**A INSERÇÃO DE PRÁTICAS CORPORAIS NO NASF DE ITAPEMA-SC**

Bruno Henrique Schmidt Weber[[1]](#footnote-1)\*

Valdemar João Catarina Neto[[2]](#footnote-2)\*\*

**RESUMO**

O presente estudo por meio do Estágio Supervisionado em Educação Física bacharel na Área da Saúde teve como objetivo geral desvelar e compreender como ocorrem as inserções das práticas corporais no NASF de Itapema-SC no primeiro semestre de 2015. Para isto, nossa metodologia de trabalho se fez por meio de uma pesquisa com abordagem de cunho qualitativo, do tipo exploratória e aproximação à pesquisa participante, utilizando a observação sistemática por meio do diário de campo para as análises dos dados obtidos. A partir da problemática de pesquisa elaborada por nós e as vivências do estágio, percebemos e concluímos que as práticas corporais aconteceram fundamentalmente por meio de exercícios físicos num viés para promoção da saúde; dentre as práticas corporais presentes destacamos as caminhadas, corridas, ginásticas localizadas, esportes, dança e brincadeiras com objetivos específicos, visando uma ressignificação para uma qualidade de vida melhor, buscando estes como uma alternativa para o tratamento não-medicamentoso para as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) e dores crônicas que ali foram diagnosticadas nos sujeitos envolvidos.

Palavras-chave: NASF. Práticas Corporais. Promoção de Saúde. Profissional de Educação Física.

**CONTEXTUALIZANDO A APROXIMAÇÃO ACADÊMICA AO CAMPO DE ESTUDO**

No campo acadêmico-profissional percebemos que a relação entre a Área da Saúde e asPráticas Corporais apresentam um contraste, sobretudo no que se refere aos exercícios físicos[[3]](#footnote-3), que nos remete, consequentemente, a falar sobre à inserção do Profissional de Educação Física (PEF) nas redes de Atenção Básica de Saúde.

Isto talvez aconteça pois soa irônico a presença de exercícios físicos e as mais diversas práticas corporais em locais em que as emergências médicas estão evidentes. E apesar de que seja difícil o aceite do PEF nestes ambientes, muitos estudos comprovam que combater a inatividade física ainda é o melhor “remédio” que podemos ter para prevenir doenças e promover a saúde psíquico física.

Tendo em vista este tema, o Ministério da Saúde e da Educação vem desenvolvendo e apoiando ações nos cursos de graduação e na pós-graduação da Área da Saúde, objetivando a formação e aproximação da realidade acadêmico-profissional na saúde pública no Brasil; e tratando-se agora em específico do curso de graduação em Educação Física (EF), esta visão da formação acadêmica com o foco em saúde teve destaque na homologação em 2004 nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), onde “estas mesmas diretrizes preveem formação de profissionais capazes de avaliar a realidade social e nela intervir por meio das manifestações e expressões do movimento humano.” (BRASIL, 2004, *apud* FALCI; BELISÁRIO, 2013).

Com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008, os Profissionais da Área da Saúde (enfermeiros, psicólogos, agentes de saúde, dentistas, médicos, entre outros) foram formalmente inseridos às redes de saúde pública, integrando a Atenção Básica de Saúde, atuando em multidisplinariedade; e dentre eles inclui-se o PEF a partir do reconhecimento da importância do exercício físico para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônico-degenerativas, no qual são importantes causas de morbimortalidade no Brasil. (BRASIL, 2008, *apud* FALCI; BELISÁRIO, 2013).

A seguir mostraremos uma breve introdução do processo de evolução do campo da saúde no Brasil, bem como a concepção do termo ‘Práticas Corporais’ e da função do PEF na Atenção Básica de Saúde, na tentativa de compreender a partir de quando e como sentiu-se a necessidade da inclusão destes num campo que antes era inimaginável por nós, enquanto acadêmicos; e mais adiante ao desenrolar do presente estudo, as análises e discussões pertinentes à nossa pesquisa de estágio supervisionado na rede de Atenção Básica de Saúde, do sétimo período do curso de graduação bacharel em Educação Física na Universidade do Vale do Itajaí-UNIVALI, no primeiro semestre de 2015.

Seguindo este contexto, no presente artigo de estudo, através do estágio supervisionado em Educação Física bacharel, buscaremos responder o seguinte problema de pesquisa: como ocorrem as inserções das práticas corporais no NASF de Itapema-SC no primeiro semestre de 2015?

Para isto, nosso objetivo geral é desvelar e compreender como ocorrem as inserções das práticas corporais no NASF de Itapema-SC no primeiro semestre de 2015, e os objetivos específicos baseiam-se em diagnosticar a população presente e as práticas desenvolvidas;verificar as práticas corporais propostas e refletir sobre a realidade da população e do local de intervenção.

**REFERENCIAL TEÓRICO**

**NASF: uma breve retrospectiva**

Para Florindo (2009), a Atenção Básica de Saúde no Brasil evoluiu consideravelmente nas últimas duas décadas com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecido pela Constituição de 1988, quebrando o paradigma voltado apenas para a reabilitação, inserindo a proposta de prevenção às doenças e promoção da saúde; que segundo o Ministério da Saúde (1990), apresentou “uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde”, baseados na doutrina de **Universalidade**, **Equidade** e **Integralidade**; somando estes como princípios organizativos em todo o território nacional.

Previsto no “ABC do SUS”, publicado pelo Ministério da Saúde em 1990, a **Universalidade** garante que todo e qualquer cidadão passa a ter direito a todos os serviços voltados à saúde; a **Equidade** assegura que todo cidadão é igual perante ao Sistema, independente da complexidade, atendendo as suas necessidades, até aonde o limite seja possível e, por último, a **Integralidade** visa promover, proteger e recuperar a saúde do indivíduo como um ser humano integral, que compõe uma sociedade, no qual não consegue-se analisá-lo de forma isolada do meio em que vive, abordando não somente o indivíduo, mas todo o contexto familiar, ambiental e social. (BRASIL, 1990).

Na tentativa de consolidar a proposta do SUS, criou-se o Programa Saúde da Família (PSF), focando “principalmente na família e no contexto físico e social, objetivando a promoção da saúde” (RODRIGUES *et al.*, 2013, p.6), como afirmam também Gutierrez; Minayo (2010, p.197):

“Na área da saúde, a emergência da “família” como foco de atenção específica se agiganta com o Programa Saúde da Família (PSF). Esse programa preconiza dois pontos fundamentais: a perspectiva de atenção básica descentralizada e local, substituindo o modelo hospitalocêntrico, e o reconhecimento do cuidado em saúde a partir do grupo familiar. Essa proposta, no que concerne à família, exige superar a perspectiva meramente individual para oferecer uma atenção sistêmica em que se integrem o estudo da cultura, das maneiras de fazer dos diferentes grupos sociais e das relações de gênero que operam dentro das relações familiares.”

Porém, Rodrigues *et al.* (2013) revela que o PSF teve seu status alterado de ‘Programa’ para ‘Estratégia’, devido às limitações do termo “Programa”, surgindo então, a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Como a ESF não conseguiu suprir a demanda com a devida cobertura à atenção básica proposta, e o SUS verificou também que fazia-se necessário a inserção do exercício físico no campo da saúde e nas estratégias aplicadas (REZENDE; LIMA, 2009), logo buscou-se qualificar a assistência e estabelecer melhor a demanda programada. Para isso, em 2008 o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) através da Portaria nº 154/2008. (RODRIGUES *et al*., 2013, p.6).

A portaria nº 154 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008, instituiu a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), vindo a atender uma das maiores reivindicações dos profissionais da Saúde da Família: a inserção de áreas co-relatas às atividades dos profissionais da Atenção Básica, isto é, contando com a decisão dos gestores locais estes profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF), compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes Saúde da Família no qual esteja cadastrado. (REZENDE; LIMA, 2009).

Desta maneira, o NASF seria capaz de auxiliar a estratégia atendendo a demanda, contando assim, com uma equipe multidisciplinar de profissionais da Área da Saúde e “[...] passou a ter maior ênfase e apoio ao cumprimento dos objetivos preconizados pelo SUS e ESF [...]”. (RODRIGUES *et al.*, 2013, p.6).

Dentre estes profissionais atuantes no NASF, inclui-se o PEF, que foi reconhecido como profissional da saúde através da Resolução CNS – Nº 218, de 6 de março de 1997, devido às alterações nos perfis de morbidade e mortalidade da população brasileira, agravadas pela incidência e prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), evidenciando-se pela inatividade física, que é uma das causas. (idem).

E como nos destacada Pasquim (2010), somente nos últimos anos a Educação Física tem ganhado destaque no SUS, devido as iniciativas adotadas pelo poder público, como, por exemplo, a Política Nacional de Promoção da Saúde publicada em 2006 e a criação do NASF, que dão importância às intervenções na área temática das Práticas Corporais, juntamente aos exercícios físicos, que competem ao planejamento capacitado do PEF.

**Práticas Corporais: compreender é necessário**

Até aqui falamos muito sobre as Práticas Corporais. Mas afinal, o que seriam essas “Práticas Corporais”? Para melhor situalização na presente pesquisa, apresentaremos brevemente as concepções acerca do termo.

Por ‘práticas corporais’ compreende-se como o ser humano em movimento, os seus modos de se expressar corporalmente, atribuindo valores. Deve ser tratado pelas ciências humanas, sociais, biológicas, pela arte, filosofia e saberes populares. (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012). Entretanto, “[...] nos campos da Educação, Antropologia, Sociologia, Psicologia, História e Saúde seu uso também é, relativamente, frequente, ainda que com diferentes significados e sentidos.” (SILVA *et al.*, 2009, p.17).

Sobre estar atrelado às ciências biológicas, de acordo com Silva *et al.* (2009), no campo da Educação Física, o termo ‘práticas corporais’ é comumente utilizado por pesquisadores que estabelecem relação com as ciências humanas e sociais; já os que dialogam com as ciências biológicas/naturais utilizam o conceito de exercício físico.

Em um relevante estudo de Lazzarotti Filho *et al.* (2010) sobre as práticas corporais no campo da Educação Física, verificou-se que o termo tem um viés voltado à intenção de problematizar os conceitos que envolvem superficialmente a atividade física e o exercício físico, devido estes mesmo conceitos encontrarem-se reduzidos à compreensão do movimento enfatizando aspectos como a locomoção no tempo e no espaço e o gasto de energia.

Quando o termo destacado é operado pelo campo da saúde, em especial na saúde coletiva, seu conteúdo demonstra preocupações com os cuidados ao corpo.

Nesse sentido, as práticas corporais entram como complementares aos cuidados convencionais, trazendo elementos da cultura oriental, como é o caso da meditação, do relaxamento e de práticas corporais milenares e/ou tradicionais. Em certa medida, essa também é a ênfase do campo da Psicologia, predominando um olhar terapêutico para com as práticas corporais, ainda que as compreendendo como engendradas por tensões e conflitos pessoais, ou produzidas especificamente por determinadas sociedades ou estratos sociais. (SILVA *et al*., 2009).

Assim, podemos dizer em consenso que se trata não apenas de uma prática, mas sim uma intervenção social, baseada em experiências vividas.

“[...] a fruição de uma experiência no grau de envolvimento que algumas práticas corporais podem proporcionar coloca em jogo o conjunto dos órgãos e sentidos humanos, retoma possibilidades sensíveis esquecidas, possibilidades, essas, que podem fornecer outros registros a partir do qual o sujeito pode se reconstruir.” (SILVA *et al.*, 2009, p.24).

Nas pesquisas de Silva *et al.* (2009), os autores verificaram poucas contribuições explícitas para conceituar ‘Práticas Corporais’, mas também, viram que há uma forte perspectiva de compreensão de corpo que se opõe ao biologicismo.

Dentre os elementos encontrados por Silva *et al.* (2009) para conceituar o termo em pauta, (no qual concordamos que estejam a ponto de ilustrar com fidelidade a verdadeira intenção das práticas corporais) são as manifestações culturais que enfocam toda a dimensão corporal, buscando a superação da fragmentação (corpo e mente), que consequentemente denotam uma crítica à forma de organização da vida contemporânea e seus desdobramentos no corpo, exprimindo preocupação com os significados e sentidos atribuídos aos movimentos e sentimentos corporais por parte dos sujeitos que as praticam, para além de sua utilidade mais pragmática, apresentando finalidades como educação para sensibilidade ou educação estética, para promoção da saúde, para desenvolvimento do lazer, para a sociabilidade e para o cuidado com o corpo.

Apesar de haver uma dispersão conceitual, a frequência com que vem aparecendo na literatura acadêmica revela que ‘práticas corporais’ é uma expressão que foi acolhida, especialmente pela Educação Física, e vem sendo cada vez mais utilizada nas produções desse campo, embora necessitem de um consenso maior a respeito.

Sobre isso, Lazzarotti Filho *et al.* (2010) justificam dizem que

[..] Num campo acadêmico onde a linguagem é especializada, os conceitos são fundamentais para o avanço e para o desenvolvimento do próprio processo de conhecimento, facilitando o diálogo a partir de representações comuns [...]

Assim, reforçando este embate, complementamos com o posicionamento de Silva *et al.* (2009) dizendo que “[...] o alto grau de complexidade desse conceito pode estar afastando a produção acadêmica acerca do tema, porque pouco se observa de produção a esse respeito em campos como o da Educação Física.”

Para finalizar a discussão sobre o termo pautado até aqui, vimos que em nosso campo profissional há uma tendência quase que predominante da compreensão às práticas corporais a partir de um entendimento por meio de visões biologicistas; sendo assim, no campo de intervenção deve ser ressaltado a preocupação em incorporar aspectos subjetivos, como os sentidos e significados atribuídos pelos sujeitos e pela cultura ao movimento corporal humano.

**Promoção da Saúde**

Deve-se ter um cuidado no termo “Promoção da Saúde” e “Prevenção de Doenças”, pois seus conceitos são diferentes como preconiza Czeresnia (1999), embora possam complementar-se.

‘Prevenir’ está posto de modo a impedir que se realize; exige ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença para tornar seu progresso improvável; implica o conhecimento epidemiológico para o controle e redução do risco de doenças; e assim inclui-se projetos de prevenção e educação baseando-se na informação científica e nas recomendações normativas; o que em contrapartida, ‘promover’ refere-se a fomentar medidas que não se dirigem a doenças específicas, mas que visam aumentar a saúde e o bem estar, além de implicar o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos determinantes e condicionantes da saúde. (CZERESNIA, 1999).

Com relação à saúde dos sujeitos, Pasquim (2010) revela que as Diretrizes Curriculares preveem que o egresso do curso de Educação Física é responsável pela prevenção de doenças e promoção da saúde por meio dos exercícios físicos e as práticas corporais que lhes competem enquanto profissionais, porém a atenção PEF deve se estruturar é na promoção da saúde.

Formalmente, a promoção de saúde

É uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. (BRASIL, 2006).

**Práticas Corporais e Profissional de Educação Física: uma relação interdependente na promoção da saúde por meio dos exercícios físicos**

Apesar das dificuldades de sua formação diante da atuação na Atenção Básica de Saúde, algumas mudanças no currículo do bacharel em Educação Física vem acontecendo para que a fragilidade de sua competência e habilidade profissional diminua, e mesmo que haja muitas dessas dificuldades o PEF é o único da equipe do NASF com formação voltada para orientar com planejamento a prática dos exercícios físicos. (RODRIGUES *et al.,* 2013).

O PEF tem a importante função no cumprimento dos princípios do SUS em relação à política de saúde e de promoção às Práticas Corporais e exercícios físicos, sendo “[...] um facilitador para aumentar as chances dos indivíduos serem fisicamente ativos.” (SOUZA; LOCH, 2011 *apud* RODRIGUES *et al.*, 2013, p.13).

De acordo com os estudos de Rodrigues *et al.* (2013) revisando as inserções e atuações do PEF na Atenção Básica de Saúde, concentrando estudos da Região Sudeste do país, verificou-se que o trabalho desse profissional está voltado predominantemente à população portadora de DNCT ou idosas, e que atividades como caminhada, fortalecimento muscular e atividades lúdicas são mais realizadas, por serem de baixo custo; de maior facilidade quanto aos locais de prática, não exigindo espaços específicos; além de melhoria considerável nas condições de saúde dos praticantes, sendo também, de baixa complexidade, o que é ideal, pois podem ser realizadas por pessoas com baixos níveis de aptidão física.

Exercícios visando fortalecimento muscular e o alongamento, são comumente promovidos em grupos de idosos para evitar quedas e reduzir perdas de flexibilidade, que são consequências trazidas pelo envelhecimento. (KOKUBUN *et al.*, 2007, *apud* RODRIGUES *et al.*, 2013).

Ações como palestras e o uso de cartilhas aconselhando à prática da atividade física também são intervenções importantes do PEF, “pois alcançam um grande número de pessoas, considerando que a divulgação de informações sobre os benefícios da atividade física pode contribuir para a adoção de um estilo de vida saudável.” (MALTA *et al.*, 2008; KOKUBUN *et al.*, 2007, *apud* Rodrigues *et al.*, 2013).

**METODOLOGIA**

O tipo de pesquisa é exploratória, conforme Gil (2010) explica que este, visando os objetivos, permite maior proximidade com o problema de pesquisa, procedido de um planejamento flexível, fundamentado em levantamentos, tornando-o mais explícito ou definir hipóteses acerca; aprimorando ideias ou descobrindo intuições.

A abordagem de pesquisa é qualitativa, e sobre o procedimento qualitativo, Minayo (1994) *apud* Gáspari; Schwartz (2005, p.73), ressalta que o mesmo permite desvelar processos sociais pouco elucidados, reconhecer grupos específicos, inquietações sociais complexas, universos simbólicos do comportamento humano, permeados por sentimentos, crenças, atitudes, valores, emoções, percepções e sentidos. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados, e o pesquisador é o instrumento-chave. (GIL, 2010).

A técnica de pesquisa a ser utilizada é de aproximação participante, pois a mesma se conceitua como

[...] uma pesquisa realizada por meio da integração do investigador que assume uma função no grupo a ser pesquisado, mas sem seguir uma proposta predefinida de ação. A intenção é adquirir conhecimento mais profundo do grupo. O grupo investigado tem ciência da finalidade, dos objetivos da pesquisa e da identidade do pesquisador. Permite a observação das ações no próprio momento em que ocorrem. (DENCKER, 2000).

A população desta pesquisa será os frequentadores da Unidade Básica de Saúde do bairro Morretes na cidade de Itapema-SC, no período matutino das sextas-feiras, no primeiro semestre de 2015, que participam do grupo ofertado pelo NASF.

O público-alvo caracterizado nas intervenções foram de ambos os sexos, com idade média variando de 45 à 80 anos, separados em dois grupos em diferentes horários devido ao espaço disponível na UBS.

A coleta de dados será feita através de observações sistemáticas, que segundo Laville; Dionne (1999, p.177), demanda condições e planejamentos controlados, tendo ainda, instrumentos para o registro dos dados, como as fichas e relatórios de campo. Assim, deve-se ter clareza na busca de fenômenos mais importantes, interligando-os com os objetivos, tentando responder o problema de pesquisa. As intervenções práticas serão propostas através de um plano de ação e 9 planos de aula. O registro deverá ser feito através do diário de campo, cuja sua finalidade passa a ser um instrumento de registro diário do pesquisador,

[...] onde constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa. Falas, comportamentos, hábitos, usos, costumes, celebrações e instituições compõem o quadro das representações sociais. (MINAYO, 1992, p. 100).

A análise de dados proposta será a análise de conteúdo, a qual se conceitua, segundo Moraes (1999) como “uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos.” Assim, essa análise, nos conduz e auxilia nas descrições sistemáticas e qualitativas à nossa pesquisa, “ajudando a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.” (ibidem).

**INTERVENÇÕES DE ESTÁGIO: UM PROCESSO DE ANÁLISES E DISCUSSÕES**

Neste estágio, a programação de calendário se fez por dez intervenções de campo, sendo elas:

* 1ª intervenção, com o objetivo de buscar o diagnóstico do campo de estágio;
* 2ª intervenção, visando reconhecer o perfil dos integrantes de práticas corporais do NASF;
* 3ª intervenção, no qual foi programada uma saída de campo na APAE - Itapema, SC;
* 4ª intervenção, com um passeio na Ilha do Pirata - Itapema, SC
* 5ª intervenção, dedicado à desenvolver a aula junto com a professora responsável, através de auxílios;
* 6ª intervenção, voltada inteiramente à territorialização do bairro Morretes - Itapema, SC;
* 7ª intervenção, com proposta de nos inserir em frente às aulas, propondo o alongamento inicial e final da aula, e a leitura de reflexão final;
* 8ª intervenção, com propósito de desenvolver a aula inteira sozinhos com o primeiro grupo;
* 9ª intervenção, voltado para a realização da festa junina com o grupo do NASF e as crianças do futsal, com uma proposta de inclusão de atividades entre estes dois grupos;
* 10ª intervenção, dedicado à visita da APAE na UBS, contando com uma integração com festa junina apresentado pelos alunos da instituição.

Compreendendo o diagnóstico de campo como parte fundamental para a inserção prática do estágio, esta intervenção diagnóstica realizou-se no primeiro dia, e através desta pudemos conhecer, juntamente com a professora responsável por nós, desde a estrutura física do local, até o perfil dos integrantes do NASF, ou seja, o público no qual trabalhamos durante nove intervenções.

Sobre a intervenção diagnóstica, trazemos o posicionamento de Scabar; Pelicioni; Pelicioni (2012, p.411), onde consideram que

[...] a proposta do primeiro nível de atenção à saúde concretiza-se por meio da atenção diagnóstica, necessariamente inserida no contexto social de cada comunidade e indivíduo, viabilizando a proposta de promover a saúde dos sujeitos envolvidos, considerando as especificidades regionais e sociais, oportunizando uma avaliação precisa e real, favorecendo a eficácia das intervenções propostas, seu acompanhamento, avaliação e replanejamento, evidenciando a necessária aproximação entre o serviço de saúde prestado e a dinâmica de vida dos usuários.

Percebemos assim, o trabalho multiprofissional que é realizado; as pessoas são encaminhadas a cada Profissional da Saúde que ela necessita, e se tratando do interesse e necessidade da prática de exercício físico, entra em ação o PEF através do NASF por meio das práticas corporais nesta UBS, que de acordo com Florindo (2009), vimos que o PEF ganha espaço importante na área da saúde, devido os exercícios físicos se encaixarem na proposta do Ministério da Saúde, de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio das propostas de Práticas Corporais.

Verificamos consequentemente, uma ótima estrutura para intervenções práticas, sendo elas, por três motivos:

* Sala reservada às práticas corporais:

Esta sala possui equipamentos, tais como: colchonetes; halteres; bolas suíças; elásticos; bolas de plástico; *balance disc*;aparelho de som, entre outras coisas.

* Espaço externo que pode ser utilizado quando não há chuva:

Estes espaços contam com a Academia da Terceira Idade (ATI) e um outro local que também possibilitava realização de atividades ao ar livre. Os integrantes relataram também, que já haviam realizado caminhadas ao longo das ruas ao redor da UBS.

* Espaço no ginásio de esportes:

O ginásio de esporte conta com uma quadra poliesportiva e uma pequena arquibancada, onde são realizados os Jogos Escolares de Itapema (JEI) e as aulas de futsal com crianças, comandadas por um professor de Educação Física contratado pela Prefeitura Municipal de Itapema. Como o ginásio apresenta uma estrutura impecável e segura, foi o local alvo de praticamente todas as intervenções que exigissem mais espaço.

Embora a estrutura da UBS apresente condições propícias para as práticas, para que pudéssemos elaborar as propostas de aulas com maior qualidade, fez-se necessário conhecer mais de perto o perfil desta população no qual trabalhamos.

Para isto ocorrer, as duas primeiras intervenções foram suficientes para termos noção do que tínhamos a disposição: o primeiro grupo, formado unicamente por mulheres de meia idade, que eram fanáticas por ginástica localizada; e o segundo grupo, composto por homens e mulheres, tendo como perfil uma miscelânea de problemas de saúde e cuidados diversos a serem levados em consideração; sendo que hipertensão arterial, labirintite, depressão, diabetes, osteoporose, problemas articulares e dores lombares foram os mais relatados pelos grupos, principalmente pelo segundo; e o que complica a situação, é que geralmente uma doença vem atrelada à outra, o que diminui, e muito, possibilidades de variações nos exercícios e aumentam as limitações nas intervenções.

Sobre este assunto acima trazido aqui (dores e doenças), Toscano (2004) nos revela que o aumento da população idosa e as transformações do estilo de vida dos brasileiros, acarretou uma diminuição das doenças infectocontagiosas, porém, levou ao aumento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT). Nesse mesmo contexto, Barreto *et al.* (2005) acrescentam que as variáveis nutricionais (alimentações hipercalóricas, excesso de açúcares simples, gorduras, etc.), acompanhados do sedentarismo e um estilo de vida não saudável são fatores que contribuem para o aumento das DCNT. Ramos (2003) contribui para refletirmos quando cita que a principal fonte de renda destes idosos ainda é a família, e que o maior desafio para a saúde pública será cuidar dessa população mais idosa com DCNT, que por sua vez possui um nível socioeconômico e educacional baixo. Surge a partir daí, um ponto a ser relevado num quesito de interdependência que não podemos desconsiderar no planejamento de trabalho: perfil dos participantes *versus* realidade social e estrutural. Sendo assim, uma visão ampliada acerca disto é fundamental.

Por coincidência para ampliarmos nossa visão referente ao perfil e a realidade social da população do bairro Morretes, uma série de variáveis/fatores levou a nossa programação se embaraçar, onde tivemos que reformular nossos planos iniciais, assim como a professora responsável também, caracterizando este semestre como um período atípico. Dentre os fatores que destacamos aqui foram: os feriados e as férias da professora responsável, que estenderam por duas semanas consecutivas.

Devido à estas férias da professora, uma semana tivemos que ficar sem intervenção, já que a secretária de saúde do município não permitiu que ficássemos responsáveis por elaborar as aulas sem ela; e em outra semana acompanhamos as agentes de saúde na territorialização nas ruas do bairro Morretes, pelas proximidades da UBS que estávamos estagiando. Em primeiro momento, tivemos a impressão de que seria pouco relevante este processo de territorialização de uma população que não frequenta o projeto de Práticas Corporais do NASF, mas após analisar o relatório de campo e conversar com a professora em seu retorno, percebemos que a parte de territorialização é um processo que sempre é realizado, sendo fundamental quando lidamos com pessoas, dando ainda, mais qualidade ao trabalho, pois temos assim, a real noção do que perpassa por aquela região e população.

A partir destas colocações justifica-se a grande necessidade de haver regularmente o mapeamento e territorialização do público no qual está focado em trabalhar, pois ao conhecer a realidade e o perfil de cada um, é possível planejar intervenções e objetivos com maestria, diminuindo riscos desnecessários, como por exemplo, agravar o estado de saúde de tal indivíduo.

Assim, em plena sexta intervenção acabamos voltando à primeira, diagnosticando que aquela população próxima a UBS possuem graves problemas de saúde que poderiam ser amenizadas se tivessem um estilo de vida diferente (e não nos compete aprofundar e relatar, muito menos julgar aqui sobre).

Quando as agentes de saúde nos apresentaram como Profissionais de Educação Física, causou surpresa e um ar de silêncio, aparentando uma dúvida do porquê de nossa presença, por parte das pessoas entrevistadas.

Neste dia verificamos e deixamos prontamente aqui um alerta sobre a nossa área de atuação no âmbito da saúde pública: muitas pessoas não sabiam que há práticas de exercícios físicos naquele “posto de saúde”, como relataram. Portanto, deixamos aqui a afirmação de que se faz emergente uma maior divulgação destas promoções.

Algo que nos chamou a atenção ao longo do estágio (pelo menos neste semestre no qual intervirmos), foi o fato de verificarmos que as práticas corporais desenvolvidas nestes grupos não basearam-se apenas em exercícios físicos, onde também eram realizados passeios, trilhas, atividades com outros grupos, visitas, etc. Tais atividades, que sua inserção são possibilitadas na área da saúde também, tem fundamentação nos interesses do lazer que Marcellino (1996) traz de Joffre Dumazedier, no qual estes são compreendidos em 6 interesses, sendo eles: artísticos, intelectuais, físicos, manuais, turísticos e sociais.

As aulas procederam de quebras da monotonia, marcando assim o semestre. Todas as aulas tinham uma programação diferente, dentre elas a visita na APAE, no qual buscamos (com todos os grupos, matutino e vespertino) uma integração com aquela população logo após a Páscoa, por meio de uma apresentação nossa já ensaiada. Outro grande momento que marcou nossa vivência de estágio foi o passeio na Ilha do Pirata, na própria cidade de Itapema. Neste passeio, ficou evidente a contemplação da natureza por parte dos grupos; e aproveitando o momento, a professora proporcionou ao grupo (inclusive à nós acadêmicos) uma reflexão referente à vida através de uma dinâmica por meio de uma leitura, chamada “O Eco da vida”.

Percebemos por meio disto que a leitura de reflexão nas intervenções (com um cunho mais religioso e de posturas em relação à vida) tem um significado muito importante e influenciador na vida do nosso público alvo, já que estas leituras escolhidas aleatoriamente, eram cobradas no final de cada intervenção.

Afim de sermos aceitos com mais afinidade, fomos intervindo independentes pouco a pouco. Primeiro auxiliamos a professora responsável nas correções e supervisionamento nos exercícios realizados. Somente na quinta intervenção acompanhamos e participamos integralmente no andamento das aulas desenvolvidas, tendo mais liberdade e aceitação em frente às propostas para com o nosso público.

No planejamento geral do nosso trabalho, após a intervenção diagnóstica, a intenção era cada uma das duplas de estágio ficar responsável por um grupo diferente devido ao espaço, mas em ocorrência dos imprevistos e situações atípicas no qual já relatamos, a maioria das aulas passaram a possuir as duas duplas no período matutino todo; não havendo assim separação das duplas, cada um com o grupo escolhido. Quando vimos possibilidade disso acontecer e de encaminhar a aula sozinhos, que aliás, aconteceu apenas uma vez, planejamos cuidadosamente.

A maioria dos exercícios que propomos não saíram do que estavam acostumados à fazer, porém a condução de encaminhamento da aula sim. Como escolhemos o primeiro grupo (por questões de horário), preparamos uma aula, onde elaboramos a seguinte sequência de exercícios:

1. No aquecimento: corrida leve, alongamento, exercícios em forma de circuito, arremesso de basquete, vôlei, “chute ao gol”, andar na linha com os olhos fechados, e jogo de peteca.
2. No meio da aula: exercícios de ginástica, tais como os voltados para a resistência e fortalecimento da região lombar, abdominal, membros inferiores e superiores.
3. No final da aula: realização de uma leitura reflexiva sobre “A arte de não adoecer”.

Nesta intervenção, na parte do aquecimento, tivemos momentos de êxito (em exercícios mais simples) e outros de falha (em exercícios mais complexos). Por propormos um exercício diferente (andar na linha com os olhos fechados), todos quiseram realizar por muito tempo aquela estação do circuito, o que atrasou o andamento e nos embaralhou, tendo mais pessoas em uma estação do que na outra. Entretanto, foi questão de minutos para que reorganizássemos e déssemos continuidade à aula. Sobre o acontecido, nos demos conta de que “não é simples nem linear a incorporação do conhecimento teórico nas práticas.” (MINAYO, 2010, p.1906).

No meio desta aula, propomos mais uma vez algo diferente. Todos chegavam na sala, pegaram seus colchonetes e deitaram esperando os exercícios. Fizemos diferente. Pedimos para que levantassem pois faríamos em pé, e isso causou mais uma vez surpresa por parte daquele grupo. Embora achassem estranho, aceitaram sem problemas e até gostaram, pois a sequência dos exercícios, repetições e intervalo entre as séries estavam diferentes do que estariam acostumadas.

No final da aula realizamos uma leitura escolhida por nós, e todos ficaram muito pensativos e demonstraram atenção ao que líamos. O tema da leitura era sobre uma “fórmula mágica” de como não adoecer, e algo muito interessante que tiramos deste dia foi quando tocamos no assunto ‘doença’ em discussão após a leitura. Os integrante relatavam não ter doenças, embora nos exames médicos dissessem ao contrário.

Como estamos lidando com a área da saúde é inevitável não falar (ou ao menos pensar) sobre saúde e doença, e vale ressaltar que fazer isso torna-se um tema amplo e relativamente controverso na medida em que está relacionado com as várias dimensões que totalizam o ser humano.

Durante muito tempo a definição de saúde era apenas a ausência de doenças (e muitas vezes o senso comum ainda apresenta isso), mas ao desenrolar da história percebeu-se que esta definição não era o suficiente, já que uma pessoa pode ter alguma complicação de saúde, e sua concepção pode apresentar-se de forma diferenciada.

Como trazem Ferraz; Peixoto (1997, p.327), a Organização Mundial de Saúde (OMS), define saúde não apenas como a “[...] ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, o que significa ter qualidade de vida, bem estar e felicidade”.

Seguindo esta linha de raciocínio dos mesmos autores, entramos numa síntese teórica de que a saúde embora seja considerada um indicador objetivo de qualidade de vida, as pessoas têm uma interpretação subjetiva da própria saúde, e este vai se auto considerar ‘saudável’ desde que os problemas não representem limitações à sua vida tanto ao nível individual como social, já que uma das maneiras do indivíduo avaliar o seu estado de saúde é basear-se na sua própria capacidade de desenvolver atividades cotidianas. (FERRAZ; PEIXOTO, 1997).

Para Najman; Levine (1981) *apud* Ferraz; Peixoto (1997, p.318), diferentes fatores interferem na qualidade de vida dos indivíduos, classificando-os em indicadores sociais objetivos e subjetivos. Dentre os indicadores sociais objetivos, são citados por esses autores: as condições de saúde; aspectos do ambiente físico; qualidade da habitação; emprego e qualidade do trabalho; lazer; acesso a bens e serviços; segurança; justiça; oportunidades e participações sociais. E os indicadores subjetivos de qualidade de vida abrangem diferentes termos abstratos, tais como: felicidade; satisfação com a vida; bem-estar geral; que por sua vez estão relacionados a uma descrição positiva do casamento e situação familiar; relacionamento com o outro; amizades; crença religiosa; as realizações alcançadas; entre outros.

É interessante destacar que as descrições dos indicadores subjetivos estão diretamente relacionados ao complexo funcionamento humano baseado nos sentimentos, que é soma da sensação (que capta as qualidades sensíveis das coisas e não as coisas, propriamente ditas) e da percepção (que nessa perspectiva, é um fenômeno complexo que conjuga uma gama de operações que se processam no enredo psicológico) que o indivíduo tem das coisas em seu mundo. (GÁSPARI; SCHWARTZ, p.70)

Braghirolli *et al.* (1997) *apud* Gáspari; Schwartz (2005, p.70), enfatizam que embora seja possível a distinção entre sensação e percepção, estes se constituem num processo único de recepção e interpretação das informações externas.

Sobre este relato que diagnosticamos (percepção subjetiva positiva referente à saúde), Scabar; Pelicioni; Pelicioni (2012) complementam dizendo que

[...] o NASF tem o enfoque da promoção da saúde e do cuidado à população, procurando responder aos novos e antigos desafios da morbidade dos brasileiros, trazendo a possibilidade de ampliar a oferta das práticas integrativas e complementares [...] **bem como a revisão de tratamentos baseados somente na medicalização das doenças.** [grifo nosso]

Sendo assim no NASF de Itapema referente ao primeiro semestre de 2015, as práticas corporais utilizadas se fizeram por meio dos exercícios físicos, passeios, visitas, leituras, etc., concretizando uma íntima e direta relação influenciadora com a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos no processo, visando por detrás a promoção da saúde; no qual é uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos, partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes . (SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012).

Diante das intervenções percebemos também, que além das práticas corporais realizadas e todo o seu contexto de desenvolvimento, há uma importância e forte influência do perfil profissional com o público trabalhado, onde pela vivência verificamos e concordamos com Fernandes (2004), dizendo que o sucesso do PEF se faz devido ao domínio das técnicas de aula; bom senso para lidar com diversas situações; influência que exerce; utilização de boas e variadas músicas, bem como a individualização ao máximo as aulas.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No princípio do estágio estávamos nos preparando para que a maioria das aulas nesse semestre fossem desenvolvidas inteiramente por nós estagiários, mas em decorrência dos imprevistos desse semestre não foi possível realizar as duas principais programações, sendo elas o planejamento de uma palestra referente ao tema da importância do exercício físico e da importância da revisão da concepção popular do corpo dual (corpo e mente); e também o planejamento e desenvolvimento de aulas inteiras na maioria da programação de intervenções do estágio; ambas almejadas no plano geral de ação.

Mesmo assim, sempre intervíamos junto com a professora responsável; de uma forma ou outra. Como experiência de estágio, apenas um dia conseguimos ministrar a aula completa, desde o aquecimento até a leitura final, conforme o diário de campo número 8, no dia 29 de maio de 2015. Este dia foi um grande desafio para nós, havendo momento de êxitos e falhas, embora conhecêssemos a algum tempo os integrantes do grupo.

Com isso, chegamos à conclusão que as práticas corporais utilizadas juntamente com o posicionamento e influência do PEF para com o público em frente às aulas é de grande valia para alcançar os objetivos desejados nas intervenções de campo. Também verificamos a utilização das práticas corporais dentro do campo dos interesses artísticos, intelectuais, físicos, turísticos e sociais como auxílio para as programações das aulas, embora não sejam o enfoque da fundamentação desenvolvida para este estudo.

Para finalizar o presente artigo, e respondendo nosso problema de pesquisa, concluímos ter uma clara visão de que as práticas corporais inseridas e desenvolvidas com os grupos do NASF de Itapema no primeiro semestre de 2015 aconteceram fundamentalmente por meio de exercícios físicos, dentre eles: caminhadas, corridas, ginásticas localizadas, esportes, dança e brincadeiras com objetivos específicos, visando uma ressignificação para uma qualidade de vida melhor, buscando estes como uma alternativa para o tratamento não-medicamentoso para as DCNT’s e dores crônicas que ali foram diagnosticadas nos sujeitos envolvidos.

**REFERÊNCIAS**

BARRETO, S. M. *et al*. A. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 41– 68, jan/mar., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção Da Saúde**. Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS:** **doutrinas e princípios**. Brasília-DF. dez.1990.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cadernos de saúde pública**, v. 15, n. 4, p. 701-710, 1999.

DENCKER, A. de F. M. **Métodos e técnicas de pesquisa em turismo**. 4. ed. São Paulo: Futura, 2000.

FALCI, D. M.; BELISÁRIO, S. A. A inserção do profissional de educação física na atenção primaria à saúde e os desafios em sua formação. **Revista Interface**, Botucatu, v.17, n.47, p.885-899, out./dez. 2013.

FERNANDES, André. **A prática da ginástica localizada.**2. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2004.

FERRAZ, A. F.; PEIXOTO, M. R. B. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos.**Rev.esc.enf..** São Paulo, p. 316-338. ago. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341997000200012&script=sci\_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 25 mar. 2014.

FLORINDO, A. A. Núcleos de apoio à saúde da família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos onde estamos e para onde vamos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, 2009; v. 14, cap. 2, p.72-73. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/758/767>. Acesso em: 6 mar. 2015.

FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. de; GOMES, I. M. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. **Trabalho, educação e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz**,** vol. 10, n. 3, p. 367-386., 2012.

GÁSPARI, J. C.; SCHWARTZ, G. M. **O idoso e a ressignificação emocional do lazer. Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa.** Brasília, p. 69-76. jan. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n1/a10v21n1.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.**5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família.**Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, cap. 1, Jun.  2010 .   Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232010000700062&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mar.  2015.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual da metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LAZZAROTTI FILHO, A. *et al.* O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da Educação Física. **Movimento**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 11-29, jan./mar. 2010.

MARCELLINO, N. C. **Estudos do lazer**. Autores Associados, 1996.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.

MINAYO, M. C. de S. Pós-graduação em Saúde Coletiva de 1997 a 2007: desafios, avanços e tendências. **Revista** **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, 2010.

MONTEIRO, M. de F.; SOBRAL FILHO, D. C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 10, n. 6, p. 513-516, 2004.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

PASQUIM, H. M. A saúde coletiva nos cursos de graduação em Educação Física.**Revista Saúde e Sociedade.**  São Paulo, v. 19, n. 1, Mar.  2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104-12902010000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:  17 mar.  2015.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.

REZENDE, D. L. M.; LIMA, M. L. F. A inclusão do professor de educação física no NASF – Programa de Apoio à Saúde da Família – A verdadeira inserção deste profissional no NASF – PB. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Curso de Especialização em Saúde da Família), Faculdades Integradas de Patos, Patos – PB, 2009. Disponível em: <http://www.copacabanarunners.net/nasf.html> Acesso em: 6 mar. 2015

RODRIGUES, J. D. *et al*. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 1, p. 05-15, Jan. 2013.

SCABAR, T. G; PELICIONI, A. F; PELICIONI, M. C. F. 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. **J Health Sci Inst**, v. 30, n. 4, p. 411-8, 2012.

SILVA, A. M. *et al.* Corpo e experiência: para pensar as práticas corporais. *In*: FALCÃO, J. C.; SARAIVA, M. do C. (Org.). **Práticas Corporais no contexto contemporâneo:**(In)Tensas Experiências. Florianópolis: Copiart, 2009.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004.

1. \* Acadêmico de Educação Física bacharel na Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

   *e-mail*: bruno.weber@msn.com [↑](#footnote-ref-1)
2. \*\* Acadêmico de Educação Física bacharel na Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

   *e-mail*: netoitapema@yahoo.com.br [↑](#footnote-ref-2)
3. É importante frisar que o ‘exercício físico’ é uma prática corporal, entendida por uma sistematização elaborada dos movimentos corpóreos, dentro de uma frequência (contínua e/ou alternada), visando objetivos delineados. (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004). [↑](#footnote-ref-3)