

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE FOZ DO
IGUAÇU CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA –
MESTRADO**

Juliana Ribeiro Falcão Cavalcanti

**Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva do cuidado
ampliado em saúde em um município de fronteira**

Foz do Iguaçu

2025

JULIANA RIBEIRO FALCÃO CAVALCANTI

**Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva do cuidado
ampliado em saúde em um município de fronteira**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

Orientador: Dr. Lucinar J. Forner Flores

Coorientadora: Dra. Rosane M. M. da Silva

Foz do Iguaçu

2025

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Falcão Cavalcanti, Juliana Ribeiro

Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva do cuidado ampliado em saúde em um município de fronteira / Juliana Ribeiro Falcão Cavalcanti; orientadora Lucinar Jupir Forner Flores; coorientadora Rosane Meire Munhak da Silva. -- Foz do Iguaçu, 2025.

107 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz do Iguaçu) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2025.

1. Saúde Pública. 2. Atividades Físicas. 3. Cuidado Ampliado. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Forner Flores, Lucinar Jupir, orient. II. Munhak da Silva, Rosane Meire, coorient. III. Título.

FALCÃO, J. R. C. **Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva do cuidado ampliado em saúde em um município de fronteira.** 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Lucinar Jupir Forner Flores. Foz do Iguaçu, 2025. JULIANA RIBEIRO FALCÃO CAVALCANTI.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Lucinar Jupir Forner Flores

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE

Julgamento:  Documento assinado digitalmente
LUCINAR JUPIR FORNER FLORES
Data: 10/11/2025 14:57:55-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Rosane Meire Munhak da Silva

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE

Julgamento:  Documento assinado digitalmente
ROSANE MEIRE MUNHAK DA SILVA
Data: 10/11/2025 15:29:30-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Carmen Justina Gamarra

Instituição: Universidade da Integração Latino-Americana – UNILA

Julgamento:  Documento assinado digitalmente
CARMEN JUSTINA GAMARRA
Data: 10/11/2025 16:36:24-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Marcos Augusto Moraes Arcoverde

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE

Julgamento:  Documento assinado digitalmente
MARCOS AUGUSTO MORAES ARCOVERDE
Data: 10/11/2025 16:57:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

DEDICATÓRIA

À Deus, toda honra, toda glória e todo louvor. Tudo é por Ele, por meio Dele e para Ele, meu melhor amigo Jesus. Aos meus pais Almir e Ruthmir, que sempre me incentivaram a ser a melhor versão de mim. Ao meu esposo e companheiro Vanildo Neto, que sempre esteve ao meu lado nos dias bons e nos dias ruins, apoiando, sendo paciente, torcendo e aconselhando diante dos momentos de fragilidade. Aos meus filhos e amores da minha vida Lucas e Luiza, tão jovens e que me ensinam tanto a cada dia, com compaixão, amor, amizade, inteligência e uma maturidade que me impressiona. Ao meu irmão e cunhada Caio e Lívia, vocês sempre foram inspiração para mim, tenho admiração pelos profissionais que são. Aos meus sobrinhos Luana, Larissa, Ester e Isaac e ao meu afilhado Théo, amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir alcançar essa etapa da minha vida que foi sonhada lá trás em 2011, naquela época não foi da vontade do Pai que se tornasse real, mas como Sua vontade é boa, perfeita e agradável, foi no tempo em que Ele preparou, me capacitando e me sustentando em todo caminhar.

Agradeço ao meu esposo Vanildo Neto, e aos meus filhos Lucas e Luiza, pela paciência e lealdade. Somos uma família, e também uma equipe, um time, no qual uns sustentam os outros, amo vocês.

Agradeço a minha sempre coordenadora e orientadora Emannelly Lemos, por toda a ajuda na construção do projeto, pela disponibilidade em ler o projeto, corrigir e contribuir de forma valiosa, em seu período de licença maternidade, entre uma mamada e outra, um soninho e outro do pequeno João, jamais conseguirei retribuir.

Ao professor Lucinar que aceitou o desafio desse projeto, mesmo trabalhando com pesquisa quantitativa, saiu da sua zona de conforto, foi paciente, ponderado e cedeu para me ajudar, minha eterna gratidão.

À professora Rosane, sempre querida, o trabalho ficou muito melhor do que eu imaginei, o referencial teórico-metodológico tem uma história e você soube captar exatamente o que eu queria com esse trabalho, sem sua imensa contribuição eu não teria conseguido. Obrigada pela disponibilidade, por ter me aceitado com o projeto em andamento, por acreditar que eu seria capaz.

A todos os professores do PPGSPRF, por compartilharem sua sabedoria, ampliando nosso olhar em relação à saúde pública, vocês foram fundamentais para o amadurecimento do projeto.

Aos colaboradores do programa por sempre estarem disponíveis para tornarem a burocracia simples e acessível, obrigada por tanto.

Aos participantes da pesquisa, por disponibilizarem um pouco do seu tempo para enriquecerem a pesquisa. Meu sincero agradecimento.

E por fim, à melhor turma de mestrado, vocês são os melhores, sempre solícitos em ajudar, disponíveis para sanar qualquer dúvida, gentis e acima de tudo companheiros. Obrigada meus amigos.

EPÍGRAFE

"Se a atividade física fosse uma droga, nos referiríamos a ela como uma cura milagrosa, devido às muitas doenças que ela pode prevenir e ajudar a tratar (DIRETRIZES DE ATIVIDADE FÍSICA DOS DIRETORES MÉDICOS DO REINO UNIDO, 2019)."

“Se quiser saber como eram seus pensamentos no passado, olhe para seu corpo hoje. Se quiser saber como será seu corpo no futuro, olhe para seus pensamentos hoje (DEEPAK, 2013)”.

RESUMO

FALCÃO, J. R. C. **Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva do cuidado ampliado em saúde em um município de fronteira.** 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Lucinar Jupir Forner Fores. Foz do Iguaçu, 2025.

A inserção das práticas corporais e atividades físicas na Atenção Primária à Saúde contribuem com o desenvolvimento do cuidado integral, promove um estilo de vida saudável, colabora para a construção de alternativas e perspectivas no processo terapêutico. Em regiões de fronteira, medidas de promoção da saúde, autocuidado e educação em saúde encontram-se fragilizadas pela realidade do modelo assistencial voltado para as condições agudas, prejudicando o desenvolvimento do cuidado ampliado. O objetivo da pesquisa foi apreender as ações e a importância das práticas corporais e atividades físicas para o cuidado ampliado em saúde em um município de fronteira do Oeste do Paraná. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, fundamentada no referencial teórico-metodológico do Paradigma da Complexidade de Edgar Morin, amparada pelos princípios dialógico, recursivo e hologramático. Foram entrevistados 19 profissionais das unidades da Atenção Primária à Saúde, cinco gestores e 12 usuárias da rede de atenção do município, guiado por um roteiro de perguntas semiestruturado. Os dados foram analisados por Análise Temática. Os resultados foram organizados em duas categorias temáticas principais: A complexidade para inserção de práticas corporais e atividades físicas nas redes de atenção à saúde, e Ações de práticas corporais e atividades físicas no território de fronteira: uma realidade dialética, que culminaram em subtemas que mostraram detalhadamente as ações e a importância das práticas corporais e atividades físicas para o cuidado ampliado. Foi identificada a fragmentação do cuidado e a fragilidade nos processos de trabalho, resultando na subutilização das práticas corporais e atividades físicas no território de saúde, no entanto, os usuários que participaram dos grupos oferecidos desvelaram desfechos favoráveis em relação à saúde física e mental, posicionando-os no centro do cuidado, de forma que o todo (cuidado) repercutiu positivamente sobre as partes (saúde). Conclui-se, portanto, a relevância de um olhar ampliado sobre o todo, com estruturação dos processos de trabalho e capacitações, visto a necessidade de atualizar os profissionais de saúde sobre os fluxos da rede, encaminhamentos, referência e contrarreferência, somado a urgência em promover saúde, desenvolver ações intersetoriais e fortalecer a continuidade do cuidado por meio das práticas corporais e atividades físicas.

Palavras-chave: Atividades físicas, Territorialidade, Atenção Primária à saúde, Profissionais de saúde.

ABSTRACT

FALCÃO, J. R. C. **Body practices and physical activities from the perspective of comprehensive health care in a border municipality.** 107 f. Dissertation (Master's in Public Health in Border Region) - State University of Western Paraná. Supervisor: Lucinar Jupir Forner Flores. Foz do Iguaçu, 2025.

The integration of body practices and physical activities into Primary Health Care contributes to the development of comprehensive care, promotes a healthy lifestyle, and supports the construction of alternative therapeutic pathways and perspectives. In border regions, health promotion, self-care, and health education measures are often weakened by a care model focused on acute conditions, which hinders the development of comprehensive health care. This study aimed to understand the actions and the significance of body practices and physical activities for comprehensive health care in a border municipality in western Paraná. It is an exploratory, qualitative study grounded in Edgar Morin's theoretical-methodological framework of the Paradigm of Complexity, supported by the dialogical, recursive, and hologrammatic principles. Participants included 19 professionals from Primary Health Care units, five managers, and 12 female users of the municipal health care network, interviewed using a semi-structured questionnaire. Data were analyzed through Thematic Analysis. The results were organized into two main thematic categories: "The complexity of incorporating body practices and physical activities into health care networks" and "Body practices and physical activities in the border territory: a dialectical reality." These categories unfolded into subthemes that detailed the actions and the importance of body practices and physical activities for comprehensive care. The study identified fragmented care and weaknesses in work processes, leading to the underuse of body practices and physical activities in the health territory. However, users who participated in the offered groups reported favorable outcomes in both physical and mental health, placing themselves at the center of care. Thus, the whole (care) positively influenced its parts (health). In conclusion, the findings highlight the relevance of adopting a broader perspective of care, restructuring work processes, and providing professional training, given the need to update health professionals on care network flows, referrals, and counter-referrals. Moreover, it underscores the urgency of promoting health, developing intersectoral actions, and strengthening continuity of care through body practices and physical activities.

Keywords: Physical Activities, Territoriality, Primary Health Care, Health Professionals

RESUMEN

FALCÃO, J. R. C. **Prácticas corporales y actividades físicas desde la perspectiva del cuidado ampliado en salud en un municipio fronterizo**. 107 f. Dissertación (Maestría en Salud Pública en Región de Frontera) – Universidad Estatal del Oeste de Paraná. Líder: Lucinar Jupir Forner Flores. Foz do Iguaçu, 2025.

La incorporación de las prácticas corporales y actividades físicas en la Atención Primaria de la Salud contribuye al desarrollo del cuidado integral, promueve un estilo de vida saludable y colabora en la construcción de alternativas y perspectivas dentro del proceso terapéutico. En las regiones fronterizas, las acciones de promoción de la salud, el autocuidado y la educación en salud se encuentran debilitadas debido a la prevalencia de un modelo asistencial centrado en las condiciones agudas, lo que dificulta el desarrollo de un cuidado ampliado. El objetivo de esta investigación fue comprender las acciones y la importancia de las prácticas corporales y actividades físicas para el cuidado ampliado en salud en un municipio fronterizo del oeste de Paraná. Se trata de una investigación exploratoria, con enfoque cualitativo, fundamentada en el referencial teórico-metodológico del Paradigma de la Complejidad de Edgar Morin y sustentada en los principios dialógico, recursivo y hologramático. Se entrevistó a 19 profesionales de las unidades de Atención Primaria de la Salud, a cinco gestores y a 12 usuarias de la red de atención del municipio, guiados por un guion de preguntas semiestructurado. Los datos fueron analizados mediante el método de Análisis Temático. Los resultados se organizaron en dos categorías temáticas principales: “La complejidad de la inserción de las prácticas corporales y actividades físicas en las redes de atención a la salud” y “Acciones de prácticas corporales y actividades físicas en el territorio fronterizo: una realidad dialéctica”, de las cuales derivaron subtemas que mostraron detalladamente las acciones y la relevancia de las prácticas corporales y actividades físicas para el cuidado ampliado. Se identificó la fragmentación del cuidado y la fragilidad en los procesos de trabajo, lo que resultó en la subutilización de las prácticas corporales y actividades físicas en el territorio de salud. Sin embargo, los usuarios que participaron en los grupos ofrecidos revelaron resultados favorables en relación con la salud física y mental, situándolos en el centro del cuidado, de modo que el todo (el cuidado) repercutió positivamente en las partes (la salud). Se concluye, por tanto, la relevancia de una mirada ampliada sobre el todo, con la estructuración de los procesos de trabajo y la implementación de capacitaciones, dada la necesidad de actualizar a los profesionales de la salud sobre los flujos de la red, las derivaciones, la referencia y la contrarreferencia. A ello se suma la urgencia de promover la salud, desarrollar acciones intersectoriales y fortalecer la continuidad del cuidado por medio de las prácticas corporales y actividades físicas.

Palabras clave: Actividades físicas, Territorialidad, Atención Primaria de la Salud, Profesionales de la salud.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ATP	Adenosina Trifosfato
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CCI	Centro de Convivência do Idoso
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DS	Distrito Sanitário
eMulti	Equipe Multidisciplinar
eSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PAS	Programa Academia da Saúde
PCAF	Práticas Corporais e Atividades Físicas
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas
SISAB	Sistema de Informações em Saúde para Atenção Básica
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DAS ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Caracterização dos participantes profissionais e gestores e seu perfil sociodemográfico. Foz do Iguaçu, Brasil, 2024.....	33
Figura 2	Caracterização dos participantes usuários e seu perfil sócio demográfico. Foz do Iguaçu, Brasil, 2024.....	34
Figura 3	Distribuição no território, dos dispositivos participantes. Foz do Iguaçu, Brasil, 2024.....	35
Figura 4	Fragmento do mapa construído durante a etapa de pré-análise. Foz do Iguaçu, Brasil, 2024.....	39
Figura 5	Fragmento do mapa construído durante a etapa de exploração do material. Foz do Iguaçu, Brasil, 2024.....	39
Figura 6	Síntese dos resultados encontrados. Foz do Iguaçu, Brasil, 2025.....	41

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. JUSTIFICATIVA	17
3. OBJETIVOS	19
3.1. Objetivo Geral	19
3.2. Objetivos Específicos	19
4. REVISÃO DE LITERATURA	20
4.1 O cuidado ampliado	20
4.2. As práticas corporais e atividades físicas	21
4.3. Vulnerabilidades territoriais, saúde mental e as práticas corporais e atividades físicas... 23	
4.4. Práticas corporais e atividades físicas e doenças crônicas neuroendócrinas	27
4.4.1. Doenças neuroendócrinas e a influência no sistema circulatório	29
5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	32
5.1. Tipo de estudo	32
5.2. Referencial teórico-metodológico: Paradigma da Complexidade de Edgar Morin.....	32
5.3. Local da pesquisa	34
5.4. Participantes do Estudo	35
5.4.1 Caracterização dos participantes	36
5.5 Coleta de Dados	40
5.6. Instrumentos de Coleta.....	41
5.7. Análise dos Dados.....	41
5.8. Aspectos éticos.....	43
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
ARTIGO I	46
ARTIGO II	64
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
10. REFERÊNCIAS	91
APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	99
APÊNDICE II - ROTEIRO DE ENTREVISTAS PROFISSIONAIS E GESTORES	101
APÊNDICE III – ROTEIRO PARA ENTREVISTA – USUÁRIOS.....	103
ANEXO A – Autorização Secretaria Municipal de Saúde.....	104
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	106

1. INTRODUÇÃO

Cada território possui singularidades e dinâmicas sociais inerentes a sua região específica, portanto, são necessárias estratégias para envolver as complexidades das ações/intervenções em saúde (Calistro *et al.*, 2021). Por meio do território, podem-se desvelar as condições de vida das pessoas, conforme a distribuição de indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais (Faria; Paiva, 2019).

Inúmeros movimentos políticos-institucionais foram responsáveis pela territorialização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. No período de 2006 a 2014, adotou-se o modelo de municipalização-regionalização-redes de atenção, como define Faria (2020), na qual a Estratégia Saúde da Família (ESF), tornou-se a principal porta de entrada e ordenadora do cuidado nas redes de saúde.

É nesse contexto, que as discussões sobre a inserção das Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF) nas políticas públicas de saúde ganham espaço, com a consolidação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006, buscando enfrentar os desafios para a promoção da saúde, bem com fomentar práticas sanitárias saudáveis (Brasil, 2018).

A ESF, como porta de entrada do cuidado em saúde, sustenta a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e se fundamenta na construção de vínculos, reconhecendo as necessidades dos usuários do seu território de referência, a equipe saúde da família (eSF), deve ser composta minimamente por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Contudo, outros profissionais também podem compor a eSF, tendo em vista o tamanho e vulnerabilidades apresentadas pelas famílias daquele território (Brasil, 2012; Mendonça *et al.*, 2023).

O território como um espaço social e cultural que dialoga com os serviços de saúde a nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que afloram de um plano mais geral (Brasil, 2017).

Ao analisar essa característica do território, no qual cita uma população específica, depara-se com a realidade de Foz do Iguaçu, município situado no Oeste do Paraná e que possui um contexto geográfico, político, econômico, cultural e social singular (Haum; Carvalho, 2021) por compor a tríplice fronteira Brasil/Paraguai/Argentina.

Pelo seu fluxo sócio histórico, turístico e comercial, produz uma territorialidade dinâmica, inespecífica e complexa, à medida que as relações transcendem a mobilidade local, e ultrapassam as barreiras nacionais, ao ponto de promover além de integrações, conflitos, sobretudo quando se trata do direito à saúde. Se a dificuldade de acesso à saúde em território nacional já é reconhecida, em região de fronteira esse acesso se revela ainda mais complexo (Arenhart *et al.*, 2022).

A universalidade do acesso, esbarra nas desigualdades demonstradas em indicadores sociodemográficos e sanitários da população que reside nessas áreas (Haum; Carvalho, 2021). Foz do Iguaçu possui uma população superior a 280 mil habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022), porém, estima-se, que aproximadamente 40 mil pessoas que não estão contempladas nessa estatística, sejam atendidas pelos serviços de saúde (Haum; Carvalho, 2021).

Nesse cenário, há sobrecarga nos serviços de saúde brasileiro, devido à facilidade do fluxo transfronteiriço, além de altos déficits nas contas públicas do município e falta de profissionais frente à alta demanda. A população migrante busca no Brasil o atendimento pelo SUS, pela dificuldade de acesso público em seu país de origem, causando uma ausência de programas de promoção da saúde nas regiões de fronteira brasileira (Hortelan *et al.*, 2019).

Sob esta perspectiva, se confirma a ausência de estratégias como o Programa Academia da Saúde (PAS), lançado em 2011, que potencializa as ações de cuidado individual e coletivo, que se configura numa importante ferramenta de promoção da saúde por meio das PCAF, culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais (Brasil, 2013).

Segundo Silva, Prates e Malta (2021), as PCAF podem impactar positivamente os indicadores de saúde dos usuários, proporcionando o conhecimento da população sobre a importância e valorização dos hábitos saudáveis, criando e mantendo ambientes que favorecem os direitos da população, por permitirem o acesso equitativo a lugares e espaços para as PCAF nos municípios e comunidades.

Estima-se que, do gasto com pacientes hospitalizados por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), 30% estão relacionados à inatividade física (Liu, 2022; Santos *et al.*, 2022), o que corrobora a ideia de que as PCAF precisam ser oferecidas em todo território de saúde, possibilitando a escolha por parte dos usuários do SUS.

É difícil dissociar o termo saúde ou promoção da saúde, do movimento corporal (Blair; Powel, 1994), tanto em relação à saúde física, como em relação à saúde psicológica, emocional ou a saúde social. Nesse contexto, pensa-se em pessoas compartilhando momentos em movimento, dançando, correndo, pedalando, desfrutando de atividades ao ar livre, famílias brincando, jogando, praticando esportes, em territórios que permitam o acesso aos hábitos saudáveis sobrepondo-se ao cuidado centrado na doença.

A qualidade do cuidado está diretamente ligada aos seus atributos essenciais, o qual compreende uma oferta de prestação de serviços, pela APS, resolutiva e coerente com as necessidades da população no que diz respeito à continuidade da atenção, com o objetivo de oferecer estratégias eficazes para autonomia do protagonismo terapêutico, por meio de grupos de PCAF (Signor *et al.*, 2022).

2. JUSTIFICATIVA

A incidência da inatividade física e do sedentarismo é de 27,5% entre os adultos, e 81% entre os adolescentes (Bull *et al.*, 2020). Revela uma lacuna na implementação de políticas públicas que ofereçam o acesso às atividades físicas em todo território de saúde, sobretudo na participação de grupos com deficiência, gestantes, níveis socioeconômicos mais baixos e vivendo em regiões geográficas mais vulneráveis (Bull *et al.*, 2020). Desse modo, torna-se imperioso permitir que a população se envolva em grupos de promoção de PCAF em busca do autocuidado e promoção do bem-estar físico, mental e social.

Ressalta-se que, a inatividade física é a quarta principal causa global de morte, e um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT, além da associação com anormalidades endócrinas (Kerr; Booth, 2022).

A produção do cuidado por meio das PCAF, possui um contexto amplo e complexo, por estar envolto numa quebra de paradigmas, no qual o cuidado e o processo saúde-doença são compreendidos de forma geral pelo modelo biomédico e medicamentoso. Assim, atividades físicas englobam benefícios e desafios sociais e culturais relacionados ao desenvolvimento humano (Carvalho, 2020).

É preciso considerar que, o processo saúde-doença não acontece de maneira separada dos aspectos da vida e comportamentos de um indivíduo ou de uma sociedade, visto que, faz parte de todo um contexto sociocultural. Devido a isso, torna-se necessário compreender a percepção dos profissionais de saúde, mas também de seus usuários, sobre suas práticas, experiências e expectativas capazes de ampliar o cuidado. Nesse contexto, é incluída a sucessão de decisões e acordos entre indivíduos e grupos com diferentes interpretações e escolhas, sobre a promoção da saúde e prevenção de agravos, ou seja, um intenso movimento entre o todo e as partes (Morin, 2015).

Somado a isso, o cenário do presente estudo, Foz do Iguaçu, faz fronteira com a cidade de Porto Iguaçu, na Argentina e com Cidade do Leste, no Paraguai, formando assim a tríplice fronteira. Essa configuração territorial ocasiona uma constante mobilidade populacional exagerada, que pode influenciar nas identidades socioculturais no cotidiano dos indivíduos (Souza, 2019; Feitosa, 2020).

Sendo assim, a amplitude das questões de migração, a falta de acesso às políticas públicas de saúde ocasionada pela elevada mobilidade transfronteiriça, a ocupação desordenada do espaço e a condição de vida vulnerável de determinados grupos, fatores

característicos da região, de certo modo, podem levar a uma desordem, necessitando de um novo dimensionamento, ou seja, desordens que se organizam (Morin, 2015; Feitosa, 2020).

Com base nessas considerações, no contexto geográfico e social do município de Foz do Iguaçu, e na falta do profissional de educação física nas redes de atenção à saúde deste território, surgem os seguintes questionamentos: As PCAF são percebidas e inseridas como ações para o cuidado ampliado em saúde? Como acontecem essas ações em um município de fronteira? Assim, o estudo se justifica por compreender que esses territórios se “tecem” e se “entrelaçam” entre as dimensões guiadas para um objetivo em comum, o Cuidado Ampliado em Saúde (Morin, 2015).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Apreender as ações e a importância das PCAF para o cuidado ampliado em saúde em um município de fronteira do Oeste do Paraná.

3.2. Objetivos Específicos

- Descrever se acontecem e como acontecem os encaminhamentos dos usuários do SUS para as PCAF;
- Compreender como os profissionais de saúde percebem o cuidado em saúde por meio das PCAF;
- Identificar as ações de Educação Permanente como forma de inserir conteúdos de PCAF na rotina do serviço;
- Analisar desafios e potencialidades na operacionalização das PCAF na perspectiva do cuidado ampliado em saúde.

4. REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura aborda o contexto do cuidado ampliado em saúde por meio das PCAF, considerando os prejuízos da inatividade física para a saúde, com destaque para as DCNT e a fragilidade da rede de atenção à saúde em territórios de maior vulnerabilidade, como é o caso de Foz do Iguaçu, por fazer parte de um território de fronteira internacional.

Argumenta-se sobre a complexidade do cuidado ampliado em saúde, sobrepondo-se à fragmentação proposta pelo modelo biomédico vigente e a hegemonia do conceito de cuidado disseminado, há uma dialógica complementar em que, o cuidado com a saúde pode anteceder a doença ou mesmo permitir estratégias para melhorar a qualidade de vida no quadro de adoecimento, ao considerar o equilíbrio homeostático causado pela atividade física.

4.1 O cuidado ampliado

O cuidado integral ou ampliado em saúde é construído pela continuidade da atenção, no qual são promovidas ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos, desenvolvido por uma gestão qualificada (Brasil, 2017).

Para além das tecnologias duras (os instrumentos de trabalho) e leves-duras (o saber técnico estruturado), o cuidado ampliado em saúde precisa se aproximar das tecnologias leves, a qual envolve as relações entre os sujeitos, os vínculos construídos, as necessidades dos usuários e das comunidades, que irão impactar nas rotinas e nos modos de vida (Mehry; Franco, 2003).

A oferta de cuidado deve superar o olhar do adoecimento, fazendo-se importante que as necessidades de saúde sejam abordadas em uma perspectiva ampliada (Carvalho; Akerman; Cohen, 2023). O cuidado fragmentado dilui o essencial, e para Morin (2013), a complexidade dos componentes que constituem o todo como os fatores econômicos, políticos, psicológico, afetivos, são inseparáveis, interativos e inter-retroativos entre as partes e o todo, o todo e as partes.

Nesse sentido, as mudanças no estilo de vida e a atividade física, se estabelecem como recomendações comuns a todas as diretrizes dos principais órgãos de saúde para o

cuidado das DCNT. Superando a fragmentação das especialidades no cuidado às doenças que afetam os principais órgãos-alvo. A atividade física se torna uma estratégia de cuidado ampliado, pois possibilita que o cuidado do todo beneficie as partes, assim como, o cuidado das partes beneficie o todo.

Nesta ótica, torna-se imperioso aos profissionais e gestores que são responsáveis por gerir a saúde em determinado território, estruturar a prática do cuidado, e por meio de sua liderança, reorientar os serviços, as políticas e as ações de saúde, abstendo-se de simplificar a mudança de comportamento, já que apenas recomendações sobre mudanças de hábitos não são factíveis. Aos serviços de saúde cabe entender a complexidade que está envolta na mudança de comportamentos e oferecer no território de saúde, acesso aos grupos de PCAF como perspectiva do cuidado ampliado (Morin, 2013; Carvalho; Akermam; Cohen, 2023).

4.2. As práticas corporais e atividades físicas

Os efeitos da inatividade física em todo mundo vem sendo tema de diversas pesquisas (Brasil, 2011; Ding *et al.*, 2016; Liu *et al.*, 2022; World Health Organization, 2022). Esses estudos apontam os prejuízos da inatividade física para a saúde individual e coletiva.

Mais de três milhões de mortes em todo o mundo estão associadas às causas de doenças coronarianas, diabetes, cânceres, doenças cerebrovasculares, entre outras. A atividade física como uma condição de escolha, realizada no tempo de lazer, além de promover saúde, prevenir condições crônicas e ser uma importante estratégia na reabilitação de doenças já instaladas, ainda se torna eficiente no combate a depressão e ansiedade (World Health Organization, 2020; Kamal *et al.*, 2021; Mohamed, 2022).

O novo e ampliado conceito sobre atividade física (Piggin, 2020, p. 5), a define como, “atividade física envolve pessoas que se movem, agem e atuam dentro de espaços e contextos culturalmente específicos, e influenciadas por uma variedade única de interesses, emoções, ideias, instruções e relacionamentos”.

Esta nova definição prioriza o indivíduo se movendo e se relacionando, com ênfase em suas experiências, se aproximando com a proposta da inserção das PCAF na ESF, que sugere que as práticas corporais contribuem com o desenvolvimento do

cuidado integral, promove um estilo de vida saudável, valoriza os espaços públicos de lazer e colabora para a construção de alternativas e perspectivas no processo terapêutico (Brasil, 2013).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) atualizada em 2017, buscou aperfeiçoar e qualificar a APS, evidenciando explicitamente as práticas de cuidado e de gestão, além de atribuir maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal. As necessidades de saúde da população devem ser atendidas de forma territorializada e oportuna (Melo *et al.*, 2018; Nicolau; Farias; Palos, 2021).

Com o objetivo de aumentar os níveis de atividade física da população e assim melhorar a qualidade de vida e a promoção da saúde, as PCAF na atenção primária materializam o cuidado (Silva; Prates; Malta, 2021), centrado no usuário e no ambiente que o cerca, constituindo uma estratégia eficaz para promover uma melhoria na qualidade de vida no qual extrapola o modelo biomédico.

A inatividade física é um forte fator de risco para as DCNT. Há uma correlação negativa entre as PCAF e a redução de indicadores por DCNT e riscos de morbimortalidade, ou seja, quanto mais ativo fisicamente for o indivíduo, menores os fatores de risco para as DCNT e para o risco de morbimortalidade, o qual fornece justificativas para priorizar o acesso à prática corporal regular na rede de atenção à saúde. (Carvalho; Pinto; Knuth, 2020; Liu *et al.*, 2022).

Os principais desafios relacionados às DCNT estão principalmente vinculados ao estilo de vida e o ambiente no qual as pessoas estão inseridas. Relacionado às questões de saúde e a todos os aspectos que interferem em sua condição individual e coletiva, foi formulada em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986, p. 04), o “conceito ampliado de saúde”, no qual considera que:

[...] a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso e serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

A saúde não pode ser mais entendida sob a perspectiva da queixa-conduta, através da assistência curativista, biologicista, reducionista, fragmentando o corpo, através de práticas compartimentalizadas. As PCAF, inseridas no território, desenvolvem laços e vínculos, que permite ao usuário do sistema de saúde se expressar, ser o protagonista do seu processo terapêutico (Mehry; Feuerwerker, 2016) e por meio do cuidado integral, se configura como a busca por transformar em ações, as

necessidades objetivas e subjetivas do sujeito em seu contexto social (Santos; Mishima; Mehry, 2016).

Portanto, torna-se necessário oportunizar o acesso às PCAF, alicerçada sobre os princípios do SUS, no qual seja evidenciado a equidade desse acesso (Knuth *et al.*, 2021). De acordo com o relatório nacional de desenvolvimento humano do Brasil, realizado pelo Programa das Nações Unidas (PNUD, 2017), níveis mais altos de práticas de atividades físicas estão associados a ser jovem, homem, branco, de alto nível socioeconômico e alto grau de instrução, evidenciando que as iniquidades em saúde também se aplicam à atividade física (Wehrmeister; Wendt; Sardinha, 2020).

Existe um reconhecimento global de que a atividade física melhora a qualidade da saúde individual e coletiva. O aumento nos níveis de atividades físicas pode contribuir diretamente para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas para 2030, reduzindo a mortalidade prematura por DCNT (World Health Organization, 2020; Katzmarzyk *et al.*, 2021; Santos; Willumsen; MEHEUS, 2022).

Dentre as doenças crônicas associadas à inatividade física, destaca-se: doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, vários tipos de câncer (bexiga, mama, cólon, endométrio, esôfago gástrico, renal), doença de Parkinson, Alzheimer e depressão (World Health Organization, 2020; Katzmarzyk *et al.*, 2021; Santos; Willumsen; Meheus, 2022).

Partindo do princípio de que os grupos de PCAF, na perspectiva do cuidado ampliado em saúde, facilitam a adesão dos indivíduos com baixo nível socioeconômico, idosos, donas de casa e pessoas em situação de vulnerabilidade social, é que se faz necessário as políticas públicas fortalecerem e ampliem o acesso às PCAF, para além de projetos e programas vinculados às Secretarias Municipais de Esporte e Lazer (Pnud, 2017; Oliveira; Evedove; Loch, 2023).

4.3. Vulnerabilidades territoriais, saúde mental e as práticas corporais e atividades físicas

A vulnerabilidade é um fenômeno social que causa limitações e desvantagens na qualidade da vida, seu objeto de estudo, entretanto, deve possibilitar a construção de políticas regionalizadas a fim de contribuir com o desenvolvimento social dos territórios nacional e subnacionais. Desequilíbrios estruturais como aspectos econômicos, sociais,

políticos, culturais e ambientais, representam de forma analítica o termo vulnerabilidade social, no qual os grupos populacionais se deparam com situações de pobreza, subempregos, falta de acesso à saúde pública e baixo nível educacional (Avila-Vera; Rangel-Blanco; Picazzo-Palencia, 2020).

Ao olhar às dimensões da vulnerabilidade – individual, social e programática, necessita-se, além das discussões antropológicas sobre o contexto social da vulnerabilidade territorial, uma resposta prática que preencha as lacunas mais evidentes em relação ao gênero, classe social, raça, faixa etária e problemas de saúde. Neste espaço, as PCAF, se materializam como cuidado, consideram os aspectos afetivos, emocionais, sociais e contextuais, o que permitirá o êxito na continuidade das ações de saúde (Ayres, 2022).

Estudo publicado em 2022, sobre vulnerabilidade dos adolescentes na fronteira Brasil, Paraguai, Argentina reconhece a influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença nessa região, e sugere como estratégia para diminuir essa vulnerabilidade, o aumento nos níveis de atividades físicas como um fator de proteção social e psicológico, além da percepção da saúde e imagem corporal (Côrrea *et al.*, 2022).

De acordo com os autores, o fato desses adolescentes viverem em região de fronteira, favorece o desenvolvimento de comportamentos que os expõem a alta vulnerabilidade em saúde. Além disso, os autores propõem o fortalecimento de programas públicos que aprimorem o repertório de habilidades sociais e a redução de ansiedade, sendo considerados esforços entre gestores, profissionais, pesquisadores, adolescentes e a comunidade para planejar esses programas, com o intuito de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar desses adolescentes (Côrrea *et al.*, 2022).

Esse estudo, se assemelha a outro conduzido numa região transfronteiriça, que compara problemas de saúde mental e comportamento entre estudantes universitários na Irlanda do Norte e República da Irlanda, que possuem sistemas de educação e saúde distintos. Essa pesquisa identificou taxas alarmantes de sintomas depressivos e ideação suicida, visto que, um em cada três jovens, relatou transtornos de saúde mental, demonstrando que nessa região os transtornos de ansiedade e depressivos são muito altos em relação a outras regiões (Ward *et al.*, 2022).

O comportamento sedentário está diretamente associado ao risco de depressão, que tem seu início na adolescência. Além dos benefícios em relação à saúde física, a atividade física, torna-se uma importante estratégia de cuidado para reduzir o risco de

doença mental (Kandola *et al.*, 2020). Necessário destacar a importância de atividades leves, não apenas atividades esportivas ou de intensidade moderada a vigorosa, as atividades de intensidade leve, seriam mais propensas a uma continuidade e sustentabilidade durante a adolescência (Kandola *et al.*, 2020; Martins *et al.*, 2020).

Estudo de coorte longitudinal com grande amostra de base populacional, realizado no Reino Unido, identificou que maiores níveis de atividade física nas idades de 12 e 14 anos foi associada a um menor escore de depressão aos 18 anos, em contrapartida um aumento de 60 minutos/dia no comportamento sedentário foi associado a um escore de depressão mais alto aos 18 anos de idade. Este estudo ainda sugere que, intervenções focadas em atividades leves pode ser um método prático para reduzir o comportamento sedentário e o risco de depressão (Kandola *et al.*, 2020).

Sobre o cuidado e promoção da saúde para além do esporte, não se pretende desconsiderar os benefícios das atividades esportivas para todas as faixas etárias, porém é importante esclarecer que nem todos os jovens se identificam com práticas esportivas e competitivas (Martins *et al.*, 2020), que muitas vezes, excluem aqueles menos habilidosos, sendo talvez o motivo pelo qual alguns adultos permanecem inativos fisicamente.

Ainda se apoia a ideia de que a saúde mental, além das questões clínicas pode influenciar a saúde geral, já que o bem-estar mental desenvolve sentimentos de otimismo e confiança sobre si mesmo e influencia o autocuidado. Isto indica um ciclo em que, níveis mais altos de bem-estar mental, promovem uma maior busca pela atividade física, que por sua vez, leva a níveis mais altos de bem-estar mental, o contrário também se aplica (Román *et al.*, 2023).

É evidente que, intervenções precisam ser direcionadas a toda a população, para que esse ciclo virtuoso seja ampliado e alcançado, já que níveis aumentados de atividades físicas podem proteger a população contra doenças mentais e promover o bem-estar.

Certas regiões propiciam o aparecimento de tipos específicos de doenças devido seu contexto geográfico, existe uma grande associação entre exposição crônica a agrotóxicos e doenças como Parkinson, Alzheimer, Diabetes e câncer (Medeiros, 2020; Vasconcellos *et al.*, 2020; Islam, 2021). As doenças neurodegenerativas comprometem a qualidade de vida e a longevidade dos indivíduos, afetando a capacidade motora e as atividades de vida diária (Feustel *et al.*, 2020).

Tanto a doença de Parkinson como a doença de Alzheimer têm como resultado a perda dos neurônios dopaminérgicos, reduzindo o neurotransmissor dopamina, que afeta os padrões de descargas neurais, incidindo diretamente em padrões de movimentos (Vasconcellos *et al.*, 2020; Islam, 2021).

Estudo realizado junto ao Ambulatório de Neurologia do Hospital Universitário, localizado em um município de faixa de fronteira no Oeste do Paraná, analisou a exposição a agrotóxicos e a ocorrência de doença de Parkinson em 32 usuários do SUS. A maioria dos entrevistados trabalhava na agricultura, e afirmou ter sido exposto a agrotóxicos, alguns dos quais são proibidos no Brasil pela legislação vigente. Outros, mesmo que não tivessem sua atuação laboral na agricultura, residiram na área rural de 11 a 30 anos, sendo expostos a tais produtos (Vasconcellos *et al.*, 2020).

Um dos agrotóxicos utilizados nas plantações tem seu uso proibido desde 1985, trazendo à tona o uso clandestino de tais produtos (Vasconcellos *et al.*, 2020). Os tipos de cultivos mais relatados pelos participantes foram: Milho, Soja e Feijão.

Pela fronteira do Brasil com o Paraguai, há circulação de vários tipos de mercadorias, os Postos da Receita Federal de Foz do Iguaçu e Guaíra registraram 288 apreensões de agrotóxicos, entre os anos de 2013 a 2017, a maior circulação ilegal é o benzoato de emamectina, comum nas lavouras de soja nos municípios de faixa de fronteira (Lima, 2021).

Há uma facilidade no transporte dessas mercadorias por meio de caminhões, carros e motos, quando essa circulação envolve uma distribuição maior para outras regiões do país, há um maior controle fiscal. Os produtores rurais de pequeno porte, fazem uso desses produtos irregulares pela falta de impostos aplicados sobre o valor, tornando-os mais baratos, visto que, os agrotóxicos regularizados no Brasil precisam de comprovação da posse de tratores com cabine para sua aplicação (Lima, 2021).

A exposição a pesticidas causa uma disfunção mitocondrial, desenvolvendo de maneira precoce a doença de Parkinson, com aumento da taxa de mortalidade dos indivíduos e progressão dos sintomas motores e cognitivos (Loesch *et al.*, 2021). Os sintomas do parkinsonismo são: tremor de repouso, rigidez, bradicinesia (lentidão de movimento) e instabilidade postural, a perda do neurônio dopaminérgico ocasiona a depleção do neurotransmissor dopamina, afetando o sistema motor (Hauser; Hastings, 2013).

4.4. Práticas corporais e atividades físicas e doenças crônicas neuroendócrinas

A doença de Parkinson é incurável, e o número de indivíduos acometidos tem aumentado gradativamente, refletindo a demanda de serviços de saúde e tratamento contínuo, gerando maiores custos assistenciais para o SUS, sendo que, a maior parte dos óbitos por doença de Parkinson no Brasil acontece na região Sul. Desse modo, torna-se imprescindível um plano para assistência em torno do cuidado em saúde desses usuários (Vasconcellos; Rizzotto; Taglietti, 2023).

Estudo de coorte retrospectivo e observacional, analisou os efeitos da interação entre atividade física e níveis de exercício moderado a vigoroso em 237 pacientes, com doença de Parkinson precoce. O estudo revelou que, maiores níveis de atividade física regular, mantidos estão fortemente associados com a deterioração mais lenta de vários parâmetros clínicos em pacientes com doença de Parkinson, como distúrbio de marcha, instabilidade postural e atividades da vida diária (Tsukita; Tsukita; Takahashi, 2022).

No entanto, há um declínio gradual nos níveis de atividade física em pacientes com doença de Parkinson, sendo importante manter esses níveis para sustentar melhores resultados clínicos a longo prazo. Atividades como dança, esgrima, exercícios aeróbios em geral e ioga melhoram a função motora global, como: força, equilíbrio, flexibilidade, além de aliviar o comprometimento cognitivo e a depressão (Fan *et al.*, 2020; Tsukita; Tsukita; Takahashi, 2022).

Pesquisa de revisão publicada em 2020, identificou que, múltiplas atividades físicas melhoram os sintomas motores e não motores da doença de Parkinson (Fan *et al.*, 2020). A corrida melhora a marcha e a aptidão física, a dança regular pode ativar neurônios que conduzem ao controle motor, com aumento do fluxo sanguíneo no hipocampo, no córtex frontal, temporal e parietal, promove plasticidade neural o qual beneficia o equilíbrio, a mobilidade e a cognição. Além desses, o Tai Chi, a Yoga e outros tipos de atividades melhoram a força, diminui o risco de quedas, melhora a qualidade do sono e o humor, com significativa melhora do sistema nervoso (Fan *et al.*, 2020).

A referida pesquisa ainda acrescenta que, a atividade física moderada a vigorosa, tem um mecanismo protetor maior, em relação à atividade leve, nos usuários com doença de Parkinson. Outras doenças também são responsáveis por causar o comprometimento dos neurônios, dentre as quais está o diabetes, um dos principais desafios enfrentados pelo sistema público de saúde atualmente, além de causar um

grande impacto na vida e no bem-estar dos indivíduos, famílias e sociedades em todo o mundo (Nguyen *et al.*, 2020; Organização Pan-Americana de Saúde, 2022).

Relatório da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2022) estima que 62 milhões de pessoas vivam com diabetes na região das Américas, e apresenta o maior número de anos de vida perdidos por invalidez ou morte prematura. Além disso, o diabetes ainda possui estreita relação com outras patologias como: doenças cardiovasculares e doença de Alzheimer, a causa mais comum de demência (Nguyen *et al.*, 2020; Organização Pan-Americana de Saúde, 2022).

A resistência à insulina ou disfunção da sinalização da insulina, não é uma característica apenas do diabetes mellitus tipo II, mas também da obesidade, doenças cardiovasculares, hipertensão e o declínio cognitivo que ocasiona o metabolismo alterado da glicose, que tem como resultado morte celular. A inatividade física é um dos principais fatores associados à resistência à insulina e ao diabetes tipo II (Nguyen *et al.*, 2020; Mahalakshmi; Maurya; Lee; Kumar, 2020; Kerr; Booth, 2022).

A resistência à insulina normalmente precede o diabetes tipo II em vários anos, influencia o processamento da memória, causa atrofia cerebral e afeta a comunicação sináptica. A produção e secreção de insulina no Sistema Nervoso Central (SNC), mostram similaridade entre células beta e neurônios, mais especificamente em relação à despolarização dos canais de K sensíveis a Adenosina Trifosfato (ATP) (Nguyen *et al.*, 2020).

A homeostase energética no diabetes, depende da coordenação entre o comportamento alimentar e o gasto energético, assim como nas condições de obesidade, quando os neurônios são expostos a estresse celular, como a falta de ATP, crise de energia ou estresse oxidativo, eles morrem ou sofrem apoptose, ou degeneram ou causam degeneração e perda neuronal e assim, predispõe a doenças neurodegenerativas, além do que os neurônios ou tecidos cerebrais são células excitáveis, visto que mais de 40% do ATP é usado para manter os neurônios viáveis ou vivos (Nguyen *et al.*, 2020; Kerr; Booth, 2022).

Portanto, defende-se por meio de evidências o acesso às PCAF como forma de retardar os processos neurodegenerativos, tornando-se eficaz no cuidado em saúde através da modulação de fatores como neurogênese, defesa antioxidante, resposta ao estresse, aumento do fluxo sanguíneo no cérebro, otimização das respostas neuroendócrinas e fisiológicas aos estressores psicossociais e físicos, promoção do

estado anti-inflamatório, estimulação da biogênese mitocondrial entre outras (Mahalakshmi; Maurya; Lee; Kumar, 2020).

4.4.1. Doenças neuroendócrinas e a influência no sistema circulatório

Quando a insulina não consegue facilitar a entrada da glicose nas células para ser utilizado como substrato energético primário, há um excesso de glicose na circulação sanguínea, hiperglicemia, e os tecidos mudam suas vias metabólicas em resposta a captação inadequada de energia, promovendo distúrbios como aterosclerose, dislipidemia e hipertensão arterial e podem resultar em doenças cardiovasculares (Kosmas *et al.*, 2023).

A hipertensão arterial, causa dano vascular e perda progressiva das funções protetoras do endotélio à luz dos vasos, e isto aumenta o estresse oxidativo e consequente inflamação, mas a prática regular de atividades físicas melhora a aptidão cardiorrespiratória, aumenta a saúde cardiometabólica e reduz a inflamação (Kosmas *et al.*, 2023; Charchar *et al.*, 2023).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, define hipertensão arterial como uma DCNT multifatorial, que eleva de forma persistente os níveis da pressão arterial, em que os benefícios dos tratamentos não farmacológicos e farmacológicos superam os riscos. Por não apresentar sintomas com frequência, costuma evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvos como coração, cérebro, rins e vasos (Barroso *et al.*, 2020).

Além de ser o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares, doença renal crônica e morte prematura, a hipertensão ainda tem efeito sobre as doenças metabólicas, como dislipidemia, obesidade, intolerância a glicose e diabetes (Barroso *et al.*, 2020).

De acordo com as diretrizes do *American College of Cardiology* em associação com a *American Heart Association*, as recomendações sobre prevenção e cuidado de pacientes com pressão arterial elevada são produzidas, baseadas em evidências de estudos e pesquisas recentes, que permitem facilitar o plano terapêutico em conjunto, entre profissionais e pacientes. Ainda de acordo com as diretrizes, em muitos casos os médicos não têm tempo durante as consultas para orientar os pacientes sobre modificações no estilo de vida (Bakris; Ali; Parati, 2019).

Para concretizar essas diretrizes de forma adequada, os profissionais de saúde precisam de mais tempo com os usuários, para esclarecer e ofertar mudanças no estilo de vida, proporcionando perspectivas práticas e acessíveis ao desempenho/autonomia funcional o que impacta o bem-estar e a qualidade de vida (Bakris; Ali; Parati, 2019; Ângulo *et al.*, 2020).

As modificações no estilo de vida, são as principais recomendações em todas as principais diretrizes de tratamento da hipertensão, embora essas recomendações sejam eficazes, uma grande parcela da população vive em locais que não possibilitam tais mudanças (Charchar *et al.*, 2023).

No que se refere à cobertura no acompanhamento da hipertensão arterial e diabetes no território cenário deste estudo, em 2018 foi realizado um recadastramento da população residente em Foz do Iguaçu em atendimento à Política de Atenção Primária à Saúde. Foram visitados 52.263 domicílios, 51,6% dos domicílios cadastrados pelo Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), totalizando 22.710 entrevistas, 43,5% de respostas, pouco mais de 67 mil pessoas foram cadastradas, 62,5% destes pertencem a faixa etária de 15 a 59 anos (Gomes *et al.*, 2022).

Em relação às condições de saúde, 18,6% da população se autodeclararam hipertensos, enquanto aproximadamente 7% referiram ser diabéticos. Identificou-se 256 indivíduos acamados, o que representa quatro pessoas por 1.000 habitantes. A taxa de desemprego foi de 14,8%, 26,4% dos respondentes se declararam autônomos sem previdência social (Gomes *et al.*, 2022).

O Sistema de Informações em Saúde para Atenção Básica (SISAB), mostra uma baixa cobertura no acompanhamento de usuários portadores de hipertensão e diabetes no município de Foz do Iguaçu, menos de 20% para o indicador hipertensão arterial, de pessoas com consulta e pressão arterial aferida por semestre de 2022, e 20% para o indicador diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitadas.

A prevalência de fatores de risco para desenvolver doenças crônicas e a interação neuroendócrina e fisiopatológica dessas doenças, aumenta o risco de desenvolver incapacidades (Ângulo *et al.*, 2020). Um ciclo de *feedback*, com mensageiros hormonais facilitam a comunicação entre os órgãos-alvo e sugere uma retroalimentação dos fatores de risco e o ciclo da fragilidade (Angulo *et al.*, 2020; Kerr; Booth, 2023).

Nesse sentido, um olhar ampliado dos profissionais de saúde da atenção primária sobre o território, viabiliza a superação dos limites da unidade de saúde e colabora com

a reconstrução dos modelos assistenciais. Torna-se importante estabelecer o diálogo entre comunidades, profissionais e gestores e pactuar a horizontalidade do cuidado com atenção às necessidades de saúde de cada comunidade.

Em regiões de fronteira, apesar das equipes de saúde entenderem a APS como a principal porta de entrada para a coordenação do cuidado, espaço de escuta qualificada, apoio e acessibilidade permanente, especificamente em Foz do Iguaçu essa realidade revela fragilidades, visto que apresenta dissonância em relação à compreensão sobre o cuidado, que vai além da interpretação de profissionais e usuários, a longa espera entre encaminhamentos e atendimentos que compromete os fluxos de atendimento e a resolutividade da assistência. Há sobrecarga do serviço, fraca regulação assistencial, falha na comunicação intersetorial e falta de respostas imediatas, o que impacta a continuidade e efetividade do cuidado (Martins *et al.*, 2025).

5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1. Tipo de estudo

Realizou-se uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, fundamentada no referencial teórico-metodológico do Paradigma da Complexidade de Edgar Morin (Morin, 2015).

A pesquisa exploratória tem como finalidade desenvolver e esclarecer conceitos e ideias, proporcionando uma nova visão do fenômeno estudado (Gil, 2019). A pesquisa qualitativa busca compreender o fenômeno da forma que, este se apresenta no território, por meio da percepção dos sujeitos entrevistados e da sua consciência em relação à estrutura em que atuam, das ações que praticam e as consequências destas ações (Strauss; Corbin, 2008), e permite compreender a profundidade do fenômeno experienciado pelo participante (Gil, 2021).

5.2. Referencial teórico-metodológico: Paradigma da Complexidade de Edgar Morin

O conhecimento científico, segundo Morin (2015), impregnado pelo desejo da descoberta do funcionamento sistêmico, reduziu o humano ao biológico, no entanto, a complexidade para este autor é o tecido junto, o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações e acasos que constituem o fenômeno. A complexidade se estabelece com os traços inquietantes de emaranhado, da desordem, da ambiguidade e da incerteza.

O conhecimento, por sua vez, precisa ordenar a desordem, afastar o incerto, certificar, clarificar, distinguir e hierarquizar está, portanto, relacionado com a organização das informações (Morin, 2003). Existe para este autor, um elo inseparável entre o observador e o fenômeno observado. Há um aparente desequilíbrio nos fluxos dinâmicos, nos traços de saberes, no qual cada indivíduo possui seus conceitos pré-existentes definidos, cada um carrega consigo suas experiências que se revelarão nos serviços que atuam (Morin, 2015).

As experiências individuais constroem um conjunto de sistemas e estruturas dinâmicas e complexas, que se auto-organizam e superam o estruturalismo, por meio da desorganização, organização e reorganização. Nesse sentido, o elo entre saúde e doença, mudança de comportamento e hábito se tornam muito mais complexos do que se possa tentar estruturar como fenômeno (Morin, 2015).

O sujeito humano emerge a partir da sua auto-organização, autonomia, individualidade, complexidade, incerteza, ambiguidade, concernentes a si próprio. A consciência sobre si e a reflexão de um ser pensante desembocam num sistema que produz a qualidade existencial, que é suficiente e ao mesmo tempo insuficiente (Morin, 2015).

Sendo então o observador e o fenômeno observado constitutivos um do outro, pode-se afirmar que o fenômeno das PCAF, na perspectiva do cuidado ampliado, precisa ser observado no seu envolvimento com o sujeito que cuida e do que é cuidado, a dependência de ambos e o juízo de valor são fundamentais para construir uma análise legítima e autêntica.

Essa relação associativa entre o observador e o que é observado, que confronta o sistema lógico, a prática, a sociedade e a política, no qual o sistema hierarquizado é abalado, na busca pela complexidade do básico e simples cotidiano, se caracteriza como “Paradigma”. O paradigma privilegia certas relações lógicas em detrimento de outras e por isso controla a lógica do discurso (Morin, 2015).

Dentro de toda essa questão, o Paradigma da Complexidade proposto por Edgar Morin, está fundamentado sobre sete princípios, sendo eles: dialógico, recursivo, hologramático, retroativo, reintrodução do conhecimento, autonomia dependência e o sistêmico. Porém, nessa pesquisa, serão utilizados três desses princípios como forma de organizar a subjetividade no discurso dos participantes referentes ao fenômeno das PCAF na perspectiva do cuidado ampliado em saúde.

O princípio *dialógico*, auxiliou diante da contradição de um saber lógico, o cuidado, sob uma perspectiva multidimensional de que as mudanças de hábitos e atividades físicas também constituem uma forma de cuidado com a mente e o corpo, e reconecta o indivíduo com o movimento, com a sociedade e com o coletivo. No reconhecimento de que não há totalidade do saber e que a desordem de reestruturar um hábito, tanto dos usuários, quanto dos profissionais em relação às diretrizes que conduzem suas práticas, se completam com a ordem de uma nova possibilidade de cuidado ampliado e integral (Morin, 2015).

O princípio *recursivo*, discorre sobre a ruptura linear de causa e efeito. A sociedade é produzida pelas interações entre os indivíduos, mas a sociedade uma vez produzida retroage sobre os indivíduos e os produz, num ciclo auto constitutivo e autoprodutor (Morin, 2015). Da maneira semelhante o cuidado ampliado em saúde proporciona indivíduos e coletividades mais autônomas, diminui o risco de vulnerabilidades, contraria o ciclo de fragilidade e empodera os sujeitos para a construção de uma sociedade equânime, diminuindo as desigualdades e favorecendo a acessibilidade do cuidado (Brasil, 2017).

O princípio *hologramático*, considera a importância do conhecer o todo pelas partes, o que enriquece as partes pelo conhecimento do todo, num mesmo movimento. Por isso, se faz importante avaliar as necessidades do território e montar estratégias de ação que possibilitem a interação entre gestores, profissionais e usuários de forma a enriquecer a construção de saberes que irão impactar o todo, ou seja, o território (Morin, 2015).

5.3. Local da pesquisa

A pesquisa foi conduzida no município de Foz do Iguaçu, que está localizado no extremo Oeste do Paraná, na divisa com o Paraguai e a Argentina, compondo a tríplice fronteira, considerado um dos mais importantes destinos turísticos brasileiros. Possui uma população estimada de 285.415 habitantes, e sua densidade demográfica é de 468,51 habitantes por quilometro quadrado, de acordo com o último censo (IBGE 2023). É caracterizada pela sua diversidade cultural, pois vivem em Foz do Iguaçu famílias de mais de 80 nacionalidades, sendo que as mais representativas são oriundas do Líbano, China, Paraguai e Argentina (IBGE, 2023; Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2023).

O município possui 29 unidades de APS, onde atuam noventa e uma eSF e cinco equipes multiprofissionais (eMulti), distribuídas em cinco distritos sanitários (DS), todos os estabelecimentos que prestam ações e serviços de atenção primária no SUS são denominados Unidades Básicas de Saúde (UBS). A APS possui o desafio de superar compreensões simplistas e reconhece a dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde (Brasil, 2017).

As equipes de saúde encaminham os usuários para os grupos de PCAF distribuídos no território, no DS Leste, possui quatro grupos denominados Turma da Coluna e um grupo de Prevenção ao AVC, conduzidos por fisioterapeutas com apoio de nutricionista, psicólogo e residentes das três áreas, esse DS ainda conta com dois grupos de ginástica comunitária, conduzidas por profissional de educação física cedido pela Secretaria de Esporte e Lazer com apoio da equipe multidisciplinar da saúde.

No DS Norte, existem quatro grupos de PCAF conduzidos por profissional de educação física vinculado à Secretaria de Esporte e Lazer, com apoio do fisioterapeuta e eMulti. No DS Sul, há uma turma de Pilates, um grupo denominado Turma da Coluna, um Grupo denominado Reabilita Mais, um grupo da ginástica comunitária, um grupo de Prevenção ao AVC, um grupo de fisioterapia pélvica, conduzidos por fisioterapeuta, profissional de educação física com apoio da psicóloga, assistente social, nutricionista e fonoaudiólogo.

No DS Nordeste, há um grupo de alongamento conduzido pelo fisioterapeuta e no DS Oeste, não há grupos de PCAF, de acordo com informativos distribuídos pela equipe eMulti e registrados em Diário de Campo.

Sendo assim, a busca pelos participantes profissionais foi realizada por meio de sorteio das unidades de APS, porém organizada de forma a contemplar os cinco DS do município, uma unidade de APS para representar cada DS. Buscou-se também entrevistar gestores municipais da saúde e usuários participantes de grupos de PCAF oferecidas pelo município, visitados pela pesquisadora.

5.4. Participantes do Estudo

Os participantes do estudo foram os profissionais das unidades da APS, a saber: (médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e Agente Comunitário de Saúde [ACS]), gestores da APS e usuários dos serviços de APS no município.

Os critérios de inclusão foram: para os profissionais de saúde, ser profissional da APS de Foz do Iguaçu por pelo menos um ano; para os gestores da APS, possuir cargo de gerência ou coordenação da APS no município de Foz do Iguaçu; para os usuários, participar de algum grupo de PCAF oferecido pelo município, independente do tempo de participação.

Os critérios de exclusão para profissionais de saúde e gestores foram: servidores em afastamento do serviço, por motivo de férias, licenças ou atestados no período da coleta; para os usuários, não possuir problemas de saúde mental, que pudesse impedir sua participação na entrevista. Ressalta-se que nenhum participante se encontrava em tais condições e não houve recusas da participação.

5.4.1 Caracterização dos participantes

Participaram da pesquisa 36 sujeitos, dentre eles, 19 profissionais, sendo três homens e 16 mulheres, no qual quatro eram ACS, cinco enfermeiras, cinco técnicas de enfermagem e cinco médicos, com idades entre 27 e 63 anos; cinco gestores, sendo um homem e quatro mulheres, com idades entre 32 e 57 anos; e 12 usuárias, todas mulheres com idades entre 19 e 80 anos. Nas figuras 1 e 2 apresenta-se o perfil sociodemográfico dos participantes.

Figura 1 – Caracterização dos participantes profissionais e gestores e seu perfil sociodemográfico. Foz do Iguaçu, Brasil, 2024.

Identificação	Idade	Escolaridade	Ocupação	Tempo de*APS	Tempo de atuação na profissão
ACS1	56 anos	Nível Técnico	ACS	25 anos	25 anos
ACS2	57 anos	Superior Incompleto	ACS	1 ano	1 ano
ACS3	54 anos	Ensino Superior	ACS	13 anos	7 anos
ACS4	27 anos	Médio Completo	**ACS	4 anos e meio	4 anos e meio
E1	28 anos	Ensino Superior/Mestrado	Enfermeira	5 anos	5 anos
E2	48 anos	Enfermeira/Especialização	Enfermeira	17 anos	22 anos
E3	39 anos	Ensino Superior/Especialização	Enfermeira	5 anos	10 anos
E4	63 anos	Ensino Superior	Enfermeira	13 anos	16 anos
E5	33 anos	Ensino Superior	Enfermeira	2 anos	10 anos
M1	48	Ensino Superior	Médico	10 anos	10anos

	anos				
M2	37 anos	Ensino Superior	Médico	11 anos	11 anos
M3	43 anos	Ensino Superior/Especialização	Médico	8 anos	12 anos
M4	37 anos	Ensino Superior/Especialização	Médico	10 anos	15 anos
M5	33 anos	Ensino Superior	Médico	8 anos	9 anos
TE1	46 anos	Nível Técnico	Técnica de Enfermagem	5 anos	
TE2	56 anos	Nível Técnico	Técnica de Enfermagem	19 anos	19 anos
TE3	39 anos	Segundo Grau	Técnica de Enfermagem	5 anos	7 anos
TE4	40 anos	Ensino Superior	Técnica de Enfermagem	1 ano	2 anos e 11 meses
TE5	37 anos	Ensino Superior	Técnica de Enfermagem	15 anos	17 anos
G1	41 anos	Ensino Superior/Especialização	Gestor	13 anos	10 anos
G2	57 anos	Ensino Superior	Gestor	26 anos	1 ano e meio
G3	52 anos	Ensino Superior	Gestor	8 anos	11 meses
G4	51 anos	Ensino Superior	Gestor	15 anos	2 anos
G5	32 anos	Ensino Superior Incompleto	Gestor		

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: *Atenção Primária à Saúde; **Agente Comunitário de Saúde.

Os 19 profissionais entrevistados estavam distribuídos em seis UBS, no DS Leste profissionais de duas UBS participaram da entrevista, as outras quatro UBS se encontram distribuídas uma em cada DS, que abrangeu todo o território de saúde.

Figura 2- Caracterização dos participantes usuários e seu perfil sócio demográfico. Foz do Iguaçu, Brasil, 2024.

Identificação	Idade	Escolaridade	Ocupação	Local onde pratica a atividade
U1	41 anos	Ensino Superior/Especialização	Servidora Pública	Ginásio Costa Cavalcante
U2	63 anos	Fundamental I	Do lar	Equipe eMulti
U3	57 anos	Ensino Médio	Copeira Hospitalar	Equipe eMulti
U4	55 anos	Ensino Fundamental	Do Lar	Equipe eMulti

U5	19 anos	Ensino Médio completo		Equipe eMulti
U6	80 anos	Primário	Costureira	Ginásio Costa Cavalcante, Equipe eMulti e Centro de Convivência do idoso
U7	77 anos	Ensino Superior	Aposentada	Centro de Convivência do Idoso
U8	75 anos	Ensino Superior/Especialização	Do lar	Centro de Convivência do Idoso
U9	76 anos	Ensino Médio	Do lar	Centro de Convivência do Idoso
U10	69 anos	Ensino Superior/Especialização	Aposentada	Centro de Convivência do Idoso
U11	54 anos	Segundo Grau Completo	Zeladora	Equipe eMulti
U12	74 anos	Fundamental I	Do lar	Equipe eMulti

Fonte: dados da pesquisa.

Para a entrevista com os usuário, buscou-se aqueles que participavam de algum grupo de PCAF oferecidos pelo município, as equipes multiprofissionais na APS ou eMulti como são chamadas, compostas por profissionais de saúde, de diferentes áreas do conhecimento e categorias profissionais que trabalham de maneira complementar e integrada às outras equipes que atuam na APS. Essas equipes operam juntas sendo responsáveis pela mesma população e território, fortalecendo articulações com outros equipamentos de saúde e de outros setores, como: educação, serviço social, cultura, lazer, esporte, entre outros.

A eMulti, inova e valoriza o cuidado multidisciplinar de forma integral, supera a fragmentação do cuidado, facilita o acesso dos usuários aos serviços de saúde, valoriza o conhecimento multi e interprofissional, amplia as possibilidades de práticas do cuidado no território, por meio de atendimento individual, coletivo e domiciliar o que favorece a continuidade desse cuidado, aprimorando a resolutividade da APS aos usuários por meio da assistência, prevenção, promoção, vigilância e formação (Brasil, 2023; Bispo Júnior; Almeida, 2023).

A eMulti, no território de Foz do Iguaçu, somente oferecem grupos de PCAF nos DS Sul e Leste, por não terem um processo de trabalho bem definido, cada profissional

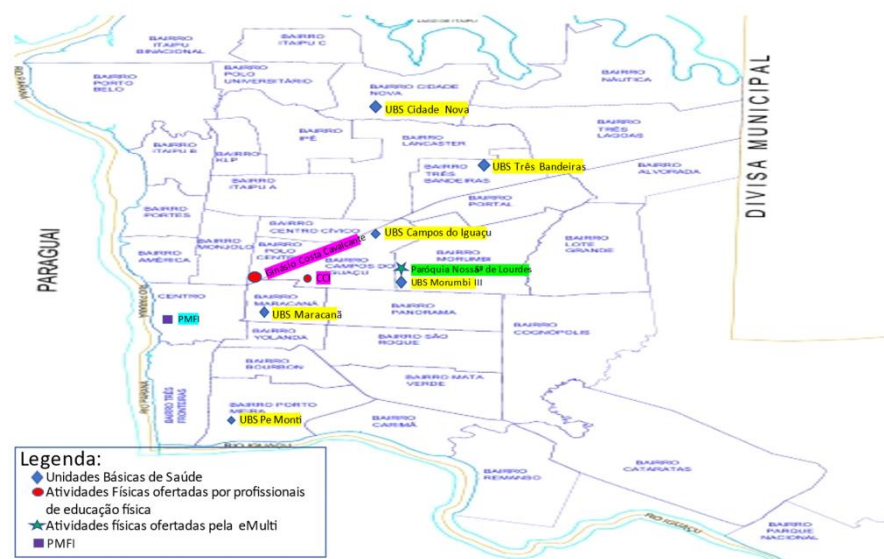
atua da maneira que considera conveniente, os participantes que praticavam os grupos de PCAF junto com a eMulti, entrevistados, faziam parte do grupo atendido no Pátio da Paróquia Nossa Senhora de Lourdes, no bairro Morumbi III, que está localizada no DS Leste, sendo que suas atividades acontecem duas vezes por semana no horário da tarde.

O Centro de Convivência do Idoso (CCI), anexo à Praça da Bíblia, no conjunto Libra, está situado no DS Leste, são oferecidas várias atividades aos idosos, como: atividades físicas, culturais, artesanatos, oficinas de alfabetização, fotografia, coral, violão dentre outras, em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social, Secretaria Municipal de Esporte e Lazer, Fundação Cultural e Associação da Terceira Idade, de forma gratuita.

Além do CCI, a ginástica comunitária também é oferecida pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer em outros bairros, em Associações de Moradores, em outros Centros de Convivência e no Ginásio Poliesportivo Costa Cavalcante, que também oferece aulas de hidroginástica e natação, porém essas têm um custo aos participantes.

A figura 3 apresenta uma visão geral da distribuição das UBS, do prédio da prefeitura e dos grupos de ginástica comunitária participantes da pesquisa.

Figura 3 – Distribuição da Unidades Básicas de Saúde, da sede da prefeitura e dos grupos de ginástica comunitária selecionados para a pesquisa. Foz do Iguaçu, Brasil, 2024.



Fonte: <https://www.pmfi.pr.gov.br/listaServicos>.

5.5 Coleta de Dados

A coleta de dados aconteceu entre junho e agosto de 2024 e foram realizadas de forma online (cinco entrevistas), por chamada de vídeo, e presencial (31 entrevistas), no próprio ambiente de trabalho para profissionais e gestores, e nos grupos de PCAF do território para os usuários.

Para as entrevistas com os usuários no CCI, estes foram abordados pessoalmente pela pesquisadora enquanto esperavam o início da atividade, já os usuários do grupo de PCAF conduzido pela eMulti, foram direcionados pelo fisioterapeuta para participarem da entrevista.

Para a coleta com os profissionais, foi solicitado os contatos telefônicos junto à secretaria municipal de saúde, em seguida, foram enviadas mensagens via *WhatsApp*®. Inicialmente foi verificado em qual unidade de saúde estes atuavam, conforme a resposta fosse compatível com as unidades sorteadas, o convite para participar da entrevista era realizado, e a partir do consentimento agendava-se a entrevista por chamada de vídeo.

Algumas unidades de saúde não tiveram seus profissionais listados nesses contatos, logo a pesquisadora foi pessoalmente convidar estes a participarem da pesquisa de forma presencial.

As entrevistas foram conduzidas pela primeira autora que possui experiência profissional com o cuidado em saúde por meio das PCAF na APS, e recebeu treinamento prévio pela pesquisadora responsável que possui experiência com pesquisas qualitativas, por meio de duas entrevistas piloto que foram incorporadas ao estudo.

Os participantes foram esclarecidos quanto à pesquisa e seus objetivos, e após o aceite em participar, foi coletada sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, uma via de posse do participante e a outra via do pesquisador (Apêndice I).

Durante as entrevistas, foram exploradas o conhecimento das partes e do todo em relação aos grupos de PCAF, na perspectiva do cuidado ampliado em saúde, oferecidos no território e pela APS, as quais foram gravadas em áudio por meio de um celular e transcritas na íntegra (sem uso de *software*), para não se perder a profundidade

da percepção dos participantes através de sua narrativa (Minayo, 2012). A duração média das entrevistas foi de 40 minutos.

As transcrições foram disponibilizadas aleatoriamente para dez respondentes via WhatsApp®, no entanto, apenas oito retornaram confirmando a veracidade das informações. Para isso, foi estabelecido um período de sete dias para a devolutiva.

5.6. Instrumentos de Coleta

Os instrumentos de coleta foram organizados por meio de roteiros de perguntas semiestruturado (Apêndice II e III), os quais apresentaram como pergunta norteadora para profissionais e gestores, sendo: Como o (a) senhor (a) percebe o cuidado ampliado em saúde por meio das PCAF? Para os usuários: O (a) senhor (a) percebe alguma mudança com o cuidado da sua saúde depois que iniciou no grupo de PCAF? Estes instrumentos foram construídos em conjunto com os pesquisadores responsáveis, os quais possuem experiência com as PCAF, bem como, com pesquisas qualitativas.

Além da questão norteadora, esses roteiros abordaram aspectos importantes sobre as PCAF e sobre o cuidado ampliado, quais sejam: na percepção dos participantes, a importância das PCAF para o cuidado em saúde, se a Secretaria de Saúde aborda e como aborda os conteúdos das PCAF, na rotina do serviço. Se há encontros de educação permanente ou capacitações, como forma de atualizar os profissionais que atuam na APS sobre as diretrizes que consideram as PCAF uma estratégia no cuidado em saúde, e como os usuários tem conhecimento e acesso aos grupos de PCAF na perspectiva do cuidado oferecidos no território.

Em relação aos usuários, o que motivou a participação nos grupos de PCAF, como obteve o acesso, se houve encaminhamento formal por parte do serviço de saúde e como essas práticas impactaram o cuidado com a saúde individual.

5.7. Análise dos Dados

Para analisar os resultados utilizou-se a Análise Temática Indutiva proposta por Minayo (2014), a qual visa descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação. A análise temática se desdobra em três etapas:

i) Etapa de pré-análise: Após leitura flutuante, que requer apropriação do conteúdo a ser pesquisado, sendo capaz de ultrapassar o caos inicial, foi constituído o corpus robusto

da pesquisa, por meio de material substancial que contemplou todos os aspectos levantados no roteiro e que foram adequados para responder os objetivos do trabalho. Tendo como parâmetro a leitura profunda do material, além da exploração do conteúdo. A fase pré-analítica determinou a ampliação das unidades que orientaram a análise e possibilitou a construção de um mapa vertical (Figura 4).

ii) Etapa de exploração do material: Consistiu numa operação classificatória para alcançar o núcleo de compreensão do texto, por meio da identificação de categorias, que foram palavras ou expressões significativas em função da organização do conteúdo pelas falas. Essa categorização se baseou no processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. Na Análise Temática, esse recorte do texto se faz imprescindível para codificar e classificar a agregação dos dados e conectá-los às categorias teóricas, responsáveis pela especificação dos temas (Figura 5).

iii) Etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação: Os resultados brutos foram categorizados como forma de destacar as informações obtidas, a partir desse momento, essas informações foram inter-relacionadas com o quadro teórico, possibilitando novas dimensões teóricas e interpretativas sugeridas pela leitura do material.

Figura 4 - Fragmento do mapa construído durante a etapa de pré-análise. Foz do Iguaçu, Brasil, 2024.

Temas Gerais	Depoimentos
Identificação dos grupos de PCAF	<p>[...] <i>todas as equipes nós temos dificuldade de espaço físico. Algumas equipes, né? Eu acho que a equipe do Nordeste é a que mais sofre a falta de espaço físico. As outras conseguiram. A quadra de esportes, a igreja, né? O Salão Comunitário. Mas o Nordeste não está tendo muito essa atividade por isso.</i> (G3)</p> <p><i>Sim, tem a equipe da eMulti, equipe da eMulti, eles fazem a turma da coluna, as práticas de atividade física, dança e tal. Aqui tem na associação do primeiro de maio eles fazem com o público do distrito leste, tem na associação, tem aqui na igreja, aqui embaixo, que aqui seria do território da minha unidade, né ali da igreja e associação de moradores, daí do distrito eu acho que tem lá no Jardim São Paulo também que é a turma da coluna e a caminhada que é no Jardim São Paulo também que aplica o distrito.</i> (G6)</p>
Como acontece o acesso às PCAF	<p><i>Se for grupo dentro de uma unidade específica, eu acho que é um pouco difícil o acesso. Porque dependendo se for pegar um paciente de uma unidade que é muito distante, ele teria que fazer aquela locomoção para fazer aquela atividade. E isso acaba até dificultando-o a fazer isso, né? É uma barreira para ele fazer.</i> (G5)</p> <p><i>Através das redes sociais do Costa Cavalcanti, eu vi uma postagem deles aí eu fui verificar a postagem e</i></p>

	<i>falei: “Nossa é legal e gratuito para servidor público.”</i> (U1)
--	---

Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 5 - Fragmento do mapa construído durante a etapa de exploração do material.
Foz do Iguaçu, Brasil, 2024.

Grupo de Participantes	Subtemas
Gestores e profissionais	<i>(Des)organização das ações de PCAF na atenção primária; Ausência de conteúdos sobre PCAF nas capacitações das equipes profissionais; Operacionalização das PCAF na perspectiva do cuidado ampliado.</i>
Profissionais e usuários	<i>Relevância do cuidado ampliado; Cuidado em saúde por meio das PCAF; Dificuldades para inserção nos grupos de PCAF; Autocuidado por meio das PCAF; e Responsabilização sobre o cuidado em saúde.</i>

Fonte: Dados da pesquisa

5.8. Aspectos éticos

A presente pesquisa recebeu aprovação da Secretaria de Saúde do município de Foz do Iguaçu (Anexo A). Após o assentimento, foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, o qual recebeu aprovação sob o Número do Parecer: 6.841.276, em respeito à resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e 510/16, envolvendo seres humanos (Anexo B).

Foi garantido o anonimato dos respondentes, com identificação pelas letras M1 (Médico1), E2 (Enfermeiro2), TE1 (Técnico em Enfermagem1), ACS1 (Agente Comunitário de Saúde1), G1 (Gestor1), U1 (Usuário1), U2 (Usuário2), de forma numérica sequencial.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da presente dissertação foram organizados a partir de duas categorias temáticas principais, construídas com base no Paradigma da Complexidade, que culminaram em subtemas que mostram detalhadamente as ações e a importância das PCAF para o cuidado ampliado em saúde.

Figura 6 - Síntese dos resultados encontrados. Foz do Iguaçu, Brasil, 2024.

Tema principal	Subtemas
A complexidade para inserção de PCAF nas Redes de Atenção à Saúde	<i>(Des)organização das ações de PCAF na atenção primária;</i> <i>Ausência de conteúdos sobre PCAF nas capacitações das equipes profissionais;</i> <i>Operacionalização das PCAF na perspectiva do cuidado ampliado.</i>
Ações de PCAF no território de fronteira: uma realidade dialética	<i>Relevância do cuidado ampliado;</i> <i>Cuidado em saúde por meio das PCAF;</i> <i>Dificuldades para inserção nos grupos de PCAF;</i> <i>Autocuidado por meio das PCAF;</i> <i>Responsabilização sobre o cuidado em saúde.</i>

Fonte: os autores.

A exploração dessas categorias permitiu a construção de dois artigos científicos, os quais serão apresentados na íntegra, como segue:

I - Promoção de práticas corporais e atividades físicas em município trinacional: análise à luz da complexidade

Artigo submetido à Physis: Revista de Saúde Coletiva.

Utilizou-se o Paradigma da Complexidade, proposto por Edgard Morin (2015), fundamentado em três princípios – dialógico, recursivo, hologramático - como forma de organizar as subjetividades dos discursos dos participantes referentes ao fenômeno das PCAF na APS. Emergiu como tema central: *A complexidade para inserção das PCAF na Atenção Primária à Saúde*. A partir deste, foram destacados três subtemas *(Des)organização das ações de PCAF na atenção primária; Desconhecimento*

profissional e falta de capacitações sobre PCAF; Operacionalização das PCAF na perspectiva do cuidado integral, embasados nos depoimentos dos participantes.

II – Ações de práticas corporais e atividades físicas na perspectiva do cuidado ampliado.

O artigo apresentou a fragilidade do sistema de saúde, baseado no discurso complexo e dialético nos depoimentos dos participantes sobre as ações de práticas corporais e atividades físicas e o cuidado em saúde no município de Foz do Iguaçu. Foram identificadas cinco categorias de análise: *Relevância do cuidado ampliado; cuidado em saúde por meio das PCAF; Dificuldades para inserção nos grupos de PCAF; Autocuidado por meio das PCAF e Responsabilização sobre o cuidado em saúde.*

ARTIGO I

Promoção de práticas corporais e atividades físicas em município trinacional: análise à luz da complexidade

Promotion of body practices and physical activities in a trinational municipality: an analysis through the lens of complexity

RESUMO

O objetivo deste artigo foi analisar as ações de práticas corporais e atividades físicas desenvolvidas na atenção primária em município trinacional, à luz do pensamento complexo. Trata-se de uma pesquisa exploratória, qualitativa, fundamentada no Paradigma da Complexidade, com análise dos princípios: dialógico, recursivo e hologramático. Foram entrevistados 24 profissionais e gestores da atenção primária à saúde de Foz do Iguaçu, Brasil, entre junho e agosto de 2024. Elegeu-se a Análise Temática para analisar os resultados. Emergiu como tema central do estudo: A complexidade para inserção das práticas corporais e atividades físicas na Atenção Primária à Saúde, identificado pela (des)organização das ações; desconhecimento profissional e falta de capacitações; e operacionalização das práticas corporais e atividades físicas na perspectiva do cuidado integral. Conclui-se que a implementação, divulgação e capacitação para as práticas corporais e atividades físicas na atenção primária, em município trinacional, não foi prioridade entre as ações para promoção da saúde. Evidenciou-se a fragmentação do cuidado e a prática clínica direcionada às condições agudas, simplificando o fracasso destas à complexidade das condições sanitárias presentes em território fronteiriço.

Descritores: Atividades físicas. Atenção primária à saúde. Saúde na fronteira.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the actions related to body practices and physical activities developed within primary healthcare in a trinational municipality, through the lens of complex thinking. It is an exploratory, qualitative research grounded in the Paradigm of Complexity, guided by the principles of dialogic, recursive, and hologrammatic thinking. Twenty-four professionals and managers from the primary healthcare network of Foz do Iguaçu, Brazil, were interviewed between June and August 2024. Thematic Analysis was used to examine the data. The central theme that emerged was: The

complexity of integrating body practices and physical activities into Primary Health Care, identified through the (dis)organization of actions; lack of professional knowledge and training; and the operationalization of body practices and physical activities from a comprehensive care perspective. It is concluded that the implementation, dissemination, and training related to body practices and physical activities in primary healthcare, within a trinational municipality, were not prioritized among health promotion strategies. Fragmentation of care and clinical practice focused on acute conditions were evident, oversimplifying the failures in addressing the complex sanitary conditions of the border territory.

Keywords: Physical activity. Primary health care. Border health.

INTRODUÇÃO

À luz da complexidade, regiões de fronteira não se limitam as barreiras territoriais, visto que suas populações, no cotidiano das atividades de comércio, serviços, educação, saúde e lazer, transitam constantemente entre os territórios. Esses deslocamentos, embora considerados importantes para fortalecer o desenvolvimento dessas regiões, podem acelerar a disseminação de doenças infectocontagiosas, que vulnerabilizam seus territórios e aumentam o risco de doenças crônicas não transmissíveis, uma vez que, seus sistemas de saúde fragilizados, se tornam incapazes de atender uma infinidade de problemas de saúde de uma população quase invisível aos olhos de órgãos governamentais (Harrington; Hampton, 2024).

Se as dificuldades para o acesso à saúde em todo o globo, sobretudo em países em desenvolvimento como o Brasil, já são reconhecidas, em região de fronteira trinacional esse acesso se revela ainda mais complexo (Arenhart *et al.*, 2022). Essas dificuldades surgem pelo fato de existir uma sobrecarga nos serviços de saúde, diante da facilidade do fluxo interpaíses, além de altos déficits nas contas públicas municipais e falta de profissionais frente à alta demanda. O resultado para essa situação é o desatendimento à população em situações de urgência-emergência e a ausência de ações para promoção da saúde e prevenção de agravos (Hortelan *et al.*, 2019).

Globalmente, quase 500 milhões de novos casos de doenças crônicas não transmissíveis ocorrerão até 2030, acarretando custos de tratamentos em mais de US\$ 300 bilhões (World Health Organization, 2022). No Brasil, 75% do total de óbitos corresponde às doenças crônicas (Alves; Oliveira; Gregori, 2021), uma taxa elevada,

mesmo com a redução da mortalidade prematura entre 2019 e 2021 de 30,8% para 24,7%. Essa redução foi atribuída ao plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, somado ao incentivo financeiro federal de custeio à atividade física na Atenção Primária à Saúde (APS) (Malta *et al.*, 2024).

Somente em Foz do Iguaçu, município trinacional e cenário deste estudo, em 2022, foram realizados 52.895 atendimentos às pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus, um aumento de 123,5% em relação a 2021. Neste mesmo ano, a demanda por medicamentos per capita foi de R\$ 23,49, cerca de 110% a mais que o valor repassado pelos órgãos federativos. Isso mostra um importante aumento de pessoas com problemas crônicos de saúde no município, bem como, a complexidade relacionada a falta de recursos suficientes para atender as necessidades da população real que habita esse território (Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2022).

A literatura nacional e internacional destaca que a Inatividade Física (IF) é responsável pelo risco aumentado do desenvolvimento de condições crônicas (Katzmarzyk *et al.*, 2021; Santos; Willumsen; Meheus, 2022). No Brasil a taxa de mortalidade devido à IF é de 13,2%, acima da média global de 9%, especialmente entre a população mais idosa. Estima-se que no país, a associação de múltiplas doenças, atingirá 21,9% em 2025, devido ao envelhecimento esperado da população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No Sul do país, essa taxa poderá ser ainda maior, visto que o progressivo desenvolvimento econômico regional poderá aumentar a expectativa de vida em comparação às outras regiões brasileiras (Shi *et al.*, 2021).

Desse modo, há necessidade premente de políticas públicas de saúde mais abrangentes para aumentar as Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF) entre a população e combater o comportamento sedentário, para apoiar às ações em saúde para reduzir as condições crônicas não transmissíveis (Pogrmilovic *et al.*, 2020). As PCAF se referem a uma estratégia importante para melhorar a saúde e a qualidade de vida individual e coletiva, que deve ser compreendida como uma ação a ser desenvolvida por profissionais capacitados, no âmbito da APS, a partir da construção de infraestrutura e de intervenções práticas adequadas (Pogrmilovic *et al.*, 2020).

A produção do cuidado por meio das PCAF possui um contexto amplo e complexo, por estar envolto por uma quebra de paradigmas, no qual o cuidado e o processo saúde-doença são compreendidos de forma geral pelo modelo biomédico e medicamentoso. Assim, atividades físicas englobam benefícios e desafios sociais e culturais relacionados ao desenvolvimento humano (Morin, 2015).

Além disso, a configuração territorial da fronteira ocasiona uma constante mobilidade populacional exagerada, que pode influenciar nas identidades socioculturais no cotidiano dos indivíduos, bem como, no seu comportamento de cuidados à saúde (Arenhart *et al.*, 2022). Desse modo, os desafios da migração, a falta de acesso à assistência à saúde pela elevada mobilidade transfronteiriça, a ocupação desordenada do espaço e a condição de vida vulnerabilizada de determinados grupos, fatores característicos dessas regiões, podem, de certo modo, levar a uma desordem, necessitando de um novo dimensionamento para se reorganizar (Morin, 2015; Arenhart *et al.*, 2022).

Diante da complexidade para a reorganização de um território de saúde orientado por um modelo assistencial voltado para as condições agudas, e que pouco investe em medidas de autocuidado apoiado, educação e promoção da saúde (Assis *et al.*, 2020), o objetivo desse estudo foi analisar as ações de PCAF desenvolvidas na atenção primária em município trinacional, à luz do pensamento complexo.

MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, fundamentada no referencial teórico-metodológico do Paradigma da Complexidade de Edgar Morin (Morin, 2015).

O Paradigma da Complexidade proposto por Edgar Morin está fundamentado em sete princípios: dialógico, recursivo, hologramático, retroativo, reintrodução do conhecimento, autonomia dependência e sistêmico (Morin, 2015). Nessa pesquisa, serão utilizados três desses princípios como forma de organizar as subjetividades dos discursos dos participantes referentes ao fenômeno das PCAF na APS.

O princípio dialógico, auxiliou o pensamento diante da contradição de um saber lógico, a oferta de saúde, sob uma perspectiva multidimensional de que as mudanças de hábitos e atividades físicas impactam positivamente a saúde individual e coletiva. Foi embasado no reconhecimento de que não há totalidade do saber e que a desordem de reestruturar um hábito, em relação às práticas cotidianas em território complexo, se completam com a ordem de uma nova possibilidade de promover saúde por meio das PCAF (Morin, 2015).

O princípio recursivo, discorreu sobre a ruptura linear de causa e efeito, produzida pelas interações entre os indivíduos, mas a sociedade uma vez produzida,

retroage sobre os indivíduos e os produz, num ciclo auto constitutivo e autoprodutor (Morin, 2015). As PCAF, proporcionam indivíduos e coletividades mais autônomas, diminui o risco de vulnerabilidades, contraria o ciclo de fragilidade e empodera os sujeitos, diminuindo desigualdades e favorecendo acesso nos serviços de saúde (Brasil, 2017).

O princípio hologramático, considerou a importância do conhecer o todo pelas partes, que enriqueceu as partes pelo conhecimento do todo, num mesmo movimento. Por isso, se faz importante avaliar as necessidades do território e propor estratégias que possibilitem a interação entre gestores e profissionais para enriquecer a construção de saberes que podem impactar o todo, ou seja, o próprio território (Morin, 2015).

A pesquisa foi conduzida no município de Foz do Iguaçu, localizado no Oeste do Paraná, na divisa com o Paraguai e a Argentina, compondo a tríplice fronteira, com população estimada de 285.415 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023). O município possui 29 unidades de APS entre Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidade de Saúde da Família (USF), onde atuam 91 equipes de saúde da família (eSF) e cinco equipes multiprofissionais (eMulti), distribuídas em cinco distritos sanitários.

As equipes de saúde encaminham os usuários para os grupos de PCAF distribuídos no território. O distrito Leste, possui quatro grupos de PCAF, conduzidos por fisioterapeutas com apoio de nutricionista e psicólogo, conta também com dois grupos de ginástica comunitária, conduzidos por profissional de educação física. No distrito Norte, existem quatro grupos de PCAF, conduzidos por profissional de educação física, com apoio do fisioterapeuta e equipe multidisciplinar. No Sul, há seis grupos de PCAF, conduzidos por um fisioterapeuta e um profissional de educação física, com apoio de psicóloga, assistente social, nutricionista e fonoaudiólogo. No Nordeste, há um grupo, conduzido pelo fisioterapeuta e no Oeste, não há grupos de PCAF.

A coleta de dados foi realizada entre junho e agosto de 2024, de forma online para quatro participantes - por chamada de vídeo, e presencial para 20 participantes, conduzidas no próprio ambiente de trabalho.

Foram incluídos os profissionais de saúde com no mínimo um ano de atuação em serviços de APS ou aqueles que possuíam cargo de gerência ou coordenação. Foram excluídos os profissionais e gestores em afastamento do serviço, por motivo de férias,

licenças ou atestados no período da coleta. Ressalta-se para este estudo não houve exclusões.

Os participantes foram selecionados por meio de sorteio das unidades de APS, organizada de modo a contemplar os cinco distritos de saúde de Foz do Iguaçu. Após a realização do sorteio da unidade, foi solicitado os contatos telefônicos junto a secretaria municipal de saúde, em seguida, foram enviadas mensagens via WhatsApp® para verificar a unidade de saúde na qual o profissional atuava. Diante de respostas compatíveis com o sorteio, visto que não foi informado pela secretaria as unidades de saúde, foi realizado o convite para participar da entrevista, a partir do assentimento, agendava-se a entrevista de acordo com a preferência do participante. Ressalta-se que houve unidades de saúde que não se obteve o contato dos profissionais, nestes casos, a pesquisadora os convidou de forma presencial.

As entrevistas foram conduzidas pela primeira autora, mestranda, que possui experiência profissional com o cuidado em saúde por meio das PCAF na APS. Esta recebeu treinamento prévio dos pesquisadores responsáveis, por meio de duas entrevistas piloto que foram incorporadas ao estudo.

Os participantes foram esclarecidos quanto à pesquisa e seus objetivos e após o aceite em participar, foi coletada sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para o encerramento das entrevistas foi adotado a saturação de dados (Minayo, 2017).

As entrevistas, com duração média de 40 minutos, foram gravadas em áudio por meio de um celular e transcritas na íntegra, sem auxílio de software. As transcrições foram disponibilizadas aleatoriamente para nove respondentes via WhatsApp®, sendo que, apenas oito retornaram confirmando a veracidade das informações. Foi estabelecido um prazo de sete dias para a devolutiva.

As entrevistas foram guiadas por roteiro semiestruturado, construído em conjunto com os pesquisadores responsáveis, os quais possuem experiência com as PCAF, bem como, com pesquisas qualitativas. A pergunta norteadora foi: Quais e como são desenvolvidas as ações relacionadas às PCAF em município trinacional?

Para análise dos dados utilizou-se a Análise Temática (Minayo, 2014), organizada em três etapas: (i) leitura flutuante para apropriação do conteúdo a ser pesquisado, que determinou a ampliação das unidades que orientaram a análise; (ii) exploração do material para identificação das categorias, que foram palavras ou expressões significativas em função da organização do conteúdo pelas falas; (iii) os

resultados brutos foram categorizados como forma de destacar as informações, as quais foram inter-relacionadas ao quadro teórico proposto, possibilitando novas dimensões teóricas e interpretativas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da [...], sob o parecer nº [...] e respeitou à resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e nº 510/16, envolvendo seres humanos. Foi garantido o anonimato dos respondentes, com identificação pelas letras M1 (Médico1), E2 (Enfermeiro2), TE1 (Técnico em Enfermagem1), ACS1 (Agente Comunitário de Saúde1), G1 (Gestor1), de forma numérica sequencial.

RESULTADOS

Os participantes do estudo foram os profissionais dos serviços de APS e gestores de saúde, totalizando 24 sujeitos -19 profissionais e cinco gestores. Entre os profissionais de saúde, três homens e 16 mulheres; quatro Agentes Comunitário de Saúde (ACS), cinco enfermeiras, cinco técnicas de enfermagem e cinco médicos. A idade dos profissionais foi entre 27 e 63 anos. Entre os gestores, participaram um homem e quatro mulheres, com idades entre 32 e 57 anos. Os 19 profissionais entrevistados estavam distribuídos entre UBS dos cinco distritos de saúde do município de Foz do Iguaçu.

A partir da análise da complexidade com foco nos princípios dialógico, recursivo e hologramático emergiu um tema central de pesquisa, denominado *A complexidade para inserção das PCAF na Atenção Primária à Saúde*.

A responsabilidade de gerir um território de saúde está relacionada à qualidade da prestação de serviços, portanto, a gestão precisa garantir uma atenção baseada no cuidado ampliado e integral, centrado nas necessidades individuais e coletivas, por meio de recursos, infraestrutura e capacitações dos profissionais que atuam nas redes de atenção à saúde.

Para isso, é preciso conhecer o território, planejar as ações e integrar os serviços e os profissionais para efetivar a continuidade da atenção. No entanto, há de se reconstruir conceitos pré-estabelecidos e oferecer a população o cuidado pautado nas novas demandas de saúde, evidenciados na atualidade pelo aumento do sedentarismo e da IF.

A identificação de três subtemas embasados nos depoimentos dos participantes destacou a complexidade para inserir as PCAF no cotidiano do trabalho na APS e na vida de profissionais e usuários, destacados em: *(Des)organização das ações de PCAF na atenção primária; Desconhecimento profissional e falta de capacitações sobre PCAF; Operacionalização das PCAF na perspectiva do cuidado integral.*

(Des)organização das ações de PCAF na atenção primária

Os participantes gestores desta pesquisa mostraram conhecimento frágil sobre a presença de grupos de PCAF em seu território de saúde e destacaram que o funcionamento dos serviços se difere entre os distritos de saúde do município.

Na verdade, os grupos que informam, é que cada distrito tem o seu [...] então, cada distrito, trabalha diferente. Pelo que eu vejo, daria para esse paciente verificar dentro da unidade aonde que tem [...]. Teria que verificar dentro da unidade aonde que tem dentro desse distrito esse tipo de serviço. Agora, dentro de todas as unidades, eu creio que não tenha. (G4)

Você sabe que não é função do fisioterapeuta, mas existe um distrito aqui [...] são os que mais trabalham. [...] aí você vê que outros já tem um pouco mais de dificuldade, então isso depende muito do próprio servidor, da equipe [...] (G3)

Essa divergência entre unidades e distritos foi atribuída pelos gestores à deficiência no quantitativo de profissionais, o que deixa as equipes incompletas e leva à prejuízos nas ações em saúde.

[...] Aqui na região do [...], o acolhimento é muito grande, é muito rotativo, são muitos usuários que procuram então eles acabam com um déficit de funcionário, eles acabam não tendo tanto tempo de abordar esses assuntos no acolhimento do paciente, eles acabam vendo sinais vitais e passando para o médico, eles não conseguem ter um tempo para falar sobre, para argumentar sobre essas questões. (G5)

[...] A gente tem uma dificuldade muito grande. Uma que a gente não tem toda a equipe que a gente precisa. Então, isso dificulta muito. Por exemplo, a equipe eMulti, a gente tem um fisioterapeuta, a gente não tem um educador físico ainda. Então, [...] ele não consegue fazer todas essas práticas. A gente até tem a turma da coluna, mas ele só para aí. Não consegue fazer mais coisas. Então, a nossa dificuldade hoje maior é recursos humanos [...]. (G3)

Ficou evidente a existência de dificuldades organizacionais, ocasionando a sobrecarga das equipes, fragilidades nas ações em saúde e no vínculo com os usuários, como destacado nos depoimentos dos próprios profissionais de saúde.

Se eu tivesse todos os meus agentes de saúde para me passar tudo e eu poder acompanhar, eu conheceria bem melhor. Mas isso não ocorre, eu tenho dois agentes de saúde na unidade toda. Eu digo sempre, procura cuidar da sua microárea, que você está designada para isso. E os outros a gente apaga fogo, a gente corre atrás, não deixa sem atendimento. Mas não é aquele atendimento que deveria ter. (E4)

Quando eu estava na outra unidade, teve vários encontros sobre a saúde, sobre a alimentação, sobre isso, sobre [...], tudo o que envolve. Mas aí acaba aquilo ali, e fica ali, porque não tem aonde a gente colocar em prática isso aí. Não tem tempo, não tem recursos humanos, não tem [...]. É muito difícil, muito difícil. (ACS3)

Eu acho que faz uns dois anos que o NASF foi destituído, mas de educador físico, o último que nós tivemos, acho que faz uns 5 a 6 anos. [...] a quantidade de usuários cresceu por causa do pessoal que veio fazer faculdade aqui, cresceu muito. E nossa unidade não aumentou [...] não aumentou nem a quantidade de profissionais, mas a quantidade de pacientes no nosso bairro aumentou grandemente. Em relação às atividades físicas, quando tinha o NASF, o usuário era mais próximo da gente. [...] tinha mais vínculo com a unidade. (TE5)

Desconhecimento profissional e falta de capacitações sobre PCAF

Os profissionais que atuam nas redes de atenção que se constroem e se reconstroem em meio às situações complexas do cotidiano dos serviços de saúde, como o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, ocorrência de pandemias e epidemias que se agravam em contextos de IF e maus hábitos, necessitam de qualificação e orientações para atender essa problemática para a saúde pública em um território complexo por localizar-se em região de fronteira trinacional. Nessa perspectiva, os participantes descreveram como os conteúdos das PCAF foram ou não, inseridos na rotina do serviço por meio da gestão.

[...] a gente passou duas situações, além da Covid-19, nós passamos o ano passado a maior epidemia de dengue, foram mais de 60 mil casos e nós também passamos agora a introdução da Chikungunya que é uma doença que também tende a cronicar [...]. Então, a gente não teve muita flexibilidade para poder estar retirando esses profissionais, trabalhando com eles outros temas, focamos muito mais no materno infantil e muito mais nas doenças transmissíveis [...]. (G1).

As nossas reuniões de capacitações são assim, sobre mudança de vacinação, alguma coisa da dengue, é muito específico. Às vezes não tem uma educação continuada. (G2)

Eu acho que é muito fraco, assim, falando em questão geral, assim de adesão dos próprios profissionais de entender essa importância e assim, e da gestão também de abordar a importância desse tema [PCAF] e de cobrar isso do funcionário [...]. (G5)

Para os profissionais existem lacunas em relação às capacitações. Para alguns profissionais, as capacitações não acontecem, para outros, embora tenham com certa frequência, essas são direcionadas aos problemas emergentes do território fronteiriço, deixando de lado as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes da APS.

Tem, mas não é para todos, por que assim, nós aqui somos a mão de obra, não vamos falar mão de obra barata, mas para os enfermeiros tem [...], volta e meia eles estão em curso. Eles sim, eles têm também estudo de caso [...], mas isso é só para os enfermeiros e médicos. (TE1)

A gente não tem. É muito falho, é muito falho. Eu percebo que neste momento, pelo menos aqui nesse município, a gente tá num momento muito curativo, vamos dizer assim. Temos um problema, temos dengue, vamos fazer esse fluxo. Temos covid, esse fluxo. Mas é uma reclamação que a gente vê nos grupos que nós não conseguimos mais, hoje, fazer a estratégia saúde da família. A gente trabalha quase que de forma ambulatorial. (E3)

É abordado, só que não é tão discutido sobre. A ser bem sincera, durante as capacitações é mais trazido o problema pra eles, né? Pra gente tentar resolver, do que ofertado uma solução pra nós ofertar pros pacientes. Tipo assim, a gente não tem tanto conhecimento a respeito das coisas que são ofertadas pra poder ofertar para o paciente, até porque a gente não tem muito essa oferta, né? (ACS4)

Operacionalização das PCAF na perspectiva do cuidado integral

Os desafios e potencialidades na operacionalização das PCAF, na perspectiva do cuidado integral foram citados pelos participantes, os quais versaram sobre estratégias para melhorar a continuidade da atenção oferecida, como também, críticas em relação a inserção da temática. Para os gestores uma das estratégias seria a implantação do Programa Academia da Saúde, com espaços específicos para fortalecer as ações de promoção da saúde e das eMulti, além da inserção do profissional de educação física nessas equipes.

Os gestores fizeram críticas à diminuição de transferências e repasses federais aos municípios, ao que foi associado à dificuldade de investimento na APS para ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como ao uso dos últimos recursos financeiros em função do enfrentamento à pandemia da Covid-19.

[...] uma das coisas que a gente conversou e a gente tinha pensado muito e trabalhou, era com a questão da academia da saúde né, para poder trabalhar também, não só as práticas corporais, mas outros contextos [...], então a gente discutiu muito com as equipes eMulti [...], a população está envelhecendo, então eu entendo que essas profissões, que hoje a equipe eMulti comporta, tanto educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, o fonoaudiólogo e outros profissionais que compõe a equipe, são equipes que a gente tem que fortalecer muito [...]. (G1)

[...] meta nossa era ampliar as equipes eMulti, mas infelizmente o índice da folha de pagamento não permitiu nem criar novas profissões que era o caso do educador físico, nem tão pouco ampliar as equipes eMulti e também a gente teve uma dificuldade grande, que é o financiamento do Ministério da Saúde, o Ministério da Saúde ele não mantém uma constante, então antes era o NASF, depois foi as equipes Multi, e agora eMulti. As equipes Multi, elas não tinham subsídio, então ficou um tempo e aí fica uma sobrecarga muito grande para os municípios [...]. (G1)

Foz do Iguaçu, pelo fato de ser uma fronteira, não atende só a população de Foz [...] não tinha uma estrutura financeira que permitisse [...] ampliar muito esses profissionais como nutricionista, educador físico, fisioterapeuta [...] o ministério da Saúde também por muito tempo foi reduzindo as transferências municipais e a gente também teve uma pandemia aí, que o que tinha de reserva o município acabou investindo no enfrentamento da pandemia [...]. (G1)

[...] quando eu cheguei na pasta, não existia fluxo de atendimento, de processo de trabalho para nenhuma das cinco profissões da equipe Multi. [...] nós publicamos processos de trabalho da psicologia em atenção primária. Então, já saiu em diário oficial ontem, a norma técnica 2 do diário oficial [...]. E aí, nós estamos terminando o fluxo de trabalho da fonoaudiologia, da função primária, também do serviço social. E vamos publicar também, [...] Mas, antes, era difícil até o próprio profissional dizer qual era a função dele, porque ele também não sabia. Um distrito fazia de um jeito, outro distrito fazia de outro, e todo mundo tentando fazer alguma coisa. Cada um fazia de seu jeito. (G2)

Para os profissionais de saúde, as estratégias incluíram investir em um programa de promoção das PCAF na APS, sensibilizar as equipes, melhorar o acesso às ações em saúde, retorno dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e reorganização das atividades de promoção da saúde.

É um programa que viesse pra ficar, não seria só o modismo de amanhã ou depois fechar, né? E melhor situação pra nós, aqui podemos encaminhar e receber esse paciente também pra fazer alguma coisa, por exemplo, eu não tenho uma sala aqui pra se fazer uma atividade com várias pessoas. Então assim, é local adequado, né? E recursos humanos suficiente para me dar respaldo para ampliar esse atendimento. (E4)

Que seja de fato praticado aquilo que está no papel, que seja olhado de verdade, que tenha a mesma importância que tem em investir na cirurgia, que tem em investir na consulta do clínico geral, especialista, investir nisso com a mesma importância, eu acredito que ia ser muito melhor. (ACS4)

Eu acho que sensibilizar os profissionais também para que a gente consiga identificar, triar melhor, identificar melhor o paciente e até conhecer serviços [...]. Essa sensibilização do profissional para que a gente consiga direcionar melhor esses pacientes e que se tenha mais pontos né, mais ações para facilitar o acesso. Pelo menos no meu território é muito difícil fazer grupo, por que a gente não tem adesão da população. (E1)

Na verdade, era retomar o NASF certinho, com os programas aqui dentro, mesmo como tinha antes, antes a equipe eMulti. Eles criaram os dias certos para as atividades. [...] iríamos organizando da melhor forma possível. (TE1)

A linha tênue que separa o estado de saúde para um quadro de adoecimento e a estratégia de um cuidado ampliado em saúde não está relacionado apenas ao que a rede de atenção disponibiliza de serviços. Reconstruir o território e hábitos alicerçados na tecnologia que induz à IF, ao sedentarismo, à má alimentação e a ingestão de medicamentos requer uma postura ativa e comprometida das políticas de saúde, da gestão, dos profissionais e dos usuários.

A atribuição da responsabilidade sobre o processo saúde-doença deve ser assumida pelas diferentes partes que compõe o todo, o que implicará em um desfecho resoluto e contínuo em um território complexo, por tratar-se de um município de fronteira internacional, como mostra a Figura 1.

Figura 1 – Representação da complexidade das ações relacionadas às práticas corporais e atividades físicas em município trinacional. Foz do Iguaçu, Brasil, 2025.



Fonte: os autores

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que a promoção das PCAF nos serviços de saúde, no município de Foz do Iguaçu foram pouco utilizadas pelos profissionais de saúde que atuam na APS, apesar desses profissionais as considerarem importantes para o cuidado da saúde da população. A (des)organização dessas ações no território de saúde limitou a interação e a credibilidade por parte dos profissionais de saúde em utilizá-las como ferramenta de promoção e prevenção em suas condutas clínicas cotidianas.

Há uma naturalidade entre os profissionais que atuam nos sistemas de saúde em utilizar conhecimentos engessados e pré-definidos em dados quantificáveis para conduzir a prática clínica e gestora, sem considerar que sistemas abertos, como o sistema de saúde, desafiam as possibilidades estáticas e produzem incertezas nos sistemas que se auto-organizam por meio do conhecimento das necessidades do território e da bagagem de conhecimento multiprofissional (Morin, 2015).

O conhecimento limitado relatado pelos gestores em relação à oferta de PCAF na APS impede o gerenciamento, supervisão e avaliação dos grupos oferecidos no território, que na prática acontecem de forma independente, justificados pela falta de recursos humanos e financeiros. Portanto, estes resultados indicaram que, assim como acontece em outros países, a falta de comunicação e de informações geram fragilidades para a identificação dos serviços que são oferecidos pelo sistema de saúde, e isso, consequentemente, dificulta o cuidado integral (Brambilla *et al.*, 2023).

Para desenvolver e organizar um território de saúde é necessário enfrentar a complexidade e a incerteza, se adaptando as mudanças por meio do refinamento de estratégias em saúde mutáveis. Cada vez mais os sistemas de saúde têm enfrentado um ambiente desordenado, decorrente as transições demográficas e mudanças no estilo de vida que tem forçado os gestores a buscarem uma reorganização centrada no paciente e no ambiente que o cerca (Rubino *et al.*, 2025). Essa desordem proporciona uma oportunidade profícua de reorganização (Morin, 2015).

Por um lado, houve profissionais de saúde que expuseram dificuldades organizacionais na APS no município em estudo, que acarretou a sobrecarga das equipes, a insuficiência das ações em saúde e ausência de vínculo com os usuários. Por outro, os gestores atribuíram a divergência de serviços oferecidos, ausência de profissionais, recursos limitados que dificultaram a organização de todo o sistema, corroborado pela literatura (Casacio *et al.*, 2022). Muito embora as evidências tenham apontado benefícios das PCAF para a saúde individual e coletiva, não há um processo

de trabalho definido na APS que aborde a promoção dessas ações na região trinacional de Foz do Iguaçu.

Importante destacar que houve relatos dos participantes que alguns fisioterapeutas, integrantes das equipes multidisciplinares, ofereceram grupos de PCAF no território, porém cada profissional intervinha da maneira que lhe pareceu melhor. Os fisioterapeutas são profissionais capacitados para promover as PCAF na APS, primeiro por ter conhecimento para a prescrição dessas práticas e segundo, por estarem diretamente em contato com os usuários, podendo contribuir com o aumento dos índices de PCAF no referido município (O'Brien *et al.*, 2020).

Os profissionais de saúde também relataram que quando o NASF estava presente no território de saúde, e incluía o profissional de educação física, o vínculo entre os serviços e os usuários foi maior. A literatura destaca que o apoio dos profissionais de educação física nos grupos de PCAF, promovidos como forma de cuidado à saúde, em apoio aos cuidados clínicos, fortalecem o vínculo com a proposta terapêutica e com as equipes, visto que, sem a sensação de sentirem-se pacientes, os usuários se veem independentes e protagonistas dos cuidados, aumentando consideravelmente sua adesão (Regan-Moriarty *et al.*, 2024).

Neste espaço, é preciso compreender que a lógica das coisas vivas não é simples, nem diz respeito à lógica que aplicamos a todas as coisas mecânicas, mas postula-se uma lógica da complexidade (Morin, 2015). Os gestores e os profissionais de saúde descreveram a ausência dos conteúdos de PCAF nas capacitações oferecidas pela APS, neste aspecto, entende-se que a falta de qualificação aparentemente engessa as equipes de saúde e não permite o olhar ampliado para as necessidades do território, uma vez que os participantes reconheceram o atendimento biomédico, curativista, oferecido pela unidade da APS.

Como todo o globo, o sistema de saúde de Foz do Iguaçu sofreu nos últimos anos problemas sanitários causados por epidemias e pandemia, e muitas ações de promoção e prevenção foram fragilizadas (Kunkel *et al.*, 2024). Assim, as capacitações deveriam ser prioridade na rotina dos serviços como forma de preencher as lacunas entre a realidade complexa e a aplicação prática de um cuidado equânime, visto que, o contexto fronteiriço, moldado por políticas, história, sociedade e cultura peculiares, exige abordagens personalizadas pelo compartilhamento de experiências interprofissionais e do conhecimento baseado em evidências (Milani *et al.*, 2024).

Recursivamente, a ausência de capacitações produz padrões inadequados de prevenção, como mostrou a presente pesquisa, configurando-se a oferta de cuidados em saúde de baixa qualidade. Em um ciclo auto constitutivo e autoprodutor, os cuidados de saúde de baixa qualidade, geram indivíduos e comunidades vulneráveis aos problemas de saúde, retroagindo sobre o território (Morin, 2015).

Pesquisa realizada na Carolina do Norte, entrevistou diretores de parques e espaços para recreação, responsáveis pela oferta das PCAF para a comunidade. Os diretores relataram desafios para a promoção de atividades físicas em parceria com os serviços de saúde, uma vez que citaram a falta de profissionais, de financiamento, de instalações/equipamentos e de conhecimento da equipe sobre como promover atividades físicas de qualidade (Jones *et al.*, 2023).

O referido estudo corroborando esta pesquisa, expôs ainda que a pandemia da Covid-19 levou a escassez de recursos para as ações de promoção da saúde, pois houve dificuldades em investimentos por parte do sistema público para a ampliação da oferta dos grupos de PCAF para a comunidade. Os pesquisadores sugeriram como estratégia a implementação de políticas que priorizem a saúde da comunidade, fornecendo e defendendo espaços e oportunidades ao cuidado em saúde por meio das PCAF (Jones *et al.*, 2023).

Neste espaço, compete ao gestor a responsabilização multinível e intersetorial para a eficácia e resolutividade da assistência na APS. À gestão, como detentora do todo que aborda componentes políticos, culturais, sociais, ambientais e econômicos, cabe desenvolver diálogos inclusivos com os profissionais e comunidades, para que o conhecimento, experiências e necessidades dessas partes contribuam para a qualidade e resiliência do todo, respondendo às ameaças iminentes de agravos à saúde de forma planejada e oportuna (Akman *et al.*, 2022).

Os profissionais de saúde consideraram que a dialógica das necessidades de programas de promoção de PCAF precisa ser encarada com responsabilidade pela gestão. Portanto, precisam fortalecer a continuidade na oferta dessas práticas, tornando-a um elemento regular na triagem de fatores de risco, no qual os usuários possam ser encaminhados a partir dos fluxos da APS (Law *et al.*, 2021).

Os profissionais ainda discorreram sobre a relevância das equipes multidisciplinares incluir o educador físico para aumentar os níveis de atividades físicas da população, que recursivamente influenciaria de forma positiva na equidade da

atenção e dos indicadores de saúde. Esse movimento seria capaz de configurar uma quebra de paradigma para o cuidado em saúde (Morin, 2015).

Pesquisa realizada na Nova Escócia, Canadá, verificou as perspectivas dos profissionais de saúde sobre a promoção de atividades físicas em ambientes de saúde. Foram evidenciadas a necessidade de disponibilidade de programas de atividades físicas comunitários, educação continuada sobre a temática aos profissionais de saúde e maior disponibilidade de profissionais qualificados para essas atividades. Os participantes concordaram que existe uma lacuna entre o desenvolvimento e a implementação de recursos para a promoção das PCAF. Como sugestão, recomendaram expandir o currículo dos programas de treinamento para médicos, nutricionistas e enfermeiros em contato direto com os usuários para auxiliar na promoção de PCAF (Pellerine *et al.*, 2022).

O Boletim do Royal College of Surgeons da Inglaterra (2020), descreveu que a atividade física se refere a uma cura milagrosa para os cirurgiões consertarem o sistema de saúde inglês e a assistência social. A prática de exercícios foi considerada essencial para a redução de fragilidades e enfermidades entre os idosos, por isso, orientam seus profissionais de saúde, em especial os médicos, a encaminhar seus pacientes aos grupos de PCAF (Mcnally, 2020).

Ademais, por considerar os processos de atenção à saúde complexos, torna-se crucial a interação, cooperação e flexibilidade entre gestores, profissionais e usuários diante de um território transfronteiriço, para que a fragmentação assistencial não dilua o essencial para a promoção da saúde da população. As PCAF, nesses territórios, precisam perpassar o modelo curativista do cuidado, e potencializar a equidade, o protagonismo individual e coletivo e o autocuidado, tendo em vista a valorização da vida e do desenvolvimento humano (Morin, 2015).

CONCLUSÃO

Os resultados apontaram para a subutilização das PCAF no território de saúde, apesar da multiplicidade e potencialidade que este fenômeno compreende no que diz respeito à saúde individual e coletiva. Embora o Ministério da Saúde do Brasil tenha instituído programas que incentivem e apoiem as PCAF na APS, sua implementação, divulgação e capacitação para essas práticas ainda não foram consideradas prioridade entre as ações.

Ficou evidente a fragmentação do cuidado e a prática clínica direcionada às condições agudas em detrimento das práticas de promoção da saúde e da integralidade do cuidado, simplificando o fracasso destas à complexidade das condições sanitárias sem uma adequada reflexão sobre as interseções entre promoção da saúde, integralidade do cuidado e promoção das PCAF.

Como alternativa, recomenda-se a inserção de profissionais da educação física como membro importante da equipe de saúde na APS, somado, a parcerias entre à gestão municipal e as instituições de ensino superior que possuem graduação em educação física, por meio de programas de residência multiprofissional, a fim de incluir este profissional na dinâmica da APS, ampliando as ofertas de PCAF em todo território de saúde.

Por fim, é preciso reorganizar os processos de trabalho em todo o território fronteiriço, diante de complexidades, onde desordens e antagonismos se encontram, contrariando a problematização do conformismo, para ampliar uma visão política no qual a promoção das PCAF é viável, possui baixo custo e melhora significativamente as condições de saúde de uma população, de forma individual ou coletiva.

A principal limitação do estudo foi relacionada à investigação ser realizada pela percepção apenas dos profissionais e gestores que compõe a APS, visto que diante de um território tão diferenciado e específico como o município estudado, observou-se a necessidade de complementaridade das informações por meio da percepção de outros atores relacionados à promoção da saúde por intermédio das PCAF. Sugere-se, portanto, futuros estudos que ampliem o alcance territorial e a compreensão populacional das PCAF, buscando novas contribuições que permitam a multidimensionalidade do fenômeno em contexto fronteiriço.

REFERÊNCIAS

AKMAN, M. *et al.* Organization of primary care. *Primary health care research & development*, v. 23, p. e49, 2022.

ALVES, V. P.; OLIVEIRA, R. C.; GREGORI, D. Non-communicable chronic diseases: mortality of older adult citizens in Brazil and Italy before the covid-19 pandemic. *Health Policy OPEN*, v. 2, p. 100041, 2021.

ARENHART, C. G. M. *et al.* Representações sociais do direito à saúde na fronteira trinacional. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 11, p. 4233-4241, 2022.

ASSIS, I. S. *et al.* Leprosy in urban space, areas of risk for disability and worsening of this health condition in Foz do Iguaçu, the border region between Brazil, Paraguay and Argentina. *BMC Public Health*, v. 20, p. 1-12, 2020.

BRAMBILLA, A. Covid-19 emergency management and preparedness in cross-border territories. Collection of experiences, needs and public health strategies in the framework of interreg GESTI.S.CO. Project. *Acta Biomedica*, v. 94, n. s3, p. e2023115-e2023115, 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS)* 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 26 out. 2023.

CASACIO, G. D. de M. *et al.* Therapeutic itinerary of children with special health care needs: analysis guided by care systems. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 43, p. e20210115, 2022.

HARRINGTON, J.; HAMPTON, A-R. ‘Border Country’: health law in a devolved UK. *Medical Law Review*, v. 32, n. 2, p. 229-247, 2024.

HORTELAN, M.S. *et al.* Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: Scoping review. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 32, n. 2, p. 229-236, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *IBGE*, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/foz-do-iguacu.html>. Acesso em 20 set. 2023.

JONES, J. A. *et al.* Physical activity promotion in North Carolina: a reassessment of public park and recreation directors. *Journal of healthy eating and active living*, v. 3, n. 2, p. 62, 2023.

KATZMARZYK, P. T. *et al.* Physical inactivity and non-communicable disease burden in low income, middle-income and high-income countries. *British Journal of Sports Medicine*, v. 56, n. 2, p. 101-106, 2021.

KUNKEL, M. *et al.* Epidemic curves and the profile of patients hospitalized by COVID-19 in a border region. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 32, p. e4296, 2024.

LAW, R. J. *et al.* Promoting physical activity and physical function in people with long-term conditions in primary care: the Function First realist synthesis with co-design. *Health and Social Care Delivery Research*, v. 9, n. 16, p. 1-104, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574112/>. Acesso em: 14 jan. 2025.

MALTA, D. C. *et al.* Noncommunicable disease burden in Brazil and its states from 1990 to 2021, with projections for 2030. *Public Health*, v. 236, p. 422-429, 2024.

MCNALLY, S. A. Exercise: the miracle cure for surgeons to fix the NHS and social care. *The Bulletin of the Royal College of Surgeons of England*, v. 102, n. 1, p. 28-33, 2020.

MILANI, C. *et al.* Enhancing Primary Health Care through Interprofessional education: Insights from a Training Workshop. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità*, v. 36, n. 5, p. 513-524, 2024.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. *Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias*. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. 5. ed. Porto alegre. Sulina, 2015

O'BRIEN, M. W. *et al.* Perceptions and practices of providing physical activity counselling and exercise prescriptions among physiotherapists in Nova Scotia. *Physiotherapy Canada*, v. 72, n. 3, p. 230-238, 2020.

PELLERINE, L. P. *et al.* Health care providers' perspectives on promoting physical activity and exercise in health care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 15, p. 9466, 2022.

POGRMILOVIC, B. K. *et al.* National physical activity and sedentary behaviour policies in 76 countries: availability, comprehensiveness, implementation, and effectiveness. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 17, p. 1-13, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU. *Relatório Anual de Gestão*, 2022. Disponível em: <https://www5.pmfi.pr.gov.br/publicacao-848>. Acesso em 30 jan. 2025.

REGAN-MORIARTY, J. *et al.* 'The illness isn't the end of the road' - Patient perspectives on the initiation of and early participation in a multi-disease, community-based exercise programme. *Plos one*, v. 19, n. 3, p. e0291700, 2024.

RUBINO, F. *et al.* Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, v. 13, n. 3, p.221-262, 2025. SHI, X. *et al.* Prevalence of multimorbidity of chronic noncommunicable diseases in Brazil: population-based study. *JMIR Public Health and Surveillance*, v. 7, n. 11, p. e29693, 2021.

SANTOS, A. C.; WILLUMSEN, J.; MEHEUS, F. The cost of inaction on physical inactivity to public health-care systems: a population – attributable fraction analysis. *The Lancet Global Health*, v. 11, n. 1, p. e32-e39, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global status report on physical activity*, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059153>. Acesso em 24 jan. 2025.

ARTIGO II

PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADES FÍSICAS NA PERSPECTIVA DO CUIDADO AMPLIADO: UMA REALIDADE COMPLEXA

Body practices and physical activities from the perspective of extended care: a complex reality

Resumo: Objetivou-se analisar na percepção dos profissionais de saúde e usuários a inserção de práticas corporais e atividades físicas como uma ação do cuidado ampliado em município de fronteira. Pesquisa exploratória, qualitativa, fundamentada no Paradigma da Complexidade. Entrevistas foram realizadas com 19 profissionais da atenção primária e 12 usuários, cuja análise foi Análise Temática. Os resultados mostraram a necessidade de inserir práticas corporais e atividades físicas na rotina dos serviços para promover o cuidado ampliado. Para os participantes, essas ações diminuem o risco de incapacidades e o ciclo de fragilidades físicas, sociais e culturais. Portanto, é preciso fortalecer os processos de trabalho, considerando a falta de orientação dos profissionais sobre o território e grupos oferecidos. A experiência dos usuários inseridos em tais grupos foi um ponto forte para apoiar investimentos em uma política de promoção dessas ações em território fronteiriço, uma vez que demonstra eficácia na continuidade e humanização do cuidado.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Atividades Físicas; Atenção Primária à Saúde.

Abstract: The objective was to analyze, from the perspective of healthcare professionals and users, the inclusion of body practices and physical activities as part of comprehensive care in a border municipality. This is an exploratory, qualitative study grounded in the Paradigm of Complexity. Interviews were conducted with 19 primary care professionals and 12 users, and the data were analyzed using Thematic Analysis. The results revealed the need to incorporate body practices and physical activities into the routine of health services in order to promote comprehensive care. According to the participants, these actions reduce the risk of disabilities and the cycle of physical, social, and cultural vulnerabilities. Therefore, it is necessary to strengthen work processes, especially considering the lack of guidance for professionals regarding the territory and the available groups. The experience of users participating in such groups emerged as a strong point to support investment in policies that promote these actions in border areas, as they demonstrate effectiveness in ensuring continuity and humanization of care.

Keywords: Health Promotion; Continuity of Patient Care; Physical Activities; Primary Health Care.

1 Introdução

A Organização Mundial de Saúde publicou em suas diretrizes e relatórios globais o reconhecimento e a importância de incorporar as Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF) como uma ação profícua para o cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS). Foi estimado um custo de 27 bilhões de dólares por ano caso as políticas públicas de incentivo as atividades físicas não sejam implementadas de

forma efetiva, tendo em vista o aumento significativo de doenças crônicas não transmissíveis em todo o globo (World Health Organization, 2022).

Países como Canadá e Inglaterra, têm mostrado esforços para integrar as PCAF no cuidado ampliado na APS (Tremblay; Ross, 2020; Ross *et al.*, 2020). Há um incentivo mundial para que os profissionais de saúde aconselhem e encaminhem seus usuários para os grupos de atividades físicas comunitários (Law *et al.*, 2021; Morgan *et al.*, 2023).

A atividade física é definida como uma prática que envolve pessoas que se movem, agem e atuam dentro de espaços e contextos culturalmente específicos, influenciadas por uma variedade única de interesses, emoções, ideias, instruções e relacionamentos, sem a considerar como qualquer movimento do músculo esquelético ou gasto calórico (Piggin, 2020). As PCAF, no contexto do cuidado em saúde, priorizam o indivíduo, por meio do cuidado humanizado em sua totalidade, colaborando com alternativas e perspectivas do processo terapêutico, sobressaindo-se ao modelo biomédico (Silva; Prates; Malta, 2021).

Os benefícios da atividade física na prevenção e diminuição dos riscos em desenvolver doenças crônicas não transmissíveis, já foram reconhecidos na literatura nacional e internacional. Estudo conduzido por pesquisadores norte-americanos, indicou uma diminuição de 6% a 10% no risco de desenvolver câncer de mama, 11% a 17% no câncer renal, 14% a 19% no mieloma, 18% a 27% em desenvolver câncer de fígado e 11% a 18% no menor risco para linfoma não-Hodkin em mulheres (Matthews *et al.*, 2020). Na redução do risco de morte por todas as causas de câncer entre 22% e 28%, para doenças cardiovasculares 33% e para depressão 25%, em comparação com nenhuma atividade (Stamatakis *et al.*, 2022).

Outros estudos realizados na Europa e nos Estados Unidos da América mostraram a contribuição da atividade física na imunovigilância e resposta imunológica diante de doenças infecciosas, proporcionando maior imunidade e proteção às infecções na população em geral, com impacto positivo na saúde a nível global (Bull *et al.*, 2020; Nigro *et al.*, 2020; Chastin *et al.*, 2021; Kerr; Booth, 2022).

No Brasil, as estratégias de promoção das PCAF na APS, contam com o apoio do Programa Academia da Saúde e Incentivo Federal de Custeio da Atividade Física, os quais deveriam garantir a construção ou reforma de espaços físicos para programas de PCAF no âmbito da saúde, no entanto, os entraves demandados pelo Poder Legislativo Federal, ainda dificultam a efetividade de financiamento a nível municipal (Carvalho;

Vieira, 2022). Esse fato enfraqueceu essas ações na perspectiva do cuidado ampliado em municípios que possuem sistemas de saúde fragilizados e complexos, como as regiões de fronteira trinacional (Silva-Sobrinho *et al.*, 2021; Harrington; Hampton, 2024).

O direito à saúde em região de fronteira, se configura em um fenômeno complexo, devido à dinamicidade inerente ao território e ao fluxo populacional cotidiano ocasionado pelas atividades de comércio, educação, saúde e lazer. Portanto, o direito à saúde, se esbarra na responsabilidade não compartilhada entre os Estados que compõe essas regiões, sobrecarregando o sistema de saúde de forma unilateral, prejudicando as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, como as PCAF no âmbito da APS (Arenhart *et al.*, 2022).

Desse modo, por considerar que o cuidado ampliado envolve a continuidade da atenção fortalecida por ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, proteção, tratamento e reabilitação, este estudo teve como objetivo analisar na percepção dos profissionais de saúde e usuários a inserção de práticas corporais e atividades físicas como uma ação do cuidado ampliado em município de fronteira.

2 Métodos

Foi realizada uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, fundamentada no referencial teórico-metodológico do Paradigma da Complexidade de Edgar Morin. Este referencial está alicerçado em sete princípios: dialógico, recursivo, hologramático, retroativo, reintrodução do conhecimento, autonomia dependência e sistêmico (Morin, 2015). Para a presente pesquisa, buscou-se pelos princípios dialógico, recursivo e hologramático, compreender o conhecimento dos participantes sobre as PCAF na perspectiva do cuidado ampliado em saúde na APS.

O princípio dialógico, ampara a contradição de um sistema que possui em sua concepção o cuidado à saúde, ou seja, integra ideias complementares, concorrentes e antagônicas (Morin, 2015). O princípio recursivo discorre sobre a ruptura linear de causa e efeito, no qual aquilo que a sociedade produz volta-se para ela mesma (Morin, 2015). Assim, um sistema de saúde que oferece cuidado eficaz por meio das PCAF será beneficiado por uma população que requer cada vez menos assistência complexa e medicação, com efeitos na autonomia e coparticipação.

No princípio hologramático, considera-se entender o todo, nesse caso o cuidado, por

meio das partes na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado, os profissionais da APS e os usuários, em um mesmo movimento para entender as partes (Morin, 2015).

A pesquisa foi conduzida em Foz do Iguaçu, localizado no Oeste do Paraná, na divisa com o Paraguai e a Argentina, compondo a tríplice fronteira, com população estimada de 285.415 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023). O município possui 29 unidades de APS, distribuídas entre Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidade de Saúde da Família (USF), onde atuam 91 equipes de saúde da família (eSF) e cinco equipes multiprofissionais (eMulti), em cinco distritos sanitários.

Existem duas formas de ingressar nos grupos de PCAF distribuídos no território; por encaminhamento ou orientação dos profissionais de saúde da rede, ou por demanda espontânea dos próprios usuários. No município existe um total de 17 grupos distribuídos em quatro distritos de saúde, onde apenas o Oeste não possui grupos de PCAF, de acordo com informativos distribuídos pela equipe eMulti e registrados em Diário de Campo.

O período de coleta foi entre junho e agosto de 2024 e ocorreu de forma online para três participantes – por chamada de vídeo, e presencial para 28 participantes, cujas entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho e nos grupos de PCAF.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde, com no mínimo um ano de atuação em serviços da APS; e usuários dos grupos de PCAF. Os critérios de exclusão englobavam os profissionais em afastamento do serviço por motivos de férias, licenças ou atestados no período da coleta; para os usuários, não possuir problemas de saúde mental, que pudesse impedir sua participação na entrevista. Ressalta-se que nenhum participante se encontrava em tais condições e não houve recusas da participação.

A escolha dos profissionais ocorreu por meio de sorteio das unidades da APS, organizada de modo a contemplar os cinco distritos de saúde de Foz do Iguaçu. Ao final do sorteio, foram requeridos os contatos telefônicos junto à secretaria municipal de saúde, em seguida, foram enviadas mensagens via WhatsApp® para identificar a unidade de saúde na qual o profissional atuava.

Após esta etapa, foi realizado o convite para participar da entrevista, e a partir do consentimento agendava-se a entrevista. Ressalta-se que houve unidades de saúde em que não se obteve o contato dos profissionais, nestes casos, a pesquisadora foi presencialmente convidá-los.

A escolha dos usuários foi realizada mediante visita da pesquisadora aos grupos de PCAF indicados pelo fisioterapeuta da equipe eMulti e pela coordenadora do Centro de Convivência do Idoso (CCI). O fisioterapeuta direcionou os usuários para a entrevista, enquanto que no CCI, a pesquisadora foi convidando os usuários que aguardavam o início das atividades.

As entrevistas foram realizadas pela primeira autora, mestranda, que possui experiência profissional com as PCAF na APS. Essa recebeu treinamento prévio dos pesquisadores responsáveis, por meio de duas entrevistas piloto que foram incorporadas ao estudo.

Os objetivos da pesquisa foram esclarecidos aos participantes e diante do aceite, foram coletadas as assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para o encerramento das entrevistas foi adotado a saturação teórica de dados (Minayo, 2017).

As entrevistas, com duração média de 40 minutos, foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra, sem uso de *software*. As transcrições foram disponibilizadas aleatoriamente para oito respondentes via WhatsApp®, sendo que, apenas sete retornaram confirmando a veracidade das informações. Foi estabelecido um prazo de sete dias para a devolutiva.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro semiestruturado, construído pelos pesquisadores responsáveis, os quais possuem experiência com as PCAF e com pesquisa qualitativa. A pergunta norteadora foi: As práticas corporais e atividades físicas são consideradas ações para o cuidado ampliado na APS?

Para análise dos dados, utilizou-se a Análise Temática (Minayo, 2014), organizada em três etapas: (i) leitura flutuante para apropriação do conteúdo a ser pesquisado; (ii) exploração do material para identificação das categorias; (iii) resultados brutos categorizados como forma de destacar as informações, interrelacionadas ao quadro teórico, possibilitando novas dimensões teóricas e interpretativas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº [...], em respeito à resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e nº 510/2016, envolvendo seres humanos. Foi garantido o anonimato dos respondentes, com identificação pelas letras M1 (Médico1), E2 (Enfermeiro2), TE1 (Técnico em Enfermagem1), ACS1 (Agente Comunitário de Saúde1), U3 (Usuário3), de forma numérica sequencial.

3 Resultados

De um total de 31 participantes da pesquisa, 19 foram profissionais dos serviços da APS (cinco médicos, cinco enfermeiros, cinco técnicos em enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde) e 12 usuários.

Os 19 profissionais, dos quais três homens e 16 mulheres, com idades entre 27 e 63 anos, atuavam em UBS dos cinco distritos sanitários de saúde do município de Foz do Iguaçu. Com respeito aos usuários, todas mulheres, com idades entre 19 e 80 anos, participantes de grupos de PCAF oferecidos pelo município, a saber: equipe eMulti (Equipe Multidisciplinar), CCI (Centro de Convivência do Idoso) e Ginásio de Esportes Costa Cavalcanti.

O discurso complexo e dialético nos depoimentos dos participantes sobre as ações das PCAF e o cuidado em saúde, por um lado reconheceu a importância das PCAF no cuidado em saúde, por outro, admitiu a falta dessas atividades no seu autocuidado. A fragmentação na efetividade da atenção sugeriu a fragilidade do sistema de saúde, ao mesmo tempo, os usuários que têm acesso e participam dos grupos de PCAF disponibilizados pelo município, reforçaram a necessidade de ampliação dessas ações e de investimentos em programas de atividades físicas em todo o território fronteiriço, como forma de fortalecer o acesso a toda população.

Como forma de aprofundar as discussões sobre essa realidade complexa, identificou-se cinco categorias de análise, que permitiram apreender a inserção das PCAF na perspectiva do cuidado ampliado em saúde, no município de Foz do Iguaçu: *Relevância do cuidado ampliado; Cuidado em saúde por meio das PCAF; Dificuldades para inserção nos grupos de PCAF; Autocuidado por meio das PCAF; e Responsabilização sobre o cuidado em saúde.*

3.1 Relevância do cuidado ampliado

Os profissionais de saúde reconheceram a importância do cuidado ampliado ou integral, uma vez que seus depoimentos discorreram sobre a necessidade de prevenção, continuidade da atenção, escuta qualificada, identificação dos determinantes sociais, aspectos psicológicos e afetivos, no qual os usuários estão inseridos. Todos estes aspectos evidenciaram a complexidade e a infinidade de fatores que se relacionam ao processo saúde-doença.

[...] se você não faz a prevenção, muitas pessoas vão ficando doentes ao mesmo tempo e isso daí geram muitos gastos, tratamentos longos, hospitais lotados. (ACS2)

Eu acho que o cuidado integral não é ver só aquilo que traz uma patologia, é a pessoa no todo. É psicológico, é físico, é num geral. (E4)

Você tem que ter uma escuta direcionada, um acolhimento, passar orientações. [...] não é tratar apenas a doença, a gente trata os problemas dele, a saúde física, mental, metabólica, emocional. (M5)

[...] olhar não apenas para o quesito doença, queixa do paciente e resposta medicamentosa que a gente possa dar. [...] É você juntar vários elementos do cuidado da saúde para conseguir fazer um diagnóstico adequado do paciente e responsabilizar cada uma dessas partes dentro do cuidado dele. (M2)

No entanto, nem sempre a percepção de como cuidar de forma ampliada se concretizou na prática cotidiana dos profissionais, considerando que fragilidades e fragmentação do cuidado no âmbito da APS foram reveladas, causadas, muitas vezes, pela alta demanda e pela deficiência na estruturação das equipes de saúde na APS.

[...] são muitos pacientes e não tem uma quantidade de profissionais suficientes, sabe? Então é tudo assim, não tem médico, eu vou lá e não consigo consultar, o que tem aqui é o que tinha quando abriu o posto em 2001. (TE5)

A gente atende muito demanda espontânea, então a gente não conseguiu, eu pelo menos não consegui estruturar ainda na minha equipe um cuidado pautado na promoção da saúde. [...] nós não temos isso bem estruturado, acaba sendo nas oportunidades que aparecem [...]. (E1)

[...] eu atendi uma pacientinha, que a filha teve convulsão, foi parar no hospital e voltou acamada. Uma adolescente. Ela falou que essa filha sempre deu muito trabalho, e a filha agora já tem 20 anos e está nessa situação. Então, assim, será que nunca a gente conseguiu chegar nessa família? Nunca conseguiu ver essa criança? [...] vê que ponto que é a nossa responsabilidade? (ACS4)

3.2 Cuidado em saúde por meio das PCAF

Ao deparar-se com a fragmentação do cuidado, observou-se um movimento dos profissionais de saúde em compreender o todo por meio das partes e as partes pelo conhecimento do todo. Esse movimento para ampliar o cuidado, foi identificado quando os profissionais da APS consideraram a relevância das PCAF como forma de cuidado com a saúde de seus usuários.

A gente tem que aliar a atividade física com a conduta terapêutica proposta. Como uma forma de prevenção e também manutenção. O hipertenso, ele não vai melhorar só com medicação. O diabético não vai ficar bem só com a medicação. (E3)

[...] é importante para a prevenção de doença e melhora da condição cardiovascular [...] melhorar o bem-estar e também um fator psicológico, a aceitação do indivíduo, a autoestima. [...] Ele se sente mais ativo, principalmente os idosos, quando eles começam a praticar atividade [...] ele assumir o seu próprio cuidado. (M3)

Os usuários destacaram a redução de dores e do uso de medicamentos, a melhora na condição física e na qualidade de vida, como benefícios percebidos no que diz respeito à saúde, por meio do cuidado advindo das PCAF.

Tirou bastante aquelas dores que eu estava sentindo. Eu parei de fazer a fisioterapia porque eu estou me sentindo bem. (U7)

Porque se você faz atividade física, você deixa de tomar um monte de remédios, né? Até o médico falou que eu era mais saudável que ele. Coração, ele falou que era menina de 20 anos. (U9)

Eu tive mais mobilidade, as dores diminuíram né? (U10)

Os profissionais da APS destacaram a importância das PCAF para o cuidado em saúde dos usuários sob vários aspectos: físicos, emocionais, metabólicos, seu papel preventivo, social, em relação ao cuidado de doenças crônicas não transmissíveis, autonomia do indivíduo, conscientização ao autocuidado, protagonismo terapêutico, redução da busca por serviços ambulatoriais e hospitalizações, menor consumo de medicamentos.

Se você não tem uma atividade física, você vai ficando cada vez mais rígido, as dores aumentam, você vicia em anti-inflamatório, em analgésico [...]. (E5)

[...] se a pessoa faz atividade física, ela já está prevenindo a aparição de doenças crônicas. [...] Ele já tem essa visão de que é necessário. Então é mais fácil convencer ele até fazer um segmento da alimentação, porque ele já gosta, ele já entende que isso é importante. (M5)

Melhora até a questão mental, a questão da serotonina, dopamina, a questão de sono, de relacionamento. [...] os idosos que, às vezes, estava enclausurado dentro de casa, não tinha aonde ir, não tinha ninguém para conversar, é um grupo de autoajuda. (M1)

Para os usuários, os grupos de PCAF influenciaram a forma como estes vislumbram a vida, pois os fez sentirem-se parte da comunidade, melhorando seu humor e disposição para as atividades cotidianas.

A questão do humor, a gente fica mais disposta, a gente fica mais bem humorada para fazer as atividades do dia [...]. (U1)

É muito saudável, né? A gente se sente melhor. E eu convivo com as outras pessoas também, né? Você ri, você dá risada, você dança. Isso faz muito, muito bem para a saúde. (U9)

[...] quando a gente vem aqui, é uma terapia. Porque você conversa com um, você conversa com o outro. Você dá risada. Você se diverte. Além de você fazer um esporte, um exercício físico, e você se diverte, né? (U11)

Entretanto, a articulação desse conhecimento ao contexto estrutural pré-existente determinado pelo fenômeno do cuidado, tornou-se complexo pela incerteza de como essas PCAF se apresentaram no território de saúde em município de fronteira. Os profissionais verbalizaram sobre a ausência dos profissionais de educação física na rede de atenção e como essa situação prejudicou o cuidado ampliado, apontaram a deficiência nos encaminhamentos e a ausência de espaços para essas práticas.

[...] a gente sabe que não é essa a cultura nossa, a realidade. [...] fazer atividade física, não é uma coisa gostosa [...], talvez se tivesse um profissional, vamos dizer na unidade, junto com o enfermeiro, o médico, o dentista, e tivesse também um profissional de educação física, uma nutricionista, um psicólogo, sabe, esse mundo ideal da saúde pública, se tivesse isso, talvez eu pudesse encaminhar [...] (E2)

[...] como que a gente encaminha? Diz que tem que colocar na fila do distrito, daí eles vão chamando por fila. [...] é tudo sobre fila, não é chegar aqui e agendar direto [...]. Eles pedem para a gente encaminhar, mas nunca nem foi ensinado a gente como encaminhar, entendeu? (E5)

Eu percebo que tem alguma coisa, mas eu acho que não é o ideal. A gente precisaria de um espaço para praticar. A gente já conversou com os médicos, as enfermeiras, tinha muito para fazer. Só que daí não tem recurso humano, não tem pessoa para fornecer essa atividade, para estar junto com o idoso [...]. (ACS3)

Os usuários relataram que conseguiram o acesso às PCAF depois que foram residir próximo aos locais que ofertam tais atividades, descrevendo a dificuldade no acesso daqueles que residem em outros bairros, visto que o acesso aconteceu por meio de encaminhamentos ou até mesmo por demanda espontânea.

Olha, eu morava lá no Morumbi 1. Quando mudei aqui para o Morumbi 2, fiquei sabendo. Daí comecei a atividade com o doutor [...], a caminhada. Aí, depois, vem uma coisa, vem outra. E daí, a gente vai entrando. (U4)

[...] eu morava no Maracanã e caminhava na Avenida Paraná. Vim morar aqui, aí facilitou para mim. Doutor [...] me deu um encaminhamento para o ginásio, eu não podia pagar, entrei grátis. (U6)

Eu moro perto, então os vizinhos falam, daí eu fiquei sabendo por vizinhos [...]. (U10)

Eu fiz também hidroginástica ali, tudo encaminhado pelo médico. Só que é difícil ali, porque na hora de tomar o ônibus para voltar, é muito difícil, né? Nossa, às vezes era até nove horas da noite lá no ponto, e não passava ônibus? (U12)

Os profissionais versaram sobre a maneira como a prática corporal deve ser oferecida, com responsabilidade por parte do sistema, respeitando a individualidade biológica de cada sujeito, adaptada a sua condição de saúde, em oposição a uma atividade física descompromissada e desarticulada do contexto cultural e social. Ainda falaram sobre a importância de profissionais capacitados para o atendimento desses usuários, o que possibilitaria a resolutividade dos problemas de saúde.

[...] desde que a pessoa seja bem avaliada, nessa avaliação física anterior ao começo dos exercícios e desde que seja bem atendida por profissionais da área. [...] Enfim tem muitos benefícios advindo das atividades físicas, desde que adequadas e bem acompanhadas. (ACS1)

[...] a partir do momento que você está se movimentando você está produzindo saúde para você [...] o teu organismo vai trabalhar melhor, você vai conseguir descansar melhor, [...] se você fortalecer com as atividades, com o tempo as dores cessam porque você vai diminuir o peso, fortalecer os músculos, ajuda muito. (TE1)

Os usuários salientaram também, sobre a importância de uma variedade de atividades na oferta das PCAF, para uma melhor resolutividade e continuidade da atenção, além do respeito às condições de saúde individuais por parte dos profissionais que conduzem as atividades, adaptando os exercícios de acordo com suas necessidades.

Permaneci no grupo e entrei em mais outro grupo que é o grupo da natação. (U1)

Então [...] tem essa preocupação de me ajudar nos exercícios, de quem está auxiliando também, de eu fazer sentada ou em pé, porque eu não consigo me deitar no chão. (U5)

[...] antes eu fazia hidroginástica [...]. Mas daí me deu um problema da asma [...], e aqui quando é frio, é muito frio, entrar na água quente, sair no frio, aí eu deixei um pouco. E vim para a ginástica. (U7)

Pelos relatos dos profissionais, o cuidado ampliado por meio das PCAF, demandados pela população dependem do perfil do profissional fisioterapeuta. Em algumas unidades, o fisioterapeuta faz atividades em grupo e integra toda a eMulti para garantir o cuidado, já em outras, o fisioterapeuta só vai à unidade caso necessite avaliar algum usuário, faz orientações e encaminha para as clínicas. As atividades oferecidas não mantêm uma continuidade, iniciam e terminam de acordo com a vontade do profissional.

Aqui, a gente tem mais acesso para encaminhar paciente para essas atividades, porque a equipe multi é mais dinâmica [...] a fisioterapeuta está

sempre movimentando, toda a equipe multi, como nutri, psicólogos, fono, tudo ela movimenta. (ACS4)

Não tem nada que tenha atendimento nesse sentido dentro do distrito geral. [...] ele [o fisioterapeuta] orienta a família e quando o caso é mais prolongado, esse paciente vai para as clínicas [...]. (E4)

[...] se eu determino que a atividade é na quinta de manhã, ela tem que ser sempre na quinta de manhã. Se isso se estabelece, não importa se é a [...] que vai fazer, ou se vai ser o próximo profissional que vai vir no lugar da [...], ele já vai entrar e vai saber, na quinta de manhã esta atividade existe, eu tenho que dar continuidade. Para isso acontecer, eu tenho que ter um programa estabelecido. Mas se o paciente for lá uma vez e aquele grupo não existe mais, eu já quebrei meu vínculo. (M2)

Contudo, alguns usuários relataram a continuidade da atenção, pelo tempo que participam dos grupos, demonstrando a efetividade do serviço oferecido, independentemente do profissional que esteja no comando dessas atividades.

[...] faço natação, muito bom. Faço hidro, muito bom. Pilates, fiz ontem aqui [...] A hidro é no ginásio, a natação lá no Gresfi. Bem, desde 92 eu frequento isso aqui. (U6)

No ginásio de esporte CC. Lá eu faço, eu fazia natação desde 94. (U10)

Acho que foi uma vizinha que me contou na época que isso faz tanto tempo já da caminhada do doutor G. Isso, já tem, acho que uns 16 anos ou mais. (U4)

3.3 Dificuldades para desenvolver grupos de PCAF

Apesar da ausência do profissional de educação física na rede de atenção à saúde do município, este profissional está inserido da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SMEL). No entanto, os relatos dos profissionais demonstraram a existência de barreiras para o acesso a essas atividades e a falta de interação entre as equipes que atuam nas diferentes Secretarias Municipais. Esse caráter independente entre Secretarias dificulta a implementação do cuidado no sentido do todo, fragmentando a atenção dos usuários que percorrem os serviços públicos na busca por melhores condições de saúde e qualidade de vida.

Como são secretarias diferentes, são coisas que não se comunicam. A gente não sabe efetivamente o que existe de atividade da secretaria de esporte e lazer que poderia ser um bom encaixe para a saúde. Exatamente por falta de comunicação. (M2)

Ele deveria estar inserido como parte do cuidado ampliado, como a prática de promoção e cuidados de saúde, só que muitas vezes isso é só falado na teoria, né? E na prática a gente não vê o sistema único trabalhar dessa forma, não vê oferecer, não vê estimular. É muito importante cobrar dos profissionais que falem isso, mas o indivíduo, ele não tem acesso. (M3)

A minha unidade não é tão próxima a esses locais em que acontecem essas atividades, então só aquela gestante né, aquele paciente que tem carro, que tem condições de deslocamento que vai realmente ter acesso à atividade. (E1)

Além da demanda espontânea, alguns profissionais encaminharam seus usuários para os grupos de PCAF, seja para os grupos oferecidos pela eMulti, ou para os grupos oferecidos pela secretaria de esporte e lazer, porém descreveram a falta de comunicação entre essas equipes e a falta de conhecimento dos grupos que acontecem no território.

Só oriento para procurar, os únicos grupos que eu posso encaminhar são esses que já tem no distrito. Quando eu tenho oportunidade eu encaminho para esses, mas se o paciente não se enquadra no grupo da coluna, por exemplo, não tem critério para se encaminhar, eu não sei como encaminhar para outro local e não sei nem se existe outro serviço. (E1)

[...] é tudo via sistema, entendeu? [...] Se não está no sistema, porque não vai encaminhar. [...] os médicos, muitas vezes, não fazem. Porque, como já está no protocolo ali do sistema, muitas vezes acabam não encaminhando porque não está ali. Não lembram. [...] deveria ter essa reunião para discutir os casos dos pacientes que estão acompanhando e tal, mas não tem. (M5)

Parece que é só protocolar. Traz o exame de aptidão e eu vou [pensativo]. Às vezes, o idoso apresenta dor, ósseo articular, alguma arritmia, alguma coisa, mas eles não mandam feedback, simplesmente é verbal. (M3)

3.4 Autocuidado por meio das PCAF

Na tentativa de apreender a complexidade sobre o cuidado ampliado em saúde por meio das PCAF, percebeu-se que o sujeito, por vezes, não consegue integrar seu conhecimento na promoção da sua própria saúde. Embora tenham conhecimento sobre a importância de se ter uma vida fisicamente ativa, revelou-se a contradição entre o conhecimento e a dialógica de não usar esse conhecimento em relação ao seu próprio benefício por parte de alguns profissionais.

[...] no momento não. Eu entrei na menopausa fiquei preguiçosa, deu várias reações em mim, horrível. Eu fazia caminhada, mas nunca fui de ir para academia, morro de preguiça. Eu adoro dança, mas é que é tudo longe. (ACS2)

[...] eu comecei a fazer academia, só que daí não deu, porque como eu sou dona de casa também, eu já tenho neto, é complicado para a gente fazer [...]. (ACS3)

Por outro lado, há profissionais ativos fisicamente e que possuem um olhar atento sobre o cuidado, motivando e incentivando os colegas de trabalho a buscarem

uma vida fisicamente ativa. Os participantes destacaram como utilizaram o conhecimento sobre o cuidado ampliado por meio das PCAF em favor do seu autocuidado.

Há uns 20 anos atrás, eu tive uma dor muito forte no quadril. Como eu trabalhava com três neurologistas, fui aos três. O doutor me fez um remedinho. E os três falaram assim, você tem que fazer um exercício físico. E a partir dali eu comecei a fazer. [...] Aquela dor forte nunca mais me deu, porque eu ficava travada. (AE3)

[...] mais, no início do ano eu passei pela cirurgia bariátrica porque a vida toda fui obesa, mas estou no processo agora de emagrecimento e aí eu pratico atividade física, agora. Antes eu praticava, mas não tão regularmente. A gente tem um lugar de fala, tem mais propriedade para falar. (E1)

Para os usuários que participam dos grupos de PCAF com foco no cuidado ampliado, a atividade física promoveu autopercepção de saúde positiva. Segundo os relatos, existe uma motivação adicional em permanecer frequentando as práticas de autocuidado, pela independência física, autonomia e autoestima que proporcionam.

[...] você recebe um diagnóstico de um câncer, teu psicológico abala. Aqui assim, a gente interage, brinca, tem de vez em quando uns cafés da tarde, a gente traz alguma coisa, participa, todo mundo. [...] ajudou das duas formas, física e psicológica. (U3)

Vou completar 80 agora. Ah, eu sou ativa, as pessoas ficam até [...] “Você não tem essa idade pelo que você faz.” Eu faço tudo. (U6)

É bom porque melhora todo o nosso corpo, melhora todo o nosso modo de ver as coisas, o modo de pensar, melhora em tudo. Sou independente. Viajo bastante. Eu estou com 75 anos. Estou completamente saudável. (U9)

O mesmo aconteceu com os profissionais, aqueles que praticam atividades físicas tem autopercepção da saúde positiva, diferente daqueles que são inativos fisicamente.

Aquela dor forte nunca mais me deu, porque eu ficava travada. Eu aderi a caminhada. Quando eu paro, eu me sinto pesada, me sinto meio que mal-humorada. Então, eu procuro sempre estar fazendo. Eu faço musculação. Eu fiz natação três anos. [...] Então, eu estou sempre em movimento. (AE3)

Melhora a sua disposição, melhora o seu humor, melhora tudo, né? Muito bom, meu Deus. Eu tenho até mais, como que eu vou falar? Um bem-estar para atender os pacientes, sabe? Eu me sinto bem. (E3)

[...] eu não faço atividade física, sou totalmente sedentária e daí já vem à diabetes, o colesterol [...]. (TE1)

Tô sedentária há um bom tempo já. [...] o que nós carregamos de estresse, a gente acumula tudo prejudicando a nossa saúde. (E4)

3.5 Responsabilização sobre o cuidado em saúde

Os participantes apresentaram conhecimento frágil sobre a necessidade de responsabilização mútua no que se refere ao cuidado em saúde, demonstrando certa propensão em responsabilizar apenas algumas partes, sem considerar a complexidade do todo para o sucesso das ações em saúde.

Você tem genética para ser diabético na família, mas você aos 22 anos está 30 quilos acima do peso. Ah, mas sair desse eixo vai me demandar um esforço que eu não quero ter. Eu quero ter um remédio para sarar isso. Eles não querem ter a proatividade física. Poucos são aqueles que fazem atividade física regular e entendem a importância disso, comem bem, evitam porcarias e tudo mais. (M2)

Eles não se preocupam com a questão da saúde. Também tinha antes o hiperdia, que era para diabetes e hipertensão, tinha os grupos, mas também [...] é raro quando consegue fazer esse programa [...]. E não é por falta de tentar, a equipe encaminha, vai atrás, chama, é bem difícil. (TE1)

A gente, no acolhimento aqui, a gente fala, olha, tal dia tem o exercício com a fisioterapeuta. Mas eles têm sempre um por que não vir. [...] o povo quer remédio. (TE2)

[...] a saúde do paciente é responsabilidade dele, a gente faz até uma parte [...]. (E2)

A quebra do paradigma no qual a saúde está envolta, assevera a compreensão que todas as partes são interdependentes, superestimar a responsabilidade de apenas umas das partes em detrimento das outras, descredibiliza a necessidade de uma reformulação no saber lógico. A oferta do cuidado por meio das PCAF no território de saúde encoraja os usuários e profissionais de saúde à busca pelo autocuidado e fortalece a necessidade de uma política pública específica para essa “nova” forma de cuidar, baseada em evidências e diretrizes que conduzem a prática das equipes de saúde.

Desse modo, destaca-se a ruptura linear de causa e efeito no qual a reestruturação das diretrizes que conduzem a prática cotidiana influencia a mudança de hábitos e comportamentos individuais, retroagindo sobre a sociedade de forma a produzir um ciclo auto constitutivo e autoprodutor o que favorece o processo saúde-doença.

4. Discussão

Os resultados demonstraram a complexidade em compreender e inserir as PCAF na perspectiva do cuidado ampliado em território trinacional. Embora os profissionais participantes reconheçam a necessidade do cuidado integral, relatando estarem atualizados sobre as novas recomendações e protocolos de atendimento, em que a humanização deve estar no centro do cuidado e citarem a promoção da saúde e a prevenção de doenças como um fator importante para reduzir o ônus econômico no sistema de saúde, ainda inexistente um processo de trabalho bem definido, que supere as fragilidades e a fragmentação presente no território de saúde da fronteira.

O cuidado ampliado por meio das PCAF, desvela desfechos favoráveis à saúde física e mental, visto que a atividade física se refere a uma estratégia eficaz de cuidado centrado no paciente, que busca ampliar o cuidado do todo, por meio das partes, sem desconsiderar a totalidade e a relevância do cuidar (Morin, 2015).

A literatura nacional destaca que as PCAF, no contexto da saúde, não devem ser simplificadas ao ponto de serem compreendidas por uma abordagem biomédica, focada na doença. A complexidade que envolve a PCAF precisa envolver múltiplas possibilidades de atuação que a cerca, considerando a equidade, autonomia, empoderamento e protagonismo individual. Estes aspectos são envoltos por benefícios e desafios, de caráter social e cultural, relacionados ao desenvolvimento humano (Vasconcelos *et al.*, 2024).

Para além dos indicadores biológicos, que precisam ser reconhecidos, este estudo destaca a amplitude do fenômeno estudado, e compreende que as PCAF possuem potencial para tornar os sistemas públicos de saúde, em região de fronteira, resilientes, minimizando desigualdades por meio de uma assistência equânime, longitudinal e integral, mesmo em territórios vulneráveis e com processos de trabalho fragilizados.

Os profissionais relataram a fragmentação do cuidado no território fronteiriço, por ser a primeira linha de cuidado, a APS deveria garantir a assistência pautada na promoção da saúde e no cuidado por meio da participação corresponsável entre os atores envolvidos, fortalecendo ações multiestratégias e intersetoriais (Brasil, 2021). Contudo, evidenciou-se o cuidado às condições agudas, quase que de forma ambulatorial, em detrimento à participação corresponsável por parte dos usuários e incentivo à prevenção e promoção da saúde por parte do serviço.

Mesmo assim, os resultados mostraram a relevância das PCAF como forma de cuidar pela percepção ampliada dos benefícios, tanto pelo seu foco medicalizador, como pelos princípios e diretrizes da promoção da saúde, por meio da exploração crítica da

prática atual. Esta mesma percepção foi encontrada entre profissionais de saúde que atuam nos serviços de saúde inglês (Gokal; Daley; Madigan, 2024).

A percepção dos profissionais de saúde foi corroborada pelos usuários que descreveram diminuição de dores, menor consumo de medicamentos prescritos, maior conscientização sobre autocuidado, melhora na condição física e qualidade de vida. Desse modo, apesar da fragmentação nas ações de promoção da saúde, foi possível perceber as ações de cuidado por meio das PCAF nos relatos dos usuários que participam dos grupos no território.

Independentemente da idade, a prática de atividades físicas a longo prazo proporciona resultados favoráveis para a saúde e a qualidade de vida, tanto em relação à saúde física, como a autonomia, cognição e seu papel neuroprotetor entre usuários acometidos por episódios exacerbados de estresse (Chen *et al.*, 2022; Rominger *et al.*, 2022).

Atividades esportivas individuais como natação, caminhadas e ginástica melhoram a saúde mental geral, o humor, aumenta a satisfação com a vida, melhora a autoestima, a satisfação corporal, a qualidade de vida, a autoavaliação da saúde, a frequência do riso e a promoção do sentimento de pertencimento. Já a participação em esportes coletivos, independente do volume da atividade, tem um efeito mais positivo na energia mental, na autopercepção física e na saúde psicológica em adultos. Isso reforça a necessidade de aumentar a oferta de grupos de PCAF nas comunidades (Jemna *et al.*, 2022; Eather *et al.*, 2023).

Uma pesquisa com usuários inativos fisicamente, atendidos pelo serviço de saúde da Irlanda, com risco de doenças crônicas, buscou determinar um modelo aceitável para integrar grupos de PCAF no sistema de saúde. Os usuários expuseram que os profissionais de saúde são uma fonte confiável no aconselhamento às PCAF, no entanto, precisam oferecer suporte estrutural para que as práticas aconteçam, demonstrando que só aconselhar não aumenta os níveis de atividades físicas. Mesmo assim, o estudo sugeriu que abordar o tema das PCAF na APS ajuda a motivar e facilitar a mudança de comportamento da população (Mcgrath *et al.*, 2024).

O apoio social no serviço de saúde Irlandês foi citado como motivação e sentimento de pertencimento pelos participantes do referido estudo. Além disso, expressaram a necessidade de que as PCAF fossem adaptadas às suas capacidades físicas e limitações, bem como, a acessibilidade a grupos sem custo como determinantes para iniciar e manter o envolvimento nos grupos de PCAF (Mcgrath *et al.*, 2024).

Esses aspectos, também revelados nesta pesquisa, podem ser uma importante transformação paradigmática para implementar as ações de PCAF nos serviços de saúde local. Este fato pode ser justificado pela ruptura da ideia recursiva linear de produto/produtor, já que aquilo que a sociedade produz volta-se para ela mesma, ou seja, um sistema de saúde que oferece cuidados eficazes será beneficiado por uma população que requer cada vez menos de assistência complexa (Morin, 2015; Mcgrath *et al.*, 2024).

Por outro lado, há insegurança por parte dos profissionais em aconselhar ou encaminhar os usuários para as PCAF, considerando a falta de clareza sobre onde os grupos acontecem e a ausência de um profissional de referência, como o profissional de educação física. Neste caso, a ausência de um educador físico foi identificada como uma barreira para o cuidado ampliado. Pesquisa realizada em município do sul do Brasil, sobre o aconselhamento à atividade física por profissionais de saúde da APS, revelou que apenas 43% dos usuários receberam aconselhamento por parte das equipes de saúde (Santos *et al.*, 2021).

Pesquisa conduzida no Reino Unido destacou que as principais barreiras para a efetivação das recomendações e encaminhamentos para as PCAF durante as consultas da APS, estão associadas à falta de capacitação para aumentar o conhecimento e a confiança dos profissionais de saúde em relação às atividades físicas, falta de recursos educacionais e educação em saúde. Melhorar a receptividade dos usuários a uma rotina de atividades físicas é fundamental para diminuir os riscos de agravos à saúde (Hall *et al.*, 2022).

A adesão ao estilo de vida mais ativo, foi fortalecido pelo acesso gratuito, contudo, isso não aconteceu em todo território de saúde do cenário estudado, configurando que o custo das atividades físicas é compreendido como uma dificuldade para a adesão aos grupos de PCAF no cotidiano, como já citado na literatura (Pellerine *et al.*, 2022).

O encaminhamento formal realizado pelo profissional de saúde impactou a tomada de decisão pela mudança de comportamento. A rotina padronizada de encaminhamentos para os grupos de PCAF nos serviços da APS é essencial para fortalecer a estrutura organizacional da rede de atenção, com destaque para um serviço forte, resolutivo e eficaz (Law *et al.*, 2021). Além disso, a eficácia de um sistema de referência e contrarreferência poderá fortalecer a continuidade e a integralidade do cuidado ampliado (Oliveira; Silva; Souza, 2021).

Um aspecto sobressalente na narrativa dos usuários foi a falta de ações de planejamento urbano em relação ao transporte público, visto que os relatos indicaram que a ausência dos grupos de PCAF em todo território se configurou como um inconveniente para o acesso a essas práticas. Portanto, se fazem necessárias intervenções colaborativas, intersetoriais e logísticas como forma complementar para facilitar a promoção das PCAF.

E diante da complexidade para incentivar as ações de PCAF, na perspectiva do cuidado ampliado, há de se considerar a dialógica da abordagem sistêmica, no qual o planejamento urbano e a promoção das PCAF não são simplesmente justapostos, são na verdade necessárias um ao outro (Morin, 2015).

Os usuários participantes relataram mais de uma década inseridos nos grupos de PCAF no território. Compreende-se que a oferta estabelecida e regular desenvolve vínculos com a comunidade, facilita o autocuidado e a manutenção de hábitos saudáveis por meio de uma vida fisicamente ativa, além de melhorar a função física e reduzir o risco de um processo de envelhecimento frágil (Ward-Ritacco *et al.*, 2022).

Ao refletir sobre a complexidade do fenômeno estudado, que extravasa o mundo biológico e repercute no mundo sociológico, se reduz os benefícios das PCAF para o cuidado (partes) ou somente avalia os ganhos holísticos do cuidado (todo). Portanto, coloca-se em risco o impacto potencial das PCAF na perspectiva do cuidado ampliado, reverberando a continuidade da atenção construída pelo alicerce da promoção da saúde, prevenção de agravos, proteção, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos, como prevê o Ministério da Saúde do Brasil (Morin, 2015; Brasil, 2021).

Os participantes relataram que as PCAF no contexto da APS são oferecidas pelos fisioterapeutas, por estarem na linha de frente e possuírem o conhecimento para a prescrição de exercícios. Os fisioterapeutas ocupam uma posição profícua para orientar e aumentar os índices de PCAF no território de saúde, especialmente entre usuários que necessitam do cuidado ampliado em saúde. Um processo de trabalho construído de forma multiprofissional, bem definido e composto por recursos adequados para auxiliar na criação de grupos de PCAF para populações especiais poderia ser útil, somado ampliação e disponibilidade de grupos no território, instalações adequadas e a inserção de profissionais de educação física no cotidiano dos serviços de APS (O'Brien *et al.*, 2020).

Na ausência de profissionais de educação física nas secretarias de saúde, é comum que as secretarias de esporte, por intermédio da colaboração intersetorial,

assumam a responsabilidade de ofertar as PCAF nas comunidades. Essas parcerias impactam positivamente na condição de saúde local e regional, pois reduz as desigualdades de saúde. Para isso, é crucial a implementação e adaptação das políticas de promoção da saúde e prevenção de agravos (Racine *et al.*, 2021).

Ademais, o estudo revelou que o autocuidado e bem-estar dos profissionais de saúde pode influenciar o atendimento clínico. Profissionais de saúde que não priorizam seu autocuidado estão mais propensos a faltas no serviço e, conseqüentemente, aumentam a sobrecarga dos demais profissionais da unidade (Nkabinde-Thamae; Downing, 2024). Profissionais ativos fisicamente são mais propensos a orientar ou encaminhar os usuários a buscarem a PCAF na perspectiva do cuidado em saúde (Carstairs *et al.*, 2020).

A autopercepção de saúde é complexa e multifacetada, muitas vezes, contrária às avaliações médicas que se concentram apenas em indicadores clínicos. Importante destacar que a atividade física tem influência positiva na saúde cerebral, provocando autopercepção da saúde (Dostálová *et al.*, 2021). Essa influência repercute inclusive sobre a autopercepção de saúde em indivíduos com função cognitiva prejudicada por um diagnóstico grave como o câncer de mama. Além de diminuir sintomas como fadiga, ansiedade, depressão e dor nesses pacientes, repercute na função psicossocial (Ficarra *et al.*, 2022).

A responsabilidade pelo cuidado em saúde deve envolver diferentes esferas de cuidado, sobretudo dos serviços na APS. Uma auditoria da política de atividade física realizada em vários países europeus sugeriu que setores de esporte, saúde e educação foram os principais impulsionadores de políticas de promoção das PCAF. Desse modo, concluíram que mais oportunidades para promover atividades físicas deveriam ser criadas em outros setores para garantir a cooperação para o cuidado ampliado em saúde por meio das PCAF (Klepac *et al.*, 2020).

Com base nesses contextos, aos profissionais cabe conhecer as diretrizes que conduzem suas práticas clínicas apoiadas em evidências que incluem a prática de atividade física para o cuidado em saúde e suas implicações nas necessidades individuais e coletivas. É preciso conhecer o território em que atuam, se aproximar da comunidade e dos dispositivos que favorecem o acesso a essas práticas. Aos usuários cabe ser mais participativo na busca pelo seu autocuidado, por meio do engajamento no seu plano terapêutico, interesse nas Conferências Municipais de Saúde e aproximação

com os serviços oferecidos pela APS, que incluem a boa comunicação entre usuários e profissionais (Khatri *et al.*, 2023).

Contudo, a autonomia dos usuários na busca pelo cuidado por meio das PCAF depende de educação, linguagem e cultura, cuja sociedade inclua essa temática no cotidiano desses sujeitos, permitindo o acesso e disponibilidade aos serviços em todo o território de saúde. Assim, é preciso tornar as atividades físicas um hábito recursivo, no qual a sociedade produza indivíduos ativos fisicamente e esses, por sua vez, produzam uma sociedade mais proativa e saudável, que busca nas PCAF uma maneira de viver o todo (Morin, 2015).

5. Considerações finais

Os resultados apontaram a necessidade de inserir as PCAF na rotina dos serviços de saúde na perspectiva do cuidado ampliado, possibilitando desenvolver a resiliência nos sistemas de saúde pública no que se refere à fragmentação do cuidado e prestação de serviços. As PCAF inseridas no território trinacional, na perspectiva de profissionais e usuários, diminuem o risco de incapacidades e o ciclo de fragilidades físicas, sociais e culturais.

Além disso, os resultados evidenciaram a fragilidade nos processos de trabalho, considerando os desafios na orientação dos profissionais sobre o território de saúde e sobre os grupos de PCAF oferecidos.

A experiência com o cuidado ampliado em saúde por meio das PCAF, pelos usuários em região de fronteira parece ser um ponto forte para apoiar investimentos em uma política de promoção das PCAF nesses territórios, uma vez que demonstram eficácia na continuidade do cuidado e humanização do processo terapêutico.

Investir em protocolos de encaminhamentos e fortalecer o sistema de referência e contrarreferência facilitaria a comunicação intersetorial, inclusive no planejamento urbano em relação ao transporte público e a avaliação da nova forma de cuidados. Como estratégia para ampliar e melhorar o acesso dos usuários aos grupo, recomenda-se a parceria entre a secretaria de saúde, secretaria de esporte e lazer e secretaria de mobilidade urbana.

A principal limitação do estudo, foi relacionada à investigação não ter abarcado os usuários migrantes que utilizam os serviços em território nacional, visto que o sistema de saúde em Foz do Iguaçu, por ser universal, não deve recusar o atendimento

da população que diariamente atravessa a fronteira em busca de atenção à saúde. Esses resultados podem ser explorados como base para pesquisas mais abrangentes em outros territórios nacionais.

6. Referências

- ARENHART, C. G. M.; RIZZOTTO, M. L. F.; MELARA, M.; CARRIJO, A. R. Representações sociais do direito à saúde na fronteira trinacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 4233-4241, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. **Promoção da Saúde: aproximações ao tema: caderno 1** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_aproximacoes_tema.pdf. Acesso em 25 jan. 2025.
- BULL, F. C.; AL-ANSARI, S. S.; BIDDLE, S.; BORODULIN, K.; BUMAN, M. P.; CARDON, G.; CARTY, C.; CHAPUT, J.-P.; CHASTIN, S.; CHOU, R.; DEMPSEY, P. C.; DIPIETRO, L.; EKELUND, U.; FIRTH, J.; FRIEDENREICH, C. M.; GARCIA, L.; GICHU, M.; JAGO, R.; KATZMARZYK, P. T.; LAMBERT, E.; LEITZMANN, M.; MILTON, K.; ORTEGA, F. B.; RANASINGHE, C.; STAMATAKIS, E.; TIEDEMANN, A.; TROIANO, R. P.; PLOEG, H. P. V. D.; WARI, V.; WILLUMSEN, J. F. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. **British Journal of Sports Medicine**, London, v. 54, n. 24, p. 1451-62, 2020.
- CARSTAIRS, S. A.; ROGOWSKY, R. H.; CUNNINGHAM, K. B.; SULLIVAN, F.; OZAKINCI, G. Connecting primary care patients to community-based physical activity: a qualitative study of health professional and patient views. **BJGP open**, London, v. 4, n. 3, 2020.
- CARVALHO, F. F. B.; VIEIRA, L. A. O financiamento como desafio nas políticas públicas de saúde: o caso do Programa Academia da Saúde. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, São Paulo, v. 44, p. e002322, 2022.
- CHASTIN, S.; MCGREGOR, D.; PALAREA-ALBALADEJO, J.; DIAZ, K. M.; HAGSTRÖMER, M.; HALLAL, P. C.; HEES, V. Y. V.; HOOKER, S.; HOWARD, V. J.; LEE, I.-M.; ROSEN, P. V.; SABIA, S.; SHIROMA, E. J.; YERRAMALLA, M. S.; DALL, P. Joint association between accelerometry-measured daily combination of time spent in physical activity, sedentary behaviour and sleep and all-cause mortality: a pooled analysis of six prospective cohorts using compositional analysis. **British Journal of Sports Medicine**, London, v. 55, n. 22, p. 1277-1285, 2021.
- CHEN, X.; GILES, J.; YAO, Y.; YIP, W.; MENG, Q.; BERKMAN, L.; CHEN, H.; CHEN, X.; FENG, J.; FENG, Z.; GLINSKAYA, E.; GONG, J.; HU, P.; KAN, H.; LEI, X.; LIU, X.; STEPTOE, A.; WANG, G.; WANG, H.; WANG, H.; WANG, X.; WANG, Y.; YANG, L.; ZHANG, L.; ZHANG, Q.; WU, J.; WU, Z.; STRAUSS, J.; SMITH, J.; ZHAO, Y. The path to healthy ageing in China: a Peking University–Lancet Commission. **The Lancet**, London, v. 400, n. 10367, p. 1967-2006, 2022.
- DOSTÁLOVÁ, R.; STILLMAN, C.; ERICKSON, K. I.; SLEPICKA, P.; MUDRÁK, J. The relationship between physical activity, self-perceived health, and cognitive function in older adults. **Brain Sciences**, Switzerland, v. 11, n. 4, p. 492, 2021.

EATHER, N.; WADE, L.; PANKOWIAK, A.; EIME, R. The impact of sports participation on mental health and social outcomes in adults: a systematic review and the ‘Mental Health through Sport’ conceptual model. **Systematic reviews**, London, v. 12, n. 1, p. 102, 2023.

FICARRA, S.; THOMAS, E.; BIANCO, A.; GENTILE, A.; THALLER, P.; GRASSADONIO, F.; PAPAKONSTANTINO, S.; SCHULZ, T.; OLSON, N.; MARTIN, A.; WAGNER, C.; NORDSTRÖM, A.; HOFMANN, H. Impact of exercise interventions on physical fitness in breast cancer patients and survivors: a systematic review. **Breast Cancer**, Tokyo, v. 29, n. 3, p. 402-418, 2022.

GOKAL, K.; DALEY, A. J.; MADIGAN, C. D. “Fear of raising the problem without a solution”: a qualitative study of patients’ and healthcare professionals’ views regarding the integration of routine support for physical activity within breast cancer care. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 32, n. 1, p. 87, 2024.

HALL, L. H.; THORNELOE, R.; RODRIGUEZ-LOPEZ, R.; GRICE, A.; THORAT, M. A.; BRADBURY, K.; KAMBLE, M. W.; OKOLI, G. N.; POWELL, D.; BEEKEN, R. J. Delivering brief physical activity interventions in primary care: a systematic review. **The British Journal of General Practice**, London, v. 72, n. 716, p. e209-e216, 2022.

HARRINGTON, J.; HAMPTON, A-R. ‘Border Country’: health law in a devolved UK. **Medical Law Review**, London, v. 32, n. 2, p. 229-247, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE, 2023**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/foz-do-iguacu.html>. Acesso em 20 set. 2023.

JEMNA, D. V.; DAVID, M.; DEPRET, M. H.; ANCELOT, L. Physical activity and healthcare utilization in France: evidence from the European Health Interview Survey (EHIS) 2014. **BMC Public Health**, London, v. 22, n. 1, p. 1355, 2022.

KERR, N. R.; BOOTH, F. W. Contributions of physical inactivity and sedentary behavior to metabolic and endocrine diseases. **Trends in Endocrinology and Metabolism**, New York, v. 33, n. 12, p. 817-827, 2022.

KHATRI, R.; WOLKA, E.; NIGATU, F.; ZEWDIE, A.; ERKU, D.; ENDALAMAW, A.; ASSEFA, Y. People-centred primary health care: a scoping review. **BMC Primary Care**, London, v. 24, n. 1, p. 236, 2023.

KLEPAC POGMILOVIC, B.; RAMIREZ VARELA, A.; PRATT, M.; MILTON, K.; BAUMAN, A.; BIDDLE, S. J. H.; PEDISIC, Z. National physical activity and sedentary behaviour policies in 76 countries: availability, comprehensiveness, implementation, and effectiveness. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 17, p. 1-13, 2020.

LAW, R. J.; LANGLEY, J.; HALL, B.; BURTON, C.; HISCOCK, J.; WILLIAMS, L.; MORRISON, V.; LEMMEY, A. B.; LOVELL-SMITH, C.; GALANDERS, J.; COONEY, J.; WILLIAMS, N. H. Promoting physical activity and physical function in people with long-term conditions in primary care: the Function First realist synthesis with co-design. **Health and Social Care Delivery Research**, Southampton, v. 9, n. 16, p. 1-104, 2021.

MATTHEWS, C. E.; MOORE, S. C.; AREM, H.; COOK, M. B.; TRABERT, B.; HAKANSSON, N.; LARSSON, S. C.; WOLK, A.; GAPSTUR, S. M.; LYNCH, B. M.; MILNE, R. L.; FREEDMAN, N. D.; HUANG, W-Y.; GONZALEZ, A. B.; KITAHARA, C. M.; LINET, M. S.; SHIROMA, E. J.; SADIN, S.; PATEL, A. V.; LEE, I-M. Amount and Intensity

of Leisure-Time Physical Activity and Lower Cancer Risk. **Journal of Clinical Oncology**, New York, 2020; v. 38, p.686–697.

McGRATH, A.; LAMBE, B.; MATTHEWS, E.; McDONNELL, K.; HARRISON, M.; KEHOE, B. Determinants of physical activity promotion in primary care from the patient perspective of people at risk of or living with chronic disease: a COM-B analysis. **BMC Primary Care**, London, v. 25, n. 1, p. 190, 2024.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MORGAN, T. L.; FAUGHT, E.; ROSS-WHITE, A.; FORTIER, M. S.; DUGGAN, M.; JAIN, R.; LANE, K. N.; LORBERGS, A.; MACLAREN, K.; MACFADDEN, T.; TOMASONE, J. R. Tools to guide clinical discussions on physical activity, sedentary behaviour, and/or sleep for health promotion between primary care providers and adults accessing care: a scoping review. **BMC Primary Care**, London, v. 24, n. 1, p. 140, 2023.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5. ed. Porto alegre. Sulina, 2015.

NKABINDE-THAMAE, G. J.; DOWNING, C. Self-care practices among professional nurses employed in primary health care clinics. **South African Family Practice**, South Africa, v. 66, n. 1, p. 1-8, 2024.

NIGRO, E.; POLITO, R.; ALFIERI, A.; MANCINI, A.; IMPERLINI, E. Molecular mechanisms involved in the positive effects of physical activity on coping with COVID-19. **European journal of applied physiology**, Berlin, v. 120, p. 2569-2582, 2020.

O'BRIEN, M. W.; SHIELDS, C. A.; CAMPBELL, K. L.; CROWELL, S. J.; FOWLES, J. R. Perceptions and practices of providing physical activity counselling and exercise prescriptions among physiotherapists in Nova Scotia. **Physiotherapy Canada**, Toronto, v. 72, n. 3, p. 230-238, 2020.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. de. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 31, p. e310105, 2021.

PELLERINE, L. P.; O'BRIEN, M. W.; SHIELDS, C. A.; CROWELL, S. J.; STRANG, R.; FOWLES, F.R. Health care providers' perspectives on promoting physical activity and exercise in health care. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Switzerland, v. 19, n. 15, p. 9466, 2022.

PIGGIN, J. What Is Physical Activity? A Holistic Definition for Teachers, Researchers and Policy Makers. **Frontiers in Sports and Active Living**, Switzerland, v. 2, p. 72, 2020.

RACINE, A. N.; GARBARINO, J. M.; MASSIERA, B.; VUILLEMIN, A. Analysis of the local health-enhancing physical activity policies on the French Riviera. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Switzerland, v. 18, n. 1, p. 156, 2021.

ROMINGER, C.; SCHNEIDER, M.; FINK, A.; TRAN, U. S.; PERCHTOLD-STEFAN, C. M.; SCHERDTFEGGER, A.R. Acute and chronic physical activity increases creative ideation performance: A systematic review and multilevel meta-analysis. **Sports medicine-open**, Switzerland, v. 8, n. 1, p. 62, 2022.

ROSS, R.; CHAPUT, J. P.; GIANGREGORIO, L. M.; JANSSEN, I.; SAUNDERS, T. J.; KHO, M. E.; POITRAS, V. J.; TOMASONE, J. R.; EL-KOTOB, R.; MCLAUGHLIN, E. C.; DUGGAN, M.; CARRIER, J.; CARSON, V.; CHASTIN, S. F.; LATIMER-CHEUNG, A. E.; CHULAK-BOZZER, T.; FAULKNER, G.; FLOOD, S. M.; GAZENDAM, M. K.; HEALY, G. N.; KATZMARZYK, P. T.; KENNEDY, W.; LANE, K. N.; LORBERGS, A.; MACLAREN, K.; MARR, S.; POWELL, K. E.; RHODES, . E.; ROSS-WHITE, A.; WELSH, F.; WILLUMSEN, J.; TREMBLAY, M.S. Canadian 24-hour movement guidelines for adults aged 18–64 years and adults aged 65 years or older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. **Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism**, Ottawa, v. 45, n. 10, p. s57-s102, 2020.

SANTOS, L. P. D.; RECH, C. R.; FERMINO, R. C. Physical Activity Counseling among Adults in Primary Health Care Centers in Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Switzerland, v. 18, n. 10, p. 5079, 2021.

SILVA, A. G.; PRATES, E. J. S.; MALTA, D. C. Avaliação de programas comunitários de atividade física no Brasil; uma revisão de escopo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. e00277820, 2021.

SILVA-SOBRINHO, R. A.; ZILLY, A.; SILVA, R. M. M.; ARCOVERDE, M. A. M.; DESCHUTTER, E. J.; PALHA, P. F.; BERNARDI, A. S. Coping with COVID-19 in an international border region: health and economy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, p. e3398, 2021.

STAMATAKIS, E.; AHMADI, M. N.; GILL, J. M. R.; THOGERSEN-NTOUMANI, C.; GIBALA, M. J.; DOHERTY, A.; HAMER, M. Association of wearable device-measured vigorous intermittent lifestyle physical activity with mortality. **Nature Medicine**, New York, v. 28; p. 2521-2529, 2022.

TREMBLAY, M. S.; ROSS, R. How should we move for health? The case for the 24-hour movement paradigm. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 192, n. 49, p. e1728-e1729, 2020.

VASCONCELES, R.; ESPÍRITO-SANTO, G.; MORAES, D. R.; CASTIEL, L. D. Dossiê das práticas corporais e atividades físicas no SUS: discursos nas produções científicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 34, p. e34081, 2024.

WARD-RITACCO, C. L.; GREANEY, M. L.; CLARK, P. G.; RIEBE, D. The longitudinal association between physical activity and physical function in older women. **Frontiers in Sports and Active Living**, Switzerland, v. 4, p. 879025, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATIONn (WHO). **Global status report on physical activity**, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059153>. Acesso em 24 jan. 2025.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para alcançar os resultados desta dissertação, apoiada na prerrogativa de que as PCAF possibilitam a promoção da saúde, a melhora de aspectos na qualidade de vida, a prevenção de doenças crônicas e infectocontagiosas, tratamento, reabilitação e fortalecem o autocuidado, duas questões foram importantes para sua condução, sendo elas: As PCAF são percebidas e inseridas como ações para o cuidado ampliado em saúde? Como acontecem essas ações em um município de fronteira?

E por considerar as questões complexas e dialógicas, exploradas no território de fronteira trinacional, recorreu-se a um referencial teórico-metodológico que possibilitou melhor compreender os resultados, o Paradigma da Complexidade de Edgard Morin. O referido referencial, buscou apreender sob a perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado, a percepção do todo e das partes, diante do território e das experiências singulares dos participantes em relação ao cuidado ampliado em saúde por meio das PCAF.

Foi possível compreender a importância do cuidado ampliado em saúde, por meio das PCAF, na perspectiva dos usuários, que extrapolou o modelo biomédico, suportou o passar dos anos cuidando de forma acolhedora, intencional e resoluta. Empoderou e manteve os usuários no centro da proposta terapêutica, resultando em um posicionamento otimista frente ao processo saúde-doença.

Houve usuários que relataram terem sido encaminhados às PCAF pelo profissional de saúde da APS, demonstrando o olhar atento que estes possuem sobre o território e o entendimento do cuidado ampliado e integral, oferecendo aos usuários a oportunidade de tratar não apenas o diagnóstico apresentado, mas tudo que envolve o indivíduo para além de um diagnóstico. Isso ficou evidente pelo princípio hologramático, ao perceberem a melhora do humor, o alívio das dores, o otimismo em relação à cura, o empoderamento e a percepção de saúde, num movimento que sobressaiu a prática física.

Ao mesmo tempo, em um movimento das partes para o todo, foi possível perceber a fragilidade da APS ao identificar a falta de processos de trabalhos definidos, a insegurança dos profissionais frente a uma nova abordagem de cuidado, que se distancia daquilo que eles citam como prática clínica. Este aspecto foi agravado pela falta de capacitações regulares, as quais poderiam fomentar discussões multiprofissionais, que possibilitassem o olhar ampliado ao território de saúde e as muitas possibilidades de cuidados que cada profissional em sua área, poderia desempenhar.

A junção desses saberes, e sua inserção na rotina do serviço, tem potencial para fortalecer o sistema público de saúde em região de fronteira, tendo em vista a possibilidade de reduzir as iniquidades em saúde. Importante destacar, que o diálogo proporcionado ao longo da trajetória de coleta de dados, promoveu aos participantes profissionais a reflexão sobre o protagonismo dos usuários no processo saúde-doença.

Os profissionais de saúde reconheceram que não sabem descrever como encaminhar seus usuários para os grupos de PCAF no território, e como deveriam usar o protocolo de referência e contrarreferência em sua prática cotidiana, por não existir um fluxo definido de encaminhamentos. Enquanto os gestores justificaram a ausência de ações como as PCAF na redução dos repasses aos municípios e escassez de profissionais, somado as crises no sistema de saúde que impactaram negativamente os recursos e a organização de capacitações e formação dos profissionais.

Ficou evidente a necessidade de comunicação multisetorial e interprofissional no que se refere ao comprometimento de expandir os grupos de PCAF, para que todos os usuários tenham acesso a este cuidado em saúde. Os poucos grupos que foram oferecidos no território apresentaram quantidade limitada de profissionais e a ausência de uma política de atividades físicas no município, expondo a desvalorização das PCAF no contexto do cuidado.

Os desafios para a operacionalização das PCAF na perspectiva do cuidado ampliado de fato são muitos, contudo, o potencial para garantir um cuidado centrado no paciente e sua rede de apoio é muito maior, considerando que, segundo os usuários, há redução no uso de medicamentos, de situações de emergência e hospitalizações, visto o fortalecimento e equilíbrio da saúde física e emocional.

As PCAF têm potencial para aumentar a resiliência no sistema de saúde frente às situações adversas, como por exemplo, em epidemias e pandemias, pois diminuem as fragilidades na saúde individual, que por sua vez, repercute na saúde coletiva, sobretudo em regiões de maior vulnerabilidade como os territórios de fronteira.

Pesquisas futuras podem avançar o trabalho atual através de mapas da população que ainda necessita acesso às PCAF, às enfermidades associadas ao sedentarismo, os recursos disponíveis para ampliar a oferta dos grupos de PCAF na comunidade e as atividades realizadas. Importante diagnosticar as desigualdades entre os grupos sociais em relação às PCAF, possibilitando a administração eficaz dos recursos e identificar o interesse dos grupos sociais em relação à compreensão do cuidado ampliado em saúde por meio das PCAF.

De posse dessas informações sugere-se por meio do Planejamento Estratégico Situacional a implementação de uma política pública de PCAF no âmbito da saúde apoiada nos recursos disponíveis: humanos, financeiros e estruturais. Além da contínua revisão do planejamento por meio de ciclos de aprendizagem, garantindo a capacitação regular dos gestores e profissionais, a participação dos usuários por meio do controle social e o incentivo à presença em conferências municipais de saúde.

10. REFERÊNCIAS

ÂNGULO, J. *et al.* Physical activity and exercise: Strategies to manage frailty. *Redox Biol*, v. 35, p. 101513, 2020.

ARENHART, C. G. M. *et al.* Representações sociais do direito à saúde na fronteira trinacional. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 11, p. 4233-4241, 2022.

AVILA-VERA, M.; RANGEL-BLANCO, L.; PICAZZO-PALENCIA, E. Application of Principal Component Analysis as a Technique to Obtain a Social Vulnerability Index for the Design of Public Policies in Mexico. *Open Journal of Social Sciences*, v. 8, n. 9, p. 130-145, 2020.

AYRES, J. R. Vulnerabilidade, cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. *Saúde em Debate*, v. 46, p. 196-206, 2023.

BAKRIS, G.; ALI, W.; PARATI, G. Guidelines for hypertension: ACC/AHA vs. ESC/ESH. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 73, n. 23, p. 3018-3026, 2019.

BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DHA-SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), v. 116, n. 3, p. 516-658, 2020. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em 17 Out. 2023.

BLAIR S. N.; POWELL K. E. Physical Activity and the Public's Health: A Symposium in Honor of Dr. Ralph S. Paffenbarger's 70th Birthday. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, v. 26, n. 7, p. 807, 1994.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*, 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 26 out. 2023.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. *8º Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 17 a 21 de março de 1986: relatório final. Brasília, 1986. Disponível em: [Conselho Nacional de Saúde - 8ª Conferência Nacional de Saúde \(1986\) \(saude.gov.br\)](#). Acesso em 24 jun. 2023.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. p.5, 2018. Disponível em: [Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS \(saude.gov.br\)](#). Acesso em 08 mai. 2023.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022*. Brasília-DF, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acessado em 10/06/2023.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.681 de 7 de novembro de 2013. *Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Disponível em: Ministério da Saúde (saude.gov.br). Acesso em 10 jun. 2023.

BULL F. C. *et al.* World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, v. 54, n. 24, p. 1451-62, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>. Acesso em 26 dez. 2023.

» <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>

CALISTRO, M. O. *et al.* Territorialização com uso de georreferenciamento e estratificação de vulnerabilidade social familiar na atenção básica. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 26, n. 6, p. 2141-2148, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Z5cJ6HN8kzbYMstfHGd7PxD/?format=pdf>. Acesso em 27 out. 2023.

CARVALHO, F. F.; AKERMAN, M.; COHEN, S. C. A promoção da saúde na atenção básica: o papel do setor saúde, a mudança comportamental e a abordagem individual. *Estudos Avançados*, v. 37, n. 109, p. 89-104, 2023.

CARVALHO, F. F. Potencialidades e Desafios das práticas Corporais e Atividades Físicas no cuidado e promoção da saúde. *Motrivivência*, v. 32, n. 63, p. e71546, 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/343197016>. Acesso em 21 abr. 2022.

CARVALHO, F. F.; PINTO, T. J. P.; KNUTH, A.G. Atividade física e prevenção de câncer: evidências, reflexões e apontamentos para o Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 66, n. 2, p. e12886, 2020.

CHARCHAR, F. J. *et al.* Lifestyle management of hypertension: International society of hypertension position paper endorsed by the world hypertension league and European society of hypertension. *Journal of Hypertension*, v. 42, n. 1, p. 23-49, 2023. Disponível em: https://journals.lww.com/jhypertension/fulltext/9900/lifestyle_management_of_hypertension_315.aspx. Acesso em 17 Out. 2023.

CÔRREA, R. *et al.* Vulnerabilidade em saúde na região de fronteira e habilidades sociais. *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 48, n. 178, p. 99-120, 2022.

DING D.; LAWSON K. D.; KOLBE-ALEXANDER, T. L. *et al.* The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*, London, v. 388, n. 10051, p. 1311-1324, 2016.

FAN, B. *et al.* What and how can physical activity prevention function on Parkinson's disease. *Oxidative Medicine and cellular Longevity*, v. 2020, 2020.

FARIA, C. C. M. V.; PAIVA, C. H. A. Território de saúde: Possibilidades e desafios a partir da contribuição de Norbert Elias e Jonh L. Scotson. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 272-277, 2019.

FARIA, R. M. A territorialização da atenção básica à saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020.

FEUSTEL, A. C. *et al.* Risks and benefits of unapproved disease-modifying treatments for neurodegenerative disease. *Neurology*, v. 94, n. 1, p. e1-e14, 2020.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7. ed. São Paulo. Atlas, 2019. p. 26.

_____. *Como fazer pesquisa qualitativa*. 1. ed. Barueri. Atlas, 2021. p. 15.

- GOMES, M. M. S. *et al.* Reregistration of the population residing in Foz do Iguaçu, Brazil, in compliance with the Primary Health Care Policy. *Pan American Journal of Public Health*, v. 46, n. 29, p. e158, 2022.
- HAUM, N. D. A. P.; CARVALHO, M. Controle social do SUS: A saúde em região de fronteira em pauta. *Saúde e Sociedade*, v. 30, n. 4, p. e200350, 2021.
- HAUSER, D. N.; HASTINGS, T. G. Mitochondrial dysfunction and oxidative stress in Parkinson's disease and monogenic parkinsonism. *Neurobiology of disease*, Vol. 51, p. 35-42, 2013. Acessado em 06 Out. 2023.
- HORTELAN, M.S. *et al.* Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: Scoping review. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 32, n. 2, p. 229-236, 2019.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *IBGE*, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/foz-do-iguacu.html>. Acesso em 20 set. 2023.
- ISLAM, S. *et al.* Pesticides and Parkinson's disease: current and future perspective. *Journal of Chemical Neuroanatomy*, v. 115, p. 101966, 2021.
- KAMALL, A. *et al.* Exercise Training Post Cardiac Resynchronization Therapy Improves Exercise Tolerance and Quality of Life. *World Journal of Cardiovascular Diseases*, v.11, n. 6, p. 305-318, 2021. Disponível em: <https://www.scirp.org/journal/wjcd>. Acesso em 20 jun. 2023.
- KANDOLA, A. *et al.* Depressive symptoms and objectively measured physical activity and sedentary behaviour throughout adolescence: a prospective cohort study. *The Lancet Psychiatry*, v. 7, n. 3, p. 262-271, 2020.
- KATZMARZYK, P. T. *et al.* Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries. *British Journal of Sports Medicine*, v. 56, n. 2, p. 101-106, 2021.
- KERR, N. R.; BOOTH, F. W. Contributions of physical inactivity and sedentary behavior to metabolic and endocrine diseases. *Trends in Endocrinology and Metabolism*, v. 33, n. 12, p. 817-827, 2022.

KNUTH, A. *et al.* Práticas Corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. *Saúde e sociedade*, v. 30, n. 2, p. e200363, 2021.

KOSMAS, C. E. *et al.* Insulin resistance and cardiovascular disease. *Journal of International Medical Research*, v. 51, n. 3, p. 03000605231164548, 2023.

LEE, I.; SHIROMA, E. J.; LOBELO, F. *et al.* Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012.

LIMA, C. F. O uso de agrotóxicos “contrabandeados” na fronteira “Brasil-Paraguai” e as experiências dos pequenos produtores rurais no Paraná (1960-2018). *Tempos Históricos*, v. 25, n. 2, p. 129-161, 2021.

LIU, W. *et al.* Insufficient Level Of Physical Activity and Its Effect on Health Cost in Low-and Middle-Income Countries. *Frontiers in Public Health*, v. 10, p. 937196, 2022.

LOESCH, D. P. *et al.* Characterizing the genetic Architecture of Parkinson’s disease in latinos. *Annals of Neurology*, v. 90, n. 3, p. 353-365, 2021.

MAHALAKSHMI, B.; MAURYA, N.; LEE, S. D.; BHARATH, K. V. Possible Neuroprotective Mechanisms of Physical Exercise in Neurodegeneration. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 21, n. 16, p. 5895, 2020.

MARTINS, J. *et al.* Adolescent’s perspectives on the barriers and facilitators of physical activity: An updated systematic review of qualitative studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 9, p. 4954, 2021.

MARTINS, R. A. S. *et al.* Care networks for children and adolescents with craniofacial malformations: Perspectives from caregivers and nurses in a Brazilian border region. *Journal of Pediatric Nursing*, v. 85, p. 477-485, 2025.

MEDEIROS, M. S. *et al.* Occupational pesticide exposure and the risk of death in patients with Parkinson’s disease: an observational study in Southern Brazil. *Environmental Health*, v. 19, n. 68, p. 1-8, 2020.

MEHRY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde*. Ed. Hexis, v. 1, p. 59-72, 2016.

MEHRY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em debate*, v. 42, n. (spe1), p. 38-51, 2018.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

_____. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MOHAMED, I. Impact of COVID-19 pandemic on physical activity and sedentary behaviors among young adults of G Dh. Thinadhoo, Maldivas. *Open Journal of Social Sciences*, v. 10, n. 7, p. 216-238, 2022.

MORIN, E. *A cabeça bem feita: Repensar a reforma, reformar o pensamento*. 8. ed. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil, 2003.

_____. *Introdução ao pensamento complexo*. 5. ed. Porto alegre. Sulina, 2015.

NGUYEN, T. T. *et al.* Type 3 diabetes and its role implications in Alzheimer's diseases. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 21, n. 9, p. 3165, 2020.

_____. Role of insulin resistance in the Alzheimer's disease progression. *Neurochemical Research*, v. 45, p. 1481-1491, 2020.

NICOLAU, K.; FARIA, B.; PALOS, C. A atenção básica na perspectiva de gestores públicos do sistema único de saúde: estudo qualitativo. *Saúde e sociedade*, v. 30, n. 4, p. e210085, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Panorama of diabetes in the Americas*, 2022. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56643/9789275126332_eng.pdf?sequence=1. Acesso em 15 Out. 2023.

OLIVEIRA, Y. A. de.; EVEDOVE, A. U. D.; LOCH, M. R. Acesso às práticas corporais/atividade física durante o ciclo da vida: relato de idosas aposentadas. *Revista*

Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 28, p. 1-7, 2023. Disponível em: <https://www.rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14813>. Acesso em 18 jun. 2023.

PIGGIN, J. What Is Physical Activity? A Holistic Definition for Teachers, Researchers and Policy Makers. *Frontiers in Sports and Active Living*, v. 2, p. 72, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2023. Disponível em: <https://www5.pmfi.pr.gov.br/cidade/#next>. Acesso em 01 nov. 2023.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil – *Movimento é vida: atividades físicas e esportivas para todas as pessoas*: 2017. Brasília: PNUD, 2017. Disponível em: United Nations Development Programme (undp.org). Acesso em 07 jun. 2023.

RÓMAN, J. E. I. *et al.* Mental wellbeing and physical activity levels: A prospective cohort study. *Mental Health and Physical Activity*, vol. 24, p. 100498, 2023.

SALLES, H. K.; DALLAGNELO, E. H. L. A Análise Crítica do Discurso como alternativa teórico-metodológica para os estudos organizacionais: um exemplo da análise do significado representacional. *Organizações & Sociedade*, v. 26, n. 90, p. 414-434, 2019.

SANTOS, A. C.; WILLUMSEN, J.; MEHEUS, F. The cost of inaction on physical inactivity to public health-care systems: a population – attributable fraction analysis. *The Lancet Global Health*, v. 11, n. 1, p. e32-e39, 2022.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MEHRY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração da modelo de atenção. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018.

SIGNOR, E. *et al.* Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde de acordo com modelos assistenciais. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 12, p. e46, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/67809/50551>. Acesso em 12 jan. 2024

SILVA, A. G.; PRATES, E. J. S.; MALTA, D. C. Avaliação de programas comunitários de atividade física no Brasil; uma revisão de escopo. *Caderno de Saúde Pública*, v. 37, n. 5, p. e00277820, 2021.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. 2º ed. Artmed, 2008. p. 23.

TSUKITA, K.; SAKAMAKI-TSUKITA, H.; TAKAHASHI, R. Long-term Effect of Regular Physical Activity and Exercise Habits in Patients With Early Parkinson Disease. *Neurology*, v. 98, n. 8, p. e859-e871, 2022.

VASCONCELLOS, P. R. O. *et al.* Exposição a agrotóxicos na agricultura e doença de Parkinson em usuários de um serviço público de saúde no Paraná, Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 28, n. 4, p. 567-578, 2020.

VASCONCELLOS, P. R. O.; RIZZOTTO, M. L. F.; TAGLIETTI, M. Morbidade hospitalar e mortalidade por doença de Parkinson no Brasil de 2008 a 2020. *Saúde em Debate*, v. 47, n. 137, p. 196-206, 2023.

WARD, C. *et al.* Suicidal behaviours and mental health disorders among students commencing college. *Psychiatry Research*, vol. 307, p. 114314, 2022.

WEHRMEISTER, F. C.; WENDT, A. T.; SARDINHA, L. M. V. Iniquidades e doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, n. (spe1), p. e20211065, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Por um mundo mais seguro, saudável e justo*, 2020. Disponível em: [Relatório de Resultados da OMS 2020-2021 \(who.int\)](#). Acesso em 06 jun. 2023.

_____. *Relatório de situação global sobre atividade física*, 2022. Disponível em: [Relatório de situação global sobre atividade física 2022 \(who.int\)](#). Acesso em 06 jun. 2023.

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante,

Convidamos o (a) senhor (a) a participar da pesquisa intitulada, “**Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva do cuidado ampliado em saúde em um município de fronteira**”, com o objetivo de apreender as ações e a importância das práticas corporais e atividades físicas para o cuidado ampliado em saúde em um município de fronteira do oeste do Paraná. Possui a finalidade de coletar informações sobre as práticas corporais e atividades físicas inseridas no contexto da Atenção Primária à Saúde, para isso o (a) senhor (a) será submetido a uma entrevista por meio de questionário aplicado pelo pesquisador.

Se ocorrer algum transtorno, decorrente de sua participação em qualquer etapa desta pesquisa, nós pesquisadores, providenciaremos acompanhamento e a assistência imediata, integral e gratuita. Havendo a ocorrência de danos, previstos ou não, mas decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a você, na forma da Lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

Também você poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo, no entanto, terá direito ao ressarcimento de despesas decorrentes de sua participação.

Nós pesquisadores garantimos a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O seu nome, endereço, voz e imagem nunca serão associados aos resultados desta pesquisa, exceto quando você desejar. Nesse caso, você deverá assinar um segundo termo, específico para essa autorização e que deverá ser apresentado separadamente deste.

As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Caso as informações fornecidas e obtidas sejam consideradas úteis para outros estudos, você será procurado para autorizar novamente o uso. Você deverá assinar esse documento em duas vias, sendo uma via sua e outra do pesquisador, sugerimos que guarde sua via de modo seguro.

Caso você queira se comunicar com a pesquisadora e assistentes, estes são os endereços: Foz do Iguaçu: Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Foz do Iguaçu, Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300, Jardim Universitário, 85851-100, **Orientador: Dr. Lucinar Jupir Forner Flores, Coorientadora: Dra. Rosane Meire Munhak da Silva, Mestranda: Juliana Ribeiro Falcão Cavalcanti.**

Caso você precise informar algum fato, ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 as 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619, Bairro Universitário, Cascavel - PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Este documento que você vai assinar contém duas páginas.

Declaro que concordo em participar deste estudo, mas estou ciente que posso desistir a qualquer momento. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Foz do Iguaçu, __/__/2024

**Assinatura do Participante
Responsável**

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE II - ROTEIRO DE ENTREVISTAS PROFISSIONAIS E GESTORES

ID QUESTIONÁRIO:

____/____/____

DATA

SOCIODEMOGRÁFICO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Caracterização do participante	
Idade	_____ anos
Sexo	M () F ()
Grau de Escolaridade	Médio () Técnico () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado ()
Profissão/Ocupação:	
Participante Profissional	
Em qual local o (a) senhor (a) trabalha?	
Em qual distrito sanitário o (a) senhor (a) trabalha?	
Há quanto tempo o (a) senhor (a) atua na profissão? _____ anos	
Na sua graduação ou formação técnica o (a) senhor (a) teve alguma disciplina sobre saúde pública ou coletiva?	() Sim () Não () Não se aplica
Na sua graduação ou formação técnica o (a) senhor (a) teve alguma disciplina de Promoção da Saúde?	() Sim () Não () Não se aplica
Há quanto tempo o (a) senhor (a) atua na Atenção Básica à Saúde? _____ anos	
Após iniciar na Atenção Básica à Saúde, o (a) senhor (a) teve alguma formação/capacitação para atuar em rede com outros programas?	() Sim () Não
Conhecimento sobre atividade física (profissionais e gestores)	
1. O (a) senhor (a) considera a prática de atividades físicas importante para a manutenção e promoção da saúde? Fale-me sobre isso.	
2. O (a) senhor (a) considera a prática de atividades físicas importante para o cuidado das doenças crônicas não transmissíveis? Como percebe essa importância?	
3. O (a) senhor (a) pratica alguma atividade física?	

Pergunta Norteadora para Profissionais e Gestores

Como o senhor (a) percebe o cuidado ampliado em saúde por meio das práticas corporais e atividades físicas?

Roteiro para os profissionais
1. O serviço oferece Encontros de Educação Permanente? O (a) senhor (a) costuma participar? Fale-me sobre esses encontros
2. O (a) senhor (a) conhece o território onde atua? De que maneira? Explique-me melhor.
3. Fale-me sobre o cuidado ampliado em saúde. Nos Encontros de Educação Permanente são abordados conteúdos sobre o cuidado ampliado em saúde?
4. O (a) senhor (a) considera que as práticas corporais e atividades físicas sejam uma estratégia para o cuidado ampliado em saúde? Explique-me melhor.
5. O (a) senhor (a) lembra se já foi mencionado conteúdos sobre práticas corporais e atividades físicas na perspectiva do cuidado com a saúde dos usuários, em alguma capacitação oferecida pela coordenação da Atenção Primária do Município?
6. O (a) senhor (a) tem conhecimento da oferta de práticas corporais e atividades físicas em seu território? Comente.
7. O (a) senhor (a) em sua anamnese costuma perguntar se o usuário pratica alguma atividade física? Se não, por qual motivo o (a) senhor (a) não costuma perguntar ao seu usuário, se ele pratica alguma atividade física?
8. O (a) senhor (a) considera que os usuários têm facilidade no acesso à atividade física?
9. O (a) senhor (a) orienta seus usuários a praticarem atividades físicas? Se sim, esses usuários que são orientados, geralmente buscam essa atividade física? Se não, por qual motivo o (a) senhor (a) não costuma orientá-los à prática de atividades físicas?
10. O (a) senhor (a) já fez algum encaminhamento formal, através da ficha de encaminhamento, à alguma atividade física? Se sim, há um feedback do profissional sobre o cuidado por meio das atividades físicas, através da contra referência?
11. Quando os usuários praticam alguma atividade física, qual a sua percepção sobre os benefícios da atividade física para a condição de saúde desse usuário?
12. Como o (a) senhor (a) avalia a oferta e acesso das práticas corporais e atividades físicas na perspectiva do cuidado ampliado em saúde no território?
13. Para qualificar o cuidado ampliado em saúde por meio das práticas corporais e atividades físicas na APS, em Foz do Iguaçu, que sugestões, o (a) senhor (a) faria?

Roteiro para os gestores
1. Como as redes de atenção se relacionam com os grupos de práticas corporais e atividades físicas no território?
2. Quais grupos de atividades físicas participam do cuidado do usuário no território?
3. Como o (a) senhor (a) enquanto gestor percebe o acesso dos usuários às práticas corporais e atividades físicas no território?
4. Conte-me como acontecem os Encontros de Educação Permanente nos serviços de atenção básica.
5. Conte-me como são abordados temas sobre promoção da saúde, mudança no estilo de vida e atividades físicas.
6. Sabendo que a atividade física é recomendação nas diretrizes do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT, como os gestores abordam esse tema na rotina do serviço?

APÊNDICE III – ROTEIRO PARA ENTREVISTA – USUÁRIOS

Caracterização dos usuários

Caracterização do participante	
Idade	_____ anos
Sexo	M (<input type="checkbox"/>) F (<input type="checkbox"/>)
Grau de Escolaridade	
Profissão/Ocupação	
País de Residência	
Condição de saúde	

Pergunta Norteadora para Usuários

O (a) senhor (a) percebe alguma mudança com o cuidado da sua saúde depois que iniciou no grupo de práticas corporais e atividades físicas?

Roteiro para usuários
1. Fale sobre o que te motivou a participar do grupo de atividades físicas.
2. Antes de participar desse grupo de PCAF você já participava de algum grupo de atividades físicas?
3. Como foi seu ingresso no grupo de PCAF, foi por encaminhamento de algum profissional de saúde, orientação, fale-me sobre isso.
4. Quais aspectos da tua saúde foram impactados/melhorados com a inserção no grupo de PCAF?
5. Qual a tua experiência em relação ao cuidado com a tua saúde na perspectiva das PCAF? Conte-me sobre isso.

ANEXO A – Autorização Secretaria Municipal de Saúde

ID.: 1/1

*Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu*

ESTADO DO PARANÁ

AUTORIZAÇÃO

A gestora do Sistema Único de Saúde do município de Foz do Iguaçu, Rose Meri da Rosa, **AUTORIZA** à acadêmica **JULIANA RIBEIRO FALCÃO CAVALCANTI** – da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), sob orientação do Dr. Lucinar J. Forner Flores e Co-orientação: Dra. Rosane M. M. da Silva, a realizar pesquisa junto à Diretoria de Atenção Primária em Saúde, no âmbito desta Secretaria da Saúde de Foz do Iguaçu, para realização da pesquisa *“Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva do cuidado ampliado em saúde em um município de fronteira”*.

Fica esta autorização condicionada à ciência e observância de cumprimento, pela acadêmica e pela Instituição de Ensino, dos critérios estabelecidos por esta Secretaria, especialmente quanto à coleta/pesquisa não ter sido iniciada e que isso somente ocorrerá após a aprovação do projeto de pesquisa pela coordenação do curso e instituição que frequenta. Ressalte-se necessidade de o projeto estar em conformidade com normas éticas e legislação vigente, respeitando-se o sigilo de informações, com o compromisso de não serem veiculadas tais informações ou divulgadas, obedecendo às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos e assegurando a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantindo que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição. Também deverá haver devolutiva do resultado da pesquisa ao serviço de saúde onde foi desenvolvido o projeto.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente instrumento para que surta seus efeitos legais.

Foz do Iguaçu, 03 de maio de 2024.

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:

Rose Meri da Rosa - **Secretária Municipal da Saúde**

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **AUTORIZAÇÃO**

Número: **14/2024**

Assunto: **AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA - JULIANA RIBEIRO FALCÃO**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.

Para verificar as assinaturas clique no link:

<https://sistemas.pmf.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=de47f644-f36e-4d41-8d23-6ec5ab499489>

e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação:
de47f644-f36e-4d41-8d23-6ec5ab499489

Hash do Documento

42CCD1B8286851B17C0A4942D2BF94B2E2ED10F89ADE290D45CCEAD23F823FC0

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 20/12/2024 é(são) :

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: ***58005049** em 03/05/2024 14:31:38 - **OK**

Tipo: Assinatura Eletrônica



A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTES DOCUMENTOS ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536, DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo, produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ -
UNIOESTE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva do cuidado ampliado em saúde em um município de fronteira.

Pesquisador: Juliana Ribeiro Falcão Cavalcanti

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79813724.5.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.841.276

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa tem por objetivo apreender as ações e a importância das práticas corporais e atividades físicas para o cuidado ampliado em saúde em um município de fronteira do oeste do Paraná, por meio de uma abordagem qualitativa, exploratória, fundamentada no referencial teórico-metodológico do Paradigma da Complexidade de Edgar Morin, amparada pelos princípios dialógico, recursivo e hologramático. A pesquisa será conduzida no município de Foz do Iguaçu, o qual possui 29 unidades da Atenção Primária à Saúde (APS), onde atuam 91 equipes de saúde da família (eSF) e 5 equipes multiprofissionais (eMulti), distribuídas em 5 distritos sanitários (DS), as equipes de saúde encaminham os usuários para os grupos de PCAF distribuídos no território. Os participantes do estudo serão os profissionais das unidades da APS, a saber: (médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde), gestores da APS, gerentes dos distritos sanitários e usuários dos serviços de APS no município. O período para a coleta de dados está previsto para Junho a Agosto de 2024, por meio de entrevista presencial que serão gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Serão realizadas entrevistas piloto com o intuito de identificar lacunas ou inconformidades no roteiro de perguntas, a

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ -
UNIOESTE**



Continuação do Parecer: 6.841.276

indicadores de saúde, proporcionando qualidade de vida da população e a construção de hábitos saudáveis para o autocuidado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2340420.pdf	14/05/2024 22:13:19		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_assinada.pdf	14/05/2024 22:04:54	Juliana Ribeiro Falcão Cavalcanti	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Formulario_cep.docx	14/05/2024 09:43:40	Juliana Ribeiro Falcão Cavalcanti	Aceito
Outros	Roteiro_entrevistas.docx	14/05/2024 09:35:19	Juliana Ribeiro Falcão Cavalcanti	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_prefeitura.pdf	13/05/2024 20:19:06	Juliana Ribeiro Falcão Cavalcanti	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	13/05/2024 20:15:11	Juliana Ribeiro Falcão Cavalcanti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.docx	13/05/2024 20:13:35	Juliana Ribeiro Falcão Cavalcanti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/05/2024 19:57:12	Juliana Ribeiro Falcão Cavalcanti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ -
UNIOESTE



Continuação do Parecer: 6.841.276

CASCADEL, 22 de Maio de 2024

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br