al. Upgrading physical activity counselling in primary care in the Netherlands. *Health Promotion International*, v. 31, n. 2, p. 344–354, 2016.

WHIPPLE, M. O. et al. A mixed methods study of perceived barriers to physical activity, geriatric syndromes, and physical activity levels among older adults with peripheral artery disease and diabetes. *Journal of Vascular Nursing*, v. 37, n. 2, p. 91–105, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jvn.2019.02.001>>.

WHO. *WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Geneva: World Health Organization, 2020.

ZHANG, A. et al. Job satisfaction in mainland China: Comparing critical care nurses and general ward nurses. *Journal of Advanced Nursing*, v. 69, n. 8, p. 1725–1736, 2013.

## 8 APÊNDICES

### APENDICE 1:

**Figura 1.** Instrumento para avaliação de intervenções em saúde quanto a sua aproximação com os princípios da Promoção da Saúde.

**INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES EM SAÚDE QUANTO À APROXIMAÇÃO COM OS PRINCÍPIOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

O OBJETIVO DESTES INSTRUMENTO É AUXILIAR OS TRABALHADORES A AVALIAREM AS INTERVENÇÕES QUE TEM COMO FOCO A PROMOÇÃO DA SAÚDE, FACILITANDO A IDENTIFICAÇÃO DE POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DESTAS INTERVENÇÕES, QUE DEVEM BUSCAR A MAIOR APROXIMAÇÃO POSSÍVEL COM OS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (PNPS).

O INSTRUMENTO PODE SER RESPONDIDO INDIVIDUALMENTE OU POR UM GRUPO DE TRABALHADORES QUE ATUAM NA INTERVENÇÃO, NESTE CASO, SUGERE-SE QUE DISCUTAM CADA ITEM E BUSQUEM CHEGAR À CONSENSOS OU REALIZEM ALGUMA MEDIDA A PARTIR DA MÉDIA DAS AVALIAÇÕES INDIVIDUAIS.

PARA RESPONDER AO INSTRUMENTO DEVE-SE CONSIDERAR OS SEGUINTE CONCEITOS OPERACIONAIS:

**PROMOÇÃO DA SAÚDE** – É UM CONJUNTO DE ESTRATÉGIAS E FORMAS DE PRODUIR SAÚDE, NO ÂMBITO INDIVIDUAL E COLETIVO, QUE SE CARACTERIZA PELA ARTICULAÇÃO E COOPERAÇÃO INTRASECTORIAL E INTERSECTORIAL E PELA FORMAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, BUSCANDO SE ARTICULAR COM AS DEMAIS REDES DE PROTEÇÃO SOCIAL, COM AMPLA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL (BRASIL 2015)

**INTERVENÇÃO** – QUALQUER ATIVIDADE SISTEMATIZADA, REALIZADA POR UM OU MAIS TRABALHADORES, QUE OBJETIVEM MUDANÇAS POSITIVAS EM SAÚDE EM INDIVÍDUOS E/OU GRUPOS. EXEMPLOS: UM GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, GRUPO DE PRÁTICAS CORPORATIVIDADE FÍSICA, ATENDIMENTO COMPARTILHADO, VISITA DOMICILIAR, ETC.

<b>LOCAL DA INTERVENÇÃO</b>	
<b>INTERVENÇÃO</b>	

AGORA AVALIE(M) A INTERVENÇÃO ESCOLHIDA, MARCANDO UM "X" NO NÚMERO QUE MELHOR REPRESENTA O QUANTO VOCÊ(S) ESTÁ(O) DE ACORDO COM AS AFIRMAÇÕES DOS ITENS ABAIXO, CONSIDERANDO A SEGUINTE ESCALA:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
DISCORDO	CONCORDO POUCO	CONCORDO	CONCORDO MUITO

Nº	PRINCÍPIO	ITEM	1	2	3	4
1	EQUIDADE	A INTERVENÇÃO ATENDE DE FORMA DIFERENCIADA INDIVÍDUOS OU GRUPOS QUE MAIS PRECISAM DA MESMA				
2	PARTICIPAÇÃO SOCIAL	A INTERVENÇÃO ESTIMULA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL DOS INDIVÍDUOS E GRUPOS				
3	AUTONOMIA	A INTERVENÇÃO ESTIMULA O DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES PESSOAIS DE SEUS PARTICIPANTES, BUSCANDO QUE ESTES SEJAM MAIS AUTÔNOMOS, CONSCIENTES E CRÍTICOS NO SEU DIA-A-DIA EM RELAÇÃO AOS MODOS/ESTILOS DE VIDA				
4	EMPODERAMENTO	A INTERVENÇÃO ESTIMULA NOS PARTICIPANTES O CONTROLE DAS DECISÕES E DAS ESCOLHAS DE MODOS/ESTILOS DE VIDA DIANTE DAS OPORTUNIDADES CONSIDERANDO ÀS SUAS CONDIÇÕES SOCIAIS, ECONÔMICAS E CULTURAIS				
5	INTRASECTORIALIDADE	A INTERVENÇÃO ESTIMULA A ARTICULAÇÃO ENTRE ATORES DE UM MESMO SETOR, BUSCANDO A CONSTRUÇÃO E ARTICULAÇÃO DE REDES COOPERATIVAS E RESOLUTIVAS				
6	INTERSECTORIALIDADE	A INTERVENÇÃO ESTIMULA A ARTICULAÇÃO ENTRE DIFERENTES SETORES, BUSCANDO A CONSTRUÇÃO INTERVENÇÕES COMPARTILHADAS, ENVOLVENDO CORRESPONSABILIDADE E COGESTÃO				
7	SUSTENTABILIDADE	A INTERVENÇÃO OFERECE CONDIÇÕES PARA QUE TENHA CONTINUIDADE ENQUANTO FOR PRIORITÁRIA PARA O TERRITÓRIO				
8	INTEGRALIDADE	A INTERVENÇÃO CONSIDERA A COMPLEXIDADE, POTENCIALIDADE E SINGULARIDADES DE SEUS PARTICIPANTES				
9	TERRITORIALIDADE	A INTERVENÇÃO CONSIDERA AS ESPECIFICIDADES DO TERRITÓRIO ONDE ESTÁ INSERIDA				

ADICIONALMENTE, SUGERE-SE QUE OS RESPONDENTES APONTEM EM CADA ITEM OS MOTIVOS PARA O CONCEITO ATRIBUÍDO (NÚMERO/ESCALA 1 A 4) E PENSEM ESTRATÉGIAS VIÁVEIS PARA MELHORIA DOS ITENS COM AVALIAÇÃO MAIS BAIXA.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título:** APROXIMAÇÕES DAS AÇÕES DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM RELAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.

**Pesquisador responsável:** Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech (CDS/ UFSC)

Prezado(a) profissional, você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, que se trata do Trabalho de Conclusão de Residência de Victor Felipe de Assis, sob orientação de Cassiano Ricardo Rech e coorientação de Francisco Timbó de Paiva Neto, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Catarina. O **objetivo** desta pesquisa é avaliar ações de profissionais de Educação Física na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis - SC quanto aos princípios da Promoção da Saúde. Este projeto está pautado na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e os pesquisadores comprometem-se em cumprir todos os seus itens.

**Justificativa:** Para além do aumento dos níveis de atividade física da população e das Práticas Corporais e Atividades Físicas como fator exclusivamente de prevenção à doenças crônicas, as ações dos Profissionais de Educação Física inseridos no SUS poderiam ser otimizadas quanto mais essas estiverem de acordo aos seus princípios e consequentemente também aos princípios da Promoção da Saúde.

**Os procedimentos:** Ao concordar em participar do estudo, você será submetido(a) ao seguinte procedimento: entrevista para aplicação do instrumento de avaliação de intervenções em saúde quanto aos princípios da Promoção da Saúde e mediante sua autorização, gravação do áudio de resposta a uma única questão aberta. A coleta se dará por meio de entrevista face-a-face, estruturada de forma individual e em um único encontro, com duração aproximada de 20 a 30 minutos cada participante, em ambiente calmo e resguardado sinalizado pelo próprio convidado de acordo ao que lhe for mais conveniente. Ressaltamos que a gravação da resposta e sua posterior transcrição pelos pesquisadores **não é obrigatória** e você terá total autonomia para participar ou não da pesquisa, da forma como preferir, sem que isto lhe cause qualquer tipo de dano e/ou prejuízo.

**Riscos e desconfortos:** Esclarecemos que os procedimentos não oferecem riscos e danos físicos, no entanto, mesmo com os cuidados por parte dos pesquisadores, existe possibilidade de danos de ordem psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Os possíveis riscos em participar da pesquisa são: 1) se sentir constrangido por parte de alguma pergunta realizada no questionário; 2) quebra de sigilo (eventualmente de maneira involuntária e não intencional) e 3) cansaço ou o aborrecimento ao responder as perguntas ou os questionamentos pertinentes ao tema da pesquisa. Os voluntários que optarem pela participação na pesquisa aceitando também o uso de gravação de voz tem naturalmente um risco aumentado de quebra de sigilo. Para minimizar os riscos e desconfortos, você poderá interromper os procedimentos a qualquer momento, retornar quando desejar ou desistir. Os pesquisadores estarão presentes junto aos voluntários durante todas as etapas da coleta e os participantes podem entrar em contato sempre que desejarem (antes, durante e após a coleta de dados). Será garantido também a liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

**Benefícios:** Os benefícios em participar da pesquisa serão observados de maneira indireta e serão percebidos através do conhecimento de princípios da Promoção da Saúde

com maior ou menor aproximação em suas intervenções profissionais e a possibilidade de a partir disso, traçar estratégias específicas para tornar suas intervenções cada vez mais próximas a esses princípios, além da contribuição para o desenvolvimento de conhecimento científico a respeito desta temática.

**A confidencialidade:** A sua identidade será completamente preservada, mas a quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, pode ocorrer. Os resultados gerais da pesquisa (não relacionados aos participantes, sem identificações nominais) serão divulgados apenas em eventos e publicações científicas. Será garantido ao participante a confidencialidade dos dados por meio de codificação numérica dos nomes dos voluntários, e não haverá armazenamento de informações que possam identificar o respondente. Ademais, conforme a Resolução 466/2012, para assegurar a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa que aceitarem pela gravação de voz, firmamos o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir os seguintes direitos:

- a) Acesso à transcrição completa da própria gravação de voz para todos participantes;
- b) Uso exclusivo dos dados coletados para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
- c) Identificação não revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
- d) Qualquer outra forma de utilização das informações somente será possível mediante autorização dos participantes;
- e) As informações coletadas serão armazenadas em locais apropriados pelo período de cinco anos (de acordo com o item XI.2.f da resolução 466/12 e art. 28o., inc. IV da resolução 510/16), sob a responsabilidade do pesquisador coordenador da pesquisa, Cassiano Ricardo Rech. Após esse período, estes arquivos coletados serão destruídos;
- f) O participante possui autonomia para interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar uma cópia da gravação e da transcrição de sua entrevista.
- g) Não haverá utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

É garantido o direito de se retirar do estudo quando melhor lhe convier, sem nenhum tipo de prejuízo e toda e qualquer informação/dúvida será esclarecida a qualquer momento do estudo.

**Garantia de ressarcimento e indenização:** Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como não receberá nenhuma compensação financeira para tal, mas, em caso de gastos comprovadamente decorrentes da pesquisa, garante-se o direito ao ressarcimento. Ademais, diante de eventuais danos materiais ou imateriais provenientes da pesquisa, o(a) senhor(a) terá direito à indenização conforme preconiza a resolução vigente.

Dessa forma, ao assinar o termo, você declara estar ciente de que está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC (Endereço: Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis / SC. Telefone para contato: 3721-6094). O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à UFSC, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Todas as etapas da coleta de dados e o consentimento para a participação nesta

pesquisa ocorrerá apenas de forma presencial. Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi elaborado em duas vias (uma para o pesquisador e outra para o participante), que deverão ser rubricadas e assinadas (de acordo ao item IV.5.d da res. 466/12 e art. 32o. da res. 510/16). É importante que este registro fique salvo com o participante, pois é uma cópia que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. Após aceitar você manifestará adesão como voluntário(a) da respectiva pesquisa supracitada.

Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente.

Assinale abaixo de que forma você prefere participar desta pesquisa:

Participação com uso de gravação de voz.

Participação sem uso de gravação de voz.

---

Assinatura do(a) Participante

---

Local

---

Data

---

Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech (UFSC)  
Tel: (48) 98486-2658  
Endereço: Rua Begonia, 198, Itacorubi,  
Florianópolis, SC.

---

Prof. Me. Francisco Timbó de P. Neto  
(Hospital Israelita Albert Einstein)

---

Victor Felipe de Assis  
(Residente em Saúde da Família - UFSC)