

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA

Anelise Sandri

**EDUCAÇÃO FÍSICA NO NASF: CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRESENÇA DA  
PROFISSÃO NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE  
PORTO ALEGRE/RS**

Porto Alegre

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA

Anelise Sandri

**EDUCAÇÃO FÍSICA NO NASF: CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRESENÇA DA  
PROFISSÃO NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE  
PORTO ALEGRE/RS**

Monografia apresentada à Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como pré-requisito para a conclusão do curso de Bacharelado em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Silva Fernando Bilibio

Porto Alegre

2016

Anelise Sandri

**EDUCAÇÃO FÍSICA NO NASF: CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRESENÇA DA  
PROFISSÃO NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE  
PORTO ALEGRE/RS**

Monografia apresentada à Escola de  
Educação Física da Universidade Federal  
do Rio Grande do Sul como pré-requisito  
para a conclusão do curso de  
Bacharelado em Educação Física.

Conceito Final:

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_-UFRGS

Orientador – Prof.Dr. Luiz Silva Fernando Bilibio - UFRGS

## **AGRADECIMENTOS**

Depois de três graduações e duas monografias no curso de educação física, um ciclo certamente se encerra para mim. Esse trabalho ficará marcado ao mesmo tempo como uma etapa que se encerra, mas também como recomeço, após o AVC que sofri em 2014. Foi um longo e atribulado caminho até aqui, e certamente há muitos a quem deveria agradecer por terem estado ao meu lado, amparando-me e encorajando-me a concretizar mais esse sonho.

Algumas pessoas, entretanto, merecem uma atenção especial...

Por isso, gostaria de agradecer, inicialmente, ao professor Bilibio, que me instigou a estudar e a pensar a educação física no campo da saúde coletiva e que, muito além disso, acolheu-me com apreço e encorajamento, tendo paciência e respeito ao meu tempo para a finalização dessa pesquisa. Quero agradecer também aos Gestores que entrevistei, que cederam seu tempo e contribuíram de forma muito rica para a elaboração das ideias e reflexões que pude realizar através das suas entrevistas.

E, por último, mas não menos importante, a minha família, que nunca deixou-me desistir dos meus sonhos e está diariamente ao meu lado me estimulando, me incentivando e, principalmente, acreditando em mim. Aos meus amigos, especialmente a Paula, que também fez/faz parte da minha recuperação e dividiu comigo todas as angústias desses últimos meses.

A vocês, toda a minha gratidão. Obrigada por tudo!

## RESUMO

Este estudo traz considerações a cerca da presença profissional da educação física dentro da Rede de Atenção Básica do sistema municipal de saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Mais especificamente busca levantar elementos sobre essa participação nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) deste município. Oito anos após a criação deste serviço, é possível notar que ocorreu um descompasso significativo relativo às implantações dos NASF's no país. O Rio Grande do Sul é um estado com poucos NASF's implantados, sendo sua capital, Porto Alegre, um retrato desta situação. O quadro se repete ainda em relação á pouca presença do profissional de educação física nos NASF's desta cidade, mesmo – em nível nacional – a educação física sendo uma das cinco profissões mais contratadas neste serviço do Sistema Único de Saúde (SUS). Como forma de tentar entender como esse fenômeno ocorreu e quais seriam alguns elementos explicativos para este quadro (pouca presença profissional no município), essa pesquisa de caráter qualitativo e exploratório utilizou-se de entrevistas feitas com dois gestores da saúde: um municipal e outro federal. As entrevistas semi-estruturadas contaram com cinco perguntas norteadoras sobre o tema. Tais conversas foram gravadas e, após suas transcrições, usou-se a Análise de Conteúdo na perspectiva de Laurence Bardin (1977) como método de organização e análise dos elementos respondidos. A partir das análises, foi possível levantar algumas pistas que podem auxiliar na descrição do quadro dessa presença; entre elas se destaca a história do modelo tecnoassistencial da rede de saúde da capital gaúcha, acoplada aos condicionantes financeiros da gestão municipal.

Palavras-chaves: NASF, Educação Física, Atenção Básica à Saúde, Promoção da Saúde, Modelo Tecnoassistencial.

## ABSTRACT

This study considers the presence of physical education professionals in the primary health care system of Porto Alegre, Rio Grande do Sul. More specifically, it aims at bringing elements on their participation in city's Family Health Support Centers (NASFs). Eight years after the creation of this service, it is clear that there has been a significant mismatch concerning the Family Health Support Centers implementation in the rest of the country. The state of Rio Grande do Sul has few NASFs, being its capital, Porto Alegre, a portrait of this scenario. The same can be observed in relation to the scarce presence of physical education professionals in the city's NASFs, even physical education representing, at a national level, one of the five most hired professions in this Brazilian Unified Health System service. As an attempt to understand how such phenomenon has taken place and which would some of its explanatory elements be, this qualitative and explanatory research used interviews made with a municipal and a federal health manager. The semi-structured interviews consist of five heading questions on the subject. These conversations were recorded and, after their transcriptions, Content Analysis in the perspective of Laurence Bardin (1977) was the method used to organize and analyze the elements answered. Based on the analysis, it was possible to bring up with some clues which may help describing the situation observed; among which the "technical assistance model" history of Porto Alegre's health care system, attached to municipal management financial constraints, stands out.

Key words: NASF, Physical Education, Primary Health Care, Health Promotion, Technical Assistance Model.

## **LISTAS DE ABREVIATURAS**

ABS – Atenção Básica à Saúde

AC – Análise de Conteúdo

APS – Atenção Primária em Saúde

EAB – Equipe de Atenção Básica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HCPA – Hospital Conceição de Porto Alegre

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAB – Projeto Nacional de Atenção Básica

PNPS – Projeto Nacional de Promoção da Saúde

RMS – Residência Multiprofissional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>12</b>
2.1 MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E ESCOLHAS DE GESTÃO. ....	12
2.2 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	16
2.3 A CRIAÇÃO DO NASF.....	20
2.4 A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO NASF NO BRASIL.....	23
<b>3. MATERIAS E MÉTODOS.....</b>	<b>29</b>
3.1 HIPÓTESE E QUESTÃO DA PESQUISA.....	29
3.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	29
3.3 PERGUNTAS NORTEADORAS .....	31
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	32
<b>4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>33</b>
4.1 NASF, EDUCAÇÃO FÍSICA E MODELOS TECNOASSISTENCIAIS .....	33
<b>4.1.1 QUESTÃO FINANCEIRA .....</b>	<b>35</b>
4.2 NASF, EDUCAÇÃO FÍSICA E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	38
<b>5. ANÁLISE FINAL .....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>45</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Cada cidadão apresenta singularidades no seu modo de andar a vida e este modo não pode ser compreendido como algo dissociado das experiências de saúde e doença. A compreensão de saúde como noção de vida e não como um fenômeno das ciências naturais, remete à compreensão de um processo entre ser saudável, adoecer e curar-se, processo constitutivo das experiências singulares do viver. Essas singularidades impedem que haja distância entre saúde e doença, mostrando-se ambas as designações implicadas em processos singulares que se estabelecem ou que se prolongam um pelo outro, conforme vivências pessoais e de contato com os serviços de saúde (CECCIM *et al.*, 2007).

Em consonância com as concepções de saúde e doença na sociedade, Evans e Stoddart (1994) destacaram a relação entre doença e utilização de serviços, constatando que somente a doença e não a saúde é responsável direta pelo consumo de ações e serviços de saúde. A utilização de ações e serviços produz impacto diretamente na doença e apenas indiretamente na saúde, em virtude da lógica presente nos serviços, que é a da assistência às doenças (tratamento) e não a da atenção integral à saúde (prevenção de doenças, promoção da saúde dos indivíduos, escuta aos processos do viver, suporte ao desenvolvimento da autonomia no andar a vida (EVANS;STODDART, 1994).

É nesta complexidade que são escolhidos os modelos tecnoassistenciais. Trata-se da organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença articuladas aos recursos físicos, tecnológicos e humanos, por parte dos serviços públicos de saúde para o enfrentamento e a resolução dos problemas existentes nos diferentes contextos. Para Paim (1999), podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção. Há também modelos em que seus serviços simplesmente atendem às demandas, estando sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda.

Esta condição de atuar sobre as doenças e apenas secundariamente atuar sobre a saúde, estabelecendo tratamentos, mas não a promoção da saúde, vem sendo, desde os anos 1990, trabalhada no país pela reorientação da atenção

designada como Atenção Básica à Saúde (ABS). O impacto do sistema de saúde não pode ser pela cobertura de doenças, mas pela mudança nas configurações do adoecer (redução no surgimento das doenças, na dependência de ações e serviços e nos danos à saúde individual ou coletiva) (CECCIM *et al.*, 2007).

A Constituição Federal de 1988 foi o marco legal da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que hoje é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo responsável em garantir assistência integral e gratuita para toda a população. O artigo nº 196 da referida constituição, afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, e desde sua publicação, as ações e serviços devem promover, proteger e recuperar a saúde da população, sem qualquer discriminação (BRASIL, 1988).

A diretriz fundamental do SUS refere-se à participação social, regulamentada pela Lei nº 8.142/90, ao abordar o envolvimento da sociedade na gestão do SUS pela formação dos Conselhos de Saúde, em todas as esferas do governo e nos serviços de assistência à saúde (BRASIL, 1990a). A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, vem reforçar os princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e organizativos (hierarquização, participação popular e descentralização) do SUS e instituir a organização do sistema, pelo comando único em cada esfera de governo, onde há uma corresponsabilidade dos três entes federados (União, Estados e Municípios) na reorganização da atenção à saúde (BRASIL, 1990b).

Nesta direção, em 2008 o Ministério da Saúde (MS) publica a portaria (BRASIL, 2008) que institui o programa Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e na sequência torna público o documento intitulado de Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009), atualizando-o posteriormente com uma redefinição de parâmetros e modalidades (BRASIL, 2012a).

O decreto nº 7.508, de junho de 2011, no artigo 2º e inciso III, vem renovar a proposta de rede em saúde, ao abordar como porta de entrada, o serviço de atendimento inicial do usuário do SUS (BRASIL, 2011a). Este passo recente fortalece ainda mais a atenção primária em saúde (APS), que pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem assumindo a responsabilidade de reorganizar o sistema de saúde. Desde então, o papel da educação física e os benefícios advindos da prática regular de atividade física estão sendo constantemente divulgados nas estratégias de promoção da saúde do SUS (MALTA *et al.*, 2009;

MALTA; CASTRO; CRUZ, 2008). Contudo, as publicações sobre o NASF e, principalmente, sobre a atuação da educação física, ainda são escassas, restritas a reflexões teóricas (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; FLORINDO, 2009) ou intervenções locais de diferentes profissões (SOUZA; LOCH, 2011; BARBOSA *et al.*, 2010; MOLINI-AVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010).

Sabendo da importância da realização de mais pesquisas sobre o cenário de implantação e inserção da educação física dentro das práticas em saúde e da recente trajetória do profissional de educação física na Saúde Coletiva, o objetivo deste trabalho é averiguar o processo de expansão e distribuição do NASF, tendo como foco o município de Porto Alegre. Trata-se do exercício especulativo de problematizar a adesão do município a esta nova lógica de cuidado na APS, e, conseqüentemente, à consolidação do NASF na capital gaúcha, bem como levantar alguns sentidos sobre a presença profissional da educação física neste contexto de trabalho em saúde.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E ESCOLHAS DE GESTÃO.

Conhecer os desenhos organizativos da atenção à saúde significa compreender como as ações de intervenção no processo saúde-doença-cuidado estão organizadas e combinadas. Os aspectos tecnoassistenciais dizem respeito a como esse processo é localmente compreendido, às tecnologias desenvolvidas a partir desse conhecimento para intervir na saúde e na doença e às escolhas políticas e éticas que recortam problemas a serem enfrentados pela política de saúde (BRASIL, 2005a).

Teixeira (2000, p 261:262) define os modelos assistenciais como “formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários), mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) e utilizadas no processo de trabalho em saúde”, cujo propósito “é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas”.

O atual modelo assistencial hegemônico se desenvolveu ao longo do século XX, tendo como referência máxima a noção de clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico-industrial, que mantém a acumulação de capital no setor da saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia (FRANCO, 2004).

Em outra direção, e como forma de tentar organizar os trabalhos em saúde no sentido de colocá-los operando de forma centrada no usuário e suas necessidades, criou-se a figura clássica de uma pirâmide para representar o modelo tecnoassistencial que se deveria construir com a implantação plena do SUS. Na sua ampla base, estaria localizado um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura.

Para esta extensa rede de unidades, distribuídas estas de forma a cobrir grupos populacionais bem definidos (populações adstritas), seria estabelecida, de uma forma geral, a seguinte missão: oferecer atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para o nível de atenção primária, na

perspectiva da construção de uma verdadeira “porta de entrada” para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde (CECILIO, 1997).

Porém, pode-se dizer que estamos vivendo hoje em dia uma crise na forma de se produzir saúde. Um exemplo disso é a prevalência do uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário (MERHY, 1998). Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias, um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado.

Além disso, para Silva Junior e Alves (2007, p.3):

São necessários arranjos tecnoassistenciais que contribuam para a mudança do olhar e a mobilização da escuta aos usuários e seus problemas de vida, como o acompanhamento horizontal, a familiaridade com os modos de andar a vida no local ou o contato com a cultura na rua, nos coletivos e redes sociais dos usuários dos serviços de saúde. Isso é indispensável para cumprir a promessa de um sistema único e organizado para a integralidade e humanização, que funcione como ‘malha de cuidado ininterrupto à saúde’, e não como um sistema burocrático e despersonalizado de encaminhamentos.

O modelo assistencial consiste na articulação de recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Alguns pontos de referência se tornam balizadores para que sejam incorporadas, de fato, as ações de promoção de saúde dentro do nosso atual modelo assistencial: 1) a noção de atenção integral à saúde: os sentidos da integralidade e o desafio de sua prática; 2) o acesso às ações e aos serviços de saúde: proximidade, facilidade, conforto, comunicação; 3) multiprofissionalidade e interdisciplinaridade: garantia de escuta e cobertura aos problemas vividos e experimentados e não apenas prestação de atividades de tipo biomédico; 4) articulação com as mudanças no ensino das profissões de saúde e construção educacional das mudanças no âmbito dos sistemas de cuidados e 5) a permanente reflexão junto às organizações comunitárias, movimentos sociais ou conselhos de

saúde sobre o modo como se pensa e se estrutura o cuidado e a atenção em saúde. Toda gestão setorial; gestão de operadora de planos de saúde, gestão de serviços de saúde é gestão de modelo assistencial, gestão de sistemas de cuidado (CECCIM *et al.*, 2007).

Podemos pensar também na questão do campo da gestão em saúde como um lugar de intervenção e investimentos em pontos cruciais para o sucesso de projetos transformadores, ou seja, o gestor visto como potencializador, através de sua capacidade governativa e como sendo portador de saberes/ferramentas para essa ação. Autores como Merhy *et al.* (1992, p. 3:4) discutem a dimensão articulada dos saberes e da política na determinação da forma de organizar a assistência:

O Modelo Técnico Assistencial constitui-se na organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinado agrupamento social. Entendemos, desse modo, que os modelos tecnoassistenciais estão sempre apoiados em uma dimensão assistencial e tecnológica, para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais.

Para Mário Testa (1995), as políticas públicas percorrem dois espaços antes de serem postas em prática, primeiro pelo setor onde se define a ideologia, as proposições setoriais e depois pelo espaço global onde se tomam, de fato, as decisões políticas e onde a política social ganha o espaço do Estado. Esse autor salienta ainda que a estrutura de poder do setor de saúde é gerada em sua articulação com o Estado, e que o sistema de saúde e as políticas de saúde são espaços de disputas de diferentes interesses.

É por meio da escolha dos projetos tecnoassistenciais, em que conhecimentos e saberes se apoiam, que será definido o que é problema de saúde, como devem ser as práticas de saúde, para que servem e como devem ser organizadas tais práticas. Bem como quais serão os trabalhadores necessários e para quais pessoas estarão dirigidas. Com isso, é possível afirmar que é nessa disputa de modelos tecnoassistenciais que também está em jogo a presença ou não da educação física nos serviços de saúde. Entre diferentes saberes, práticas e

decisões políticas é que se afirmam distintas formas de se produzir saúde e a presença das diferentes profissões.

Gastão Wagner de Souza Campos é um pensador importante do campo da saúde coletiva com reconhecida produção sobre a gestão do setor e das práticas de saúde. Dedicou-se ao longo de suas investigações científicas à análise da temática dos modelos tecnoassistenciais. Em um de seus trabalhos, desenvolvido em 1989, realizou uma análise sobre aspectos relevantes da modelagem da assistência à saúde no Brasil, definindo modelos assistenciais como o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las.

Campos (1989) considera também que a construção desse modelo ocorre a partir da concepção de que o Estado é responsável pela produção e distribuição das ações de saúde, influenciando saberes e práticas realizadas neste setor e que a construção dos modelos de atenção à saúde está diretamente relacionada à concepção de saúde concebida por este Estado.

O autor identifica três modelos mais significativos e ainda presentes na arena política nacional do campo da saúde: a) o modelo liberal-privatista, mais antigo modelo assistencial e predominante no país. Nele, a produção e a distribuição dos serviços seriam organizadas pelo mercado; b) o modelo racionalizador/reformista, modelagem representada por um tipo de rearranjo do modelo anterior. Este modelo fortalece a capacidade do Estado em produzir serviços de saúde, introduzindo práticas de planejamento mais democráticas do que aquelas estabelecidas exclusivamente pelo mercado, entretanto, em função do convívio com a lógica de mercado, adentram, nos serviços reformados, princípios e modos de organização liberais; c) do SUS, projeto a ser construído, modelo que rompe com a lógica do mercado na organização dos serviços. Não mais o lucro, mas, sim, as necessidades de saúde dos indivíduos e da população como o grande critério de organização da produção e distribuição das ações de saúde (CAMPOS, 1989).

As práticas de saúde da educação física podem acontecer dentro desses três modelos, porém, para Ceccim e Bilibio (2007), mesmo as tecnologias de alto custo financeiro consumidas no processo de trabalho da educação física são, incomparavelmente, mais baratas do que as tecnologias duras consumidas no complexo médico-hospitalar. Esta diferença de custo financeiro seria um elemento

de análise da atual inserção da produção do cuidado da educação física na grande produção do cuidado 'do campo da saúde.

Os três modelos assistenciais continuam atuantes e em disputa por hegemonia político-gerencial nos modos de produzir saúde. Um embate que diz respeito a todos os atores sociais do campo da saúde, os quais, de um jeito ou de outro, são, simultaneamente, formuladores, gestores e avaliadores de alguma das instâncias desse embate. Como consequência, é possível afirmar que encontraremos mais profissionais de educação física atuando no SUS, nos sistemas municipais de saúde, caracterizados por uma modelagem assistencial marcada pela promoção da saúde (CAMPOS *et al.*, 1989).

## 2.2 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Com a convocação da Organização Mundial de Saúde (OMS), da I Conferência Internacional sobre APS, realizada em Alma-Ata, no ano de 1978, a saúde foi, pela primeira vez, reconhecida como um direito a ser atendido não só pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, mas também por um trabalho de cooperação com os outros setores da sociedade. Estes são aspectos presentes na Declaração de Alma-Ata (BRASIL, 2010).

Por meio desta declaração, criou-se a meta de “Saúde para todos no ano 2000”, que seria atingida mediante adoção de ações e estratégias a partir da APS, cujo foco central seriam medidas preventivas e intervenções em áreas prioritárias, como saneamento básico, nutrição, saúde da mulher e da criança (BUSS *et al.*, 2000). Segundo a OMS, a APS é tida como:

A atenção essencial à saúde baseada em práticas e tecnologias cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis a indivíduos e famílias de uma comunidade, a um custo compatível com o estágio de desenvolvimento de cada país (...). É função central dos sistemas de saúde de cada país e principal enfoque do desenvolvimento social e econômico da comunidade (...). É o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde mais próxima possível do local onde as pessoas

vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Na Declaração de Alma-Ata, os sistemas públicos de saúde deveriam adotar a atenção primária como prioridade, o que significa a prestação de um conjunto mínimo de ações e serviços

focalizando as condições de vida e saúde das populações, incorporando ações na área de educação, saneamento, promoção da oferta de alimentos e da nutrição adequada, saúde materno-infantil (incluindo planejamento familiar), medidas de prevenção, provisão de medicamentos essenciais, garantia de acesso aos serviços, etc (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

As expressões APS e ABS são expressões comumente utilizadas para se referir ao nível de atenção mais elementar de um sistema de saúde, em que se oferta um conjunto de serviços e ações capazes de interferir positivamente sobre a maioria das necessidades de saúde de uma determinada população, constituindo-se no primeiro e preferencial contato da população como o sistema de saúde.

Nas últimas décadas, a ABS tem ganhado destaque nas discussões a respeito da organização dos sistemas de saúde, quer seja porque se imagina que ela pode ofertar maior racionalidade aos sistemas de saúde, portanto, seria capaz de ampliar a eficiência na alocação de recursos, quer seja porque se considera que ela é estratégica para a reorientação de sistemas de saúde ampliando sua eficácia, qualidade e equidade (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

A ABS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Ou seja, a perspectiva da promoção da saúde ganha destaque em sistemas de saúde que têm como referência a ABS. Ou ainda, um modelo tecnoassistencial que aposta na ABS como estratégia de organização da rede de saúde, também

estaria elegendo a Promoção da Saúde como um de seus objetivos principais.

Nesta direção, em 1986 ocorreu a I Conferência Internacional de promoção da saúde. Profissionais e estudiosos do campo da saúde reunidos em Ottawa, no Canadá, aprovaram a *Carta de Ottawa*; documento considerado o mais importante marco conceitual da promoção da saúde. Essa Carta parte do conceito amplo de saúde defendido pela OMS, segundo o qual “a saúde é um estado de bem-estar holístico definido pela composição de aspectos biológicos, sociais, econômicos, educacionais, culturais e ambientais” (BRASIL, 2013). Tal perspectiva da promoção da saúde agrega consideravelmente a dimensão da complexidade à produção da saúde.

O conceito de promoção de saúde, que reforça a importância da ação ambiental e da ação política, bem como a mudança do estilo de vida, foi muito importante como referência para o movimento. Promoção de saúde foi conceituada na Conferência de Ottawa como

processo de capacitação dos sujeitos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população (BUSS, 2000, p. 12).

É inerente a esta perspectiva de promoção da saúde um conteúdo político como elemento determinante da qualidade de vida. Trata-se da noção de *empowerment* que, numa tradução livre, pode ser entendido como o empoderamento de um grupo social para interagir com maior poder de determinação nos aspectos que condicionam sua existência. Tal característica da promoção da saúde é ainda mais relevante, principalmente em países subdesenvolvidos e/ou em desenvolvimento (CASTIEL, 2010).

Com esta perspectiva presente e a partir das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007) (BRASIL, 2004), o MS propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde (BRASIL, 2010). Não é possível no espaço deste

trabalho, desenvolver toda a complexidade da PNPS.

Entretanto, torna-se necessário destacar dois aspectos: (1) a presença da noção de *empowerment* como um dos elementos transversais da política e (2) a indicação da necessidade de efetiva implantação de práticas corporais e atividade física – componentes da história do campo profissional da educação física – nos sistemas municipais de saúde do Brasil.

Nesta direção, o Plano Nacional (BRASIL, 2006a, p. 3436) estabelecia ações específicas para o biênio 2006/2007, priorizando, inclusive, ações voltadas para a prática corporal/atividade física nas redes de saúde. Lá estava indicada aos gestores do SUS a necessidade de estabelecer ações na rede básica de saúde e na comunidade, procurando “mapear, apoiar, ofertar, estimular as práticas corporais/atividades físicas existentes nos serviços de atenção básica e na ESF”. Além disto, estava indicada a importância de “capacitar os trabalhadores da saúde e pactuar com os gestores conhecimentos e ações com o objetivo de aumentar os níveis populacionais de atividade física”.

Nota-se que há, por parte do MS, uma preocupação na realização e no aumento do nível de atividade física na população e – ao mesmo tempo – se constata a importância estratégica da perspectiva de *empowerment* na lógica da nova promoção da saúde. Mesmo não sendo a questão central deste estudo, é oportuno indagar sobre quais mesmo são as conexões de sentidos entre o aumento do nível de atividade física de um grupo populacional e o desenvolvimento do *empowerment*? Estas duas dimensões da promoção da saúde efetivamente andariam juntas? Uma colabora com a outra? De que maneira? Como? Não repousaria aí, nesta suposta conexão de sentidos (uma coisa levaria a outra) um tipo de confusão? Uma confusão de sentidos como elemento de influência aos processos decisórios sobre a presença da educação física no SUS?

As necessidades em saúde de uma população são dinâmicas e as políticas públicas da área precisam se organizar para responder a elas. De certa maneira, a perspectiva da promoção da saúde aumenta esta dinamicidade, ao agregar – ao lado das ações e serviços voltados ao combate à doença – ao escopo da saúde ações e serviços voltados ao bem-estar físico, psíquico e social. Nesta complexidade é possível constatar a indicação na qual: um modelo tecnoassistencial que favorece a presença da educação física é aquele fortemente marcado por uma

ABS comprometida com a promoção da saúde. A implantação do NASF surge no cenário do SUS também marcado por essas considerações.

### 2.3 A CRIAÇÃO DO NASF

Como forma de se atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, na direção da promoção da saúde, com base em tudo o que foi discutido anteriormente no relatório de Alma-Ata e da carta de Ottawa, que afirma:

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um sujeito ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar e se adaptar ao meio. Saúde é, portanto, vista como recursos para a vida diária, não objetivo da vida. Saúde é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais assim como capacidades físicas (BUSS, 2000, p. 12).

O MS, na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na ABS, a partir de experiências municipais e de debates nacionais, criou os NASF's, por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 (BRASIL, 2008). Foi, a partir daí, que pela primeira vez no Brasil a profissão da educação física era citada diretamente na composição da equipe de um serviço de saúde.

Essa criação significou o início de uma política audaciosa, mas que ainda não contemplava grande parcela dos municípios brasileiros. Um ano depois, complementando as orientações inicialmente definidas, foi publicado o Caderno de Atenção Básica nº 27 – Diretrizes do NASF, com o objetivo de traçar diretrizes mais claras para os gestores e os trabalhadores (BRASIL, 2014a).

A fim de possibilitar que qualquer município brasileiro pudesse ser contemplado com tal política e, também, de incentivar o aprimoramento do trabalho dos NASF's já implantados, novas regulamentações foram elaboradas. As portarias vigentes que se referem ao NASF são a de nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (Brasil, 2011b), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e a de nº

3.124, de 28 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012b), que redefine os parâmetros de vinculação das modalidades 1 e 2, além de criar a modalidade 3. A partir desta portaria, temos hoje três modalidades de NASF financiados e reconhecidos formalmente pelo MS:

**Figura 1 – Modalidades de NASF, conforme a Portaria nº 3.124/2012**

<b>Modalidades</b>	<b>Nº de Equipes Vinculadas</b>	<b>Somatória das Cargas Horárias Profissionais*</b>
Nasf 1	5 a 9 eSF*** e/ou eAB**** para populações específicas (eCR**, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
Nasf 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal
Nasf 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2013.

\*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.

\*\*Equipe Consultório na Rua.

\*\*\* Equipe Saúde da Família.

\*\*\*\* Equipe de Atenção Básica.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013

A composição das equipes de NASF é definida pela gestão municipal, considerando as necessidades locais e a disponibilidade de profissionais, ressaltando que, devido ao perfil epidemiológico dos transtornos mentais, é indicada a inserção de, no mínimo, um profissional da área de Saúde Mental (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011b).

A equipe do NASF não se constitui como porta de entrada do sistema, assumindo o papel de apoio às ESF no planejamento, execução e avaliação de ações de promoção, prevenção e cuidado à saúde da população (BRASIL, 2008). Isso quer dizer que os profissionais do Núcleo utilizam-se do próprio espaço das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do território adstrito para o desenvolvimento do seu trabalho. Eles atuam a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes vinculadas, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, além de outras redes como o Sistema Único da Assistência Social, redes

sociais e comunitárias (BRASIL, 2014a).

A nova PNAB (BRASIL, 2011b) acrescenta importantes mudanças que contribuíram para o crescimento do NASF, entre elas a possibilidade de adesão por meio das Equipes de Atenção Básica (EAB) para populações específicas (ribeirinhas, fluviais e consultórios na rua) – ver Figura 1 –, as academias da saúde e a ampliação da equipe de apoio, de 13 para 19 categorias profissionais diferentes, permanecendo entre estas o profissional de educação física.

Os NASF são equipes multiprofissionais, que têm, via de regra, dois principais públicos-alvo: as equipes de referência apoiadas (ESF, EAB para populações específicas – Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e diretamente os usuários do SUS, e atuam compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas (BRASIL, 2011b).

Em 2011, o número de categorias profissionais foi ampliado de 13 (BRASIL, 2008) para 19 categorias diferentes (BRASIL, 2011), sendo estas: Assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2014a).

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, que, por sua vez, busca mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações: em vez de as pessoas se responsabilizarem por atividades e procedimentos, caracterizadas como tecnologia dura e leve-dura, o que se pretende é construir a responsabilidade de pessoas para pessoas, caracterizada pelas tecnologias leves. Desta forma o apoio matricial agrega tanto a dimensão leve-dura, caracterizada pela assistência, responsável por produzir ação clínica direta com os usuários, quanto da tecnologia leve, caracterizada pela ação técnico-pedagógica que produz apoio educativo com e para a equipe (BRASIL, 2013).

Na prática, o NASF desenvolve trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários; e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes. Além disso, o apoio e a atuação do NASF também podem se dar por meio de ações que envolvem coletivos, tais como ações sobre os riscos e vulnerabilidades populacionais ou mesmo em relação ao processo de trabalho coletivo de uma equipe (BRASIL, 2014a).

Dentre as responsabilidades e atribuições gerais do NASF, destaca-se a priorização do público alvo e das atividades, de acordo com a realidade de cada área coberta pela ESF; desenvolvimento conjunto de ações intersetoriais; promoção da gestão integrada; qualificação da comunicação e divulgação das atividades dos NASF e das ações educativas; elaboração de projetos terapêuticos singulares por meio de discussão periódica dos casos clínicos entre NASF e ESF (BRASIL, 2008).

Portanto, diversas são as ferramentas utilizadas na organização e o desenvolvimento do processo de trabalho dentro no NASF (no qual a educação física parte), em busca da promoção da saúde dentro da ABS, entre elas estão: O apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, o projeto de saúde no território, entre outras. Todas essas dimensões podem e devem se misturar em diversos momentos, guiando-se de forma coerente pelo que cada momento, situação ou equipe requer (BRASIL, 2009). Isso significa poder atuar tomando como objeto os aspectos sociais, subjetivos e biológicos dos sujeitos e coletivos de um território, direta ou indiretamente.

## 2.4 A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO NASF NO BRASIL

Dentre as ações específicas priorizadas pela PNPS, criada em 2006 (BRASIL, 2006a), inclui-se a prática corporal e a atividade física nas ações na rede básica de saúde e na comunidade, fundamentando a inserção do profissional da educação física no serviço de atenção básica ao compor as equipes do NASF. Dessa forma, o perfil dos profissionais da rede de Atenção Básica, entre os quais o da educação física, deve contemplar posturas que superem a perspectiva individualizante e

fragmentária que tradicionalmente abordam os modos de viver (SCABAR *et al.*, 2012).

A formação do graduado em educação física, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais, deve ser concebida, planejada, operacionalizada e avaliada visando à aquisição e ao desenvolvimento de competências e habilidades específicas que contemplem a perspectiva da promoção da saúde nas diferentes esferas de atuação destes profissionais (BRASIL, 2004).

Ceccim e Bilibio (2007, p. 48) usaram em seu trabalho os termos *trabalho vivo em ato* e *tecnologias de cuidado* – a partir da produção de Emerson Elias Merhy (2002), que analisou o trabalho médico, propondo que o médico leva consigo três tipos de *valises tecnológicas* no seu agir em saúde – para pensar em uma educação dos profissionais de educação física orientada para o SUS e a sua inserção nesse segmento do trabalho. Para os autores

a inserção passa pela introdução de seus saberes e práticas de maneira direta e/ou por meio do apoio matricial a ser prestado à equipe interprofissional. Compreendemos a vocação profissional da educação física operando transfigurações no modelo de atenção e acolhimento hegemônicos e não acontecendo o contrário, isto é, a sua captura pelo pensamento médico-hegemônico ou pensamento fisioterápico, fazendo o possível para apresentar formulações relativas à produção do cuidado à saúde, configuradas na micropolítica do processo de trabalho da educação física.

Como exemplo para o processo de trabalho da educação física dentro do SUS e do trabalho multidisciplinar, os autores trazem para a perspectiva do *trabalho vivo em ato* a relação do cuidado, em que o educador físico buscaria atenção ao corpo (interpretando seus sinais e respondendo às suas necessidades expressivas), e não a prescrição de atividade física, correspondente ao diagnóstico do modelo médico-hegemônico.

Ceccim e Bilibio (2007) sugerem, ainda, que talvez o profissional de educação física atue em saúde com *três mochilas tecnológicas*. Na mochila das tecnologias duras, que o profissional de educação física levaria nas costas, estariam os aparelhos de ginástica, o cronômetro, os equipamentos dos laboratórios de fisiologia do exercício, os tênis e as roupas adequadas para a prática física, os diversos materiais esportivos, os manuais de atividade física, os complementos alimentares, o

adipômetro e diversos outros materiais utilizados nas intervenções da educação física. Na cabeça desses profissionais está a mochila das tecnologias *leve-duras*, os saberes tecnológicos bem estruturados pela ciência do esporte ou ciência da motricidade humana, ciência do movimento humano, cinesiologia, cineantropometria entre outras variações, tanto as tecnologias duras, quanto as *leve-duras* se servem apenas do trabalho morto no processo de trabalho da educação física voltado para a saúde (CECCIM; BILIBIO 2007).

Sabe-se que a utilização das tecnologias presentes nessas duas mochilas acontece também no ato terapêutico, através do encontro com o usuário. Porém, para fugirmos deste modelo pronto representado pelo trabalho morto e transformá-lo em trabalho vivo em ato, a utilização das tecnologias leves na saúde tornam-se essenciais. Pois, é somente através dessa tecnologia que tornamo-nos sensíveis às suas singularidades e podemos realizar uma busca conjunta pela sua própria autonomia (CECCIM; BILIBIO, 2007).

O profissional deve estar capacitado para o trabalho em equipe multiprofissional, para as atividades de gestão e para lidar com políticas de saúde, além das práticas de diagnóstico, planejamento e intervenção específicas do campo das práticas corporais e atividades físicas. Para uma atuação efetiva e eficaz, o profissional deve acompanhar e contribuir para as transformações acadêmico-científicas da área da saúde, garantindo o nível de atualização da contribuição de suas práticas intervencionistas (SCABAR *et al.*, 2012).

Em relação à perspectiva de ampliação das esferas de atuação da educação física:

Essa área é considerada a que pode recolocar a dimensão corpórea da existência subjetiva na prática cuidadora com maior propriedade, retirando o corpo do lugar instrumental da atividade física para o lugar do desejo e da energia vital ao contato com as sensações, ao encontro com o outro de maneira concreta e real (não em tese, não em filosofia do cuidado), mobilizando junto com um corpo de ossos e músculos, um corpo de afetos e da expansão da experiência humana (CECCIM; BILIBIO, 2007, p.54).

Entretanto, a formação em educação física apresenta-se de forma distanciada da demanda imposta pelos serviços públicos de saúde. A associação da área da educação física com a atividade física ainda predomina e isso evidencia que o

preparo do profissional tem sido centrado na prescrição de diagnóstico e avaliação, protocolos regidos por parâmetros puramente biológicos, embora muito já tenha mudado nesses oito anos desde a entrada na educação física no NASF.

Segundo o MS, o campo de saber da educação física é constituído de conteúdos da cultura corporal ou cultura de movimento, e dos conhecimentos sistematizados nos campos do esporte e aptidão física, da história, da antropologia, da sociologia, da educação e da saúde (PELICIONE, 2007). Diante do exposto, observa-se o ampliado entendimento por parte do MS em relação às possibilidades de atuação dos profissionais da educação física, justificando a recente e importante valorização destes profissionais no campo da saúde e consequente inserção destes na operacionalização das políticas públicas de saúde, em especial as que visam à promoção da saúde (SCABAR *et al.*, 2012).

Em pesquisa sobre a inserção do profissional de educação física no NASF, Santos (2012) observou que esse profissional está presente em média em 49,2% das equipes no Brasil. Identificou, também, diferenças expressivas entre as regiões do Brasil, chegando a percentuais superiores a 75% nos Estados do Acre e Paraná e nenhum no Distrito Federal. Contudo, há uma baixa representatividade profissional quanto à cobertura da população pela ESF, não chegando a um profissional por 100.000 habitantes. Apesar disso, os dados indicam que o profissional de educação física encontra-se entre as cinco profissões mais contratadas para trabalhar no NASF.

Dados de 2013 do MS apontam que há 1.031 profissionais de educação física trabalhando no NASF em todo o país e continua sendo uma das cinco profissões mais contratadas para atuar nesse programa. No quadro abaixo estão apresentados os dados atuais do percentual de profissionais que compõem o NASF nas suas duas modalidades no país:

**Tabela 1** - Distribuição dos profissionais que trabalham no NASF.

Profissionais	% NASF I com profissional na equipe	% NASF II com profissional na equipe
Fisioterapeuta Geral	86,0%	75,4%
Psicólogo Clínico	85,5%	77,1%
Nutricionista	79,9%	60,9%
Assistente social	67,9%	42,5%
Fonoaudiólogo	47,3%	24,8%
Profissional de Educação Física na saúde	41,7%	17,8%
Farmacêutico	41,1%	20,8%
Avaliador Físico	7,6%	10,8%

Fonte: Ministério da Saúde, 2013

Nesse mesmo estudo, Santos (2012) nos mostra que em quatro anos de criação do NASF no Brasil, 18,6% dos municípios aderiram à proposta, obtendo um aumento médio de 6,4% ao ano na cobertura populacional do NASF. Contudo, observou-se uma expansão desigual, sendo maior a cobertura na região Nordeste e a média de profissionais na região Sudeste, sobretudo para as especialidades médicas. As cinco categorias profissionais mais recrutadas foram: Fisioterapia, educação física, psicologia, nutrição e serviço social. A educação física está inserida em 49,2% das equipes de NASF; entretanto, o coeficiente de profissional por população coberta ESF, foi menor que 1 para 100.000 pessoas.

A inserção dos profissionais de educação física nas equipes do NASF no município de Porto Alegre ocorre após um período de vivência e prática no serviço através da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) (BOPSIN *et al.*, 2014). Instituída com a Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005 (BRASIL, 2005b), a RMS insere-se nessa proposta por se caracterizar em ensino de pós-graduação *lato sensu* que contempla diversas profissões da saúde e tem como modalidade a formação em serviço, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2005a).

O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e o de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública contam com diversos profissionais das

áreas da saúde, sendo a ênfase em Saúde Mental do HCPA composta por profissionais da enfermagem, educação física, psicologia e nutrição. Dentre os itinerários da Residência em Saúde Mental destes dois programas distintos está o NASF, contemplando uma possibilidade de imersão no campo das intervenções em rede e na lógica dos territórios (BOPSIN *et al.*, 2014).

Bopsin *et al.* (2014) descrevem em sua pesquisa (a partir de relatos de experiências vivenciados por residentes e ex-residentes) as atividades realizadas dentro das equipes do NASF na capital gaúcha. Os profissionais da equipe do NASF, bem como os residentes/professores de educação física, se envolvem em atividades de apoio matricial, como: discussão de casos junto às equipes de referência (ESF's, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Ambulatórios, UBS, dentre outros); Interconsultas; Consultas conjuntas; Visitas domiciliares; Avaliações (nutricional, psicossocial, motora, etc.) encaminhamentos e acompanhamento de casos nos serviços especializados; Educação Permanente (tanto como educandos como educadores); Participação em grupos e oficinas terapêuticas; Avaliação do processo de trabalho matricial, entre outras.

### **3. MATERIAS E MÉTODOS**

#### **3.1 HIPÓTESE E QUESTÃO DA PESQUISA**

Entendemos que ocorre um descompasso significativo relativo à implantação dos NASF's no país. O Rio Grande do Sul é um estado com poucos NASF's implantados, sendo sua capital, Porto Alegre, um retrato desta situação. O quadro se repete ainda em relação à pouca presença do profissional de educação física nos NASF's desta cidade; mesmo a educação física sendo uma das cinco profissões mais contratadas neste serviço do SUS.

Quais seriam alguns elementos explicativos para este quadro? Quais forças, compreensões, interesses que operam nas diferentes regiões e neste campo de atuação e que estariam limitando a implantação do serviço e a presença desse núcleo profissional na rede de ABS em regiões como Porto Alegre?

#### **3.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA**

Como forma de tentar entender como esse fenômeno ocorreu e ocorre e quais seriam alguns elementos explicativos para este quadro (pouca presença profissional), esta pesquisa, de caráter qualitativo e exploratório, utilizou-se de entrevistas feitas com dois gestores da saúde com atuação no período posterior à implantação do NASF no país. Foram entrevistados de forma individual um Gestor Municipal e um Gestor Federal.

As entrevistas foram semiestruturadas e contaram com cinco perguntas norteadoras sobre o tema. Para Triviños (1987), a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. Complementa o autor,

afirmando que a entrevista semiestruturada “favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade”, além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

Para Manzini (1990/1991, p. 154), a entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

O primeiro entrevistado foi o Gestor Federal, a entrevista foi realizada via Skype. O trabalho de interação com este gestor permitiu a qualificação do próprio processo da pesquisa influenciando, inclusive, a segunda entrevista, feita com o Gestor Municipal, esta realizada pessoalmente (alteração de algumas perguntas previamente formuladas). Tais conversas foram gravadas e, após suas transcrições, conforme combinado, estas regressaram aos entrevistados para a confirmação do conteúdo. A partir daí, usou-se a Análise de Conteúdo (AC) na perspectiva de Laurence Bardin (1977) como forma de analisar as características das mensagens dos receptores distintos como método de organização e análise dos elementos respondidos.

A AC se define como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações” (quantitativas ou não), que aposta no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objetivo e que também visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição, o conteúdo das mensagens indicadoras e conhecimentos relativos às condições de variáveis inferidas na mensagem (BARDIN, 1997, P. 31).

Além disso, o método de Bardin (1997) vislumbra fornecer técnicas precisas e objetivas que sejam suficientes para garantir a descoberta do verdadeiro significado. Enquanto concepção de ciência, constitui-se numa prática que se pretende neutra no plano do significado do texto, na tentativa de alcançar diretamente o que haveria por trás do que se diz.

A partir das análises foi possível levantar algumas pistas que podem auxiliar na descrição do quadro dessa presença; entre elas se destaca a história do

modelo tecnoassistencial da rede de saúde da capital gaúcha, acoplada aos condicionantes financeiros da gestão municipal.

### 3.3 PERGUNTAS NORTEADORAS

Uma das características da entrevista semiestruturada é a utilização de um roteiro previamente elaborado. Manzini (2003) salienta que é possível um planejamento da coleta de informações por meio da elaboração de um roteiro com perguntas que atinjam os objetivos pretendidos. O roteiro serviria, então, além de coletar as informações básicas, como um meio para o pesquisador se organizar para o processo de interação com o informante.

Na tabela abaixo, seguem as perguntas realizadas aos dois gestores.

**Tabela 2 – Perguntas Norteadoras**

<b>Gestor Federal</b>	<b>Gestor Municipal</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Você concorda com a hipótese da pesquisa?</li> <li>2. Na sua opinião, por que isto acontece entre as diferentes regiões do Brasil?</li> <li>3. Quais os fatores que agem para estas diferenças? Quais os fatores regionais que limitariam a presença da educação física?</li> <li>4. Quais os principais fatores das diferentes regiões (ou estados) que determinam esta situação? E por que estas seriam as principais?</li> <li>5. Acha que já conseguimos ver um resultado no NASF e a superação hospitalo-centrado?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Você concorda com a hipótese da pesquisa?</li> <li>2. Na sua opinião, por que isto acontece?</li> <li>3. Quais os fatores externos que agem na direção desta limitação?</li> <li>4. Quais os principais fatores externos à dinâmica do núcleo profissional que determinam esta situação? Por que estes seriam os principais?</li> <li>5. Quais seriam as etapas burocráticas a serem transpostas, visando à institucionalização desta presença?</li> </ol>

Fonte: Autora

### 3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O trabalho buscou exercer e garantir todos os cuidados éticos relativos à pesquisa acadêmica. Os entrevistados foram devidamente avisados das condições, dos trâmites, dos propósitos, das etapas e dos procedimentos da pesquisa. Os dois entrevistados concordaram com todos os aspectos do escopo do estudo. Entre outros aspectos, foi definido o anonimato dos nomes dos gestores nas entrevistas. Foi acordado também que seria enviada previamente uma cópia das transcrições dos áudios gravados, antes da continuidade das análises, como forma de favorecer alguma correção de conteúdo, caso algum dos entrevistados assim o desejasse. Todos os aspectos pactuados com os entrevistados foram efetivados.

## 4. DISCUSSÃO

### 4.1 NASF, EDUCAÇÃO FÍSICA E MODELOS TECNOASSISTENCIAIS

O estudo buscou trazer considerações e levantar elementos explicativos por meio de entrevistas com dois gestores da saúde (federal e municipal), a cerca da presença profissional da educação física na rede de atenção básica à saúde do SUS, mais especificamente dentro dos NASF's, no sistema municipal de saúde da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Um dos aspectos identificados na análise das entrevistas se refere à relação entre a história tecnoassistencial dos sistemas locais de saúde e a atual configuração (por exemplo, presença de NASF e do profissional de educação física na rede de saúde) destes sistemas.

O estudo de Santos (2012) analisou a expansão do NASF no Brasil e a atuação dos profissionais de educação física e notou que ocorreu um descompasso significativo relativo às implantações dos NASF's no país. Em quatro anos de criação do NASF no Brasil, 18,6% dos municípios aderiram à proposta, obtendo um aumento médio de 6,4% ao ano na cobertura populacional do NASF. Contudo, observou-se uma expansão desigual, sendo maior a cobertura na região Nordeste e a média de profissionais na região Sudeste, sobretudo para as especialidades médicas (SANTOS, 2012).

Esse fenômeno encontrou explicações similares por parte dos dois gestores entrevistados ao responderem da seguinte forma:

Para haver o NASF, é necessário ter a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF possui historicamente um grande desenvolvimento no norte/nordeste. Não só porque nesses lugares, no início da sua implantação, apresentavam mais necessidades socioeconômicas, doenças diarreicas, infecciosas, com uma população mais carente, etc, mas porque no início o foco era alcançar esse público. Se hoje a atenção básica brasileira ganhou outro foco, na década de 1990 ela foi criada para a população de maior risco, populações mais vulneráveis. Esta foi a questão que fez com que se desenvolvesse mais ESF nessas duas regiões (GESTOR FEDERAL).

E ainda complementa:

Por outro lado, nas regiões sul/sudeste e um pouco no centro-oeste, já se tinha uma estrutura um pouco mais antiga, então, já existia uma rede básica bem-estruturada. Redes com unidades robustas, com um modelo de atenção já implantado, que não aderiam ao modelo de saúde da família automaticamente; era um modelo de atenção básica diferente, já havia algo antes, talvez por isso observa-se um desenvolvimento menor do NASF nas regiões sul e sudeste. No norte/nordeste, a implantação ocupou um espaço de vazio, um vazio assistencial, de formulação e de rede estruturada/instalada (GESTOR FEDERAL).

O Gestor Municipal caminha nessa mesma linha de pensamento e conclui que:

Como nós (regiões sul/sudeste) já tínhamos um sistema de saúde organizado – de criação de cargos, de estrutura da secretaria de educação e secretaria municipal da saúde – comparado ao nordeste, temos ao mesmo tempo, um desregramento um pouco mais resistente [...] Às vezes é mais fácil sair de um ponto menos evoluído do que tentar corrigir determinadas situações (GESTOR MUNICIPAL).

Surge na resposta dos dois gestores a indicação, na qual a história dos modelos tecnoassistenciais das diferentes regiões do país influencia positiva ou negativamente a implantação do NASF. Para os dois gestores, o fato de regiões do país – como é o caso do Rio Grande do Sul e, mais especificamente Porto Alegre – terem redes de serviços de atenção básica mais antigas (anteriores à década de 1990) ou posteriores, provavelmente influenciaria esta implantação. Dizendo de outra maneira, a história das escolhas que configuraram o sistema de saúde de Porto Alegre não favoreceria a presença mais significativa de NASF's na rede de saúde deste município.

Ao mesmo tempo, o estudo de Santos (2012) constatou que a educação física está entre as cinco profissões mais contratadas neste serviço do SUS. Além dela, estão: Fisioterapia, psicologia, nutrição e serviço social. Segundo a autora, a educação física está inserida em 49,2% das equipes de NASF; entretanto, o

coeficiente de profissional por população coberta pela saúde da família foi menor que 1 para 100.000 pessoas (SANTOS, 2012).

Estas constatações se relacionam com outro aspecto ressaltado pelos dois gestores entrevistados; trata-se da dimensão financeira dos processos decisórios inerentes à modelagem tecnoassistencial.

#### **4.1.1 QUESTÃO FINANCEIRA**

Para Feuerwerker (2005), o modelo tecnoassistencial, a organização da gestão e as maneiras como se faz a política de saúde são todos elementos críticos para a consolidação do sistema de saúde, pois contribuem ou obstaculizam a mobilização e aglutinação de atores e agentes capazes de contribuir para a indispensável conquista de legitimidade política e social para o SUS.

Neste sentido, o desenho tecnoassistencial para a saúde tem sido, até agora, produzido segundo a hegemonia de setores que têm como principal referência, na composição tecnológica dos processos produtivos, a incorporação de equipamentos, procedimentos e medicamentos e seu uso intensivo (FRANCO, 2003).

A entrevista com o Gestor Municipal trouxe-nos algumas explicações sobre a dimensão do financiamento na dinâmica tecnoassistencial da saúde em Porto Alegre. Tais considerações indicam algumas reflexões sobre os desafios à mudança do modelo tecnoassistencial de saúde que opera hegemonicamente em nosso município; um dos desafios gira em torno da dificuldade da criação de novos cargos na nossa capital.

Para nós (secretaria da saúde) criarmos novos cargos, é uma dificuldade imensa, e isso acontece não só com a educação física. Por exemplo, para nós criarmos cargos de auxiliar de farmácia, que não existia, foi muito difícil. Para criar cargos de técnicos de saúde bucal, da mesma forma, houve muita dificuldade [...]. Eu penso que somos mais resistentes a mudanças que eles, que já partiram desse novo modelo de saúde em que já está prevista a atuação do educador físico, nós ainda tivemos que romper algumas barreiras (GESTOR MUNICIPAL).

E cita como exemplo:

Agora nós (secretaria da saúde) criamos 22 cargos de farmacêuticos, eles (gestores municipais da fazenda) não queriam, tivemos um gasto em salário e cargos em torno de 2.000.000 reais. Então, nós vamos contratar temporariamente - por um ano - um farmacêutico, e eu disse que se colocarmos farmacêuticos e eles trabalharem com o uso racional de medicamentos, reduziremos o gasto com medicamentos, além de ter um controle melhor, controle de estoque, fluxos... E melhorou! Depois de um ano, reduzimos quase 70% o desperdício de medicamento. Tínhamos uma previsão de gasto de 32.000.000 reais de medicamentos e gastamos 26.000.000 reais, ou seja, economizamos com a introdução de 22 farmacêuticos, 6.000.000 reais (GESTOR MUNICIPAL).

Nesse exemplo, podemos ver que a dificuldade da criação de novos cargos passa pela necessidade de sensibilização dos gestores da fazenda e pela questão do quanto o aspecto financeiro pode ser balizador dessa mudança. Ou seja: saindo mais barato, a gente faz, e se não sair mais barato, não serve. Podemos pensar que essa situação passa por todas as escolhas de modelo tecnoassistencial das diferentes regiões; decidir e implementar alterações nos sistemas de saúde sempre envolve mudanças financeiras.

Por exemplo, ao analisar a seguinte fala do Gestor Municipal: “Eu já estou sensibilizado, minha dificuldade é de sensibilizar o gestor financeiro...” a respeito da importância da educação física dentro do NASF, alguns questionamentos que surgem são: qual o diálogo possível entre a noção de bem-estar e economia financeira? Como sensibilizar o gestor financeiro com a ideia de bem-estar individual e coletivo? Como quantificar financeiramente o bem-estar pactuado em parceria com as populações dos diferentes territórios (ideia central à nova promoção da saúde)? Talvez isso se trate mais de uma afirmação de valor coletivo – bem-estar comum – e menos da afirmação da vantagem financeira da gestão. A seguir, ocorre outro exemplo dessa situação:

Faltam, agora, algumas evidências de quanto o educador físico pode acrescentar na saúde coletiva. Temos uma experiência em um município do interior, em que um enfermeiro me relatou que ele convenceu um gestor a chamar um nutricionista na unidade de saúde da família, em vista de esse fato reduzir o quantitativo de medicamentos entregues, já que ele iria trabalhar hábitos alimentares saudáveis, atividades e tudo mais, e ele reduziu! E, no final de 24

meses, eles avaliaram o que gastaram de salário com o nutricionista e foi menos do que deixaram de gastar com medicamentos (GESTOR MUNICIPAL).

Merhy (2003) chama a atenção para uma das vertentes de ação do capital no setor saúde, que se verifica por meio das reformas impressas pelo capital financeiro. Inserido na saúde com uma lógica securitária, ao capital financeiro interessa o não adoecimento e a menor utilização possível das consultas, procedimentos e exames.

Por meio de estratégias como a atenção gerenciada, o capital financeiro atua na gestão do trabalho em saúde exatamente para implementar o controle de custos, utilizando mecanismos organizacionais para interferir nos processos microdecisórios (BERTUSSI, 2010).

Segundo Merhy (2003), todos os processos de produção da saúde, em particular os que buscam novas lógicas para as relações entre trabalhadores (composição tecnológica do trabalho em saúde) e usuários (necessidades de saúde), vivem algumas tensões básicas e próprias dos atos produtivos em saúde, tais como a lógica da produção de atos de saúde como procedimentos e a da produção dos procedimentos enquanto cuidado. Outro exemplo, a tensão nos modelos médicos centrados em procedimentos, sem compromissos com a produção da cura e da promoção.

No entendimento do Gestor Federal, a educação física não é uma profissão tão legitimada comparada a outras, sobretudo às seguintes profissões: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo para compor o NASF. Talvez pelo fato do educador físico não ser um profissional que faça plantão ou que consiga ser utilizado em diferentes setores, como os citados acima.

Seria possível levantarmos a hipótese de que existam “profissões polivalentes” dentro do SUS? Seria a educação física uma profissão “não legitimada” para compor o NASF, em função da sua não atuação em procedimentos clínicos ou em atendimentos em emergências? O fato é que as outras profissões, quando necessário, podem ser deslocadas – fazer hora extra – em outros serviços, como por exemplo, dentro de um hospital. Certamente é mais barato contratar um profissional que pode atuar em mais de uma posição do que um profissional que só atua em uma, talvez até em diferentes níveis de atenção, como ABS+hospital, por exemplo.

## 4.2 NASF, EDUCAÇÃO FÍSICA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Como já falado anteriormente, passa pelo gestor financeiro também a decisão de qual recurso utilizar na produção da saúde local, e, conforme o relato do Gestor Municipal, a pergunta típica de um gestor financeiro é: “se contratar um educador físico, vai melhorar em que a assistência?!” Provavelmente esta questão está relacionada com a visão e com a força do compromisso de determinada gestão com um modelo marcado pela promoção da saúde (ou não). Com isso, surge outro desafio para a inserção da educação física no NASF: o modelo tecnoassistencial hegemônico centrado no biologicismo e que não explora outras possibilidades de atuação da educação física. Ao concordar com a hipótese do trabalho (sobre a questão da pouca presença do profissional de educação física nos NASF's de Porto Alegre), os gestores expressam a seguinte opinião:

[...] como trabalhar com a comunidade, ter a experiência de conselhos locais e conselhos distritais, essa é a ideia! [...]Quando se trabalha com o educador físico, trabalha-se muito mais a questão do corpo, atividades de prevenção, caminhadas, redução de complicações em função de hábitos errados. (GESTOR MUNICIPAL)

O educador físico no SUS está atrelado geralmente à noção de agente de promoção da saúde, na prevenção de doenças, atividade física saudável, etc. (GESTOR FEDERAL)

Parece haver, nas duas respostas, quando o Gestor Municipal destaca a importância de se trabalhar juntamente com a comunidade (através dos conselhos, na direção do *empowerment*), e quando o Gestor Federal cita na mesma frase o educador físico trabalhando com a promoção de saúde e depois cita a questão de prevenção de doenças, um tipo de simbiose não esclarecedora entre os termos “promoção de saúde e prevenção”. Uma confusão, que talvez, em vez de colaborar, acaba sendo um limitador da presença da educação física no NASF. Buss (2009, p. 37) apresenta elementos sobre estes dois conceitos, indicando diferenças sobre eles:

A promoção da saúde visa à saúde propriamente dita [...], busca modificar condições de vida, para que sejam dignas e adequadas; aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde; e orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem-estar [...] Já a prevenção, diferente da promoção, se orienta mais às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de uma enfermidade específica; seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram ou precipitam.

O MS, em setembro de 2005 (BRASIL, 2005a), definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaco aqui o Pacto pela Vida, que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deveriam se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. Nesse sentido, o Gestor Federal nos traz a seguinte fala:

A agenda da promoção da saúde nos municípios é uma agenda que não é tão arrojada. A construção do SUS é muito heterogênea localmente, mas é muito mais fácil os gestores investirem e priorizarem a saúde de assistência do que de promoção (GESTOR FEDERAL).

Diferente do modelo hegemônico de atendimento à saúde, que se baseia principalmente na cura da doença do indivíduo (tratamento dos sinais e sintomas), o enfoque do NASF também dá ênfase substantiva às ações de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças. Outra diferença é que essas ações não se centram exclusivamente no serviço de atendimento, mas estendem-se ao meio social e da comunidade, a visão holística. Trata-se de uma visão que considera a comunidade como o nicho ideal do planejamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas, preventivas e de promoção de saúde. Para o Gestor Federal:

O educador físico, que é um profissional que contribuiria muito nessa agenda de promoção, acaba sendo uma profissão que pode-se abrir

mão, até porque ele não compõe os profissionais que praticam assistência diretamente. Não compõe a ESF, não tem plantão especializado e nem dá plantão de emergência, por isso acaba não sendo tão valorizado. Só quando o município tem uma consistente agenda de promoção, esse profissional começa a ser visualizado como um profissional que pode ser contratado tanto na modalidade NASF quanto em outras formas de inserção dele na rede (GESTOR FEDERAL).

É notória nesta fala a presença de uma disputa, uma luta entre diferentes modelos tecnoassistenciais, no sentido de que se não houver uma agenda “forte” de promoção de saúde no município, os investimentos financeiros estarão voltado para uma outra vertente do modo de se produzir saúde, no caso, para a prática de assistência direta, através de plantões, por exemplo. O que automaticamente acaba enfraquecendo a necessidade de um educador físico na equipe.

Esse “jogo de forças” gira em torno do embate de duas questões “quanto vamos gastar?” e “o que queremos?”. “Os desenhos organizativos na saúde, portanto, dizem respeito à política enquanto lugar de defesa de interesses de diversos atores, em cenários complexos, que se colocam ativamente em disputa na arena decisória em relação à produção da saúde. A cena na qual é definido o modelo tecnológico de produção da saúde é permeada por sujeitos com capacidade distintas de interferir sobre a própria produção e que operam pactuações entre si, de forma que a resultante dessas disputas é sempre produto da correlação de forças que se estabelece no processo” (BERTUSSI, 2010, p. 57).

Além disso, podemos notar certa dificuldade por parte dos próprios produtores de saúde, em afirmar e argumentar na direção da nova promoção da saúde. Ainda restam resquícios de um trabalho centrado no modelo curativista, tal hipótese parece se confirmar quando observamos a seguinte fala:

O profissional de saúde é baseado em evidências, na nossa epidemiologia [...]. Acho que ainda temos essa visão tecnoassistencialista, mas assim eu entendo o NASF como sendo não só preventivo, é melhorar a resolutividade da atenção básica, então o NASF vem para melhorar a resolutividade. Seja ele através da promoção e prevenção, mas também tratamento e reabilitação. Existe um equívoco de entendimento de que o NASF faz só prevenção (GESTOR MUNICIPAL).

Para pensarmos sobre a inserção do profissional da saúde, mais especificadamente da educação física, e essa questão entre a promoção da saúde e a resolutividade da assistência, retomo a portaria nº 687, promulgada pelo MS em 2006 (BRASIL, 2006b), que aprovou a PNPS. Nesta política, dentre as ações priorizadas na rede básica de saúde e na comunidade, estavam ações relacionadas à prática corporal/atividade física. Como consequência disto, percebe-se a presença de diversas possibilidades de atuação do professor de educação física na rede básica de saúde e na comunidade, inclusive com incentivo à incorporação deste profissional nos programas de saúde da família. Porém, o que mais chama a atenção é a inclusão do termo “práticas corporais” junto ao termo “atividades físicas”, demonstrando uma ampliação do conceito para além do gasto calórico, abrangendo o significado das práticas corporais.

Segundo o Gestor Municipal, faltam evidências que mostrem qual o custo-benefício e o quanto a educação física pode acrescentar para a saúde coletiva, como exemplo cita:

Não é introduzir uma nova tecnologia e, então, considerar que dessa forma se tem um novo campo de atuação do educador físico. Há um processo aí (desde 2008 como você bem lembrou) até 5, 6 anos que demorou para que isso fosse feito[...] Até onde o educador físico (e acho que faltam um pouco de evidências para isso) pode acrescentar para a saúde coletiva?! Considerar, por exemplo, que introduzir o educador físico no NASF reduzirá em 10% as internações por doenças crônicas (por exemplo, hipertensão e diabetes), entendeu?! Falta um pouco de estudos para embasar essa asserção [...]. Ou talvez eu é que não me aprofundei em estudos para ver o quanto impacta o papel do educador físico no NASF (GESTOR MUNICIPAL).

Talvez não se trate de aprofundar os estudos ou não baste somente isso, talvez seja preciso assumir politicamente os valores, bastante discutidos nesse trabalho, de promoção da saúde, superando, de fato, esse modelo biologicista que ainda se faz presente do campo da saúde coletiva. Por exemplo, a relevância efetiva da noção de empowerment - estabelecida na já citada Declaração de Alma-Ata (1978) - onde se reconheceu, pela primeira vez, a importância de as pessoas assumirem o controle e responsabilização (autonomia) sobre a sua saúde, uma verdadeira mudança de paradigma, em que a saúde passa a estar centrada na

Pessoa, alvo de cuidados, que progressivamente está mais consciente do papel de decisão que detém face à sua situação de saúde, em vez de se encontrar centrada nos profissionais de saúde.

Para que isto ocorra, é fundamental a ampliação das práticas democráticas no campo da saúde, sendo útil viabilizar estratégias que busquem garantir a participação de sujeitos na definição do seu modo de encaminhar a vida e que valorizem, no cotidiano do fazer saúde, o encontro entre profissionais e usuários e as lutas pela garantia dos direitos da cidadania.

## 5. ANÁLISE FINAL

Entendo que o estudo conseguiu levantar alguns sentidos sobre questões que talvez sejam determinantes à presença dos NASF's e da profissão da educação física no sistema de saúde de Porto Alegre. Um primeiro aspecto seria a percepção sobre o quanto temos (região sul) uma história de implantação do modelo tecnoassistencial que não favorece a existência dos NASF's e tampouco a presença do educador físico no sistema público de saúde.

Outra questão que merece destaque nos achados da pesquisa é em relação ao quanto esta realidade (de ausência) se mistura com as lógicas econômicas de gestão do sistema (e o senso comum sobre a saúde), exigindo um tipo de comprovação da eficácia econômico-financeira dos investimentos de saúde. Ou seja, a disputa entre investir em algo porque é melhor *versus* investir em algo porque é mais barato. Por sua vez, esta disputa estaria ligada e/ou seria alterada através da utilização (vontade de gestão) dos novos valores, novas apostas, novos entendimentos e novos investimentos nos modelos tecnoassistenciais através da nova promoção da saúde.

Além desses aspectos, o trabalho também permitiu vislumbrar um tipo de confusão conceitual entre 'promoção de saúde e prevenção de doenças', que estaria ocorrendo dentro e fora da área da educação física. É possível, inclusive, levantar a suspeita na qual, muitas vezes, esta confusão estaria sendo desejada. Por exemplo, é possível constatar que a área profissional da educação física se vangloria de atuar tanto na promoção quanto na prevenção. Propositamente parece manter a falta de clareza conceitual sobre os termos e suas prováveis desconexões de sentidos, apostando que trabalhar com promoção e prevenção seria mais atrativo à abertura de campos de atuação.

Neste sentido, é importante considerar que Ferreira *et al.* (2011) ressaltam a ambiguidade do conceito de promoção da saúde, analisando duas principais vertentes: 1) uma delas denominada de "conservadora ou comportamentalista", predominantes nos anos 1970, na qual se vale de referências da epidemiologia clássica e dos fatores de risco para ensejar mudanças nos hábitos e estilos de vida; e 2) e a outra intitulada de "nova saúde pública", promovida pela OMS na qual seu marco foi a já citada e conhecida I Conferência Internacional de Promoção da Saúde

(Canadá, 1986), que almeja minimizar a marca dos comportamentos de risco, embora centralize o debate para os condicionantes de saúde.

Essa confusão/ambiguidade nos remete também ao conceito do *empowerment*, que por não ter um caráter universal pode ser interpretado em diversas perspectivas. Stevenson e Burke (1993, p. 54) problematizam estes aspectos ao analisarem que:

o discurso deste ideário sobre como a prevenção de doenças, promoção à saúde, iatrogenia, empowerment individual e coletivo, redes sociais, cuidados domiciliar e às famílias podem facilmente converter-se em justificativas ideológicas para a privatização e a desregulamentação dos serviços de saúde, com tudo o que isto implica para a qualidade e a equidade do cuidado podendo, ao mesmo tempo, representar um arcabouço teórico que suporta a progressiva transformação e democratização das políticas sociais.

Mesmo provisoriamente, o estudo permite indicar que a pouca presença da profissão da educação física (e do NASF) no sistema público de saúde do município de Porto Alegre ocorre diante de uma história da rede de saúde que não a favoreceu e é diretamente influenciada por disputas e confusões de diferentes ordens. Entendemos que pensar a educação física na área da saúde e – inclusive – favorecer a presença desta profissão no SUS no nosso município, provavelmente vai demandar outros estudos (dentro e fora do curso de educação física) das dimensões levantadas, além de outras não vislumbradas neste estudo. Provavelmente também implicaria aos atores políticos da educação física, a entrada em algumas disputas (de gestão, por exemplo) e no aprofundamento conceitual em questões que talvez o próprio campo da educação física não teve interesse em realizar até então.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, E. G. *et al.* Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 323-330, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARDIN, L. L'analyse de contenu. Paris: PUF, 1995; Maingueneau, Dominique. **Novas tendências em Análise do Discurso**. Campinas: Pontes/Unicamp, 1997, 3ª ed).

BERTUSSI, D. C. **O Apoio Matricial Rizomático e a Produção de Coletivos e na Gestão Municipal em Saúde**. Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BOPSIN, A. P.; KUHN, G.; FERREIRA, T. Educação Física: Digressões, Controvérsias e Perspectivas. **Revista Didática Sistemática**, ISSN 1809-3108 v.16 n.1 (2014). Edição Especial. p. 430-432.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20112014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/D7508.htm). Acessado em: 20 de março de 2016. BRASIL, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**: Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acessado em: 20 de março de 2016. BRASIL, 1990b.

BRASIL. **Lei nº 1.1129, de 30 de junho de 2005**: institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm). Acessado em: 20 de março de 2016. BRASIL, 2005b.

Brasil. **Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990**: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acessado em: 20 de março de 2016. BRASIL, 1990a.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física

em nível superior de graduação plena. **Resolução CNE/CES n. 7, de 31 de março de 2004.** Diário Oficial União: 5 abr 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. Secretaria da Atenção Básica.** Brasília, DF, 2006. Brasil, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.48, 24 out. BRASIL, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008:** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>. Acesso em: 25 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012:** redefini os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. BRASIL, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto e da gestão e das práticas de saúde.** / Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro : Brasil.Ministério da Saúde/FIOCRUZ, BRASIL, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** – Brasília : Ministério da Saúde. BRASIL, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). BRASIL, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. 1. ed.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006.** Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <[www.saude.org.br](http://www.saude.org.br)>. Acesso em: 23 abr. 2016. BRASIL,2006b.

BURKE, M.; STEVENSON, H. M. (1993). Fiscal Crisis and restructuring in Medicare the politics and political science of health in Canada. **Health ans Canadian Society** (1), 51-80.

BUSS, P. M. *et al.* **Promoción de la salud y la salud pública – Uma contribuição para eldebate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe.** Brasil, Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, jul. 2000 (mimeo).

CAMPOS, G. W. de S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas.** São Paulo: Hucitec, 1989 [1989].

CASTIEL, L. D. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2010. 134p.

CECCIM, R.B.; BILIBIO, L.F. Singularidades da Educação Física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, A.B.; WACHS, F. (Org.). **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção.** Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 47-62.

CECILIO, L. C. O. **Modelos tecnoassistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada.** Cadernos de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 13 (3):469- 478, jul-set, 1997.

EVANS, R. G.; STODDART, G. L. 1994. **Producing Health, Consuming Health Care. In *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations.*** R.G. Evans, editor; M. L. Barer, editor; , and T.R. Marmor, editor. , eds. New York: Aldine De Gruyter.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. **A. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Abrasco, v.16, Supl.1, p.865-872, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *In: Comunicação, Saúde, Educação.* Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

FLORINDO A. A.; GUIMARÃES, V. V.; CESAR, C. L. G.; BARROS, M. B.; ALVES, M. C. G. P.; GOLDBAUM, M. Epidemiology of leisure, transportation, occupational, and household physical activity: prevalence and associated factors. **J Phys Act Health.** 2009;6(5):625-32.

FRANCO, T. B. **Processos de Trabalho e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde.** Tese de doutorado apresentada na Unicamp, Campinas, 2003.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR, H. M. **Integralidade na Assistência à Saúde: A Organização Das Linhas Do Cuidado. In: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** HUCITEC - 2a. Edição São Paulo, 2004.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 10).

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M.; CRUZ, D. K. A.; GOSH, C. S. A promoção da saúde e da atividade física no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, n. 1, p. 24-27, 2008.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M.; GOSCH, C. S.; CRUZ, D. K. A.; BRESSAN, A.; NOGUEIRA, J. D. *et al.* **A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS**. Epidemiologia e Serviço de Saúde, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 79-86, jan/mar. 2009.

MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social**. Didática, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. *In*: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina:eduel, 2003. p.11-25.

MERHY E. E.; CECÍLIO L. C. O.; NOGUEIRA R. C. 1992. **Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida**. Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. Vol. 1. Brasília.

MERHY, E. E. *et al.* **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo, Hucitec, 2003.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In*: CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; TEIXEIRA dos R., Afonso; Dos Santos, A.; MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã Editora, 1998. p. 103 – 120.

MOLINI-AVEJONAS, D. R.; MENDES, V. L. F.; AMATO, C. A. H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**; 15(3):465-474, 2010.

PAIM, J. S. A. Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. *In*: ROUQUAYROL, M. Z & ALMEIDA FILHO. **Epidemiologia & Saúde**, 5ª edição, MEDSI, Rio de Janeiro, 1999, p. 473-487.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 320-328, 2007.

SANTOS, S. F. S. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Brasil e a atuação do profissional de Educação Física**. 185f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, [2012].

SCABAR, T. G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F. Atuação do profissional de educação física no sistema único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Journal Health Science Institute**, 30 (4): 411–8, 2012.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais: desafios e perspectivas. *In*: MOROSINI MVGC, CORBO ADA (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41.

SOUZA, S. C.; LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, 2011; 16 (11): 5-10.

TEIXEIRA, C. F., 2000. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. *In: **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde***, pp. 261-281, Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.

TESTA, M. **Pensamento Estratégico e Lógica da Programação**. Hucitec Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1995.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Primary health care. **Report of the International Conference on Primary Health Care**, Alma-Ata, Geneva, WHO, 1978.