



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

Juliana Ribeiro Falcão Cavalcanti¹

Carmen Justina Gamarra²

Lucinar Jupir Forner Flores³

Marcos Augusto Moraes Arcoverde⁴

Rosane Meire Munhak da Silva⁵

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 Mestre, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, PR, Brasil. E-mail: jurfalcao@hotmail.com

² Pós-doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Foz do Iguaçu, PR, Brasil. E-mail: carmen.gamarra@unila.edu.br

³ Pós-doutorado, Universidade Estadual de Londrina (UEL). Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, PR, Brasil. E-mail: lucinar.flores@unioeste.br

⁴ Doutor, Universidade de São Paulo (USP). Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, PR, Brasil. E-mail: marcos.arcoverde2013@gmail.com

⁵ Doutora, Universidade de São Paulo (USP). Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz de Iguaçu, PR, Brasil. E-mail: zanem2010@hotmail.com



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 PCAF 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).

Os benefícios das PCAF na prevenção e diminuição dos riscos em desenvolver doenças crônicas não transmissíveis são reconhecidos na literatura nacional e internacional. Estudo norte-americano 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-Hodgkin 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 europeus e norte-americano 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).

Entretanto, o conceito de cuidado ampliado em saúde envolve uma abordagem integral e humanizada, que considera o contexto de vida, subjetividades, vulnerabilidades e história dos indivíduos, com a participação ativa do usuário, da família e de todo o território. Assim, é capaz de promover, por meio da interdisciplinaridade, um tratamento mais completo e contextualizado, com foco no bem-estar geral, para além do cuidado puramente biológico (Brasil, 2017).

A atividade física se refere a 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 apenas como o movimento do músculo esquelético ou gasto calórico (Piggin, 2020). As práticas corporais expressam o movimento humano, com significados sociais, culturais e subjetivos, construídos e ressignificados em diferentes contextos para promover saúde e bem-estar, conectados consigo e com os outros (Carvalho; Akerman; Cohen, 2023).

Desse modo, as PCAF na perspectiva do cuidado ampliado em saúde, transcendem as concepções relativas à prevenção e ao cuidado de problemas de saúde, uma vez que envolve à fruição e à qualidade de vida (Vieira; Carvalho, 2024). Isso se torna possível ao priorizar o indivíduo, cuidando-o de forma humanizada, em sua totalidade, colaborando com alternativas e ações do processo terapêutico e da promoção do bem-estar físico, social e emocional (Silva; Prates; Malta, 2021).

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 do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, os entraves demandados pelo Poder Legislativo Federal, ainda dificultam a efetividade de financiamento a nível municipal (Carvalho; Vieira, 2022).

Além disso, deve ser considerado o modelo biomédico presente na formação dos profissionais que atuam na APS (médicos, enfermeiros e outros) que dificulta a orientação e/ou prescrição de PCAF, assim como, a forma de organização da APS que em várias localidades ainda segue uma lógica centrada no adoecimento e não na promoção da saúde (Marques *et al.* 2023; Terra, 2023).

Esses fatos relacionados à gestão e aos profissionais enfraquecem 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 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 de qualidade de vida, 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 (Brasil, 2017), este estudo teve como objetivo analisar na percepção dos profissionais de saúde e usuários a inserção de PCAF 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, existem 17 grupos distribuídos em



quatro dos cinco distritos de saúde, visto que o distrito Oeste não possui grupos de PCAF, de acordo com informativos distribuídos pela equipe eMulti e registrados em Diário de Campo.

O período de coleta ocorreu entre junho e agosto de 2024, de forma *online* para três participantes – por chamada de vídeo, e presencial para 28 participantes. As entrevistas presenciais 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 participantes 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 pesquisa 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. As entrevistas, com duração média de 40 minutos, foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra, sem uso de *software*. Aleatoriamente, foram escolhidos oito participantes para que recebessem a transcrição de sua entrevista 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 PCAF são consideradas ações para o cuidado ampliado na APS? Outros aspectos foram elencados no roteiro para os profissionais: percepção sobre cuidado ampliado; educação permanente sobre o tema; conhecimento do território em que atua; PCAF como estratégia de cuidado; oferta e acesso as PCAF; se a inclui em sua abordagem clínica; se pratica, recomenda e encaminha usuários as PCAF. Para os usuários foram abordados: experiências; o que os motiva a realizar PCAF; acesso as PCAF; aspectos que impactaram sua saúde.

Para o encerramento do período de coleta das entrevistas foi adotado a saturação teórica de dados (Minayo, 2017).

Para análise dos dados utilizou-se a Análise Temática (Minayo, 2014), organizada em três etapas: (i) leitura flutuante para apropriação do conteúdo pesquisado, que possibilitou constituir o *corpus* da pesquisa, contemplando os aspectos levantados no roteiro. Em seguida, realizou-se a leitura profunda do material possibilitando iniciar a exploração do conteúdo; (ii) exploração do material para identificação das categorias: consistiu numa classificação 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. Esse recorte do texto foi importante para codificar e classificar os dados e conectá-los às categorias teóricas, responsáveis pela especificação dos temas; (iii) tratamento dos resultados: interpretação dos 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 6.841.276, 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 serviços da APS (UBS ou ESF) 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, CCI e Ginásio de Esportes Costa Cavalcanti.

O discurso complexo e dialético nos depoimentos dos participantes reconheceu a importância das PCAF para o cuidado em saúde. No entanto, a efetividade da atenção somente se aplicou a parte do território onde os usuários têm acesso às atividades. Desse modo, a pesquisa reforça a necessidade de ampliação dessas ações e de investimentos em programas de PCAF em todo o município, como forma de fortalecer o cuidado ampliado para toda população.

Para aprofundar as discussões sobre esta realidade complexa, identificaram-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 mútua 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 do cuidado 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 de 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 depoimentos evidenciaram a ausência de profissionais 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 o acesso às PCAF foi possível por residir próximo aos locais que ofertam tais atividades, descrevendo dificuldades no acesso daqueles que residem em outros bairros.

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 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 profissional faz atividades em grupo e integra toda a eMulti para garantir o cuidado, já em outras, 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 percepção 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

Embora tenha sido constatada nos depoimentos, a ausência de profissionais para a oferta de PCAF na rede de atenção à saúde do município, há profissionais de educação física inseridos na 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, há profissionais que encaminharam seus usuários para os grupos de PCAF por meio de grupos oferecidos pela eMulti e pela secretaria de esporte e lazer, porém desprezaram 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. Oh doutor me faz 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. (TE3)

[...] 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, essas ações promoveram 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 cafês 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 que praticam atividades físicas.

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. (TE3)

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 mútua 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 as múltiplas dimensões 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 necessidade da 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 mostraram a complexidade em reconhecer a importância, 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, pois 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 focada na doença. A complexidade que envolve a PCAF precisa envolver múltiplas dimensões, considerando equidade, autonomia, empoderamento e protagonismo individual. Estes aspectos são envoltos por tensões e contradições que interagem e retroagem no sistema de saúde e produzem uma realidade complexa (Morin, 2015).

Para além dos indicadores biológicos, que também precisam ser reconhecidos, este estudo destacou a amplitude e a necessidade de compreender o potencial das PCAF em tornar o sistema público de saúde, em região de fronteira, resiliente, cuja assistência se aproxime da equidade, longitudinalidade e integralidade, mesmo em territórios vulneráveis e com processos de trabalho fragilizados.

Os relatos dos profissionais destacaram a fragmentação do cuidado no território. Por ser a primeira linha de cuidado, a APS deveria garantir a assistência pautada na promoção da saúde e no cuidado com a 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 destacaram 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).

Compreende-se, portanto, que essas fragilidades para promover saúde e bem-estar retroalimentou o modelo biomédico, mas a satisfação e a autonomia dos usuários atuaram recursivamente como força de resistência e reorganização de um sistema de saúde fragilizado (Morin, 2015).

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. E por mais que o termo “qualidade de vida” possa parecer comum diante das potencialidades que as PCAF proporcionam ao nível biológico, deve-se atentar que grande parte da população convive com alguma condição de saúde que exige o uso de medicamentos continuamente e acompanhamento regular. Logo, é correto admitir que independente da condição de saúde, as PCAF permitem que os indivíduos possam desfrutar de qualidade de vida, com redução na necessidade de cuidados de alta complexidade e visitas recorrentes a emergências, o que foi observado nos relatos dos usuários que participam dos grupos no território.

A literatura científica descreve que 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 melhora do humor 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 nos territórios (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 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 profissionais da educação física foi identificada como uma barreira para o cuidado ampliado.

O presente estudo não focou na quantidade de usuários que receberam aconselhamento nos serviços da APS, no entanto, os resultados mostraram insegurança por parte dos profissionais de saúde, que relataram a incerteza de como as PCAF se apresentam no território, onde e em que horário acontecem e a competência do profissional em relação a especificidade no cuidado de cada condição de saúde, confirmando a dificuldade de comunicação horizontal no serviço.

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 (Hall *et al.* 2021).

A ausência de educação permanente e capacitações ofertadas pela APS que permitam que os profissionais possam expor suas dificuldades e compartilhar experiências impediu o olhar ampliado para as necessidades do território, que



recursivamente poderá gerar padrões inadequados de cuidados, sobretudo pela insegurança dos profissionais, retroalimentando o modelo biomédico.

A adesão ao estilo de vida mais ativo, é 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, resoluto 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).

Melhorar a receptividade dos usuários a uma rotina de PCAF é fundamental para diminuir os riscos de agravos à saúde. Tornar as PCAF um elemento regular na triagem dos fatores de risco, facilitará o encaminhamento dos usuários a partir dos fluxos da APS produzindo um hábito tanto para os profissionais quanto para os usuários.

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 indicadores clínicos (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 foram 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 habilitados em educação física, 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 ter influenciado o atendimento clínico, ou seja, produtor e organizador de outro que se retroalimenta e produz a transformação mútua. 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).

Explorar a sobrecarga de trabalho e exaustão física e psicológica dos profissionais da APS não foi objeto desta pesquisa, contudo, não se pode dissociar os aspectos da vida, do processo saúde-doença, do esgotamento das equipes de saúde, que influenciam diretamente a qualidade do serviço. É necessário considerar que os profissionais também são sujeitos centrais para o cuidado em saúde, há uma dualidade onde por um lado eles são detentores do poder em diagnosticar, medicar, encaminhar, tratar e cuidar e ao mesmo



tempo são dependentes do sistema de saúde quando necessitam ser cuidados e tratados, e quando precisam por em prática sua autopercepção de saúde.

Essa autopercepção de saúde é complexa e multifacetada, muitas vezes, contrária às avaliações médicas que se concentram apenas em indicadores clínicos. Importante destacar que as PCAF têm influência positiva na saúde cerebral, provocando autopercepção da saúde (Dostálová *et al.* 2021). Essa influência repercute inclusive sobre à 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 dimensões, 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. Foi concluído que mais oportunidades para promover PCAF deveriam ser criadas em outros setores para garantir a cooperação para o cuidado ampliado em saúde (Klepac *et al.* 2020).

Desse modo, busca-se ponderar as evidências científicas somada às necessidades e complexidades humanas, considerando os constituintes renováveis dessa complexa organização política e social, no qual a desordem suscita a auto-organização a partir do ruído. Na APS, o ruído tem potencial para tornar-se conhecimento objetivo, por meio do diálogo nas Conferências Municipais de Saúde. Essa interação entre profissionais e usuários pode desencadear estratégias, que permitirão a partir de uma decisão inicial, como explica Morin (2015), prever um número de cenários para a ação, que poderão ser transformados, de acordo com as informações e acasos que chegarão ao curso da ação.

A autonomia dos usuários frente ao 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 PCAF 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 importância e a necessidade de inserção das PCAF para a promoção do cuidado ampliado em território trinacional. As PCAF na perspectiva de profissionais e usuários, diminuem o risco de incapacidades e o ciclo de fragilidades físicas, sociais e culturais. Contudo, sua inserção nas práticas da APS mostrou-se incipiente, visto que 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.

Como mostrado neste estudo, a experiência com o cuidado ampliado em saúde por meio das PCAF pelos usuários parece ser um ponto forte para apoiar investimentos em uma política de promoção das PCAF nesses territórios, uma vez que demonstraram 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 grupos 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.

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, out./nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.08702022>

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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_aproximacoes_tema.pdf. Acesso em: 25 jan. 2025.

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 maio. 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. 1451-1462, dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>

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, p. 1-13, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101100>

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**, São Paulo, v. 37, n. 109, p. 89-104, set./dez. 2023.

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, set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/rbce.44.e002322>

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, maio. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102345>

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. 1-12, abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/brainsci11040492>

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. 1-27, jun. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02264-8>

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, mar. 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12282-022-01347-z.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2026.

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. 1-11. jan. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-023-08293-2>

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, nov. 2021. Disponível em: <https://bjgp.org/content/bjgp/early/2021/09/08/BJGP.2021.0312.full.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2026.

HARRINGTON, J.; HAMPTON, A-R. 'Border Country': health law in a devolved UK. **Medical Law Review**, London, v. 32, n. 2, p. 229-247, abril. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwae011>

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. 1-20, jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13479-0>

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, dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tem.2022.09.002>

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, n. 116, p. 1-13, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01022-6>

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, set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3310/hsdr09160>

MARQUES, F. R. D. M.; PIRES, G. A. R.; SANTOS, J. L. G.; BALDISSERA, V. D. A.; SALCI, M. A. The Chronic Care Model and its implications for Specialized Outpatient Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 76, n. 1, p. e20210315, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0315pt>

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, v. 38, n. 7, p.686–697, mar. 2020. DOI: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.19.02407>

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. 1-15, maio. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02440-2>



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**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 02 jan. 2026

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. 140, p. 1-17, jul. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02091-9>

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**, Cape Town, v. 66, n. 1, p. 1-8, set. 2024. DOI: <https://doi.org/10.4102/safp.v66i1.5955>

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**, Berlim, v. 120, n.12, p. 2569-2582, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00421-020-04484-5>

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. DOI: <https://doi.org/10.3138/ptc-2018-0098>

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, n. 1, p. e310105, abril. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>

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. 1-10, ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19159466>

PIGGIN, J. What Is Physical Activity? A Holistic Definition for Teachers, Researchers and Policy Makers. **Frontiers in Sports and Active Living**, Switzerland, v. 2, n. 72, p. 1-7, junho. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3389/fspor.2020.00072>

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. 1-10. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18010156>

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, out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0467>

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, maio. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00277820>

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, jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4659.3398>

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, n. 12, p. 2521-2529, dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02100-x>

TERRA, L. S. V. A formação em saúde que uma política de Estado exige. **Boletim do Instituto de Saúde-BIS**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 15-22, dez. 2023. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/40152/37818>. Acesso em: 06 jan. 2026.

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, dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.202345>

VIEIRA, L. A.; CARVALHO, F. F. B. Planejamento no SUS: a agenda das Práticas Corporais e Atividades Físicas de 2004 a 2023. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 141, p. e8865, jul. 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, jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fspor.2022.879025>

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.

Recebido em: 24 de setembro de 2025.

Aceito em: 26 de janeiro de 2026.