



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MARTA SOARES ARAUJO

**OS SENTIDOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A
INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARTA SOARES ARAUJO

**OS SENTIDOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A
INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA –
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física – UEM/UEL, com o requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Orientadora: Profa. Dra. Larissa Michelle Lara.
Coorientador: Prof. Dr. Antônio Geraldo Magalhães
Gomes Pires.

Londrina
2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

A663s Araujo, Marta Soares.
Os sentidos das representações sociais sobre a intervenção do profissional de educação física na Estratégia Saúde da Família / Marta Soares Araujo – Londrina, 2015.
140 f.: il.

Orientador: Larissa Michelle Lara.
Coorientador: Antonio Geraldo Magalhães Gomes Pires.
Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Educação Física e Esporte, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2015.
Inclui bibliografia.

1. Profissional de educação física – Teses. 2. Representações sociais – Teses. I. Lara, Larissa Michelle. II. Pires, Antonio Geraldo Magalhães Gomes. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Educação Física e Esporte. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. IV. Título.

CDU 796.071.4

MARTA SOARES ARAUJO

**OS SENTIDOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A
INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física – UEM/UEL, com o requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação Física.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Larissa Michelle Lara
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Prof. Dr. Alberto Albuquerque Gomes
Universidade Estadual Paulista – UNESP

Prof. Dr. Mathias Roberto Loch
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 17 de setembro de 2015.

Dedico este trabalho à Profa. Dra.
Jeane Barcelos Soriano (*in
memoriam*).

AGRADECIMENTOS

À família e amigos que deixei em Sampa pela prontidão com que sempre me apoiaram e incentivaram ao longo desta caminhada.

À Profa. Dra. Larissa Michelle Lara pela confiança e pela parceria reiterada inúmeras vezes, mesmo diante das surpresas e adversidades com as quais nos deparamos durante este processo.

Ao sempre mestre, amigo e pai social Antônio Geraldo Magalhães Gomes Pires pela paciência, confiança e ensinamentos forjados cotidianamente.

Aos membros da banca pelas valiosas contribuições ao estudo.

Aos profissionais da saúde pública que gentilmente aceitaram colaborar com esta pesquisa, especialmente aos profissionais de educação física que atuam (ou atuaram) nos NASF de Londrina.

À Morgana, Dirce, Tony e Anísio pela amizade desinteressada e por estarem sempre dispostos a me ajudar.

Ao Rodrigo por me acompanhar a cada projeto. És o parceiro que escolhi para a vida!

A todos meus sinceros agradecimentos!

ARAUJO, Marta Soares. **Os sentidos das representações sociais sobre a intervenção do profissional de educação física na estratégia saúde da família**. 2015. 140 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Centro de Educação Física e Esporte. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

RESUMO

A presente pesquisa objetivou identificar e analisar as representações sociais instituídas no imaginário social dos profissionais de Educação Física (PEF) vinculados aos Núcleos de Apoio a Saúde da Família de Londrina sobre a intervenção profissional que produzem na Estratégia Saúde da Família (ESF). Utilizamos como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais proposta por Serge Moscovici e a Análise de Discurso pautada nos estudos de Eni Orlandi. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. Identificamos como o núcleo central da representação social a própria ESF e os sistemas periféricos desta representação referem-se: a) ao papel do PEF; b) ao perfil do PEF; c) ao trabalho em equipe. Os resultados da pesquisa apontam que o distanciamento existente entre a formação inicial e o exercício profissional da Educação Física neste campo apresenta-se como um obstáculo real à intervenção orientada pelos princípios da Atenção Básica à Saúde. Neste sentido, os PEF atribuem aos cursos de pós-graduação, especialmente à Residência Multiprofissional em Saúde da Família, o papel de prepará-los adequadamente para o trabalho em equipe (matriciamento, consultas compartilhadas, discussão de casos etc.) e com grandes coletivos.

Palavras-chave: Profissional de Educação Física. Representações Sociais. Estratégia Saúde da Família. Intervenção Profissional.

ARAÚJO, Marta Soares. **Sense of social representations about the intervention of professional physical education in the family health strategy.** 2015. 140 p. Dissertation (Master in Physical Education) – Center of Physical Education and Sport. State University of Londrina, Londrina, 2015.

ABSTRACT

This research aimed to identify and analyze the social representations established in the social imaginary of physical education professionals (PEF) linked to the Centers of Support to Health Londrina family of professional intervention that produce in the Family Health Strategy (FHS). We used as theoretical and methodological reference the Theory of Social Representations proposed by Serge Moscovici and Discourse Analysis guided the studies of Eni Orlandi. Data were collected through semi-structured interviews, recorded and later transcribed. Identified as the core of social representation of the intervention of the PEF in the FHS representation that social actors have on their own ESF and peripheral systems of representation refer to: a) the role of PEF; b) the PEF profile; c) teamwork. The survey results indicate that the existing gap between initial training and professional practice of physical education in this field is presented as a real obstacle to intervention adjusted to the principles of primary health care. In this sense, the PEF attribute to post courses Postgraduate, especially the Multidisciplinary Residency in Family Health, the role of preparing them adequately for teamwork (matricial, shared consultations, case discussions etc.) and large collective.

Keywords: Professional Physical Education. Social representations. Health strategy. Professional intervention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Organização dos sentidos dos discursos sobre a inserção do PEF na ESF	62
Figura 2 –	Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento	88

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– Sistema periférico 1: o papel do PEF.....	63
Quadro 2	– Sistema periférico 2: o perfil do PEF.....	71
Quadro 3	– Resumo de respostas: representações gráficas do trabalho em equipe.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise do Discurso
AF	Atividade Física
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PCAF	Práticas Corporais e Atividade Física
PEF	Profissional de Educação Física
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Programa Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RS	Representações Sociais
SC	Saúde Coletiva
SP	Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 NAS TRAMAS DO CENÁRIO	19
1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: DO MODELO HEGEMÔNICO DE ASSISTÊNCIA AO CONCEITO DE SAÚDE COLETIVA	19
1.2 A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA	23
2. PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO	30
2.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	30
2.2 A ANÁLISE DE DISCURSO (AD)	39
2.3 O TRILHAR DO PERCURSO METODOLÓGICO	42
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICES	102
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	103
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	104
APÊNDICE C – TRANSCRIÇÃO ENTREVISTA PEF 9	106
APÊNDICE D – CONSENSOS E CONFLITOS NOS DISCURSOS DOS PEF	133
ANEXOS	134
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	135
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA	136
ANEXO C – REPRESENTAÇÕES GRÁFICAS	137

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde cunhado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946) refere-se ao “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Amplamente difundido e questionado por seu caráter utópico, este conceito aponta para a crescente importância atribuída às políticas públicas nacionais que cuidem da saúde individual e coletiva.

Na esteira da compreensão de que condições objetivas de qualidade de vida e compromisso político são fatores determinantes para a promoção, proteção e/ou recuperação da saúde, a Constituição de 1988¹ a sacramentou como direito de todos e dever do Estado. Sendo assim, prevê que as ações de saúde sejam desenvolvidas seguindo os princípios fundamentais da universalidade (garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão), da equidade (direito ao atendimento adequado às necessidades de cada indivíduo e coletividade) e da integralidade (a pessoa é um todo indivisível inserido numa comunidade). A ideia ampla de saúde presente no texto constitucional revela uma

[...] mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial, centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação (BRASIL, 1990a, p.8).

O novo olhar lançado sobre os serviços e ações de saúde foi o ponto de partida para que fosse estabelecido na Constituição o Sistema Único de Saúde (SUS) e, com ele, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia de reorientação do formato assistencial, operacionalizada pela implantação de equipes multiprofissionais junto às unidades básicas de saúde. As equipes do PSF são compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, podendo contar também com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Atualmente, o PSF é referido nos documentos oficiais do Ministério da Saúde como Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta mudança deve-se ao fato da

¹ Constituição Federal de 1988: Título VIII – Da ordem social; Capítulo II – Seção II, Da saúde – artigo 196.

palavra Programa remeter à ideia de uma campanha, ação pontual, fechada em si mesma ou, até mesmo, uma política de governo com data marcada para terminar. Ao substituir o termo Programa por Estratégia pretendeu-se reafirmar a estratégia como uma política de Estado, consolidando-a como um recurso de caráter permanente para a reorganização, expansão e qualificação da atenção básica (AB) à saúde.

Diante deste cenário, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) elaborou e aprovou a Resolução nº 218/1997 que apresentava como objetivo normatizar o processo de incorporação de diversos profissionais da saúde à ESF, ao mesmo tempo em que os reconhece como profissionais que produzem suas intervenções no campo da saúde,

[...] a 10ª CNS reafirmou [...] o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção. RESOLVE:
I – Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: 1. Assistentes Sociais; 2. Biólogos; 3. **Profissionais de Educação Física**; 4. Enfermeiros; 5. Farmacêuticos; 6. Fisioterapeutas; 7. Fonoaudiólogos; 8. Médicos; 9. Médicos Veterinários; 10. Nutricionistas; 11. Odontólogos; 12. Psicólogos e 13. Terapeutas Ocupacionais (CNS,1997, grifo nosso).

É importante salientarmos que a incorporação da educação física à área da saúde fez-se, em certa medida (pelo menos no que diz respeito ao discurso amplamente difundido pelo Conselho Federal de Educação Física - CONFEF), justificada pela égide do saber científico, ao firmar o consenso segundo o qual a prática regular de atividade física deve ser orientada por um profissional habilitado e estar estreitamente relacionada à prevenção de doenças ou agravos e a promoção e/ou reabilitação da saúde.

Em atendimento às necessidades de consolidação e de ampliação do alcance da ESF na atenção básica, a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), “[...] com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização da atenção básica” (BRASIL, 2008). A partir da Portaria e conforme as demandas próprias de cada município foi possível a incorporação de outros profissionais que produzem suas

práticas de intervenção no campo da saúde e, em especial, na promoção da saúde na atenção básica, dentre os quais está o profissional de educação física.

Neste sentido, o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) publicou em 2010 as Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do Profissional de Educação Física objetivando “orientar o profissional de educação física no uso de exercícios/atividades físicas como elementos principais ou complementares na atenção à saúde” (CONFEF, 2010, p.11).

Dois aspectos devem ser ressaltados no documento do CONFEF. O primeiro remete à complexidade em realizar a intervenção profissional orientada pelos princípios norteadores das equipes multiprofissionais, historicamente uma prática pouco incentivada na educação física. O segundo aspecto a ser considerado refere-se às competências técnicas que o profissional de educação física deverá apresentar.

No discurso do CONFEF, competências técnicas remetem aos conhecimentos, habilidades e atitudes, gerais e específicas, de cada área de atuação e sua respectiva área de conhecimento. Nesse sentido, a intervenção do profissional de educação física no campo da AB de saúde ainda não conta com uma delimitação consistente dessas competências uma vez que os próprios conhecimentos, habilidades e atitudes da área continuam em processo de consolidação. Tal fato tem exigido constantes tomadas de posições por parte de gestores públicos e privados sobre a definição da natureza dessas competências, demandando também uma definição de como estabelecer a intervenção em um campo de interface composto por múltiplos profissionais e conhecimentos distintos acerca de um mesmo objeto, sem romper com o núcleo de saberes (*expertise*) que caracterizam a área.

Consideramos ser importante a reflexão do profissional sobre a natureza das competências necessárias a sua intervenção nessa área, sem perder de vista as características próprias de uma equipe multiprofissional voltada ao atendimento básico à saúde. Logo, essas competências devem ser discutidas e definidas coletivamente pelos membros da equipe tomando como referencial as competências estabelecidas para os profissionais das áreas envolvidas.

Em 2002, numa tentativa de minimizar os efeitos causados pelo impasse na consolidação das competências técnicas atribuídas ao profissional da área, o

CONFEF elaborou um rol de competências necessárias à intervenção do profissional de educação física:

[...] diagnosticar, planejar, organizar, supervisionar, coordenar, executar, dirigir, assessorar, dinamizar, programar, desenvolver, prescrever, orientar, avaliar, aplicar métodos/técnicas motoras diversas, aperfeiçoar, orientar e ministrar exercícios físicos ou práticas corporais (CONFEF, 2002, p. 23).

Considerando o exposto, podemos apontar a pertinência do uso da Teoria das Representações Sociais (TRS) para a compreensão da relação entre a intervenção do profissional de educação física (PEF) e o campo de atendimento na AB, pois ao identificarmos as representações sociais que os atores sociais possuem em seu imaginário sobre a sua própria intervenção profissional, foi possível identificar a valoração que predicam-na, os significados de seus sentidos e a adequação dos programas curriculares dos bacharelados em educação física às demandas da ESF.

Convém destacar que estes sentidos são uma construção social forjada ao longo do tempo e em meio às relações travadas pelos atores sociais cotidianamente. Neste sentido, entendemos o curso de formação inicial como um espaço privilegiado de produção desses sentidos, visto que comumente os cursos que formam o bacharel em educação física incorporam os discursos da área da saúde, sobretudo aqueles assentados em bases biomédicas. Embora a saúde seja reconhecidamente um campo multidisciplinar, o trabalho em equipe na ESF ainda tem se mostrado um desafio real a sua consolidação enquanto modelo assistencial de saúde que pretende romper com os “limites tradicionalmente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. As equipes são constituídas por vários profissionais, dentre eles o de Educação Física, que é reconhecido como profissional da saúde e da educação” (XAVIER; ESPÍRITO-SANTO, 2013, p. 83).

Mesmo com todos os avanços que o SUS e a ESF representaram às práticas de atenção básica à saúde, parece-nos que, independente das justificativas primárias utilizadas para a inserção do PEF nesta rede de serviços, a área, em geral, ainda não tem clareza de qual seja o seu papel junto aos NASF, talvez até mesmo por sua inserção na AB ser bastante recente.

Todavia, não podemos negar a importância e a urgência da discussão sobre a caracterização da natureza da intervenção do PEF na ESF, pois entendemos ser por meio deste exercício reflexivo que agregaremos a devida qualidade e relevância

social ao seu papel profissional. Neste sentido, é possível inferir que o primeiro passo para a consolidação do PEF neste espaço está intimamente relacionado à apropriação e utilização das diretrizes do SUS em sua intervenção.

Scabar (2012), por exemplo, defende a necessidade do PEF ter um perfil ajustado aos princípios da promoção da saúde, segundo a qual o seu olhar deve privilegiar a dimensão social da realidade, promovendo a inclusão difundida nas políticas nacionais de promoção da saúde (PNPS). Ao defender tal compreensão, a autora reforça o alinhamento de seu discurso com os princípios do SUS, podendo ser este último entendido como síntese dos movimentos de reforma sanitária iniciados em nosso país na década de 1970, com o objetivo de superar o modelo de atenção médico-centrado.

Outro indicador importante do quão incipiente é a inserção da Educação Física brasileira no campo da saúde coletiva remete ao fato dos currículos dos cursos de bacharelado em educação física ainda trazerem incursões muito tímidas (quando não inexistentes) sobre a temática. Como demonstrou Anjos (2009) ao analisar os currículos dos cursos de educação física da USP, UFSCar, UNICAMP e Universidade São Judas Tadeu, nenhuma das instituições contemplava as disciplinas de Saúde Coletiva ou Pública, assim como também não previam a realização de estágio na AB. Convém assinalar que não há nada na legislação que torne obrigatória a presença de disciplinas curriculares específicas sobre a área da saúde pública/coletiva. O que temos efetivamente é a responsabilidade do SUS por ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, prevista no Artigo 200, inciso III, da Constituição Federal.

Entretanto, uma vez que o PEF já é legal e socialmente reconhecido como profissional da área da saúde, inserido no sistema público de saúde como uma das categorias profissionais mais requisitadas dentre todas as habilitadas a ofertarem atendimento neste campo, entendemos ser pertinente a adoção de medidas que aproximem a sua formação às demandas próprias do SUS.

Assumir o compromisso profissional consciente e responsável na saúde coletiva exige que os PEF sejam capazes de ir além da mera prescrição, orientação e/ou avaliação de atividades físicas ancoradas em preceitos biologicistas tão comuns em nossa área. Exige, sobretudo, que essa intervenção esteja alinhada às diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde para a AB, o que equivale a adotar um olhar ampliado, no qual os fenômenos relacionados ao movimento humano

sejam compreendidos como necessidades sociais de saúde, a partir de múltiplos campos de saberes.

Tendo isso em vista, é indispensável multiplicar os estudos envolvendo a temática da formação e da intervenção do PEF para e na saúde básica, respectivamente. Scabar (2012, p. 417) destaca que “poucas publicações tem sido divulgadas sobre como têm sido viabilizadas as propostas da PNPS no processo de formação dos profissionais da educação física, do mesmo modo são escassos os estudos sobre a atuação de tais profissionais no SUS”.

Porém, defendemos que estes estudos precisam ser ampliados não apenas em quantidade, mas, especialmente, em qualidade. Quando falamos em valoração qualitativa de uma pesquisa estamos pensando na radicalização de seu mergulho no objeto investigado, um mergulho em profundidade na busca pela compreensão não apenas do fenômeno pesquisado em si, mas também das relações que o determinam e/ou condicionam em um determinado contexto social.

Considerando este cenário, o estudo se justifica por trazer à luz discussões acerca dos saberes e fazeres relacionados ao profissional de educação física inserido na ESF. Para tanto, antecipamos que foi mister questionar se sua formação acadêmica inicial era suficiente para garantir o cumprimento a contento do papel que lhe é conferido.

Neste sentido, a questão norteadora que se fez imperativa à condução do presente estudo foi: em que medida o distanciamento existente entre a formação inicial e o exercício profissional da educação física no campo multidisciplinar da ESF pode representar um problema à intervenção ajustada aos princípios AB?

Como desdobramento do objetivo de identificar a representação social instituída no imaginário dos PEF que produzem práticas profissionais no campo da ESF/NASF sobre sua própria intervenção nesta área, duas questões a verificar se fizeram necessárias:

- Como está instituída a participação do PEF no trabalho em equipe junto aos profissionais do NASF e da eSF?
- Como os PEF representam o seu próprio papel na AB?

A fim de atender a tais propósitos, a pesquisa foi organizada da seguinte forma: uma introdução contextualizando o tema e delimitando o problema e os objetivos; um capítulo intitulado **NAS TRAMAS DO CENÁRIO**, no qual

apresentamos um breve resgate histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, enfatizando a busca pela superação do paradigma biomédico em detrimento da consolidação de um novo modelo assistencial de saúde (a saúde coletiva), até chegarmos à inserção do PEF na AB.

Na sequência apresentamos o capítulo intitulado **PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO**, quando descrevemos o processo de elaboração desta pesquisa, desde a construção do instrumento de coleta dos dados e das condutas processuais adotadas ao longo do percurso investigativo, até a apresentação das matrizes teórico-metodológicas fundantes do estudo, quais sejam: a TRS proposta por Moscovici e a Análise de Discurso (AD) de escola francesa utilizada enquanto ferramental técnico no desvelamento dos discursos.

A análise e discussão dos dados coletados são apresentadas no capítulo **RESULTADOS E DISCUSSÃO**, onde lançamos mão da análise e da interpretação dos mesmos, a fim de apresentar o núcleo central e os sistemas periféricos encontrados a partir das representações sociais dos PEF.

Por fim, nas **CONSIDERAÇÕES FINAIS** dialogamos com os achados da pesquisa e fazemos uma avaliação geral do processo investigativo.

1. NAS TRAMAS DO CENÁRIO

1.1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: DO MODELO HEGEMÔNICO DE ASSISTÊNCIA AO CONCEITO DE SAÚDE COLETIVA

As práticas sanitárias próprias de uma sociedade refletem diretamente os interesses políticos, econômicos e ideológicos que nela circulam. Em meados dos anos 1970, após o fortalecimento de movimentos sociais que questionavam o modelo político repressor e centralizador vigente no Brasil, conquistou-se um terreno fértil ao embate que plantaria a semente germinal do projeto contra-hegemônico voltado à busca da superação do formato assistencial biomédico em nosso país.

Foi no bojo do questionamento ao paradigma biomédico que se propôs o modelo alternativo em saúde coletiva, no qual se insere a reforma sanitária brasileira: um movimento pela democratização da saúde, com vistas à consolidação do SUS como política pública. Segundo Fleury,

[...] o projeto da Reforma Sanitária portava um modelo de democracia cujas bases eram, fundamentalmente: a formulação de uma utopia igualitária; a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pelo gestão social democrática (1997, p. 33).

Neste sentido, abriu-se a possibilidade de pensar a saúde na perspectiva da promoção e não apenas no sentido da prevenção de doenças. Esta é a premissa básica do conceito de saúde coletiva que considera as relações existentes entre a saúde e as condições objetivas de vida como seus determinantes e condicionantes. Segundo Carvalho (2013), a saúde coletiva

[...] compreende os sistemas de saúde, a elaboração e implementação de políticas, a construção de modelos de atenção à saúde, a produção de conhecimento relativo aos processos saúde-doença-intervenção e a produção de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças (p.30).

Um exemplo clássico dentre os estudos realizados na área da Promoção da Saúde está a pesquisa desenvolvida pelo pai da medicina social, o patologista Rudolf Virchow, em meados de 1847. Nela, o médico considerou os contextos social e cultural da Prússia para identificar e compreender as causas da epidemia de tifo que a assolou em meados do século XIX. Dentre os resultados alcançados por sua pesquisa, destaca-se a relação pouco usual à época que vinculava a saúde “[...] à democracia, educação, liberdade e prosperidade da população pobre que vivia na região estudada” (WESTPHAL, 2012, p. 637).

Entretanto, mudanças efetivas no conceito de saúde aconteceram a partir de 1986, na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa, Canadá. Desde então, a promoção passou a ser tratada numa perspectiva socioambiental, vinculada tanto a atividades de prevenção, tratamento e reabilitação, quanto a ações de natureza política que possam promover e garantir melhoria das condições de vida da população. Assim, o conceito presente na Carta de Ottawa traz a seguinte síntese:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OPAS, 1986, p. 1).

Evidentemente pensada como crítica ao modelo biomédico que conceitua a saúde como ausência de doença e restringe sua atuação às práticas curativas, a Promoção da Saúde trouxe à luz a importância das nações envolvidas nas conferências internacionais² se comprometerem com a consolidação da saúde coletiva e, acima de tudo, definirem políticas públicas que universalizem o acesso à saúde. Para tanto, foram elaborados princípios da Promoção da Saúde com o objetivo de elucidar e reforçar os elementos norteadores de suas práticas:

- 1) ações pautadas numa concepção holística (visão multicausal do processo saúde-doença);
- 2) equidade social como princípio e conceito (acesso universal e justiça social/espacos de vida equitativos);
- 3) intersetorialidade (articulação de saberes e experiência no planejamento, realização e avaliação de ações);
- 4) participação social (envolvimento da população no processo de definição de prioridades e tomadas de decisões, assim como na implementação e avaliação de políticas públicas);
- 5) sustentabilidade (iniciativas condizentes com o desenvolvimento

² Conferência de Adelaide (Austrália, 1988); Conferência de Sudsval (Suécia, 1991); Conferência de Jacarta (Indonésia, 1998); Conferência do México (2000) e Conferência de Bancoc (Tailândia, 2005).

sustentável e com a continuidade de políticas de Promoção da Saúde).

No Brasil, ratificando os ideários da Promoção da Saúde e da Reforma Sanitária, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Ainda neste sentido, em seu Art. 198, aponta que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”. Assim, foi oficializado o SUS – Sistema Único de Saúde – um serviço de assistência financiado pelo poder público com verbas das esferas federal, estadual e municipal. Sua regulamentação ocorreu em 1990, por meio da Lei nº 8.080 de 19 de setembro do mesmo ano, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde. Nela estão dispostas tanto as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, quanto a forma de organização e funcionamento dos serviços oferecidos pelo sistema em questão.

Em consonância com os preceitos constitucionais, o SUS foi ancorado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Em conformidade com o consignado na Lei Orgânica da Saúde de 1990, a Lei nº 8.142 do mesmo ano também versa sobre o SUS e dispõe sobre a participação da comunidade em sua gestão, prevendo, inclusive, a criação dos Conselhos de Saúde (permanentes e deliberativos) e a realização da Conferência de Saúde, a cada quatro anos, com a reunião de representantes de vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor políticas públicas à área.

Definido como principal estratégia deste processo de reorganização da atenção básica no Brasil foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), uma proposta que apresenta como objetivo principal oferecer às famílias atenção integral e serviços de saúde em suas próprias comunidades, por intermédio da ação humanizada de uma equipe multiprofissional. Suas características principais são: a territorialização, a adscrição da clientela, a participação da comunidade, a intervenção multidisciplinar, o planejamento local e a educação continuada.

Em 1996 foi publicada a Norma Operacional Básica da Saúde, visando estabelecer as estratégias para a operacionalização do SUS. Nesta normativa, o PSF é reafirmado como estratégia permanente de reorientação do modelo assistencial e passa a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Segundo a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006(b), os princípios gerais da ESF são:

- Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

- Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;
- Ser um espaço de construção de cidadania.

A atenção básica configura-se, preferencialmente, como porta de entrada para o SUS. Tal premissa está descrita na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006(a) e revisada em 2012. Desde sua primeira versão, a PNAB tem na Saúde da Família sua principal estratégia de consolidação e expansão da atenção básica. A equipe Saúde da Família (eSF) é, minimamente, composta por: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição os profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal) (BRASIL, 2012).

A Unidade Saúde da Família (USF) é o local onde a ESF desenvolve suas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Cada equipe é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes de seu território de referência, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas.

Buscando auxiliar o trabalho desta equipe multiprofissional, com vistas à ampliação da abrangência, do escopo de ações e da resolubilidade da atenção básica, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF é composto por profissionais de diversas áreas do conhecimento, tais como: médicos, acupunturista, pediatra, ginecologista, homeopata e psiquiatra; assistente social; profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional.

A escolha dos profissionais que compõem o NASF depende de sua modalidade (NASF 1, 2 ou 3 – determinados pelo número de habitantes do município) e é de responsabilidade da gestão municipal, a partir das demandas identificadas junto à população. O número de profissionais também pode variar de 3 a 5, dependendo da modalidade de NASF. Sua atuação deve acontecer de forma integrada, buscando apoiar os profissionais das eSF e da atenção básica na integralidade do cuidado, por intermédio do compartilhamento de conhecimentos, práticas e responsabilidades.

1.2. A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA

Convém iniciar esta seção retomando, de modo muito sucinto, alguns dos sentidos historicamente associados à área da educação física e suas relações com os campos da atividade física, ginástica, esporte e saúde.

Se nos reportarmos a um passado remoto que antecede o surgimento da escrita, encontraremos um homem altamente dependente de seu condicionamento físico para a realização de tarefas diárias ligadas à sua sobrevivência e, portanto, menos susceptível a problemas de saúde decorrentes do sedentarismo, reconhecidamente tratado como um mal da era moderna. Nos períodos da Idade Antiga e Média, encontramos as práticas corporais frequentemente ligadas à ginástica e ao condicionamento do corpo para fins de guerra ou treinamento militar.

Já na Europa do século XVIII predominam as práticas de adestramento e desenvolvimento sistematizado das habilidades físicas. E apenas nos séculos XIX e XX a educação física tal qual a conhecemos, como disciplina, foi disseminada em todo o campo social com diferentes finalidades, buscando, desde então, se legitimar cientificamente através da apropriação dos saberes da área (bio)médica (LUZ, 2007).

No Brasil, a educação física sempre esteve envolta por um discurso pró-disciplinamento do corpo, tanto que incorporou práticas militares e médicas aos seus saberes específicos. Contudo, cresce hoje a compreensão de que a maior contribuição da área está para além da mera prescrição normativa de modos de vida saudáveis. Sua importância tem se consolidado a partir do momento em que a

Educação Física, ciente da complexidade que a compõe, assume “seu papel na grande área da saúde, seja na prevenção de doenças crônicas e agudas, seja na recuperação terapêutica, ou na promoção da saúde [...]” (LUZ, 2007, p.13).

Neste sentido, diante da crescente evidência da relevância epidemiológica da atividade física no controle e prevenção, sobretudo, de doenças crônicas, é notável a ampliação de propostas de políticas públicas de saúde de incentivo à prática de atividades físicas regulares como meio fundamental à promoção da saúde.

Como vimos anteriormente, a concepção do SUS enquanto sistema público de saúde tornou a saúde um direito universal e definiu a AB como a porta de entrada de uma rede de serviços e cuidados. Esta rede de serviços tem como prioridade a qualificação das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cuidados em saúde por intermédio, principalmente, da ESF, um recurso permanente dotado de caráter colaborativo e multiprofissional que permite somar às equipes de referência das UBS equipes complementares e de apoio como o NASF.

Todas essas ações estão inseridas no contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a qual pretende difundir e consolidar uma nova concepção de saúde, caracterizada por um olhar ampliado que visa “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006, p. 17).

O documento de diretrizes e ações para a PNPS (2006c), em consonância com a Estratégia Global da Organização Mundial da Saúde para Alimentação e Nutrição (“Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde” – 2004), traz um eixo temático denominado Prática Corporal e Atividade Física (PCAF). Inserido em decorrência das evidências científicas obtidas sobre o benefício promovido ao sistema cardiovascular com a prática sistematizada e regular de atividade física, a PNPS objetiva ainda orientar os profissionais da área da saúde sobre a natureza das PCAF quando inseridas no contexto da AB, trazendo, dentre outras orientações, a descrição de ações a serem desenvolvidas na rede básica de saúde e na comunidade, tais como:

Mapear e apoiar as ações de práticas corporais/atividade física existentes nos serviços de atenção básica e na Estratégia de Saúde da Família, e inserir naqueles em que não há ações;
Ofertar práticas corporais/atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis;
Capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e práticas corporais/atividade física na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo (BRASIL, 2006, p. 33).

Considerando este cenário é possível identificar que, a partir da década de 1990, as práticas corporais/atividade física passaram a figurar majoritariamente como instrumento de promoção da saúde nos debates de políticas públicas, sobretudo no que tange os aspectos relativos ao enfrentamento de doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2009).

Desta nova tendência no cuidado primário à saúde nasceu a demanda pela inserção de um profissional da saúde habilitado a cuidar das ações relativas à atividade física dentro da AB. Recentemente (mais precisamente em setembro de 2013), até mesmo o texto da Lei Orgânica da Saúde foi alterado em sua redação de modo a incluir a atividade física como um dos determinantes e condicionantes da saúde, um direito fundamental de todo o ser humano.

Mas, valer-se somente de preocupações ou justificativas fisiológicas como meio de defender a inserção das PCAF na rede básica de saúde seria, no mínimo, um contrassenso, afinal contrariaria a visão holística presente em todos os preceitos dos SUS e da própria PNPS. Neste sentido, encontramos nos Cadernos de Atenção Básica nº 27: das Diretrizes do NASF, o entendimento de que o PEF deve enfatizar em sua intervenção a multidimensionalidade da natureza humana, reconhecendo que

[...] o campo de saber da Educação Física é constituído de conteúdos da cultura corporal ou cultura de movimento e dos conhecimentos sistematizados nos campos do esporte e aptidão física, da história, da antropologia, da sociologia, da educação e da saúde (BRASIL, 2009, p. 144).

Deste modo, é exigido do PEF que oportunize aos usuários de seu território a vivência de múltiplas manifestações da cultura corporal, resgatando e valorizando aquelas que circulam localmente e ampliando o repertório de suas práticas corporais ao apresentar aquelas que são propagadas em âmbito nacional. É esperado também que a sua intervenção seja contextualizada historicamente, dotada do

senso crítico necessário à leitura das relações sociais estabelecidas, superando, assim, a oferta de conteúdos tradicionalmente vinculados à educação física, tais como o esporte ou a ginástica, mas absolutamente esvaziados de sentido por se limitarem a mera reprodução técnica.

As PCAF também tiveram seu espaço garantido na Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, que cria o NASF, sendo compreendidas como

[...] ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos (BRASIL, 2008, anexo I).

Dentro desta visão ampliada de saúde, a política de reorganização do sistema de saúde busca: fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários, tornando o SUS mais humanizado; reduzir, por intermédio da ESF, a fragmentação imposta pela exacerbação da especialização inerente ao modelo biomédico de assistência; criar uma rede de corresponsabilidade entre os atores envolvidos na atenção básica, em substituição ao modelo hegemônico de saúde.

Estes são alguns dos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização que, segundo Bonfim (2009, p. 558), almeja “[...] uma gestão participativa que envolva trabalhadores da saúde, gestores e usuários em um pacto de corresponsabilidade baseado em contratos e compromissos com o sistema de saúde”.

Este modelo alternativo de gestão em saúde compreende criação de equipes multiprofissionais capazes de atuar democraticamente, tanto nas relações interpessoais quanto na prestação de serviços/cuidados aos usuários, sem que haja a sobreposição ou a maior valorização de uma determinada prática ou especialidade em detrimento das demais.

O reconhecimento legal deste espaço de intervenção interdisciplinar aconteceu quando o Conselho Nacional de Saúde publicou a resolução nº 218/97, na qual define as categorias de nível superior que compõem a lista de profissionais da saúde: Assistente Social; Biólogo; Profissional de Educação Física; Enfermeiro; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico; Médico Veterinário; Nutricionista; Odontólogo; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional.

A partir de então, entram em cena as seguintes questões: se a área das PCAF já tem sua importância reconhecida pela legislação e, em tese, o profissional de educação física tem as competências e habilidades necessárias à sua condução, como ele tem realizado sua intervenção junto ao SUS, na condição de profissional do NASF? Até que ponto as representações sociais veiculadas na comunidade onde o PEF está inserido podem determinar a sua prática profissional? É no sentido de identificar as representações sociais existentes neste contexto e compreender como elas foram/são forjadas no cotidiano que realizamos a presente pesquisa.

Estudos atuais trazem dados interessantes acerca da caracterização da inserção e da intervenção realizada pelo PEF na atenção básica.

Segundo a revisão sistemática organizada por Rodrigues *et al* (2013), há predominância da inserção do PEF no setor público de atendimento básico à saúde via contrato temporário. Em conversas preliminares e de aproximação com os profissionais que atuavam nos NASF de Londrina em 2013, foi relatado que todos eram contratados sob este mesmo regime³. Apontavam ainda a incerteza e a instabilidade geradas por este modelo de contratação como o principal entrave ao sucesso da ESF, pois não favorecia a construção do vínculo entre profissionais e usuários e colocava o próprio serviço em descrédito perante a comunidade, uma vez que este poderia ser suspenso a qualquer momento e sem previsão de retomada das atividades.

Sobre as ações realizadas pelo profissional de educação física na ESF, Rodrigues *et al* (2013, p. 11) concluiu que

[...] as intervenções com os usuários são coletivas, [...] voltadas principalmente para pessoas com DCNT⁴. A caminhada, alongamento, fortalecimento muscular, equilíbrio, palestras e avaliação das capacidades funcionais e da qualidade de vida e atividades lúdicas foram as atividades mais realizadas.

Os dados apresentados pelo autor são compatíveis com a realidade que observamos recentemente no município de Londrina, em uma imersão preliminar no campo onde se realizou esta pesquisa. Estes dados ratificam, inclusive, o estudo de Souza e Loch (2011) sobre as características da intervenção do profissional de

³ Em 14/07/2013 foi realizado pela Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de Londrina o concurso público para provimento de 10 vagas no cargo de “Promotor de Saúde da Família e Atenção Domiciliar”, na função de “Serviço de Educador Físico em Saúde da Família e Atenção Domiciliar” (jornada de 40h/semana), equivalente ao que convencionamos chamar de PEF ao longo desta pesquisa. Todos os aprovados e classificados neste concurso foram nomeados em fevereiro de 2014.

⁴ DCNT: Doença crônica não transmissível.

educação física inserido no NASF de municípios do norte do Paraná. Segundo os autores, “são desenvolvidos exercícios de alongamentos, fortalecimento muscular, caminhada, e em menor proporção exercícios de coordenação motora e atividades lúdicas” (p. 5).

Em ambas as publicações é apontado também que, embora as ações deste profissional possam ser realizadas de modo a tentar contemplar os princípios da ESF e as diretrizes do NASF para o eixo das PCAF, sua formação inicial na graduação é deficitária, segundo o olhar dos próprios PEF, por não prepará-lo para a atuação na saúde coletiva ou por não dar subsídios sobre como atuar em equipes multiprofissionais de saúde (SOUZA e LOCH, 2011; RODRIGUES *et al*, 2013).

Não seria equivocado dizer que este desencontro entre a formação do PEF e as demandas que emergem do campo da saúde básica é síntese das opções teórico-práticas feitas pelos gestores dos cursos de formação profissional em educação física ao longo de sua história. Segundo Paiva *et al* (2006, p. 215),

A formação tem sido marcada por uma tendência generalista para abranger a diversidade da ação profissional; por uma estrutura curricular que beneficia a fragmentação do conhecimento e a valorização de disciplinas de cunho biológico em detrimento do conteúdo disciplinar das Ciências Humanas; e pela ênfase na formação técnico-esportiva.

Talvez, seja neste momento de busca por elementos teórico-práticos que possam subsidiar sua intervenção, ou, simplesmente, por desejar ser reconhecido e aceito em sua função que o PEF acabe por reforçar certas representações ou opiniões sobre o seu papel, tais como: a exigência de ser comunicativo, extrovertido, alegre e desinibido para conduzir bem as aulas (animador cultural); ter o domínio teórico-prático de todo o conhecimento científico produzido sobre as práticas de atividade física voltadas à saúde; ser praticante de atividades físicas regulares e exibir um corpo magro e/ou atlético, entre outros.

Tendo em vista este movimento crescente de inserção do PEF na AB e a necessidade de compreender melhor sua participação/contribuição no contexto da saúde coletiva, Coutinho (2013) recorreu a documentos oficiais, artigos científicos e questionários aplicados aos gestores, trabalhadores e pesquisadores de programas responsáveis pela promoção da saúde por meio de PCAF para identificar quais são as competências necessárias ao PEF que atua na atenção primária à saúde.

Na primeira fase de sua investigação, Coutinho (2011, 2013) obteve um total de 223 competências, sendo 135 competências gerais e 88 específicas. Ao final, após o refinamento do instrumento de coleta, lançando mão da análise de conteúdo proposta por Bardin e da técnica Delphi ao longo do processo, o autor chegou a uma lista final contendo 37 competências (19 gerais e 18 específicas). Estas competências foram separadas em três dimensões distintas: dimensão dos conhecimentos (relativa a conceitos, procedimentos e contextos); dimensão das habilidades (relativa a questões de planejamento, comunicação, avaliação, incentivação [sic] e gestão) e, por fim, dimensão das atitudes (relativas ao controle, flexibilidade/criatividade, alteridade, práticas inclusivas, liderança e respeito em situações do cotidiano profissional).

Ao concluir sua pesquisa, Coutinho (2011, 2013) afirma que as competências levantadas não se encerram em si mesmas, sendo indissociáveis umas das outras e integrando um todo complexo associado à intervenção profissional que refere-se ao saber conhecer, saber fazer e saber ser.

Por intermédio desta pequena amostra de estudos realizados na área, notamos que o campo da pesquisa acadêmico-científica tem se interessado em compreender o processo de formação, inserção e as formas de intervenção do profissional de educação física junto a saúde coletiva. Contudo, devido a própria complexidade do tema, reafirmamos ser necessária a ampliação do número de estudos relativos ao assunto e uma maior profundidade na leitura dos desafios, avanços e potencialidades que o cercam. Propomo-nos a dar a nossa contribuição neste sentido com a realização da presente pesquisa.

2. PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Todo o processo que envolve a realização de uma pesquisa (desde a escolha do objeto a ser investigado, passando por seu aprofundado exame e chegando à constatação dos resultados) acaba por propiciar ao pesquisador conhecimento e domínio tanto dos fundamentos teóricos, quanto das bases metodológicas necessárias à elaboração de seu estudo. De acordo com Queiroz (1992, p. 13)

A concentração do interesse do pesquisador em determinados problemas, a perspectiva em que se coloca para formulá-los, a escolha dos instrumentos de coleta e análise do material não são nunca fortuitos; todo estudioso está sempre engajado nas questões que lhe atraíram a atenção, está sempre engajado, de forma profunda e muitas vezes inconsciente, naquilo que executa.

Tendo em vista estes pressupostos, apresentaremos neste capítulo o percurso teórico-metodológico trilhado ao longo do processo de feitura de nossa pesquisa, tomando como referenciais basilares a Teoria das Representações Sociais (TRS) e a técnica da Análise de Discurso (AD). Reafirmamos a adequação deste arranjo teórico-metodológico aos objetivos de nosso estudo, visto que ele nos possibilitou identificar as representações sociais dos PEF sobre a sua intervenção na ESF e, além disso, nos munuiu com os instrumentos necessários à apreensão e ao desvelamento dos sentidos presentes nos discursos dos atores sociais entrevistados.

2.1. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais (TRS), matriz teórica de nosso estudo, tem sua origem nas ideias cunhadas por Émile Durkheim (1898) sobre a constituição e análise das representações coletivas. Para ele, as representações coletivas devem ser assumidas como fatos sociais, pois como tais são síntese da ação humana e portam as características necessárias (poder de coerção, exterioridade ao indivíduo e generalidade) à criação de tudo aquilo que é comum aos indivíduos pertencentes a um mesmo grupo social: os conhecimentos, as crenças, os valores, os sentimentos, entre outros.

Ao reconhecer a existência desta consciência coletiva, Durkheim aponta que é a capacidade de se tornar sociável, de apreender costumes e hábitos típicos de seu grupo social de convívio que distingue o homem de um animal selvagem. Partindo desta premissa, o autor se debruçou sobre o fenômeno religioso a fim de compreender o funcionamento deste sistema de representações socialmente elaboradas e ditadas e concluiu: as representações coletivas, tal como o fato social, são externas ao indivíduo. Entretanto, são menos coercitivas uma vez que representam uma forma de conhecimento social, derivado das interações sociais. Grosso modo, as representações coletivas são representações mentais que orientam “a maneira pela qual o grupo enxerga a si mesmo nas relações com os objetos que o afetam” (DURKHEIM, 1987, p. XXVI).

Em 1961, Serge Moscovici apropriou-se da tese durkheimiana e propôs a substituição da terminologia representação coletiva por representação social, assumindo, assim, a compreensão de que a representação social é um conhecimento socialmente produzido e compartilhado com a finalidade de tornar familiar o não-familiar, o desconhecido. A partir deste momento, rompe-se com a ideia de que as representações serviam apenas à interpretação ou à comunicação de saberes de um determinado grupo social e consolida-se a TRS no campo do conhecimento acadêmico-científico. Posteriormente, autores como Denise Jodelet, Jean-Claude Abric e Willen Doise seguiram esta trilha inaugurada por Moscovici e lhe trouxeram importantes contribuições.

Paulino (2007, p. 71) entende que as “representações coletivas possuem um caráter mais estático e homogêneo, sendo compartilhado por todos os membros do grupo, tendo como função promover o vínculo entre eles, para que ajam e pensem uniformemente”, mas para Moscovici as representações sociais;

[...] são conjuntos dinâmicos, seu status é o de uma produção de comportamentos e de relações com o meio ambiente, de uma ação que modifica aquelas e estas e não de uma reprodução desses comportamentos ou dessas relações, de uma reação a um dado estímulo exterior (1978, p.50).

Por sua vez, Sá (1996) situa as representações sociais “[...] como fenômenos psicossociais histórica e culturalmente condicionados (p. 22)”. Afinal, elas são produzidas tanto na esfera intrapessoal quanto na interpessoal e circulam socialmente por meio da comunicação para conferir inteligibilidade às relações da vida cotidiana, garantindo a inserção e a permanência dos sujeitos em seus grupos

sociais. Ou, nas palavras de Moscovici (1978, p. 50): as representações sociais seriam “[...] como ‘teorias’, ‘ciências coletivas’ *sui generis*, destinadas à interpretação e elaboração do real”.

Sem a preocupação de tecer uma definição ou conceito fechado sobre o que sejam as representações sociais, Moscovici tentou com esta atitude preservar a complexidade e multiplicidade de sentidos a elas atribuídos. Entretanto, por tratar-se da proposição de uma teoria que pretende explicar os fenômenos de representação social, o autor sistematizou uma estrutura básica capaz de responder onde, como, por que e para quê tais representações foram produzidas.

Para tanto, Moscovici (2003) apresenta os dois processos fundamentais à formação de representações: a ancoragem e a objetivação. Ambos os processos viabilizam a familiarização de um objeto por um indivíduo ou por um grupo social, “transformam o não-familiar em familiar, primeiramente transferindo-o à nossa própria esfera particular, onde somos capazes de compará-lo e interpretá-lo; e depois, reproduzindo-o entre as coisas que nós podemos ver e tocar e, conseqüentemente, controlar” (p. 61). Ainda segundo o mesmo autor,

[...] ancoragem e objetivação são, pois, maneiras de lidar com a memória. A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, sendo mais ou menos direcionada para fora (para outros), tira daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido (MOSCOVICI, 2003, p. 78).

A **ancoragem** consiste em tratar as ideias estranhas a partir de referências familiares, isto é, buscar compreendê-las a partir daquilo que está estabelecido como consenso ou norma próprios do grupo no qual se está inserido. Neste sentido, ao realizar comparações entre o desconhecido e o familiar, inicia-se um processo de categorização/classificação do objeto ou fenômeno não-familiar no sentido de fazer com que ele seja (re)ajustado em relação ao paradigma adotado e, finalmente, nominado dentro desta lógica. Logo, ancorar é “[...] classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras” (MOSCOVICI, 2003, p. 61). Somente após rotular o objeto com um nome conhecido é que o sujeito se julgará apto a comunicá-lo, descrevê-lo e avaliá-lo, pois tendo realizado a sua classificação

como algo comum ou desviante, será capaz de imaginá-lo e representá-lo mentalmente (id).

Sá (1996, p. 46), citando Jodelet (1984), corrobora com a autora quando aponta que a ancoragem consiste na “integração cognitiva do objeto representando a um sistema de pensamento social pré-existente e nas transformações implicadas em tal processo”, o que equivale a incorporar novos elementos em uma rede de categorias. Ainda segundo Moscovici (2003, p. 128), ancorar é classificar, denominar, avaliar e comunicar algo; “[...] reproduzi-lo como a réplica de modelo familiar [...], dotá-lo de um valor positivo ou negativo e atribuí-lo um lugar numa hierarquia definida”.

Desta forma, podemos inferir que o processo de ancoragem acontece por meio da categorização/classificação do objeto ou do fenômeno, propiciando ao grupo social uma compreensão mínima sobre ele. Para tanto, inicialmente o grupo social lançará mão do uso de representações comuns/familiares, a fim de instituir proximidade com o objeto e, a partir delas, dar-se-ão as relações que servirão à compreensão do objeto ou fenômeno. De acordo com Moscovici (2003, p. 66), “[...] ao nomear algo, nós o libertamos de um anonimato perturbador, para dotá-lo de uma genealogia e para incluí-lo em um complexo de palavras específicas, para localizá-lo, de fato, na matriz da identidade de nossa cultura”.

Convém destacar que sob o olhar da TRS objetos que não possuem ancoragem não existem, pois se não são passíveis de classificação, não são capazes de gerar uma imagem comunicável. Além disso, o ato de classificar exige uma tomada de decisão fundamentada em alguma representação preexistente, consensual, o que não quer dizer que não possam existir entre os sujeitos ou grupos sociais diferentes visões sobre um mesmo objeto.

A classificação nem sempre é uma operação guiada pelo raciocínio lógico, pelo contrário, pesam sobre ela múltiplos determinantes sociais, nascidos e fortemente arraigados no senso comum. Por isso, segundo Dotta (2006, p. 20), classificar é “[...] escolher um dos paradigmas ou protótipos reunidos em nossa memória” e realizar uma comparação generalizada por meio da qual se pode determinar o afastamento ou a aproximação de uma determinada categoria.

O segundo processo fundamental à elaboração das representações sociais é a objetivação. A **objetivação** corresponde a uma “operação imaginante e estruturante, pela qual se dá uma forma – ou figura – específica ao conhecimento

acerca do objeto, tornando concreto, quase tangível, o conceito abstrato, como que materializando a palavra” (JODELET, 1984 apud SÁ, 1996, p. 47).

Segundo Moscovici (2003, p. 71), a objetivação “une a idéia de não-familiaridade com a realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade”. Ao possibilitar que conceitos abstratos se materializem na realidade, a objetivação permite compreender as palavras, transformando-as em noções de coisas. Portanto, objetivar é tornar real um conceito, materializar uma imagem do real, forjar uma cópia da realidade concreta. Seu funcionamento possibilita que o saber socialmente representado adquira uma forma própria, acessível e condizente à essência do fenômeno, tal qual acontece com conhecimento tornado em senso comum. De outra forma, como nos aponta Moscovici (2003),

Uma vez que uma sociedade tenha aceito tal paradigma, ou núcleo figurativo, ela acha fácil falar sobre tudo o que se relacione com esse paradigma e devido a essa facilidade as palavras que se referem ao paradigma são usadas mais frequentemente. Surgem, então, fórmulas e clichês que o sintetizam e imagens, que eram nada distintas, aglomeram-se ao seu redor. Não somente se fala dele, mas ele passa a ser usado, em várias situações sociais, como um meio de compreender outros e a si mesmo, de escolher e decidir (p. 73).

Para Dotta (2006, p. 22) a objetivação é responsável pela “transformação de um esquema conceitual em real, é a atribuição de uma contrapartida material a uma imagem”. A autora endossa, assim, a tese de Moscovici (2003, p. 111), segundo a qual “objetivar é absorver um excesso de significações materializando-as. (...) É também transplantar para o nível de observação o que era apenas inferência ou símbolo”.

Ao longo do processo de consolidação da TRS como campo teórico de estudos representacionais, é possível identificar três abordagens fundantes: a etnográfica, proposta por Denise Jodelet; a sociológica de Willen Doise e a cognitivo-estrutural de Jean-Claude Abric.

Na **abordagem processual**, proposta por Jodelet (2001, p. 22), as representações são “[...] uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”, possibilitando, assim, que os sujeitos analisem e atribuam sentidos às suas vidas.

Ainda segundo Jodelet (2001), as representações são dotadas de três particularidades: a vitalidade, a transversalidade e a complexidade. A vitalidade se

justifica pelo constante crescimento de publicações disseminadas ao redor do mundo envolvendo a temática e inspirando novos estudos neste campo. A transversalidade envolve a multiplicidade de relações entre disciplinas afins, fato que favorece o diálogo de diferentes áreas numa perspectiva que privilegie a abordagem psicossociológica. E, finalmente, a complexidade: característica evidenciada pela dificuldade em se determinar um tratamento exclusivo às representações. Como decorrência destas particularidades das representações sociais, temos a ampliação dos espaços de pesquisa conquistados a elas destinados.

Em Machado e Anadón (2003) encontramos que todo conhecimento dotado de um sentido comum pode ser compreendido como um modo de interpretar e de elaborar um conceito sobre a realidade. Assim, por extensão, é possível depreender que a representação social também é um saber socialmente construído, pois nasce das interações sociais e define as formas de pensar e agir dos diferentes grupos sociais.

Neste sentido, Jodelet (2001, p. 28) sintetiza a ideia de representação social a partir da descrição de um conjunto de elementos que a caracterizam, qual seja:

- A representação social é sempre a representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito). As características do sujeito e do objeto nelas se manifestam;
- A representação social tem com seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significado). Estas significações resultam de uma atividade que faz da representação uma construção e uma expressão do sujeito;
- Forma de saber: a representação será apresentada como uma modelização do objeto diretamente legível em (ou inferida de) diversos suportes lingüísticos, comportamentais ou materiais;
- Qualificar esse saber prático se refere à experiência a partir da qual é produzido, aos contextos e condições em que ele o é e, sobretudo, ao fato de que a representação serve para agir sobre o mundo e o outro, o que desemboca em suas funções e eficácia sociais.

A **abordagem societal**, elaborada por Willem Doise é orientada por um olhar fundamentalmente sociológico, no qual a inserção social dos indivíduos é vista como uma “fonte de variação das representações. Nesta direção, é evidente o objetivo dessa abordagem em conectar o individual ao coletivo, de buscar a articulação de explicações de *ordem individual* com explicações de *ordem societal*”, (ALMEIDA, 2009, p. 719). Neste sentido, Doise (2002) defende que realizar uma análise mais completa dos jogos sociais implica, necessariamente, em articular

explicações fundamentadas a partir do ponto de vista da psicologia social e da sociologia.

Doise (1993, p. 161) aponta que Moscovici trouxe aos pesquisadores da psicologia social uma teoria que lhes permite “[...] analisar complexos fenômenos sociais, mas também capaz de reorganizar teoricamente tradicionais campos de estudo na Psicologia Social”. Trata-se, portanto, de uma teoria aberta, alicerçada em princípios gerais capazes de desvelar a gênese das RS sem encerrar em si própria as inúmeras possibilidades por ela fomentadas.

Doise foi o responsável pela criação do grupo de pesquisa em psicologia social experimental formado por pesquisadores como Gabriel Mugny, Claude Deschamps, Anne Sinclair, Anne-Nelly Perret-Clermont e Marisa Zavalloni, Alain Clémence, Fabio Lorenzi Cioldi, Dario Spini, Monique Herrera, Christian Staerklé e Fabrice Buschini. Suas pesquisas tinham como objeto de estudo a atuação dos sistemas de crenças compartilhadas em relação à organização e ao funcionamento cognitivo, ao mesmo tempo em que buscava articular a produção de RS a explicações de natureza sociológica, “evidenciando que os processos de que os indivíduos dispõem para funcionar em sociedade são orientados por dinâmicas sociais (interacionais, posicionais ou de valores e de crenças gerais)” (ALMEIDA, 2009, p. 719).

A **abordagem estrutural**, também conhecida como Teoria do Núcleo Central⁵, foi idealizada por Jean-Claude Abric e complementada por Pascal Moliner e Claude Flament. Segundo esta vertente, as representações sociais são estruturadas a partir de dois subsistemas: o núcleo central e o sistema periférico, ambos com papéis específicos e, ao mesmo tempo, complementares.

Segundo esta abordagem, as RS são tanto o produto quanto o processo de uma atividade mental e cumprem o papel de reconstituir e atribuir sentidos ao real. Desta forma, podemos compreendê-las como um conjunto estruturado de natureza sociocognitiva, organizado em torno de um núcleo central constituído de um ou mais elementos.

Sá (1996) aponta que a teoria de Abric atribui aos elementos cognitivos do núcleo central as características de estabilidade, rigidez e consensualidade; já aos

⁵ Nossas análises serão baseadas na teoria de Abric, segundo a qual toda representação social está organizada em torno de um núcleo central e de um sistema periférico. De modo que, o núcleo central seja estável e resistente às mudanças e os elementos periféricos se adaptem a realidade e protejam o núcleo central.

elementos do sistema periférico um caráter mutável, flexível e heterogêneo do ponto de vista de seu conteúdo. Em outros termos, “o núcleo central é, portanto, constituído por prescrições absolutas ou incondicionais, enquanto que os elementos periféricos envolvem prescrições condicionais” (SÁ, 1996, p. 82).

Para Abric (1998, p. 169) são as RS que determinam os comportamentos individuais ou de grupos específicos, pois “é no campo que se elaboram, se vivem, e se transformam as representações sociais”. Consequentemente, conclui-se que as representações sociais são produzidas cotidianamente pelos sujeitos nas interações sociais que estabelecem com os seus pares. Ainda neste sentido, Abric (1994) defende que uma representação social é constituída por seus conteúdos (informações e atitudes) e por sua estrutura interna (chamada de campo de representação), na qual são organizados hierarquicamente os elementos que a compõem.

Corroborando o pensamento de Abric, Almeida (2009) assinala que a representação social é configurada pelo núcleo central, estrutura diretamente relacionada à memória coletiva, local no qual são organizadas a significação, a consistência e a permanência (elementos essencialmente associados à estabilidade e a resistência necessárias a uma RS). Enquanto os elementos periféricos, mais flexíveis, permitem a adaptação à realidade e a proteção do núcleo central.

Em síntese, o núcleo central da representação é o elemento responsável por gerar a sua significação, denotando que representações sociais diferentes possuem núcleos centrais também diferentes. Segundo Abric (1998, p. 37),

Parece que, sob a luz dos resultados obtidos, de um lado, os elementos avaliativos de uma representação social constituem a estrutura subjacente de uma atitude relativa a um dado objeto; de outro lado, é somente quando as influências contra-atitudeis atingem um elemento central de uma dada representação (Ex.: a empresa ou os estudos) que elas podem provocar uma mudança de atitude.

O fato de o núcleo central ser rígido pode comportar a ideia de imutabilidade e de que a sua proteção acontece por intermédio do sistema periférico. Logo, é “[...] através da periferia que as representações aparecem no cotidiano e é por meio da relação dialética que estabelece com o núcleo central que este pode ser compreendido. Uma transformação do núcleo central tem sempre início na periferia” (MAGALHÃES, 2009, p. 17). O núcleo central, devido a sua ligação com as

condições históricas, ideológicas e sociológicas dos objetos consensualmente representados, influencia decisivamente na homogeneidade do grupo social que os elaborou (SÁ, 1996).

Já o sistema periférico permitirá a integração de experiências e histórias individuais, admitindo a presença de heterogeneidades dentro de um mesmo grupo. Graças a esta flexibilidade e tolerância a mudanças, o sistema periférico pode ser caracterizado como um elemento complementar ao núcleo central, pois atua a partir da contextualização e atualização constante das normas, favorecendo, assim, a coexistência e a articulação de diferentes posicionamentos. Registre-se ainda que também é evidenciada na abordagem estruturalista a necessidade de se considerar a dimensão afetiva como um elemento constitutivo das RS, afinal esta pode exercer influência sobre a organização ou determinação de cognições e comportamentos de indivíduos e/ou grupos.

Deste modo, destacamos três funções atribuídas ao sistema periférico: a concretização, a regulação e a defesa. A concretização permite a formulação objetiva da representação, tornando-a compreensível e assimilável; a regulação está associada à manutenção da estabilidade do núcleo central e a última função corresponde ao próprio sistema de defesa do núcleo central. Diante disso, é importante destacar que o sistema periférico é fundamental ao conteúdo do objeto representado, pois é ele que torna “seus componentes mais acessíveis, mais vivos e mais concretos” (ABRIC, 1998, p. 31).

Ao apresentarmos este breve resumo sobre a TRS na atualidade, objetivamos demonstrar que a escolha por esta ou aquela corrente teórica remete à própria natureza do processo de produção do conhecimento, podendo um mesmo objeto ser estudado sob diferentes matrizes.

Quando optamos por privilegiar a exposição da abordagem estrutural proposta por Abric, o fizemos por concordar com o autor ao dizer que a adoção desta perspectiva pode trazer respostas ao pesquisador que, embora limitadas, podem também ser fundamentais aos estudos de fenômenos representacionais. Em nosso entendimento, sua principal contribuição reside em defender que os comportamentos individuais ou de grupo são determinados por representações sociais contextualizadas, ou seja, pelo próprio campo social no qual elas foram forjadas, vivenciadas e transformadas.

2.2 A ANÁLISE DE DISCURSO (AD)

Sabendo que as representações sociais são construções simbólicas elaboradas com o objetivo de transformar o não-familiar em algo familiar e que esse processo se materializa nos discursos produzidos pelos sujeitos, é possível justificar, por si só, a utilização da análise de discurso como técnica para fazer emergir os sentidos das representações sociais instituídas no imaginário dos PEF sobre a sua intervenção do profissional na AB.

Portanto, ao escolhermos análise de discurso como técnica de interpretação dos sentidos, o fazemos de maneira consciente e referendados nos escritos de uma das principais estudiosas desta escola francesa no Brasil: Eni Orlandi. Segundo a autora, “é pelo discurso que melhor se compreende a relação entre linguagem/mundo, porque o discurso é uma das instâncias materiais (concretas) dessa relação” (ORLANDI, 1996, p.12).

Entretanto, uma rápida observação tanto dos artigos publicados em livros ou revistas, quanto daqueles divulgados em eventos tradicionalmente destinados às discussões do campo das RS nos permite constatar que o uso da técnica de análise de conteúdo idealizada por Bardin é mais frequentemente associada aos estudos de RS do que a análise de discurso.

Segundo Reis (2011, p. 154), a análise de conteúdo

[...] permite visualizar os núcleos organizadores dos discursos, as variáveis e categorias, bem como os conflitos e consensos estabelecidos pelas pessoas dos grupos estudados. Possibilita observar os dados por meio de uma visão ampla, na qual a totalidade do material coletado permite levantar categorias do grupo.

De maneira geral, a análise de conteúdo se faz por intermédio de uma codificação do discurso que recorta, agrega e enumera os dados a fim de chegar a uma representação do conteúdo de um determinado grupo, apresentando suas particularidades a partir de resultados de frequência ou estatística (REIS, 2011).

Não há aqui a intenção de fazer um inventário dos avanços e limites apresentados por cada referencial metodológico disponível aos trabalhos acadêmico-científicos. Entretanto, por compreendermos que esta opção está intimamente relacionada à formação acadêmica do pesquisador, ao processo de produção do conhecimento científico, ao objeto investigado e às finalidades da pesquisa, concordamos com Abric (1994) quando defende a importância de uma

abordagem plurimetodológica das representações sociais. Entendemos ser imprescindível ao enriquecimento da pesquisa a utilização de diferentes (mas complementares) instrumentos metodológicos, devido à própria natureza múltipla da TRS.

Neste sentido, compreendemos que o uso da análise de discurso como técnica coloca em evidência o papel dos atores sociais como produtores de discursos contextualizados social, histórica e culturalmente. Assim, é possível apreender suas realidades e os “efeitos de sentidos produzidos naquele material simbólico” (ORLANDI, 2003, p. 78).

Os estudos em análise de discurso foram inaugurados por Michel Pêcheux no final da década 1960. Neste período, sua teoria foi assentada em um espaço de diálogo entre o marxismo, a linguística e a psicanálise. Segundo Queiroz (2011, p. 1),

Pêcheux (1993) realiza rupturas com as pesquisas estruturalistas que viam a língua apenas como um veículo para a comunicação, limitada em si mesma e busca analisá-la a partir de aspectos que vão além do ato comunicativo, ou seja, aprofunda-se nos aspectos extralingüísticos do discurso a fim de chegar à construção de sentidos do contexto social, histórico e ideológico no qual um determinado enunciado está inserido. Isso implica dizer que a língua é tomada como produto da interação entre os falantes, é um veículo de interação com o mundo e tem o propósito de ocultar questões ideológicas materializadas na linguagem.

Justamente por ocupar-se de lançar este múltiplo olhar sobre os fenômenos sociais, Pêcheux (1988) aponta não existir discurso sem sujeito, nem sujeito sem ideologia, pois é nesta última que os sujeitos se constituem. Orlandi (2003, p. 49) endossa a tese de Pêcheux ao afirmar que “o sujeito, para se constituir e para (se) produzir sentidos, é afetado pela língua e pela história, pois ele só tem acesso a uma parte do que diz, caso contrário, se não se submetesse à língua e à história, não falaria nem, no entanto, produziria sentidos”.

Neste sentido, tomamos como referência em nossa pesquisa a ideia de que estudar discursivamente o conjunto existente entre a língua e a história consiste em não separar forma e conteúdo, buscando apreender a língua numa perspectiva que reúna “estrutura e acontecimento, a forma material vista como o acontecimento do significante (língua) em um sujeito afetado pela história” (ORLANDI, 2003, p. 19).

Convém destacar que, ainda segundo Orlandi (1996), se os sentidos dos discursos não são dados *a priori*, por conseguinte, as palavras proferidas pelos

indivíduos são polissêmicas e compete ao analista/pesquisador desvelar as estruturas linguísticas para chegar aos sentidos que elas portam. Para Orlandi (2003, p.90), a análise de discurso “trabalha com as formas materiais que reúnem forma-e-conteúdo. As marcas formais não interessam diretamente ao analista. O que lhe interessa é o modo como elas estão no texto, como elas se “encarnam” no discurso”.

Isto posto, é mister assinalar também a tese foucaultiana de que os discursos presentes na sociedade são vigiados e trazem consigo fortes marcas das formas de poder, repressão e controle social. Foucault (1995, p. 9) aponta que em “toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes”.

Quanto ao processo de interpretação dos sentidos de um discurso Orlandi (2003, p. 60), destaca duas importantes reflexões referentes à análise: “em um primeiro momento, é preciso considerar que a interpretação faz parte do objeto da análise; e em um segundo momento, é preciso compreender que não há descrição sem interpretação”. Sendo assim, não existe um discurso hermeticamente fechado em si próprio. Existe sim um processo discursivo do qual se pode recortar e analisar diferentes estados ou situações.

Realizar a análise discursiva de um enunciado requer que o pesquisador detenha certa habilidade e estofamento teórico-prático para interpretar os dados, pois é preciso estar atento aos sentidos produzidos pelo discurso e ciente da incompletude que lhe é inerente. Ou, nas palavras de Orlandi (1996, p.10):

Saber como os discursos funcionam é colocar-se na encruzilhada de um duplo jogo da memória: o da memória institucional que estabiliza, cristaliza e, ao mesmo tempo, o da memória constituída pelo esquecimento que é o que torna possível o diferente, a ruptura, o outro.

Logo, proceder à análise de discurso não equivale a extrair dele um conteúdo, mas utilizar-se de sua materialidade discursiva para “compreender como os sentidos – e os sujeitos – neles se constituem, interlocutores, com efeitos de sentidos filiados às redes de significação” (ORLANDI, 2003, p. 91). Isso distingue a análise de conteúdo da análise de discurso. A primeira trabalha com os produtos e a segunda com os processos de constituição. Por isso, escolhemos a análise de discurso como o instrumento que nos possibilita compreender os princípios e os

procedimentos analíticos necessários para fazer os sentidos dos discursos emergirem.

2.3 O TRILHAR DO PERCURSO METODOLÓGICO

Cientes de que a produção de uma pesquisa de natureza qualitativa está intrinsecamente vinculada à relação que o pesquisador estabelece com seu objeto de estudo e registradas as razões que nos fizeram optar pelo uso da TRS e da AD como técnica, destinamos esta seção à descrição de como foi estruturado o percurso investigativo da pesquisa, com destaque à apresentação do processo de elaboração e refinamento do instrumento de coleta até chegar a sua versão final.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, de caráter exploratório, associada ao uso das técnicas de entrevista semiestruturada e de observação não-participante.

Em Oliveira (2013, p. 59) encontramos que a pesquisa de natureza qualitativa “pode ser caracterizada como sendo uma tentativa de explicar em profundidade o significado e as características do resultado das informações obtidas através de entrevistas [...]”. E, ainda segundo a mesma autora, o seu uso está fundamentado na

crença de que existe uma relação dinâmica entre o mundo real, objetivo, concreto e o sujeito; [...] na abordagem qualitativa o pesquisador deve ser alguém que tenta interpretar a realidade dentro de uma visão complexa, holística e sistêmica (OLIVEIRA, 2013, p. 60).

Esta opção metodológica mostrou-se viável pois estabeleceu um profícuo diálogo entre as matrizes teórico-metodológicas adotadas. Ressaltamos, porém, que toda escolha denota uma tomada de posição perante a alguma coisa/fenômeno/objeto o que aponta para uma intencionalidade, consciente ou não, em relação ao objeto. Ou seja, nosso estudo não é uma exceção, portanto, toda a trajetória que descrevermos a seguir endossa nossa compreensão de que a adequação metodológica não diz respeito apenas a um suposto rigor no emprego do método, mas está intimamente relacionada à adoção de um ferramental capaz de conduzir o pesquisador de maneira mais segura à compreensão radical de seu objeto e das relações com ele travadas ao longo do processo de pesquisa. Dito de outra maneira, o método é “parte de um corpo teórico integrado em que ele envolve

as técnicas, dando-lhe sua razão, perguntando-lhes sobre as possibilidades e as limitações que trazem ou podem trazer às teorias a que servem, no trabalho sobre o seu objeto” (LIMOEIRO, 1982, p. 2).

O nosso objetivo foi identificar, analisar e interpretar como estão instituídas nos imaginários dos atores sociais as representações sociais sobre a intervenção do profissional de educação física na ESF. Neste sentido, a escolha desse profissional se justifica não apenas pela delimitação de nosso objeto de estudo, mas pelos indícios e pistas⁶ coletados por meio das imersões preliminares que produzimos no campo, das entrevistas-piloto e entrevistas definitivas realizadas e da revisão de literatura. Ao lançarmos mão destes procedimentos, identificamos que investigar a intervenção profissional do PEF exigiria buscar compreender, principalmente, a natureza das relações que ele mantém com os demais profissionais do NASF e da eSF.

Ao iniciarmos a primeira aproximação de nosso objeto de estudo, procedemos ao levantamento de referenciais bibliográficos que pudessem nos auxiliar na tarefa de (re)conhecimento do campo a ser investigado. Isto posto, revelou-se pertinente a observação direta e não-participante⁷ das práticas profissionais realizadas pelo PEF dentro de uma UBS.

Deste modo, elegemos como atores sociais da pesquisa os profissionais de educação física inseridos na saúde pública, vinculados à Atenção Básica (AB) e que produzem suas intervenções profissionais junto à Estratégia Saúde da Família (ESF). O grupo amostral é composto por 10 (dez) PEF atuantes junto aos NASF de Londrina no momento da pesquisa, perfazendo 100% da referida população. É importante destacar que os PEF participantes da pesquisa são provenientes das 40 UBS do perímetro urbano de Londrina assistidas pela ESF, sendo que cada PEF fica vinculado a um dos dez NASF pertencentes ao município⁸.

⁶ Tal como Ginzburg (1989) assumimos que a leitura e a interpretação de pistas, sinais e indícios são uma forma privilegiada de reconstrução da realidade em estudos de natureza qualitativa, da área das Ciências Humanas. Segundo o autor, “o que caracteriza esse saber é a capacidade de, a partir de dados aparentemente negligenciáveis, remontar a uma realidade complexa não experimentável diretamente (p. 152). Trata-se, em suas palavras, de um conhecimento “indireto, indiciário e conjectural” (p. 156).

⁷ Quando falamos de observação não-participante, nos referimos a um recurso complementar de coleta de dados no qual, segundo Godoy (1995), “[...] o pesquisador atua apenas como espectador atento. Baseado nos objetivos da pesquisa e num roteiro de observação, o investigador procura ver e registrar o máximo de ocorrências que interessam ao seu trabalho” (p. 27).

⁸ Atual distribuição das 10 equipes NASF no município de Londrina: NASF 1 (Leste) – Unidades: Marabá, Vila Ricardo, Ernani e Armindo Guazzi; NASF 2 (Leste) – Unidades: Ideal, Novo Amparo,

No sentido de tentar preservar esta pequena amostra, começamos a conhecer a realidade do campo por meio de conversas de aproximação (tratadas por nós como um pré-piloto) realizadas de forma assistemática no município de Campo Mourão, opção feita pela facilidade de acesso aos profissionais que atuam (ou atuaram em algum momento) na ESF da cidade. Foram realizadas conversas de aproximação com: 1 enfermeira de formação, professora do ensino superior privado e responsável pela disciplina de estágio do curso de Educação Física na saúde pública; 1 ex-enfermeiro da assistência, professor do ensino superior em uma instituição privada; 1 fisioterapeuta vinculada ao NASF local; 1 PEF que atuou junto ao NASF quando da sua implementação na cidade e a Secretária Municipal de Saúde em exercício que já havia atuado, por 4 anos, como médica do sistema público de saúde do município.

A todos eles foi esclarecido que este contato tinha como finalidade introduzir a pesquisadora na realidade da saúde pública local, devido à intenção de mergulhar mais profundamente neste campo para a realização de uma pesquisa sobre a intervenção do PEF no município de Londrina. Fizemos esta escolha processual, cientes de que muito daquilo que fora lá apreendido diz respeito apenas e tão somente à realidade local. Entretanto, ao pensarmos sob o aspecto da legislação federal norteadora das ações de implantação e execução da ESF e do NASF, os princípios gerais são os mesmos, independentemente das políticas próprias de cada município.

Por tratar-se de uma conversa de aproximação, a conduta foi a de ouvir o relato de cada profissional sobre a sua experiência junto à saúde pública, mais especificamente junto a ESF e ao NASF, de modo a fazer apenas interferências pontuais em seus discursos, quando necessárias. Após cada conversa, tão logo fosse possível, foram registrados no diário de campo discursos que portassem informações entendidas como relevantes à compreensão da lógica inerente ao funcionamento da ESF/NASF.

Mister Thomas e Lindóia; NASF 3 (Sul) – Unidades: Cafezal, Ouro Branco, Parque das Indústrias, Itapoã e União da Vitória; NASF 4 (Sul e Centro) – Unidades: Piza, San Izidro, Eldorado e Vila Brasil; NASF 5 (Oeste) – Unidades: Panissa, Tóquio, Bandeirantes e Alvorada; NASF 6 (Oeste) – Unidades: Leonor, Santiago, Cabo Frio e Jardim do Sol; NASF 7 (Norte) – Unidades: Chefe Newton, Parigot e Vivi Xavier; NASF 8 (Norte) – Unidades: Maria Cecília, João Paz e Aquiles; NASF 9 (Centro) – Unidades: Guanabara, Centro, Casoni e Fraternidade; NASF 10 (Centro e Norte) – Unidades: CSU, Carnascialli, Vila Nova e Milton Gavetti.

Ao realizarmos uma leitura crítica dos dados coletados nesta primeira imersão, ficou caracterizada a necessidade de observar o trabalho de alguns PEF dentro das UBS de Londrina, a fim de verificar se havia alguma similitude entre os indícios e pistas levantados em Campo Mourão e aquilo que era realizado em Londrina. Para tanto, foi entregue à Autarquia Municipal de Saúde um pedido de autorização provisória para que pudéssemos frequentar as UBS e manter contato com seus servidores. Em paralelo a essa ação, aguardávamos a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL (CEP/UEL)⁹ para a expedição de autorização definitiva¹⁰ por tratar-se de um estudo com seres humanos.

Recebido o aval do órgão competente, o primeiro contato foi feito por intermédio de um dos PEF, apresentando-lhe uma ideia geral do projeto de pesquisa e solicitando a permissão para estarmos junto ao grupo de PEF e podermos estender a todos os objetivos de nosso estudo. Chegada a data da reunião ordinária da categoria profissional, nos apresentamos ao grupo e passamos a esclarecer quais eram nossos objetivos, para depois definirmos as datas e locais em que daríamos início ao processo de observação. O critério básico utilizado para essa definição foi a disponibilidade dos próprios PEF.

Vale ressaltar que, pouco tempo após este contato, várias UBS deixaram de ter o PEF devido ao processo de ruptura do contrato temporário de trabalho por parte da Prefeitura com alguns dos PEF, em função da efetivação do concurso público para o provimento dos 10 cargos relativos a intervenção do PEF junto ao ESF.

Sendo assim, a observação não-participante¹¹ aconteceu de maneira pontual acompanhando o trabalho de quatro PEF pertencentes aos NASF 1, 5, 6 e 8. Mais especificamente em três unidades da zona norte (UBS João Paz, UBS Aquiles Stenghel e UBS Imagawa/Cabo Frio); duas da zona oeste (UBS Santiago e UBS Bandeirantes) e uma da zona leste (UBS Marabá). Buscamos responder às seguintes questões a partir da observação não-participante:

⁹ Projeto de pesquisa aprovado, conforme Parecer CEP/UEL: 043/2014.

¹⁰ Autorização definitiva de pesquisa obtida junto a Autarquia Municipal de Saúde/Prefeitura do Município de Londrina sob o registro: C.D.08/2014/CEEPC/GPQS/AMS/PML.

¹¹ Quando falamos de observação não-participante, nos referimos a um recurso complementar de coleta de dados no qual, segundo Godoy (1995), “[...] o pesquisador atua apenas como espectador atento. Baseado nos objetivos da pesquisa e num roteiro de observação, o investigador procura ver e registrar o máximo de ocorrências que interessam ao seu trabalho” (p. 27).

- Qual a natureza da intervenção produzida pelo PEF nas UBS?
- Como tem sido organizado o serviço e a rotina do PEF inserido na ESF de Londrina?

Para tanto, foram registradas no diário de campo informações que pudessem auxiliar na compreensão de como são organizadas a intervenção e a rotina dos PEF. Tais como:

- Descrição das atividades profissionais realizadas;
- Local de realização das PCAF;
- Número de participantes das PCAF;
- Participação de outros profissionais da eSF/NASF no planejamento e na execução das atividades propostas;
- Recursos materiais utilizados;
- Relação entre PEF e usuários;
- Relação entre PEF e profissionais da equipe de referência (eSF);
- Relação entre PEF e demais profissionais do NASF.

Em todas as unidades foram acompanhadas apenas as intervenções dos PEF e, de modo geral, as rotinas observadas incluíam atividades como:

- Grupos de ginástica, alongamento e/ou caminhada – oferecem PCAF coletivas de 1 a 3 vezes por semana (dependendo da realidade de cada UBS). Os grupos são majoritariamente compostos por mulheres idosas;
- Grupos educativos multidisciplinares – ações de orientação para a promoção de modos de vida saudáveis a partir da intervenção profissional em diferentes áreas do conhecimento, tais como: nutrição, psicologia, educação física, fisioterapia e farmácia;
- Grupos de tabagismo – terapia em grupo para auxiliar fumantes interessados em abandonar o vício de fumar. Inclui a distribuição de adesivos de nicotina para auxiliar no tratamento e a marcação de consulta médica para acompanhamento e orientação individual;
- Grupo de diabéticos e hipertensos – ações de natureza educativa e terapêutica para acompanhamento de pacientes diagnosticados com diabetes e/ou hipertensão;

- Visita domiciliar – recurso de promoção, assistência e vigilância à saúde dos usuários do território sob a responsabilidade da equipe multiprofissional de saúde. O PEF participava de visitas, à época da observação, principalmente com a finalidade de aplicar a avaliação multidimensional do idoso (pactuada junto à gestão municipal de saúde como uma ação própria do PEF);
- Avaliação individual – todos os usuários inseridos nos grupos de PCAF passam por uma espécie de ficha de anamnese sobre a sua situação geral de saúde e seus hábitos/modos de vida. São inseridas nesta avaliação as medidas de peso, altura, circunferência de abdômen e pressão arterial do indivíduo;
- Reuniões de categoria ou de formação em serviço aos profissionais do NASF.

Dentre as atividades citadas acima, os grupos de ginástica, alongamento e/ou caminhada são apontados pelos próprios PEF como a sua principal responsabilidade ou demanda mais enfática emanada tanto da comunidade, quanto dos profissionais de saúde da UBS e dos gestores municipais.

Estudo de Souza e Loch (2011), realizado em municípios do norte do Paraná, confirmam este discurso dos PEF ao concluir que “a intervenção na atenção básica é realizada na maioria dos casos através de grupos específicos de atividades físicas” (p. 5). Talvez a predominância desta compreensão se deva a própria natureza da formação profissional do PEF, fortemente associada apenas à competência técnica para prescrição e orientação de exercícios/atividades físicas.

De posse dos dados reunidos a partir do pré-piloto em Campo Mourão e da observação não-participante em UBS de diferentes bairros do município de Londrina, começamos a delinear os pontos que norteariam a construção do primeiro roteiro¹² de entrevista semiestruturada¹³. Este roteiro de entrevistas aplicado durante o

¹² Assumimos aqui o roteiro de entrevista como um recurso norteador da coleta, sem nenhum compromisso com a padronização e ordenação de questões hermeticamente fechadas. Tal como Votre (1993), defendemos que “o roteiro, na sua função de guia, favorece a liberdade vigiada da entrevista, que deve transcorrer como conversa relativamente espontânea, sem fugir do assunto previsto, e permite cobrir os tópicos estabelecidos no problema. O entrevistador, que deve ser conhecedor da íntegra do projeto, tem a liberdade necessária e suficiente para mudar a sequência das intervenções com base no fluxo da conversação, bem como para adequar o vocabulário ao nível de compreensão do informante, sem com isso prejudicar o roteiro básico (p. 60)”.

¹³ Optamos pelo uso da entrevista semiestruturada gravada digitalmente e realizada a partir de um roteiro minimamente estruturado que privilegie o protagonismo do ator social ao elaborar o seu

projeto piloto da pesquisa ficou estruturado a partir dos seguintes tópicos norteadores:

- a) relato de experiência profissional na ESF;
- b) avaliação sobre a ESF como parte da política nacional de saúde;
- c) intervenção em equipe multiprofissional;
- d) relevância da inserção do PEF na ESF.

Ao concluirmos o processo de aplicação do piloto, chegamos ao roteiro final de entrevistas, o qual foi validado pelos membros da banca de qualificação e passou a ser configurado em duas grandes áreas temáticas, tal como segue abaixo:

1. Trabalho e intervenção profissional:

- a) Forma de ingresso;
- b) Regime de trabalho;
- c) A Estratégia Saúde da Família (ESF);
- d) Recepção do PEF na ESF;
- e) Natureza de sua intervenção;
- f) Perfil (características) do PEF para atuação na ESF;
- g) Caracterização do saber multidisciplinar (trabalho em equipe; integralidade do cuidado; autonomia dos usuários e vínculo);
- h) Execução do matriciamento;
- i) Avaliação da resolutividade do cuidado em equipe multiprofissional;
- j) Importância do ACS para a intervenção do PEF;
- k) Intervenção do PEF e o usuário;
- l) A ESF para o usuário;
- m) Relevância da inserção e intervenção do PEF na ESF.

2. Formação Profissional:

- a) Formação inicial (graduação);
- b) Capacitação e/ou treinamento.

A conduta processual adotada para a realização das entrevistas passou, necessariamente, pelo prévio agendamento de um encontro individual com os atores

discurso sobre a temática proposta. Também fizemos uso do diário de campo para registrar as observações e informações que considerávamos como relevantes à pesquisa, mas que não podem ser captadas pelo gravador digital.

sociais, no dia, horário e local determinado por cada um deles. Deste modo, foi possível envolvê-los mais ativamente no processo e evitar que interferências externas pudessem prejudicar o andamento e a qualidade das entrevistas.

Ao tomarmos o processo de entrevista enquanto instrumentalização própria da coleta de dados, corroboramos Manzini (1990/1991, p.154) ao afirmar que uma entrevista semiestruturada

[...] está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

Neste sentido, a entrevista partiu da seguinte questão deflagradora: Como se deu o seu ingresso profissional na ESF/NASF? A opção por iniciarmos a conversa com esta pergunta foi por acreditarmos que, a partir dela, seria possível criar um ambiente de maior descontração, pois os atores sociais estariam mais a vontade para produzirem seus relatos fundamentados na experiência que já traziam sobre o assunto. De fato, a nossa opção mostrou-se acertada e facilitou o processo de interação entre entrevistadora e entrevistados, assim como criou também situações que nos permitiram explorar de forma mais radical os elementos discursivos relevantes à pesquisa.

As entrevistas foram realizadas individualmente e ao término de cada uma delas procedemos à escuta dos discursos e à leitura do diário de campo, a fim de interligarmos todas as informações coletadas.

Do processo de análise dos discursos, buscando a interpretação de seus sentidos e significados, identificamos o núcleo central e os sistemas periféricos que constituem as representações sociais sobre a intervenção do PEF na ESF. Os resultados obtidos e as discussões atinentes a eles são apresentados a seguir.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a compilação dos dados recorreremos ao uso da análise de discurso (AD) enquanto técnica que compreende cada estrutura discursiva em sua singularidade e que, ao interpretá-la, o faz a partir do contexto e das relações sociais que fomentaram a sua produção.

Segundo Orlandi (2003, p. 16), os estudos de AD “visam pensar o sentido dimensionado no tempo e no espaço das práticas do homem”. Logo, ressaltamos que nossa intenção está centrada no ato de refletir não apenas sobre a linguagem, mas essencialmente sobre as relações simbólicas travadas pelo sujeito em seu cotidiano e a influência exercida pela história e pela ideologia em um dado contexto.

No Brasil, a AD está vinculada, essencialmente, à linguística, ao marxismo e à psicanálise. É a partir desta tríade indissociável que o analista busca compreender os efeitos de sentido do discurso e as condições de produção que o determinam. Ao ocupar-se da investigação dos sentidos presentes nas formações discursivas, a AD alia “a teoria da ideologia, a teoria da sintaxe e da enunciação, e a teoria do discurso como determinação histórica dos processos de significação. Tudo isso atravessado por uma teoria psicanalítica do sujeito.” (ORLANDI; LAGAZZI-RODRIGUES, 2006, p. 13).

A fim de resgatar os conceitos-chave da AD buscamos em Orlandi e Lagazzi-Rodrigues (2006) o aporte teórico introdutório, fundamental àqueles que se aventuram pelo universo das ciências da linguagem. O primeiro conceito basilar que nos interessa é o discurso, pois é nele que se materializa a ideologia. Para Pêcheux, já nos idos anos de 1960, a noção de discurso extrapolava a mera troca de informação entre locutores. Estabeleceu-se, a partir de seu pensamento, a ideia de que o discurso é efeito de sentidos entre quem enuncia e quem recebe a mensagem, sendo que tanto os locutores quanto a própria informação em si são diretamente afetadas pelas condições de produção do discurso (ORLANDI; LAGAZZI-RODRIGUES, 2006).

Já o texto é para a AD a materialidade, a estruturação física do discurso. Segundo Orlandi e Lagazzi-Rodrigues (2006, p. 16),

[...] se procura ver o texto em sua discursividade: como em seu funcionamento o texto produz sentido. E entender isso é compreender como o texto se constitui em discurso e como este pode ser compreendido em função das formações discursivas que se constituem em função da formação ideológica que as determina.

Chamamos a atenção para o fato de não tomarmos as palavras soltas, pois embora tenham vocação para tornarem-se texto, a base teórica da AD francesa nos alerta que elas não portam significados em si. Nessa linha de raciocínio, lançamos mão do pensamento de Orlandi (1995, p. 111) ao afirmar que “é o texto que significa. Quando uma palavra significa é porque ela tem textualidade, ou seja, porque a sua interpretação deriva de um discurso que a sustenta, que a provê de realidade significativa”.

Tal afirmação remete novamente à centralidade da perspectiva histórico-social na AD de origem francesa: a historicidade não é externa ao texto, pelo contrário é seu elemento fundante e determina a produção de sentidos nele contidos (ORLANDI, 1995).

Assim, sendo o texto “uma unidade significativa” (ORLANDI; LAGAZZI-RODRIGUES, 2006, p. 22), o mesmo não pode ser tratado como algo acabado, fechado em si próprio quando tomado na perspectiva do discurso. Isso porque ao relacionar-se com o que lhe é interno e externo, o texto revela, por meio de sua textualidade, como se dá o seu próprio funcionamento e as relações que estabelece com outros textos – intertextualidade (ORLANDI; LAGAZZI-RODRIGUES, 2006).

No que tange a análise propriamente dita, a AD se utiliza dos expedientes tanto da descrição, quanto da interpretação para compreender os processos que constituem as formações discursivas. Deste modo, quando assumimos a AD como técnica o fazemos por entender que ela seja a ferramenta capaz de nos guiar ao longo do processo de fazer emergir dos discursos de nossos atores não apenas aquilo que está explicitamente dito em seus enunciados, mas desvelar também seus não-ditos e interditos tomando os contextos de produção, as relações de sentido e as memórias discursivas como seus elementos constitutivos fundantes.

Isto posto, fizeram parte desta pesquisa os 10 (dez) profissionais de educação física que produzem suas intervenções profissionais junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em unidades básicas de saúde do município de Londrina.

Todos foram efetivados por meio de concurso público e ingressaram neste serviço como estatutários a partir do ano de 2014; até então aqueles que já atuavam

neste campo eram contratados temporários ou emergenciais recrutados via processo seletivo¹⁴.

Possuem entre 28 e 34 anos, sendo a média de idade de 30,9 (trinta anos e nove meses). Quanto à formação inicial, 09 (nove) cursaram a graduação em instituições de ensino superior públicas do Paraná e 01(um) em instituição comunitária gerida por uma entidade filantrópica no estado do Rio Grande do Sul, datando de 2006 a conclusão mais antiga e de 2011 a obtenção mais recente do título de graduado.

Deste universo amostral, 03 (três) profissionais cursaram bacharelado em educação física e os demais licenciatura plena nesta mesma área. Ainda no que diz respeito à formação profissional, todos possuem uma ou mais especializações *lato sensu* relacionadas à Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Saúde da Família e 02 (dois) possuem mestrados vinculados a grande área da saúde. Quanto à experiência profissional neste campo de intervenção, 02 (dois) profissionais não traziam experiência anterior e a média de experiência perfaz os 04 (quatro) anos de trabalho.

Embora cada discurso seja único, apresentaremos aqui as estruturas discursivas que portam conteúdos similares e sentidos relevantes sobre o objeto investigado. Desta maneira, nossa escolha foi orientada pela força presente em cada estrutura discursiva, privilegiando a identificação dos sentidos atribuídos por cada ator social à intervenção do profissional de educação física na Estratégia Saúde da Família, buscando não perder de vista as teias de relações que estes tecem cotidianamente e sem a intenção de atribuir nenhum juízo de valor ou de estabelecer comparações entre os discursos.

Ao longo do processo de escuta das entrevistas, nos deparamos com dados que identificamos como interessantes, em função da maneira como estavam inseridos nos discursos, pois compunham textos ou unidades de análise dotadas de textualidade, sendo esta última compreendida como a “relação do texto consigo mesmo e com a exterioridade” (ORLANDI, 2006, p. 22). Neste sentido, ao se apresentarem como textos, nos permitiu realizarmos uma leitura mais radical do elemento que ancora o núcleo central da representação social que o PEF possui sobre a ESF.

¹⁴ A duração destes contratos variou conforme o interesse da administração pública, havendo tanto casos de renovação, quanto de encerramento ao término do prazo regular inicial.

Como síntese da imersão no elemento de ancoragem do núcleo central (NC) identificamos que a própria RS sobre a ESF é o determinante principal do processo de constituição da RS sobre a intervenção do PEF no campo da ESF. A partir da identificação dos sentidos que aqueles textos portavam, nos foi possível identificar a natureza e a qualidade dos conhecimentos que, além deste núcleo central, existiam também no conjunto de sistemas periféricos responsáveis tanto pela articulação da realidade com o núcleo central, quanto pela proteção do mesmo.

Aqui se torna relevante ressaltarmos que ao lançarmos mão dos princípios norteadores da abordagem estrutural das representações sociais a estamos assumindo enquanto um conhecimento que se apresenta organizado, ao mesmo tempo em que é atravessado por distintas dimensões. Esse aspecto afasta nossas análises de uma visão reducionista que entende as representações sociais apenas como um conjunto de eventos e processos puramente cognitivos.

Ao nos aproximarmos da Teoria do Núcleo Central para compreendermos os sentidos que uma representação social porta, o fazemos tomando como referencial a ideia de aportarmos as representações sociais a partir daqueles que são considerados por esta corrente teórico-metodológica como seus três componentes essenciais, quais sejam: o seu conteúdo, a sua estrutura interna e o seu núcleo central.

No estado atual da teoria podemos dizer que uma RS se define tendo dois elementos referenciais: seu conteúdo (informações e atitudes) e sua organização, ou seja, estrutura interna (campo da representação). Em nossas análises não tomamos os elementos constitutivos do conteúdo como aspecto a ser observado. Tomamos como norteador de nossa leitura da representação sua estrutura, isto porque, ela se apresenta assentada sobre uma hierarquia estabelecida entre os elementos determinados pelo núcleo central.

Aqui apresentamos o pensamento de ALVES-MAZZOTTI (2013, p. 12.850) sobre essa questão, por entendermos que ela caracteriza muito bem a argumentação que justifica nossa posição em relação aos procedimentos por nós adotados ao longo do processo de análise dos sentidos das representações sociais identificadas nesta pesquisa.

Uma vez que nenhuma técnica por si só permite identificar esses três componentes, o autor sugere uma abordagem pluri-metodológica, articulada em três etapas: (a) levantamento do conteúdo da representação; (b) pesquisa da estrutura, buscando identificar as

relações e a hierarquia entre os elementos; e (c) verificação da centralidade dos possíveis constituintes do NC.

Entretanto, ressaltamos que lançar mão de uma pluralidade metodológica deve estar, necessariamente, acompanhada de uma consistente argumentação sobre como os diferentes componentes se relacionam ao contexto, atitudes, valores, práticas e referências dos atores sociais envolvidos com a pesquisa.

Assim, considerando a centralidade que os elementos estruturais possuem em nossas análises, lembramos que para a Teoria do Núcleo Central toda representação social tem uma organização hierárquica própria, estruturada a partir de um núcleo central dotado de um ou mais elementos estáveis que a caracterizam e definem. Ou nas palavras de Abric (1994 *apud* Sá, 1996, p. 62):

A organização de uma representação apresenta uma característica particular: não apenas os elementos da representação são hierarquizados, mas além disso toda a representação é organizada em torno de um núcleo central, constituído de um ou de alguns elementos que dão à representação o seu significado.

Já o sistema periférico que envolve e se relaciona com o núcleo central carrega a função de proteger esse núcleo central, bem como permitir que os diferentes conteúdos (informações e atitudes) que por vezes são conflitantes, convivam e se integrem de modo a se conformarem a realidade concreta ou às histórias individuais de vida.

Neste sentido, lançamos mão do discurso de Sá (1996, p. 77) corroborando a proposta elaborada por Abric ao enfatizar que o sistema central é “estável, coerente, consensual e historicamente determinado; o sistema periférico é, por seu turno, flexível, adaptativo e relativamente heterogêneo quanto ao seu conteúdo”.

Em relação ao instrumento utilizado para registrarmos/coletarmos os discursos, destacamos que o roteiro de entrevista definitivo¹⁵ trazia elementos relacionados tanto à intervenção quanto à formação profissional, com o objetivo de tentarmos fazer emergir do silêncio dos discursos as representações sociais sobre o PEF na ESF.

Neste sentido, foi possível identificar tanto pontos de consenso, quanto pontos de conflito acerca do objeto investigado, fato esse que nos remeteu à obra de Vitor Marinho, intitulada “Consenso e Conflito – educação física brasileira” (2005, 2ª edição) como fonte teórica primeira na qual fomos buscar os conhecimentos

¹⁵ Vide APÊNDICE A.

necessários à produção das argumentações que utilizamos para justificarmos nossas análises dos sentidos das representações sociais identificadas.

Neste livro, ao realizar uma análise crítica da história da educação física brasileira o autor aponta que ela é permeada por relações de consenso (onde há a clara opção pela manutenção da ordem vigente) e de conflito (onde prevalece uma postura crítica e questionadora do estabelecido).

Aqui se torna necessário ressaltarmos que para nós está claro que refletir sobre o paradigma do consenso exige uma rápida visita aos pensamentos produzidos por Émile Durkheim e Augusto Comte sobre a temática.

Podemos dizer que Durkheim, da mesma forma que Comte, afirma que para o paradigma do consenso, os valores em comum e a cooperação entre os sujeitos sociais são práticas essenciais para que a sociedade funcione de forma organizada, como um todo. O não-dito presente no discurso durkheimiano faz emergir a ideia de integração.

Assim, para o autor, elaborar um pensamento consensual acarreta em uma colaboração direta para que se estabeleça um olhar sobre os fenômenos com desenho forjado, principalmente, nas questões valorativas relativas à moral e à normatização dos comportamentos sociais, princípio que acabou gerando o que conhecemos como “mito do controle coercitivo”.

Entretanto, seria interessante destacarmos aqui que o paradigma do consenso, em plena concordância com os ideais positivistas, funcionalistas e darwinistas sociais, procura manter (no sentido de conservar a sociedade tal como se apresenta) a reprodução das estruturas existentes.

Reside aí, do nosso ponto de vista, o grande defeito da tendência, pois o paradigma do consenso não considera os conflitos existentes no interior de qualquer sistema social. Muito pelo contrário, o consenso é assumido como paradigma que, em muitos casos, serve de gerador das soluções e aprimoramentos dos problemas que se estabelecem na sociedade.

Já em relação às bases para a compreensão do paradigma do consenso alicerçadas nas ideias pertinentes ao pensamento positivista elaborado por Auguste Comte requer, de maneira geral, que lancemos um olhar sobre o pensamento comteano que nos permita tornar bem clara a sua ideia fundante, qual seja: a sociedade deve, necessariamente, ser tomada como um organismo vivo que

somente pode ser compreendido por intermédio da observação e da experimentação, a fim de apreender as leis e normas que lhe são próprias.

Assim, para se produzir um pensar sobre o conhecimento e a sociedade deve-se considerar que ambos estão em um constante processo evolucionário, o qual seria constituído de três estágios (Lei dos Três Estágios) que garantem que o conhecimento e a sociedade evoluam numa direção claramente definida.

De maneira geral, podemos dizer que no estágio inicial, teológico ou fictício, a concepção de homem e de mundo, bem como os fenômenos são explicados por referência à vontade dos deuses, as crenças, sobrenatural e realidades transcendentais.

No estágio intermediário, metafísico ou abstrato, basicamente, a teologia é substituída por uma concepção filosófica de homem e de mundo. Recorre-se a conceitos mais abstratos, referentes a processos universais, tal como o de natureza.

No estágio final, científico ou positivo, a ciência é a fonte explicativa de nosso estar no mundo e o conhecimento passa a se basear na descrição dos fenômenos e na descoberta das leis objetivas que os determinam. É o estágio em que o conhecimento pode gerar mudanças fecundas na vida das pessoas.

Considerando o consignado por Comte nos elementos referentes aos três estágios, portanto, sob a ótica do paradigma positivista, podemos inferir que aquilo que pode ser identificado como um bom funcionamento da sociedade está ancorado nas ideias de manutenção da ordem, estabilidade de valores e crenças e nos sistemas hierárquicos como forma de garantir a construção de condições mais favoráveis à organização de um processo evolutivo de desenvolvimento e de progresso.

Com base na argumentação teórica fundamentada no pensamento comteano podemos inferir que o paradigma consensual, como orientador da tessitura das relações que ele estabelece com as coisas do mundo objetivando compreendê-las, fica marcado por uma vocação conservadora que dispensa, enquanto aspecto fundante das análises, o desenvolvimento de um olhar crítico em detrimento de uma perspectiva funcional e estruturalista da própria realidade social.

Sander (1984, p. 17) aponta que a noção de *consensus universalis* presente na sociologia do consenso proposta por Comte enfatiza que

[...] a ordem, o equilíbrio e o controle como fatos sociais centrais e se preocupa com a definição ideal do fim e dos objetivos a serem

alcançados em função da comunhão de ideias dos participantes da sociedade ou da organização.

Ainda na esteira do pensamento sociológico desenvolvido por Comte, temos, na França do final do século XIX, Durkheim defendendo a imperatividade do consenso social. Em sua perspectiva a sociedade pode ser identificada como um sistema de normas, regras, valores e crenças que se impõe à constituição do indivíduo sem que este tenha consciência do poder coercitivo que esta moralidade exerce sobre ele. Castro e Dias (1992, p. 94) registram que Durkheim

[...] partiu do *insight* de que o indivíduo, como membro da sociedade, não é totalmente livre para tomar suas próprias decisões morais mas, num certo sentido, “coagido” a aceitar as orientações comuns à sociedade da qual faz parte.

Por fim, podemos dizer que ao longo da história das sociedades plurais foram elaboradas as análises sobre os fundamentos da ordem social. Ressaltamos aqui uma das abordagens, por esta ter influenciado direta e significativamente a modernidade enquanto argumentação para a compreensão das representações sociais identificadas. Referimo-nos à visão harmonicista que apresenta como seu fundamento básico a real existência de um consenso social universal, o que pode ser confirmado pelo discurso de Pugliesi (2009, p. 3) quando nos diz que a

[...] sociologia, dita clássica, voltava-se ao estudo da ordem social, ao *consensus universalis* apresentado por uma, teoricamente, existente consciência coletiva e mesmo, por influência da psicanálise, num inconsciente coletivo. Essa pretensão ao consenso se estendia mesmo às diferenças (...) substantivas entre as sociedades organizadas (...). Por efeito de esperar-se do consenso a formulação de um pacto social onicompreensivo e capaz de assegurar os direitos sociais e individuais com o mínimo de custo social.

A ideia posta remete a existência social ser fundamentada em um consenso, portanto, harmoniosa por natureza, o que permite o desenvolvimento de uma sociedade segura, pois se consolidam seus valores e moral. Para nós é importante esse marco teórico porque demonstra de forma clara que a teoria do consenso diz buscar o progresso e que este seria a finalidade da ordem, seu objetivo. Mas, sob este prisma não se fala de qualquer tipo de ordem, e sim da ordem arquitetada, planejada, mirando a universalidade e a sociabilidade, combinando os campos racional, emotivo e pragmático.

Em contraposição à sociologia do consenso, temos a sociologia do conflito. Nela se rejeita a noção de harmonia e integração como centrais ao funcionamento social, elegendo a mudança e a transformação como *leitmotiv* desta corrente do pensamento sociológico, fortemente marcada e estabelecida em bases marxistas. Segundo Sander (1984, p. 29),

[...] a preocupação central da sociologia do conflito é a explicação dos fenômenos do poder, da mudança social e das contradições que caracterizam a formação e a ação dos grupos sociais, das organizações humanas e da sociedade como um todo. Com a adoção do conflito como fato social central, as noções de ordem e progresso do organicismo positivista são substituídas pelos conceitos de movimento e transformação.

A maioria das teorias sociais tem historicamente sido baseadas na noção de consenso. Foi somente a partir da produção do conhecimento elaborado por pensadores marxistas e anarquistas, na metade do século XIX, que começaram a aparecer as primeiras noções de conflito e que logo tomaram lugar do consenso dentro da teoria social.

Para essa abordagem a cultura em si é criação de uns poucos privilegiados, isto porque ela assumida como um meio pelo qual os poderosos, que são aqueles com riqueza ou status social, impõem sua vontade sobre a sociedade. Outra característica dessa abordagem diz respeito ao fato dela defender o princípio da necessidade de se determinar quem, por que e como aqueles com poder puderam impor específicos aspectos de cultura em uma sociedade.

Neste sentido, o paradigma do conflito é caracterizado por práticas sociais que, por princípio, compreendem a realidade como um processo dialético permeado por contradições capazes de produzir transformações sociais significativas. Ou ainda lançando mão do pensamento e discurso de Sander (1984, p. 34), ao dizer que

[...] a partir das confluências e dos confrontos entre as pessoas na sua vida cotidiana, relações se estruturam, instituições se constroem [...] num permanente processo de transformação social.

Gadotti (2003) aponta que no contexto educacional a pedagogia do conflito indica a busca de rompimento e superação dos paradigmas positivistas, por meio do trabalho revolucionário/transformador do educador. Em síntese, podemos dizer que a pedagogia do conflito exprime a reação produzida pelo pensamento de marxiano de tomar uma posição clara e objetiva “contra a dominação, contra a falta de

liberdade, contra a opressão, esse desejo profundo do homem de ser livre” (GADOTTI; FREIRE; GUIMARÃES, 1995, p. 65).

Brevemente situados os paradigmas do consenso e do conflito (visto não serem eles efetivos objetos de nossa pesquisa), no que se refere ao nosso estudo é identificamos nos discursos dos atores sociais entrevistados que há saberes consensualizados a respeito: do despreparo do PEF para a intervenção na AB; da necessidade de saber trabalhar em equipe; da relevância da inserção do PEF na ESF; da importância do ACS para a sua intervenção profissional e da visão que o usuário tem sobre o PEF na ESF.

Em Moscovici e Doise (1991) encontramos que o consenso tem um papel importante na reconciliação entre diferentes olhares sobre um mesmo fenômeno, a fim de amalgamá-los numa única visão socialmente aceita por todos. Para os citados autores, o papel do consenso consiste em conduzir

[...] as opiniões opostas e as vontades rivais a descobrirem o seu traço de união. [...]. Muito mais do que uma prática de discussão que serve para resolver conflitos, ele é um tipo de instituição, obra de todos, aceito por todos (p. 6).

Neste sentido, é possível inferir que o consenso nasce das relações humanas circunscritas em um determinado tempo e espaço, revelando as escolhas realizadas pelo grupo com o propósito de manter-se unido, suprimir possíveis erros e reafirmar os laços de confiança mútua (MOSCOVICI; DOISE, 1991).

Em função das trilhas que percorremos até o presente momento, tornou-se imperativo que passássemos a orientar o nosso caminhar tomando como aspecto referencial principal a construção de um sólido aporte teórico que sirva de justificação, do ponto de vista metodológico, à nossa opção por trabalhar as análises das representações sociais a partir das noções de consenso e conflito.

Foi então que chegamos ao estudo desenvolvido por Villas Bôas e Sousa (2011), no qual as autoras realizam uma investigação acerca da historicidade das representações sociais de Brasil e apresentam uma proposta metodológica que lança mão da teoria das RS, associada à história efetual e à história conceitual.

Este estudo se insere em um projeto maior, iniciado pelas pesquisadoras Sousa e Arruda, no ano de 2006 e intitulado: “Imaginário e representações sociais de jovens universitários sobre o Brasil e a escola brasileira”. À medida que as autoras descrevem o percurso metodológico da pesquisa que desenvolveram, procuram pontuar com clareza cada uma das etapas realizadas, as quais podem ser

assim resumidas: 1) identificação do eixo organizador (diversidade) das RS de Brasil; 2) elaboração de uma lista associações (sinônimos e atributos) relacionadas à diversidade; 3) seleção de referências históricas; 4) construção de uma matriz de análise; 5) preparação e descrição dos dados e 6) análise dos dados a partir da “fusão de horizontes interpretativos”, proposta por Hans-Georg Gadamer.

Declaradamente ocupadas com a história dos conceitos, Villas Bôas e Sousa (2011) buscaram “estabelecer indicadores que considerassem as delimitações conceituais tanto da contemporaneidade, como de épocas passadas em relação à diversidade” (p. 206). Ao longo do processo investigativo por elas descrito, nos chamou a atenção o uso que fizeram de um quadro no qual é organizada uma lista de associações/sinônimos (extraídos de verbetes de dicionários) relativas ao conceito de diversidade.

Trabalhando a partir da proposta analítica de Villas Bôas e Sousa, iniciamos o processo de sistematização dos dados com a estruturação de uma tabela¹⁶ que apresenta uma visão geral dos elementos identificadores da ideia central consignada em cada um dos discursos registrados, pois vislumbramos com essa prática a possibilidade de potencializarmos nossas análises.

Organizada a tabela contendo a ideia central do discurso de cada ator social para todos os tópicos norteadores do roteiro final de entrevista semiestruturada, constatamos que tal adequação metodológica propiciou uma melhor visualização dos textos a serem analisados, na medida em que permitiram que realizássemos uma aproximação dos textos considerando suas afinidades de sentidos.

A partir das análises que realizamos dos dados organizados na referida tabela, nos foi possível fazer emergir e visualizar claramente os pontos de consenso e de conflito nos extratos discursivos analisados. Além disso, alguns elementos discursivos remeteram nosso olhar para a presença de tomadas de posições nos discursos dos sujeitos falantes em relação aos fenômenos interpretados.

Os sentidos identificados nos textos foram analisados depois que passaram por um processo de organização em três grandes eixos organizadores, em função de características que tornavam íntimas as relações existentes entre eles ou quando resultavam em um desdobramento significativo do mesmo assunto, conforme ilustramos graficamente abaixo (Figura 1):

¹⁶ Vide APÊNDICE D.

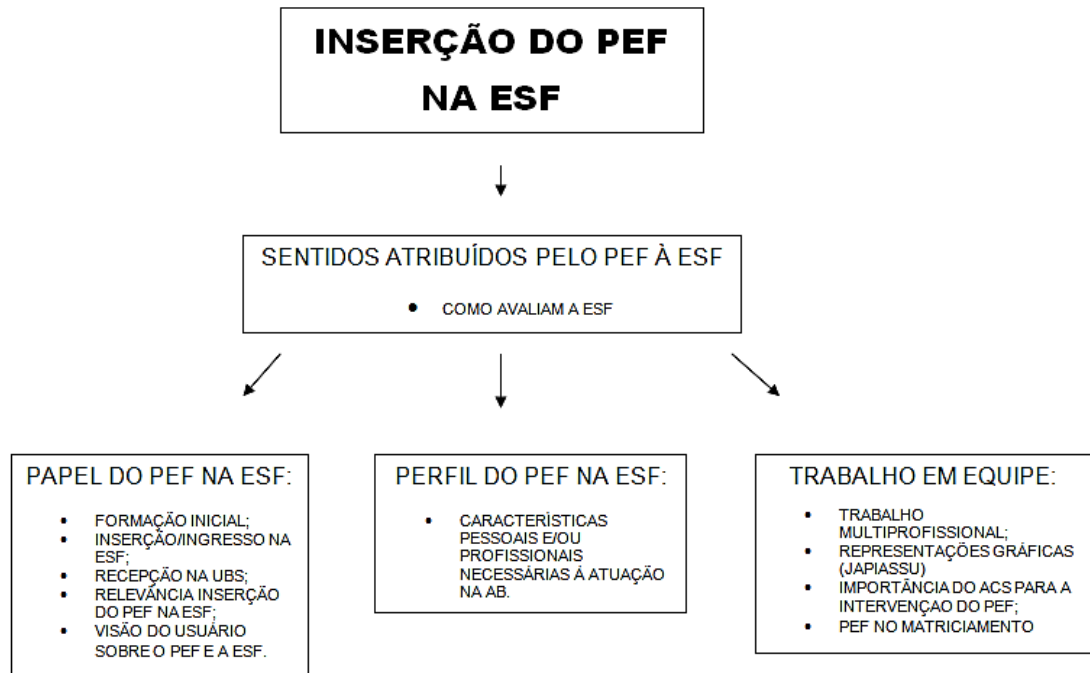


Figura 1 – Organização dos sentidos dos discursos sobre a inserção do PEF na ESF

Registrado este primeiro processo de organização e descrição dos dados, nos interessa aqui a análise mais detida sobre os consensos e conflitos apontados pelos entrevistados.

A organização dos dados possibilitou o estabelecimento de um processo que levou os dados a sofrerem um deslocamento do papel que pensávamos que eles iriam cumprir na pesquisa.

Ao procedermos a uma primeira análise dos dados, agora organizados, o que tratávamos, inicialmente, apenas como eixos organizadores (papel do PEF na ESF, perfil do PEF na ESF e trabalho em equipe) revelaram-se, na verdade, um refinado e complexo conjunto de sistemas periféricos, pois cada um deles se apresentou dotado de uma notável capacidade de adaptação, fato que coaduna com a característica mais marcante de um sistema periférico: a flexibilidade e a tolerância a conteúdos heterogêneos (SÁ, 1996).

QUADRO 01

SISTEMA PERIFÉRICO 1: O PAPEL DO PEF	
CONSENSOS	CONFLITOS
<p>PEF 5: “[...] o profissional [PEF] ali acho que é uma forma de prevenir várias doenças; põe a atividade física mais em evidência né, a importância de orientar a atividade física, de promover a atividade física”.</p>	<p>PEF 2: “Eu acho que a educação física na área de saúde pública ainda tem muito o que descobrir ainda, como atuar, como fazer, é tudo muito novo”.</p>
<p>PEF 6: “Uma específica de educação física é lógico que a gente vai pensar na atividade física né, em aumentar os níveis de atividade física da população”.</p>	<p>PEF 3: “Acho que assim como o profissional de nutrição, de fisio faz uma consulta bem estruturada, bem elaborada, a gente também pode”.</p>
<p>PEF 7: “O exercício a gente sabe o quanto bem faz, então é um complemento de prevenção, promoção e o tratamento mesmo da doença”.</p>	<p>PEF 4: “Eu gosto muito de me ver como profissional da atenção básica. [...] Então, eu tento fazer atividades específicas da educação física, mas também ajudar o enfermeiro, o médico, o fisioterapeuta, o auxiliar, a enfermagem, a farmacêutica...”.</p>
<p>PEF 8: “É promoção de saúde mesmo. É tentar tirar o máximo o pessoal do sedentarismo né, conscientizá-los da importância da atividade física”.</p>	<p>PEF 9: “Nós temos responsabilidade sobre a pasta do idoso, sobre a pasta do Programa Saúde na Escola. Nós não somos os desenvolvedores, mas somos os articuladores dentro da unidade pra que o programa se desenvolva. [...] é como se fosse um gestor local”.</p>

O primeiro sistema periférico do qual trataremos refere-se ao PAPEL DO PEF (QUADRO 01). É possível identificar nos discursos dos atores sociais a presença de um constante conflito ao apontarem aquilo que acreditam ser o papel

do PEF, pois ora o fazem orientados pelos princípios e diretrizes da ESF e ora pela visão que os usuários e/ou a gestão têm sobre eles e a própria Estratégia.

Diante da questão sobre qual é o papel do PEF na ESF, ficou evidente o conflito, a coexistência de diferentes compreensões entre os profissionais da categoria acerca dos sentidos atribuídos as suas próprias intervenções. Para termos uma visão mais densa desse acontecimento, é interessante apresentarmos os textos a ele referentes.

PEF 1: “O que é que eu tenho que fazer maior? Não dá pra ficar só no “uhu!”, tem que realmente ir onde estão as pessoas. Onde estão? Na escola, nas empresas... Mas, sozinho vai dar conta? Não, vai ter que trabalhar com a equipe. A equipe tá preparada? Alguém tem que preparar ela”.

PEF 2: “Eu acho que poderia ser mais, não só isso. Mas, assim, dentro da proposta mesmo do NASF de **fazer alguma educação permanente** de questão de obesidade, questão de como tem que ser a prática de atividade física **para os próprios trabalhadores das unidades** que estão aqui poder repassar isso para os pacientes”.

PEF 3: “Eu até gosto de fazer os grupos de ginástica sabe Marta, mas eu falo assim gente daqui a 10 anos imagina eu com 30 e tra-lá-lá fazendo grupo?! Aqueles tiozão sabe dando ginástica? Ai, eu falei, eu não quero! Eu quero mudar! **Eu acho que o profissional de educação física pode fazer outras coisas.** Dá pra falar de atividade física? É claro que dá! Dá pra, de vez em quando fazer um grupo dá, mas não é só isso. Porque quando eu tiver meus 40 anos, seu eu for aposentar aqui com 60 anos, **eu vou dar ginastiquinha? Não!** Eu não quero fazer isso! Eu acho que é a mudança de visão que eu tenho em relação ao que nós profissionais de educação física temos que fazer no posto. [...]. Eu acho que **a gente tem que incentivar a prática de atividade física**, inclusive tá lá no caderno de atenção, precisa fazer, tem que fazer sim. Não é a toa que nós somos os profissionais do movimento... Acho que tem que fazer, **mas não é só isso**”.

PEF 4: “Eu acho que todo profissional de atenção básica por mais que ele pense na especificidade da categoria dele, ele deve pensar muito no campo [...]. **Atividade física é importante, mas será que a unidade não tá precisando de uma outra coisa?** Será que eu vou ser uma pessoa que vai só trazer mais trabalho pra eles ou **eu vou lá ajudar a resolver** o trabalho deles também? Então, eu gosto muito de pensar nisso também. Então eu penso na especificidade, mas **eu penso muito no campo maior que é a saúde coletiva**”.

PEF 5: “Hoje na sociedade nossa que a informação tá muito disseminada, você vai disseminar o quê no grupo? Informação, e **as pessoas já estão saturadas de informação.** [...] **E os espaços hoje de convivência são outros, [...]** não é mais o bairro, ele está longe do bairro, então as pessoas não vão conviver, não vão no

grupo do posto porque ela não convive no bairro, ela vive no trabalho, na faculdade, a casa é só pra dormir mesmo, ainda mais no horário comercial que a gente trabalha, então as pessoas vêm só no posto quando têm necessidade mesmo de vir né, não vão vir pra atividade educativa, vão vir muito pouco. **Então, a gente também tem que repensar essa questão das atividades em grupo, se realmente estão surtindo o efeito esperado.** Mas, acho que a atividade física ela é importante de ser ofertada em grupo e eu acho que o grupo consegue mais do que o atendimento individual. [...]. Então, a informação acho que não falta. **A gente ofertar a atividade física é muito mais importante** na minha opinião, ofertar ela diretamente é mais importante do que qualquer grupo que você orienta teoricamente, porque você está dando oportunidade dela participar de um momento de atividade física, **então acho que o profissional tem esse papel mais ativo mesmo, de ofertar diretamente**”.

PEF 6: “Eu acredito que o meu papel na **Atenção Básica é contribuir pra essa mudança de modelo**, contribuir pra que as pessoas voltem a acreditar, eu penso que meu objetivo é isso: despertar algumas pessoas, tentar plantar alguma sementinha pra que as pessoas comecem a mudar. E **mudar desde a questão dessa hierarquização que há entre as profissões em alguns locais, como a mudança da própria mudança da pessoa, dela voltar a acreditar que dá pra fazer diferente**, que não precisa ser feito só aquilo, sempre aquilo. Então, o meu papel acredito que é esse; esse apoio à equipe pra tentar mudar o modelo, tentar continuar evoluindo. Acho que a gente nunca vai chegar nesse modelo utópico que a gente tem nos Cadernos, mas **que a gente possa continuar evoluindo**”.

PEF 7: “**Eu acho que é um complemento**, é a promoção antes que eles tenham algum agravo à saúde, é a prevenção pra que aquele problema não piore, não se agrave e, de certa forma, o tratamento também né, ajudar no tratamento, por exemplo, de uma hipertensão né”.

PEF 8: “[...] **é promoção de saúde mesmo**. [...]. Eu acho que é fundamental o profissional de educação física na área da saúde porque hoje em dia está vindo tudo em função, grande parte, das **doenças do sedentarismo mesmo**”.

PEF 9: “Eu não consigo visualizar alguém que sai da faculdade, da graduação e que não passe por uma especialização em saúde pública, chegue numa unidade básica de saúde... Quer dizer, não vai chegar, primeiro aí; eu acho que ele vai ser barrado porque ele não vai ter conhecimento de saúde pública, de nada, de nada... *risos!* Mas, se ele chegar, ele não vai conseguir. Vai acontecer o que eu já escutei de profissionais que acompanharam outros que vieram antes de mim: ele não vai conseguir interação com a equipe, ele não vai conseguir trocar experiência, ele não vai conseguir chamar o outro e nem ir pro saber do outro, então ele vai trocar lâmpada, ele vai levar exame de sangue... **Profissional de educação física** tô falando né... Ele vai trocar lâmpada, ele vai ajudar no balcão (não que seja errado), mas ele vai ajudar na coleta de sangue, ele vai levar exame

laboratorial, ele vai ficar preenchendo planilha, fazendo atividades, **vai dar o grupo de atividade física e o resto ele vai fazer administrativo. Ele não vai trabalhar nas competências dele. [...] nós ainda não sabemos o papel da educação física na saúde pública. Nós sabemos que nós somos inseridos porque atividade física faz bem pra população e reduz gastos, senão não teria sido inserido.** Ele não inseriu pra melhorar a qualidade de vida e porque é bonito ter alguém saudável, não é por este objetivo. **Ele foi inserido porque ele tem um papel fundamental dentro dos dados de reduzir mortalidade através de doenças crônicas e tudo mais que a gente já sabe”.**

PEF 10: “Então, seria a questão da ação dele com a equipe e a ação assistencial à população. Seria esses. A gente podia dividir aí então assim: com a equipe seria através de uma consulta compartilhada, seja com médico ou com a equipe de enfermagem ou, até mesmo de repente, com a equipe do NASF onde a gente poderia fazer a troca de saberes; seria na visita domiciliar, que também seria uma troca de saber; a gente vai de certa forma matriciando o agente comunitário de saúde ou a equipe de enfermagem que for junto ou, de repente, que é muito difícil o profissional médico. [...] **seria aumentar, propor ações pra aumentar o nível de atividade física da população** que é algo que não é também muito fácil. [...]. **Eu vejo que o papel do educador físico seria esse: uma parte com a equipe**, seja com a equipe Saúde da Família, da Atenção Básica ou, também, da equipe do NASF **e diretamente com a população e de forma intersetorial também”.**

Considerando a materialidade dos sentidos dos textos acima, fica evidente o conflito de diferentes representações sociais acerca do papel do PEF na ESF, pois embora todos reconheçam a oferta/orientação de PCAF como a principal prática de intervenção profissional do PEF neste campo (consenso), constantemente emergem tomadas de posição que apontam que assumi-la como o único papel do PEF é tornar diminuta a relevância da inserção deste profissional no campo da AB. Neste momento, surgem múltiplas RS sobre o papel do PEF a fim de elaborar justificações que ratifiquem sua importância, tais como: fazer educação permanente dos outros profissionais da UBS; ajudar a equipe; prestar assistência à população; provocar mudança do modelo de saúde vigente etc..

Neste sentido, consenso e conflito reforçam o pensamento binário presente de forma marcante como elemento estruturante da constituição da representação social do PEF sobre o seu papel na ESF. É importante esclarecermos que por si só essa forma de pensar as coisas do mundo e dos homens aponta para uma visão conservadora dessas coisas.

Pensar as coisas do mundo ou construir um conhecimento prático sobre elas a partir do pensamento binário é produzir um olhar reduzido sobre as realidades, na medida em que o conhecimento é elaborado tendo somente duas possíveis equações, o que nega a ideia de que as coisas do mundo são constituídas de forma dialética e complexa. Segundo Morin e Le Moigne (2000, p. 206),

[...] o pensamento complexo é, pois, essencialmente o pensamento que trata com a incerteza e que é capaz de conceber a organização. É o pensamento capaz de reunir (*complexus*: aquilo que é tecido conjuntamente), de contextualizar, de globalizar, mas, ao mesmo tempo, capaz de reconhecer o singular, o individual, o concreto.

Considerando os equívocos que o pensamento binário porta, explicitado aqui de forma inicial, entendemos ser interessante, pela própria natureza da temática, dizer que a forma de pensamento binário produz uma significativa redução do olhar lançado sobre realidades e seus acontecimentos a apenas duas possíveis equações opostas, negando a complexidade e sequestrando a riqueza de opções e alternativas, acarretando em uma postura excludente em relação às possibilidades de se buscar compreensão das coisas do mundo e dos homens.

Tomando como aspecto norteador de nosso pensar sobre a mais apropriada compreensão da ideia de um pensamento binário, acreditamos ser interessante resgatar o princípio que aponta a cultura judaico-cristã que está introjetada no imaginário coletivo das sociedades ocidentais como sendo a gênese da elaboração e consolidação da lógica binária como sendo a racionalidade mais apropriada para a compreensão das coisas do mundo e dos homens.

Sobre essa questão podemos dizer que a materialidade do discurso binário judaico-cristão se apresenta nos discursos quando esses são estruturados com as suas ideias organizadas de uma forma antagônica, tais como: Deus ou diabo; amigo ou inimigo; bem ou mal; certo ou errado; a favor ou contra, razão ou fé; justo ou injusto; belo ou feio. Trazendo essa visão para a contemporaneidade brasileira temos no campo da política as ideias: direita ou esquerda; nacionalismo ou desenvolvimentismo; neoliberalismo ou estatismo. Mas, aqui o importante é ressaltarmos que esse antagonismo acaba por se tornar nos parâmetros que servirão de guias às nossas considerações diante dos fatos da vida real.

Os PEF quando elaboram seu pensamento a partir de um olhar binário apenas repetem a maneira como o condicionamento produzido em nossa cultura

pela lógica do “ou/ou”, “ou uma coisa ou o seu oposto”, em geral, nos leva a cometermos equívocos de interpretação das coisas do mundo.

O problema maior e mais preocupante que se estabelece com o pensamento binário, enquanto modelo mental, se localiza no fato de propiciar a materialização das condições necessárias para que as manifestações de um pensar que remete a atitudes, geralmente, excludentes, autoritárias, elitistas e conservadoras se consolidem.

Lembrando o pensamento explicitado por Giorgio Agamben (2004) resgatamos o *themata* “estado de guerra civil mundial” elaborado por Carl Schmitt e Hanna Arendt para fazermos uma observação que, a primeira vista, parece distante de nosso objeto de pesquisa, mas que mantém com ele significativa proximidade, na medida em que aponta para o fato de hoje mesmo as sociedades produzindo seus cotidianos em uma realidade de permanente crise ainda tendem a fazer leitura desse acontecimento de forma binária.

Estamos inferindo que os sujeitos falantes, mesmo acreditando ingenuamente, que produzem um olhar crítico sobre seu papel na ESF ainda apresentam dificuldades em entender que quando elaboram seus discursos a partir da ideia de que são síntese de relações desconsideram que nos processos relacionais democráticos as decisões tomadas pelos sujeitos sempre estarão assentadas em posições agônicas, ou seja, são sínteses de processos agonísticos, portanto, constituídos a partir de conflitos e debates, que acabam produzindo decisões consensuais.

Enfim, não conseguem perceber que as próprias ideias consensuais que emergiram em seus discursos apresentam suas origens na crença compartilhada de serem a conflituosidade e a pluralidade pré-condições para a constituição de uma representação social que remete a uma posição conservadora sobre o objeto representado.

Por fim, mas não menos importante, ressaltamos que para os sujeitos falantes a possibilidade da existência da ideia agonista é impossível, visto assumirem em seus discursos que as coisas do mundo e dos homens se constituem a partir do estabelecimento dos processos de antagonismo entre elas, o que nos permite inferir que eles fazem uma leitura de matizes conservadora em função da forma ‘natural’ como interpretam suas leituras, como uma realidade compreendida de forma dicotômica, visto que entendem como natural a visão binária.

Neste universo polissêmico, apenas dois pontos emergiram de forma consensualizada: a) a compreensão de que cabe a este profissional a oferta e o incentivo à prática de atividade física como um recurso de prevenção e promoção à saúde; e b) a prevalência da compreensão que seu papel está muito mais associado à ideia de ser o PEF um gestor de saúde, negando, sobremaneira, que sua intervenção seja limitada apenas à execução de práticas corporais e atividades físicas (os grupos de ginástica/alongamento como são conhecidos).

PEF 1: “Alguns colegas não querem ser os caras do “UHU-AHA!”, fazer grupão; outros acham que nós precisamos estar no território fazendo grupo; outros não, nós precisamos fazer mais, nós temos potencial, trabalhar com dados epidemiológicos. [...] **Eu posso ser o cara do “UHU!”**, mas eu posso trabalhar com dados epidemiológicos também, nada impede. [...] Só ficar fazendo atividade por atividade, sem agregar a equipe, você não consegue desvincular que você é só o profissional. Aí quando você fala assim, eu sou do posto de saúde, aí eu estava indo como um gestor de saúde”.

PEF 3: “Eu acho que a gente tem que incentivar a prática de atividade física, [...] mas não é só isso. [...] eu posso ser mais, eu posso ser uma **profissional de educação física plus**, com um algo a mais; é esse algo a mais que eu procuro ter”.

PEF 4: “[...] eu gosto de me ver muito mais como **profissional do campo da atenção básica**, aquele profissional que pode ajudar em todos os campos sempre articulando, sempre fazendo todo o possível”.

PEF 6: “[...] eu tento ser o **profissional da saúde com conhecimento em educação física**. [...] aumentar a prática de atividade física das pessoas é um dos focos, mas não pode ser o único. Tem que **ter uma visão mais global**”.

PEF 7: “**A gente tem que ser um profissional genérico** [...] porque a área da saúde é muito geral né, você acaba, de certa forma, orientando em várias questões”.

Emerge aqui, com muita força, a ideia de ‘ir além’, na qual prevalece o sentido de que a atuação do PEF na AB não deve ficar restrita ao universo das atividades físicas, mas deve buscar também desenvolver ações em parceria com os demais profissionais do NASF e da eSF, de modo materializar as diretrizes de “fortalecimento do controle social, corresponsabilidade social, construção de redes de cuidado integral, integralidade e transversalidade das políticas de saúde e acesso aos serviços e tecnologias em saúde e direito ao lazer” (BRASIL, 2009, p. 142),

preconizadas no Caderno de Atenção Básica nº 27. Neste sentido, ocupam posição de destaque as ações que coloquem o PEF numa condição de gestor das PCAF e de profissional da saúde que atua a partir de um olhar ampliado de saúde.

Diante destas respostas, os atores sociais foram confrontados com a questão sobre se foi relevante à ESF a inserção do PEF. Com exceção feita ao PEF 9, todos prontamente concordaram que sim e apontaram o fato de sua atuação acontecer numa perspectiva de prevenção e promoção da saúde como a razão pela qual se faz relevante a inserção do PEF na ESF.

PEF 9: “Se entender que ele é responsável por **gerir a atividade física na comunidade** (aquilo que nós falamos no protocolo¹⁷, que nós tentamos colocar no protocolo), fazer com que ele consiga intervir intersetorialmente, ser o responsável, **o articulador** pra trazer políticas públicas e programas centrais para as periferias que isso é muito difícil né, mas eu acho que se a gestão e esses profissionais tiverem esse entendimento aí sim vale a pena contratar um profissional de educação física pra dentro do NASF. Para dar grupo de ginástica não compensa, é um gasto muito desnecessário para o município”.

O **segundo sistema periférico** identificado trata do **PERFIL DO PEF**. Este é um tópico muito controverso e bastante envolto pelo universo do senso comum, uma vez que todos os atores sociais entrevistados apontaram que a formação inicial do PEF não o prepara para a intervenção no campo da AB, nem tampouco a inserção no próprio serviço delinea claramente o perfil desejado, já que coexistem múltiplas demandas que emanam tanto das coordenações das UBS, quanto da gestão municipal e das comunidades envolvidas. Deste sistema periférico emergiram consensos e conflitos descritos no quadro abaixo.

¹⁷ O ator social refere-se ao documento elaborado pelos PEF que atuam no NASF de Londrina, a pedido da gestão do Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) local, a fim de delimitar mais claramente as diretrizes de atuação, as ações específicas e compartilhadas e a participação desta categoria profissional junto aos programas instituídos pelo Ministério da Saúde para a Atenção Básica.

QUADRO 02

SISTEMA PERIFÉRICO 2: O PERFIL DO PEF	
CONSENSOS	CONFLITOS
<p>PEF 2: “tem que gostar de se relacionar com as outras pessoas, de outras áreas e acho que o principal é gostar de trabalhar em equipe mesmo”.</p>	<p>PEF 1: “Tem que ser uma pessoa que traga bagagem, que entenda de saúde pública, de saúde coletiva, conceitos, tem que trazer já alguns conceitos. Aprender na unha é mais difícil, a gente sabe disso”.</p>
<p>PEF 4: “Eu acho que trabalhar multiprofissionalmente é a chave. O profissional da educação física tem que ter esse perfil, tem que estar preparado pra isso”.</p>	<p>PEF 3: “Eu acho que o perfil, de repente, é alguém que goste de cuidar, que tenha um olhar não só pra prática de atividade física, pro exercício físico e o movimento de uma maneira geral, mas tem que entender de várias coisas”.</p>
<p>PEF 5: “Tem que gostar de gente né, tem que gostar de lidar com pessoas”.</p>	<p>PEF 7: “Eu acho que o perfil ficaria mais voltado pra essa questão da comunicação mesmo, de ser uma pessoa comunicativa, atenciosa, neste sentido”.</p>
<p>PEF 6: “[...] o PEF é um profissional mais leve, consegue trabalhar melhor com a equipe, ele tem uma informalidade que não é igual a irresponsabilidade, mas ele consegue sair um pouco do lugar comum, tratar as pessoas como pessoas e não como um paciente ou um número. Eu vejo que o PEF consegue agregar pessoas através do seu trabalho, através de uma atividade lúdica, através de um grupo ele consegue agregar pessoas ou a própria equipe profissional em torno dele. Acho que é uma característica do profissional importante também”.</p>	<p>PEF 8: “Ele tem que ser muito criativo [...] e ter paciência. Você tem que falar 20 vezes a mesma coisa”.</p>
<p>PEF 9: “[...] ele tem que ter um vínculo muito grande com a equipe de referência, ter uma boa forma de relacionamento com a equipe, [...] tem que saber trabalhar em equipe”.</p>	<p>PEF 10: “[...] a gente ainda tem um certo perfil de educação. Com esse perfil de educação que a gente tem a gente consegue repassar isso pra população, a gente consegue atingir dessa forma”.</p>

Aos olhos dos PEF, os usuários tendem a vê-los como o professor do grupo de ginástica que não mantém, necessariamente, um vínculo profissional com a UBS. Em seus discursos também foram recorrentes as falas de que há uma grande pressão social para que o PEF seja comunicativo, animado, divertido e atencioso durante sua atuação.

PEF 1: “**É o cara da aula** né. O profissional de educação física ele vem dar aula”.

PEF 9: “[...] o professor tem que ser **sempre sorridente**, tem que cumprimentar todo mundo, tem que ser **alegre** a todo momento, tem que colocar todo mundo pra cima, **tem que ser o animador de torcida, tem que fazer grupo, grupo, grupo, grupo**”.

PEF 3: “[...] a visão que eles têm do profissional de educação física dentro das unidades, **infelizmente, ainda é aquela visão de profissional que faz grupo, que dá a dancinha, é o profissional do oba-oba**”.

PEF 6: “[...] o educador físico é visto como aquele que tem que tá fazendo alguma coisa da **prática esportiva em si** e não trabalhos educativos”.

Estas características presentes na representação social sobre o PEF e destacadas na materialidade dos discursos acima apresentados remetem (quando associadas ao lazer, à diversão, à recreação, à prática corporal ou esportiva em grandes grupos etc.), em alguma medida, à categoria de “Animador Cultural” descrita em diversos estudos realizados por Nelson Carvalho Marcellino, a partir de autores como Joffre Dumazedier.

Em uma de suas obras, Marcellino (1983, p. 73) aponta que os animadores são profissionais com qualificação técnica, formados para atuar em contextos interdisciplinares e que sejam capazes de intervir no campo do lazer a partir de uma robusta consciência sociocultural, atuando “como mediadores entre o patrimônio cultural das artes, da filosofia e das ciências, e a cultura vivida no cotidiano, os animadores assentam as bases e viabilizam o movimento de democratização cultural”.

Nesta perspectiva, se o animador cultural é considerado não apenas o responsável por estimular e orientar os indivíduos em seu tempo de lazer, mas é atribuída a ele a competência de favorecer “[...] a elaboração de uma cultura verdadeiramente popular, contrária à aceitação pura e simples dos padrões culturais dominantes” (MARCELLINO, 1983, p. 74), podemos afirmar que estamos diante de

uma propositura que extrapola os limites da democratização do acesso a bens culturais e se lança ao status de uma política cultural exercida a partir crítica ao estabelecido.

Se voltarmos o nosso olhar às PCAF ofertadas/orientadas pelo PEF no contexto da ESF, encontraremos no Caderno nº 27 da Atenção Básica – Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009, p. 142-143) que essas práticas

[...] devem ser compreendidas na perspectiva da reflexão sobre as práticas de saúde em geral e também do fortalecimento do controle social, corresponsabilidade social, construção de redes de cuidado integral, integralidade e transversalidade das políticas de saúde e acesso aos serviços e tecnologias em saúde e direito ao lazer. [...]. Assim, enfatizando a promoção da saúde, a PCAF deve ser construída a partir de componentes culturais, históricos, políticos, econômicos e sociais de determinada localidade, de forma articulada ao espaço-território onde se materializam as ações de saúde, cabendo ao profissional de saúde a leitura abrangente do contexto onde irá atuar profissionalmente e como ator social. Em termos específicos das PCAF, deve ser considerada a ampliação do olhar sobre a existência ou não de espaços públicos de lazer ou da quantidade de grupos presentes, para abranger também as ações organizadas dentro das próprias unidades de Saúde da Família. O trabalho com grupos deve proporcionar a compreensão processual do significado do lazer para as comunidades e de como as pessoas identificam e se relacionam com os espaços de lazer existentes; reconhecendo que a construção da identidade com o espaço de lazer é um fato social, cuja compreensão permitirá identificar as relações determinantes que os sujeitos estabelecem com as PCAF que já realizam e que venham a realizar.

Entretanto, na maioria das vezes, os grupos de PCAF coordenados pelos PEF na AB são vistos exclusivamente como espaços destinados às aulas de ginástica ou alongamento, desperdiçando, assim, a sua potência de espaço coletivo capaz de alimentar a organização e fortalecimento da comunidade no sentido de promover o seu empoderamento nas questões de interesse sociocultural local.

Alguns PEF relatam que esta mesma representação reducionista de sua intervenção é frequentemente encontrada entre os profissionais da própria eSF, inclusive nas coordenações da UBS. Neste sentido, dizem ser difícil desvincularem-se da representação instituída no imaginário social, mas buscam fazê-lo demonstrando domínio teórico de temáticas relacionadas à área biomédica nos diferentes espaços de intervenção (reuniões de equipe, matriciamento, consultas individuais ou compartilhadas etc.). Esta é a forma que encontraram para conquistar maior espaço, respeito e vínculo junto a seus pares.

PEF 3: “Eu sou bem curiosa, daí eu sento e fico conversando com a fisio, fico conversando com a farmacêutica, fico conversando com a nutricionista, com as enfermeiras dentro da puericultura, de um trabalho de gestante. Eu falo, poxa, olha que bacana isso e eu consigo agregar isso nas minhas consultas. Tanto que os pacientes que saem da minha consulta elogiando, falando “nossa, aquela moça lá, **a profissional de educação física**, achei que ela fosse só fazer algumas medidas minhas mas não, a gente conversou sobre um monte, ela **me explicou o que era diabetes...**”. Sabe assim? **Eu tento dar um algo mais**”.

PEF 4: “Tem que **ter um embasamento**, com certeza, **biológico** também porque por mais que a gente tenha uma ideia não biologicista da atividade física, muitas vezes o sistema como um todo ele pensa num biológico. O médico ele tem um perfil dessa forma. Então, **pra eu conseguir chegar e discutir um caso** eu tenho que ter um mínimo de embasamento pra discutir com o médico, discutir com a enfermeira ou com a nutricionista”.

PEF 6: “Uma coisa que eu acredito que eu consegui quebrar é **fugir desse estigma da questão só da atividade física**, então conforme eles foram me conhecendo então **eu consigo discutir com eles sobre** saúde mental, sobre tabagismo, sobre outras formas, **outros conhecimentos** que a gente consegue discutir, passar informações e passar essa experiência não só nessa questão da prática da atividade física [...]. Mas, como eu disse, depende muito da equipe, depende muito de quem coordena, depende muito da importância que eles dão pra gente, a oportunidade que cada profissional teve de mostrar o seu conhecimento. Quanto mais oportunidade a gente tem, mais a gente consegue mostrar conhecimento e se fazer importante dentro da equipe; aí mais a equipe procura e mais a equipe respeita”.

Analisando extratos discursivos como os apresentados anteriormente, é possível identificar uma representação social que aponta para a desqualificação do trabalho pautado na realização de grupos de PCAF. Historicamente a educação física tem se deparado com inúmeros obstáculos para se firmar como área de conhecimento/ciência, pois sempre esteve à sombra de outras áreas das ciências duras e, assim, convive com a recorrente acusação de não possuir um objeto próprio de estudo. Disso pode desdobrar-se também o senso comum de que o PEF é um profissional menos relevante socialmente e até menos qualificado/preparado para a intervenção profissional, de uma forma geral.

A fim de ‘combater’ ou defender-se de tal julgamento, a categoria profissional da educação física, até mesmo por estar inserida na grande área da saúde, busca argumentar sua relevância social a partir do discurso de autoridade advindo do campo biomédico, no qual a prática regular de atividade física é apontada como

solução de boa parte dos ‘males da modernidade’: a obesidade, o sedentarismo e o decorrente aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas na população.

Fica nítida a compreensão de que fora deste espectro biologicista parece não haver justificção para a inserção do PEF na ESF e para a educação física como área de conhecimento, de um modo geral. Tal afirmação também encontra eco nos achados da pesquisa desenvolvida por Minelli (2009, p. 46)

A vinculação do profissional de Educação Física ao setor da saúde, relatada pelos próprios profissionais da área e pelos demais grupos, pode ser interpretada como uma justificativa de existência desse profissional na sociedade e até mesmo no trabalho em equipe. Bosi (1996), em resumo, esclarece que as profissões contíguas no setor da saúde não conseguem convencer a sociedade acerca da complexidade de suas respostas profissionais, deixando a dúvida de qual é a real contribuição dessas profissões. Ao mesmo tempo, novamente temos que essa pode ser uma estratégia de sobrevivência na sociedade (BECHER, 1996; SORIANO, 2003) e de sobrevivência da área.

Ainda segundo Minelli (2009), além dos PEF de seu estudo revelarem que não tinham clareza sobre o seu papel quando inseridos em uma equipe multiprofissional (fato que, por extensão, denotaria também uma falta de identidade profissional da área da Educação Física no entendimento da autora), a concorrência de saberes/fazer e a marcante hierarquização entre as diferentes áreas profissionais que compunham a referida equipe evidenciava a pouca autonomia das “áreas secundárias” (educação física, fisioterapia, nutrição e psicologia – “grupo de dominados”) no exercício de suas práticas profissionais. Desta condição de dependência em relação à área dominante (medicina), depreende-se uma clara relação de subordinação entre áreas do campo da saúde (MINELLI, 2009).

Ao pensarmos sobre esta postura de subordinação da Educação Física ao discurso médico-centrado, podemos inferir que triunfa aqui também o que Nelson Rodrigues conclamou em 1958 como o “Complexo de vira-latas”¹⁸. O PEF quando vê suas ações associadas apenas e tão somente à realização de PCAF tende a sentir-

¹⁸ A crônica “Complexo de vira-latas”, de Nelson Rodrigues, foi publicada na revista *Manchete Esportiva* em 31/05/1958. Neste texto o autor defende que a desesperança nacional acerca da participação da seleção brasileira de futebol na copa daquele ano ainda seria fruto da desilusão ressentida pela perda da copa de 1950 para o Uruguai. Desde então, segundo ele, passamos a duvidar indiscriminada e voluntariamente de nossa capacidade, tanto no campo esportivo quanto em outros setores da vida. Em suas palavras, o brasileiro foi ‘diagnosticado’ com “um problema de fé em si mesmo”. Apropriamo-nos da ideia de “complexo de vira-latas” de Nelson Rodrigues para nos referirmos ao PEF dentro da ESF porque se fez muito presente o sentimento de inferioridade nos discursos desta categoria profissional em relação as demais categorias ao longo de nossa pesquisa, vide a materialidade expressa nos extratos discursivos oportunamente apresentados.

se diminuído, apequenado em seus saberes, competências, habilidades e capacidades profissionais. Daí então, lança mão da apropriação do discurso médico como recurso justificador de sua relevância à AB. Os discursos abaixo ratificam, em sua materialidade, esta análise que realizamos.

PEF 6: “[...] **quem tem a palavra que pesa mais é o médico.** Então, ainda há essa discrepância, ainda tem essa questão de hierarquia de categorias [...]. O médico tem o peso do médico, que eu acredito que é a questão dessa relação das profissões mesmo. O médico, **a impressão que dá, é que ele tá sempre um degrau acima** pra chegar até ele [...] é ele que comanda porque é ele que vai decidir a visita, ele vai pedir o exame, ele que vai liderar isso. Então tem um peso muito grande, ele que vai controlar medicação né... E o peso do médico pra população. **A população quando vai ter um grupo que você fala que o médico vai é visto de um jeito; quando vai ter um grupo que o médico não vai, fala que vai ser o educador físico, já tem uma outra visão, uma visão menos formal, digamos até de menor importância** em determinados casos. Acredito que muitas vezes os profissionais veem dessa forma, **essa questão do médico estar ou não estar no local, de trazer mais credibilidade**, das pessoas terem mais motivação pra participar”.

PEF 10: “Eu acho que a educação física no NASF, até pelo histórico da educação física, **a equipe ainda não vê o profissional de educação física muito como um profissional de saúde** e isso eu acho que é geral. [...] por a gente, muitas vezes não ter o espaço de conversação com a equipe e com o profissional médico muito menos, porque é um profissional de difícil acesso porque ele tem uma agenda muito pesada mesmo e a gente não consegue ter esse espaço de conversa, **a gente não consegue fazer esse matriciamento** ou, de repente, não é ensinar mas é lembrá-los que a atividade física é prescrita ou orientada pelo educador físico, então seria importante que tivesse um momento. [...]. Então, eu acho que essa é uma dificuldade ainda, esse encaminhamento e **a própria equipe as vezes não consegue visualizar, por exemplo, uma visita domiciliar onde o educador físico entra?** Porque assim, se o usuário ele tem dor é o fisioterapeuta; se o usuário tá com baixo percentual de massa muscular, eles novamente pensam que é uma doença e é o fisioterapeuta ou o nutricionista; se é obeso, novamente eles pensam que é o nutricionista. Então **eles não conseguem enxergar onde o educador físico vai entrar** nessa questão da visita domiciliar”.

Se ao buscarmos identificar o perfil do PEF encontramos que o que se tem consensualizado entre os profissionais da categoria é a necessidade de gostar de trabalhar com pessoas, seja dentro da equipe multiprofissional ou nas atividades coletivas promovidas para o atendimento a diferentes grupos de usuários, podemos inferir que disso depreende-se um relevante conflito ainda subestimado na e pela área: a formação profissional para a intervenção em coletivos.

PEF 1: “Eu resolvi encarar, **sem saber muito onde estava entrando**. O que eu tinha é o que eu tive lá na UEL, lá na minha vivência acadêmica. Eu tinha participado muito de atividades extras com a comunidade externa aos sábados. Então, eu dirigia grupos assim em grandes quantidades pra 100 pessoas. Então, eu imaginava que ia ser somente isso”.

PEF 2: “[...] eu **não tive nenhum estágio em unidade básica de saúde** que eu pudesse ver se eu gostava ou não de trabalhar aqui né, nessa realidade entendeu. A parte de prescrição de exercício, essas coisas, ajudou, mas na faculdade a gente não aprende a como trabalhar com grandes grupos né”.

PEF 3: “Acho que o professor XXXX chegou a comentar sobre, a gente teve sim uma disciplina. Mas, especificamente sobre Núcleo de Apoio à Saúde da Família eu desconheço. **Não era dada uma ênfase tão grande durante a graduação sobre essa parte de Saúde Coletiva e Saúde da Família**”.

PEF 4: “Na sala de aula foi só esses 6 meses do início da graduação e os 6 meses do final; foi bem fraco assim; **a saúde coletiva na graduação era muito precária**”.

PEF 5: “**Minha formação não teve nada de saúde pública**. Vou falar bem a verdade, **a graduação não me deu nada, nenhum aporte**. Eu não sei como tá hoje a formação, mas se continuar desse jeito eu acho que **a gente não tem uma formação que nos capacita a trabalhar na saúde**”.

PEF 6: “Na grade curricular a gente teve 6 meses de saúde pública. Não se tratava muito do profissional de educação física, mas **um apanhado geral** assim do todo da **saúde pública**, da epidemiologia da atividade física dentro da saúde pública. Era mais **um start** assim pra gente entender o que estava por vir”.

PEF 7: “Especificamente de saúde pública não. **Não tive a formação voltada pra educação física na área da saúde** né, até naquela época estava até surgindo a educação física na área da saúde. Então, disciplina específica assim, não tive”.

PEF 8: “Mas **nunca foi abordado muito essa questão de saúde pública**. Tipo, teve umas **pinceladinhos** assim. Acho então que acabou sendo mais depois, acho que com a pós até que foi comentado um pouco mais”.

PEF 9: “Eu tive como bacharelado, no segundo ano, uma disciplina que tratava de epidemiologia e saúde pública. [...]. Mas, isso pro segundo ano **foi sem significado porque era só um semestre** que foi a única coisa na graduação que eu tive no quesito curricular. Aí o contato que eu tive com a saúde pública foi no último ano [...], mas tive porque busquei fora da grade curricular tradicional”.

PEF 10: “Na verdade, nós **não tivemos uma disciplina ou algo relacionado à saúde pública**. O que nós tivemos era uma disciplina que um professor, talvez por interesse próprio ou porque ele já queria fazer uma renovação no currículo da disciplina, ele começou a

trabalhar um pouquinho das cartas de promoção da saúde, mas por conta própria. [...]. E também foi assim, 6 meses esse trabalho, 1 vez por semana as aulas. Então, foi muito pouco; muito pouco. Saúde pública a gente viu muito pouco mesmo”.

Há muito tempo os cursos de formação inicial em educação física investem sobremaneira na instrumentalização de seus alunos para o atendimento individual ou personalizado e para uma intervenção calcada, sobretudo, nas práticas esportivas de maneira geral, independentemente do espaço onde essa intervenção é produzida (escolas, clubes, centros esportivos e de lazer etc.).

Segundo Paiva *et al* (2006, p. 215-216) a formação inicial em educação física

[...] tem sido marcada por uma tendência generalista para abranger diversidade da ação profissional; por uma estrutura curricular que beneficia a fragmentação do conhecimento e a valorização de disciplinas de cunho biológico em detrimento do conteúdo disciplinar das Ciências Humanas; e pela ênfase na formação técnico-esportiva. Além disso, a estreita vinculação entre Educação Física/saúde, relacionada apenas com o aspecto biológico, e Educação Física/esporte, relacionada apenas à questão da *performance* [...].

Deste modo, fica evidente que ao chegar à UBS o PEF se depara com situações para as quais não foi preparado.

Ao proceder à análise dos currículos de quatro faculdades que ofertavam o curso de pós-graduação em educação física no estado de São Paulo, Anjos (2009) buscou identificar como as instituições pesquisadas tratavam a temática da saúde e, por conseguinte, qual modelo assistencial de saúde tomavam como referência ao estruturarem seus cursos.

Considerando que o trabalho em saúde preconizado nas diretrizes do NASF (Brasil, 2008, p. 7) deve ser orientado pela

[...] ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização,

o estudo de Anjos (2009, p. 1.139) concluiu que

[...] a formação em Educação Física destoa da demanda imposta pelos serviços públicos de saúde. A associação da área à atividade física ainda predomina e isso reflete preparo do profissional que é formado para prescrever segundo diagnóstico e avaliação, protocolos regidos por parâmetros puramente biológicos.

Neste sentido, o estudo da autora reitera os discursos de nossos atores sociais quando afirmam que seus cursos de formação inicial não os preparou para a

intervenção profissional na AB, um campo essencialmente caracterizado pelo trabalho em equipe multiprofissional. Nem mesmo os cursos de capacitação e/ou treinamento que os PEF de Londrina receberam ao ingressarem no serviço municipal de saúde foram apontados por eles como potenciais qualificadores de suas práticas profissionais.

A revisão sistemática elaborada por Rodrigues *et al* (2013) reforça, mais uma vez, nossos achados ao apontar que faltam à formação do PEF, dentre outros aspectos: a vivência propriamente dita no campo da AB antes de seu ingresso no serviço de saúde e uma formação voltada ao trabalho em equipe multiprofissional. Para os autores, esse tipo de formação compromete tanto a superação do modelo assistencial centrado no indivíduo, quanto a prática de intervenções profissionais assentadas nas perspectivas multi e interdisciplinares.

Tendo a formação inicial passado ao largo de atender as necessidades apontadas pelos PEF como essenciais as suas intervenções profissionais na AB, quando questionados sobre o recebimento de capacitações, treinamentos e/ou educação permanente em serviço que pudessem suprir essa lacuna formativa a maioria confirma ter participado de espaços de formação desta natureza, mas que efetivamente elas pouco ou nada contribuíram, pois geralmente são genéricas, superficiais ou distantes da realidade.

PEF 1: “[...] a gente tinha duas vezes por semana essa capacitação. Mas, muitas vezes, **essas capacitações elas acabam sendo algo muito longe**, até por falta da bagagem que a gente trazia. Muitos profissionais que entraram em 2008, ninguém teve uma bagagem de Atenção Primária, SUS. Então, a gente trazia prescrição de exercício físico, alongamento, caminhada, prescrição personalizada, prescrição de academia e aí eles vêm falando de algo que o NASF deve ser, [...] falou-se de Portaria, falou da integralidade, universalidade, que o SUS era isso”.

PEF 4: “Depois que eu entrei como concursado nós **tivemos 5 dias de introdutório desenvolvido pela gestão local nossa do DAPS que foi ruim**, muito ruim o introdutório desenvolvido. [...] foi péssimo porque foi reprodução de coisas que fragmentam, de coisas que não ajudam a agregar”.

PEF 6: “Eu participei de uma capacitação, mas que, na verdade, foi mais uma discussão, passar o que era NASF e tal, mas **bem superficial**, [...] nada que de fato pudesse alavancar alguma situação”.

PEF 7: “Na primeira semana, a gente teve um curso introdutório onde eles passaram vários conceitos do que era o NASF, como que deveria ser o processo de trabalho [...]. Esse **curso introdutório**

trouxe algo muito pronto, muito estruturado querendo dar continuidade ao que era feito e acabou esquecendo também o que de novo a gente poderia trazer. Mas, isso no dia-a-dia, de certa forma, a gente conseguiu reorganizar, foi na prática que eu fui aprendendo”.

PEF 9: “[...] tem que ter não é capacitação só, mas é uma educação permanente. Porque o que **acontece é capacitações e não educação permanente**; a gestão chama de educação permanente, mas eu não vejo como educação permanente. Educação permanente é contínua, trabalhando os temas, tem critérios pra isso né... Eu não vejo que seja. [...]. A gente teve essa acolhida que eles chamam né, que é esse introdutório, não o introdutório como estatutário, mas o introdutório como profissional: “ – Olha gente, essa é a unidade, nosso objetivo é trabalhar com vocês no coletivo, dentro das competências o município deseja de vocês isso, vocês vão trabalhar nesse foco, com essas equipes”.

Os atores sociais relataram que o espaço privilegiado de formação profissional voltado especificamente à atuação na AB e em equipes multiprofissionais é a especialização, sobretudo a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, apontada como um importante diferencial qualitativo ao qual alguns PEF recorreram também para sanar os déficits da formação inicial no que tange o conteúdo sobre saúde pública.

Para profissionais de saúde de Londrina, segundo Domingues (2012), a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) ainda representa o saber reificado dentro da unidade Saúde da Família, persistindo também o entendimento de que teoria e prática são coisas distintas e caminham separadamente. Na visão dos trabalhadores de saúde entrevistados pela pesquisadora, o serviço ganha com a inserção do residente na ESF, pois este agrega ao serviço o conhecimento teórico/científico. Já para o residente a vantagem seria, na concepção dos mesmos profissionais, adquirir o conhecimento prático muitas vezes negligenciado pelos cursos de graduação.

Dentre os atores sociais participantes de nosso estudo que puderam vivenciar a RMSF, todos a indicam como determinante à apropriação de saberes teórico-práticos próprios do trabalho na AB. Conforme demonstra a materialidade dos extratos discursivos abaixo:

PEF 4: “[...] a saúde coletiva que na graduação era muito precária né, como eu te disse. Daí **durante a Residência eu estudei muito lá**, muito mesmo a saúde coletiva. Então **eu saí com uma base de saúde coletiva muito boa** [...]. Eu **busquei na residência mais ferramentas**. Só que essas ferramentas não podem fazer com que

ele seja um profissional amarrado na sua especificidade. Têm que ser ferramentas **que possibilitem ele a desenvolver um trabalho em equipe, um trabalho multiprofissional**".

PEF 5: "Então, a **residência tem a inserção no serviço, você trabalha** também, então foi a primeira experiência profissional mesmo".

PEF 6: "A educação física quando eu entrei, eu entrei pensando em algo esportivo. [...] Aí passou o primeiro ano e eu estava meio perdido; no segundo ano **eu fiz o grupo de estudos e no grupo de estudos foi falado da Residência Multidisciplinar**, tinha até um menino no grupo que fazia a residência que eu acho que era o primeiro ano da residência aqui em Londrina e aí eu me interessei e foquei, falei é isso que eu quero, **achei interessante e passei a me focar mais, me especializar mais nessa área.** [...] Eu **entrei no NASF com muita teoria e zero de prática** né. Então, eu **entrei lá achando que ia funcionar como estava nos livros** né e aí sofri muito por causa disso, porque eu achava que tinha que ser do jeito que estava no livro e aí uma época **uma ACS me chamou pra conversar**, me explicou como funcionavam as coisas, me falou como que o pessoal gostava que eu trabalhasse **e aí eu fui tentando mesclar** um pouco, conhecendo outros profissionais um pouco mais diferentes, **um pouco da teoria, mas tentando colocar aquilo na prática**, porque eu acho que ainda a teoria tá muito longe da prática".

PEF 9: "[...] o contato que eu tive com a saúde pública foi no último ano por contato com alguns professores dentro dos projetos de extensão não ligados à saúde pública, mas esses professores também cuidavam das disciplinas da **Residência Multidisciplinar em Saúde da Família** e eu tive contato com eles e aí eu fui fazer estágio extracurricular e **foi aí que eu aprendi e vivenciei o que hoje eu trabalho**".

As reflexões propostas por Loch (2015) corroboram o discurso de nossos atores sociais, na medida em que apontam as residências multiprofissionais em saúde como espaços privilegiados de formação para uma atuação que intervém a partir da complexidade do tecido social, além de favorecer a consolidação do trabalho em equipe interprofissional. Segundo o autor, faz-se urgente a adequação da formação inicial do profissional de saúde aos princípios da Promoção da Saúde, buscando superar o imperativo do modelo biomédico em nome da reafirmação de um olhar mais ampliado de saúde. Neste sentido, Loch (2015, p. 3) propõe a adoção quatro estratégias:

necessidade de convencer e instrumentalizar professores, estudantes, trabalhadores e usuários para novas possibilidades pedagógicas e para a necessidade do trabalho interprofissional; garantir que aconteçam atividades de integração entre estudantes de diferentes áreas do conhecimento ao longo do curso de formação

inicial; buscar uma maior articulação ensino e serviço desde o início do curso; e buscar desenvolver em todos os atores envolvidos a habilidade comunicativa, que é fundamental para o trabalho em equipe.

É mister reconhecer a relevância de iniciativas como as residências multiprofissionais em saúde e a institucionalização do NASF no sentido de buscarem o favorecimento às intervenções interprofissionais. Entretanto, tendo em vista as práticas comumente observadas no cotidiano das UBS, é possível afirmar que a simples inserção de uma equipe multiprofissional neste campo não garante a exequibilidade do serviço na perspectiva interprofissional, pois pode a formação inicial destes profissionais não dar-lhes os subsídios necessários para intervirem coletivamente e acabarem cedendo à pressões/demandas que perpetuam a lógica do atendimento clínico especializado.

Quando pensamos especificamente na formação inicial do PEF, o cenário permanece igual: insiste-se em formar o profissional para o atendimento individualizado e, tacitamente, acaba-se transferindo às pós-graduações/especializações/residências a responsabilidade de capacitarem estes recursos humanos para uma atuação alinhada aos preceitos da AB.

Grave imaginar que a educação física, oficialmente inserida na grande área da saúde, se isente da responsabilidade de formar mão de obra qualificada para a saúde pública, visto que é crescente o movimento pela defesa da inserção e ampliação do número de PEF na AB, dada a atual importância atribuída à prática regular e orientada de atividade física para a promoção da saúde e prevenção/controle de determinadas patologias.

Mesmo sendo inegável reconhecermos o significativo aumento no número de disciplinas curriculares que tratam da temática da saúde pública ou saúde coletiva nos cursos de bacharelado em educação física, autores como Naomar (2011, p. 6) indicam que as relações travadas entre o ensino superior e os serviços de saúde no Brasil desnudam uma realidade muito mais preocupante: “a dissonância entre a missão do SUS e o sistema de ensino superior”. O autor argumenta sobre esta questão:

[...] quase não há lugar para outros estudos mais gerais, que são necessários para promover uma ampla visão humanista das doenças e dos cuidados de saúde pelos profissionais de saúde. [...] currículos fechados, que são projetados para a exclusividade, tendem a ser menos interdisciplinares e mais especializados, alienando assim os

segmentos profissionais entre si e dificultando um eficiente trabalho em equipe (p. 7).

O **último sistema periférico** remete às representações do **TRABALHO EM EQUIPE**. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB – 2012) a ESF deve, necessariamente, ser constituída por uma equipe multiprofissional da qual participem, no mínimo:

um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012, p. 55).

O trabalho em saúde organizado na perspectiva do trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe é um dos fundamentos basilares da AB e está alinhado aos demais preceitos do SUS. Por ser a ESF sua ferramenta permanente de reorganização, ampliação, qualificação e consolidação do serviço em saúde, a defesa da

[...] presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL, 2012, p. 22)

Quando apresentadas aos atores sociais da pesquisa as representações gráficas que ilustram as relações multidisciplinar, pluridisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar (sem nominá-las), muitas foram as reações: desde brincadeiras como “*É teste psicológico agora?*” até análises mais refinadas sobre os sentidos e os significados atribuídos a cada uma das imagens.

As imagens foram extraídas da obra *Interdisciplinaridade e patologia do saber*, de Hilton Japiassu (1976). Nela o autor descreve quatro terminologias possíveis às relações disciplinares, a partir dos graus de cooperação e coordenação que estabelecem entre si:

MULTIDISCIPLINARIDADE: gama de disciplinas que propomos simultaneamente, mas sem fazer aparecer as relações que podem existir entre elas.

PLURIDISCIPLINARIDADE: justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer as relações existentes entre elas.

INTERDISCIPLINARIDADE: axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas e definida no nível hierárquico imediatamente superior, o que introduz a noção de finalidade.

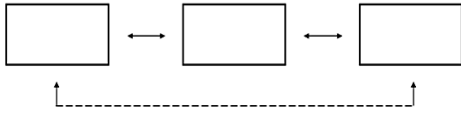
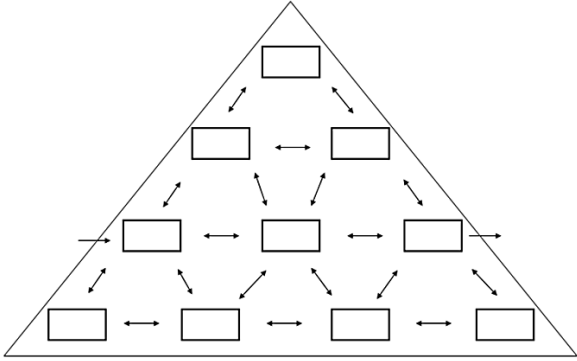
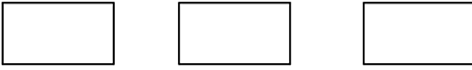
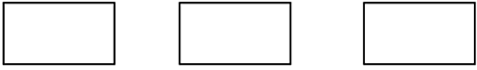
TRANSDISCIPLINARIDADE: coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do sistema de ensino inovado, sobre a base de uma axiomática geral (p. 73-74).

Essas representações gráficas foram utilizadas com o propósito representarem graficamente as possíveis configurações do trabalho em equipe na AB. O curioso foi observar que mesmo diante do consenso que, geralmente, há maior troca de saberes, experiências e compartilhamento de responsabilidades entre os profissionais que compõem a equipe do NASF, do que entre NASF e eSF, ainda assim houve uma multiplicidade de imagens diferentes para justificar uma mesma escolha.

Quando solicitado que escolhessem a imagem que mais se aproxima, que melhor representa a relação entre os profissionais do NASF, todas as imagens foram citadas, exceto a da multidisciplinaridade por não haver comunicação/troca entre as áreas por ela ilustradas. A imagem que recebeu o maior número de indicações foi a pluridisciplinaridade por apresentar todas as áreas numa relação horizontal e de diálogo/troca entre elas. Em oposição a ela, a imagem escolhida como a que mais se distancia foi a da multidisciplinaridade, pois embora mostre todos no 'mesmo nível', sem hierarquia aparente, não há indicativo de comunicação entre as áreas.

Já ao refletirem sobre a relação que observam em seus cotidianos entre profissionais do NASF e eSF, a figura apontada como a mais próxima é a da transdisciplinaridade, devido a sua organização piramidal que revela, na leitura por eles realizada, a hierarquização existente entre as áreas profissionais, estando a enfermagem e a medicina em seu topo. A figura eleita como a mais distante foi a da multidisciplinaridade, pois embora a comunicação entre NASF e eSF esteja reconhecidamente longe da ideal para o desenvolvimento do trabalho em equipe, não é possível negar que exista alguma comunicação entre as áreas.

QUADRO 03

RESUMO DE RESPOSTAS – REPRESENTAÇÕES GRÁFICAS DO TRABALHO EM EQUIPE		
	SOMENTE NASF	NASF E eSF
+ PRÓXIMA	 <p>(PLURIDISCIPLINARIDADE)</p>	 <p>(TRANSDISCIPLINARIDADE)</p>
+ DISTANTE	 <p>(MULTIDISCIPLINARIDADE)</p>	 <p>(MULTIDISCIPLINARIDADE)</p>

Em tese, o trabalho em equipe pode ser referenciado como indispensável à ESF, pois o atendimento ao princípio da integralidade do cuidado em saúde exige um ampliado rol de saberes, conhecimentos e *expertise*. Peduzzi (2001) aponta que a ideia de equipe pode ser materializada sob duas formas distintas:

- 1) A equipe agrupamento: caracterizada pela justaposição de ações fragmentadas e pelo agrupamento dos agentes/atores sociais;
- 2) A equipe integração: caracterizada por ações articuladas e correlacionadas que geram maior interação entre os agentes e favorece o trabalho na perspectiva da integralidade.

Para classificar uma equipe como integração ou agrupamento, Peduzzi (2001, p.105) elaborou a tabela abaixo (Figura 2) contendo os parâmetros básicos capazes de definir ambas as modalidades de equipe:

Figura 2 – Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento

Parâmetros	Tipologia	
	Equipe integração	Equipe agrupamento
Comunicação externa ao trabalho		X
Comunicação estritamente pessoal		X
Comunicação intrínseca ao trabalho	X	
Projeto assistencial comum	X	
Diferenças técnicas entre trabalhos especializados	X	X
Arguição da desigualdade dos trabalhos especializados	X	
Especificidades dos trabalhos especializados	X	X
Flexibilidade da divisão do trabalho	X	
Autonomia técnica de caráter interdependente	X	
Autonomia técnica plena		X
Ausência de autonomia técnica		X

Fonte: Peduzzi (2001)

Entre os discursos dos PEF ficou muito evidente a força do critério “comunicação” na compreensão que eles têm sobre o que é o trabalho em equipe na AB. A presença (ou a ausência) das setas, assim como a quantidade de vezes que apareciam e as direções que indicavam configuraram fator determinante às escolhas feitas pelos atores sociais ao apontarem as representações gráficas de Japiassu (1976) que mais se aproximavam/distanciavam do modo como estavam estruturadas as relações entre profissionais do NASF e da eSF.

A articulação das ações, a coordenação, a integração dos saberes e a interação dos agentes ocorreriam por meio da mediação simbólica da linguagem. Portanto, a comunicação entre os profissionais é o denominador comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação (PEDUZZI, 2001, p. 106).

De maneira geral, mostrou-se consenso entre os PEF que o trabalho em equipe multiprofissional (termo recorrente em documentos oficiais de referência à AB, tal como a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/2012) é o mais adequado à proposta da ESF, pois entendem que o cuidado em saúde exige o domínio de diferentes saberes, conhecimentos, habilidades, competências, por isso defendem a adequação e a boa resolutividade da atuação na perspectiva multiprofissional. Do ponto de vista conceitual, Japiassu (1976) aponta que a terminologia ‘multidisciplinar’ faz referência a um trabalho fragmentado no qual as disciplinas apenas coexistem sem o compromisso de realizarem um trabalho coletivamente. Ou, em suas próprias palavras, a multidisciplinaridade “só evoca uma simples justaposição, num trabalho determinado, dos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente um trabalho de equipe e coordenado” (p. 72).

Apenas o PEF 9 apresentou uma postura crítica em relação a utilização do termo multiprofissional para designar a relação existente entre os profissionais de saúde que atuam na AB, justificando, para tanto, que para o atendimento aos princípios norteadores da ESF e do NASF é preciso atuar de maneira mais integrada, numa perspectiva interdisciplinar, portanto.

PEF 9: “[...] o perfil do profissional hoje que trabalha na saúde pública **tem que ser alguém que saiba trabalhar não como multi, mas como interdisciplinar.** [...]. O multiprofissionalismo não é capaz pra resolver os problemas da demanda, mesmo que toda a equipe estivesse completa, atendendo 100% da população, eu acho que o trabalho multiprofissional não daria conta. Porque eu acho que tem que ter o relacionamento ainda inter, o diálogo ainda não adianta como você sabe disso. Eu não visualizo. O agente comunitário é uma categoria, o cara tem vínculo, o cara tem acesso, consegue falar com a população, consegue coisas que ninguém consegue, consegue ir na boca, tem autorização do chefe do tráfico, tem acesso àquela pessoa que tá gestante, àquele individuo que não sai de casa... Ele tem acesso a todas as informações. Não adianta ele ter um super vínculo, preencher certinho a caderneta da criança tudo e chegar aqui não conseguir resolver porque ele não tem acesso, não tem diálogo, não tem... Não é engendrado entre os dois, não tem cumplicidade de trabalho. Então, eu acho que não resolve”.

Japiassu (1976) corrobora os sentidos apontados por nosso ator social ao afirmar que a interdisciplinaridade se destaca, sobretudo, por seu caráter colaborativo, de interação e reciprocidade entre as disciplinas a fim de superar as fronteiras existentes entre elas.

A interdisciplinaridade se caracteriza pela *intensidade das trocas* entre os especialistas e pelo *grau de integração real* das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa. [...]. Ora, o espaço do interdisciplinar, quer dizer, seu verdadeiro horizonte epistemológico, não pode ser outro senão o campo unitário do conhecimento. Jamais esse espaço poderá ser constituído pela simples adição de todas as especialidades nem tampouco por uma síntese de ordem filosófica dos saberes especializados. O fundamento do espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares (grifos do autor, p. 74).

Ao analisarem especificamente sua intervenção, os PEF apontam que seu trabalho depende, em grande medida, do ACS, pois ele é o facilitador, o elo da UBS com a comunidade. Sendo assim, por ser uma das categorias profissionais com as quais o PEF mais interage, o ACS é quem costuma acompanhar o PEF nos grupos

de atividade física, nas visitas domiciliares e é público-alvo recorrente nas ações de matriciamento realizadas pelo PEF.

PEF 2: “Ele é quem acompanha nas visitas quando tem; ele que me acompanha nos grupos pra ajudar; é ele que, por exemplo, a gente vai fazer essa ação nas empresas, ele que vai na empresa pra ver se pode ou se não pode porque ele tem mais contato na área, entendeu? Então, na escola também... Ele **conhece todo mundo então**”.

PEF 4: “Eu vejo como muito importante o agente comunitário de saúde, sobretudo pela questão do **vínculo** que ele pode criar **com a população**”.

PEF 5: “O ACS é o que **liga a população à gente** né, então se vem pessoas pro grupo grande parte é graças ao ACS que comunica, que avisa, traz os casos, traz o tabagista, traz a pessoa que quer ser avaliada, quer participar do grupo, quer conversar. Então, ele que é o **elo de ligação nosso com a população**, então essa que é a importância do ACS e ele tá ali junto também, ele vai conhecer a população, vai conhecer como que é o trabalho, como que funciona. Acho que é importante mesmo que não tenha uma função específica ali, porque eu poderia muito bem trabalhar o grupo sozinho, mas ele é um suporte e mostra que a unidade tá junto né, não sou eu sozinho profissional que estou atuando ali, ele é um representante da unidade, ele tá junto mostra que é a UBS que tá ali né, não sou só eu”.

PEF 6: “Eu considero que **são importantes, mas poderiam ir muito além**”.

PEF 8: “Quando tem um agente ali, desde que esteja integrado no grupo como eu falei, [...] uma pessoa fixa e que, preferencialmente, se essa pessoa gosta de atividade física, ele **pode ajudar a corrigir**: olha o cotovelo; não não baixa, sobe o cotovelo... Então ela vai ajudando. [...] eu acho super importante, **super importante eles estarem juntos**”.

PEF 9: “Ele pode ser **um facilitador, um divulgador, ele como principal elo de ligação e a principal forma de informação da saúde com a população**, ele é um potencializador/multiplicador de informações e boas informações se ele for bem matriciado e orientado”.

PEF 10: “É **muito importante**. O ACS é o profissional que, muitas vezes, vai conseguir manter um grupo porque hoje como a gente tem várias unidades né, de 3 a 4, tem profissionais que chegam a ter 5 unidades dependendo da categoria, a gente precisa do agente pra que ele toque os grupos. [...]. Então, o ACS, a questão dele **ser o braço, os olhos nossos** né que ele pode trazer, pode convidar as pessoas pra virem nos nossos grupos. Então, o ACS acho que ele é essencial que **é ele que tá lá na comunidade, ele que tá com a população**”.

Mesmo tendo sua importância reconhecida junto ao trabalho desenvolvido pelo PEF, segundo relatos dos entrevistados o trabalho do ACS ainda é subvalorizado dentro da ESF porque, muitas vezes, este profissional é deslocado de sua função original para atender a outras demandas da UBS ou até mesmo os dados que coleta no território não recebem o tratamento adequado e não são utilizados como ferramentas norteadoras do trabalho da equipe.

Quanto à participação do PEF no matriciamento, embora ainda existam relatos da falta de momentos fixos, reservados em agenda para a realização do matriciamento, assim como a ausência de profissionais da eSF ou do NASF nos momentos de reuniões, seja porque surgiu alguma demanda não prevista, ou por causa de algum agendamento/consulta ou simplesmente porque naquela data o profissional do NASF encontra-se em outra UBS, existe o consenso de que a participação do PEF no matriciamento envolve tanto a capacitação de outros profissionais para atender às demandas identificadas na UBS, quanto para discutir casos específicos (encaminhamentos e procedimentos a serem adotados na resolução de algum caso de usuário do território sob a responsabilidade da equipe de saúde).

O **núcleo central** da representação social sobre a intervenção do PEF na ESF **remete à representação que os atores sociais têm sobre a própria ESF**, pois quando foram inseridos como profissionais na AB muitos deles não tinham ideia de como se daria sua intervenção neste campo, exceção feita, talvez, àqueles que cursaram a RMSF e puderam, de algum modo, vivenciar o cotidiano de uma UBS com todas as suas demandas e expectativas. Entretanto, não intentamos com isso afirmar que seja possível esses profissionais transferirem *ipsis litteris* a experiência que tiveram na residência para a nova realidade na qual estão inseridos atualmente, pois cada UBS, cada território, cada comunidade tem suas particularidades e necessidades, sendo elas também os determinantes das práticas cotidianas ali protagonizadas.

PEF 2: “A Estratégia Saúde da Família é algo que precisa melhorar bastante ainda. Falo porque **aqui em Londrina** ainda não tem o PSF formado assim; **tem o PSF mas é uma vez por semana só** que a equipe se dedica ao PSF, entendeu? Então, as visitas médicas, por exemplo, só acontecem um vez por semana; do auxiliar também só uma vez por semana. [...] **Muitas unidades ainda aqui em Londrina não têm reunião nem de equipe**, entendeu? As unidades que eu estou todas têm reunião de equipe, mas assim, é uma reunião ainda que precisa ser melhor planejada entendeu? Não

é uma reunião que eles usam muito pra, vamos supor, discutir o território, discutir aqueles dados que os ACS trazem. É mais, assim, pra ver qual paciente que vai e fazer receita. Entendeu? Porque, assim, **se eles não discutem os dados que eles colhem no território, eles não podem trazer demanda nenhuma pra nós, entendeu? A gente trabalha com o que vem, mas nem sempre é o que às vezes precisa né realmente**".

PEF 3: "[...] **eu acho que a Estratégia**, eu acho que o Ministério tem umas sacadas muito boas, só que o que eles colocam que **seria o ideal** nossa, **seria perfeito se funcionasse** né. **O problema é que**, assim, quando chega na unidade pra colocar em prática **falta profissional, falta estímulo** e eu falo estímulo tanto da parte psicológica assim mesmo, mas como também na parte financeira né, pra fazer acontecer, pra fazer dar certo as coisas porque não depende só do profissional tá lá com a boa vontade querendo fazer né, a gente precisa de alguns recursos né Marta. E não acontece. **Eu acho que é uma estratégia que seria excelente, muito boa; dá pra fazer funcionar né, mas precisa de recursos humanos, recurso material, organização, entendimento por parte da equipe do que é e como que faz, como fazer funcionar e, o mais importante, eles quererem fazer, os profissionais quererem fazer dar certo**. Eu vejo assim, o profissional **hoje dentro da unidade é dividido você é PSF, você não**. O mesmo profissional é dividido: segunda, terça e quarta – sou PSF; terça e quinta – não. Então, assim, **nem eles mesmos sabem quem eles são, o que tem que fazer**, entendeu? Se perdeu, eu acho. **Se perdeu**. [...] normalmente **as pessoas que estão aqui** são pessoas que já **estão há mais tempo no serviço** né, e que eu acho que já tiveram 1, 2, 3, 4, 500 tentativas e que não vai. Então, **eles desanimaram**. Eu já escutei várias falas: a Estratégia não funciona! Pra que é isso gente? É só pra visitar acamado! Já ouvi que PSF é sair da unidade e andar de carro. Então, assim, **o profissional ele não quer**".

PEF 4: "**Eu vejo a Estratégia Saúde da Família como uma coisa fantástica, uma coisa maravilhosa que devia ser mais valorizada**. E mais valorizado implica em trazer mais recurso. Então, não adianta um gestor falar que a atenção básica dá conta de solucionar 80% dos problemas de saúde pública e destinar uma verba que não é compatível com isso. [...] **a cobertura de PSF não acontece**. Nós temos hoje em Londrina com relação ao NASF, 10 equipes NASF. **Mas das 10 equipes NASF, 2 estão totalmente incompletas** [...]. Temos só eu da educação física e 2 fisioterapeutas [...]. Só que com essas coisas é difícil trazer eles pra fazer um trabalho multiprofissional também. Então, **a cobertura do PSF e do NASF está muito abaixo do esperado**. [...]. No papel, a Estratégia é maravilhosa, o e-SUS que é o novo programa de dados é muito bacana, a nova ficha de cadastramento do agente comunitário que é pra ele ir fazer lá na casa, casa por casa, é uma ficha com bem mais informações do que era antigamente [...]. **Não existe o cadastramento, não existe a cobertura adequada e isso deixa o trabalho mais pobre**".

PEF 5: "[...] **com relação ao PSF, eu vejo** também um pouco assim **que não é dado o devido valor**, que a gente sabe que a atividade preventiva, de promoção, é **não é tão bem assim, vamos dizer,**

valorizada quanto as atividades curativas. Eu acho que na UBS tem uma prioridade que é dada pras ações mais curativas, ou em cima de uma intervenção mais pontual, que você resolve caso individual daquela pessoa, que você vai pra uma consulta, isso é **muito mais valorizado, uma consulta individual do que uma atividade em grupo, do que incentivo a uma atividade física, por mudança de hábito**, isso é mais valorizado, tanto pela população, demanda mais esse atendimento individual, essa coisa do médico, do atendimento individual mesmo do que o grupo, **a própria população demanda mais isso, e os profissionais vendo isso também produzem** isso, [...]. **A gente não tem local pra ficar, não tem material pra utilizar**, então quer dizer, assim, a valorização nossa, é, não quero dizer assim que isso impede da gente fazer as coisas no improviso, mas não é no improviso que você vai melhorar as condições, melhorar a situação da população. [...] Não tem como a gente tirar leite de pedra. Então **se não é oferecido nem uma mínima condição, não dá pra exigir resultado também** né, então é bem complicado mesmo, eu acho”.

PEF 6: “Bom, eu acho que por mais que a gente sinte-se decepcionado e muito longe do ideal, de certa forma **a gente tem que entender que tá evoluindo**, vem evoluindo, **vem tendo algumas tentativas. Embora muito longe do ideal**, eu penso que assim eu **não posso deixar de reconhecer a luta** que vem sendo desde os anos 90, do pessoal mais antigo, das **transformações que foram feitas**. Acredito que **falta muito ainda**, falta muito. Acredito que ainda são **equipes que são incompletas**; equipes que **não têm muitas vezes as condições adequadas de trabalho**; **pessoas que estão ali há muito tempo e que não receberam talvez a capacitação adequada ou não conseguiram entender o que era pra ser feito** naquele momento; a **alta demanda de pacientes** que buscam esse **imediatismo** até quando alguns profissionais se propõe a oferecer trabalhos de prevenção, de alongamento, prevenção com a fisioterapia; ainda há também uma negativa da população por conta dessa construção histórica aí de vai lá no posto quer ser atendido por um médico, quer ser atendido no momento. Então, é todo um processo da população e de quem trabalha. [...] **O próprio serviço ainda tem**, muitas vezes muitos profissionais ainda têm **esse olhar do imediatismo, do sistema médico-centrado**. Então, assim, dentro do próprio sistema ainda **tem muito** isso do **procedimento**, de quando você tá saindo pra **fazer uma oficina ou uma palestra educativa não é algo tão bem-visto quanto se você ficasse numa sala atendendo**”.

PEF 8: “Ah, eu acho que é boa, só que tem muita coisa que **ainda pode melhorar** sabe. E acho que grande parte, a gente sabe da estrutura de tudo, mas eu acho que **o principal é o recursos humanos**, que é **o ser humano que faz a diferença aqui**. [...] às vezes é **muito fácil você ser contagiado pelos que não estão afim de fazer** [...]. Mas, se você for pensar mesmo como um todo assim, eu acho que **a Estratégia é, com certeza, super importante, super necessária**”.

PEF 9: “A **Estratégia Saúde da Família**, não é porque eu puxo o saco, mas eu acho que **é o modelo** [...] eu acho que não é ser

paternalista, eu acho que a visão que tem da base, do papel da saúde da família **é o que o Brasil precisa**; eu não vejo como paternalismo, **eu vejo como cuidado**, um cuidado longitudinal [...]. **Não é somente a prevenção da doença, é a promoção da saúde, é o autocuidado, é melhorar a qualidade de vida e a autonomia da população. Autonomia com relação ao autocuidado.** Eu vejo que a Estratégia Saúde da Família ela, não somente no papel, mas em alguns momentos **ela é fundamental** hoje pro nosso Brasil. Se você arrancar hoje, por mais que todo mundo mete a boca assim, mas se você arrancar hoje o conceito, o pilar da Estratégia Saúde da Família, você desestabiliza totalmente o país. Eu acho que não existe saúde ou sistema corporativo mesmo que cobre o mínimo possível, **não existe nenhum outro sistema que consiga cobrir o que a saúde da família pode desenvolver**".

PEF 10: "Eu vejo que a **Estratégia Saúde da Família** ele tem objetivos, só que pela dificuldade às vezes da **falta de recursos humanos**, pela dificuldade até da **visão que a população tem ainda**, do que a população espera desse serviço **que é totalmente o contrário do que na verdade é a proposta** da Estratégia Saúde da Família, eu vejo que ela tem essa dificuldade e por essas dificuldades ela acaba se remodelando e se **mantendo naquele modelo tradicional, aquele modelo antigo da saúde, aquele modelo de você esperar a pessoa adoecer pra vir até a unidade** e não você ir buscar a população na casa como família mesmo. É você discutir o indivíduo e não a família; você discutir o indivíduo e não o coletivo, não a população. Então eu vejo esse problema. Então, **alguns problemas que são gerados**, às vezes, por contratação, falta de pessoal, às vezes alguns **profissionais realmente infelizmente não acreditam na proposta Saúde da Família**, vêm com aquela ideia ainda tradicional, acha que não sei se é **por comodismo ou por idealismo mesmo**, ideal dela ela continua acreditando que o modelo tradicional é o melhor. Então **a gente não consegue implantar a Estratégia Saúde da Família como ela deveria ser**, tanto a Estratégia no seu cuidado em relação a população no dia-a-dia, como até na implantação de algumas ações de alguns programas que deveriam ter.

Partindo dos discursos acima apresentados é possível apreender o quão complexa é a teia de relações estabelecidas no interior do serviço de atenção básica à saúde, pois são muitos os fatores intervenientes (diretos ou indiretos) que atravessam o cotidiano de uma UBS.

De modo geral, as estruturas discursivas de nossos atores apontaram para uma análise positiva da ESF considerando os avanços, os limites e as possibilidades que ela detém e/ou representa.

Quando os seus discursos portam sentidos que remetem à ideia de "avanço", há um reconhecimento de que, embora distante do ideal/desejável, a ESF está inserida em um processo de contínuo aprimoramento e evolução. Os PEF destacam

a importância das conquistas alcançadas a partir da sua implementação e defendem com vigor o ideário de saúde ampliada e humanizada consolidada em sua proposta.

Portanto, reconhecido o avanço que a ESF representa, todos os atores são unânimes ao qualificarem o modelo de saúde previsto na ESF como o “ideal”, “fundamental”, “perfeito”, “fantástico”. Neste sentido, consideram que, mesmo diante das constantes dificuldades encontradas, ainda é adequado insistir no modelo proposto pela saúde da família dado o seu pouco tempo de vida. Além disso, defendem veementemente os princípios doutrinários que orientam a ESF e o SUS por estarem assentados na universalização do acesso, na equidade e na integralidade dos cuidados em saúde. No entanto, reforçam a necessidade de aprimoramento das práticas que compõem o serviço da AB.

Os limites da ESF citados pelos PEF giram em torno dos obstáculos representados pela falta de recursos humanos qualificados e comprometidos, falta de investimento financeiro, falta de espaço/estrutura física adequada e dificuldade de conseguir romper com o modelo biomédico/curativista historicamente instituído no imaginário coletivo como a única forma de fazer saúde em nossa sociedade.

Deste modo, podemos inferir que a representação social do PEF na ESF está ancorada nos princípios e diretrizes da própria ESF, visto que é nela que os atores sociais deste estudo dão sentido a sua inserção e intervenção na AB. Sendo assim, todos os discursos apoiam-se em conceitos, valores e teorias fundantes da ESF como justificção de suas práticas profissionais, tais como: defesa da educação permanente dos profissionais de saúde; atuação descentralizada; superação do modelo tradicional/biomédico de assistência; defesa trabalho multiprofissional etc..

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento da imprescindibilidade da intervenção da categoria profissional de educação física (PEF) no campo da saúde é uma realidade bastante recente se considerarmos que sua normatização aconteceu em 1997, por intermédio da Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde e posteriormente, em 2008, houve a sua consolidação no campo da atenção básica com a publicação da Portaria nº 154 que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Diante deste cenário, mostra-se de fundamental relevância a realização de estudos que se disponham a discutir e refletir criticamente sobre as práticas profissionais do PEF no contexto da saúde pública, visto que sua inserção neste campo ainda carece de um portentoso debate acerca do papel que deve desempenhar junto a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Neste sentido, a presente pesquisa interrogou os PEF vinculados aos dez NASF do município de Londrina, a fim de identificar e analisar as representações sociais instituídas em seus imaginários sobre a sua própria intervenção profissional no campo da atenção básica à saúde.

Considerando as representações sociais identificadas foi possível verificar a valoração que os PEF predicam à sua intervenção profissional, à Estratégia Saúde da Família, ao trabalho em equipe multiprofissional e à (in)adequação dos programas curriculares dos bacharelados em educação física com vistas às demandas próprias da ESF.

A análise dos dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas individualmente se deu à luz dos referenciais teórico-metodológicos da Teoria das Representações Sociais (TRS) proposta por Moscovici e da Análise de Discurso de linha francesa adotada por Orlandi.

Os resultados da pesquisa apontam para a existência de um núcleo central da representação social sobre a intervenção do PEF na ESF, protegido por um conjunto de três sistemas periféricos que englobam: o papel do PEF, o perfil do PEF e o trabalho em equipe.

O núcleo central identificado remete aos sentidos atribuídos pelos atores sociais à própria ESF. Nele as estruturas discursivas analisadas foram elaboradas a

partir da apropriação dos valores norteadores da ESF, sendo esta última entendida como recurso basilar de consolidação, ampliação e qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). O escopo desta política pública de saúde propõe a superação do modelo tradicional de saúde e preconiza um olhar ampliado de saúde, no qual as ações do serviço de assistência sejam pautadas pelos princípios da universalidade de acesso, equidade de atendimento e integralidade do cuidado.

Todos os PEF avaliaram como importante e adequado o modelo de saúde firmado pela ESF. Embora, também tenham ratificado a inegável necessidade de aprimorá-la, pois o paradigma curativista, segundo seus relatos, ainda não foi totalmente suplantado e tem sido um verdadeiro entrave à materialização do ideário do SUS.

Neste sentido, listam, inclusive, os aspectos que acreditam ser determinantes ao sucesso da ESF: aumentar a contratação e melhorar a formação (profissional e humana) de seus recursos humanos; investir mais em recursos materiais e estrutura física adequada.

Em síntese, quando lançam seus olhares sobre os avanços, limites e possibilidades da ESF, os PEF estão, ao mesmo tempo, elaborando formas de atribuir sentidos, significados e valores às suas intervenções profissionais.

Quanto aos extratos discursivos referentes aos sistemas periféricos identificados na materialidade dos textos produzidos pelos PEF, deles emergiram sentidos que foram discutidos/analísados a partir dos paradigmas de consenso e conflito. De maneira geral, associamos o consenso às tomadas de posições fortemente caracterizadas pelo interesse em manter a ordem vigente. Já o conflito foi tomado como síntese de debates que produzem o consenso e esteve vinculado a uma postura crítica/questionadora do estabelecido. Assim, os três sistemas periféricos identificados apontam para relações conflituosas circunscritas no âmbito da intervenção profissional do PEF.

O primeiro sistema periférico diz respeito ao PAPEL DO PEF. Nele identificamos a prevalência de um pensamento binário acerca dos sentidos atribuídos às funções do PEF: ou se é o professor de ginástica, ou se é o gestor de saúde; ou se é “o cara do uhu-aha”, ou se é um profissional da atenção básica. Tal compreensão denota um pensamento conservador que denega a possibilidade de ler o mundo e os homens pelas lentes da complexidade.

O segundo sistema periférico refere-se ao PERFIL DO PEF. Aqui o único consenso identificado assinala que para trabalhar como PEF na AB é preciso ter um bom relacionamento interpessoal e saber trabalhar em equipe para dar conta de produzir uma prática profissional alinhada aos preceitos da ESF. Entretanto, os PEF apontam também que são muitos os fatores que interferem nesta relação, sendo o principal deles a formação inicial que não prepara os profissionais para a intervenção em equipes ou grandes coletivos.

Outro aspecto relevante que emergiu sobre o perfil do PEF associa sua imagem às práticas de lazer, diversão, recreação e atividades físicas ou esportivas em grandes grupos, remetendo-nos à categoria de animador cultural proposta por Marcellino (1983). Para o autor, a atuação do animador cultural extrapola a noção de que sua única responsabilidade seja fomentar e orientar as práticas de lazer dos indivíduos. Logo, recai sobre este profissional o compromisso social de ser o mediador entre a cultura popular e a democratização do acesso aos bens culturais. Tal compreensão encontra ressonância nas diretrizes do NASF quando tratam do eixo das práticas corporais e atividade física (PCAF).

Entretanto, nossos atores sociais apontam que ocorre um esvaziamento deste sentido quando as PCAF são tomadas apenas pela perspectiva utilitarista e reprodutivista do movimento humano. E, mais que isso, sentem-se diminuídos profissionalmente ao serem referendados por seus pares ou pelos usuários 'apenas' como o profissional responsável pela atividade física, ginástica, alongamento e/ou dança.

O último sistema periférico trata das representações sociais sobre o TRABALHO EM EQUIPE. Sendo o trabalho em saúde organizado na perspectiva do trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe um dos pilares da ESF, apresentamos aos atores sociais da pesquisa as figuras elaboradas por Japiassu (1976) referentes à multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, sem identifica-las pelos nomes e pedimos que nos apontassem aquela que melhor representava tanto as relações profissionais estabelecidas dentro do NASF, quanto aquelas estabelecidas entre NASF e equipe Saúde da Família (eSF).

Novamente prevaleceu o conflito entre as interpretações dos PEF para representarem um mesmo objeto, fato que nos sugeriu uma possível falta de

domínio dos elementos teórico-conceituais necessários à realização da análise mais detalhada e fundamentada das imagens.

Por meio dos resultados e discussões apresentados, podemos afirmar que esta pesquisa nos forneceu pistas que nos autorizam a inferir que as representações sociais instituídas no imaginário dos PEF sobre a intervenção que realizam na ESF remetem à produção da prática profissional voltada ao cuidado integral em saúde e organizado dentro de uma equipe multidisciplinar, tal qual descrevem os preceitos da estratégia. Logo, em alguma medida, o caráter lúdico de seu papel como animador cultural é secundarizado (ou até mesmo negado) por ser considerado algo menor quando realizam a leitura de sua intervenção pela lente biológica que tanto questionam.

Entretanto, os atores representam também que o distanciamento existente entre a formação inicial e o exercício profissional da educação física no campo apresenta-se como um obstáculo real à intervenção ajustada aos princípios da AB. Neste sentido, atribuem aos cursos de pós-graduação, especialmente à Residência Multiprofissional em Saúde da Família, o papel de prepará-los adequadamente para o trabalho em equipe (matriciamento, consultas compartilhadas, discussão de casos etc.) e com grandes coletivos.

Considerando que a amostra de nossa pesquisa correspondeu, na verdade, à totalidade da população de PEF atuantes nos NASF de Londrina, tomamos como preocupante o dado revelado por todo este corpo profissional de educação física da 4ª maior cidade do Sul do país: os cursos de graduação em educação física não formam profissionais habilitados para o trabalho na AB.

Sendo assim, sugerimos a realização de pesquisas que se dediquem a: 1- repensar a formação superior, em nível de graduação, na área da educação física; 2- propor a realização de estágios diretamente no campo de intervenção, ou seja, nas unidades básicas de saúde; 3- defender a vinculação da graduação à residência multiprofissional, ampliando o seu número de vagas disponíveis.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J-C. **Prácticas sociales y representaciones**. México: Ediciones Coyoacán, 1994.

_____. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998, p. 27-38.

AGAMBEN, G. **Estado de exceção**. São Paulo: Boitempo, 2004.

ALMEIDA, A. M. O. Abordagem societal das representações sociais. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 713-737, set/dez., 2009.

ALMEIDA-FILHO, N. **Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil**. Lancet, 2011, p. 6-7. Disponível em: www.paliativo.org.br/dl.php?bid=112

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Metodologia para uma Abordagem Estrutural das Representações Sociais. in: **Anais...** EDUCERE – X Congresso Nacional de Educação. II Seminário Internacional de Representações Sociais. PUC – Paraná. Curitiba. 2013.

ANJOS, T.C.; DUARTE, A.C.G.O. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1127-1144, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS – Doutrinas e princípios**. Brasília, 1990a.

_____. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica – n. 27: Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, Y. M. de. Educação Física e Saúde Coletiva: uma introdução. In: LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 4. Ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. P. 19-34.

CASTRO, A. M.; DIAS, E.F. **Emile Durkheim, Max Weber, Karl Marl e Talcott Parsons. Introdução ao Pensamento Sociológico**. (Coletânea de textos). 9ª. ed. São Paulo: Editora Moraes, 1992.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCACÃO FÍSICA (CONFEF). **Resolução nº 046**, Rio de Janeiro, 2002.

_____. **Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do Profissional de Educação Física**. Rio de Janeiro, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 218**. Reconhece como profissional de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Brasília, 1997.

COUTINHO, S. S. As competências requeridas do profissional de educação física para atuar na atenção primária à saúde. **Anais...** do XVIII Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte (CONBRACE). Brasília: DF, 2013.

_____. **Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde**. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde_-30112011-085206/. Acesso em: 04 nov. 2013.

DOISE, W. Debating social representation. In: BREAKWELL, G. M.; CANTER, D. V. (Orgs.). **Empirical approaches to social representations**. Oxford: Oxford University Press, p. 157-170, 1993.

_____. Da psicologia social à psicologia societal. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 18, n. 1, p. 27-35, 2002.

DOMINGUES, C. M. **Residência multiprofissional em saúde da família**: o olhar do trabalhador de saúde. 2012. 127fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. Paraná. 2012.

DOTTA, L. T. T. **Representações sociais do ser professor**. Campinas: Editora Alínea, 2006.

- DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Cia. Editora Nacional, 1987.
- FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. São Paulo: Almedina, 1995.
- GADOTTI, M. **Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito**. São Paulo: Cortez, 2003.
- GADOTTI, M.; FREIRE, P.; GUIMARAES, S. **Pedagogia: diálogo e conflito**. São Paulo: Cortez, 1995.
- JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1976.
- JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.
- LIMOEIRO, M. C. **O mito do método**. Uberlândia: UFU, 1982.
- LOCH, M. R. **A promoção da saúde e a formação inicial do profissional de saúde: desafios e possibilidades**. Saúde Meio Ambiente Revista Interdisciplinar. v. 4, n. 1, p. 3-16, jan./jun. 2015
- LUZ, M. T. Educação física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. In: FRAGA, A.B.; WACHS, F. **Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p. 9-16, 2007.
- MACHADO, P. B.; ANADÓN, M. **Reflexões teórico-metodológicas sobre representações sociais**. Salvador: Editora UNEB, 2003.
- MAGALHÃES, E. M. M.; MAIA, H.; ALVES-MAZZOTI, A. J. Representações sociais de trabalho docente por professores de curso de Pedagogia. **Trabalho & Educação**. v. 18, n. 2, mai-ago. 2009.
- MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**. São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.
- MARCELLINO, N.C. **Lazer e Humanização**. Campinas: Papyrus, 1983.
- MINELLI, D. S.; SORIANO, J. B.; FÁVARO, P. E. O profissional de Educação Física e a intervenção em equipes multiprofissionais Movimento, PPorto Alegre, v. 15, n. 04, p. 35-62, out/dez de 2009.
- MORIN, E.; LE MOIGNE, J.-L. **A Inteligência da Complexidade**. São Paulo: Petrópolis, 2000.

MOSCOVICI, S.; DOISE, W. **Dissensões e Consensos**: uma teoria geral das decisões coletivas. Coimbra: Horizonte Psicologia, 1991

MOSCOVICI, S. **Representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque, julho de 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 13 mai. 2013.

OPAS (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE). **Carta de Ottawa**. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArg/Ottawa.pdf> . Acesso em: 13 mai. 2013.

ORLANDI, E.P.; LAGAZZI-RODRIGUES, S. (Orgs.) **Introdução as Ciências da Linguagem**: Discurso e Textualidade. Campinas: Pontes Editoras, 2006.

ORLANDI, E. P. Texto e discurso. **Revista Organon**, Porto Alegre, Instituto de Letras – UFRGS, v. 9, n. 23, p. 111-118, 1995.

ORLANDI, E. **A linguagem e seu funcionamento**: as formas do discurso. 4ª. ed. Campinas: Pontes, 1996.

_____. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 3. ed. Campinas: SP: Pontes, 2003.

PAIVA, F.S.L. et al. Formação inicial e currículo no CEFD/UFES. **Pensar a Prática**, v. 9, n. 2, p. 213-230, jul-dez. 2006.

PAULINO, L. F. **Representações sociais de velhice, cegueira e direitos sociais em instituições especializadas em deficiência visual**. 2007. 255 fls. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2007.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso**. Uma afirmação do óbvio. Campinas: UNICAMP, 1988.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PUGLIESI, M. **Teoria do Direito**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

QUEIROZ, M. C. **Configuração teórica da análise do discurso (AD) de linha francesa**. 2011. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/configuracao-teorica-da-analise-do-discurso-ad-de-linha-francesa/17917/>. Acesso em: 04 fev. 2013.

QUEIROZ, M. I. P. O pesquisador, o problema de pesquisa e escolha de técnicas: algumas reflexões. **Caderno CERU**, Textos 3, 2ª série, São Paulo: Universidade de São Paulo, 1992.

REIS, S. L. A.; BELLINI, M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Scientiarum**. Human and Social Sciences Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011.

RODRIGUES, J. D. et al. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**. Pelotas/RS, n. 18, v.1, p. 5-15, jan. 2013.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SCABAR, T. G. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Journal of the Health Sciences Institut**, n. 30, v.4, 2012, p. 411-418.

SANDER. B. **Consenso e Conflito: Perspectivas Analíticas na Pedagogia e na Administração da Educação**. São Paulo: Pioneira, 1984.

SOUZA, S. C.; LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde**, v. 16, n. 1, p. 5-10, 2011.

VILLAS BÔAS, L. P. S.; SOUZA, C. P. Uma investigação da historicidade das representações sociais. **Temas em Psicologia**, v.11, n.1, p.205-218. 2011.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.) **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, p. 635-667, 2012.

XAVIER, P.P.; ESPIRITO-SANTO. G. Representações Sociais do Profissional de Educação Física pela Equipe Estratégia Saúde da Família. **Corpus et Scientia**. Rio de Janeiro, v.9, n. 2. p.83-98. jul/dez, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

NOME: _____

IDADE: _____ SEXO: _____

FORMAÇÃO: _____

INSTITUIÇÃO: _____ ANO DE CONCLUSÃO: _____

CURSO(S) DE PÓS-GRADUAÇÃO: _____

TEMPO DE ATUAÇÃO NA ESF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO NASF: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (PEF)

1. Trabalho e Intervenção Profissional:

- ✓ Forma de ingresso;
- ✓ Regime de trabalho;
- ✓ A Estratégia Saúde da Família (ESF);
- ✓ Recepção do PEF na ESF;
- ✓ Natureza de sua intervenção;
- ✓ Perfil do PEF para atuação na ESF (características);
- ✓ Caracterização do saber multidisciplinar (trabalho em equipe, integralidade do cuidado, autonomia dos usuários e vínculo);
- ✓ Execução do matriciamento;
- ✓ Avaliação da resolutividade do cuidado em equipe multiprofissional;
- ✓ Importância do ACS para a intervenção do PEF;
- ✓ Intervenção do PEF e o usuário;
- ✓ A ESF para o usuário;
- ✓ Relevância da inserção e intervenção do PEF na ESF.

2. Formação Profissional:

- ✓ Formação inicial (graduação);
- ✓ Capacitação e/ou treinamento.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:

“OS SENTIDOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”.

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “*Os sentidos das representações sociais sobre a intervenção do profissional de educação física na estratégia saúde da família*”, a ser realizada em Londrina. O objetivo da pesquisa é identificar a representação social instituída no imaginário dos atores sociais que produzem práticas profissionais nos campos da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Atendimento a Saúde Familiar (NASF) no município de Londrina, sobre a intervenção do profissional de educação física (PEF) nesta área. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: inicialmente marcaremos local e dia de sua preferência para realizarmos as entrevistas, na qual utilizaremos um gravador digital e um diário de campo para anotações. A entrevista, semi-estruturada, partirá de uma pergunta central e, na medida em que você (profissional da ESF ou do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF) for respondendo a nossas indagações, nos possibilitará um desdobramento de novos tópicos que não fujam a questão central da pesquisa. Informamos que poderá ocorrer mais de um encontro de entrevistas, caso se faça necessário e que poderemos realizar entrevistas com mais de um profissional simultaneamente. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade e o máximo de fidedignidade dos discursos produzidos por você. Os benefícios esperados são, ao final da pesquisa, poder contribuir com conhecimentos que poderão servir de subsídios à adequação dos programas curriculares dos bacharelados em Educação Física às demandas da Estratégia.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar: Marta Soares Araujo, CEMIDEFEL – Centro de Memória, Informação e Documentação sobre Educação Física, Esporte e Lazer, Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 – Campus Universitário, Londrina – PR, (43) 3371-4905, msoaresaraujo@yahoo.com.br, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone (43) 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, _____ de _____ de 2015.

Marta Soares Araujo

Pesquisadora Responsável

RG: 34.615.964-7

_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica):

Data: _____

Obs: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, deve ser incluído o campo para assinatura do menor e do responsável.

APÊNDICE C – TRANSCRIÇÃO ENTREVISTA PEF 9

PESQUISADORA: Como se deu o seu ingresso no NASF propriamente dito?

PEF 9: Depois que eu terminei a faculdade eu já ingressei direto depois de 4 meses já fiz a prova de Residência e entrei na Residência. Então lá que eu aprendi sobre saúde pública, saúde da família, saúde coletiva, epidemiologia... Aí nessa época já tinha umas publicações básicas né, que é o Pacto pela Saúde, depois saiu a PNAB 2011... Não, não saiu que eu entrei em 2009 até 2011, então foi mais o Pacto pela Saúde mesmo que aí teve as primeiras inserções da prática corporal instituída dentro de um caderno público, então aí eu comecei a ter mais acesso a essa questão da atividade física como um direito e como uma política pública e eu trabalhei no NASF por conta disso, por já saber que o trabalho de NASF começou em 2008, foi junto praticamente com a Residência que eu entrei em 2009, então quando eu entrei na Residência já tinha até saído alguns profissionais do NASF porque não tinham perfil pra trabalhar com a população ou o perfil era muito político né, mas não tem como trabalhar no NASF sem ser político, você tá trabalhando com relações sociais e da comunidade e organização social também, mas tudo bem... Ainda bem que ninguém é mandado embora agora por causa disso, senão eu tava ralado. E aí, eu comecei o NASF por causa disso, eu já conversei até no período da minha Residência... Eu entrei na Residência eu assumi temporariamente uma UBS que tinha o profissional do NASF e fiquei acho que 6 ou 8 meses dando aula naquela UBS, tomando conta, mas não fazia visita domiciliar. Aí depois entrou uma menina no lugar e a gente conversava bastante, ela era do NASF e eu da Residência, aí ela falou como é que você tá fazendo e aí, é assim mesmo? Eu tô fazendo visita, tô passando uns exercícios na casa e isso, é isso então... Aí eu já comecei a me interessar pelo NASF nesse sentido, eu só tive um objetivo: depois que eu saísse da Residência eu queria entrar no NASF e continuar trabalhando com isso, não é pelo dinheiro porque é bom, mas é porque era o que eu gostava mesmo de fazer... Ninguém fazia... *Risos!*

PESQUISADORA: Num primeiro momento o seu ingresso foi como celetista, não foi? Processo seletivo?

PEF 9: Isso. Aí quando eu entrei, de novo tudo (vou tentar resumir), quando eu entrei então no NASF em 2011 foi por processo seletivo, entrei com um pouco de consciência, então pra mim foi tranquilo a questão da prova, a entrada, como

começar o trabalho pela questão da Residência e passei 2 anos como PSS, depois mais pra quase 1 ano como emergencial, não era mais como processo seletivo simplificado, era um contrato emergencial mesmo. Depois entrei como estatutário.

PESQUISADORA: E você percebeu diferença na forma de ser tratado dentro do serviço por conta do seu regime de trabalho?

PEF 9: Em uma unidade só que mudou a forma até de avaliação porque a avaliação, nós tínhamos avaliação, não sei porque tinha avaliação durante o PSS e dentro das avaliações eram muito punitivas né, sentava todo mundo junto e olha você não está fazendo, você não está fazendo... Nós tínhamos um vínculo muito... Nós tínhamos todos os deveres dos servidores e não tínhamos todos os deveres do CLT né, então eles fizeram um contrato que não era PSS porque até PSS você tem direito a outras formas jurídicas aí e a gente não tinha nada disso. E aí mudou em uma unidade a forma de tratar, o tratamento da coordenação, mas dentro das equipes não mudou nada. Só foi: “Graças a Deus! Agora não vai ter que ficar saindo...”. Acho que foi mais um benefício, não sei se pelo meu jeito de trabalhar, mas não houve mudança com relação a equipe de trabalho.

PESQUISADORA: A coordenação mudou em que sentido?

PEF 9: Mudou assim mais no tratamento, às vezes na cobrança... Porque assim, não dava mais pra você intimidar, olha você vai fazer o grupo? Ó, a gente tá de olho! Não falava com essas palavras, mas as atitudes né da forma de... Ah, você tá fazendo visita? Quantas visitas você fez hoje? Né... Aquele negócio de ficar em cima, ver a sua produção, produção, produção, ver se você tá fazendo bem, porque o NASF é um profissional muito caro... Essas frases já se extinguiram. Quando eu entrei em 2009 tinha essa frase: ah, vocês são profissionais muito caros pra não fazerem nada ou só pra fazer grupinho ou pra atividades que vão 2 ou 3 ou mais né. E uma atividade, mesmo que seja sistematizada, coletiva, de orientação, tinha essas falas. E hoje não tem, não existe mais isso. Isso é algo que já foi extinto dentro da prefeitura, dentro das unidades.

PESQUISADORA: XXXX, à época que me formei na graduação não tive nenhuma referência sobre saúde coletiva, saúde pública, trabalho do profissional de educação física nesse campo. Sua formação trouxe alguma coisa neste sentido?

PEF 9: A minha formação nos... Eu tive como bacharelado, no segundo ano, uma disciplina que tratava de epidemiologia e saúde pública. Então assim, ele trazia conceitos básicos do que era epidemiologia, conceitos, a forma como que as

doenças crônicas atingem e como, basicamente, surgiram as políticas, naquela época praticamente não tinha... Não tinha nada na verdade, foi em 2006, então você não tinha nem o pacto pela saúde lançado, então ele não tinha muito subsídio com relação à atividade física. Então, o subsídio que eu tive foi mais assim qual é o direito do ser humano, que ele tinha à manutenção da saúde e qualidade de vida, que saúde não era sinônimo de doença e vice-versa e depois ele deu uma disciplina falando sobre as cartas de promoção à saúde. Mas, isso pro segundo ano foi sem significado porque era só um semestre que foi a única coisa na graduação que eu tive no quesito curricular. Aí o contato que eu tive com a saúde pública foi no último ano por contato com alguns professores dentro dos projetos de extensão não ligados à saúde pública, mas esses professores também cuidavam das disciplinas da residência multidisciplinar em saúde da família e eu tive contato com eles e aí eu fui fazer estágio extracurricular e foi aí que eu aprendi e vivenciei o que hoje eu trabalho.

PESQUISADORA: O conhecimento que você levou foi a partir da Residência?

PEF 9: Justamente. Como a pergunta que você falou foi a questão da graduação, então da graduação não tive contato. Tive no último ano, mas tive porque busquei fora da grade curricular tradicional.

PESQUISADORA: Você falou da questão do perfil né, havia cobrança nesse sentido? O que chegava pra você de demanda de perfil do profissional de educação física?

PEF 9: Como só tem enfermeiro eles não sabem, na verdade, qual seria o perfil. Eles têm aquele... Eles tinham o estigma de que o professor ele tem que ser sempre sorridente, tem que cumprimentar todo mundo, tem que ser alegre a todo momento, tem que colocar todo mundo pra cima, tem que ser o animador de torcida, tem que fazer grupo, grupo, grupo, grupo e se ele não tiver um grupo com 60, 80, 90 pessoas ele não era um bom profissional, não importa o que ele fazia, o que ele dava, como era a sistemática. Eles não tinham noção nenhuma; não tinham (como ainda não têm) a noção da avaliação do que eu devo exigir desse profissional né. Quais são as competências mínimas que ele tem que desenvolver dentro da área, dentro da competência ou da comunidade, com a equipe de referência, com a população ou com os atendimentos clínicos? Quais são as competências mínimas que ele tem que desenvolver? Isso eles ainda não têm claro, como não tinha na época e como tinham muito menos então a cobrança era bem indevida, eles não tinham muita

noção do que eles queriam, eles só queriam um animador. Então, se a pessoa não animasse, se a pessoa não fizesse vários grupos ela simplesmente era descartada naquele primeiro processo de 2008 até 2009, quando a gente entrou. Em 2009 também em diante eles descartaram 3 profissionais assim por causa disso. O perfil era: tem que seguir a risca né, e se você não atingisse essa meta você era mandado embora. Eu nunca vi ninguém receber uma advertência até hoje. De 2009 até 2015 agora, eu nunca vi nenhum profissional receber nenhuma advertência por não cumprir a meta e nós éramos mandados embora, não tinha contrato mais. “Ai nós não queremos te mandar embora, mas nós não vamos renovar o seu contrato”. Essa era uma frase que a gente escutou. Você quer saber do perfil de hoje ou não?

PESQUISADORA: Sim. Eu já ia perguntar...

PEF 9: O perfil de hoje... *Risos!* Como você já não pode mais mandar embora, você tem que engolir o que veio e aí o que veio? Veio... O que eu gostei e que ninguém gostou foi dos critérios pra seleção, eu acho que com os critérios pra seleção você erra menos. Colocando lá eu quero profissionais e dou maior pontuação pra aqueles que já tiveram experiência em saúde pública, especificamente em contato com o Programa Saúde da Família; conta muito mais ponto aquelas pessoas que tem curso de pós-graduação dentro da saúde pública, saúde da família ou residência. Então você, minimamente, você consegue pelo menos assim se você vai errar erra uns 50% e não mais com 89 ou 95% de erro de ter um profissional mercenário né, que quer trabalhar por causa do salário. Então, isso eu acho que já ajudou bastante porque qualquer pessoa que gasta, minimamente, 5 mil reais numa pós-graduação de 12 meses minimamente tem que gostar daquilo né? Ele não vai fazer uma pós, gastar 5 mil a toa só por currículo, minimamente não né. Então hoje, o perfil desse profissional é um perfil de um professor que entende as relações políticas da comunidade; entende o que é um conselho local de saúde, uma associação de moradores; como articular pro processo de trabalho dele ser melhor atendido; ele entende muito melhor o que seria uma territorialização; quais são as funções de um mapa inteligente, de um mapa de saúde no território... Termos que antes eu acho que jamais ninguém conhecia. Colegas que hoje, um só sobrevivente que ficou de 2009/2008 até hoje ele não tinha noção. A primeira vez que eu entrei em contato com esse profissional em 2009 pra entender como funcionava o trabalho dele, eu fiquei abismado porque era um profissional bom, que tinha bons relacionamentos e por isso que ele ficou, mas não tinha aprofundamento científico, nem técnico, nem

nada da área da saúde pública. E eu percebi uma mudança muito grande; hoje você tem profissionais que têm uma carga teórica boa e como são profissionais práticos eles conseguiram criar um meio termo, então isso eu acho que o caminho do perfil do profissional de educação física seja um profissional, resumindo, que entenda o que é um território, entenda o que é uma adscrição de território; entenda quais são os conceitos de saúde coletiva básicos pra a ação dele; ele entenda a questão de mudança de perfil epidemiológico que é o que a gente sonha e que a gente não tem capacidade, mas nós sonhamos em atingir, há uma mudança hoje acho que de perfil epidemiológico em 10 pra 500 mil habitantes vai mudar muito né... *Risos!* É pouca coisa, mas tá bom. Eu acho que tem que ser uma pessoa que tem... Não é ser... Não é você estigmatizar, mas ele tem que ter um vínculo muito grande com a equipe de referência, não mais que os outros profissionais, mas ele tem que saber... Não é que ele tem que animar, mas ele tem que... É que não tem como eu falar isso sem criar um estigma, entende? Eu não quero falar nem que ele tem que ser o palhaço e também não quero falar que ele tem que ser aquele cientista que eu conheci na faculdade. Ele tem que ser o meio dos dois dentro do posto, senão ele não consegue sobreviver, ele não consegue fazer com que a equipe trabalhe com ele, ele não consegue fazer com que a equipe apoie nas atividades coletivas, se ele não tiver esse vínculo não adianta! Ele não vai ser um profissional bem sucedido. Ele pode ter tudo, mas ele não vai conseguir executar bem; ele tem que ser um pouco não o palhaço, mas ele tem que ter uma boa forma de relacionamento com a equipe. Então, dentro do perfil do profissional tem que ter isso, ele tem que saber trabalhar em equipe. E como da outra vez que a gente conversou, o profissional de educação física não é formado pra trabalhar em equipe, nem interdisciplinar. Mal e mal ele tem noções de multiprofissionalidade, muito pouco ainda. Mas o perfil do profissional hoje que trabalha na saúde pública tem que ser alguém que saiba trabalhar não como multi, mas como interdisciplinar.

PESQUISADORA: E os outros profissionais tem a formação que dê subsídio pra isso?

PEF 9: Eles têm uma melhor formação no multiprofissional. Eles ainda não sabem trabalhar em inter ainda, não sabe compartilhar conhecimento, não sabe fazer um atendimento coletivo entre dois... Um atendimento compartilhado, desculpa. Não sabe ainda fazer um atendimento compartilhado, eu atendo junto com você ou em momentos diferentes o mesmo paciente, mas não fragmentado, mas falando olha

você viu aqui o caso tal aconteceu isso, eu orientei e não deu certo, vê se você consegue orientar dessa forma, eu já tentei fazer isso, isso e isso né... Eu acho que eles têm uma noção de multiprofissional, mas de inter a gente tá construindo agora.

PESQUISADORA: O PEF [*profissional de educação física*] não chega nem com isso?

PEF 9: Não, claro que não! Claro que não. Eu, particularmente, não consigo visualizar. Pode existir, mas eu não consigo visualizar alguém que sai da faculdade, da graduação e que não passe por uma especialização em saúde pública, chegue numa unidade básica de saúde... Quer dizer, não vai chegar, primeiro aí; eu acho que ele vai ser barrado porque ele não vai ter conhecimento de saúde pública, de nada, de nada... *risos!* Mas, se ele chegar, ele não vai conseguir. Vai acontecer o que eu já escutei de profissionais que acompanharam outros que vieram antes de mim: ele não vai conseguir interação com a equipe, ele não vai conseguir trocar experiência, ele não vai conseguir chamar o outro e nem ir pro saber do outro, então ele vai trocar lâmpada, ele vai levar exame de sangue... Profissional de educação física tô falando né... Ele vai trocar lâmpada, ele vai ajudar no balcão (não que seja errado), mas ele vai ajudar na coleta de sangue, ele vai levar exame laboratorial, ele vai ficar preenchendo planilha, fazendo atividades, vai dar o grupo de atividade física e o resto ele vai fazer administrativo. Ele não vai trabalhar nas competências dele.

PESQUISADORA: E isso acontece porque ele ignora completamente qual é o papel dele ou porque o serviço se sobrepõe?

PEF 9: Ele não sabe e o serviço tem uma demanda. Pra conseguir conquistar esse espaço ele via tentar pelas formas onde tem o serviço que ninguém quer fazer. Eu visualizo assim. Então, primeiro ele não tem a condição não sei se é de ensino ou se é de subsídio teórico ou se é de vivência dentro da graduação, mas ele não sabe o papel dele, como nós ainda não sabemos o papel da educação física na saúde pública. Nós sabemos que nós somos inseridos porque atividade física faz bem pra população e reduz gastos, senão não teria sido inserido. Ele não inseriu pra melhorar a qualidade de vida e porque é bonito ter alguém saudável, não é por este objetivo. Ele foi inserido porque ele tem um papel fundamental dentro dos dados né de reduzir mortalidade através de doenças crônicas e tudo mais que a gente já sabe. Então, eu vejo assim, ele não tem subsídio pra entender o papel dele, como eu ainda não tenho mesmo com tanta formação, quanto mais alguém que saiu da graduação. Aí se ele chegar no local, esse local não dá suporte pra ele; hoje a

saúde pública de Londrina que é o nosso caso, eu acho que é em todo município, mas não dá suporte pra acolher, a gestão não sabe acolher, não acolher de: “Oi, como você está?”, mas de acolher no sentido igual ao protocolo que nós estamos desenvolvendo. Minimamente, XXXX chegou na unidade básica de saúde no dia 16/10/2011, qual é a função dele? Tá aqui ó, minimamente você tem que fazer isso daqui. Tá no papel. E isso eles não têm base, por isso que eles pediram pra gente fazer o protocolo né.

PESQUISADORA: E a quantas anda este protocolo?

PEF 9: Tá pronto.

PESQUISADORA: Tá pronto?

PEF 9: Tá monstrinho, mas tá pronto.

PESQUISADORA: Monstrinho por quê?

PEF 9: Porque ele não vai... Ele tá feio, mas ele é útil. É igual aquele carro velho que o pessoal usa pra colher lixo reciclável: não é bonito, mas ele vai funcionar, vai recolher o lixo reciclável.

PESQUISADORA: É útil pra vocês enquanto profissionais da UBS ou pra todo mundo?

PEF 9: É útil para o profissional que vai tá atuando e é uma forma de avaliação porque dentro do protocolo, o município autorizando, vinculando e publicando então assume uma responsabilidade que isso é o mínimo que um profissional de educação física deve fazer, então ele tem que ser avaliado dentro desse conceito.

PESQUISADORA: Vocês partiram de onde pra tecer esse protocolo?

PEF 9: O protocolo ele partiu da demanda da gestão, ou seja, têm programas específicos no qual o profissional de educação física ele está a frente dos programas, como se fosse responsável pela pasta. Então, nós temos responsabilidade sobre a pasta do idoso, responsabilidade sobre a pasta do Programa Saúde na Escola, nós não somos os desenvolvedores, mas nós somos os articuladores dentro da unidade pra que o programa se desenvolva. O preenchimento de uma caderneta do idoso; quem vai fazer contato lá na escola; se a enfermeira ela conseguiu ir na escola pra ver todas as vacinas da crianças que foram pactuadas no programa... Ele é como se fosse um gestor local desta pasta. Então, eu acho que esse protocolo ele vai servir também pra a avaliação porque hoje eles não sabem o que avaliar do profissional, é só se ele é legal, só se ele motiva a equipe, se ele trabalha em equipe. Eu acho que esse protocolo ele vai falar

assim, bom daqui tá falando que você tem que fazer suas visitas domiciliares, como andam as suas visitas? Hoje, você fez 3 visitas em 5 meses. Como assim? Por que você não fez a visita? Eu acho que tem que ser cobrado nisso. E ele dentro da sua visita lá, qual é a função? Acompanhamento para... Quais são os critérios? Eu acho que minimamente vai isso, pô no protocolo tá falando que vocês têm que fazer os grupos pra populações específicas. Você não fez nenhum grupo de caminhada, nem de atividade física, nem de reabilitação, nem de nada? O que você fez então? Então, vale a pena nisso, você não vai tachar. Vai falar, olha se você não tá fazendo isso então o eu você está fazendo? Só me explique então qual é a sua visão que você tem. Eu acho que o protocolo vai servir bem pra isso.

PESQUISADORA: Vocês se apoiaram em quê? A partir de onde vocês se guiaram pra escrever?

PEF 9: A partir da necessidade da gestão que vai descendo os indicadores do Ministério da Saúde e o que o município de Londrina pactuou com o governo do Estado e Federal. Então ele tem lá: diminuição de... O único indicador pra idoso que o Ministério de Saúde tem é a diminuição de quedas que é o único que dá gastos, os outros não dão gastos então não têm indicador. O indicador é diminuir a queda em idosos a partir de 60 anos de idade, principalmente naqueles que estão em processo de fragilização ou já estão frágeis, segundo os critérios da AVD e AIVD, avaliação da vida diária e avaliação instrumental da vida diária. Aí o profissional de educação física é o responsável e aí nós colocamos o protocolo.

PESQUISADORA: E vocês tiveram liberdade para colocar/inserir outras coisas?

PEF 9: Sim. Nós colocamos aqui que seria assim... A nossa linha de raciocínio se baseou muito por: eu cheguei na unidade, o que eu devo fazer? Qual é a minha competência? A nossa linha de raciocínio principal foi essa. Qual é o objetivo central? Realizar que o profissional de educação física tenha noções do processo de trabalho, como: avaliar, triar e outras... Tem um banho lá no protocolo, é que eu não lembro de cabeça. Então, a nossa linha de raciocínio principal foi essa.

PESQUISADORA: Há um consenso então das competências que esse profissional tem que ter? Pelo menos dentre vocês?

PEF 9: Isso. Justamente. E dentro do que nós entendemos como sendo essencial, mas com uma base e a raiz da necessidade da gestão. Essa foi a nossa linha de partida. Aí durante o protocolo, depois quando você tiver acesso, vai ser muito assim, ele já tá pra publicar agora, já mandou tudo. Eu achei errado porque eu ainda

acho que deveria passar pela leitura de alguma universidade, porque ficou ainda como especialistas... Eu acho que tem referências, às vezes conceitos que nós não temos com tanta profundidade quanto a academia tem; eu acho que deveria ainda passar por uma leitura na academia e depois dessa leitura ser publicada.

PESQUISADORA: Foi direto de vocês pra gestão e da gestão pra publicação?

PEF 9: A primeira vez foi nosso, terminamos e por motivos pessoais a educação física pediu pra um professor vinculado na época tinha uma bom relacionamento com a gestão municipal, com a vila da saúde – a nossa gestão – e aí esse professor leu e fez uma devolutiva com alguns acréscimos e, eu acho que assim, a gente tentou corrigir, mas depois desse período teve uma reformulação entendeu. Tipo, foi agregado outras competências do profissional de educação física, foi revisto alguns valores dele, se ele realmente deveria fazer isso, se é função dele ou se é função da equipe. Então, os 10 profissionais entraram em acordo nisso. Então, eu acho que hoje deveria passar por uma nova leitura, mas não vai. Então vai ter o olhar de especialistas.

PESQUISADORA: O crivo da gestão vocês já tiveram então?

PEF 9: Já. Já, já foi encaminhado, reencaminhado. Pena que eles não vão ler; eles vão fazer acho que uma correção ortográfica, se fizer, e já vão publicar.

PESQUISADORA: E se não vão ler, qual era o interesse deles?

PEF 9: Eu acho que eles não vão ler no sentido de correção de termo né, eles vão ler quando for a nossa avaliação, é o que eu acho como profissional. Não sei se eles vão pegar assim e falar assim: “Olha, pegamos aqui o protocolo da educação física dentro da saúde, atividade física nas unidades básicas de saúde: o olhar do núcleo profissional para as suas competências e o que eles acham que são necessários pra saúde da população. Poxa, que legal! Então vamos ver... Saúde da criança, atividade física, 60 minutos segundo o American College... Poxa, como a gente vai chegar a esses 60 minutos diários de atividade lúdica? Ai meu Deus, eu acho que nós temos que dar mais subsídios pra que esses profissionais consigam aumentar... Aqui, o que eles vão fazer, vão vincular com quem?”... Eu acho muito difícil que eles vão traçar um meta pública, de política pública pras competências que nós colocamos no protocolo. Isso eu ainda não consigo visualizar; espero que aconteça, mas não tenho esperança.

PESQUISADORA: E qual é a sua expectativa então?

PEF 9: Que eles façam isso. A minha expectativa é que em um primeiro momento vai ser critério de avaliação mesmo e num segundo momento, eles assinando o protocolo, nós como profissionais também vamos ter subsídio pra cobrar. Olha, nós precisamos realizar isso; nós precisamos realizar isso. Nosso objetivo lá no protocolo tá como mudança de indicadores de perfil populacional; lá tá falando que nós temos que trabalhar junto com as outras secretarias pra abrir espaços públicos de lazer seguros onde a população possa ir sem ser o Igapó, que é centralizado, não tem acesso, as periferias não têm acesso. Então, como a gente vai trazer os programas que estão no centro de Londrina pra periferia? Eu acho que a gente vai ter mais subsídio também pra poder cobrar. Espero que eles leiam e não corrijam isso, porque se eles lerem e corrigirem “não, isso daqui não é competência do profissional de educação física ficar trabalhando com associação de moradores, conselho local de saúde”...

PESQUISADORA: Mas vocês não tiraram isso do nada.

PEF 9: Não, nós não tiramos do nada. Nós tiramos do que é o correto, pelo menos desde 1990 quando foi publicado falaram que era pra fazer, então vamos fazer.

PESQUISADORA: Com tudo isso que você já me narrou, dessas lacunas e dificuldades, enfim...

PEF 9: Não, dificuldades eu ainda não falei não. Se você quiser que eu fale...

PESQUISADORA: Você quer falar das dificuldades?

PEF 9: Não. Só se você pedir. Se você pedir eu falo.

PESQUISADORA: Que avaliação você faz da Estratégia Saúde da Família?

PEF 9: Do que eu gostaria, do que é ou do que eu acho deveria/ o processo pra chegar ao que eu gostaria?

PESQUISADORA: Vamos lá, coloque os três. Só distinga um do outro.

PEF 9: O que é: eu acho que a Estratégia Saúde da Família não é porque eu puxo o saco, mas eu acho que é o modelo hoje dentro do panorama político que nós temos nascimento do país, pelo movimento dos 500 anos, eu acho que não é ser paternalista, eu acho que a visão que tem da base, do papel da saúde da família é o que o Brasil precisa; eu não vejo como paternalismo, eu vejo como cuidado, um cuidado longitudinal, eu vejo que é... Eu percebo isso também, logicamente que eu percebo que é um... Não é somente a prevenção da doença, é a promoção da saúde, é o autocuidado, é melhorar a qualidade de vida e a autonomia da população. Autonomia com relação ao autocuidado. Eu vejo que a Estratégia Saúde

da Família ela, não somente no papel, mas em alguns momentos ela é fundamental hoje pro nosso Brasil. Se você arrancar hoje, por mais que todo mundo mete a boca assim, mas se você arrancar hoje o conceito, o pilar da Estratégia Saúde da Família, você desestabiliza totalmente o país. Eu acho que não existe saúde ou sistema corporativo mesmo que cobre o mínimo possível, não existe nenhum outro sistema que consiga cobrir o que a saúde da família pode desenvolver. Dentro do que eu entendo do saúde da família o que funciona bem e o que não funciona em Londrina (vou limitar a Londrina tá): funciona bem a parte clínica porque na parte clínica você tem hoje vinculado as duas, então você tem uma unidade básica de saúde que não precisa necessariamente ter Estratégia Saúde da Família. Em Londrina, nós temos os dois juntos, nós não temos um profissional específico pra unidade básica de saúde e um profissional específico (isso no papel né, no contexto de papel, você não tem essa diferenciação)... Então, funciona bem o que em Londrina na Saúde da Família? Funciona o aspecto da prevenção e a prevenção clínica, que são as vacinações, a coleta de CO, independente se tem profissional ou não tem, isso é uma outra discussão. Mas, assim, funciona. O curativo, a consulta médica, o acompanhamento do hipertenso, o acompanhamento do diabético, independente se demora muito a consulta ou se não demora muito a consulta, isso acontece. E eu vejo que há uma cobrança muito grande em cima disso porque também esses procedimentos da Estratégia Saúde da Família é que custeiam o município, por isso que eu acho que funciona bem, porque ainda tem o relatório do médico mesmo que seja o médico da saúde da família eles não chamam médico saúde da família porque tem a questão de carga horária, mas o médico que é 20h é o médico da saúde da família. Aqui em Londrina não tem essa distinção; tem depois que a gente fala no campo das ideias né, dentro da unidade que eu te explico. Então isso eu acho que funciona bem nesse sentido. O que não funciona, não funciona dentro da Estratégia Saúde da Família em Londrina: as visitas domiciliares, o acompanhamento do acamado existe, mas não funciona. Existe a visita, mas essa visita ela não funciona; é uma visita esporádica, muito pontual, ela não visualiza a família, ela não visualiza o cuidado do cuidador, ela visualiza o doente. Se tiver uma pessoa doente na casa, isso são várias unidades que eu já passei – eu já passei por 6 unidades básicas, não são 52, mas são 6 – se tiver uma pessoa que é cadeirante ou acamada e o cuidador tá lá o médico só faz a consulta no acamado. Se o cuidador não tiver tempo, ele for o único e ele não puder ir na unidade, ele não faz

uma receita... Ah, você pode ir no posto! Eu não vejo o cuidador, não é a saúde da família é o programa de saúde do cuidador, isso eu visualizo muito claro, não funciona. Não funciona os grupos multidisciplinares porque a equipe de Saúde da Família é uma equipe multidisciplinar, não funciona nem o multidisciplinar porque as vezes só tem médico, só tem enfermeira... Agora com a contratação pelo menos tem outros profissionais, mas não acontecem grupos, não acontece prevenção na comunidade, não acontece promoção à saúde... Exemplo disso, os grupos que eu falei de hipertensão, diabetes, grupo de tabagismo... Em Londrina nós temos a terapia comunitária, a maioria dos profissionais auxiliares têm essa formação e não desenvolve o projeto/programa de terapia comunitária, então eu vejo assim há um descaso. Há um descaso não porque eles não querem fazer, mas perderam a fé. Então, esses profissionais mais antigos é difícil resgatar a fé, então eu acho que isso não funciona. O que deveria ser feito pra funcionar: eu acho que primeira coisa é um monte de gente aposentar. Eu acho que é o primeiro porque não dá pra você mudar conceitos, você consegue mudar pré-conceitos; os conceitos formados, muito arraigados que são cicatrizes profundas de descaso da população, descaso da gestão com o trabalho, a não valorização, se você vai lá e faz uma visita e a conduta clínica do protocolo não é entregar medicação, mas o paciente liga pra ouvidoria e a gestão manda aquele profissional que falou não falar sim depois, eu acho que esses traços de cicatrizes durante o longo do tempo eu acho que a gente não consegue remover. Eu acho que eu nem vou tentar remover... *risos!* A gente tenta motivar, trabalhar, vamos pô tem o grupo vem ver como que é legal, vem ver como eu trabalho... Então eu vejo que hoje isso não acontece. Então, primeiro esse pessoal tem que sair e tem que entrar sangue novo e o sangue novo tem que ter não é capacitação só, mas é uma educação permanente. Porque o que acontece é capacitações e não educação permanente; a gestão chama de educação permanente, mas eu não vejo como educação permanente. Educação permanente é contínua, trabalhando os temas, tem critérios pra isso né... Eu não vejo que seja. E esses profissionais que estão chegando agora pra eles não pegarem o vício, chega lá firme, não é cobrando meta né, mas é mostrar. Entraram os agentes comunitários de saúde já vai fazer 4 meses, eles tiveram uma acolhida de 2 semanas que é preenchimento de... Como você deve fazer uma visita, preenchimento de relatório e o acompanhamento das fichas. Acabou. O resto quem tem que dar conta é o NASF aqui dentro pra capacitar eles. Enfermeira como é que vai fazer o cartão sombra da

criança... Então, isso pra todos os profissionais deveria ser feito. O profissional auxiliar ele não sai da unidade pra nenhuma capacitação, e isso como é que você quer que melhore o Programa Saúde da Família? Ele não pode sair. Só tem capacitação pra agente comunitário de saúde e nível superior, principalmente enfermeiro e médico, de vez em quando NASF. Mas, o auxiliar que é a ferramenta não tem. Então eu acho que seria mais ou menos isso.

PESQUISADORA: Você estava falando desta questão de não ter a capacitação... Aliás, de ter a capacitação e não ter a formação permanente. Você recebeu a capacitação ao ingressar?

PEF 9: Claro que não! A gente teve essa acolhida que eles chamam né, que é esse introdutório, não o introdutório como estatutário, mas o introdutório como profissional. “Olha gente, essa é a unidade, nosso objetivo é trabalhar com vocês no coletivo... Olha, dentro das competências o município deseja de vocês isso, vocês vão trabalhar nesse foco, com essas equipes...”. Mas, não tem essa... Eles falam, eles tentar buscar pra gente muito quais seriam, hoje né eu falo hoje, eles tentam trabalhar muito quais são as demandas que o NASF levanta. Então, pra eles traçarem um planejamento deles de capacitação eles partem já do pressuposto daquilo que nós já entendemos como saúde e do que eu quero melhorar, não o que eles... Eles não têm a visão do que já é bom eu vou trabalhar com você pra que você chegue a esse nível, eles não têm essa visão. O nível do que seria o ideal parte, na verdade, da gente; não que eu acho ruim também né, mas aí eles vão tentar se aperfeiçoar através da nossa demanda, não que eles já tenham essa competência. Não tô falando também que eles têm que ter competência também de tudo, não. Mas, eu acho que isso é... E uma coisa só que eu esqueci de falar do outro tema que você me falou do que seria ideal, do que funcionaria é a questão do profissional que hoje a gente não tem né, que o profissional hoje infelizmente a gente não tem a nível suficientemente mínimo pra trabalhar com a população.

PESQUISADORA: Você fala do profissional de educação física?

PEF 9: Todos. Todos. Saúde da Família, em geral. Vou repetir o dado da outra vez, mas eu acho que você deve ter gravado e anotado já... Em 97/98 quando até 2004, foi uma empresa só que contratou, então contratou todo mundo. Então, o que eu escuto dos relatos e as amostras que já foram publicadas é excepcional, é o que eu gostaria que voltasse. Você tinha uma população de menos de 400 mil habitantes, 350, 400 mil habitantes e 115, 117 se não me engano equipes... Ou era 104? Que

seja! Mais de 100 equipes de saúde da família completas trabalhando a população. Hoje você tem 500 mil habitantes e você tem menos de 79 equipes de saúde da família e desfalcadas. Então, não tem como você fazer o Saúde da Família sem uma cobertura de, no mínimo, 100% ou 90%. Na verdade, o SUS institui 100% né, 100% da população do município tem que ser cadastrada. A gente trabalha essa unidade onde eu tô são, no último IBGE 2010 que é um dado válido, são 11 mil, mas a gente sabe que hoje deve está em torno de 12, 13 mil né porque abriu condomínios novos e tudo mais. E você tem uma equipe de saúde da família que deveria ser, na verdade, pra 3 mil pessoas e atendem 12 mil pessoas. Só daí você já parte que não tem como trabalhar.

PESQUISADORA: Pensando ainda nessa questão do trabalho em equipe multiprofissional, eu tenho aqui algumas imagens que eu gostaria que você observasse e tentasse identificar pra mim aquelas que representam melhor o trabalho dentro de uma equipe multiprofissional...

PEF 9: Um cachorro, uma borboleta, uma maçã, um homem passeando com o cachorro numa noite de verão com o luar resplandecente perto da praia.

PESQUISADORA: Imaginação fértil. Vamos lá...

PEF 9: Vamos!

PESQUISADORA: Pensando que cada um destes retângulos representa uma categoria profissional e aí as relações que elas estabelecem dentro da...

PEF 9: A pergunta é: você quer saber o que eu entendo como trabalho multiprofissional, como eu visualizo o trabalho multiprofissional aqui ou interdisciplinar ou transdisciplinar? Entendeu o que eu quis dizer?

PESQUISADORA: Eu quero que você tente trazer isso pra sua vivência.

PEF 9: Certo.

PESQUISADORA: Olhando para o trabalho dentro da equipe do NASF e da sua relação enquanto NASF com a equipe Saúde da Família como que se dá a comunicação entre vocês.

PEF 9: Hoje. Essa imagem hoje é a mais real [*interdisciplinaridade*].

PESQUISADORA: Essa aqui representa...

PEF 9: Cada quadrado é uma pessoa ou uma categoria profissional?

PESQUISADORA: Uma categoria.

PEF 9: Eu vejo mais ou menos assim... Existem categorias que conversam entre si muito bem e outras que são isoladas e que comandam; não que comandam a gente,

mas comandam o processo. No caso, aqui eu posso incluir a equipe Saúde da Família inteira como uma categoria profissional e aqui as outras categorias: educação física, NASF, odontologia. Se for odontologia, na verdade, seria esse daqui [*interdisciplinaridade*] e um quadradinho em outra folha porque a odonto não comunica com a equipe Saúde da Família, nem com a unidade básica, é um outro serviço, um outro processo de trabalho.

PESQUISADORA: Essa é a mais próxima daquilo que você vê na sua realidade hoje?

PEF 9: Dentro das unidades básicas de saúde, sem pensar em território, sim.

PESQUISADORA: Se você for olhar apenas pra relação entre profissionais do NASF, é a mesma?

PEF 9: [*bate a mão sobre a figura da transdisciplinaridade*]

PESQUISADORA: É aqui [*transdisciplinaridade*]?

PEF 9: É. Doideira... A gente se comunica, conversa, troca experiência, não troca, atende junto, atende compartilhado, consulta compartilhada... É boa, o NASF que eu tô trabalhando hoje é muito bom.

PESQUISADORA: Por que tem essa diferenciação?

PEF 9: Eu visualizo na verdade isso daqui [*transdisciplinaridade*] poderia ser aqui um triângulo e depois um outro quadrado. Hoje é a minha realidade. Seria um triângulo maior com todas as categorias juntas né, no caso educação física, nutri, psico, farmácia, fisioterapia agora tá incluso tem uma unidade só que a fisioterapia é um outline fora do comum, mas aí o resto deveria ser aqui e um quadradão grande com a saúde da família.

PESQUISADORA: E pensando nessa mesma lógica, qual dessas imagens é a mais distante? Aquela que não se assemelha em nada com a realidade de vocês?

PEF 9: A minha? A minha realidade não se assemelha com... Seria essa [*transdisciplinaridade*]... *risos!* Assim, o meu processo de trabalho pensando em todo o posto. A gente tá longe disso daqui. Eles falam que a gente tá perto, que a gente tem relacionamentos interpessoais durante o expediente de trabalho, que quando você vai tomar o cafezinho você faz o matriciamento... Mas não é instituído! Se não é instituído, não tem. É igual exercício físico: se não tem duração, intensidade e frequência não é exercício físico. Então, você não pode falar que um trabalho é legal, que é bem feito, que esse é o modelo que eu quero [*transdisciplinaridade*]. Que eu quero... Ó que legal, uhu! O cara que manda na gestão... *risos!*

PESQUISADORA: Quanto poder... *risos!*

PEF 9: Mas esse seria o que não acontece. Isso às vezes acontece em alguma unidade, isso acontece em alguma unidade, isso acontece em alguma *[vai apontando as figuras da interdisciplinaridade, pluridisciplinaridade e multidisciplinaridade, respectivamente]*. Mas isso *[transdisciplinaridade]*, em nenhuma!

PESQUISADORA: Só acontece quando está entre profissionais do NASF?

PEF 9: Infelizmente. É... Pior... Eu nunca parei pra pensar, mas nem na unidade que nós temos maiores acessos, tem duas unidades que a gente tem um acesso muito grande. Das 4 que nós cuidamos tem 2 unidades que nós temos um relacionamento muito bom com a equipe, mas mesmo assim ainda não chega aqui *[transdisciplinaridade]*.

PESQUISADORA: O que impede vocês de chegarem aqui *[transdisciplinaridade]*?

PEF 9: Acho que interesse. Acho que a falta de profissionais que eles são impedidos de trabalhar com a gente nas ações, impedidos no quesito não tem, não posso tirar pra ir com você. Isso você já tira daqui porque aí você não tem como compartilhar. Como é que eu vou tirar alguém que não tem né... Outra coisa que impede em algumas unidades a... Vou falar só das unidades que são mais próximas a isso *[transdisciplinaridade]*, mas não chegam a isso. Falta então o profissional pra ir; se tem ele é impedido de ir; não há visão do trabalho inter, nem do multi, ou seja, não faz parte da unidade saúde da família ou da Estratégia Saúde da Família realizar essa ação, essa ação não compete a nós, é muito bonitinho a gente apoia mas é de vocês, sendo que deveria ser o contrário que é o que você já escutou em todas as suas entrevistas né... Só por isso. Se eles visualizassem nós como apoio, funcionaria bem. E a gestão não trabalha com a equipe pra que a equipe saiba que nós somos apoio.

PESQUISADORA: Vocês são tratados como o que?

PEF 9: Nós somos tratados como uma especialidade, na maioria das vezes e como os profissionais que trabalham com o preventivo e com os grupos. Nós somos os responsáveis pelos grupos, nós somos responsáveis pelos atendimentos clínicos, nós somos responsáveis... Logicamente que não são todos né, mas a grande maioria. Nós somos responsáveis pelo encaminhamento. A comunicação que tem é o encaminhamento.

PESQUISADORA: Quando você pensa na questão do matriciamento que você falou “Ah, faz matriciamento no cafezinho, no corredor”... Primeira coisa, acontece o matriciamento?

PEF 9: Acontece. Não é instituído, mas acontece. Quando eu entrei de 2011 até 2014 era ruim; de 2011 pra trás era péssimo, inexistente, era um círculo riscado ou um E riscado, não existia matriciamento. Nem o conceito, nem nada. Hoje eu visualizo que o matriciamento ele ocorre depois de várias discussões nessa nova etapa que eles tão visualizando profissionais que vão ficar, não vai sair, então vão ter que me engolir, então vamos capacitar, vamos dialogar, vamos deixar o negócio bem legal. Então eu percebo que eles deixaram então a gente... E também são profissionais que entendem o que estão fazendo, não é mais Zé ruela assim, não professor da academia que quer ganhar dinheiro que tá trabalhando mais né... Acho que quase ninguém... Não é qualquer um que consegue passar por aquela prova do concurso, não foi qualquer um... Não que eu seja mais, mas não foi qualquer um que conseguiu passar... E aí, o que me faz... Tô buscando, na verdade, o meu raciocínio...

PESQUISADORA: A gente tava falando do matriciamento. Eu perguntei se ele acontece.

PEF 9: Só depois dessas discussões que teve entre setor de coordenações, de gerências e os profissionais do NASF. Aí foi quando não nós queremos que vocês realizem nessa unidade... Então, existem unidades que a própria coordenação pediu e já marcou: vocês vão sentar tal dia, tal hora e esse é o espaço do matriciamento.

PESQUISADORA: Já garantiram isso na agenda.

PEF 9: A chefia direta, a chefia direta. Agenda e o espaço protegido. Se acontece, aí já é um outro momento. Que a enfermeira, às vezes, que gerencia a equipe não vai, marca outra coisa, marca uma visita, não vê/ não visualiza isso como uma prioridade. Não é importante pra equipe fazer matriciamento.

PESQUISADORA: E o que eles estão entendendo por matriciamento: espaço de formação ou...

PEF 9: Espaço de formação, a troca de experiência, o processo de trabalho, eu passar o meu saber para o outro né... O próprio Projeto Terapêutico Singular e as outras ferramentas que o NASF tem como apoio de trabalho com a equipe, eles não conseguem... O PTS é um espaço de matriciamento, você pode ter um espaço de matriciamento numa reunião, você pode ter um espaço de matriciamento numa

capacitação... Eu visualizo o matriciamento de diversas formas e poucas formas conseguem atingir a frequência, a intensidade e o tempo.

PESQUISADORA: E a participação do profissional de educação física especificamente neste matriciamento?

PEF 9: Ele funciona mais pra auxiliar as enfermagens no processo de trabalho. Um exemplo é a caderneta do idoso, o profissional de educação física fala ah eu vou fazer matriciamento com as meninas porque elas precisam preencher as cadernetas. Aí eu acabo utilizando pra falar sobre a saúde do idoso, a prevenção do idoso, a fragilidade no idoso. Então, eu trabalho a atividade física na terceira idade vinculando à tarefa que me deram. Mas não porque eles falam que “Poxa XXXX, a gente tá com muito idoso caindo e eles estão com problemas, precisamos fazer um projeto e vamos super gêmeos...!”. Não. Nem perto disso.

PESQUISADORA: E nesse momento de matriciamento vocês conseguem então garantir que toda a equipe esteja presente?

PEF 9: Mais os agentes comunitários de saúde, é o que mais ocorre. Os outros momentos de matriciamento, geralmente, são em capacitações que o Estado dá que é o caso do APSUS (não sei qual é o significado da letra, depois eu posso pegar ali pra você), mas aí tem que sentar, tem que ser mais específico. Aí quando esse tema é vinculado à saúde mental, à nutrição, aí chamam o profissional do NASF e esse profissional realmente tem toda liberdade pra montar em cima da cartilha, em cima do tema, montar o que ele vai fazer, falar e tudo... Ser o comandante. Mas, das demandas que existem na unidade, o profissional de educação física ainda não existe como uma demanda, só é visto como uma prevenção. A demanda que vem dos auxiliares e do agente é: “Nossa, aquela pessoa tá deprimida, aquela pessoa tá sofrendo, a mulher largou...”. São mais emocionais; a física ainda não viu como... Não visualizam como algo que eles precisem ter subsídio pra capacitar ou pra orientar ou pra cuidar de alguém.

PESQUISADORA: A coordenação também não vê?

PEF 9: Hummm... Vê, mas como preventivo. E como aquele profissional que tem a agenda mais livre e que pode trabalhar mais no território. A questão das relações intersetoriais que a unidade precisa que as vezes é da enfermagem ou que é a equipe PSF, ou o profissional de educação física ou o psicólogo que são mais requisitados pra trabalhar a rede de serviços.

PESQUISADORA: Por quê? Bom, você falou da agenda mais livre, mas é somente isso? A psicóloga também tem esse espaço de horário?

PEF 9: Não. Não tem. Mas, eles visualizam como o profissional que tem uma capacidade, não sei se é pela minha formação... Não, mas eu acho que os outros colegas também, alguns outros colegas também. É mais essa questão de vínculo com a comunidade, saber lidar com a questão de relacionamento que às vezes o estresse da coordenação com a população é muito tenso, com o conselho de saúde é tenso. Então, geralmente, tem que ser um profissional... O professor de educação física é o cara super legal, que dá o grupo, que todo mundo gosta, a comunidade gosta, sempre tem alguém do grupo de educação física que faz parte do conselho local de saúde da população, então tem esse vínculo... Gooooooooooooo!!!! *Risos!*

PESQUISADORA: Pode respirar... *Risos!*

PEF 9: É assim.

PESQUISADORA: Ainda pensando na questão da equipe, você acredita que esse formato em equipe multiprofissional é resolutivo pra proposta da Estratégia? É o mais adequado?

PEF 9: Se for o termo multiprofissional eu volto a falar que não, porque o multiprofissional...

PESQUISADORA: Eu falo multiprofissional porque é assim que tratam nos documentos né...

PEF 9: É, eu sei. Mas é que entendendo eu não... Discordo. Eu ia falar não concordo, mas discordo não é não concordo. É você entende, aceito, mas gostaria que fizesse de outra forma. Não concordo é não faço, pelo menos na minha cabeça. Eu discordo neste sentido. O multiprofissionalismo não é capaz pra resolver os problemas da demanda, mesmo que toda a equipe estivesse completa, atendendo 100% da população, eu acho que o trabalho multiprofissional não daria conta.

PESQUISADORA: Por quê?

PEF 9: Porque eu acho que tem que ter o relacionamento ainda inter, o diálogo ainda não adianta como você sabe disso, mas eu vou falar porque é a pesquisa, eu não visualizo o agente comunitário é uma categoria, o cara tem vínculo, o cara tem acesso, consegue falar com a população, consegue coisas que ninguém consegue, consegue ir na boca, tem autorização do chefe do tráfico, tem acesso àquela pessoa que tá gestante, àquele individuo que não sai de casa... Ele tem acesso a todas as informações. Não adianta ele ter um super vínculo, preencher certinho a caderneta

da criança tudo e chegar aqui não conseguir resolver porque ele não tem acesso, não tem diálogo, não tem... Não é engendrado entre os dois, não tem cumplicidade de trabalho. Então, eu acho que não resolve. Não resolve o ACS ir lá, trazer pro auxiliar; o auxiliar ir resolver o problema do curativo, mesmo que ele se compadeça e tudo o mais que a gente sabe que se compadece; aí depois chama o médico; aí depois a enfermeira vai fazer a puericultura né... Porque lá o Programa Saúde da Família tem as competências. Qual é a competência? É a vacinação antirrábica né, visualizar a mordedura de cachorro, acompanhar o cartão sombra de vacinação das crianças, visita da enfermeira na puericultura assim que a criança nasce no puerpério... Aí... Sabe... Esses blocos, esses bloco. O multiprofissional acho que trabalha em cima só desses blocos.

PESQUISADORA: E aí no inter isso...

PEF 9: Eu visualizo que sim. Eu visualizo que assim, como nós no NASF hoje estamos tendo essa experiência interdisciplinar, trocando mesmo experiência, atendendo junto, compartilhando conhecimento (aquilo que é compartilhável), eu visualizo que existe uma... Até um prazer maior de trabalho, de você saber que não tá sozinho, de você ter mais subsídio pra tratar determinados assuntos, numa avaliação física que eu faço eu consigo ter um olhar diferenciado quando eu vou avaliar a questão de quando eu avalio a dor daquele paciente, às vezes você consegue ver que não é dor... Você tem um olhar diferente pra aquele paciente, eu tenho um olhar de muito mais psicólogo naquele momento; se eu tô fazendo um questionário avaliando a nutrição eu consigo ter subsídio muito maior do que eu aprendi na faculdade pra orientar, pra falar não isso aqui não é legal, porque você não tenta fazer dessa forma... Então, eu acho que funciona melhor.

PESQUISADORA: Isso veio da sua vivência?

PEF 9: Veio da vivência.

PESQUISADORA: E como que vocês lidam com essas fronteiras né, se é que eu posso chamar assim, entre as áreas quando você está num trabalho inter?

PEF 9: As fronteiras que impedem que chegue lá? Como é que eu convivo com elas? Eu sou muito de boa, então pra mim se tá chovendo pra cima ou pra baixo, que é a minha personalidade, eu não... Tento não interferir muito. A gente só tenta motivar, mostrar que... O papel do NASF também é esse é trabalhar com a equipe no sentido não de motivar torcida, mas de motivar o trabalho pra que ele tem mais qualidade né, motivar no sentido de eu me sinto mais útil atendendo o meu paciente

dando maior qualidade na escuta dele da demanda que ele traz pra mim. Então, eu acho que essa é a primeira forma que a gente tá tentando romper com a barreira, tentando criar vínculo com as equipes que a gente só tá há menos de um ano, não deu tempo ainda de criar vínculo... Alguns sim, outros ainda não. Eu acho que a primeira barreira o que nós NASF estamos tentando fazer é melhorar o vínculo com a equipe e tentar fazer... E a segunda barreira o que nós estamos tentando fazer é que eles entendam que o grupo não é nosso e eles não querem assumir o trabalho. Isso que é o nosso difícil, isso que a gente não consegue trabalhar. É fazer com que o que nós estamos realizando hoje não é pra gente fazer, é pra gente dar apoio. Isso nós não conseguimos enfiar na cabeça deles. Enfiar no bom sentido, enfiar de falar e eles entenderem, compreenderem o processo de trabalho deles. Isso a gestão também nunca conseguiu fazer. Então, não sei se a gente vai conseguir fazer.

PESQUISADORA: Vocês já reportaram isso à gestão?

PEF 9: Ah sim, em todas as reuniões. Todas as reuniões. Acho que a queixa mais comum é essa: poxa, nós somos o... Eles são apoio pra gente, parece que a gente tá... Você já escutou isso dos personagens, tá repetida a minha fala... É parece que nós estamos fazendo grupo, as atividades preventivas, de promoção, de acolhimento e nanana e eles “Ah, se der a gente vai lá e ajuda vocês!”. Parece que eles são o apoio né e não é, a gente sabe que infelizmente não é.

PESQUISADORA: Não há nenhuma ação da gestão no sentido de tentar romper com isso?

PEF 9: Hummmm... Não sei, não sei te dizer. Porque eles tentam; não falo que as tentativas deles é boa porque é muito pontual, não tem...

PESQUISADORA: Que tentativa que eles fazem?

PEF 9: São essas educações permanentes pontuais, não tem como você trabalhar isso com eles. Eles querem cobrar a demanda né, é a meta de CO, é a meta da vacina... Isso eles cobram bem, mas aí não tem quem faça as outras coisas. Eu não faria se eu tivesse no lugar da equipe Saúde da Família também, ou eu faria as minhas metas ou eu trabalharia fora da unidade. Não dá pra fazer as duas coisas assim com a quantidade de trabalhadores que a gente tem.

PESQUISADORA: Você considera que foi relevante a inserção do profissional de educação física na Estratégia?

PEF 9: Eu não sei com que ideia eles estavam, Londrina estava quando chamou o profissional de educação física. Eles chamaram um profissional que depois eles... Eu

não sei se eles se arrependeram ou não porque não paravam, o cara não sabia orientar grupo, não sabia conversar com ninguém, o cara é um puta cavalão, pô se era pra fazer isso contrata um estagiário, manda a Fundação de Esporte mandar estagiário pra tocar grupo né. Eu não sei onde eles estavam com a cabeça quando eles pensaram no professor de educação física, de verdade. Porque nem a gente sabe pra onde a gente tá indo, quanto mais eles; a gente como categoria não sabe onde a educação física vai parar na saúde pública... Será que ele tem competência mesmo de mudar o perfil epidemiológico de uma comunidade? Como? Eles não sabem pra onde a gente vai, então eu ainda tenho as minhas dúvidas até que ponto o profissional de educação física ele... Ele pode ser útil, ele é útil, eu acho que a inserção dele é útil, mas eu não sei se nesses próximos anos talvez ele se aprofunde melhor né, não mais dentro dos estudos porque já tá mais do que convalidado, mas eu acho que como o fazedor de grupo, como o profissional responsável por fazer atividade física na população, eu acho que não é válida a inserção dele como isso. Mas, se entender que ele é responsável por gerir a atividade física na comunidade, aquilo que nós falamos no protocolo, que nós tentamos colocar no protocolo, fazer com que ele consiga intervir intersetorialmente, ser o responsável, o articulador pra trazer políticas públicas e programas centrais pras periferias que isso é muito difícil né, mas eu acho que se a gestão e esses profissionais tiverem esse entendimento aí sim vale a pena contratar um profissional de educação física pra dentro do NASF. Pra dar grupo de ginástica não compensa, é um gasto muito desnecessário pro município. É a minha visão; eu acho que não compensa. Pra que eu vou contratar um profissional do NASF, um cara que eu vou pagar hoje quase 5.500 reais bruto né pra um profissional pra ele... Nem dá tempo pra ele dar em 4 postos de saúde... Não compensa! Pega uma Fundação do Esporte e contrata 20 estagiários, vamos fazer os grupinhos né que é o que eles mais querem e tá bom. Eu acho que assim, a tendência que nós estamos lutando é pra que se valorize esse profissional, esse profissional da educação física que entende de política pública, que entende de Saúde da Família, que entende de matriciamento. Eu acho que aí vale.

PESQUISADORA: Você como gestor cortaria a educação física?

PEF 9: Hoje, não. Hoje não. Se fosse em 2008 eu cortaria. Hoje em 2015 não. Não porque eu entrei, não porque eu entrei. Mas os profissionais que estão trabalhando hoje têm esse... Eu acho que eles entendem isso. Não é a toa que a gente

conseguiu fazer um calhambeque que anda; eu acho que a gente conseguiu fazer um bom calhambeque que aguenta bagagem né, que vai carregar bem esses próximos anos assim as nossas ações.

PESQUISADORA: Pensando no ACS qual é a importância dele pra sua intervenção enquanto profissional de educação física?

PEF 9: Eu não vou falar que ele é a base do meu trabalho, que ele é a base do trabalho saúde da família. Ele pode ser um facilitador, um divulgador, ele como principal elo de ligação e a principal forma de informação da saúde com a população, ele é um potencializador/multiplicador de informações e boas informações se ele for bem matriciado e orientado. Eu acho que o vínculo ele não é só aquele que vai junto na minha concepção, é bom que ele vá junto, é bom que ele acompanhe né. Eu vejo que hoje acontece muito isso, muitos agentes comunitários são parceiros, são amigos né, gostam de atividade física, alguns querem permanecer e a gente tem que barrar isso, ele tem que saber você vai lá pra ajudar, você vai lá pra orientar junto comigo, pra você aprender né, eu acho que é mais nesse sentido. Isso na minha vivência prática né, ele é mais parceiro, ele é mais amigo que difunde a informação. Infelizmente, ele é o que mais traz a demanda pra unidade porque nós estamos tendo, pelo menos na nossa região aqui, uma dificuldade muito grande das equipes encaminharem pros grupos de educação física. Eles falam que tem o grupo, mas não valorizam né. Falam que “Ah, tem grupo lá de educação física, vai lá!”. Ele não dá a devida importância ao grupo, no que aquele grupo de educação física, que aquele grupo de atividade física perdão, pode ser um potencial incentivador de atividade, pode ser multiplicador de formação na casa, pode trazer independência na atividade física, autonomia, melhor qualidade de vida... Eles não... A gente ainda não consegue trabalhar com os auxiliares nisso, nem com os enfermeiros, nem com os médicos né a gente não conseguiu ainda na categoria isso. Então, o ACS ele vincula muito bem isso ele é a principal fonte de informação da atividade física, isso do que eu vivencio porque isso no papel seria um pouco diferente. No papel, na verdade, ele não deveria nem ser o principal parceiro do profissional de educação física, a equipe deveria ser a parceira desse profissional e trazer a demanda né, que não é o que acontece. Hoje a gente institui grupo e manda a demanda pra Saúde da Família. “Gente tem grupo! Grupo é legal! Vamos promover a saúde e a informação! Vamos fazer caminhada! Ahhhhhh!”.

PESQUISADORA: Há a necessidade de se reafirmar isso sempre?

PEF 9: Sempre! Sempre! Isso não tá claro pra... Mesmo repetindo não tá claro pra... Eu acho que o Cid Ribeiro... Cid Ribeiro não! O Cid Moreira no Globo Repórter eu acho que eles devem ter muito mais informação de saúde pública que a gente; também porque a gente tá em 4 postos, não consegue participar das reuniões de equipe Saúde da Família né e tudo o mais.

PESQUISADORA: Aqui quando você me apontou essa imagem [*figura da transdisciplinaridade*] tem alguma relação de hierarquia?

PEF 9: Aqui? Não. Aqui não tem hierarquia né porque é assim, assim, assim, assim [*vai girando a imagem para demonstrar que não há um único lado certo para observá-la*]... Esse triângulo não tem um ápice. Até porque senão não poderia ser refeito né, 3 lados iguais né...

PESQUISADORA: Ok.

PEF 9: E aqui eu também não vejo como hierarquia [*interdisciplinaridade*]. Eu vejo que existem dois campos, eu visualizo um pouco assim... Você tem dois lados né, um lado que tem uma comunicação no dia-a-dia e um outro lado que manda demanda, traz demanda...

PESQUISADORA: Tá. Pensando um pouquinho agora no usuário...

PEF 9: Pensando bem agora aqui em alguns postos... Tem umas enfermeiras que mandam mais que as outras, mas não é hierarquia tá. Não olhamos olhos nos olhos, olhamos assim né... Não é assim de cima pra baixo, nós conseguimos olhar assim de frente um pro outro, por mais que ela mande e a gente obedeça muitas coisas não é de cima pra baixo. A gente tem autonomia pra falar pô, mas não pode ser assim, ó dessa forma aqui outra unidade fez e não tô comparando, mas será que a gente não pode tentar? Tem diálogo, então eu não vejo hierarquia. É realmente aqui é um outro setor, aqui é intersetorial, intersetorial. Aí entra um outro triângulo desse aqui, outro triângulo desse aqui, outro triângulo desse aqui [*vai girando a imagem da transdisciplinaridade de modo a 'encaixar' um triângulo no outro*] e todos grudados com uma setinha entre eles.

PESQUISADORA: Pensando no usuário... Como ele vê o profissional de educação física?

PEF 9: Ele vê... Ele vê... Não tá aqui, não tem. Assim, ele ainda não... Por mais que eu fale todas as minhas aulas sobre autonomia, sobre independência (independência mesmo do professor, tem que fazer sozinho, não pode depender de mim) porque toda aula eu falo uma vez por semana não resolve. Você pensar que

você vai vir aqui e vai resolver o seu problema de colesterol, não resolve, isso eu falo toda aula. Mas, ele ainda se o professor não estiver lá ele não faz ainda. Do 100% dos alunos, 20 vão realizar bem, de forma independente, autônoma, com intensidade, frequência, duração... Perfeito! Perfeito mesmo. Vão realizar uma boa atividade física, bem orientada, muitos até não fazem mais comigo por causa do horário, tipo se deu alta né. “Professor, olha eu não posso mais porque de manhã eu trabalho, mas eu vou continuar fazendo atividade física certinho”. Então eu visualizo ainda de cima pra baixo, eles ainda olham o professor sem essa setinha aqui. Eu ainda visualizo dessa forma nos grupos com o usuário.

PESQUISADORA: Mas o que ele espera do profissional de educação física?

PEF 9: Ele espera que ele realize atividade física 3 vezes na semana. Ele quer o professor, ele quer a atividade física 3 vezes na semana. Ele quer isso, ele quer alguém que oriente lá na academia ao ar livre; o usuário a necessidade dele é essa: ele não quer orientação e os que buscam orientação, que são poucos né que a gente orienta a fazer uma atividade física que ele melhor se adapte e nãñã... Mas, tá fora da realidade que a gente atende, do espaço público e do nosso horário de trabalho que é das 7h às 16h ou das 8h às 17h ou se eu mudar meu horário de trabalho e aí eu não tenho mais vida né... Porque se eu fizer... O horário legal pra atividade com a população é das 7h às 9h; a tarde das 17h às 19h e no meio tempo trabalhar os horários que nos é permitido com relações intersetoriais. Esse serial o legal. Mas, aí o professor não tem vida né, o profissional não tem vida. Então, eles visualizam isso, eles querem isso, eles querem o professor que dá ginástica, isso é o que a população quer. Eu sei bem disso...

PESQUISADORA: Eles te cobram isso?

PEF 9: Cobram isso. “Por que antes você dava duas vezes na semana e agora é só uma?”. Mudou a minha agenda, nãñãñãñã... “Ai, quando vai entrar outro professor pra ficar de auxiliar?”. Então eles não separam o professor... Dói né? Você trabalha 3 anos com os mesmos alunos e... Não é independência emocional mais, não é, passou. Se fosse emocional ele viria pra conversar com você, ele viria pro grupo pra uma orientação, participaria do grupo, mas faria por fora... Pipipipipipi!

PESQUISADORA: Te frustra enquanto profissional que tentou mudar isso?

PEF 9: Ainda não porque eu ainda não sei pra onde a gente vai, então não sei se é certo ou se é errado. Eu sei que nós estamos trilhando um caminho. O protocolo é

um caminho que nós estamos dando o norte; se é certo ou se é errado só lá na frente a gente vai conseguir dizer.

PESQUISADORA: E como esse mesmo usuário vê a Estratégia Saúde da Família?

PEF 9: Como o pessoal folgado, que não trabalha, visita quem eles querem, visitam aquele paciente que dá uma cesta básica, dá uma frutinha, um bolo, que atende bem, que é limpinho, que não tem berne na perna quando eles voltam duas ou três vezes. Eles visualizam uma equipe, na verdade que, que é paternalista e com só filhinhos bons. É assim que a população visualiza, é o que chega pra gente nos grupos. “Ah, você acha! Não vai lá em casa não. Foram em casa duas, três vezes e mandou eu ficar lá fazendo o curativo... Que fazer o curativo! Eu vou fazer curativo? É o que eles têm que fazer!”. Então, eles visualizam na verdade um professor de educação física só que mau; eles têm a mesma visão do professor de educação física: dependência, não visualizam o preventivo, eles não visualizam, não dão crédito... Também quem dá crédito a alguém né? Não dão crédito ao serviço deles e só cobram, só cobram visita... Poucos são aqueles que reconhecem... Quer dizer, os que atendem bem são os que mais têm visita e aquele que é o ‘craca’, aquele que xinga, aquele que não toma o remédio direito, aquele que tem que ter o maior cuidado, nesse eles não vão. A própria equipe saúde da família 3, 4, 5, na verdade mais... Eu já perdi as contas de quantas vezes eles chegam pra gente na reunião de equipe e “Ah eu não vou lá não! Não toma o remédio direito, já tentei fazer de tudo... Ah! Pra mim a família é que tem que tomar conta!”. Eu entendo o papel da família, mas você tá negligenciando né o atendimento.

PESQUISADORA: Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar e que a gente não abordou sobre a sua intervenção, sobre a sua inserção neste campo?

PEF 9: É maravilhosa. Amo o que eu faço. Vou me especializar no que eu faço. Tenho a intenção de depois virar docente dentro da área ou na pós-graduação ou na graduação, ainda não defini isso. Porque eu sempre quis ser professor, na verdade. Mas, eu não queria ser um professor como eu tive os meus professores, alguém muito bom, muito bons no teórico, muito bons no escrito, mas não têm noção nenhuma da práxis. Não têm noção nenhuma. Até os melhores professores que eu conheço eles reconhecem isso né... Ainda bem. Alguns reconhecem isso. Mas, eu amo o que eu faço e quero entrar no mestrado, doutorado e tentar abrir um pouco mais o horizonte. Na verdade, quero ser mais professor de pós não porque ganha mais, mas porque eu acho que até lá algumas coisas dentro da grade curricular,

algumas coisas eu sei que estão sendo sendo reajustadas. Aí eu acho que eu vou conseguir pegar um profissional lá que vai ter minimamente já uma base, minimamente, e que ele fala pô eu queria fazer isso, onde que eu vou que poderia me orientar bem? Aí dentro dos cursos de pós eu consigo, com o conhecimento que eu tenho, transmitir.

PESQUISADORA: Uma curiosidade: da outra vez que estive contigo não o tinha visto de jaleco. Algum motivo especial?

PEF 9: Não. Não. É que eu tenho a camiseta do NASF azul que a gente mandou fazer. A camiseta do NASF azul eu chego com ela tô na paz, todo mundo conhece o XXXX. Aí quando eu não tô com a camiseta do NASF azul eu trago o jaleco pros pacientes não pensarem que é um paciente andando pra cima e pra baixo, entrando no balcão... É mais por isso.

PESQUISADORA: A camiseta foram vocês que mandar fazer? Vocês NASF?

PEF 9: É, pra um evento que a gente teve. “Ah, vamos ratear? Vamos!”

PESQUISADORA: Ah tá. A educação física só?

PEF 9: Isso, a educação física. Mas, é que assim, nós não somos obrigados a usar o jaleco, não somos obrigados, ninguém vai tirar ponto de avaliação. Mas, só uma coordenadora me falou assim, uma vez que eu esqueci a camiseta e vim de jaleco. Porque nas segundas eu sempre tô de camiseta azul; é sempre na quinta ou na quarta que eu não tenho mais camiseta azul aí eu venho com essa. Aí ela falou assim: “XXXX, você está muito bonito hoje. Seu jaleco está muito bonito!”. Pronto, eu já entendi que ela gosta que eu vá de jaleco, mas não briga se eu não for. Então, é de boa o jaleco.

PESQUISADORA: Não há cobrança pra usar...

PEF 9: Não, mas tem profissional que gosta de usar pra se valorizar que eu sei, colegas nossos de educação física. “Não, tem que usar porque numa visita, pra atender o paciente né...”. No dia que eu for valorizado só pelo que eu visto e não pelo o que eu sei...

PESQUISADORA: Não muda em nada você estar assim ou com a camiseta do NASF?

PEF 9: Não, muda nada. Só o pessoal que acha estranho de vez em quando, só isso.

PESQUISADORA: É isso então. Obrigada!

APÊNDICE D – CONSENSOS E CONFLITOS NOS DISCURSOS DOS PEF

	GRADUAÇÃO/PRÊMIO PARA ATUAR NA UF	REGIME DE TRABALHO DE CATEGORIA (V) ESTATUTÁRIO	PERFIL PEF NA UF	PAPEL PEF NA UF	AVALIAÇÃO SOBRE A UF	REPRESENTAÇÃO IMPASSÍVEL	PEF NO MATRICIAMENTO	TRABALHO MULTI	RELEVÂNCIA INSERÇÃO PEF	IMPORTÂNCIA DO ACS	VIÃO USUÁRIO SOBRE PEF	VIÃO USUÁRIO SOBRE UF
PEF 1	NÃO PREPARA; CAPACIDADES INADEQUADAS	NÃO MUDOU	SER O CARIÓTIPO "DUALIDADE" DO GRUPO TRABALHAR COM OS ENFERMEIROS; TRABALHAR ENTENDE	GESTOR DE SAÚDE	RECENTE; MELHORANDO	NAS F-4; INTER (S) TRAMS; ENTRE NAS F-PUBI; A MAIS DISTANTE MULTI (V) ANOS (S) CASOS	FAZ EDUCAÇÃO FORMALMENTE COM OS PROF. DA EQUIPE, É UM FACILITADOR; NÃO CONSEGUE PARTICIPAR DE TODAS AS REUNIÕES POR TER MUITAS US	ADEQUADO E RESOLUTIVO	RELEVANTE CONCORDANDO COM OS BENEFÍCIOS QUE A PRÁTICA DE AF TRAZ PARA A SAÚDE DOS USUÁRIOS	ACOMPANHAR GRUPO	É O PROFESSOR DE GENÉTICA	NÃO CONHECEM A MINHA QUE VEMEM VIBRAÇÃO DOSSA
PEF 2	NÃO MUDOU	NÃO MUDOU	TRABALHA COM GRUPOS GRANDES E EM EQUIPE	EM CONSTRUÇÃO, MAS PASSA PELA EDUCAÇÃO FORMALMENTE DOS FUNDAMENTOS DA UF	PREZADA MELHORAR	NAS F-4; INTER (S) TRAMS; ENTRE NAS F-PUBI; A MAIS DISTANTE MULTI (V) ANOS (S) CASOS	SEMPRE PREZADA, MAS COM TODA PARTICIPAÇÃO DA IDEIA; FAZ VISITA E ORIENTAÇÕES PONTUAIS	ADEQUADO	RELEVANTE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE	ACOMPANHA TODAS ATIVIDADES DO PEF; CONHECE A COMUNIDADE E TERRITÓRIO	AGIEM QUE DA AF E FAZ GRUPOS	---
PEF 3	NÃO MUDOU	NÃO MUDOU	PROFISSIONAL QUE GOSTA DE CUIDAR; TEM QUE ENTENDER DE VÁRIAS COISAS	INCENTIVA A PRÁTICA DE AF; FAZEM CONSULTAS SEM ESTRUTURADA, QUE "ARRUMAM UM LEGU"; SER UMA PEF PLUS, COM ALGO AMAS.	SEJA PREZADA SE ENCONTRAR ALTA PROFISSIONAL E ESTÍMULO PSICOLÓGICO E FINANCEIRO	NAS F-4; INTER (S) TRAMS; ENTRE NAS F-PUBI; A MAIS DISTANTE MULTI (V) ANOS (S) CASOS	PARTE DA DECISÃO DE CARIÓTIPO; PARTICIPAÇÃO DE AÇÕES; ELABORAÇÃO DE HORÁRIOS; ESTÃO DISCORDANDO O QUE O PEF PODE FAZER FORA DO GRUPO	ADEQUADO E EFETIVO	RELEVANTE PARA ORIENTAR AF, MAS É PREZADA E ALÉM	ACOMPANHA GRUPO, DAI RESPALDO	TRAZ TODO TIPO DE DINÂMICA, SOBRE TUDO PSICOLÓGICA	---
PEF 4	NÃO MUDOU	NÃO MUDOU	TEM CONHECIMENTO TÉCNICO DO CAMPO BIOLÓGICO E TRABALHA NA PRÁTICA MULTIPROFISSIONAL	SEI PROFISSIONAL ATENÇÃO BÁSICA, ALONGADO EM TUDO QUE SEJA POSSÍVEL, ANTES, COMO EMPREENDEDOR DA UF, PROMOVER E INCENTIVAR A PRÁTICA DE AF	INTERESSANTE, MAS MANUSCITA, MAS PREZADA FINANCEIRO E HUMANO	NAS F-4; INTER (S) TRAMS; ENTRE NAS F-PUBI; A MAIS DISTANTE MULTI (V) ANOS (S) CASOS	PARTE PEDAGÓGICA PARA FORMAÇÃO FORMALMENTE DOS PROFISSIONAIS E PARTE CLÍNICA (DISCUSSÃO DE CASO)	---	---	ACOMPANHAR GRUPO	É O PROFESSOR DE GENÉTICA, UM PROFISSIONAL EXPERIÊNCIA	CRITICAM SEM CONHECER
PEF 5	NÃO MUDOU	SEMPRE ESTATUTÁRIO	TEM UMA VISÃO SOCIAL, PEDAGÓGICA, CONHECE PSICOLÓGICO E GOSTA DE TRABALHAR COM PESSOAS	PROMOVER ATIVIDADE FÍSICA	DEVALORIZADA; PREZADA MELHORAR; ALTA INVESTIMENTO	NAS F-4; INTER (S) TRAMS; ENTRE NAS F-PUBI; A MAIS DISTANTE MULTI (V) ANOS (S) CASOS	FAZ EDUCAÇÃO FORMALMENTE COM OS PROF. DA EQUIPE	FOCO US CONHECEM TRABALHAR NA PERSPECTIVA MULTI	RELEVANTE PARA A PROMOÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE	VÍNCULO COM A POPULAÇÃO; SUPORE; ACOMPANHAR REPRESENTA US NO GRUPO	NÃO CONHECEM BEM, DICHO FAMÍLIA QUE TEM ACABADO	---
PEF 6	NÃO MUDOU	NÃO MUDOU	SEI MAS INFORMAL, ABERTOR PESSOAL, TEM UM CURIÓTIPO GLOBAIS PARA ALÉM DA AF	AUMENTAR OS NÍVEIS DE AF DA POPULAÇÃO	PREZADA MELHORAR	NAS F-4; INTER (S) TRAMS; ENTRE NAS F-PUBI; A MAIS DISTANTE MULTI (V) ANOS (S) CASOS	PARTE PEDAGÓGICA PARA FORMAÇÃO FORMALMENTE DOS PROFISSIONAIS E PARTE CLÍNICA (DISCUSSÃO DE CASO)	ADEQUADO	PROMOÇÃO DA SAÚDE POR MEIO DA AF; TRABALHAR A SAÚDE DE MANEIRA MAS LEVE	É IMPORTANTE MAS PODERIA TER ALÉM, AGIR EM GRUPOS E OUTRAS AÇÕES	TEM UMA IDEIA QUE NÃO SEMPRE ENTENDE O PROFESSOR DA AF	ATENDEMENTO MÉDICO EM CASA
PEF 7	NÃO MUDOU	NÃO MUDOU	GESTOR DE TRABALHAR COM PESSOAS; SEI COMUNICATIVO E ATENCIONOSO; GOSTA DE TRABALHAR EM EQUIPE	PROMOÇÃO/PREVENÇÃO/REABILITAÇÃO DA SAÚDE POR MEIO DA AF	BOA, MAS BOA A VIDA DA POPULAÇÃO	NAS F-4; INTER (S) TRAMS; ENTRE NAS F-PUBI; A MAIS DISTANTE MULTI (V) ANOS (S) CASOS	DOCENTE CARIÓTIPO; MATRICA SOBRE IMPORTÂNCIA DA AF; APRESENTA O QUE O PEF PODE CONTRIBUIR	ADEQUADO E RESOLUTIVO	RELEVANTE PARA A PROMOÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE	SUPORE; ACOMPANHAR GRUPO	O PROFESSOR DE GENÉTICA; ALÉM PARA ALÉM	---
PEF 8	NÃO MUDOU	NÃO MUDOU	SEI QUANTO É TER FIDELIDADE	PROMOÇÃO DA SAÚDE POR MEIO DA AF	BOA, PREZADA MELHORAR	NAS F-4; INTER (S) TRAMS; ENTRE NAS F-PUBI; A MAIS DISTANTE MULTI (V) ANOS (S) CASOS	CAPACITAR OUTROS PROFISSIONAIS	ADEQUADO E RESOLUTIVO	RELEVANTE PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E VÍNCULO COM USUÁRIO	SUPORE; ACOMPANHAR GRUPO	PROFESSOR DE GENÉTICA QUE VAI MELHORAR A SAÚDE	---
PEF 9	NÃO MUDOU	NÃO MUDOU	SEI SURTIENTE, ALÉM, ANIMADOR DE TORCIDA E ESTABELECEMOS COM; TEM QUE SABER TRABALHAR EM EQUIPE E COM VÍNCULO COM SUA ENTORNO; RELAÇÕES POSITIVAS E AÇÕES PROMOVEM DA UF/UF	MELHORAR PERIL EPIDEMIOLÓGICO; GERAR AF NO US	BOA, PREZADA MELHORAR	NAS F-4; INTER (S) TRAMS; ENTRE NAS F-PUBI; A MAIS DISTANTE MULTI (V) ANOS (S) CASOS	CAPACITAR OUTROS PROFISSIONAIS; AVALIAR ENTENDIMENTO A ORGANIZAR PROCESSOS DE TRABALHO	NÃO RESOLUTIVO; DEBATE SE INTER	SO PARA TOCAR GRUPO NÃO É RELEVANTE; MAS COMO GESTOR DE SAÚDE POR MEIO DA AF, SIM	BASE DO TRABALHO NA UF; ELDO COM COMUNIDADE; MULTIFUNÇÃO DE AÇÃO; INFORMAÇÕES SE BEM MATRICIADO	ATENDEMENTO MÉDICO EM CASA PARA POUCOS	---
PEF 10	NÃO MUDOU	NÃO MUDOU	TRABALHA COM GRUPOS GRANDES E EM EQUIPE; SEI COMUNICATIVO	MATRICIAR EM EQUIPE; ATUAR EM EQUIPE E DAR ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO	BOA, PREZADA MELHORAR	NAS F-4; INTER (S) TRAMS; ENTRE NAS F-PUBI; A MAIS DISTANTE MULTI (V) ANOS (S) CASOS	MATRICIAMENTO NÃO ACONTECE	ADEQUADO E RESOLUTIVO	PROMOÇÃO DA SAÚDE POR MEIO DA AF	TODOS GRUPO DE AF E DAI SUPORE NAS ATIVIDADES DO PEF; ELDO COM COMUNIDADE	NÃO CONHECEM BEM	---

CONSENSOS E CONFLITOS NOS DISCURSOS DOS PEF (AZUL = CONSENSO / VERMELHO = CONFLITO)

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS Universidade Estadual de Londrina Registro CONEP 5231

Parecer CEP/Uel:	043/2014
CAAE:	22342514.4.0000.5231
Data da Relatoria:	30/04/2014
Pesquisador(a):	Marta Soares Araujo
Unidade/Órgão:	CEFE - Programa de Pós - Graduação em Educação Física UEM/Uel

Prezado(a) Senhor(a):


O “Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina” (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

“OS SENTIDOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.”

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/Uel, via Plataforma Brasil, relatório final da pesquisa.

Londrina, 05 de maio de 2014.



Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Universidade Estadual de Londrina



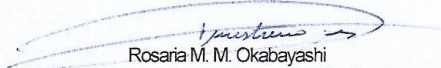
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

A U T O R I Z A Ç Ã O D E P E S Q U I S A**C.D.08/2014/CEEPC/GPQS/AMS/PML.**

Informamos para fins de realização da pesquisa:
**“OS SENTIDOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A INTERVENÇÃO DO
PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”**
na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina pela
aluna Marta Soares Araújo do Programa de Pós-Graduação Associado
em Educação Física Universidade Estadual de Londrina e
Universidade Estadual de Maringá, sob orientação da prof.^a Dr.^a.
Jeane Barcelos Soriano, Docente da mesma Universidade; e que por
tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as
orientações da Resolução CNS N°. 466/12. Desta forma, sua
execução nesta Autarquia está autorizada considerando o parecer
favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
da Universidade estadual de Londrina, n°.043/2014, datado em 05
de maio de 2014.

Londrina, 04 de junho de 2014.


Rosaria M. M. Okabayashi
Coord. Estágio/Educação Permanente e Continuada
GPQS/DGTES/AMS/PML

ANEXO C – REPRESENTAÇÕES GRÁFICAS
(Hilton Japiassu, 1976)

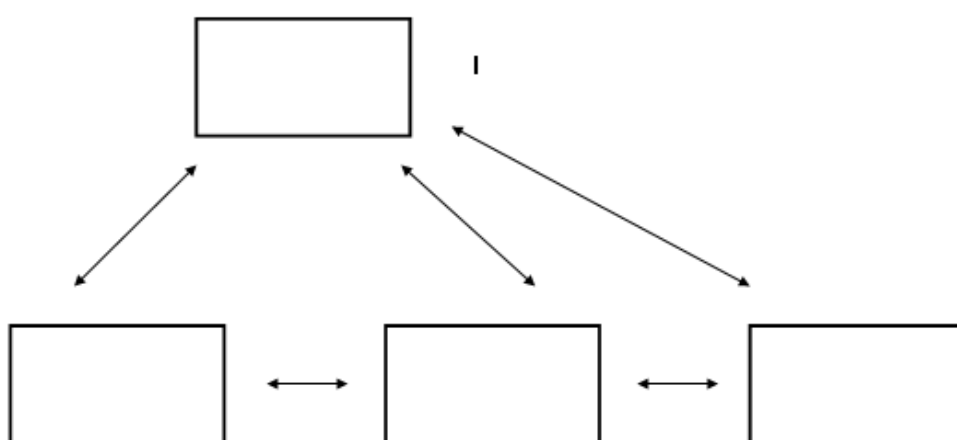


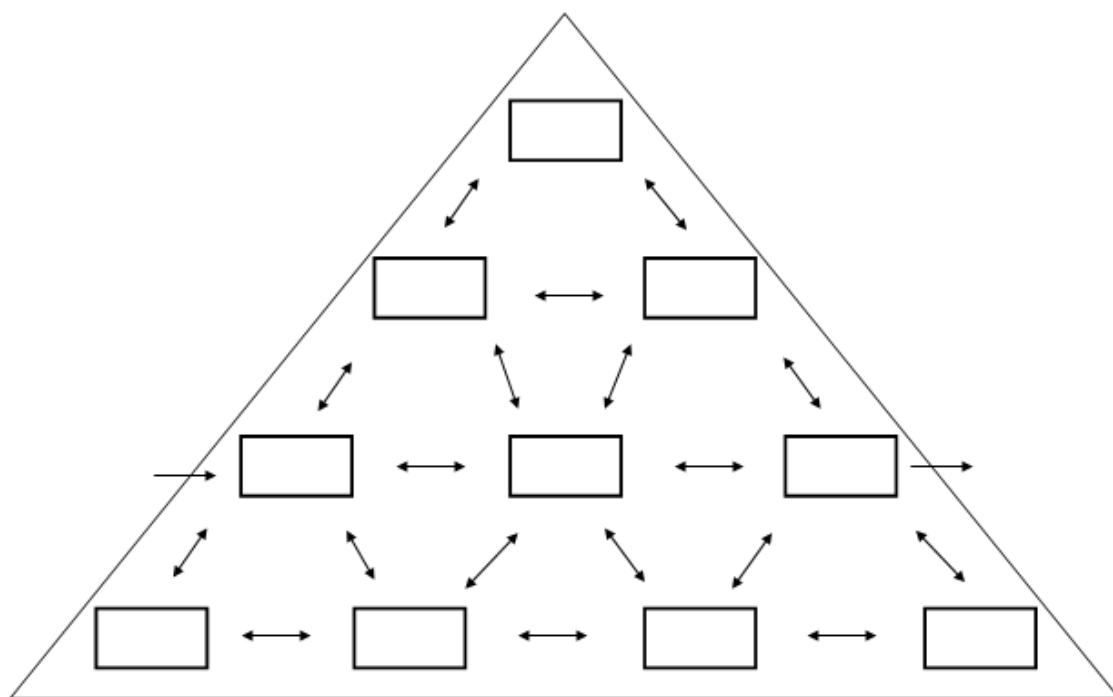
(MULTIDISCIPLINARIDADE)



(PLURIDISCIPLINARIDADE)

(INTERDISCIPLINARIDADE)





(TRANSDISCIPLINARIDADE)